

ผลงานประกอบการพิจารณาประเมินบุคคล
เพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาชีพเฉพาะ

ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ 7 วช. (ด้านการพยาบาลวิสัญญี)

เรื่องที่เสนอให้ประเมิน

1. ผลงานที่เป็นผลการดำเนินงานที่ผ่านมา

เรื่อง การพยาบาลและการให้การระงับความรู้สึกผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัด
หมอนรองกระดูกสันหลังเคลื่อน

2. ข้อเสนอ แนวคิด วิธีการเพื่อพัฒนางานหรือปรับปรุงงานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

เรื่อง การกำหนดแนวทางป้องกันการเกิดภาวะการหายใจไม่เพียงพอ
(Hypoventilation) ขณะ ได้รับการระงับความรู้สึกในผู้ป่วยที่เข้ารับการ
ผ่าตัดหมอนรองกระดูกสันหลังเคลื่อน

เสนอโดย

นางสาวชุตินา ถิ่นนคร

ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ 6 ว (ด้านการพยาบาลวิสัญญี)

(ตำแหน่งเลขที่ วพบ. 938)

ฝ่ายการพยาบาล วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล

สำนักการแพทย์

ผลงานที่เป็นผลการดำเนินงานที่ผ่านมา

1. **ชื่อผลงาน** การพยาบาลและการให้การระงับความรู้สึกผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัด
หมอนรองกระดูกสันหลังเคลื่อน
2. **ระยะเวลาที่ดำเนินการ** 7 วัน (ตั้งแต่วันที่ 9 พฤษภาคม 2549 ถึง วันที่ 15 พฤษภาคม 2549)
3. **ความรู้ทางวิชาการหรือแนวคิดที่ใช้ในการดำเนินการ**
 - 3.1 ความรู้เกี่ยวกับกระดูกสันหลังเคลื่อนกดทับรากประสาท
 - 3.2 การให้การระงับความรู้สึกในผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสันหลัง
 - 3.3 ข้อควรระวังในการให้การระงับความรู้สึกในผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกและข้อ
 - 3.4 การพยาบาลก่อนระหว่างการให้การระงับความรู้สึก
 - 3.5 การดูแลผู้ป่วยในห้องพักฟื้น

4. สรุปสาระสำคัญของเรื่องและขั้นตอนการดำเนินการ

หมอนรองกระดูกสันหลังเคลื่อน (Herniated Nucleus Pulposus) เป็นภาวะที่หมอนรองกระดูกสันหลังปลิ้นออกมากดทับหรือระคายเคืองรากประสาท ทำให้ผู้ป่วยมีอาการปวด ชา หรือ อ่อนแรงจากการทำงานที่ผิดปกติ ของเส้นประสาทที่โดนกดนั้นๆ สามารถเกิดในคนตั้งแต่วัยรุ่นไปจนถึงวัยสูงอายุเกิดได้กับหมอนรองกระดูกสันหลังทุกระดับตั้งแต่ระดับกระดูกสันหลังส่วนคอไปจนถึงกระดูกสันหลังส่วนเอว

หมอนรองกระดูกสันหลังเคลื่อนกดทับรากประสาทในระดับเอว จะมีอาการปวดเส้นประสาทจากบริเวณสะโพกก้นกบ ลงมาต้นขา อาจจะปวดเลยเข้า ลงไปจนถึงข้อเท้า น้ำเท้าจะเป็นจะเป็นมากเวลานั่งนาน โดยเฉพาะตอนลุก อาจมีอาการชาหรือความรู้สึกลดลงที่ปลายเท้าด้วย หรือถ้าเป็นมากอาจมีอาการอ่อนแรงของขาตามมา ผู้ป่วยควรได้รับการวินิจฉัยให้แน่นอน ด้วยการทำการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ที่เรียกว่าการทำ MRI ซึ่งจะช่วยให้เราสามารถมองเห็นหมอนรองกระดูกสันหลังที่ปลิ้นได้ชัดเจน แนวทางการรักษาส่วนใหญ่จะดีขึ้นด้วยการทานยาทำกายภาพบำบัดและบริหารร่างกายที่เหมาะสมจะทำให้อาการปวด ค่อยๆ ดีขึ้นได้ ภายใน 4-6 สัปดาห์ แต่ถ้าอาการยังไม่ทุเลาการผ่าตัดจะถือเป็นทางเลือกสุดท้ายซึ่งโอกาสสำเร็จในการ ผ่าตัดมีสูงมากถึงร้อยละ 80 มีการพยากรณ์โรคที่ค่อนข้างดี โอกาสกลับเป็นซ้ำได้น้อยถ้ามีการปฏิบัติตนที่ถูกต้อง

