

ผลงานประกอบการพิจารณาประเมินบุคคล
เพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งสำหรับประเภทวิชาการ

ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาลวิสัญญี)

เรื่องที่เสนอให้ประเมิน

1. ผลงานที่เป็นผลการดำเนินงานที่ผ่านมา
เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการระงับความรู้สึกเพื่อผ่าตัดไส้ติ่งผ่านกล้องวิดิทัศน์
2. ข้อเสนอ แนวคิด วิธีการเพื่อพัฒนางานหรือปรับปรุงงานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น
เรื่อง อุปกรณ์ป้องกันสายน้ำเกลือเลื่อน/หลุดในผู้ป่วยเด็ก

เสนอโดย

นางสาวศิรินทรา สมบุญทรัพย์
ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ
(ตำแหน่งเลขที่ รพจ.937)

ฝ่ายการพยาบาล กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล
โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์
สำนักงานแพทย์

ผลงานที่เป็นผลการดำเนินงานที่ผ่านมา

1. ชื่อผลงาน การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการระงับความรู้สึกเพื่อผ่าตัดไส้ติ่งผ่านกล้องวิดิทัศน์
2. ระยะเวลาที่ดำเนินการ 3 วัน (ตั้งแต่วันที่ 29 ตุลาคม พ.ศ. 2559 ถึง วันที่ 31 ตุลาคม พ.ศ. 2559)
3. ความรู้ทางวิชาการหรือแนวคิดที่ใช้ในการดำเนินการ

3.1 . ไส้ติ่งอักเสบ คือ อากาการบวมและติดเชื้ของไส้ติ่ง เกิดจากการอักเสบ ติดเชื้ จากการมีการอุดตันที่ไส้ติ่ง เมื่อมีการอุดตันเกิดขึ้น ส่วนที่มีการอุดตันจะมีการคั่งของมูกมาอัดแน่นบวมขึ้น มีความคั้นภายในส่วนที่อุดตันและที่ตัวผนัง ไส้ติ่งสูงขึ้น ไส้ติ่งจะขาดเลือดและมีการตายเฉพะส่วน เชื้อแบคทีเรียในลำไส้ทำให้เกิดหนองขึ้นบริเวณไส้ติ่งจนทำให้ไส้ติ่งแตกออก เกิดเยื่อช่องท้องอักเสบได้

พยาธิสรีรวิทยา ไส้ติ่งเป็นส่วนของลำไส้ที่มีปลายตันและยื่นออกจากลำไส้ใหญ่ส่วนคั้น ไส้ติ่งมีความยาวแตกต่างกัน โดยมีค่าเฉลี่ยประมาณ 10 เซนติเมตร ปกติอยู่ในตำแหน่งท้องน้อยส่วนล่างด้านขวา

อาการและอาการแสดง ผู้ป่วยมีอาการปวดท้อง โดยในระยะแรกปวดแบบวิสเซอรอลเพน (visceral pain) ลักษณะปวดมวน ไม่รุนแรงบอกตำแหน่งได้ไม่ชัดเจน ผู้ป่วยจะปวดรอบ ๆ สะดือหรืออาจสูงถึงลิ้นปี่ เมื่อมีการอักเสบลุกลามถึงเยื่อช่องท้องจะมีการปวดแบบโซมาติกเพน (somatic pain) จะปวดลักษณะที่คงที่ และรุนแรงขึ้น สามารถบอกตำแหน่งได้ชัดเจนบริเวณท้องส่วนล่างด้านขวา การขยับตัวหรือไอจะทำให้ปวดมากขึ้นได้

ในระยะเริ่มปวดท้องผู้ป่วยมักจะมีอาการคลื่นไส้ร่วมด้วย อาจมีอาเจียนบ้างเล็กน้อย ส่วนมากรู้สึกเบื่ออาหาร อาการไข้จะเริ่มหลังจากมีอาการปวดท้องแต่ไม่มีอาการหนาวสั่น ผู้ป่วยบางรายจะมีอาการท้องผูกเล็กน้อย ส่วนอาการท้องเสียมักเกิดจากไส้ติ่งแตกทะลุมีหนองไปสัมผัสหรือระคายเคืองทวารหนักในอุ้งเชิงกราน

การวินิจฉัย ประเมินจากประวัติ สัญญาณชีพ อาการและอาการแสดงร่วมกับการตรวจร่างกาย และผลตรวจทางห้องปฏิบัติการของผู้ป่วย

การตรวจร่างกาย ในระยะแรกของโรคผู้ป่วยจะมีไข้ต่ำ ๆ หรือไม่มีไข้เลย ชีพจรปกติหรือสูงขึ้นเล็กน้อย การฟังหน้าท้องจะพบเสียงลำไส้ลดลงในบริเวณท้องส่วนล่างด้านขวา แต่เสียงอาจปกติหรือเพิ่มขึ้นในบริเวณอื่นของช่องท้อง การกดหน้าท้องจะพบว่าผู้ป่วยเจ็บบริเวณท้องส่วนล่างด้านขวา และเจ็บมากที่สุดตรงตำแหน่งไส้ติ่ง ตรงจุดแมคเบอร์เนย์ (McBey's point) โดยการกดหน้าท้องลงช้า ๆ และปล่อยมืออย่างรวดเร็วให้หน้าท้องกระเด็งขึ้นมาจะทำให้เจ็บสะดุ้ง แสดงว่ามีการระคายเคืองต่อเยื่อช่องท้อง

การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

1. การตรวจความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด ในผู้ป่วยไส้ติ่งอักเสบเฉียบพลัน อาจพบจำนวนเม็ดเลือดขาวปกติ แต่ถ้าไส้ติ่งอักเสบมากจะพบเม็ดเลือดขาวสูงกว่าปกติ
2. การตรวจปัสสาวะ มักจะพบผลที่ปกติแต่สามารถช่วยแยกโรคระบบทางเดินปัสสาวะได้
3. การตรวจเอกซเรย์ช่องท้อง อาจพบการโป่งพองของลำไส้บริเวณท้องส่วนล่างด้านขวา

การรักษา

เมื่อแพทย์วินิจฉัยได้ว่าเป็นไส้ติ่งอักเสบเฉียบพลัน จะทำการผ่าตัดไส้ติ่งออกทันที การเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด เช่น การให้สารน้ำอย่างเพียงพอ การรักษาสมดุลของเกลือแร่ในร่างกาย การให้ยาปฏิชีวนะก่อนผ่าตัด เป็นต้น

3.2 ความรู้เกี่ยวกับการผ่าตัดผ่านกล้องวิดิทัศน์ทางหน้าท้อง (Laparoscopic surgery)

ข้อดีของการผ่าตัดโดยวิธีผ่านกล้องวิดิทัศน์เมื่อเปรียบเทียบกับ การผ่าตัดแบบเปิดตามปกติ

1. ผลผ่าตัดมีขนาดเล็ก ดูแลง่ายกว่าและมีโอกาสติดเชื้อน้อยกว่าแผลขนาดใหญ่ เมื่อแผลหายจะปรากฏเป็นรอยเล็ก ๆ บนหน้าท้องเท่านั้น

2. ความเจ็บปวดและความต้องการยาระงับปวดหลังผ่าตัดลดลง

3. ภาวะแทรกซ้อนจากระบบทางเดินหายใจหลังผ่าตัดลดลง

4. การตอบสนองต่อภาวะเครียดจากการผ่าตัดลดลงเช่น ภาวะน้ำตาลในเลือดสูง เป็นต้น

5. ภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดน้อยกว่า เช่น ภาวะท้องอืดหลังผ่าตัด ภาวะเยื่อพังผืดในช่องท้อง

