

ผลงานประกอบการพิจารณาประเมินบุคคล  
เพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาชีพเฉพาะ

ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ 7 วช. (ด้านการพยาบาลวิสัญญี)

เรื่องที่เสนอให้ประเมิน

1. ผลงานที่เป็นผลการดำเนินงานที่ผ่านมา

เรื่อง การพยาบาลและการให้ยาระงับความรู้สึกแก่ผู้ป่วยผ่าตัดคลอดทาง  
หน้าท้องจากภาวะรกเกาะต่ำ

2. ข้อเสนอ แนวคิด วิธีการเพื่อพัฒนางานหรือปรับปรุงงานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

เรื่อง การกำหนดแนวทางการป้องกันการเกิดภาวะคลื่นไส้อาเจียนจากการได้รับ  
ยาชาเฉพาะที่ผสมยาแก้ปวดทางช่องไขสันหลังในผู้ป่วยผ่าตัดคลอดทาง  
หน้าท้อง

เสนอโดย

นาง มนัสนันท์ มีบุญ

ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ 6 ว (ด้านการพยาบาลวิสัญญี)

( ตำแหน่งเลขที่ วพบ.1079)

ฝ่ายการพยาบาล วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล

สำนักการแพทย์

## ผลงานที่เป็นผลการดำเนินงานที่ผ่านมา

1. **ชื่อผลงาน** การพยาบาลและการให้ยาระงับความรู้สึกผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับความรู้สึกผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องจากภาวะรกเกาะต่ำ (เปลี่ยนจากรื่องการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับความรู้สึกเพื่อผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องจากภาวะรกเกาะต่ำ ตามมติกรรมการประเมินผลงานสายงานการพยาบาลวิชาชีพระดับ7 ครั้งที่ 4/2551 เมื่อวันที่ 27พ.ค.2551)

2. **ระยะเวลาที่ดำเนินการ** 4 วัน (ตั้งแต่วันที่ 14 กันยายน 2548- 17 กันยายน 2548)

3. **ความรู้ทางวิชาการหรือแนวคิดที่ใช้ในการดำเนินการ**

3.1 **ความรู้ทางวิชาการเกี่ยวกับผู้ป่วยผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องจากภาวะรกเกาะต่ำจากตำราสูติศาสตร์**

### คำจำกัดความ

ภาวะรกเกาะต่ำ หรือ placenta previa (placenta = รก) หมายถึงภาวะที่การเกาะของตัวรกเกาะต่ำกว่าปกติที่อยู่สูงขึ้นไปในมดลูก บางครั้งเกาะต่ำลงมาถึงปากช่องคลอดโดยเกาะลงมาบริเวณส่วนล่างของผนังมดลูกซึ่งรกจะเกาะใกล้หรือแปะปกคลุมปากมดลูกส่วนในเพียงบางส่วนหรือทั้งหมด (เสรี ชีรพงษ์ ,2545:86-87)

**สาเหตุ** ไม่มีใครทราบแต่ปัจจัยเสี่ยงที่อาจเกี่ยวข้องคือ การที่มีมารดาอายุมาก เช่นพบว่ามารดาที่อายุ 30ปี โอกาสเกิดรกเกาะต่ำมากเป็น3เท่าของมารดา อายุ20ปี การที่มีรกเกาะต่ำมาก่อน การผ่าตัดคลอดบุตรมาก่อน เคยทำแท้ง การสูบบุหรี่ อุบัติการณ์การเกิดรกเกาะต่ำเกิดได้ 2-5 รายต่อการตั้งครรภ์ 1000ราย และเป็นสาเหตุทำให้แม่เสียชีวิตประมาณ 3ใน10000 คน (เสรี ชีรพงษ์, 2545:86-87)

### ชนิดของรกเกาะต่ำ

1. รกเกาะต่ำชนิดรกปกคลุมปิดปากมดลูกส่วนในทั้งหมด (total placenta previa)
2. รกเกาะต่ำชนิดของรกคลุมปิดปากมดลูกบางส่วนของปากมดลูกส่วนใน (partial placenta previa)
3. รกเกาะต่ำชนิดขอบรกเกาะชิดขอบของปากมดลูกส่วนใน (marginal placenta previa)
4. รกเกาะต่ำบริเวณส่วนล่างของผนังมดลูก โดยมีขอบรกเกาะใกล้ปากมดลูกส่วนใน (low – lying placenta)

## อาการและอาการแสดง

อาการเลือดออกโดยไม่มีอาการเจ็บครรภ์ (painless bleeding) แต่อาจพบมีอาการเจ็บครรภ์เนื่องด้วยในกรณีเข้าสู่ในระยะเจ็บครรภ์คลอด พบได้ร้อยละ 5 – 10 อายุครรภ์เฉลี่ยที่เริ่มเกิดอาการเลือดออกคือ 29 – 30 สัปดาห์ส่วนใหญ่เลือดที่ออกครั้งแรกจะออกไม่มากและสามารถจะหยุดได้เองถ้าไม่ได้รับการกระตุ้น เช่น การตรวจภายใน การมีเพศสัมพันธ์ และเลือดออกครั้งต่อไปปริมาณและความรุนแรงจะเพิ่มมากขึ้นตามลำดับ (progressive bleeding)

สาเหตุของเลือดออกเชื่อว่าเกิดจาก

1. การลอกตัวของรก (mechanical separation of placenta) เนื่องจากการยึดตัวของผนังมดลูกส่วนล่างหรือมีการบางตัวและขยายของปากมดลูก
2. การอักเสบของรก (placentalitis)
3. การแตกของหลอดเลือดในชั้นเยื่อโพรงมดลูก (ruptured of poorly supported venous lakes in decidual vasalis)

## การวินิจฉัยโรค

1. จากอาการเลือดออกทางช่องคลอดโดยไม่เจ็บ อาการซีดจะสัมพันธ์กับปริมาณเลือดที่ออกมักจะไม่มีเจ็บครรภ์หน้าท้องนุ่มไม่แข็งตึง คลำทารกได้ อาจพบทารกอยู่ในท่าผิดปกติ เช่น ท่าก้นท่าขวาง หรือถ้าเป็นท่าศีรษะมักพบว่าส่วนนำไม่เข้าสู่อุ้งเชิงกราน ฟังเสียงหัวใจทารกได้และมีอัตราการเต้นอยู่ในเกณฑ์ปกติ

2. จากการตรวจภายในเป็นซึ่งวิธีที่วินิจฉัยโรคที่แน่นอนแต่อันตรายเนื่องจากทำให้เลือดออกได้จึงจำเป็นต้องทำการตรวจในห้องผ่าตัดโดยมีการเตรียมผู้ป่วยให้สามารถผ่าตัดได้ทันที (double setup) ปัจจุบันไม่นิยมเนื่องจากการตรวจอย่างเดียวด้วยคลื่นเสียงความถี่สูง (ultrasound) มีความแม่นยำสูง

3. จากการตรวจด้วยคลื่นเสียงความถี่สูงเป็นการตรวจที่ไม่อันตราย (noninvasive technique) เป็นวิธีที่ง่ายและรวดเร็วเนื่องจากมีความปลอดภัยและมีความแม่นยำสูง ( พินิตย์ จิระนันท์ประวัตติ ,2543)