และในกรณีศึกษาผู้ป่วยรายนี้ก็เช่นกัน พบว่าผู้ป่วยเป็นหญิงไทยวัย 20 ปี มา โรงพยาบาลเนื่องจากมีอาการปวดหลังบริเวณบั้นเอวร้ายไปที่ขาขวา โดยไม่มีอาการชาและอ่อนแรงร่วมด้วย จากประวัติเคยได้รับการรักษาแบบประคับประคองด้วยวิธีการรับประทานยาแก้ปวดร่วมกับทำกายภาพบำบัดที่ศูนย์บริการสาธารณสุข ประมาณ 5 เดือนก่อนมาโรงพยาบาล แต่อาการยังไม่ทุเลาลง จึงส่งตัวให้ผู้ป่วยมารับการรักษาต่อในโรงพยาบาล วันที่ 4 พฤษภาคม พ.ศ. 2549 ที่ตึกศัลยกรรมกระดูกพิเศษ (HN. 6855-49 AN. 9940-49) ได้รับการตรวจร่างกายและวินิจฉัยว่ามีภาวะหมอนรองกระดูกสันหลังระดับเอวชั้นที่ 5 ค่อยกับกระดูกเหนื่อกระเบนเหน็บด้านขวาเคลื่อนออกมากดทับรากประสาท (herniated nucleus pulposus) ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยวิธีการผ่าตัดหมอนรอง

กระดุกสันหลังเคลื่อนออก (disectomy) จากการเชื่อมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดพบว่าผู้ป่วยเป็นคนมีสุขภาพจิตดีและมีสุขภาพกายที่สมบูรณ์ ไม่มีภาวะซึมเศร้าหรือมีโรคประจำตัวใดๆ รวมทั้งไม่มีปัญหาเรื่องค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล เนื่องจากผู้ป่วยใช้สิทธิการรักษาพยาบาลเป็นสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า 30 บาท ผู้ป่วยมีความหวังที่จะหายจากอาการของโรคนี้หลังการผ่าตัด จึงมีความพร้อมที่จะรับฟังและทำตามคำแนะนำการปฏิบัติตนขณะและหลังผ่าตัดเป็นอย่างดี แต่สิ่งที่ผู้ป่วยกลัวและเป็นกังวล คือ การรู้สึกตัวระหว่างการให้การระงับความรู้สึกและการฟื้นจากการระงับความรู้สึก ซึ่งเมื่อวิสัญญีพยาบาลได้อธิบายถึงขั้นตอนการให้การระงับความรู้สึก พร้อมทั้งแนะนำการปฏิบัติตนก่อนและหลังการให้การระงับความรู้สึกรวมทั้งเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามและตอบข้อสงสัยของผู้ป่วย สังกัดว่าผู้ป่วยมีสีหน้าแจ่มใสขึ้น คลายความวิตกกังวลและพร้อมให้ความร่วมมือในการรักษาภายใต้การให้การระงับความรู้สึกขณะผ่าตัด

แพทย์นัดทำการผ่าตัดวันที่ 10 พฤษภาคม 2549 ผู้ป่วยได้รับมีการงดน้ำและอาหารทางปากทุกชนิด หลัง 24.00 น. ของคืนวันที่ 9 พฤษภาคม 2549 เพื่อป้องกันอันตรายที่อาจเกิดจากการอาเจียนและสำลักเศษอาหารเข้าปอดขณะให้การระงับความรู้สึก ซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงที่อาจเกิดขึ้นได้ในผู้ป่วยทุกรายที่ได้รับการระงับความรู้สึก

