

ผลงานประกอบการพิจารณาประเมินบุคคล
เพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งสำหรับผู้ปฏิบัติงานที่มีประสบการณ์
ตำแหน่งประเภททั่วไป

ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ 6ว (ด้านการพยาบาลวิสัญญี)

เรื่องที่เสนอให้ประเมิน

- ผลงานที่เป็นผลการดำเนินงานที่ผ่านมา
เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการระงับความรู้สึกเพื่อผ่าตัดศรกรรนอกมดลูก
- ข้อเสนอ แนวคิด วิธีการเพื่อพัฒนางานหรือปรับปรุงงานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น
เรื่อง แนวทางการประเมินทางเดินหายใจก่อนการให้การระงับความรู้สึก

เสนอโดย

นางภารดี บัวสรวง

ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ 5

(ตำแหน่งเลขที่ รพร. 70)

ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลราชพิพัฒน์

สำนักการแพทย์

ผลงานที่เป็นผลการดำเนินงานที่ผ่านมา

1. ชื่อผลงาน การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการระงับความรู้สึกเพื่อผ่าตัดครรภ์นอกมดลูก
2. ระยะเวลาที่ดำเนินการ 4 วัน (ตั้งแต่วันที่ 27 กันยายน พ.ศ.2550 ถึงวันที่ 30 กันยายน พ.ศ.2550)
3. ความรู้ทางวิชาการหรือแนวคิดที่ใช้ในการดำเนินการ

3.1 การตั้งครรภ์นอกมดลูก

การตั้งครรภ์นอกมดลูก หมายถึง การตั้งครรภ์ที่เกิดจากไข่ที่ได้รับการผสมแล้วไปฝังตัวและเจริญเป็นตัวอ่อนอยู่นอกโพรงมดลูก โดยพบมากที่สุดที่ท่อนำไข่ และอาจพบที่บริเวณอื่นๆได้ เช่น รังไข่ ปากมดลูก และภายในช่องท้อง

การตั้งครรภ์ที่ท่อนำไข่ (tubal pregnancy) โดยพบว่า การตั้งครรภ์นอกมดลูกเกือบทั้งหมดเกิดขึ้นที่ท่อนำไข่ คือ เมื่อมีการเจริญของตัวอ่อนในท่อนำไข่ ตัวอ่อนจะมีการแบ่งตัวและเจริญเติบโตอย่างรวดเร็ว ส่วนใหญ่จะอยู่ในท่อนำไข่ แต่บางครั้งอาจลุกลามถึงหลอดเลือดจะทำให้มีเลือดออกในท่อนำไข่ และบวมโตขึ้น มีการยึดของกล้ามเนื้อชั้น serosa ซึ่งจะทำให้เกิดอาการปวดท้อง เมื่อท่อนำไข่แตกจะมีการตกเลือดในช่องท้อง และอาจทำให้ช็อคได้

สาเหตุของการตั้งครรภ์นอกมดลูก

สามารถแบ่งออกเป็นสาเหตุใหญ่ๆ ได้ 2 สาเหตุ คือ

1. สาเหตุที่ทำให้ไข่ที่ถูกผสมแล้ว เคลื่อนไปได้ช้ากว่าปกติ หรือเคลื่อนไปยังโพรงมดลูกไม่ได้ ซึ่งได้แก่

- 1.1 ภาวะปีกมดลูกอักเสบ

- 1.2 การเกิดพังผืดบริเวณรอบท่อนำไข่

- 1.3 ความผิดปกติโดยกำเนิดของท่อนำไข่

- 1.4 พบคอร์ปัสลูเทียม อยู่ด้านตรงข้ามกับด้านที่มีการตั้งครรภ์นอกมดลูกเชื่อว่า มีการตกไข่จากรังไข่ด้านหนึ่งเข้าไปในบริเวณ cul-de-sac และเคลื่อนไปเข้าท่อนำไข่ด้านตรงข้าม ซึ่งไข่ดังกล่าวอาจถูกผสมโดยอสุจิแล้ว (ovum transmigration) ดังนั้นเมื่อไข่เข้ามาในท่อนำไข่จึงเกิดการฝังตัวได้รวดเร็ว เพราะอยู่ในระยะที่พัฒนาแล้ว หรือไข่ที่ถูกผสมแล้วนั้นได้เจริญไปถึงขั้น blastocyte ซึ่งมีคุณสมบัติในการฝังตัวได้ จึงฝังตัวในท่อนำไข่นั้น

- 1.5 การใช้ยาเม็ดคุมกำเนิดที่มีแต่ progesterone อย่างเดียว

- 1.6 เคยมีการตั้งครรภ์นอกมดลูกมาก่อน

2. เกิดจากเยื่อหุ้มท่อนำไข่มีสภาพเหมาะแก่การฝังตัวของไข่ที่ถูกผสมแล้ว เช่น บางรายมีเยื่อหุ้มท่อนำไข่อุดที่ อาจส่งเสริมให้ฝังตัวบริเวณนั้นง่าย

พยาธิวิทยา

ไข่ที่ได้รับการผสมแล้วฝังตัวที่เยื่อหุ้มท่อนำไข่ แต่เนื่องจากที่ท่อนำไข่ ไม่มีการเปลี่ยนแปลงเป็นเนื้อเยื่อเจริญ เพื่อรองรับการฝังตัวของไข่เหมือนกับในโพรงมดลูก ไข่ที่ผสมแล้วจึงไม่สามารถที่จะฝังตัวลึกลงไปได้ ขณะนั้นไข่ก็จะมีการเจริญของตัวอ่อนเกิดขึ้น ซึ่งจะทะลุผ่านเนื้อเยื่อและกล้ามเนื้อของท่อนำไข่ หรือผนังท่อนำไข่ หรือเข้าไปในช่องท้อง ซึ่งมีสภาพที่ไม่เหมาะสมต่อการเจริญเติบโตของตัวอ่อน (embryo) แต่การตั้งครรภ์ยังคงดำเนินต่อไปได้อีกระยะหนึ่ง บริเวณที่ตัวอ่อนใช้ฝังตัว ทำให้เกิดแผลขนาดใหญ่ของผนังท่อนำไข่ และท่อนำไข่จะแตกในที่สุดทำให้มีเลือดออกจำนวนมากไหลเข้าไปในอุ้งเชิงกราน สู่ cul-de-sac อาการปวดจะเพิ่มขึ้นและมีอาการช็อคตามมา