6. ระยะเวลาฟื้นตัวเร็ว สามารถกลับมาทำกิจวัตรได้เร็วกว่า ลดค่าใช้จ่ายและระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล

ข้อเสียของการผ่าตัดโดยวิธีผ่านกล้องวิดิทัศน์เมื่อเปรียบเทียบกับ การผ่าตัดแบบเปิดตามปกติ

1. เกิดภาวะแทรกซ้อนต่อระบบต่างๆ ของร่างกายในระหว่างผ่าตัดได้ เช่น การฉีกขาดของหลอดเลือด ภาวะหัวใจเต้นช้าหรือหยุดเต้นจากการกระตุ้นวาโกแวกัลรีเฟล็กซ์ ภาวะคาร์บอนไดออกไซด์คั่ง ภาวะลมในชั้นใต้ผิวหนัง ความดันโลหิตสูง/ต่ำ ปัสสาวะออกน้อย เป็นต้น

2. ภายหลังจากการผ่าตัดอาจเกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียน อาการปวดบริเวณต้นคอและไหล่ได้มากขึ้นจากการใส่ก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ในช่องท้องระหว่างผ่าตัด

การเปลี่ยนแปลงของร่างกายจากการผ่าตัดไส้ติ่งผ่านกล้องวิดิทัศน์

การผ่าตัดไส้ติ่งผ่านกล้องวิดิทัศน์มีปัจจัยที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย มีสาเหตุจากการใส่ก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์เข้าในช่องท้อง โดยทั่วไปจะใช้ลมประมาณ 3-4 ลิตร ให้มีความดันช่องท้องประมาณ 10-15 มิลลิเมตรปรอท การใส่ก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์เข้าในช่องท้อง เพราะมีคุณสมบัติไม่ติดไฟจึงไม่เกิดปัญหาเวลาใช้ไฟฟ้า หรือเลเซอร์ระหว่างผ่าตัด นอกจากนี้ยังมีค่าของการดูดซึมสูง จึงลดความเสี่ยงต่อการเกิดการอุดตันของก๊าซในหลอดเลือดและราคาไม่แพง ง่าย การผ่าตัดวิธีนี้เป็นทางเลือกของการผ่าตัดทางศัลยกรรมที่ทำกันมากขึ้นเรื่อย ๆ แต่ผู้ป่วยต้องอยู่ภายใต้สภาวะที่มีความดันในช่องท้องสูง ซึ่งทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา ดังต่อไปนี้

- ผลต่อระบบหายใจ ความดันจากการใส่ก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์เข้าในช่องท้อง ทำให้ท้องอืดขึ้น กดเบียดปอด กะบังลมถูกดันสูงขึ้นผู้ป่วยจะรู้สึกแน่นอึดอัด หายใจไม่สะดวก ปริมาตรของอากาศที่เหลืออยู่ในปอดหลังจากการหายใจออก (functional residual capacity) ลดลง ทำให้เสี่ยงต่อการขาด

ออกซิเจน และคาร์บอนไดออกไซด์คั่ง นอกจากนี้ความดันในช่องท้องที่เพิ่มขึ้นอาจทำให้เกิดการไหลย้อนหรือตำลักอาหารลงปอดได้

- ผลต่อระบบไหลเวียนเลือด ในช่วงแรกที่ใส่ก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์เข้าในช่องท้อง ระดับคาร์บอนไดออกไซด์ในเลือดจะสูงขึ้นอย่างรวดเร็ว จะกระตุ้นการหลั่งแคทีโคลามีน (catecholamines) ทำให้เพิ่มแรงต้านของหลอดเลือดส่วนปลายและความดันโลหิต ซึ่งทำให้หัวใจต้องทำงานหนักขึ้นหรือหัวใจเต้นผิดจังหวะ (cardiac arrhythmia) ได้ และการเพิ่มความดันในช่องท้องจากการใส่ก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์เข้าในช่องท้อง จะส่งผลให้ปริมาณเลือดไหลกลับเข้าหัวใจเพิ่มขึ้นในช่วงแรก หลังจากนั้นจะลดลงจากการกดหลอดเลือดแดงทำให้แรงต้านของหลอดเลือดเพิ่มขึ้น ปริมาณเลือดที่ไหลออกจากหัวใจไปเลี้ยงร่างกาย (cardiac output) ลดลง นอกจากนี้ถ้าความดันในช่องท้องสูงกว่า 20 มิลลิเมตรปรอท จะมีการกดเบียดหลอดเลือดดำใหญ่ ส่งผลให้ปริมาณเลือดที่กลับเข้าสู่หัวใจลดลง และมีการลดลงของปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจ แต่ถ้าความดันในช่องท้องไม่เกิน 15 มิลลิเมตรปรอท พบว่ามีการกดเบียดหลอดเลือดเพียงเล็กน้อย ไม่ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเลือดที่ไหลกลับเข้าสู่หัวใจ การยืดขยายเยื่อช่องท้องในช่วงที่เริ่มใส่ก๊าซอาจกระตุ้นวากอแวลาร์เฟล็กซ์ (vagovagal reflex) ทำให้หัวใจเต้นช้าจนถึงขั้นหัวใจหยุดเต้นได้

- ผลต่อตับและไต ความดันในช่องท้องที่มากกว่า 20 มิลลิเมตรปรอท จะทำให้เลือดไปเลี้ยงไตลดลง ปริมาณปัสสาวะลดลง ความดันในช่องท้องที่เพิ่มขึ้นจะทำให้เกิดภาวะกรดแลคติกคั่ง (lactic acidosis) ซึ่งเกิดจากปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจและหน้าที่ของตับในการทำลายแลคเตท (lactate) ลดลง

ภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดใส่ตั้งผ่านกล้องวิดิทัศน์

1. ภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัด ภาวะแทรกซ้อนรุนแรงที่พบคือ การฉีกขาดของหลอดเลือดอาจเป็นหลอดเลือดใหญ่ เช่น หลอดเลือดแดงใหญ่ (aorta) อินฟีเรียเวนาคาวา (inferior vena cava) หรือหลอดเลือดไอเลียค (iliac) ทำให้เกิดเลือดอยู่นอกเยื่อช่องท้องทางด้านหลัง (retroperitoneal hematoma) พบได้ร้อยละ 1-2 รองลงมา คือการทำลายอวัยวะภายใน เช่น เกิดการทะลุของลำไส้ขณะทำผ่าตัด ถ้าไม่สามารถวินิจฉัยได้อย่างทันท่วงทีในขณะนั้น ผู้ป่วยอาจกลับมาด้วยอาการติดเชื้อ

2. ภาวะแทรกซ้อนระหว่างการรักษาความรู้สึกร่วมที่พบได้คือ

2.1 ลมในชั้นใต้ผิวหนัง (subcutaneous emphysema) เกิดจากการขยับของเข็มเวอร์เรส (verres needle) ขณะที่ใส่ก๊าซเข้าช่องท้องทำให้ก๊าซรั่วเข้าไปในชั้นใต้ผิวหนัง อาจเขาไปถึงบริเวณคอไหปลาร้า และลำตัว มักพบว่าระดับคาร์บอนไดออกไซด์ในเลือดเพิ่มสูงขึ้นอย่างมาก การแก้ไขโดยการเพิ่มปริมาตรอากาศที่หายใจเข้าในหนึ่งนาที เพื่อแก้ไขภาวะคาร์บอนไดออกไซด์คั่ง (hypercarbia)