4. Magnetic resonance imaging (MRI) มีประโยชน์เนื่องจากวินิจฉัยได้ชัดเจน ในกรณีรกเกาะด้านหลังผนังมดลูก แต่ราคาแพงกว่าการตรวจด้วยคลื่นเสียงความถี่สูง

การวินิจฉัยโรคจำเป็นต้องวินิจฉัยแยกโรคจากภาวะเลือดออกก่อนคลอดอื่นๆ โดยเฉพาะภาวะรกลอกตัวก่อนกำหนด

## การรักษา

รกเกาะต่ำทำให้เกิดปัญหา 2 ประการคือการตกเลือดและการคลอดก่อนกำหนด การตกเลือดจะมีอันตรายต่อมารดาในเบื้องต้น และอันตรายต่อทารกในที่สุด แต่ส่วนใหญ่พบว่าเลือดออกครั้งแรกมักจะน้อยและหยุดได้เอง ดังนั้นจึงมีหลักในการรักษา ดังนี้

1. การรักษาเบื้องต้น ได้แก่การสังเกตอาการตกเลือด โดย

1.1 ให้รีบไว้รักษาในโรงพยาบาล ควบคุมดูแลอย่างใกล้ชิดในห้องคลอด

1.2. นึกถึงรกเกาะต่ำเป็นอันดับแรก จึงห้ามตรวจทางช่องคลอดหรือทางทวารหนัก

และห้ามสวนอุจจาระ

1.3. งดน้ำและอาหารทางปากให้สารน้ำทางหลอดเลือดแทน ตรวจสอบความเข้มข้นของเลือดและให้เลือดเมื่อมีข้อบ่งชี้

2. การรักษาแบบเฝ้ารอ หรือประคับประคอง โดยพิจารณาลักษณะและปริมาณเลือดที่ออกอายุครรภ์ ขนาดและท่าของทารกในครรภ์ถ้าเลือดที่ออกน้อยลงหรือหยุด ยังไม่เจ็บครรภ์ ทารกยังมีชีวิตอยู่ อายุครรภ์น้อยกว่า 37 สัปดาห์ หรือคะแนนน้ำหนักทารกน้อยกว่า 2,500 กรัม เพื่อให้การตั้งครรภ์ดำเนินต่อไปโดย

2.1 พักผ่อนอยู่บนเตียงอย่างเต็มที่อาจจะให้ยาเพื่อการนอนหลับได้ดีในบางรายก็ได้

2.2 บันทึกสัญญาณชีพ (vital signs) อัตราการเต้นของหัวใจทารก เฝ้าสังเกตปริมาณเลือดที่ออก

2.3 หลังเฝ้าดูอย่างน้อย 12 - 24 ชั่วโมงแล้วไม่พบเลือดออกอีก จึงให้เริ่มรับประทานอาหารได้

2.4 หลังเลือดหยุดได้ 2 - 4 วัน จึงส่งตรวจหาตำแหน่งรกเกาะ กรณีที่ไม่สามารถตรวจพิเศษได้ อาจพิจารณาใช้เครื่องมือขยายปากช่องคลอด ซึ่งจะต้องทำด้วยความนุ่มนวลเป็นพิเศษ และไม่ใส่นิ้วเข้าไปในปากมดลูก

2.5 ในกรณีที่ให้กลับบ้าน แนะนำให้นอนพักไม่ทำงานหนัก ห้ามร่วมเพศ หรือสวนล้างช่องคลอด และเมื่อมีอาการเลือดออกจากช่องคลอดอีก ให้รีบมาโรงพยาบาลทันที

2.6 บางรายเลือดออกไม่มาก แต่มีเจ็บครรภ์ก่อนกำหนดร่วมด้วย อาจต้องพิจารณายับยั้งการเจ็บครรภ์คลอดเพื่อยืดอายุครรภ์

2.7 ในรายที่ให้การรักษาแบบประคับประคองแล้วได้ผล แต่ไม่ทราบอายุครรภ์แน่นอนอาจพิจารณาทำการเจาะตรวจน้ำคร่ำ เพื่อทดสอบการเจริญของปอดทารกในครรภ์

3. การรักษาแบบทำให้การตั้งครรภ์สิ้นสุดลง ถ้าให้การรักษาตามข้อ 1 หรือระหว่างการรักษาข้อ 2 แล้วพบว่าเลือดออกมากหรือออกนาน หรือเจ็บครรภ์ หรือทารกตายในครรภ์ หรืออายุครรภ์มากกว่า 37 สัปดาห์ หรือคะแนนน้ำหนักทารกมากกว่า 2,500 กรัม โดย

3.1 เตรียมเลือดอย่างน้อย 2 ยูนิต

3.2 ตรวจภายในในช่องผ่าตัด ยกเว้นรายที่ทราบว่าเป็นรกเกาะต่ำชนิดขอบรกคลุมปากมดลูกส่วนในทั้งหมดจากการตรวจด้วยคลื่นเสียงความถี่สูง

3.3 เจาะถุงน้ำคร่ำถ้าทำได้

3.4 อาจให้ยากระตุ้นการหดตัวของมดลูกช่วย

3.5 ถ้าสามารถคลอดทางช่องคลอดได้ ให้คลอดเอง หรือช่วยคลอดด้วยคีม (forceps - extraction) หรือช่วยคลอดด้วยเครื่องสุญญากาศ (vacuum extraction)

3.6 ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องเมื่อพบเป็นรกเกาะต่ำชนิดขอบรกคลุมปิดปากมดลูกส่วนในทั้งหมด หรือชนิดอื่นแต่เลือดที่ออกมากขึ้นหรือมีข้อบ่งชี้ทางสูติกรรมอื่น

4. หลังเด็กและรกคลอดแล้ว ให้ยากระตุ้นการหดตัวของมดลูก ให้เลือดอย่างพอเพียง ให้ยาปฏิชีวนะ

#### การพยาบาล

การให้ยาระงับความรู้สึกสำหรับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องอาจทำได้ 2 วิธี คือ การให้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย และการให้ยาระงับความรู้สึกทางไขสันหลัง การเลือกให้ยาระงับความรู้สึกขึ้นอยู่กับข้อบ่งชี้และความรีบด่วนของการผ่าตัด เป็นตัวแปรสำคัญสำหรับการเลือกวิธีให้ยาระงับความรู้สึก เช่น การเสียเลือดมากอย่างรวดเร็ว ต้องใช้การระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายเท่านั้น ในกรณีอื่นอาจพิจารณาตามความรีบด่วนที่ต้องนำทารกออกจากครรภ์มารดา เช่น ถ้าอัตราการเต้นของหัวใจทารกต่ำลงมากกว่า 80 ครั้งต่อนาทีภาวะรกเกาะต่ำร่วมกับการเสียเลือดมากเป็นภาวะฉุกเฉินที่ต้องทำการผ่าตัดอย่างเร่งด่วน จึงเลือกวิธีการให้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย ใช้เทคนิคใส่ท่อช่วยหายใจอย่างรวดเร็ว (rapid sequence induction) ร่วมกับการกดกระดูกอ่อน cricoids (Sellick's maneuver)