อาการและอาการแสดง

มีประจำเดือนมาช้าหรือขาดหายไป ร่วมกับอาการของการตั้งครรภ์ ปวดท้องน้อยลักษณะปวดเกร็ง อาการปวดมักเป็นแบบบิด ๆ ปวดร้าวไปที่หัวไหล่เนื่องจากเลือดที่ออกไปดันกะบังลมมีเลือดออกทางช่องคลอด ลักษณะเลือดที่ออกจะมีสีคล้ำเป็นเลือดเก่าๆ จำนวนน้อยกะปริบกะปรอย อาการหน้ามืดเป็นลม กดเจ็บบริเวณหน้าท้องและมีเลือดออกในช่องท้อง มีภาวะช็อค ความดันโลหิตต่ำ ชีพจรเบา เร็ว และซิด พบว่าค่าความเข้มข้นของเลือดลดลง เหงื่อออก ตัวเย็น ท้องอืดแข็งตึง

การรักษาภาวะการตั้งครรภ์นอกมดลูก

1. การรักษาโดยไม่ต้องผ่าตัด
 - 1.1 สังเกตอาการ บางรายสามารถเฝ้ารอให้ครรภ์นอกมดลูกฝ่อหายไปตัวเอง
 - 1.2 รักษาด้วยยา Methotrexate และ folinic acid
2. การรักษาด้วยการผ่าตัด ในรายที่มีการเสียเลือดมาก แพทย์จะให้เลือดทดแทน และพิจารณาทำผ่าตัดทันที

3.2 ความรู้เกี่ยวกับการระงับความรู้สึกเพื่อผ่าตัดครรภ์นอกมดลูก

การให้ยาระงับความรู้สึกสำหรับผ่าตัดครรภ์นอกมดลูก เป็นการระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย (general anesthesia) มีการเตรียมก่อนการให้ยาระงับความรู้สึก ดังนี้

3.2.1 มีการเยี่ยมผู้ป่วยเพื่อประเมินสภาพ และซักประวัติผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคประจำตัว การรับประทานยาประจำ โรคทางพันธุกรรมบางโรคที่อาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนขณะให้ยาหย่อนกล้ามเนื้อ ประวัติการได้รับยาระงับความรู้สึกครั้งก่อนเพื่อประโยชน์ต่อการวางแผนการให้ยาระงับ

ความรู้สึก การได้รับยาเสพติด การสูบบุหรี่และดื่มสุรา การแพ้ยาและอาหาร ประวัติการดื่มน้ำคอกอาหาร และประเมินความยากง่ายในการใส่ท่อทางเดินหายใจ โดยใช้ Mallampati grade อธิบายขั้นตอน การให้การระงับความรู้สึกให้ทราบพอสังเขป ตลอดจนเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามข้อสงสัย เพื่อลดความวิตกกังวล

3.2.2 ตรวจสอบเครื่องดมยาสลบ โดยตรวจไม่ให้มีรอยร้าวตามข้อต่อต่างๆ ของท่อนำก๊าซ ตรวจสอบดูเครื่องช่วยหายใจให้ทำงานได้ตามที่กำหนด ตรวจการไหลของก๊าซออกซิเจน และไนตรัสออกไซด์ก่อนใช้กับผู้ป่วย

3.2.3 เตรียมอุปกรณ์ในการใส่ท่อทางเดินหายใจ ได้แก่

- เตรียมเครื่องส่งกลองเสียงทั้งด้ามถือ และใบปิดลิ้นพร้อมใช้ โดยทดสอบไฟต้องสว่างมองเห็นชัดเจน และใบปิดลิ้นต้องมีขนาดที่เหมาะสมกับอายุ และผู้ป่วย

- เตรียมท่อทางเดินหายใจเบอร์ 7.0 และเบอร์ 7.5

- เตรียมหน้ากากช่วยหายใจขนาดที่เหมาะสมกับผู้ป่วย

- พลาสเตอร์สำหรับยึดติดท่อทางเดินหายใจ เพื่อป้องกันการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจ

- หูฟัง เพื่อใช้ฟังเสียงลมหายใจว่าท่อทางเดินหายใจอยู่ในตำแหน่งที่เหมาะสม

- เตรียมเครื่องดูดเสมหะให้พร้อมใช้งาน

3.2.4 เตรียมอุปกรณ์เฝ้าระวังขณะระงับความรู้สึก

- เครื่องวัดความอิ่มตัวของออกซิเจนในเม็ดเลือดแดงที่ปลายนิ้ว

- เครื่องวัดความดันเลือดอัตโนมัติ วัดความดันเลือดขณะให้การระงับความรู้สึกทุก 5 นาที

- เครื่องตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ

3.2.5 เตรียมยาที่จำเป็นต้องใช้ได้แก่ เคตามีน ไฮโดรคลอไรด์ ยาชักชนิดโคลีน ยาเวคูโรเนียม ยาเฟนทานิล ยานีโอสติกมีน ยาอะโทรปีน

3.3 ความรู้เกี่ยวกับยาที่ใช้ในการระงับความรู้สึก

- เคตามีน ไฮโดรคลอไรด์ (ketamine hydrochloride) ขนาดยา 1-2 มิลลิกรัมต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม ออกฤทธิ์ภายใน 30-60 วินาที มีฤทธิ์อยู่นาน 10-15 นาที ใช้น้ำสลบได้ดีในผู้ป่วยหอบหืด และผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตต่ำ มีฤทธิ์แก้ปวดและกระตุ้นทำให้ความดันโลหิตเพิ่มขึ้น หัวใจเต้นเร็วขึ้น ไม่ควรใช้ในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด โรคความดันโลหิตสูง โรคลมชัก อาจทำให้เกิดคลื่นไส้ อาเจียน และฝันร้ายได้

- ชักชนิดโคลีน (Succinylcholine) ขนาดยา 1.5-2 มิลลิกรัมต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม ใช้ใส่ท่อทางเดินหายใจได้ในเวลา 30-90 วินาที ยาหย่อนกล้ามเนื้อชนิดนี้มีฤทธิ์สั้น 5-10 นาที ยาจะถูกทำลายด้วยวิธี hydrolyze โดยเอนไซม์ pseudocholinesterase ในพลาสมาอย่างรวดเร็ว ผลข้างเคียงทำให้