2.2 ลมในเยื่อที่กั้นกลางช่องอกและลมในชั้นเยื่อหุ้มปอด เกิดจากมีการเปิดรอยต่อระหว่างช่องเยื่อหุ้มปอดและช่องท้อง เนื่องจากความดันในช่องท้องเพิ่มขึ้น สามารถวินิจฉัยได้จากเสียงหายใจที่เบาลง ความดันในทางเดินหายใจเพิ่มขึ้น ความอึดตัวของออกซิเจนในเลือดแดงลดลง และภาวะเขียว (cyanosis) การแก้ไขสามารถทำได้โดยหยุดการใช้ไนตรัสออกไซด์ เพิ่มเปอร์เซ็นต์ออกซิเจนและช่วยหายใจเพื่อแก้ไข

ภาวะขาดออกซิเจน รายงานให้ศัลแพทย์ทราบเพื่อลดความดันในช่องท้องลงมากที่สุดเท่าที่เป็นไปได้ ลมในชั้นเยื่อหุ้มปอดที่เกิดขึ้นโดยไม่มีการฉีกขาดของเยื่อหุ้มปอดจะสามารถหายได้เองภายในเวลา 30-60 นาที

2.3 ภาวะฟองแก๊สอุดตันในหลอดเลือด (gas embolism) พบได้น้อยแต่เป็นภาวะแทรกซ้อนที่อันตรายที่สุด ก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ที่เข้าไปในหลอดเลือดจะไปอุดกั้นอินฟีเรียเวนาคาและหัวใจห้องบนขวา ซึ่งทำให้เลือดกลับเข้าหัวใจลดลง ระบบไหลเวียนเลือดล้มเหลว หัวใจเต้นเร็วขึ้น เต็มผิศจังหวะ ความดันโลหิตต่ำลง ความอึดตัวของออกซิเจนในเลือดแดงลดลง เจ็บ ความดันคาร์บอนไดออกไซด์ในลมหายใจ ออกลดลง การรักษาจะได้ผลดีขึ้นกับความรวดเร็วของการวินิจฉัย การแก้ไขคือหยุดการผ่าตัดและปล่อยก๊าซออกจากช่องท้อง หยุดการใช้ไนตรัสออกไซด์ ช่วยหายใจด้วยออกซิเจน 100 เปอร์เซ็นต์ จัดทำให้ผู้ป่วยศีรษะต่ำและนอนตะแคงขวาขึ้น ในกรณีมีอาการรุนแรง แพทย์อาจพิจารณาใส่สายสวนเข้าเส้นเลือดดำส่วนกลาง (central venous) หรือใส่สายสวนเข้าเส้นเลือดดำที่ไปเลี้ยงปอด (pulmonary artery catheter) เพื่อดูดก๊าซออกและทำการช่วยฟื้นชีพถ้าจำเป็น

2.4 วาโกแวกัลรีเฟล็กซ์ (vagovagal reflex) จากการดึงรั้งอวัยวะภายในช่องท้อง อาจกระตุ้นรีเฟล็กซ์ทำให้หัวใจเต้นช้าและความดันโลหิตลดลงแก้ไขโดยใช้อะโทรปีน (atropine) 0.3-0.6 มิลลิกรัม ฉีดเข้าทางหลอดเลือดดำ

3. ภาวะแทรกซ้อนระยะหลังผ่าตัด

3.1 กลิ่นไส้ อาเจียน พบได้บ่อยร้อยละ 40-75 ปัจจัยที่ส่งเสริม คือ การได้รับยาแก้ปวดกลุ่มนาร์โคติก (narcotic) ปัจจัยที่ช่วยลด คือ การให้ยาพรอพโพล (propofol) การใส่สายในกระเพาะอาหาร การให้ยาแก้คลื่นไส้ อาเจียน

3.2 อาการปวดต้นคอและไหล่ ภายหลังผ่าตัด 48 ชั่วโมง จะพบได้ถึงร้อยละ 50 เกิดจากก๊าซที่ค้างอยู่ในช่องท้องจำนวนมากระคายเคืองกะบังลม สามารถป้องกันได้โดยการพยายามระบายก๊าซออกจากช่องท้องให้มากที่สุดร่วมกับการขยายปอดก่อนเสร็จสิ้นการผ่าตัด

3.3 การพยาบาล

การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการระงับความรู้สึกเพื่อผ่าตัด ใต้ตั้งผ่านกล้องวิดิทัศน์ เลือกใช้วิธีการระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย โดยวิธีใส่ท่อช่วยหายใจร่วมกับการนำสลบผู้ป่วยอย่างรวดเร็วและกดกระดูกอ่อนไครคอยด์ (General anesthesia with endotracheal tube with rapid sequence induction with cricoid pressure) ซึ่งแบ่งออกเป็น 3 ระยะ คือ

3.3.1 การพยาบาลก่อนการระงับความรู้สึก มีขั้นตอนดังนี้

- ประเมินสภาพผู้ป่วยทั่วไป ประกอบด้วยการซักประวัติ เช่น ประวัติโรคประจำตัว ประวัติการผ่าตัด ประวัติการแพ้ยาและอาหาร ประวัติการใช้ยาประจำ ประวัติการระงับความรู้สึกที่ผิดปกติของบุคคลในครอบครัว ประวัติการเจ็บป่วยในอดีตและปัจจุบัน ประวัติการระงับความรู้สึกครั้งก่อน การประเมินความรู้สึกตัวก่อนผ่าตัด เป็นต้น เพื่อใช้ในการจำแนกผู้ป่วยตามสมาคมวิสัญญีแพทย์อเมริกัน (American Society of Anesthesiologists : ASA) แบ่งเป็น 6 ระดับ ได้แก่ กลุ่มที่ 1 (ASA class 1) ผู้ป่วยมี

สุขภาพแข็งแรงดี ไม่มีความผิดปกติทางสรีรวิทยา กลุ่มที่ 2 (ASA class 2) ผู้ป่วยมีพยาธิสภาพของร่างกายเล็กน้อย เช่น ผู้ป่วยสูงอายุ มีประวัติโรคประจำตัว เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ ที่ควบคุมอาการได้ดี กลุ่มที่ 3 (ASA class 3) ผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพของร่างกายที่รุนแรงขึ้นและเป็นอุปสรรคต่อการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย เช่น โรคเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อน กลุ่มที่ 4 (ASA class 4) ผู้ป่วยมีพยาธิสภาพของร่างกายที่รุนแรงมากและไม่สามารถรักษาให้อยู่ในสภาวะปกติโดยยาหรือการผ่าตัดและมีอันตรายต่อชีวิต กลุ่มที่ 5 (ASA class 5) ผู้ป่วยที่มีชีวิตอยู่ได้เพียง 24 ชั่วโมงไม่ว่าจะได้รับการรักษาด้วยยาหรือการผ่าตัด กลุ่มที่ 6 (ASA class 6) ผู้ป่วยสมองตายที่มาผ่าตัดเพื่อการบริจาคอวัยวะ หากผู้ป่วยมาทำผ่าตัดฉุกเฉินจะให้อักษร E (Emergency) ต่อท้ายตามกลุ่มดังกล่าว และมีการติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ ความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด (CBC) การตรวจระดับเกลือแร่ในร่างกาย (Electrolyte) การตรวจการทำงานของไต (BUN,Cr) ภาพถ่ายรังสีทรวงอก (CXR) การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (EKG) การประเมินการดื่มน้ำและอาหารของผู้ป่วย พร้อมทั้งตรวจสอบการลงชื่อยินยอมให้การรักษาและการระงับความรู้สึก