วิสัญญีพยาบาลมีบทบาทสำคัญในการที่จะให้ยาระงับความรู้สึกแก่ผู้ป่วยต้องมีการเตรียมอุปกรณ์ในการให้ยาระงับความรู้สึกให้พร้อม การเตรียมพร้อมของตัววิสัญญีพยาบาลผู้ให้การระงับความรู้สึก และการเตรียมผู้ป่วยก่อนให้ยาระงับความรู้สึก การเตรียมผู้ป่วยที่ดีเป็นการช่วยให้ผู้ป่วยจะลดภาวะแทรกซ้อนและลดอัตราการตายจากการให้ยาระงับความรู้สึกดังนั้นวิสัญญีพยาบาลจะทราบปัญหาหรือความพร้อมของผู้ป่วยได้โดยการซักประวัติ การตรวจร่างกาย และผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ดังนั้นวิสัญญีพยาบาลจะต้องมีความรู้ ความสามารถ มีความชำนาญในการเลือกวิธีการและยาที่จะใช้ในการระงับความรู้สึก รวมทั้งการป้องกันและแก้ไขภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้ตลอดระยะเวลาที่ให้ยาระงับความรู้สึก เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัยสูงสุด

### 3.2 แนวคิดในการดำเนินการ

1. ดำเนินการ โดยใช้แนวคิดความรู้ตามหลักวิชาการวิสัญญีวิทยาในการให้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วไป
2. การประเมินทางการพยาบาลตามหลักของ NANDA
3. เกณฑ์วิทยาเกี่ยวกับยาระงับความรู้สึก

#### 3.2.1 การเตรียมยาที่ใช้ในการให้ยาระงับความรู้สึก

โพรโปโฟล (Propofol) เป็นยานาสดลบ ขนาดที่พอเหมาะ คือ 1.5 – 2.5 มิลลิกรัมต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัมถ้าบริหารเข้าหลอดเลือดดำขนาดเล็กรู้สึกปวดขณะฉีดยา วิธีแก้ไขคือ ต้องฉีดนำด้วยยาอื่นเช่น 1% lidocaine หรือกลุ่ม opioid หรือผสม lidocaine 1 มิลลิกรัม ต่อ 1 มิลลิลิตร ของpropofolมีฤทธิ์ ลดการทำงานของสมองพร้อมกับลดปริมาณเลือดมาเลี้ยงและลดความดันในกะโหลกศีรษะทำให้ความดันเลือดต่ำ ข้อดี คือ มีการขับถ่ายยาเร็ว ทำให้ตื่นเร็ว โดยไม่มีอาการง่วงเหลืออยู่

ซัคซินิน โคลิน (Succinyl choline) เป็นยาห่อนกล้ามเนื้อ ออกฤทธิ์ภายใน 60 – 90 วินาที และทำให้หยุดหายใจนาน 4 – 10 นาทีขนาดยาที่ใช้ 1 – 2 มิลลิกรัมต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม ฉีดเข้าทางหลอดเลือดดำทำให้กล้ามเนื้อคลายตัวช่วยทำให้ใส่ท่อช่วยหายใจได้สะดวก

อะตราคูเลียม (Atracurium) เป็นยาห่อนกล้ามเนื้อออกฤทธิ์ปานกลาง ใช้ฉีดเข้าหลอดเลือดดำในขนาด 0.5 – 0.6 มิลลิกรัมต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม มีฤทธิ์ห่อนกล้ามเนื้ออยู่นาน 20 – 30 นาที

มอร์ฟีน (Morphine) มีฤทธิ์กดศูนย์ระดับสูงของสมอง ทำให้ผู้ป่วยมีอาการระงับสติมีฤทธิ์ลดความเจ็บปวดและความไม่สบายใช้ระงับปวดที่เกิดจากอวัยวะภายในได้ดี ขนาดที่ใช้ 0.1 – 0.2 มิลลิกรัมต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัมฉีดเข้ากล้ามเนื้อ และหลอดเลือดดำ

ดอร์มิกูม (Dormicum) เป็นยานอนหลับหลังจากฉีดขนาด 0.2 มิลลิกรัมต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัมผู้ป่วยจะหลับมีฤทธิ์ระงับชักได้ดีกว่าไดอะซีแพม (Diazepam) 2 – 3 เท่า ห่อนกล้ามเนื้อและผ่อนคลายความกังวลได้ดี ลดปริมาณเลือดที่เลี้ยงสมอง

ซีโวฟลูเรน (Sevorane) เป็นยาสลบชนิดไอระเหย มีกลิ่นหอมใช้เพื่อชักนำการสลบ และรักษาระดับการสลบ เสริมฤทธิ์ยาห่อนกล้ามเนื้อ รักษาระดับการไหลเวียนเลือดได้ดี กำจัดออกจากร่างกายได้รวดเร็ว

นีโอสติกมิน (Neostigmine) เป็นยาแก้ฤทธิ์ยาห่อนกล้ามเนื้อทำให้กล้ามเนื้อสามารถหดเกร็งได้ตามการกระตุ้น ขนาดที่ใช้ 0.05 – 0.08 มิลลิกรัมต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม ฉีดเข้าหลอดเลือดดำออกฤทธิ์ภายใน 2 – 5 นาที อยู่นาน 30 – 50 นาที มีฤทธิ์ทำให้ชีพจรเต้นช้าลงจึงควรใช้ร่วมกับ atropine

อะโทรปีน (Atropine) เป็นยากระตุ้นประสาทซิมพาเทติก ทำให้ชีพจรเต้นเร็ว ขนาดที่ใช้ 0.02 – 0.04 มิลลิกรัมต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม ฉีดเข้าทางหลอดเลือดดำ

### 3.2.2 การเตรียมสารน้ำที่ให้ทางหลอดเลือดดำ ชนิดของสารน้ำแบ่งเป็น

สารน้ำมี 2 ประเภทคือ crystalloids และ colloids

Crystalloids เป็นสารน้ำที่มีโมเลกุลน้อย อาจมีหรือไม่มีกลูโคสผสมอยู่ การเลือกชนิดของสารน้ำจะขึ้นกับชนิดของการสูญเสียของน้ำ การสูญเสียน้ำให้ทดแทนด้วย D5W กลูโคสจะรักษาระดับ osmolality และป้องกันภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ การสูญเสียน้ำและเกลือแร่ให้ทดแทนด้วย LRS หรือสารละลาย Acetated Ringer เมื่อร่างกายได้รับ LRS ดับจะเปลี่ยนแลคเตทให้เป็นคาร์บอเนต นอกจากนี้สามารถใช้น้ำเกลือออร์มัลเจ็อง PRC สำหรับให้ผู้ป่วย ถ้าผู้ป่วยมีซีรัมโซเดียมต่ำมากจะรักษาด้วยการให้ 3% NaCl หยดเข้าหลอดเลือดซ้ำๆ

Colloid เป็นสารน้ำที่มีน้ำหนักโมเลกุลขนาดใหญ่ เช่น โปรีตินหรือกลูโคส polymer ขนาดใหญ่สามารถรักษาระดับความดัน osmotic ในพลาสมาได้ขณะที่ crystalloids ไม่สามารถทำได้ เพราะจะกระจายเข้าไปใน ECF colloid สามารถคงอยู่ในหลอดเลือดได้นาน half-life ยาว 3-6 ชั่วโมง แต่มีราคาแพงและมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ Colloid ในรูปสารละลาย isotonic electrolyte ได้แก่ gelatin, starch