หัวใจเต้นเร็ว โดยเฉพาะในเด็กอาจพบว่าหัวใจหยุดเต้นหลังการให้ ในผู้ใหญ่ที่มีกล้ามเนื้อแข็งแรงอาจทำให้มีอาการปวดกล้ามเนื้อจาก fasciculation หลังการให้ซัคซินิลโคลีนจะพบว่าค่าซีรัมโพแทสเซียมจะสูงขึ้นประมาณ 0.5 มิลลิอิกวาเลนซ์ต่อลิตร และอาจกระตุ้นให้เกิดภาวะ malignant hyperthermia ได้นอกจากนี้การให้ยานี้ซ้ำหลายๆครั้งอาจทำให้เกิดปรากฏการณ์ที่เรียกว่า phase 2 block ได้

- เวคูโรเนียม (vecuronium) ขนาดยา 0.08-0.12 มิลลิกรัมต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม ฤทธิ์อยู่นาน 15-30 นาที เป็นยาห่อนกล้ามเนื้อที่มีฤทธิ์สั้น มีผลต่อระบบการไหลเวียนเลือดและหัวใจน้อยมาก จึงไม่พบการเพิ่มของอัตราเต้นของหัวใจและความดันโลหิต ไม่กระตุ้นการหลั่งฮิสตามีน ถูกทำลายที่ตับขับออกทางน้ำดี ไม่สะสมในร่างกาย

- เฟนทานิล (Fentanyl) ขนาดยา 1-2 ไมโครกรัมต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม เป็นสารที่ออกฤทธิ์คล้ายมอร์ฟีน มีความแรงกว่า 60-80 เท่าของมอร์ฟีน ออกฤทธิ์ภายใน 3-5 นาที มีฤทธิ์อยู่นาน 1-2 ชั่วโมง ใช้ระงับปวดระหว่างผ่าตัด และมีฤทธิ์ทำให้ห้วงซึมเสริมฤทธิ์ยานาสลบ ทำให้อัตราการเต้นของหัวใจลดลง กดการหายใจ หยุดหายใจหรืออัตราการหายใจน้อยลงและหมดสติ

- นิโอสติกมีน (neostigmine) ขนาดยา 0.05-0.08 มิลลิกรัมต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม เป็นยาที่ใช้แก้ฤทธิ์ยาห่อนกล้ามเนื้อ เป็นสารสังเคราะห์ ทำหน้าที่ยับยั้งเอนไซม์โคลีนเอสเตอเรสอย่างไม่ถาวร ทำให้มีอะเซทิลโคลีนเพิ่มขึ้น มีผลทำให้ม่านตาหดตัวเพิ่มความตึงตัวของกล้ามเนื้อ ซีพจรลดลง เพิ่มการหลั่งของน้ำลายและเหงื่อ ยานี้ถูกทำลายที่ตับและขับออกทางไต

- อะโทรปีน (Atropine) ขนาดยา 0.01-0.02 มิลลิกรัมต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม เป็นยากั้นประสาทพาราซิมพาเทติก โดยยับยั้งกระแสประสาทเวกัสมีผลให้อิทธิพลของประสาทซิมพาเทติกต่อหัวใจเพิ่มมากขึ้น หัวใจเต้นเร็วและแรงขึ้น ยาจะถูกดูดซึมได้ดีจากทางเดินอาหาร บางส่วนของยาจะถูกทำลายที่ตับ การขับออกจากร่างกายจะขับออกทางไต หรือบางส่วนขับออกทางน้ำดี อาการข้างเคียงได้แก่ ปากแห้ง คอแห้ง กลืนลำบาก ตาพร่ามัว ม่านตาขยาย อุณหภูมิร่างกายสูงขึ้น

- เซโวฟลูเรน (Sevoflurane) เป็นยาดมสลบที่มีกลิ่นหอม ไม่ระคายเคืองทางเดินหายใจ มีค่าการละลายในเลือดและเนื้อเยื่อต่างๆต่ำ ทำให้นำสลบได้เร็ว เซโวฟลูเรนทำปฏิกิริยากับสารดูดซับคาร์บอนไดออกไซด์ได้สาร compound A ซึ่งเป็นสารที่มีพิษต่อไต ปัจจุบันแนะนำให้ใช้เซโวฟลูเรน โดยเปิดก๊าซมากกว่า 1 ลิตรต่อนาที

4. สรุปสาระสำคัญของเรื่องและขั้นตอนการดำเนินการ

หญิงตั้งครรภ์ อายุ 29 ปี ครรภ์ที่ 3 มีบุตร 2 คน ไม่เคยแท้ง อายุครรภ์ 7 สัปดาห์ เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย สถานภาพสมรสคู่ อาชีพรับจ้าง นับถือศาสนาพุทธ จบการศึกษามัธยมศึกษาปีที่ 3 รายได้เฉลี่ย 8,000 บาทต่อเดือน ใช้สวัสดิการการรักษาในโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้า