- การตรวจร่างกายผู้ป่วย โดยการประเมินความยากง่ายในการใส่ท่อช่วยหายใจ ได้แก่ ลักษณะของฟัน การใส่ฟันปลอม/มีฟันโยก คางสั้น คอสั้น เป็นลักษณะที่จะทำให้ใส่ท่อช่วยหายใจยาก ประเมินความสามารถการเคลื่อนไหวของศีรษะและลำคอ ต้องประเมิน Mallampati classification โดยแบ่งเป็น 4 ระดับ คือ ระดับที่ 1 เห็นลิ้นไก่ ขอบล่างของด้อมทอนซิลและเพดานอ่อน ระดับที่ 2 เห็นลิ้นไก่และเพดานอ่อน ระดับที่ 3 เห็นเฉพาะเพดานอ่อน ระดับที่ 4 มองเห็นเฉพาะเพดานแข็ง และการฟังเสียงลมหายใจเข้าออกบริเวณทรวงอก

- การเตรียมเครื่องมืออุปกรณ์ เครื่องดมยาสลบ เครื่องระเหยยาสลบ เครื่องดูดเสมหะ อุปกรณ์ในการใส่ท่อช่วยหายใจ เครื่องวัดความดันโลหิต เครื่องวัดความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด เครื่องวัดคลื่นไฟฟ้าหัวใจและเครื่องวัดปริมาณคาร์บอนไดออกไซด์ในลมหายใจออก ถ้าหากประเมินพบว่ามีความเสี่ยงในการใส่ท่อช่วยหายใจลำบาก ต้องเตรียมเครื่องมือพิเศษช่วยในการใส่ท่อช่วยหายใจ เช่น McCoy blade, video laryngoscope, อุปกรณ์ในการทำ crico-thyroid puncture และ fiberoptic bronchoscope เป็นต้น

3.3.2 การพยาบาลขณะระงับความรู้สึก แบ่งเป็น 3 ระยะ คือ

- ระยะนำสลบและใส่ท่อช่วยหายใจ เป็นการนำสลบโดยใช้ยาระงับความรู้สึกชนิดฉีดเข้าหลอดเลือดดำ และให้ยาหย่อนกล้ามเนื้อเพื่อใส่ท่อช่วยหายใจต่อทันที โดยไม่ต้องรอให้ผู้ป่วยหลับ ซึ่งยาหย่อนกล้ามเนื้อมี 2 ชนิด ได้แก่ depolarizing และ non-depolarizing พร้อมกับให้ผู้ช่วยใช้มือกดกระดูกอ่อนไครคอยด์ ด้วยแรงประมาณ 4.5 กิโลกรัม หรือ 10 ปอนด์ โดยไม่ช่วยหายใจ เมื่อผู้ป่วยหยุดหายใจแล้วจึงใส่ท่อช่วยหายใจและต่อเข้ากับวงจรดมยาสลบ

- ระยะควบคุมระดับการสลบและการเฝ้าระวัง เป็นการรักษาระดับความลึกของการระงับความรู้สึกให้อยู่ในระดับที่พอเหมาะ กับชนิดของการผ่าตัด เป็นการเฝ้าระวังผู้ป่วยบันทึกสัญญาณชีพตลอดการผ่าตัด ดูแลการให้ยาและสารน้ำเพื่อชดเชยการสูญเสียเลือดตามความเหมาะสม

- ระยะเวลาหยุดยาและฟื้นจากยาสลบ เป็นขั้นตอนที่ทำให้ผู้ป่วยฟื้นจากยาสลบ ซึ่งต้องทำการแก้ฤทธิ์ยาหยาอ่อนกล้ามเนื้อ ดูแลให้ผู้ป่วยตื่นดี หายใจดีก่อนที่จะถอดท่อช่วยหายใจออก และให้ผู้ป่วยสูดดมออกซิเจน 100 เปอร์เซ็นต์ เมื่อผู้ป่วยรู้สึกตัวดี หายใจเองได้แรงและสม่ำเสมอจึงย้ายผู้ป่วยส่งกลับหอผู้ป่วย

3.4 เกล็ดวิชาเกี่ยวกับยาที่ใช้ในการระงับความรู้สึก

โรโอเฟนทาล เป็นยานาสลบ มีระยะเวลาการออกฤทธิ์สั้น กดการหายใจ ทำให้ผู้ป่วยหายใจลดลงจนหยุดหายใจ ยาจะถูกทำลายที่ตับและขับออกทางไตขนาดที่ใช้ 5-6 มิลลิกรัม/น้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม โดยฉีดเข้าทางหลอดเลือดดำ

ซัคซินิลคอลลิน เป็นยาหยาอ่อนกล้ามเนื้อ ออกฤทธิ์เร็ว หมดฤทธิ์เร็วจะช่วยให้การใส่ท่อช่วยหายใจเป็นไปได้อย่างรวดเร็ว ภายในเวลา 60-90 วินาที ขนาดที่ใช้ 1-2 มิลลิกรัม/น้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม โดยฉีดเข้าทางหลอดเลือดดำ

ซิสอะทาคุเรียม เป็นยาหยาอ่อนกล้ามเนื้อ ชนิดออกฤทธิ์ปานกลาง ขนาดที่ใช้ 0.1-0.15 มิลลิกรัม/น้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม ฉีดเข้าทางหลอดเลือดดำ

เฟนทานิล เป็นยาระงับอาการปวด มีฤทธิ์แรงกว่า Morphine กดการทำงานของระบบประสาทส่วนกลาง ขนาดที่ใช้ 1-2 ไมโครกรัม/น้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม โดยฉีดเข้าทางหลอดเลือดดำ

ออนแดนซิทรอน เป็นยาใช้ป้องกันอาการคลื่นไส้อาเจียน ขนาดที่ใช้ 0.1-0.2 มิลลิกรัม/กิโลกรัม/ครั้ง โดยให้ซ้ำได้ทุก 4-8 ชั่วโมง ไม่มีผลสงบประสาทและกดการหายใจ

อะโทรปีน เป็นยากลุ่ม anticholinergic ใช้ต้านฤทธิ์ไม่พึงประสงค์ของยานีโอสติกมีน มักใช้แก้ไขภาวะหัวใจเต้นช้า ขนาดยาที่ใช้ 0.01-0.02 มิลลิกรัม/น้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม โดยฉีดเข้าทางหลอดเลือดดำ

นีโอสติกมีน เป็นยาแก้ฤทธิ์ของยาหยาอ่อนกล้ามเนื้อกลุ่มนอนติโพลลาไรซิง ขนาด 0.04-0.08 มิลลิกรัม/น้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม ทำให้หัวใจเต้นช้าและจำเป็นต้องให้ร่วมกับยาอะโทรปีน

เซโวเรน เป็นยาคมสลบที่ละลายในเลือดได้น้อย จึงมีผลให้สลบเร็วและตื่นเร็วมีกลิ่นอ่อน ไม่ระคายเคืองทางเดินหายใจ ใช้นาสลบได้เร็ว ด้วยความเข้มข้นร้อยละ 4-8 และคงระดับการสลบต่อด้วยความเข้มข้นร้อยละ 0.5-2 เสริมฤทธิ์ยาหยาอ่อนกล้ามเนื้อได้ดี

ไนโตรซออกไซด์ เป็นก๊าซไม่มีสี มีกลิ่นหอมเล็กน้อย นาสลบได้เร็ว เป็นยาสลบที่มีฤทธิ์อ่อนมากไม่สามารถบริหารจนถึงระดับสลบลึกมากพอสำหรับการผ่าตัดได้ จะต้องบริหารร่วมกับยาสลบชนิดอื่นเสมอ ระงับปวดได้ดี ไม่ถูกทำลายในร่างกายและถูกขับออกทางลมหายใจ