ข้อบ่งใช้ คือ

1. Fluid resuscitation ในรายที่ขาดน้ำในหลอดเลือดอย่างมากเช่น ช็อกจากการเสียเลือดมากจำเป็นต้องให้สารน้ำก่อนจะได้เลือดมาให้ผู้ป่วย
2. ในรายที่อัลบูมินในเลือดต่ำอย่างรุนแรง ผู้ป่วย burn พิจารณาให้ภายหลังจากการให้สาร crystalloids 3-4 ลิตรแล้ว

### 3.2.3 เตรียมเครื่องมือดมยาสลบและอุปกรณ์ต่างๆ

เครื่องให้ยาระงับความรู้สึก โดยตรวจไม่ให้มีรอยร้าวตามข้อต่อต่างๆ ของท่อนำก๊าซ ตรวจดูเครื่องช่วยหายใจให้ทำงานได้ตามที่กำหนดตรวจดูการไหลของก๊าซออกซิเจนและก๊าซไนตรัสออกไซด์ก่อนใช้กับผู้ป่วย

เครื่องดูดเสมหะพร้อมสาย และข้อต่อเตรียมไว้ให้พร้อมสำหรับใช้ได้ทันที

เครื่องใส่ท่อช่วยหายใจ ทั้งด้ามถือและเบลดต้องอยู่ด้วยกัน ทดสอบไฟต้องสว่างมองเห็นหลอดคอได้ชัดเจน

ท่อช่วยหายใจขนาดเบอร์ 7 พร้อมเตรียมเบอร์ 7.5 และ 6.5 ไว้สำหรับเปลี่ยนขนาดได้ทันที

หน้ากากสำหรับครอบให้ออกซิเจน เบอร์ 3

ปลาสดเคี้ยวชนิดเหนียว สำหรับติดท่อช่วยหายใจกับมุมปากของผู้ป่วย เครื่องวัดความดัน โลหิตอัตโนมัติ ขณะให้ยาระงับความรู้สึกจะตั้งให้วัดทุก 3 นาที เครื่องวัดความอิมตัวของออกซิเจนในเม็ดเลือดแดง และเครื่องแสดงค่าชีพจรไว้ด้วย เครื่องวัดคลื่นไฟฟ้าหัวใจพร้อมสาย และ อิเล็กโทรด

#### 4. สรุปสาระสำคัญของเรื่องและขั้นตอนการดำเนินการ

##### ขั้นตอนการดำเนินการ

1. เลือกเรื่องที่จะทำการศึกษาโดยพิจารณาจากความสำคัญของโรคและแนวโน้มของโรคที่พบมากขึ้น ได้ศึกษาเรื่อง “การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับความรู้สึกเพื่อผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องจากภาวะรกเกาะต่ำ” ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้มารดาและทารกพิการหรือเสียชีวิตถ้าไม่ได้รับการช่วยเหลือได้ทันเวลาที่
2. ศึกษาเรื่องจากทฤษฎี รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการให้การระงับความรู้สึกผู้ป่วยในการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องจากภาวะรกเกาะต่ำเพื่อเป็นแนวทางในการศึกษาผู้ป่วย
3. รวบรวมข้อมูลของผู้ป่วยโดยศึกษาจากเวชระเบียนของผู้ป่วยเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลและสอบถามข้อมูลจากผู้ป่วยอีกครั้งเพื่อตรวจสอบความถูกต้อง เพื่อนำมาวางแผนการระงับความรู้สึกและวางแผนการพยาบาลได้อย่างถูกต้อง

##### สรุปสาระสำคัญของเรื่อง

ภาวะรกเกาะต่ำ หมายถึงภาวะที่รกเกาะต่ำกว่าปกติโดยเกาะลงมาบริเวณส่วนล่างของผนังมดลูกซึ่งรกจะเกาะใกล้หรือแผ่ปกคลุมปากมดลูกส่วนในเพียงบางส่วนหรือทั้งหมดสาเหตุที่แท้จริงยังไม่ทราบแต่พบชววนให้เกิด เช่น ช่วงอายุต่างๆ จำนวนครั้งที่คลอดปัจจัยที่ทำให้เลือดมาหล่อเลี้ยงเชื่อบุโพรงมดลูกเสียไป ผลเป็นบริเวณผนังมดลูกและรกที่แผ่กว้างผิดปกติ รกเกาะต่ำทำให้เกิดปัญหา 2 ประการ คือการตกเลือดและการคลอดก่อนกำหนดการรักษาเบื้องต้นคือการสังเกตอาการตกเลือด การรักษาแบบเฝ้ารอและประคับประคองโดยพิจารณาลักษณะและปริมาณเลือดที่ออก อายุครรภ์ขนาดและท่าของทารก เพื่อพิจารณาให้การตั้งครรภ์ดำเนินต่อไปหรือสิ้นสุด

กรณีศึกษาผู้ป่วยหญิงไทยคู่อายุ 28 ปี HN 35085/45 AN 21982/48 รับไว้ในโรงพยาบาล 14 กันยายน 2548 และจำหน่ายกลับบ้าน 17 กันยายน 2548 ประวัติ อายุครรภ์ 38 สัปดาห์ ตั้งครรภ์ครั้งที่ 2 มาโรงพยาบาลด้วยอาการหน้ามืด เวียนศีรษะ มีมูกเลือดออกทางช่องคลอดเล็กน้อย น้ำเดินไม่มีไข้แพทย์จึงรับไว้รักษาในโรงพยาบาลที่ห้องคลอด หลังจากแพทย์ประจำห้องคลอดซักประวัติตรวจร่างกายแล้ว ให้นอนพักบนเตียงไม่ให้ลุกเดิน สังเกตเลือดที่ออกจากช่องคลอด การบีบตัวของมดลูกและการเต้นของหัวใจทารกตรวจคลื่นเสียงความถี่สูง วินิจฉัยว่ารกเกาะบริเวณส่วนล่างของ



ผนังมดลูก โดยมีขอบรกเกาะชิดขอบของปากมดลูกส่วนใน (maginal placenta previa) และต้องได้รับการผ่าตัดคลอดลูกทางหน้าท้อง

จากการเยี่ยมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด ผู้ป่วยมีสีหน้าวิตกกังวล ได้ทำการพูดคุยให้คำแนะนำ ก่อนให้ยาระงับความรู้สึก ผู้ป่วยมีท่าที่รับฟังและทำตามคำแนะนำการปฏิบัติตนขณะผ่าตัดและ หลังผ่าตัดเป็นอย่างดี

ระหว่างการให้ยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนใดๆ ระหว่างผ่าตัดผู้ป่วยมีสัญญาณชีพปกติ (ความดันโลหิตประมาณ 90/50 – 140/60 มิลลิเมตรปรอท ชีพจรประมาณ 80 – 90 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจควบคุมผ่านเครื่องช่วยหายใจ 12 ครั้งต่อนาที และค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเม็ดเลือดแดงที่วัดจากปลายนิ้วมือ 98 – 100% ค่าความดันคาบอนไดออกไซด์ในลมหายใจออกอยู่ระหว่าง 30 – 35 มิลลิเมตรปรอท ใช้เวลาในการผ่าตัด 45 นาที มีการเสียเลือดประมาณ 1,200 มิลลิลิตร มีปัสสาวะประมาณ 120 มิลลิลิตร