เลขที่ผู้ป่วยนอก 14881/50 เลขที่ผู้ป่วยใน 4811/50 รับส่งต่อมาจากโรงพยาบาลหลวงพ่อกี้ ชุมพร ชุมพรโรอุทิส วันที่ 27 กันยายน พ.ศ.2550 ด้วยเรื่องมีเลือดออกทางช่องคลอดเล็กน้อย ปวดท้องน้อยมาก มีหน้ามืด จึงไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลหลวงพ่อกี้ ชุมพรโรอุทิส แพทย์ส่งสัยตั้งครรรักนอกรวมดลูก จึงส่งตัวมารับการรักษาต่อที่โรงพยาบาลราชพิพัฒน์ แกร็บที่ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน วัดสัญญาณชีพอุณหภูมิร่างกาย 36.8 องศาเซลเซียส อัตราชีพจร 100 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 90/50 มิลลิเมตรปรอท น้ำหนัก 51 กิโลกรัม ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำเป็น 0.9%NSS 1000 มิลลิลิตร อัตราเร็ว 120 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง แพทย์เวรที่อุบัติเหตุฉุกเฉินทำการตรวจวินิจฉัยผู้ป่วยด้วยเครื่องตรวจคลื่นเสียงความถี่สูงและตรวจภายในซ้ำแล้ว วินิจฉัยว่ามีการตั้งครรภ์นอกมดลูก ต้องผ่าตัดด่วน ผู้ป่วยรับทราบและยินยอมทำผ่าตัด จึงส่งผู้ป่วยเพื่อทำผ่าตัดในวันที่ 27 กันยายน พ.ศ.2550 เวลา 14.00 น. ได้เตรียมผู้ป่วยสำหรับผ่าตัดที่ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โดยมีการตรวจนับความสมบูรณ์ของเม็ดเลือดแดง ตรวจหาเชื้อไวรัสเอดส์ และตรวจพบความเข้มข้นของเลือดก่อนทำผ่าตัดได้ 29% แพทย์จึงสั่งให้ห้องเลือด (PRC) 2 ยูนิต ก่อนทำผ่าตัด ผู้ป่วยถึงห้องผ่าตัดเวลา 14.05 น. ชักประวัติแรกรับที่ห้องเตรียมผู้ป่วยงานวิสัญญี ผู้ป่วยมีอาการอ่อนเพลีย สีหน้าไม่สุขสบายเจ็บปวดบริเวณท้องน้อยมากและวิตกกังวล ปลายมือปลายเท้าเย็น เรียกรู้สึกตัวพูดคุยได้ไม่สับสน การตรวจประเมินความเสี่ยงเกี่ยวกับการใส่ท่อช่วยหายใจลำบากพบว่า ผู้ป่วยไม่มีความผิดปกติของโครงหน้า ไม่มีฟันยื่นยาว ไม่มีฟันโยกหรือฟันปลอม อ้าปากได้กว้างมากกว่า 3 นิ้วมือ Mallampati classification grade 2 โดยการให้ผู้ป่วยอ้าปากและแลบลิ้นให้มากที่สุดสามารถมองเห็น เพดานแข็ง เพดานอ่อน ลิ้นไก่ สามารถก้มเงยคอได้ตามปกติ ระยะทางจากคางถึงต่อมธัยรอยด์ได้มากกว่า 6.5 เซนติเมตร (thyromental distance) คอไม่สั้น รับประทานอาหารครั้งสุดท้ายเมื่อเวลาประมาณ 11.00 น. น้ำหนัก 51 กิโลกรัม ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำไป 500 มิลลิเมตรเป็น 0.9%NSS 1000 มิลลิลิตร อัตราเร็ว 120 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง อัตราชีพจร 110 ครั้งต่อนาที (ค่าปกติ 60-100 ครั้งต่อนาที) อัตราหายใจ 22 ครั้งต่อนาที (ค่าปกติ 12-26 ครั้งต่อนาที) วัดความดันโลหิตได้ 90/40 มิลลิเมตรปรอท (ค่าปกติ 100/70-140/90 มิลลิเมตรปรอท) การให้การระงับความรู้สึกในผู้ป่วยรายนี้เลือกใช้วิธีการ ให้การระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายโดยการใส่ท่อช่วยหายใจ การเตรียมอุปกรณ์ ต้องเตรียมอุปกรณ์ในการให้การระงับความรู้สึกได้แก่ ท่อช่วยหายใจเบอร์ 7 และเบอร์ 7.5 หน้ากากช่วยหายใจเบอร์ 2 และเบอร์ 3 ท่อเปิดทางเดินหายใจทางปากและทางจมูก เครื่องมือตรวจส่องกล้องเสียง เครื่องและท่อดูดเสมหะ พร้อมทั้งตรวจสอบความพร้อมของวงจรเครื่องดมยาสลบให้พร้อมใช้งาน

วันที่ 27 กันยายน พ.ศ.2550 เวลา 14.10 น. นำผู้ป่วยเข้าห้องผ่าตัดเมื่อผู้ป่วยนอนบนเตียงผ่าตัดติดเครื่องวัดสัญญาณชีพ วัดความดันโลหิต ชีพจร ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ และเครื่องวัดความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดแดงที่ปลายนิ้ว วัดสัญญาณชีพก่อนเริ่มให้การระงับความรู้สึก ชีพจร 100 ครั้งต่อนาที

อัตราหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 90/50 มิลลิเมตรปรอท ระดับความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดแดง 98% เมื่อแพทย์ผู้ทำผ่าตัดมาถึง นำสลบโดยให้ผู้ป่วยสูดดมออกซิเจน 100% และแจ้งให้ผู้ป่วยทราบว่า จะฉีดยาให้หลับทางหลอดเลือดดำบอกให้ผู้ป่วยกลืนน้ำลาย และสูดดมหายใจเข้าออกลึกๆ เพื่อป้องกันภาวะสำลักน้ำลายเข้าปอดร่วมกับใช้เทคนิค Rapid sequence induction and cricoid pressure ก่อนเริ่มให้การระงับความรู้สึก ผู้ป่วยได้รับยานำสลบทางหลอดเลือดดำได้แก่ ยาเคตามีน ไฮโดรคลอไรด์ 75 มิลลิกรัม เมื่อผู้ป่วยหลับจึงให้ยาซัคซินิลโคลีน 50 มิลลิกรัม ใส่ท่อช่วยหายใจเบอร์ 7.5 ในเวลา 60 วินาที ฟังเสียงลมเพื่อตรวจสอบว่า ท่อทางเดินหายใจอยู่ในหลอดลม ฟังเสียงลมเข้าปอด เท่ากันทั้งสองข้างจึงติดพลาสติกเหนียวกับท่อทางเดินหายใจความลึกของท่อช่วยหายใจอยู่ที่ 20 เซนติเมตรที่มุมปาก ให้ยาหย่อนกล้ามเนื้อเนโอเวคูโรเนียม 4 มิลลิกรัม เฟนทานิล 50 ไมโครกรัม ขณะทำผ่าตัดเปิดในตรัสออกไซด์ 1 ลิตรต่อนาที ออกซิเจน 1 ลิตรต่อนาที เปิดยาผสมเซโวฟลูเรน 0.5-2% ตามสภาพของผู้ป่วย สัญญาณชีพคงที่ชีพจรอยู่ระหว่าง 60-80 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิตอยู่ระหว่าง 100/60-110/60 มิลลิเมตรปรอท ระดับความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดแดงอยู่ระหว่าง 98 - 100% ใช้เวลาระงับความรู้สึก 45 นาที ได้ผ่าตัดปีกมดลูกข้างขวาออก ผู้ป่วยมีภาวะช็อคจากมีการแตกของท่อนำไข่ ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำเป็น 0.9%NSS 1000 มิลลิลิตร และฮีแมคเซล (HAEMACCEL) 500 มิลลิลิตร ปริมาณปัสสาวะ 50 มิลลิลิตร เลือดออกภายในช่องท้องเป็นเลือดเก่าประมาณ 2,000 มิลลิลิตร และเสียเลือดขณะผ่าตัดเพิ่มอีก 200 มิลลิลิตร ตรวจดูความเข้มข้นของเลือดเหลือ 24% จึงรายงานแพทย์ผู้ทำผ่าตัดรับทราบ แพทย์สั่งให้เลือด 2 ยูนิต และเมื่อเย็บแผลใกล้เสร็จปิดเซโวฟลูเรน เมื่อเย็บแผลเสร็จปิดในตรัสออกไซด์ เปิดออกซิเจน 100% เมื่อผู้ป่วยเริ่มหายใจ จึงให้ยานีโอสติกมีน 2.5 มิลลิกรัม เพื่อแก้ฤทธิ์ยาหย่อนกล้ามเนื้อและให้ยาอะโทรปีน 1.2 มิลลิกรัม เพื่อป้องกันการเต้นช้าลงของหัวใจจากฤทธิ์ของยานีโอสติกมีน เมื่อผู้ป่วยตื่นดี ประเมินความสามารถในการทำตามคำสั่งได้ ได้แก่ กำมือได้แน่น ยกศีรษะขึ้นจากหมอนได้นานกว่า 5 วินาที มีรีเฟล็กซ์การไอ และการกลืนปกติ ดูดนมในปาก และในท่อทางเดินหายใจให้หมด นำท่อทางเดินหายใจออก ให้ผู้ป่วยสูดดมออกซิเจน 100% ทางหน้ากากนาน 5 นาที เพื่อป้องกันภาวะ diffusion hypoxia เคลื่อนย้ายผู้ป่วยไปสังเกตอาการต่อที่ห้องพักรักษาตัว 15.10 น. ย้ายผู้ป่วยเข้าห้องพักรักษาตัว แรกผู้ป่วยเรียกลืมตา หายใจแรงสม่ำเสมอ ให้สูดดมออกซิเจนทางหน้ากาก 10 ลิตรต่อนาที วัดสัญญาณชีพ ชีพจร 82 ครั้งต่อนาที อัตราหายใจ 18 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 120/60 มิลลิเมตรปรอท ระดับความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดแดง 100% ผู้ป่วยยังได้รับเลือดหยดเข้าหลอดเลือดดำต่อมาจากห้องผ่าตัดอยู่ ไม่มีสีผิวเขียวคล้ำ แผลผ่าตัดที่หน้าท้องไม่มีเลือดซึมกอส ปวดแผลเล็กน้อย ไม่มีคลื่นไส้ อาเจียน ไม่มีหนาวสั่น ผู้ป่วยอยู่ในห้องพักรักษาตัว 2 ชั่วโมง สัญญาณชีพปกติ ชีพจรอยู่ระหว่าง 70-80 ครั้งต่อนาที อัตราหายใจ