4. สรุปสาระสำคัญของเรื่องและขั้นตอนการดำเนินการ

ใส่ตั้งอ๊กเสบ เป็นภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์ที่ต้องได้รับการรักษาให้ทันท่วงทีโดยการผ่าตัด โดยสามารถผ่าตัดได้ทั้งชนิดแบบเปิดหน้าท้องและชนิดผ่านกล้องวิดิทัศน์ ในปัจจุบันการตรวจวินิจฉัยรักษาและผ่าตัดโดยวิธีผ่านกล้องวิดิทัศน์ได้รับความนิยมในการนำไปใช้ร่วมกับการผ่าตัดชนิดต่าง ๆ เพิ่มมากขึ้น โดยการเปิดแผลเล็ก ๆ บนผนังหน้าท้องขนาดเพียง 5 มิลลิเมตร เพื่อสอดเครื่องมือเข้าไปในช่องท้อง ทำการตัด เจาะดูดของเหลว หรือผูกภายนอกช่องท้องได้ โดยแพทย์จะเห็นภาพการผ่าตัดจากจอแสดงภาพ การ

ผ่าตัดวิธีดังกล่าวมีข้อดีหลายประการ คือผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเสียเลือดน้อย มีการทำลายเนื้อเยื่อน้อยเพราะขนาดแผลเล็กส่งผลให้ความเจ็บปวดภายหลังผ่าตัดลดลง ภาวะลำไส้หยุดทำงานหลังผ่าตัดเกิดขึ้นน้อยลง ผู้ป่วยฟื้นตัวได้เร็ว และกลับบ้านได้เร็วภายใน 2-3 วัน จึงประหยัดค่าใช้จ่าย แต่มีข้อเสียที่เครื่องมือราคาแพง เป็นหัตถการใหม่ ต้องใช้บุคลากรที่มีความรู้ความชำนาญ ผู้ป่วยมีความเสี่ยงจากการใส่ก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์เข้าช่องท้อง และประเมินการเสียเลือดได้ลำบากเพราะภาพที่ปรากฏบนจอแสดงภาพเป็นภาพขยาย 1-10 เท่า

จากสถิติของหน่วยงานวิสัญญีโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ มีผู้ป่วยภาวะไส้ติ่งอักเสบมารับการรักษาด้วยวิธีการผ่าตัดผ่านกล้องวิดิทัศน์มารับการระงับความรู้สึก 3 ปีย้อนหลัง ตั้งแต่ พ.ศ.2557 มีจำนวน 5 ราย พ.ศ. 2558 มีจำนวน 13 ราย และพ.ศ. 2559 มีจำนวน 3 ราย (สถิติปริมาณงาน ฝ่ายวิชาการ โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ พ.ศ. 2557 - 2559) ซึ่งผู้จัดทำจึงเล็งเห็นความสำคัญของการให้การระงับความรู้สึกผู้ป่วยเพื่อผ่าตัดไส้ติ่งผ่านกล้องวิดิทัศน์ ตั้งแต่ระยะก่อนระงับความรู้สึก ขณะระงับความรู้สึก และหลังระงับความรู้สึกเพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนและเกิดความพึงพอใจต่อการบริการวิสัญญี

ขั้นตอนในการดำเนินงาน ดังนี้

1. ศึกษาค้นคว้าเรื่องการให้การระงับความรู้สึกแก่ผู้ป่วยที่มาผ่าตัดไส้ติ่ง การระงับความรู้สึกแก่ผู้ป่วยที่มาผ่าตัดส่องกล้อง
2. เลือกกรณีศึกษา
3. ตรวจสอบประเมินผู้ป่วยก่อนการระงับความรู้สึกบริเวณหน้าห้องผ่าตัด เนื่องจากการผ่าตัดฉุกเฉินนอกเวลาราชการ เพื่อประเมินสภาพของผู้ป่วยก่อนการระงับความรู้สึก ประเมินความยากง่ายในการใส่ท่อช่วยหายใจ ให้ข้อมูลและคำแนะนำแก่ผู้ป่วยเกี่ยวกับวิธีและขั้นตอนการระงับความรู้สึกที่ผู้ป่วยจะได้รับการประเมินระดับความปวดก่อนและหลังการผ่าตัด และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามเพื่อช่วยให้เข้าใจและคลายความวิตกกังวลในเรื่องของการผ่าตัดและการระงับความรู้สึก
4. วินิจฉัยการพยาบาลและจัดลำดับความสำคัญของปัญหา เพื่อวางแผนการให้การระงับความรู้สึกแก่ผู้ป่วยร่วมกับวิสัญญีแพทย์
5. ให้การพยาบาลขณะระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย เฝ้าระวังสัญญาณชีพ ภาวะแทรกซ้อนระหว่างการระงับความรู้สึก ดูแลผู้ป่วยให้ตื่นจากยาสลบ สามารถหายใจได้เอง ถอดท่อช่วยหายใจออกได้ และให้การดูแลผู้ป่วยต่อในห้องผ่าตัด โดยผู้ป่วยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนภายหลังจากการระงับความรู้สึก แล้วจึงส่งผู้ป่วยกลับหอผู้ป่วยและส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยให้กับพยาบาลประจำหอผู้ป่วย เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง
6. ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่หอผู้ป่วยหลังการระงับความรู้สึก 2 ครั้ง เพื่อประเมินผลทางการพยาบาลภายหลังการระงับความรู้สึก แนะนำผู้ป่วยเกี่ยวกับการปฏิบัติตนหลังผ่าตัด และการมาตรวจตามนัดเพื่อติดตามการรักษา
7. สรุปกรณีศึกษา นำเสนอข้อมูล ตรวจสอบความถูกต้อง และนำเสนอตามลำดับ

5. ผู้ร่วมดำเนินการ

-ไม่มี-

6. ส่วนของงานที่ผู้เสนอเป็นผู้ปฏิบัติ เป็นผู้ดำเนินการทั้งหมดร้อยละ 100 โดยดำเนินการดังนี้

เลือกกรณีศึกษาเป็นผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 27 ปี น้ำหนักตัว 58 กิโลกรัม ส่วนสูง 160 เซนติเมตร มีอาการปวดท้องน้อยด้านขวา และคลื่นไส้อาเจียน 2 ครั้ง 1 วันก่อนมาโรงพยาบาล แพทย์ตรวจวินิจฉัยเป็นไส้ติ่งอักเสบ จึงให้นอนรักษาตัวในโรงพยาบาล ในวันที่ 29 ตุลาคม พ.ศ. 2559 เวลา 16.30 น. และจะทำการผ่าตัดฉุกเฉินเวลา 20.30 น.

วันที่ 29 ตุลาคม พ.ศ. 2559 เวลา 20.15 น. ตรวจเยี่ยมประเมินผู้ป่วยก่อนการระงับความรู้สึก จากการซักประวัติ ผู้ป่วยไม่มีโรคประจำตัว ทำกิจวัตรต่าง ๆ ได้เอง ปฏิเสธการแพ้ยาและอาหาร ปฏิเสธสูบบุหรี่และดื่มสุรา ปฏิเสธประวัติการผ่าตัดและการใช้ยาประจำ ผู้ป่วยมีสีหน้าอ่อนเพลีย บอกปวดท้อง ไม่มีคลื่นไส้อาเจียน งคน้ำ และอาหารตั้งแต่วเวลา 12.00 น. ตรวจร่างกายพบว่าไม่ใส่ฟันปลอม ไม่มีฟันโยก ก้มหน้า-งยกคอ ได้ปกติ เสียงลมหายใจเข้าออกบริเวณทรวงอกปกติ จากการประเมินสภาพผู้ป่วยจัดอยู่ใน ASA class I ประเมิน Mallampati classification ได้ระดับ 1 วิสัญญีพยาบาลได้ให้ข้อมูลและคำแนะนำผู้ป่วยเกี่ยวกับวิธีและขั้นตอนการระงับความรู้สึกที่ผู้ป่วยจะได้รับ การประเมินระดับความปวดก่อนและหลังการผ่าตัด และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามเพื่อช่วยให้เข้าใจและคลายความวิตกกังวลในเรื่องของการผ่าตัดและการระงับความรู้สึก