ผู้ป่วยมาถึงห้องผ่าตัดเวลา 08.30 น. ของวันที่ 10 พฤษภาคม 2549 ได้รับสารน้ำ 0.9 เปอร์เซ็นต์ NSS 1,000 มิลลิลิตร ซึ่งเหลือ 550 มิลลิลิตร จากหอผู้ป่วยด้วยเข็มเบอร์ 18 อัตราการไหลของสารน้ำปกติ ตรวจความพร้อมของเลือด (packed red cell) ที่เตรียมไว้ 2 ยูนิต สำหรับการผ่าตัด เมื่อศัลยแพทย์พร้อมจึงจัดทำผู้ป่วยนอนหงายราบ ติดอุปกรณ์เฝ้าระวังที่เตรียมไว้ คือเครื่องวัดสัญญาณชีพ เครื่องตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ และเครื่องวัดค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเม็ดเลือดแดง วัดค่าทุกอย่างไว้เป็นเกณฑ์ก่อนการนำสลบ ผู้ป่วยมีความดันโลหิต 120/70 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 92 ครั้งต่อนาที หายใจ 22 ครั้งต่อนาที ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเม็ดเลือดแดง 100เปอร์เซ็นต์ และคลื่นไฟฟ้าหัวใจปกติ ตรวจดูยา อุปกรณ์ ต่างๆ และเครื่องดมยาสลบให้อยู่ในสภาพพร้อมใช้งานได้อย่างมีประสิทธิภาพ บอกผู้ป่วยให้ทราบก่อนเริ่มให้การระงับความรู้สึก นำสลบและใส่ท่อช่วยหายใจ ตรวจวัดสัญญาณชีพหลังใส่ท่อช่วยหายใจ ความดันโลหิต 130/80 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 115 ครั้งต่อนาที ควบคุมการหายใจ 12 ครั้งต่อนาที ผ่านเครื่องช่วยหายใจ ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเม็ดเลือดแดง 100 เปอร์เซ็นต์ ปรับยาดมสลบตามระดับสัญญาณชีพ ปิดตาผู้ป่วยทั้งสองข้าง เพื่อป้องกันตาแห้งและปวดบริเวณกระจกตา เมื่อผู้ป่วยอยู่ในสภาพนิ่ง และสัญญาณชีพปกติ ทีมผ่าตัดพร้อมจึงประสานงานร่วมกันจัดทำผู้ป่วย เป็นท่านอนคว่ำงอข้อศอกให้มือมาอยู่ข้างศีรษะของผู้ป่วยโดยคว่ำมือลง ประคองศีรษะและจับตะแคงให้หน้าอยู่ระดับเดียวกับลำตัว และใช้ผ้าห่มบริเวณใต้ไหล่ สะโพก และเท้าทั้ง 2 ข้าง เพื่อป้องกันไม่ให้หน้าออก หน้าท้อง และนิ้วเท้าถูกกดทับ หลังจัดทำผู้ป่วยแล้ว ฟังเสียงลมหายใจเข้าปอดให้เท่ากันทั้ง 2 ข้าง สัญญาณชีพปกติ ความดันโลหิต 115/80 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 76 ครั้งต่อนาที ความอิ่มตัวของออกซิเจนในเม็ดเลือดแดง 100เปอร์เซ็นต์ ระหว่างทำผ่าตัดเฝ้าระวังและรักษาระดับความรู้สึกตัวโดยสังเกตสัญญาณชีพให้สัมพันธ์กับระยะเวลาการให้ยาระงับความรู้สึก เมื่อการผ่าตัดเสร็จสิ้นจึงให้ผู้ป่วยหายใจกับออกซิเจน 100

เปอร์เซ็นต์ อัตรา 5 ลิตรต่อนาที ประสานงานกับทีมผ่าตัด เปลี่ยนท่าผู้ป่วยมาเป็นท่านอนหงายราบ บนเปลนอนอย่างรวดเร็วและนุ่มนวล

นำพลาสติกที่ปิดตาทั้ง 2 ข้างออก เมื่อผู้ป่วยหายใจได้ดี กล้ามเนื้อหน้าอกเคลื่อนไหวสัมพันธ์กับทรวงอก จึงถอดท่อช่วยหายใจออกอย่างนุ่มนวล พร้อมให้ผู้ป่วยสูดดมออกซิเจน 100เปอร์เซ็นต์ อัตรา 5 ลิตรต่อนาที ผ่านทางหน้ากากครอบ ต่ออีกประมาณ 5 นาที จึงส่งผู้ป่วยไปสังเกตอาการต่ออย่างใกล้ชิดในห้องพักฟื้นในระหว่างผ่าตัด ผู้ป่วยสูญเสียเลือด 30 มิลลิลิตร ได้รับสารน้ำ 0.9เปอร์เซ็นต์ NSS 700 มิลลิลิตร ปัสสาวะ 350 มิลลิลิตร

ปัญหาที่พบขณะรับไว้ในความดูแลทั้งในช่วงก่อน ระหว่างและหลังให้ยาระงับความรู้สึก คือ

1. วิดกกังวลเกี่ยวกับผลการรักษาและการให้ยาระงับความรู้สึก
2. เสี่ยงต่อการเกิดการกดทับของหลอดเลือดบริเวณตา เส้นประสาทบริเวณแขนและขาจากท่านอนคว่ำและจำเป็นต้องใช้เวลาการผ่าตัดนาน
3. มีโอกาสได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอระหว่างให้ยาระงับความรู้สึก
4. เสี่ยงต่อภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำระหว่างให้ยาระงับความรู้สึก
5. เสี่ยงต่อทางเดินหายใจอุดกั้นและการหายใจไม่มีประสิทธิภาพเนื่องจากฤทธิ์ของยาดมสลบ
6. ไม่สุขสบายจากการปวดแผลผ่าตัดกระดูกสันหลัง