อยู่ระหว่าง 18-20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิตอยู่ระหว่าง 120/60 -130/70 มิลลิเมตรปรอท จึงย้ายกลับหอผู้ป่วย

ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยหลังผ่าตัดครั้งที่ 1 วันที่ 28 กันยายน พ.ศ.2550 เวลา 9.00 น. สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 37 องศาเซลเซียส ชีพจร 80 ครั้งต่อนาที อัตราหายใจ 18 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 110/60 มิลลิเมตรปรอท ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี พูดคุยรู้เรื่อง ไม่มีอาการสับสน ช่วยเหลือตัวเองได้ ปวดแผลระดับความปวดได้ 4 คะแนน ผ่าทอสปิดแผลไม่มีเลือดซึม ตรวจความเข้มข้นของเลือดได้ 30% มีเจ็บคอเล็กน้อย ไม่มีคลื่นไส้ อาเจียน ประเมินผลการระงับความรู้สึกโดยสอบถามว่า ขณะทำผ่าตัดผู้ป่วยไม่รู้สึกตัว แนะนำการปฏิบัติตัวหลังการระงับความรู้สึก สอบถามความพึงพอใจต่อบริการวิสัญญี ผู้ป่วยพึงพอใจ ผู้ป่วย ได้สารน้ำทางหลอดเลือดดำเป็น 5%D/N/2 1000 มิลลิตร ในอัตรา 80 มิลลิตรต่อชั่วโมง แพทย์ให้เริ่มจิบน้ำมือน้อยของวันที่ 28 กันยายน พ.ศ.2550

ตรวจเยี่ยมผู้ป่วยครั้งที่ 2 วันที่ 29 กันยายน พ.ศ.2550 เวลา 9.00 น. สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 37 องศาเซลเซียส ชีพจร 72 ครั้งต่อนาที อัตราหายใจ 18 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 110/70 มิลลิเมตรปรอท ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตัวเองได้ ปวดแผลน้อยลง อาการเจ็บคอดีขึ้น แผลผ่าตัดหน้าท้องไม่มีเลือดซึมกอส ผู้ป่วยมีจุกเสียดแน่นท้อง แนะนำกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีการเคลื่อนไหว ลูกนั่งหรือเดินเพื่อลดอาการจุกเสียดแน่นท้องผู้ป่วยปฏิบัติได้ แพทย์ให้เริ่มอาหารอ่อนมื้อกลางวัน

ตรวจเยี่ยมผู้ป่วยครั้งที่ 3 วันที่ 30 กันยายน พ.ศ.2550 เวลา 9.00 น. สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.5 องศาเซลเซียส ชีพจร 70 ครั้งต่อนาที อัตราหายใจ 18 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 110/60 มิลลิเมตรปรอท ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตัวเองได้ดี ไม่มีอาการเจ็บคอ แผลผ่าตัดหน้าท้องไม่มีเลือดซึมกอส รับประทานอาหารได้ตามปกติ ไม่มีจุกเสียดแน่นท้อง แพทย์อนุญาตให้กลับบ้าน แนะนำผู้ป่วยก่อนกลับบ้าน ดังนี้ โดยรับประทานอาหารได้ตามปกติ รับประทานอาหารผักผลไม้ เพื่อเสริมสร้างสุขภาพให้แข็งแรงและช่วยในการหายของแผล รับประทานยาตามแผนการรักษา ได้แก่ อะม็อกซิซิลลินขนาด 500 มิลลิกรัม 1 เม็ด หลังอาหาร 3 เวลา และยาบำรุงเลือดเฟอรัสฟูมาเลต 1 เม็ด หลังอาหาร 2 เวลา แนะนำการวางแผนครอบครัวผู้ป่วยต้องการมีบุตรให้เว้นระยะการตั้งครรภ์ประมาณ 3 เดือนและปรึกษาสูติแพทย์เพื่อรับคำแนะนำในการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องต่อไป สังเกตความผิดปกติของแผล ถ้าแผลบวมแดง หรือมีไข้ ให้รีบมาพบแพทย์ก่อนวันนัด และแนะนำให้มาตรวจตามนัด วันที่ 30 ตุลาคม พ.ศ. 2550 ที่ห้องตรวจผู้ป่วยนอกสูตินรีเวชกรรม