หลังการผ่าตัดการเยี่ยมผู้ป่วยในห้องพักฟื้น ผู้ป่วยรู้สึกตัวดีให้ออกซิเจน 100 เปอร์เซ็นต์ ทางหน้ากากครอบ วัดสัญญาณชีพ ความดันโลหิตอยู่ระหว่าง 110/68–120/80 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 70 – 90 ครั้งต่อนาที หายใจ 20 – 22 ครั้งต่อนาที อยู่ในห้องพักฟื้นประมาณ 2 ชั่วโมงจึงกลับหอผู้ป่วย

จากการตรวจเยี่ยมผู้ป่วยที่หอผู้ป่วย ผู้ป่วยมีภาวะช็อค มีอาการอ่อนเพลีย ได้รับเลือด packed red cell (PRC) กรุ๊ป B จำนวน 300 มิลลิลิตร ได้ตรวจวัดค่าฮีมาโทคริต พบว่า ค่าฮีมาโทคริตเพิ่มขึ้นจาก 29 เปอร์เซ็นต์ เป็น 33 เปอร์เซ็นต์ ผู้ป่วยมีอาการปวดแผลได้รับยาแก้ปวดรับประทานอาการปวดแผลจึงลดลง มีอาการท้องอืดแนะนำให้ผู้ป่วยลุกเดินบ่อยๆ แผลหน้าท้องแห้งดี ไม่มีไข้สัญญาณชีพปกติ ตลอดระยะเวลาที่รับผู้ป่วยไว้ดูแล ทั้งก่อนให้ยาระงับความรู้สึก ระหว่างให้ยาระงับความรู้สึกและหลังให้ยาระงับความรู้สึก ปัญหาที่อาจเกิดได้รับการป้องกันและแก้ไขได้ ผู้ป่วยไม่ได้รับอันตรายจากภาวะแทรกซ้อนต่างๆ แพทย์อนุญาตให้ผู้ป่วยกลับบ้านได้จึงให้คำแนะนำการปฏิบัติตนก่อนกลับบ้านแนะนำการดูแลแผลผ่าตัด จำหน่ายผู้ป่วย 17 กันยายน 2548 ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาทันทีในโรงพยาบาลรวมทั้งสิ้น 4 วัน

## 5. ผู้ร่วมดำเนินการ

ไม่มี

## 6. ส่วนของผลงานที่ผู้เสนอเป็นผู้ปฏิบัติ

เป็นผู้ดำเนินการทั้งหมดร้อยละ 100

## 7. ผลสำเร็จของงาน

จากการให้การพยาบาลและการให้ยาระงับความรู้สึกแก่ผู้ป่วยที่ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องจากภาวะรกเกาะต่ำได้มีการศึกษาติดตามอาการของผู้ป่วยที่ห่อผู้ป่วย และประเมินผลการพยาบาลเป็นเวลา 4 วัน และเยี่ยมผู้ป่วยจำนวน 3 ครั้ง พบว่าปัญหาทั้งหมดได้รับการแก้ไขได้มีการให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยก่อนกลับบ้าน ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติได้ถูกต้อง จึงทำให้มีผลสัมฤทธิ์

## 8. การนำไปใช้ประโยชน์

8.1 มีความรู้ความเข้าใจ เกี่ยวกับภาวะรกเกาะต่ำ

8.2 ทราบถึงผลลัพธ์ของการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการระงับความรู้สึกในการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องจากภาวะรกเกาะต่ำ

8.3 เพิ่มคุณภาพการให้บริการทางด้านการระงับความรู้สึก

8.4 ลดระยะเวลาการรักษาตัวในโรงพยาบาล

8.5 เป็นแนวทางในการนำมาพัฒนาการให้บริการให้ดียิ่งขึ้น

8.6 เพิ่มพูนความรู้แก่ผู้ศึกษาทุกกรณี

## 9. ความยุ่งยาก ปัญหา อุปสรรคในการดำเนินการ

9.1 ต้องประเมินผู้ป่วยและเฝ้าระวังผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดเพื่อป้องกันอันตรายต่อผู้ป่วยและทารก

9.2 การผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องจากภาวะรกเกาะต่ำเป็นภาวะฉุกเฉินต้องให้การระงับความรู้สึกอย่างเร่งด่วนต้องมีการประสานงานระหว่างแพทย์ผู้ทำผ่าตัด ห่อผู้ป่วย พยาบาลห้องผ่าตัด เพื่อมีการจัดเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนเริ่มให้ยาระงับความรู้สึก

9.3 ผู้ป่วยมีภาวะพร่องน้ำและเลือดเป็นภาวะวิกฤตต้องประสานงานกับห่อผู้ป่วยในการจัดเตรียมเลือดให้พร้อมและเพียงพอ เพื่อช่วยชีวิตของผู้ป่วยและบุตรไม่ให้เกิดความพิการหรือเสียชีวิต

9.4 ประเมินภาวะ การหายใจและการกำซาบเนื้อเยื่อของทารก


## 10. ข้อเสนอแนะ

10.1 การผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องจากภาวะรกเกาะต่ำผู้ป่วยมีภาวะพร่องน้ำและเลือด มีการเปลี่ยนแปลงของสัญญาณชีพทำให้เกิดอันตรายถึงแก่ชีวิตได้ ควรได้รับการช่วยเหลือเร่งด่วน

10.2 ผู้ป่วยจะปลอดภัยและลดความพิการที่อาจเกิดขึ้นได้ ขึ้นอยู่กับความรู้ความสามารถของทีมวิสัญญี ทีมสุขภาพ และความพร้อมของอุปกรณ์ทางการแพทย์

10.3 ควรจัดทำแนวทางในการปฏิบัติงานด้านวิสัญญีพยาบาลเพื่อเพิ่มพูนความรู้และทักษะในการปฏิบัติงานให้การระงับความรู้สึกผู้ป่วยทุกกรณี

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการและได้ดำเนินการปรับปรุงแก้ไขเป็นไปคำแนะนำของคณะกรรมการ

ลงชื่อ.....

(นาง มนัสนันท์ มีบุญ)

(พยาบาลวิชาชีพ 6 ว (ด้านการพยาบาลวิสัญญี)

ผู้ขอรับการประเมิน

.....2...../.....ต.ค...../.....2551...

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

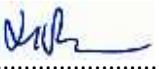
ลงชื่อ.....

(นางเพลินพิศ ปานสว่าง)

(ตำแหน่ง) หัวหน้าพยาบาล ฝ่ายการพยาบาล

วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล

(วันที่).....2...../.....ต.ค...../.....2551.....

ลงชื่อ.....

(ศาสตราจารย์พิเศษมานิต ศรีประโมทย์)

(ตำแหน่ง) ผู้ตรวจราชการ 9

ขณะดำรงตำแหน่ง ผู้อำนวยการวิทยาลัย

วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล

(วันที่).....2...../.....ต.ค...../.....2551.....