ผู้ป่วยได้รับการแก้ไข

1. รับฟังคำอธิบายเกี่ยวกับเรื่องโรคที่เป็นอยู่และการให้ยาระงับความรู้สึก เพื่อคลายความวิตกกังวล
2. จัดท่าให้เหมาะสมกับการผ่าตัด โดยมีการประสานงานกันในการจัดท่าระหว่างทีมผ่าตัดและกระทำด้วยความระมัดระวัง
3. ระหว่างให้ยาระงับความรู้สึก ไม่เกิดภาวะขาดออกซิเจน เพราะได้รับการดูแลอย่างระมัดระวังไม่ให้ท่อช่วยหายใจหลุดและหักงอ
4. ไม่เกิดภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำ เพราะได้รับการห่อหุ้มร่างกายส่วนที่ไม่ได้ผ่าตัดและอุ่นสารน้ำก่อนให้ผู้ป่วย
5. ไม่เกิดภาวะทางเดินหายใจอุดกั้น ได้รับการดูแลโดยดูดเสมหะ น้ำลายออกจากปากและลำคอจนหมด จับผู้ป่วยนอนหงาย ตะแคงหน้าเพื่อทางเดินหายใจเปิดและให้ออกซิเจน 100เปอร์เซ็นต์
6. สามารถนอนหลับพักผ่อนได้ ปวดแผลน้อยลง โดยได้จัดสิ่งแวดล้อมให้สงบเงียบ นอนในท่าที่สุขสบายและให้ยาแก้ปวดตามแผนการรักษาของแพทย์

ผู้ป่วยไม่ได้รับอันตราย ไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดและยาระงับความรู้สึก ผลการรักษาอาการปวดหลังทุเลาลงแพทย์จึงอนุญาตให้กลับบ้านได้ ในวันที่ 15 พฤษภาคม 2549 รวมเวลาอยู่ในโรงพยาบาลทั้งสิ้น 11 วัน

5. ผู้ร่วมดำเนินการ ไม่มี

6. ส่วนของผลงานที่ผู้เสนอเป็นผู้ปฏิบัติ

ผู้เสนอขอเป็นผู้ปฏิบัติทั้งหมดทุกขั้นตอนร้อยละ 100

7. ผลสำเร็จของงาน

ในระหว่างการให้การระงับความรู้สึกไม่พบว่าเกิดภาวะแทรกซ้อนใดๆ ระหว่างผ่าตัด ผู้ป่วยมีสัญญาณชีพปกติ (ความดันโลหิตซิสโตลิกอยู่ระหว่าง 100 – 120 ความดันไดแอสโตลิก 55 – 80 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 72 – 80 ครั้งต่อนาที การหายใจควบคุมผ่านเครื่องช่วยหายใจอัตโนมัติ ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเม็ดเลือดแดง 100เปอร์เซ็นต์) มีการเสียเลือดขณะผ่าตัด 30 มิลลิตร ปัสสาวะออกสม่ำเสมอ 350 มิลลิตร หลังการผ่าตัด เยี่ยมผู้ป่วยในห้องพักฟื้นพบว่าผู้ป่วยมีสัญญาณชีพปกติ (ความดันโลหิต 116/62 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 72 ครั้งต่อนาที หายใจ 20 ครั้งต่อนาที ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเม็ดเลือดแดง 100 เปอร์เซ็นต์) ผู้ป่วยตื่นทำตามคำสั่งได้ดี สังเกตอาการจนครบ 2 ชั่วโมง จึงส่งผู้ป่วยกลับไปหออผู้ป่วย ซึ่งที่หออผู้ป่วย ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตนเองได้บนเตียง พูดคุยสื่อสารโต้ตอบได้ดี สัญญาณชีพปกติ มีสีหน้าอึดโรยเล็กน้อย แพทย์ให้นอนพักสังเกตอาการต่างๆ อีกเป็นเวลา 5 วัน จึงให้ผู้ป่วยกลับบ้านและนัดติดตามผลหลังการรักษาต่อไป

จากกรณีศึกษานี้ได้เกิดผลสำเร็จของงานดังนี้

1. ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน ขณะให้การระงับความรู้สึก และหลังให้การระงับความรู้สึกได้แก่ ภาวะการเกิดการกดทับของหลอดเลือดบริเวณตาและเส้นประสาทบริเวณ แขน ขา จากท่านอนคว่ำ การได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอ ภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำ การรู้สึกตัวระหว่างขณะที่ทำผ่าตัด
2. ผู้ป่วยฟื้นจากยาสลบทันทีหลังเสร็จสิ้นการผ่าตัด ซึ่งส่งผลให้มีการฟื้นฟูสภาพร่างกายภายหลังการผ่าตัดได้อย่างรวดเร็ว
3. มีระยะเวลาของการอยู่โรงพยาบาลน้อยวัน
4. ลดอัตราเสี่ยงการติดเชื้อซ้ำซ้อนในโรงพยาบาล
5. ผู้ป่วยสามารถกลับไปดำรงชีวิตตามปกตินอกโรงพยาบาลได้ในเวลาที่เหมาะสม
6. ประหยัดค่าใช้จ่ายของทั้งทางโรงพยาบาลและผู้ป่วยมากขึ้น
7. เกิดความประทับใจในการรักษาพยาบาล ซึ่งส่งผลให้ชื่อเสียงและมาตรฐานคุณภาพของโรงพยาบาลพัฒนาไปในทางที่ดีขึ้น