ผู้ป่วยรายนี้ได้รับการระงับความรู้สึกทั่วไปชนิดใส่ท่อช่วยหายใจ โดยมีขั้นตอนในการดำเนินการดังนี้ จัดทำให้ผู้ป่วยนอนหงายราบ ติดเครื่องมือในการเฝ้าระวังผู้ป่วยด้วยเครื่องวัดความดันโลหิต เครื่องวัดความอิ่มตัวของออกซิเจนในเม็ดเลือดแดง เครื่องแสดงคลื่นไฟฟ้าหัวใจ โดยได้ค่าความดันโลหิต 128/70 มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นของหัวใจ 96 ครั้ง/นาที คลื่นไฟฟ้าหัวใจปกติ จากนั้นให้ผู้ป่วยสูดดมออกซิเจน 100 เปอร์เซ็นต์ 6 ลิตรต่อนาทีนาน 5 นาที ก่อนให้ผู้ป่วยหลับให้ยาอนาเนสติก 8 มิลลิกรัม เพื่อป้องกันอาการคลื่นไส้อาเจียน จากนั้นให้ยาเฟนทานิล 75 ไมโครกรัมเข้าทางหลอดเลือดดำเพื่อลดอาการปวด ให้ยาระงับความรู้สึกโซโอเฟนทาล 300 มิลลิกรัม และให้ยาซัคซินิลคลอริน 75 มิลลิกรัมต่อทันทีโดยไม่ต้องรอให้ผู้ป่วยหลับ พร้อมกับให้ผู้ช่วยใช้มือกดกระดูกอ่อน cricoid โดยไม่ช่วยหายใจ (rapid sequence induction with cricoid pressure) เพื่อป้องกันการสำลักอาหารลงปอด เมื่อผู้ป่วยหยุดหายใจแล้วจึงใส่ท่อช่วยหายใจเบอร์ 7.5 ลึก 20 เซนติเมตร แล้วฉีดลมเข้าในกระเปาะเพื่อไม่ให้มีลมรั่วออกจากปอด ในผู้ป่วยรายนี้ไม่เกิดภาวะสำลักอาหารขณะใส่ท่อช่วยหายใจ ตรวจดูตำแหน่งท่อช่วยหายใจที่เหมาะสมโดยการฟังปอดทั้งสองข้าง ทั้งด้านบนและล่างได้ยินเสียงลมเท่ากันทั้ง 2 ข้าง ยึดท่อช่วยหายใจด้วยพลาสติก ควบคุมการหายใจด้วยเครื่องช่วยหายใจอัตโนมัติตั้งปริมาตรอากาศหายใจในแต่ละครั้ง 550 มิลลิลิตร อัตราการหายใจ 12 ครั้ง/นาที ให้ออกซิเจนและไนตรัสออกไซด์อัตราส่วน 1 ต่อ 1 ลิตร/นาที เปิดเซโวนเรน 2 เปอร์เซ็นต์ และให้ยาซิโสะทาทุเรียม 6 มิลลิกรัมเข้าทางหลอดเลือดดำ

ระหว่างให้การระงับความรู้สึก ตรวจสัญญาณชีพ พบค่า ความดันโลหิต 110-140/70-90 มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นของหัวใจ 80-100 ครั้ง/นาที ควบคุมการหายใจผ่านเครื่องช่วยหายใจด้วยอัตรา 12 ครั้ง/นาที คลื่นไฟฟ้าหัวใจปกติ ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเม็ดเลือดแดง 100 เปอร์เซ็นต์ ค่าคาร์บอนไดออกไซด์ในลมหายใจออก 32-36 มิลลิเมตรปรอท มีการเสียเลือดขณะผ่าตัด 5 มิลลิลิตร ได้รับ

สารน้ำ 600 มิลลิลิตร ระหว่างระงับความรู้สึกไม่เกิดความผิดปกติกับผู้ป่วย เมื่อทำผ่าตัดเสร็จจึงปิดยาคุม สลบเซโวนและไนตรัสออกไซด์ เปิดให้ออกซิเจน 100 เปอร์เซ็นต์ ในอัตรา 6 ลิตร/นาที่ รอจนผู้ป่วยเริ่ม หายใจ จึงให้ยาแก้ฤทธิ์ยาห่อนกล้ามเนื้อด้วยอะโทรปีน 1.2 มิลลิกรัม และนิโอสติคมีน 2.5 มิลลิกรัมเข้า ทางหลอดเลือดดำ และปิดเครื่องช่วยหายใจอัตโนมัติ เมื่อผู้ป่วยหายใจได้เอง ทรวงอกเคลื่อนไหวได้เต็มที่ สม่่าเสมอ วัดปริมาตรอากาศที่หายใจได้ในแต่ละครั้ง 300-500 มิลลิลิตร ค่าความอืดตัวของออกซิเจนในเม็ด เลือดแดง 100 เปอร์เซ็นต์ ผู้ป่วยสามารถทำตามคำสั่งได้ โดยลืมตา อ้าปาก กำมือได้แน่น ทำการดูดเสมหะ ในท่อช่วยหายใจ และในช่องปากให้โล่งก่อน แล้วจึงถอดท่อช่วยหายใจออก ให้ผู้ป่วยสูดดมออกซิเจน 100 เปอร์เซ็นต์ผ่านหน้ากากครอบ ปรับระดับเตียงให้ผู้ป่วยนอนศีรษะสูง 30 องศา เฝ้าระวังดูแลผู้ป่วยต่อในห้อง ผ่าตัดนาน 30 นาที รวมระยะเวลาผ่าตัด 1 ชั่วโมง 20 นาที ไม่พบภาวะแทรกซ้อนหลังการระงับความรู้สึก ผู้ป่วยรู้สึกตัวตื่นดี หายใจได้เองสม่ำเสมอ ไม่เกิดภาวะทางเดินหายใจอุดกั้น ไม่เกิดภาวะพร่องออกซิเจน สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ มีอาการอึดอัดแน่นท้องเล็กน้อยและมีอาการปวดแผลระดับ 3 คะแนน ไม่มี อาการคลื่นไส้/อาเจียน แล้วจึงส่งผู้ป่วยกลับหอผู้ป่วยและส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยให้กับพยาบาลประจำหอผู้ป่วย

7. ผลสำเร็จของงาน

การระงับความรู้สึกผู้ป่วยเพื่อผ่าตัดไส้ติ่งผ่านกล้องวิดิทัศน์รายนี้ ได้ให้การพยาบาลในการบริการ ผู้ป่วยรวมถึงศึกษาติดตามและประเมินผลการพยาบาลเป็นเวลา 3 วัน ทำการเยี่ยมผู้ป่วยก่อนการระงับ ความรู้สึก 1 ครั้งบริเวณหน้าห้องผ่าตัด เฝ้าระวังขณะให้การระงับความรู้สึกและติดตามเยี่ยมหลังการระงับ ความรู้สึกที่หอผู้ป่วยรวม 2 ครั้ง พบปัญหาทางการพยาบาล ดังนี้ ผู้ป่วยไม่สุขสบายเนื่องจากปวดท้อง ผู้ป่วย ไม่สุขสบายเนื่องจากภาวะไข้ ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัดและการระงับความรู้สึกเนื่องจากไม่ เคยได้รับการผ่าตัดมาก่อน ผู้ป่วยอาจเกิดภาวะสำลักอาหารขณะใส่ท่อช่วยหายใจเนื่องจากมีการย่อยอาหารที่ กระเพาะอาหารช้ากว่าปกติ ผู้ป่วยอาจเกิดภาวะคาร์บอนไดออกไซด์คั่งในระหว่างการผ่าตัดเนื่องจากการใส่ ก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ในช่องท้อง ผู้ป่วยไม่สุขสบายจากภาวะท้องอืดภายหลังจากการผ่าตัดเนื่องจากการ ใส่ก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ในช่องท้องระหว่างผ่าตัด