## อ้างอิง

ชูศรี พิศลยบุตร และพงษ์ธारा วิจิตรเวชไพศาล. ตำราวิสัญญีทางสูติกรรม. กรุงเทพมหานคร : พี.เอ.ลีฟวิ่ง, 2543

นเรศวร สุขเจริญ. “กายวิภาคพื้นฐานทางนรีเวชวิทยา.” ในกิจประมุข ดันตยาภรณ์ และคณะ. นรีเวชวิทยา, 1 – 17. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร: โอ.เอส.พรีนติ้งเฮ้าส์, 2544

นุชสรโรจ เพ็ชฌัญไชยกุล. ตำราพื้นฟูวิชาการวิสัญญีวิทยา พ.ศ. 2546. กรุงเทพมหานคร:ทองพูลการพิมพ์, 2546

เสวี ชีรพงษ์. “ภาวะแทรกซ้อนขณะมีครรภ์” ในวารสารไกล้มอปีที่ 26 ฉบับที่ 2 (กุมภาพันธ์ 2545). หน้า 86-87

ข้อเสนอ แนวคิดวิธี การเพื่อพัฒนางานหรือปรับปรุงงานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น  
ของ นางมนัสนันท์ มีบุญ

เพื่อประกอบการแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพ 7 วช. ด้านการพยาบาลวิสัญญี  
(ตำแหน่งเลขที่ วพบ. 1079) สังกัดฝ่ายการพยาบาล วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและ  
วชิรพยาบาล สำนักการแพทย์

เรื่อง การกำหนดแนวทางการป้องกันการเกิดภาวะคลื่นไส้อาเจียนจากการได้รับยาเฉพาะที่ผสม  
ยาแก้ปวดทางช่องไขสันหลังในผู้ป่วยผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง

**หลักการและเหตุผล**

นับตั้งแต่ได้มีการค้นพบ Opiate receptor ในเซลล์ dorsal horn และได้มีการใช้ morphine  
ฉีดเข้าทาง Spinal และ epidural เป็นต้นมา การใช้ยาในกลุ่ม opioids ทางไขสันหลังเพื่อการระงับ  
ปวดก็เพิ่มความนิยมขึ้นเรื่อย ๆ จนถึงปัจจุบัน โดยเฉพาะในทางสูติกรรมซึ่งการใช้ยา opioids  
ทางไขสันหลังมีน้อย ขณะเจ็บครรภ์ในระยะที่หนึ่งของการคลอด (First stage) ความปวดจากการ  
ขยายตัวของปากมดลูกขณะมดลูกบีบตัวจะส่งผ่านไปตามเส้นประสาท A delta และเส้นประสาท C  
ซึ่งจะเป็นประสาท sympathetic ชนิด visceral afferent เข้าสู่ไขสันหลังระดับ T10 – L1 และเมื่อเข้า  
สู่ระยะที่สองของการคลอด (Second stage) ความปวดจากการดึงรั้งในอวัยวะเชิงกรานและช่อง  
คลอดจากศีรษะทารกจะผ่านไปตามเส้นประสาท Somatic เข้าสู่ไขสันหลังระดับ S2 – 4 เมื่อถึง  
ไขสันหลังจะผ่านมายังบริเวณ Dorsal horn ซึ่งจะเป็นที่แห่งแรกที่จะมีการเปลี่ยนแปลงความรู้สึก  
ปวดบริเวณนี้ โดยสารในกลุ่ม opioids ทั้งในร่างกาย เช่น endomorphin 1 และ 2 ซึ่งเป็นสารในกลุ่ม  
Tetrapeptide สามารถสกัดได้จากสมองคน หรือจากนอกร่างกายเช่น มอร์ฟินจะออกฤทธิ์ที่ receptor  
บริเวณ Plasma membrane ของเซลล์ใน Rexed lamina ที่ I, II, และ V ภายใน substantia gelatinosa  
ของ Dorsal horn ของสันไขสันหลัง โดยยาในกลุ่ม opioids จะจับกับโปรตีน G ของ receptor  
ก่การทำงาน of adenylyl cyclase และการผ่านเข้าออก K และ Ca ทำให้เส้นประสาทหยุด  
ทำงาน

ฤทธิ์ข้างเคียงและข้อแทรกซ้อนของ opioids คืออาการคลื่นไส้อาเจียนซึ่งเป็นฤทธิ์  
ข้างเคียงที่พบได้ค่อนข้างบ่อย และ ขึ้นกับขนาดของยาเช่นเดียวกับการคั้น เช่น การให้ Morphine  
0.5 – 1 มก. ทาง spinal มีอุบัติการณ์คลื่นไส้อาเจียนประมาณร้อยละ 50 สาเหตุเกิดขึ้นเนื่องจากการ  
คืบคลานของสาร opioids ในน้ำไขสันหลังถึงบริเวณส่วนสมอง area postrema ซึ่งมีศูนย์อาเจียน  
Chemore – captor trigger zone อยู่ในบริเวณของ nucleus solitarius การรักษาในขั้นแรกมักเริ่มด้วย  
Metoclopramide 10 มก. เข้าหลอดเลือดดำ ถ้าไม่ได้ผลจึงพิจารณาใช้ยาชนิดอื่นๆ เช่น วิมลัทธิ

สนับสนุนศิลป์และคณะใช้ droperidol 2.5 มก. ฉีดเข้าหลอดเลือดดำมีผลลดคลื่นไส้อาเจียนจากการให้ Morphine 5 มก. ทาง Epidural หลังการผ่าตัดคลอดได้ดี ขณะที่การให้ droperidol ทาง epidural ไม่ได้ผล หรือมีรายงานการใช้ยา scopolamine ชนิดแผ่นติดไว้หลังผู้ป่วยสามารถลดอาการคลื่นไส้อาเจียนหลังการใช้ morphine ทาง epidural เพื่อระงับปวดหลังการผ่าตัดคลอดได้ แต่ฤทธิ์ข้างเคียงคืออาการปากแห้งและตาพร่าอย่างไรก็ตามถึงแม้จะมีรายงานการใช้ metoclopramide หรือ ondansetron ไม่ได้ผลในการลดอุบัติการณ์คลื่นไส้อาเจียนหลังจากได้รับ morphine ทาง spinal ยาระงับคลื่นไส้อาเจียนต่างๆทั้งเช่น metoclopramide, droperidol ,ondansetron, naloxon จำเป็นต้องนำมาพิจารณาใช้ เมื่อผู้ป่วยเกิดอาการคลื่นไส้อาเจียนจากการให้ morphine ทางไขสันหลังดังนั้น วิทยาลัยพยาบาลควรมีความรู้และให้การดูแลผู้ป่วยที่เกิดภาวะคลื่นไส้อาเจียนจากการได้รับยาเฉพาะที่ผสมยาแก้ปวดทางช่องไขสันหลังอย่างใกล้ชิดเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความสุขสบายประทับใจในการบริการของทีมวิทยาลัย

### วัตถุประสงค์และเป้าหมาย

#### วัตถุประสงค์

ลดภาวะคลื่นไส้อาเจียนจากการได้รับยาเฉพาะที่ผสมยาแก้ปวดทางช่องไขสันหลัง

#### เป้าหมาย

อัตราการเกิดคลื่นไส้อาเจียนการได้รับยาเฉพาะที่ผสมยาแก้ปวดทางช่องไขสันหลัง เป็น 5 % โดยประเมินได้จากใบบันทึกทางวิทยาลัยในการตรวจเยี่ยมผู้ป่วยจากการผ่าตัดในวันแรก