8. การนำไปใช้ประโยชน์

เป็นแนวทางในการให้การพยาบาลต่อผู้ป่วยที่ได้รับการระงับความรู้สึก ในผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัด หมอนรองกระดูกสันหลังเคลื่อนกดทับรากประสาท

9. ความยุ่งยาก ปัญหา อุปสรรคในการดำเนินการ

เนื่องจากท่านนอนคว่ำที่เกิดขึ้นในระหว่างการผ่าตัด เป็นท่านอนที่เกิดขึ้นจากการจัดท่าของทีมผ่าตัด และศัลยแพทย์ มิใช่เกิดจากตัวผู้ป่วยเอง ดังนั้นหลังเสร็จจากการผ่าตัด และฟื้นจากการให้การระงับความรู้สึก สิ่งที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยตามมาคือ ความไม่สุขสบาย ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อร่างกาย ทำให้เราไม่สามารถบอกได้ว่า ผลที่ตามมาของผู้ป่วยนั้นเกิดจากการจัดท่านอนที่ผิดธรรมชาติ หรือเกิดจากอุปกรณ์รองรับการคว่ำไม่มีความนิ่มนวล รองรับสรีระร่างกายส่วนต่างๆ ได้เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย

10. ข้อเสนอแนะ

1. การเยี่ยมผู้ป่วยก่อนและหลังการให้การระงับความรู้สึก เป็นสิ่งที่ควรปฏิบัติ เพื่อซักถามประวัติ ตรวจร่างกายทุกระบบและให้ความสำคัญเกี่ยวกับพยาธิสภาพของโรค เตรียมทั้งร่างกายจิตใจและสังคมของผู้ป่วย ติดตามความก้าวหน้าของการรักษา ประเมินผลการให้การระงับความรู้สึกและให้คำแนะนำหลังการให้ระงับความรู้สึกและผ่าตัด

2. การให้การระงับความรู้สึกในผู้ป่วยผ่าตัดบริเวณกระดูกสันหลัง มีเทคนิคและข้อคำนึงต่างๆ ที่แตกต่างจากโรคอื่นๆ วิทยาลัยพยาบาลต้องมีความรู้ความสามารถรอบคอบและตื่นตัวเสมอ เพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย

3. การเปลี่ยนแปลงท่าผู้ป่วยในขณะที่การให้การระงับความรู้สึกจากท่านอนหงายเป็นท่านอนคว่ำ อาจทำให้ความดันโลหิตตกลงอย่างเฉียบพลัน ดังนั้นจึงควรปฏิบัติอย่างช้าๆ และนิ่มนวล รวมทั้งติดตามการเปลี่ยนแปลงของความดันโลหิตอย่างใกล้ชิด

4. การจัดท่านอนคว่ำที่ไม่ถูกต้อง โดยเฉพาะบริเวณคอและหน้าท้อง ซึ่งมีหลอดเลือดดำใหญ่ ถ้ากดทับจะทำให้เกิดเลือดคั่ง มีผลกระทบไปถึงหลอดเลือดดำที่อยู่ในบริเวณกระดูกสันหลังเกิดขยายตัวโป่งพอง จะสร้างปัญหาเกี่ยวกับศัลยแพทย์ทำให้เลือดออกง่าย ถ้ามีการกดทับหน้าอกจะทำให้หายใจไม่เพียงพอวิทยาลัยพยาบาลจึงควรคำนึงและให้ความสำคัญต่อการจัดท่า ควรให้มีช่องว่างบริเวณใต้ท้องของผู้ป่วย ทั้งนี้เพื่อให้กะบังลมเคลื่อนไหวได้ดี และไม่รบกวนต่อการไหลเวียนของเลือดระบบการกดทับนัยน์ตา และการดึงรั้งของเส้นประสาท

5. ผู้ป่วยควรได้รับการรักษาทางด้านศัลยกรรมกระดูกซึ่งจะสามารถให้การวินิจฉัยได้อย่างถูกต้อง เพื่อเป็นแนวทางที่ดีในการรักษาพยาบาลที่ถูกต้องวิธี อย่างต่อเนื่องตามขั้นตอนและแผนการรักษา

6. การสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับเจ้าหน้าที่ทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องทั้งศัลยแพทย์ พยาบาลห้องผ่าตัด พยาบาลประจำหอผู้ป่วย ตลอดจนวิสัญญีด้วยกันเป็นปัจจัยสำคัญในการที่จะให้งานลุล่วงสำเร็จไปด้วยดี และมีประสิทธิภาพ

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการและได้ดำเนินการปรับปรุงแก้ไขเป็นไปตาม
คำแนะนำของกรรมการ

ลงชื่อ *ฉันทิมา ถิ่นนคร*

(นางสาวชุตติมา ถิ่นนคร)

พยาบาลวิชาชีพ 6 ว (ด้านการพยาบาลวิสัญญี)

ผู้ขอรับการประเมิน

(วันที่)14...../.....มี.ค...../.....2551.....

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) *เพลินพิศ ปานสว่าง*

(นางเพลินพิศ ปานสว่าง)

(ตำแหน่ง) หัวหน้าพยาบาล ฝ่ายการพยาบาล

วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล

(วันที่)14...../.....มี.ค...../.....2551.....

(ลงชื่อ) *ศาสตราจารย์พิเศษมานิต ศรีประโมทย์*

(ศาสตราจารย์พิเศษมานิต ศรีประโมทย์)

(ตำแหน่ง) ผู้อำนวยการวิทยาลัย

วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล

รักษาการในตำแหน่งรองผู้อำนวยการสำนักการแพทย์

(วันที่)14...../.....มี.ค...../.....2551.....

หมายเหตุ แก้ไขระยะเวลาการดำเนินการให้เป็นไปตามมติคณะกรรมการประเมินผลสายงานการ
พยาบาลวิชาชีพ ระดับ 7 วช. ครั้งที่ 2/2550 เมื่อวันที่ 19 ธันวาคม 2550

อ้างอิง

- เจริญ โชติกวนิชย์ และอำนวยการ อุณนะนันท์. กระดูกหักข้อเคลื่อนในผู้ใหญ่. กรุงเทพฯ: พี.เอ.ลีฟวิ่ง, 2539
- ช้องราตรี สิริวัตถนันท์. การพยาบาลโรคกระดูกและข้อที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ: คิว.พี. การพิมพ์, 2539
- ฐิติมา ชินโชติ และคณะ. วิทยาลัยวิทยาระดับพื้นฐาน. กรุงเทพฯ : พี.เอ.ลีฟวิ่ง, 2540
- ธนศ วรธนอภิสิทธิ์, พิชัย สันต์สวัสดิ์ และเมษันท์ ประมาธิกุล. **Comprehensive Spine Course 2549.**
กรุงเทพฯ : S.M Circuit Oress, 2006
- นริศ ทิรานนท์. การตรวจร่างกายทางออร์โธปิดิกส์. พิมพ์ครั้งที่ 3 เชียงใหม่ : คณะแพทยศาสตร์
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2541
- นลินทิพย์ ตำนานทอง. ตำราเวชศาสตร์ฟื้นฟู เล่ม 2. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ : เทคนิค 19, 2539.
- ราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทย, ตำราฟื้นฟูวิสัญญีวิทยา. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ :
ทองพูลการ
พิมพ์, 2546
- ราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทย, ตำราฟื้นฟูวิสัญญีวิทยา. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ : บริษัท ส.เอเชีย
เพรส จำกัด, 2548
- วิเชียร เลหาเจริญสมบัติ. ตำราออร์โธปิดิกส์. ขอนแก่น : ศิริภรณ์ออฟเซ็ท, 2539.
- สมชัย ปรีชาสุข, วิโรจ กวินวงศ์โกวิท และวิวัฒน์ วัฒนวิศิษฐ์. ออร์โธปิดิกส์. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ : ไพบูล
ศิลป์การพิมพ์, 2537.
- อังกาบ ปราการรัตน์และวรา สุวรรณจินดา. กายของการให้ยาระงับความรู้สึก. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : กรุงเทพ
เวชสาร, 2536.
- อังกาบ ปราการรัตน์ และคณะ, วิทยาลัยพยาบาลทันยุค แนวทางปฏิบัติ. พิมพ์ครั้งที่ 1, กรุงเทพฯ: บริษัททวงศ์กมล
โปรดักชั่น, 2545.
- อังกาบ ปราการรัตน์และวรา สุวรรณจินดา. ตำราวิสัญญีวิทยา. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ : กรุงเทพเวชสาร,
2548.
- Anderson, G. b. j. **The Adult Spine: Principle and Practice.** New York : Raven Press, 1991.
- Arnold, H. Menezes; Volker K. H. Sonntag, **Principles of Spinal Surgery.** New York: Mc Graw – Hill
Companies, 1996