5. ผู้ร่วมดำเนินการ

ไม่มี

6. ส่วนของงานที่ผู้เสนอเป็นผู้ปฏิบัติ

เป็นผู้ดำเนินการทั้งหมดร้อยละ 100

7. ผลสำเร็จของงาน

ได้ให้การพยาบาล และการระงับความรู้สึกผู้ป่วยหญิงอายุ 29 ปี รับการผ่าตัดครรรภ์นอกมดลูก ได้ศึกษาติดตามประเมินผลการพยาบาลพบปัญหา 5 ข้อ ทุกปัญหาได้รับการแก้ไขหมดไป โดยก่อนให้การระงับความรู้สึก ได้เยี่ยมผู้ป่วยในห้องผ่าตัดก่อนการให้การระงับความรู้สึกเพื่อสร้างสัมพันธภาพ มีการให้ข้อมูลแนะนำขั้นตอนการระงับความรู้สึกโดยสังเขป การตรวจประเมินสภาพร่างกาย ผู้ป่วยจัดอยู่ใน ASA class II E คือสุขภาพแข็งแรงแต่มีภาวะทางระบบไหลเวียนเลือดเล็กน้อย ประเมินระบบทางเดินหายใจแล้วนำมาวางแผนการเตรียมอุปกรณ์ในการใส่ท่อทางเดินหายใจ โดยเตรียมขนาดเบอร์ 7 และเบอร์ 7.5 เตรียมอุปกรณ์ในการระงับความรู้สึกให้อยู่ในสภาพพร้อมใช้งาน เผื่อระงับผู้ป่วยตลอดการระงับความรู้สึกอย่างต่อเนื่อง โดยให้การระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย ร่วมกับการใส่ท่อทางเดินหายใจเบอร์ 7.5 ตลอดการระงับความรู้สึก ไม่มีภาวะทางเดินหายใจอุดตัน และไม่มีภาวะพร่องออกซิเจน ไม่พบปัญหาขณะถอดท่อช่วยหายใจ ระยะเวลาการทำผ่าตัดผู้ป่วยได้รับการเฝ้าสังเกตอาการในห้องผ่าตัด จนสัญญาณชีพปกติจึงย้ายผู้ป่วยกลับหอผู้ป่วย มีการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยหลังผ่าตัด พบผู้ป่วยมีเจ็บคอเล็กน้อย มีภาวะช็อค ไม่มีภาวะเลือดออกจากแผลผ่าตัดมากผิดปกติ ไม่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน แพทย์อนุญาตให้กลับบ้าน และนัดติดตามอาการวันที่ 30 ตุลาคม พ.ศ.2550 ให้คำแนะนำก่อนกลับบ้าน สามารถรับประทานอาหารได้ตามปกติ รับประทานผักผลไม้ เพื่อเสริมสร้างสุขภาพให้แข็งแรงและช่วยในการหายของแผล รับประทานยาปฏิชีวนะและยาบำรุงเลือดติดต่อกันจนหมด สังเกตความผิดปกติของแผล ถ้าแผลบวมแดง หรือมีไข้ ให้รีบมาพบแพทย์ก่อนวันนัด ระวังไม่ให้แผลเปียกน้ำถ้าแผลเปียกน้ำให้เปิดทำแผลทุกวัน ที่สถานพยาบาลใกล้บ้าน ห้ามทำแผลเอง

8. การนำไปใช้ประโยชน์

- 8.1 ใช้เป็นแนวทางในการวางแผน และให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วยที่มารับการระงับความรู้สึกเพื่อผ่าตัดครรรภ์นอกมดลูกแก่บุคลากรที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานวิสัญญีโรงพยาบาลราชพิพัฒน์
- 8.2 เป็นแนวทางในการประกอบการนิเทศวิสัญญีพยาบาลที่มาปฏิบัติงานใหม่ในหน่วยงาน
- 8.3 เป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลด้านวิสัญญีวิทยา
- 8.4 พัฒนาความรู้ และเพิ่มพูนทักษะที่เกี่ยวกับการให้การระงับความรู้สึก เพื่อผ่าตัดครรรภ์นอกมดลูกให้แก่บุคลากรที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานวิสัญญีโรงพยาบาลราชพิพัฒน์

9. ความยุ่งยาก ปัญหา อุปสรรคในการดำเนินการ

ผู้ป่วยเสี่ยงต่อภาวะช็อคเนื่องจากมีการสูญเสียของเลือด ซึ่งภาวะเสียเลือดจากการแตกของท่อนำไข่ จึงต้องมีการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำในอัตรา 100-120 มิลลิลิตรต่อชั่วโมงตามแผนการรักษา และเตรียมเลือดให้พร้อมใช้ในกรณีจำเป็น เลือกใช้ยาที่ออกฤทธิ์สั้น และมีผลต่อระบบไหลเวียนเลือดน้อยเพื่อป้องกันความดันโลหิตลดลง ตรวจวัดสัญญาณชีพเป็นระยะอย่างต่อเนื่อง ถ้าผิดปกติต้องรีบรายงานสูติแพทย์ผู้ทำผ่าตัด ผู้ป่วยมีภาวะช็อคระดับความเข้มข้นของเลือด 29% เสี่ยงต่อการเกิดภาวะ