### กรอบการวิเคราะห์ แนวคิด ข้อเสนอ

อาการคลื่นไส้อาเจียนเป็นฤทธิ์ข้างเคียงที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยที่ได้รับยาเฉพาะที่ผสมยาแก้ปวดทางไขสันหลัง สาเหตุเนื่องจากการตีบคานของสาร opioids ในน้ำไขสันหลังถึงบริเวณสมองส่วน area postrema ซึ่งมีศูนย์อาเจียน chemoreceptor อยู่หรือถึงบริเวณของ nucleus Solitarius การรักษาครั้งแรกเริ่มด้วย metoclopramide 10 มิลลิกรัมเข้าทางหลอดเลือดดำ odansetron 4 – 8 มิลลิกรัม และมีรายงานการใช้ Scotamine ชนิดแผ่นติดไว้หลังผู้ป่วยก็สามารถลดอาการคลื่นไส้อาเจียนได้ การใช้ยาในการลดภาวะคลื่นไส้อาเจียนดังกล่าวได้เป็นไปตามหลักวิชาการวิทยาลัยวิทยา

ในปัจจุบันวิทยาลัยแพทย์มักเลือกใช้การระงับความรู้สึกเฉพาะส่วนผสมยาแก้ปวดเข้าทางช่องไขสันหลังในผู้ป่วยผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง กรณีไม่เร่งด่วน ฤทธิ์ข้างเคียงที่ไม่พึงประสงค์ที่พบบ่อย คือ อาการคลื่นไส้อาเจียนซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกไม่สบาย และบางรายอาจไม่ประทับใจในการบริการทางวิทยาลัย และปฏิเสธที่จะรับการระงับความรู้สึกเฉพาะส่วนผสมยาแก้ปวดเข้าทางช่องไขสันหลังในครั้งต่อไป

ในการกำหนดแนวทางแก้ไขนี้ วิทยาลัยแพทย์และวิทยาลัยพยาบาลต้องร่วมมือกันในการ

กำหนดแนวทางลดภาวะคลื่นไส้อาเจียนในผู้ป่วยที่ได้ยาชาเฉพาะที่ผสมยาแก้ปวดเข้าทางช่องไขสันหลังโดยใช้ยาดังกล่าวข้างต้น เพื่อให้ผู้ป่วยเห็นประโยชน์และพึงพอใจในการให้บริการของทีมวิสัญญี

### ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ปริมาณการเสียชีวิตและพิการน้อยลง
2. ผู้ป่วยฟื้นตัวเร็วสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ
3. ผู้ป่วยอยู่โรงพยาบาลน้อยวัน
4. ผู้ป่วยและโรงพยาบาลเสียค่าใช้จ่ายน้อยลง
5. ผู้ป่วยเกิดความประทับใจในการบริการของทีมวิสัญญี
6. เพิ่มคุณภาพและมาตรฐานของทีมวิสัญญี
7. เพื่อใช้เป็นข้อมูลประกอบการศึกษาแก่ผู้สนใจและเจ้าหน้าที่ในหน่วยงานวิสัญญี

### ตัวชี้วัดความสำเร็จ

1. ผู้ป่วยสุขสบายมีการฟื้นฟูสภาพร่างกายภายหลังการผ่าตัดได้รวดเร็ว
2. ผู้ป่วยสามารถทำกิจกรรมที่หือผู้ป่วยได้ตามปกติ
3. ผู้ป่วยประทับใจในการให้บริการทางวิสัญญี ส่งเสริมชื่อเสียงโรงพยาบาลให้รู้จักกว้างขวางและยินดีจะรับการบริการทางวิสัญญีในครั้งต่อไป
4. ผู้ป่วยกลับบ้านได้เร็วขึ้นและสามารถดำรงชีวิตได้ตามปกติ
5. ประหยัดค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยและ โรงพยาบาล

ลงชื่อ.....

(นาง มนัสนันท์ มีบุญ)

พยาบาลวิชาชีพ 6 ว (ด้านการพยาบาลวิสัญญี)

ผู้ขอรับการประเมิน

.....2...../.....ต.ค...../.....2551.....

## อ้างอิง

มานี ปิยะอนันต์ และคณะ. สถิติศาสตร์. กรุงเทพมหานคร : พี.เอ.ดีฟวิง, 2543

วรรณภา มบูรณ์วิบูลย์ และคณะ. วิทยาลัยวิทยาพื้นฐาน. กรุงเทพมหานคร : เท็กซ์ แอนด์ เจอร์นัล  
พับลิเคชั่น, 2543.



ผลงานประกอบการพิจารณาประเมินบุคคล  
เพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาชีพเฉพาะ

ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ 7 วช. (ด้านการพยาบาลวิสัญญี)

เรื่องที่เสนอให้ประเมิน

ข้อเสนอ แนวคิด วิธีการเพื่อพัฒนางานหรือปรับปรุงงานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

เรื่อง การฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการ การเตรียมความพร้อมผู้ป่วยในการปฏิบัติตัว  
ในขณะใส่ท่อช่วยหายใจและการหย่าเครื่องช่วยหายใจหลังผ่าตัดในผู้ป่วย  
ผ่าตัดหัวใจชนิดเปิด (เพิ่มเติม)

เสนอโดย

นาง มนัสนันท์ มีบุญ

ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ 6 ว (ด้านการพยาบาลวิสัญญี)

( ตำแหน่งเลขที่ วพบ.1079)

ฝ่ายการพยาบาล วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล

สำนักการแพทย์

ข้อเสนอ แนวคิดวิธีการ เพื่อพัฒนางานหรือปรับปรุงงานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น (เพิ่มเติม)  
ของนาง มนัสนันท์ มีบุญ

เพื่อประกอบการแต่งตั้งดำรงตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพ 7 วช. ด้านการพยาบาลวิสัญญี (ตำแหน่ง เลขที่วพบ. 1079) สังกัดฝ่ายการพยาบาลวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล สำนักงานแพทย์

เรื่อง การฝึกอบรมการเชิงปฏิบัติการ การเตรียมความพร้อมผู้ป่วยในการปฏิบัติตัวในขณะใส่ท่อช่วยหายใจและการหย่าเครื่องช่วยหายใจหลังผ่าตัดในผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจชนิดเปิด

#### หลักการและเหตุผล

โรคหัวใจเป็นสาเหตุการตายที่พบมากที่สุดของประชากรโลก ในการรักษาโรคหัวใจและหลอดเลือดมีทั้งการรักษาทางยาและการผ่าตัด ซึ่งการผ่าตัดหัวใจและหลอดเลือดเป็นการทำให้เลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจได้ใหม่ (revascularization) โดยเรียกว่า coronary artery bypass graft หรือ CABG หรือ coronary artery bypass surgery หรือ CBS (วิจิตรา กุสุมภ์ & พวงผกา กรีทอง: 2551,224 )