ข้อเสนอแนวคิด วิธีการเพื่อพัฒนางานหรือปรับปรุงงานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น
ของ นางสาวชุตินา ถิ่นนคร

เพื่อประกอบการแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ 7 วช. ด้านการพยาบาลวิสัญญี (ตำแหน่งเลขที่ วพบ. 938) สังกัดฝ่ายการพยาบาล วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล สำนักการแพทย์

เรื่อง การกำหนดแนวทางป้องกันการเกิดภาวะการหายใจไม่เพียงพอ (hypoventilation) ขณะได้รับการระงับความรู้สึกในผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดหอนรองกระดูกสันหลังเคลื่อน

หลักการและเหตุผล

การให้การระงับความรู้สึกเป็นการทำให้ผู้ป่วยหมดสติการรับรู้ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ กระทั่งการหายใจ ดังนั้นวิสัญญีจึงควรต้องตระหนักถึงความสำคัญในเรื่องแนวทางป้องกันที่ดีที่สุด คือ การช่วยผู้ป่วยให้หายใจได้เพียงพอกับความต้องการเดิมของร่างกายเหมือนก่อนการได้รับการระงับความรู้สึก ซึ่งเมื่อร่างกายได้รับออกซิเจนเพียงพอ จะส่งผลให้ผู้ป่วยมีการฟื้นฟูสภาพร่างกายให้กลับมาเป็นปกติได้เร็วขึ้น ในกรณีผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดหอนรองกระดูกสันหลังเคลื่อน ซึ่งต้องจัดท่านอนเป็นท่านอนคว่ำวิสัญญียังจำเป็นต้องประเมินให้ได้ว่าผู้ป่วยมีการได้รับออกซิเจนเพียงพอกับความต้องการของร่างกายหรือไม่ เนื่องจากท่านอนคว่ำ ร่างกายจะมีการกดทับบริเวณหน้าอกและช่องท้อง จะส่งผลให้ปอดมีการขยายตัวได้ไม่เต็มที่ ร่างกายได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอ ออกซิเจนในเลือดลดปริมาณลง เกิดการตั้งของก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ในกระแสเลือดแทน ซึ่งจะส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงถึงขั้นเสียชีวิตได้ ปัจจุบันในการผ่าตัดประชาชนคาดหวังในผลการรักษาพยาบาลมากขึ้น สิทธิผู้ป่วยมากขึ้น อัตราการฟ้องร้องมากขึ้น

ดังนั้นวิสัญญีจึงควรมีแนวทางในการช่วยหายใจให้เพียงพอในขณะที่ให้การระงับความรู้สึกในผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดหอนรองกระดูกสันหลังเคลื่อนได้แก่ การควบคุมปอดมีการขยายตัวอย่างเต็มที่โดยประเมินจากความจุอากาศในปอดได้เหมาะสมกับขนาดตัวของผู้ป่วยและมีการเคลื่อนไหวขึ้นลงของหลังผู้ป่วยขณะผ่าตัดทุกจังหวะการหายใจ สภาพท่อนช่วยหายใจไม่หักพังงอ หรืออุดตัน ระดับความลึกของท่อนช่วยหายใจเหมาะสมกับผู้ป่วย โดยประเมินจากเสียงลมที่ฟังได้เท่าวันที่ 2 ซ้ำ ค่าความอิมตัวของออกซิเจนในเม็ดเลือดแดงโดยใช้อุปกรณ์เครื่องมือเฝ้าระวังวัดจากบริเวณปลายนิ้วมือนิ้วเท้าไม่ต่ำกว่า 95 เปอร์เซ็นต์ ปริมาณก๊าซชบอนไดออกไซด์วัดจากลมหายใจออกผ่านทางท่อนช่วยหายใจไม่เกินกว่า 40 มิลลิเมตรปรอท และปริมาณแรงดันลมในปอดที่วัดผ่านทางท่อนช่วยหายใจไม่เกินกว่า 30 torr ซึ่งทั้งหมดจะเป็นตัวประเมินการช่วยหายใจมีเพียงพอเพื่อป้องกันปัญหาการขาดออกซิเจนในร่างกายผู้ป่วยตามมาได้ก่อให้เกิดผลกับผู้ป่วยบอกคุณภาพของทีมวิสัญญีและเพิ่มชื่อเสียงให้กับโรงพยาบาล ได้มากขึ้น

วัตถุประสงค์และหรือเป้าหมาย

วัตถุประสงค์

เพื่อเป็นมาตรฐานการปฏิบัติในแนวทางเดียวกัน ซึ่งจะช่วยลดการโต้เถียงในกรณีที่เกิดปัญหาขึ้นได้ และสร้างความเป็นหนึ่งเดียวกันในหน่วยงาน