พร้อมออกซิเจนเตรียมผู้ป่วยโดยเริ่มให้ออกซิเจน 100% ก่อนเริ่มระงับความรู้สึก ขณะให้การระงับความรู้สึกให้ออกซิเจน 50 % ต่อไนตรัสออกไซด์ 50 % เพื่อป้องกันภาวะพร่องออกซิเจน เตรียมจองเลือด PRC ก่อนผ่าตัด 2 ยูนิต และให้สารน้ำระหว่างผ่าตัดอย่างเพียงพอ ในผู้ป่วยรายนี้มีเลือดออกในช่องท้อง 2,000 มิลลิลิตร และขณะผ่าตัดอีก 200 มิลลิลิตร หลังผ่าตัดตรวจเช็คระดับความเข้มข้นของเลือดเข้าได้ 24% เฝ้าระวังดูแลให้เลือดทดแทนการเสียเลือด และสังเกตอาการแพ้เลือด โดยวัดสัญญาณชีพทุก 5 นาทีใน 15 นาทีแรกที่เริ่มให้เลือด อาการหนาวสั่น มีไข้สูงขึ้น ผู้ป่วยมีภาวะวิตกกังวล กลัวการผ่าตัดและการระงับความรู้สึก เนื่องจากเป็นหัตถการที่เร่งด่วน ผู้ป่วยเป็นผู้ป่วยฉุกเฉินไม่มีเวลาเตรียมตัวเตรียมใจจึงต้องมีการสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วย อธิบายวิธีการและขั้นตอนในการผ่าตัดและการระงับความรู้สึกโดยสังเขปตลอดโยนและให้กำลังใจแก่ผู้ป่วยผู้ป่วยเสี่ยงต่อภาวะสำคัญเฉพาะอาหารเข้าหลอดลมเนื่องจาก เป็นผู้ป่วยฉุกเฉินต้องรับการผ่าตัดโดยเร่งด่วน การงดน้ำงดอาหารไม่ได้ อยู่ในการควบคุมของทีมสุขภาพ จึงต้องซักประวัติการงดน้ำงดอาหารอย่างละเอียดให้ข้อมูลและอธิบายให้ทราบถึงภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดจากการงดน้ำงดอาหารไม่ครบชั่วโมงคือ ภาวะสูดสำลักอาหารเข้าหลอดลม และต้องเตรียมอุปกรณ์ เช่น เครื่องและสายดูดเสมหะให้พร้อมใช้งาน ก่อนให้การระงับความรู้สึก เพื่อป้องกันภาวะสำลักอาหารเข้าหลอดลม ผู้ป่วยขาดความรู้ในการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด แนะนำการหายใจอย่างมีประสิทธิภาพ สอนวิธีการไออย่างถูกวิธีขณะไอใช้มือพุงแปลลดปวด การปฏิบัติตัวหลังจำหน่ายโดยเน้นการดูแลแผล ห้ามเปียกน้ำจนกว่าจะตัดไหม ถ้ามีอาการปวดแผลมากกว่าปกติ มีหนองหรือมีเลือดซึมจากแผล ต้องรีบมาพบแพทย์ทันที แนะนำให้รับประทานอาหารที่มีประโยชน์ รับประทานผักผลไม้เพื่อเสริมสร้างสุขภาพให้แข็งแรงและช่วยในการหายของแผล รับประทานยาปฏิชีวนะและยาบำรุงเลือดติดต่อกันจนหมด

10. ข้อเสนอแนะ

10.1 ในการให้การระงับความรู้สึกเพื่อทำผ่าตัดกรณีฉุกเฉินนอกมดลูกซึ่งเป็นภาวะที่เร่งด่วน ควรที่จะมีทีมวิสัญญีอย่างน้อย 2 คนขึ้นไปเพื่อร่วมกันจัดการกับผู้ป่วยวิกฤตได้อย่างทันท่วงที และเป็นไปตามมาตรฐานของโรงพยาบาลที่ผ่านการรับรองคุณภาพ

10.2 ควรให้วิสัญญีพยาบาลที่ปฏิบัติงานอยู่ในโรงพยาบาลขนาดเล็กระดับปฐมภูมิหรือทุติยภูมิ ได้มีการเพิ่มพูนทักษะ และหาประสบการณ์ในการให้การระงับความรู้สึกที่ยุ่ยากซับซ้อน โดยประสานงานขอ มาหมุนเวียนปฏิบัติงานในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ในสังกัดสำนักงานการแพทย์ด้วยกัน

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ และได้ดำเนินการปรับปรุงแก้ไข
เป็นไปตามคำแนะนำของคณะกรรมการ

(ลงชื่อ)..... ธาวดี ขวัญจริง

(นางภารดี บัวสรวง)

ผู้ขอรับการประเมิน

(วันที่)..... 22 เม.ย. 62

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

ลงชื่อ..... น.ส. นาคะรัตน์

(นางศุภจิต นาคะรัตน์)

(ตำแหน่ง) หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล

โรงพยาบาลราชพิพัฒน์

(วันที่)..... 22 เม.ย. 62

ลงชื่อ..... น.ส. สมจิตต์ พุ่มไทร

(นางสาวสมจิตต์ พุ่มไทร)

(ตำแหน่ง) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลราชพิพัฒน์

(วันที่)..... 22 เม.ย. 62

**ข้อเสนอ แนวคิด วิธีการเพื่อพัฒนางานหรือปรับปรุงงานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น
ของนางภารดี บัวสรวง**

เพื่อประกอบการแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพ 6ว (ด้านการพยาบาลวิสัญญี)
(ตำแหน่งเลขที่พร.70) สังกัดฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลราชพิพัฒน์ สำนักการแพทย์
เรื่อง แนวทางการประเมินทางเดินหายใจก่อนการให้การระงับความรู้สึก

หลักการและเหตุผล

การประเมินทางเดินหายใจของผู้ป่วยก่อนการให้การระงับความรู้สึก ถือเป็นงานที่สำคัญอย่างหนึ่งของวิสัญญีพยาบาล โดยเฉพาะในโรงพยาบาลชุมชนที่ไม่มีวิสัญญีแพทย์ มีรายงานว่าหนึ่งในสามของภาวะแทรกซ้อนรุนแรงที่เกิดจากการระงับความรู้สึก มีสาเหตุมาจากการที่ไม่สามารถแก้ไขภาวะใส่ท่อช่วยหายใจลำบากได้ ซึ่งสาเหตุส่วนหนึ่งมาจากการประเมินทางเดินหายใจของผู้ป่วยที่ไม่ครอบคลุม หน่วยงานวิสัญญีโรงพยาบาลราชพิพัฒน์ ให้บริการระงับความรู้สึกทั้งแบบฉุกเฉินและไม่ฉุกเฉินตลอด 24 ชั่วโมง จากการเก็บข้อมูลปี 2549 ถึงปี 2551 พบว่ามีผู้มารับบริการผ่าตัดที่ต้องให้การระงับความรู้สึก เป็นจำนวน 674 ราย 685 ราย และ 694 รายตามลำดับ ในจำนวนนี้พบว่ามีผู้ป่วยที่มีภาวะใส่ท่อช่วยหายใจลำบากจำนวน 1 ราย 2 ราย และ 2 รายตามลำดับ ซึ่งแม้จะมีจำนวนไม่มากในแต่ละปี แต่เมื่อพบภาวะใส่ท่อช่วยหายใจลำบากแล้ว หากวิสัญญีพยาบาลไม่สามารถประเมิน และให้การช่วยเหลืออย่างทันที ก็จะนำไปสู่ความพิการ หรือเสียชีวิตได้ ดังนั้นวิสัญญีพยาบาลต้องตระหนักถึงความสำคัญในการประเมินผู้ป่วยและสามารถให้การช่วยเหลือผู้ป่วยได้ เพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยจึงได้จัดทำแนวทางในการประเมินทางเดินหายใจก่อนการให้การระงับความรู้สึกสำหรับงานวิสัญญีโรงพยาบาลราชพิพัฒน์