ทุกปัญหาได้รับการแก้ไข ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการระงับความรู้สึก แพทย์อนุญาตให้ ผู้ป่วยกลับบ้านได้ในวันที่ 31 ตุลาคม พ.ศ. 2559 รวมระยะเวลาอนโรงพยาบาล 3 วัน แพทย์นัดตรวจ ติดตามการรักษาในวันที่ 4 พฤศจิกายน พ.ศ. 2559

8. การนำไปใช้ประโยชน์

8.1 ผู้ป่วยที่มารับบริการระงับความรู้สึกได้รับการดูแลก่อน ขณะและหลังการระงับความรู้สึกด้วยความ ปลอดภัย และไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน

8.2 ผู้เสนอผลงาน ได้พัฒนาสมรรถนะในการให้การระงับความรู้สึกผู้ป่วยที่ได้รับการระงับ ความรู้สึกเพื่อผ่าตัดไส้ติ่งผ่านกล้องวิดิทัศน์

9. ความยุ่งยาก ปัญหา อุปสรรคในการดำเนินการ

9.1 การประเมินผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดฉุกเฉินนอกเวลาราชการ ก่อนการระงับความรู้สึกวิดิทัศน์

พยาบาลจะประเมินสภาพร่างกายผู้ป่วยที่บริเวณหน้าห้องผ่าตัด มีระยะเวลาที่จำกัดและมีภาวะเร่งรีบ

9.2 ในระหว่างการผ่าตัด มีการใส่ก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ในช่องท้อง ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงต่อระบบต่างๆ ของผู้ป่วย จึงต้องให้การเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด เช่น ภาวะหัวใจเต้นช้าจากการกระตุ้นวากิวลาร์เฟล็กซ์ ภาวะคาร์บอนไดออกไซด์ค้างให้การแก้ไขโดยการเพิ่มปริมาณอากาศที่หายใจเข้าในหนึ่งนาที ภาวะความดันโลหิตสูง/ต่ำ เฝ้าระวังภาวะลมในชั้นใต้ผิวหนัง โดยการคลำบริเวณหน้าอก คอ ใบหน้าและไหล่ของผู้ป่วย เป็นต้น

9.3 เมื่อมีการผ่าตัดนอกเวลาราชการ การดูแลเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนแก่ผู้ป่วยภายหลังการระงับความรู้สึกอาจใช้ระยะเวลาการดูแลได้จำกัด เนื่องจากโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ยังไม่มีบริการห้องพักรักษาตัวนอกเวลาราชการ ภายหลังการระงับความรู้สึกจึงต้องให้การดูแลผู้ป่วยต่อในห้องผ่าตัด

10. ข้อเสนอแนะ

10.1 ควรจัดให้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้เรื่องการให้การระงับความรู้สึกผู้ป่วยเพื่อผ่าตัดใส่ตั้งผ่านกล้องวิดีโอทัศนในหน่วยงาน เพื่อพัฒนาฟื้นฟู วิชาการอย่างต่อเนื่องแก่บุคลากร

10.2 โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ เป็นโรงพยาบาลตติยภูมิขั้นสูง ที่มีแนวโน้มมีผู้ใช้บริการที่มากขึ้น ควรจัดให้มีการให้บริการดูแลผู้ป่วยในห้องพักรักษาตัวนอกเวลาราชการตลอด 24 ชั่วโมง

ขอรับรองผลงานดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการและได้ดำเนินการปรับปรุงแก้ไขเป็นตามคำแนะนำของคณะกรรมการ

(ลงชื่อ) สิริธรา สมบุญทรัพย์

(นางสาวศิริธรา สมบุญทรัพย์)

ผู้ขอรับการประเมิน

(วันที่) ๒๕.๗.๒๕๖๑

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) น. น. น.

(นางสิริรัตน์ ฟองจันทร์)

(ตำแหน่ง) รักษาการในตำแหน่งหัวหน้าพยาบาล
ฝ่ายการพยาบาล

กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล

โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์

(วันที่) ๒๕.๗.๒๕๖๑

(ลงชื่อ) S
.....

(นายสุกิจ ศรีทิพยวรรณ)

(ตำแหน่ง) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์
(วันที่) ๒๕.๗.๒๕๖๑

**ข้อเสนอ แนวคิด วิธีการเพื่อพัฒนางานหรือปรับปรุงให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น
ของ นางสาวศิรินทรา สมบุญทรัพย์**

เพื่อประกอบการแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาลวิสัญญี)

(ตำแหน่งเลขที่ รพจ. 937) สังกัดฝ่ายการพยาบาล กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์
สำนักการแพทย์

เรื่อง อุปกรณ์ป้องกันสายน้ำเกลือเลื่อน/หลุดในผู้ป่วยเด็ก

หลักการและเหตุผล

การระงับความรู้สึกแก่ผู้ป่วยเด็กเป็นงานที่ละเอียดอ่อนและท้าทาย เนื่องจากเด็กจะมีความแตกต่างจากผู้ใหญ่หลายประการ ทั้งด้านกายวิภาคและสรีรวิทยา เกสัชวิทยา และจิตวิทยาในแต่ละช่วงอายุของผู้ป่วย

ผู้ป่วยเด็กที่มารับการระงับความรู้สึกจำเป็นต้องได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำทุกราย ทั้งผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการนอนรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล และผู้ป่วยเด็กที่มารับการระงับความรู้สึกเพื่อการผ่าตัดแบบผ่าตัดและจำหน่ายกลับบ้านภายในวันเดียว (Ambulatory Surgery) หลังจากการให้สารน้ำแก่ผู้ป่วยเด็กแล้ว จะใช้ผ้าก๊อชพันคัมบริเวณที่ให้สารน้ำอย่างแน่นหนาเพื่อป้องกันการหลุด เนื่องจากผู้ป่วยเด็กมีความวิตกกังวล กลัว จึงไม่ค่อยให้ความร่วมมือ มีการดึง/คืน จนทำให้สายน้ำเกลือเลื่อน/หลุดได้ ขณะที่ให้ยาทางสายน้ำเกลือจะพบว่าบริเวณที่ให้สารน้ำมีการรั่วซึมของสารน้ำ จึงต้องคลายผ้าก๊อชออกเพื่อการตรวจสอบและให้สารน้ำใหม่แก่ผู้ป่วยเด็ก ซึ่งพบได้ทั้งก่อนการระงับความรู้สึกและภายหลังจากการระงับความรู้สึกในห้องพักฟื้น