เป้าหมาย

ผู้ป่วยทุกรายไม่เกิดภาวะการหายใจไม่เพียงพอขณะได้รับการระงับความรู้สึกในการผ่าตัดที่มีการจัดทำนอนคว่ำ ผู้ป่วยสามารถฟื้นจากยาคมสลบทันทีหลังเสร็จสิ้นการผ่าตัด ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนอันใดแก่ ภาวะไม่รู้สึกตัว พิการ หรือสมองตายและสามารถกลับไปดำรงชีวิตในสังคมได้ตามปกติในเวลาอันเหมาะสม

กรอบการวิเคราะห์ แนวคิดข้อเสนอ

หลักการช่วยหายใจให้พอเพียงในผู้ป่วยที่ได้รับการระงับความรู้สึกค่านิ่งถึง 3 หัวข้อใหญ่ๆ คือ

1. Airway ประเมินจากท่อทางเดินหายใจของผู้ป่วย ต้องอยู่ในสภาพที่ไม่หักพับหรือมีความลึกที่มุมปากเหมาะสม โดยประเมินความลึกที่เหมาะสมได้จากฟังเสียงลมที่ปอดให้ได้เท่ากับทั้ง 2 ข้าง และปริมาณแรงดันลมในปอดที่วัดผ่านทางท่อช่วยหายใจไม่เกินกว่า 30 torr

2. Breathing ประเมินจากสภาวะการขยายตัวของปอด ซึ่งในกรณีที่ผู้ป่วยนอกกว่าปอดต้องมีการขยายตัวได้เต็มที่ที่มีการตั้งปริมาตรความจุอากาศในปอดได้เหมาะสมกับน้ำหนักตัวของผู้ป่วย โดยสังเกตได้จาก การยกตัวขึ้นและลงของหลังทุกจังหวะการหายใจเข้าและออก

3. Circulation ประเมินจากการสังเกตปลายมือปลายเท้าของผู้ป่วยไม่เขียวคล้ำค่าความอิมตัวของออกซิเจนในเม็ดเลือดแดงโดยใช้อุปกรณ์เครื่องมือเฝ้าระวังวัดจากบริเวณปลายนิ้วเท้าไม่ต่ำกว่า 95 เปอร์เซ็นต์ ปริมาณก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์วัดจากลมหายใจออกผ่านทางท่อช่วยหายใจไม่เกินกว่า 40 มิลลิเมตรปรอท สัญญาณชีพปกติ (ความดันโลหิตสูง, ชีพจรเต้นเร็ว, เป็นสิ่งหนึ่งที่เป็นผลตามมาของการช่วยหายใจไม่เพียงพอ) ประเมินการจัดทำผู้ป่วยให้ห้องยกลอยไม่มีสิ่งกีดขวางที่ห้องสามารถสอดมือเข้าไปได้

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ปริมาณการเสียชีวิตและพิการน้อยลง
2. ปริมาณการโดนฟ้องร้องน้อยลง
3. ผู้ป่วยสามารถกลับไปดำรงชีวิตในสังคมปกติได้ในเวลาอันสั้น ทำให้สภาพร่างกายและจิตใจฟื้นฟูได้ดี
4. ไม่เกิดการติดเชื้อซ้ำซ้อนในโรงพยาบาล
5. ผู้ป่วยและโรงพยาบาลเสียหายใช้จ่ายน้อยลง

6. เพิ่มคุณภาพและมาตรฐานของทีมวิสัญญี

ตัวชี้วัดความสำเร็จ

สถิติผู้ป่วยที่เกิดภาวะการหายใจไม่เพียงพอ ขณะได้รับการระงับความรู้สึกเป็น 0เปอร์เซ็นต์

ลงชื่อ ชุตินา ถิ่นนคร.....

(นางสาวชุตินา ถิ่นนคร)

พยาบาลวิชาชีพ 6 ว (ด้านการพยาบาลวิสัญญี)

ผู้ขอรับการประเมิน

(วันที่)14...../.....มี.ค...../.....2551.....

อ้างอิง

ราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทย, ตำราฟื้นฟูวิสัญญีวิทยา. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ : ทองพลุการพิมพ์, 2546

ราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทย, ตำราฟื้นฟูวิสัญญีวิทยา. พิมพ์ครั้งที่ 1 กรุงเทพฯ : บริษัท ส. เอเชียเพรส จำกัด 2548.

อังกาบ ปราการรัตน์ และวรภา สุวรรณจินดา. ตำราวิสัญญีวิทยา. พิมพ์ครั้งที่ 3 กรุงเทพฯ : กรุงเทพเวชสาร, 2548.