ในการผ่าตัดหัวใจและหลอดเลือด ปัญหาที่มักพบบ่อยคือ ปัญหาของการหายใจ ความดันของออกซิเจนในเม็ดเลือดแดง(PaO<sub>2</sub>) ต่ำหลังการผ่าตัดหัวใจซึ่งร่วมกับการลดปริมาตรของอากาศที่เหลืออยู่ในปอดหลังหายใจออก functional residual capacity (FRC) ซึ่งเกิดได้หลายสาเหตุ กล่าวคือ เป็นผลจากการดมยาสลบ และการได้ยาหย่อนกล้ามเนื้อร่วมกับเนื้อปอดถูกกดระหว่างผ่าตัดได้ ทำให้น้ำในหลอดเลือดซึมออกมาอยู่ในเนื้อเยื่อปอดมีปริมาณเพิ่มมากขึ้น รวมทั้งอาจเกิดอัมพาตของกระบังลมเนื่องจากเส้นประสาทควบคุมกล้ามเนื้อกระบังลม( phrenic )ได้รับบาดเจ็บเพราะสัมผัสกับน้ำแข็งที่ใช้ปกป้องกล้ามเนื้อหัวใจ การลดลงของปริมาตรของอากาศที่เหลืออยู่ในปอดหลังหายใจออก functional residual capacity (FRC) นี้เองทำให้เสียสมดุลระหว่างปริมาตรของอากาศที่เข้าและออกจาก alveoliในแต่ละนาที(ventilation) และการแลกเปลี่ยนก๊าซในปอด (perfusion) ดังนั้นผู้ป่วยส่วนใหญ่จะได้รับการช่วยหายใจด้วยแรงดันบวก continuous positive pressure (CPAP) หลังจากเสร็จสิ้นการผ่าตัดจะย้ายผู้ป่วยไปหออภิบาลผู้ป่วย ( วรภา สุวรรณจินดา : 2548,274)

หลังการผ่าตัดผู้ป่วยมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนทางระบบหายใจค่อนข้างสูงได้แก่ปอดอักเสบ (pneumonia) ภาวะปอดแฟบ (atelectasis) ซึ่งเกิดขึ้นเพราะมีเสมหะคั่งค้างในหลอดลม (bronchus) แล้วไอไม่ออกปอดจึงแฟบ ดังนั้นวิธีที่ดีที่สุด คือ การป้องกันภาวะแทรกซ้อนเหล่านั้นที่อาจเกิดขึ้นได้แก่ การให้คำแนะนำผู้ป่วยในการฝึกการหายใจและไอแบบมีประสิทธิภาพ ซึ่ง

สามารถลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางเดินหายใจได้จาก ร้อยละ 30 เหลือเพียงร้อยละ 10 (สุมาลี เกียรติบุญศรี : 2545, 392) วิทยาลัยพยาบาลเป็นผู้ที่ต้องรับผิดชอบในการช่วยให้ยาสงบและดูแลขณะผู้ป่วยได้รับยาสงบ จึงจำเป็นต้องได้รับการฝึกอบรมเพื่อให้เกิดความรู้ความเข้าใจในการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจชนิดเปิดสามารถหย่าเครื่องช่วยหายใจได้เร็ว และผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนระบบทางเดินหายใจ

### วัตถุประสงค์และเป้าหมาย

#### วัตถุประสงค์ /

1. ผู้เข้าฝึกอบรมสามารถปฏิบัติในการใช้เครื่องบริหารปอดได้
2. สามารถทำแผนการสอน ผลิตภัณฑ์ แผ่นพับ เพื่อสอนผู้ป่วยได้

#### เป้าหมาย

ฝึกอบรมวิทยาลัยพยาบาล ที่มีประสบการณ์การทำงานน้อยกว่า 5 ปี มารับการฝึกอบรมจำนวน 30 คน โดยการจัดอบรมภาคทฤษฎี จำนวน 3 ชั่วโมง และการจัดจำลองสถานที่และเหตุการณ์ให้ผู้เข้าฝึกอบรมฝึกปฏิบัติ จำนวน 3 ชั่วโมง

#### กรอบการวิเคราะห์ แนวคิด ข้อเสนอ

1. การประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วยในการประเมินตามรูปแบบของ NANDA (วิจิตรา กุสุมภ์: 2551)
2. ความรู้ทางการพยาบาลภาวะวิกฤต เรื่องภาวะวิกฤตเกี่ยวกับโรคหัวใจและหลอดเลือด (วิจิตรา กุสุมภ์ & พวงผกา กรีทอง: 2551, 224)
3. การให้ยาระงับความรู้สึกสำหรับการผ่าตัดหัวใจในผู้ใหญ่ (วรภา สุวรรณจินดา: 2548, 274)
4. กายภาพบำบัดและฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ (กรรณิการ์ สีชมภู : 2551)

#### ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ได้รับความรู้เกี่ยวกับการหย่าเครื่องช่วยหายใจ
2. ได้รับความรู้ในการให้คำแนะนำผู้ป่วยในการฝึกหายใจและไอแบบมีประสิทธิภาพ
3. ได้รับความรู้ในการประเมินผู้ป่วยเพื่อการหย่าเครื่องช่วยหายใจ
4. พัฒนาคุณภาพการให้บริการทางวิทยาลัยพยาบาล

### ตัวชี้วัดความสำเร็จ

1. พยาบาลวิสัญญีที่เข้าฝึกการอบรม สามารถตอบแบบสอบถาม เกี่ยวกับการเตรียมความพร้อมในการปฏิบัติตัวเพื่อหยาเครื่องช่วยหายใจได้ถูก 100 เปอร์เซ็นต์
2. ใช้เครื่องบริหารปอดได้ถูกวิธี 100 เปอร์เซ็นต์
3. สามารถสร้างแผนการสอน แผ่นพับหรือคู่มือเพื่อใช้ในการสอนผู้ป่วยได้ 100 เปอร์เซ็นต์
4. ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตัวในการหยาเครื่องช่วยหายใจ 100 เปอร์เซ็นต์
5. ผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจชนิดเปิดสามารถฟื้นฟูสภาพภายหลังถอดท่อช่วยหายใจได้เร็วขึ้นภายในระยะเวลา 1-2 วัน ได้มากกว่า 95 เปอร์เซ็นต์
6. ผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจชนิดเปิด ปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนของระบบทางเดินหายใจได้มากกว่า 95 เปอร์เซ็นต์

ลงชื่อ..........

(นาง มนัสนันท์ มีบุญ)

พยาบาลวิชาชีพ 6 ว (ด้านการพยาบาลวิสัญญี)

ผู้ขอรับการประเมิน

.....2...../.....ต.ค...../.....2551.....

## อ้างอิง

กรรณิการ์ สีชมพู .กายภาพบำบัดและการฟื้นฟูหัวใจสมรรถภาพหัวใจ: มหาวิทยาลัยขอนแก่น  
,2551

วิจิตรา กุสมภ์ .การพยาบาลผู้ป่วยภาวะวิกฤต:แบบองค์รวม.พิมพ์ครั้งที่ 3.กรุงเทพมหานคร: ห้าง  
หุ้นส่วนสามัญนิติบุคคล, 2551

รรภา สุวรรณจินดา .“การให้ยาระงับความรู้สึกสำหรับผ่าตัดหัวใจในผู้ใหญ่”ในตำราวิสัญญี  
วิทยาหน้า 274.กรุงเทพมหานคร: กรุงเทพเวชสาร,2548

สุมาลี เกียรติบุญศรี .การบริหารการหายใจเพื่อสุขภาพปอด.กรุงเทพมหานคร:กรุงเทพเวชสาร,  
2545หน้า 392