การเลื่อน/หลุดของสายน้ำเกลือ ทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับสารน้ำและยาตามแผนการรักษา บริเวณที่ให้สารน้ำเกิดการรั่วซึม ทำให้ต้องให้สารน้ำใหม่แก่ผู้ป่วยเด็กเป็นการเพิ่มภาระงานของบุคลากร เพิ่มค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาลและผู้ปกครองเด็กได้ จึงได้คิดจัดทำอุปกรณ์ป้องกันสายน้ำเกลือเลื่อน/หลุดในผู้ป่วยเด็กขึ้น โดยประดิษฐ์ในรูปแบบที่ให้งานได้ง่าย สะดวก และมีสีสันสวยงาม มีลายการ์ตูนเพื่อช่วยลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยเด็ก มีความทนทานต่อการใช้งานและสามารถทำความสะอาดได้ง่าย โดยประดิษฐ์จากวัสดุที่หาง่าย ราคาไม่แพง และมีความทนทานมั่นคง โดยประเมินจากความพึงพอใจของบุคลากรในการใช้งาน และอุบัติการณ์การเลื่อน/หลุดของสายน้ำเกลือในผู้ป่วยเด็กที่มารับการระงับความรู้สึกในห้องผ่าตัดและในห้องพักฟื้น

วัตถุประสงค์และหรือเป้าหมาย

1. เพื่อป้องกันการเลื่อน/หลุดของสายน้ำเกลือ จากการดึง/คืน/ขยับตัวไปมาของผู้ป่วยเด็กที่มารับการระงับความรู้สึก

2. เพื่อให้ผู้ป่วยเด็กได้รับสารน้ำและยาตามแผนการรักษา

3. เพื่อลดความวิตกกังวล/กลัวของผู้ป่วยเด็กจากการให้สารน้ำ

4. เพื่อลดภาระงานของบุคลากรในการตรวจสอบบริเวณที่ให้สารน้ำและการให้สารน้ำใหม่แก่ผู้ป่วยเด็ก

กรอบการวิเคราะห์ แนวคิด ข้อเสนอ

1. แนวคิดการสร้างนวัตกรรมในการปฏิบัติงาน เพื่อเพิ่มคุณค่าของวิชาชีพ เป็นองค์กรแห่งการแลกเปลี่ยนเรียนรู้

2. การพัฒนางานต่อเนื่อง (CQI : Continuous Quality Improvement) เพื่อสร้างคุณค่าต่อผู้รับบริการ

3. หลักกระบวนการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง (PDCA)

- P : Plan คือ การวางแผนงานจากวัตถุประสงค์ และเป้าหมายที่ได้กำหนดขึ้น

- D : Do คือ การปฏิบัติตามขั้นตอนในแผนงานที่ได้กำหนดไว้อย่างเป็นระบบและมีความต่อเนื่อง

- C : Check คือ การตรวจสอบผลการดำเนินงานในแต่ละขั้นตอนของแผนงานว่ามีปัญหาอะไรเกิดขึ้นบ้าง จำเป็นต้องมีการเปลี่ยนแปลงแผนงานในขั้นตอนใด

- A : Act คือ การปรับปรุงแก้ไขส่วนที่มีปัญหา หรือถ้าไม่มีปัญหาใด ๆ ก็ยอมรับแนวทางการปฏิบัติตามแผนงานที่ได้ผลสำเร็จ เพื่อนำไปใช้ในการทำงานต่อไป

เมื่อได้วางแผนงาน (P) นำไปปฏิบัติ (D) ระหว่างการปฏิบัติก็ดำเนินการตรวจสอบ (C) พบปัญหา ก็ทำการแก้ไขหรือปรับปรุง (A) เพื่อให้เกิดผลงานที่นำไปใช้ได้

ปัญหาที่พบจากการปฏิบัติงาน พบว่าเมื่อผู้ป่วยเด็กที่มารับการระงับความรู้สึกจะมีการพันหรือยึดบริเวณที่ให้สารน้ำอย่างแน่นหนา และผู้ป่วยเด็กจะตื่น ขยับตัวไปมา หรือชักแขนขาหนี เมื่อจะตรวจสอบบริเวณที่ให้สารน้ำก็พบว่ายากลำบาก ใช้เวลานานและสายน้ำเกลือเลื่อน/หลุด ได้ จึงเสนอจัดทำอุปกรณ์เพื่อช่วยยึดและป้องกันสายน้ำเกลือเลื่อน/หลุดในผู้ป่วยเด็กที่มารับการระงับความรู้สึก โดยมีขั้นตอนการดำเนินงาน ดังนี้

1. นำเรื่องเข้าเสนอในที่ประชุมวิสัญญีพยาบาล รับฟัง และรวบรวมข้อเสนอของที่ประชุม

2. ออกแบบอุปกรณ์และจัดหาอุปกรณ์ให้เหมาะสมกับการใช้งาน โดยเลือกใช้ขวดน้ำเกลือที่ใช้แล้วเป็นโครงด้านใน ใช้ฟองน้ำและผ้าที่มีลวดลายการ์ตูนห่อหุ้ม โครงด้านนอก จัดทำรูปแบบให้มีแถบรัด 2 แถบเพื่อใช้ยึดติดกับบริเวณที่ให้สารน้ำแก่ผู้ป่วยเด็ก

3. เสนอจัดทำอุปกรณ์ขึ้นให้ได้ตามรูปแบบที่กำหนดไว้ โดยนำขวดน้ำเกลือที่ใช้แล้วมาตัดเป็นแผ่นโครงหลาย ๆ แผ่นซ้อนกันเพื่อให้มีความแข็งแรง จากนั้นใช้ผ้าลายการ์ตูนที่ถักนู้ดด้วยฟองน้ำอีกชั้น เพื่อให้เกิดความนุ่ม ไม่กดทับบริเวณที่ให้สารน้ำของผู้ป่วย ห่อโครงที่ถูกตัดเตรียมไว้ ใช้แถบเวลโครเทป (Velcro Tape) เย็บติดกับแถบรัด เพื่อใช้ยึด/รัดบริเวณที่ให้สารน้ำแก่ผู้ป่วยเด็ก

4. วางแผนและร่วมปรึกษาการจัดทำอุปกรณ์กับผู้ร่วมงาน เพื่อการปรับรูปแบบของอุปกรณ์ก่อนการนำไปทดลองใช้

5. วางแผนนำมาทดลองใช้กับผู้ป่วยเด็กที่มารับการระงับความรู้สึก โดยเก็บรวบรวมข้อมูลการใช้งานเป็นระยะเวลา 3 เดือน

6. นำข้อมูลที่ได้มาประเมินผลการใช้งาน และปรับปรุงอุปกรณ์หรือการใช้งานให้เกิดความเหมาะสม

7. นำเสนอผลงานในที่ประชุม โดยให้ข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการใช้อุปกรณ์ ผลของการทดลองใช้งาน และร่วมทำข้อตกลงกันในหน่วยงานภายหลังจากการได้ข้อสรุปของการใช้งาน

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ไม่เกิดการเลื่อน/หลุดของสายน้ำเกลือ ทำให้ผู้ป่วยได้รับสารน้ำและยาตามแผนการรักษา
 2. ลดความวิตกกังวล/กลัวของผู้ป่วยเด็กจากการให้สารน้ำ
 3. ลดภาระงานของบุคลากรในการตรวจสอบบริเวณที่ให้สารน้ำและการต้องให้สารน้ำใหม่แก่ผู้ป่วยเด็ก
 4. ลดค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาลและผู้ป่วยครอบครัวจากการที่จะต้องให้สารน้ำใหม่แก่ผู้ป่วยเด็ก
- ตัวชี้วัดความสำเร็จ

1. อุบัติการณ์การเลื่อน/หลุดของสายน้ำเกลือในผู้ป่วยเด็กที่มารับการระงับความรู้สึกในห้องผ่าตัดและในห้องพักฟื้นลดลงร้อยละ 80
2. ความพึงพอใจของบุคลากรจากการใช้อุปกรณ์มากกว่าร้อยละ 80

ลงชื่อศิรินทรา อรรถนรินทร์.....

(นางสาวศิรินทรา สมบุญทรัพย์)

พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

ผู้ขอรับการประเมิน

วันที่ ๒๕ พ.ค. 2561