วัตถุประสงค์และหรือเป้าหมาย

1. เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการใส่ท่อช่วยหายใจลำบาก ในผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัด และให้การระงับความรู้สึก
2. เพื่อให้วิสัญญีพยาบาลมีความรู้ และทักษะ เกี่ยวกับการประเมินทางเดินหายใจของผู้ป่วยที่รับการผ่าตัด และให้การระงับความรู้สึก
3. เพื่อให้วิสัญญีพยาบาลสามารถให้การช่วยเหลือผู้ป่วยที่เกิดภาวะใส่ท่อช่วยหายใจลำบากได้
4. เพื่อใช้เป็นแนวทางในการประเมินทางเดินหายใจของผู้ป่วยที่รับการผ่าตัด และให้การระงับความรู้สึก

กรอบการวิเคราะห์ แนวคิด ข้อเสนอ

การประเมินทางเดินหายใจก่อนการให้การระงับความรู้สึกเป็นขั้นตอนที่สำคัญ เนื่องจากเป็นขั้นตอนที่ทำให้ทราบถึงภาวะทางเดินหายใจของผู้ป่วย สามารถประเมินความยากง่ายของการใส่ท่อทางเดินหายใจในผู้ป่วยแต่ละรายได้ล่วงหน้า และนำข้อมูลที่ได้มาวางแผนการระงับความรู้สึก เลือกวิธีการระงับความรู้สึก จัดเตรียมอุปกรณ์ และยาที่จะใช้ในการให้การระงับความรู้สึกได้อย่างเหมาะสม ช่วยให้การระงับความรู้สึกเป็นไปด้วยความราบรื่น ลดโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการใส่ท่อช่วยหายใจลำบาก เนื่องจากหน่วยงานวิสัญญีโรงพยาบาลราชพิพัฒน์ ยังไม่มีแนวทางในการประเมินทางเดินหายใจก่อนการให้การระงับความรู้สึกที่ชัดเจน บุคลากรมีวิธีการประเมินและการช่วยเหลือผู้ป่วยที่มีภาวะใส่ท่อช่วยหายใจลำบากแตกต่างกัน ส่งผลให้การประเมินและการให้การช่วยเหลือผู้ป่วยไม่ครอบคลุมเหมาะสม ซึ่งอาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการใส่ท่อช่วยหายใจลำบากได้ จึงเสนอในที่ประชุมหน่วยงาน ให้มีการจัดทำแนวทางการประเมินทางเดินหายใจก่อนการให้การระงับความรู้สึก เพื่อให้มีแนวทางการประเมินและการให้การช่วยเหลือ เมื่อมีภาวะใส่ท่อช่วยหายใจลำบากได้ถูกต้อง และครอบคลุมเป็นแนวทางเดียวกัน

แนวทางการปฏิบัติเมื่อมีภาวะใส่ท่อช่วยหายใจลำบาก

1. ถ้าใส่ท่อช่วยหายใจครั้งแรกไม่สำเร็จ ให้ช่วยหายใจด้วยออกซิเจน 100 % ผ่านทางหน้ากากช่วยหายใจ และกด cricoid ร่วมด้วย
 2. ลองใส่ท่อช่วยหายใจอีกครั้ง ถ้าใส่ท่อช่วยหายใจไม่สำเร็จ ให้ช่วยหายใจด้วยออกซิเจน 100 % ผ่านทางหน้ากากช่วยหายใจ และกด cricoid ร่วมด้วย
 3. รายงานแพทย์ ขอความช่วยเหลือ
 - 3.1 ถ้าการผ่าตัดไม่เร่งด่วน หรือรอได้ รอให้ผู้ป่วยกลับมาหายใจเอง หรือใส่ท่อช่วยหายใจขณะที่ผู้ป่วยรู้สึกตัว
 - 3.2 ถ้าการผ่าตัดเร่งด่วน หรือรอไม่ได้ ให้ยาระงับความรู้สึกเสริมด้วย ketamine hydrochloride หรือ ยาดมสลบ ร่วมกับการให้ยาชาเฉพาะที่
 4. ถ้าช่วยหายใจทางหน้ากากไม่ได้ให้ปฏิบัติตามข้อ 3.1
 5. ถ้าช่วยหายใจทางหน้ากากไม่ได้และหัวใจใกล้หยุดเต้น
 - 5.1 เจาะผนัง cricothyroid ช่วยหายใจด้วย เข็มเบอร์ 14 และให้ออกซิเจนโดยใช้เครื่องช่วยหายใจชนิดมือบีบ
 - 5.2 เจาะคอ
- ขั้นตอนการดำเนินงาน
1. เสนอแนวคิดการจัดทำแนวทางการประเมินทางเดินหายใจก่อนการให้การระงับความรู้สึก และแนวทางปฏิบัติเมื่อเกิดภาวะใส่ท่อช่วยหายใจลำบาก ให้ถูกต้องครบถ้วน ตรงกันในที่ประชุมหน่วยงาน

2. ศึกษาค้นคว้า รวบรวมข้อมูลจากตำราและเอกสารทางวิชาการ

3. นำข้อมูลที่ได้จากการศึกษา ค้นคว้า มาจัดทำแนวทางทางการประเมินทางเดินหายใจก่อนการให้การระงับความรู้สึก และแนวทางปฏิบัติเมื่อเกิดภาวะใส่ท่อช่วยหายใจลำบาก โดยมีเนื้อหาเกี่ยวกับการประเมินทางเดินหายใจ ซึ่งประกอบด้วย การประเมินภาวะการใส่ท่อช่วยหายใจลำบาก การตรวจร่างกาย และลักษณะทางกายภาพ การเตรียมความพร้อมเมื่อพบว่าผู้ป่วยมีความเสี่ยงที่จะใส่ท่อช่วยหายใจลำบาก แผนผังการปฏิบัติเมื่อมีภาวะใส่ท่อช่วยหายใจลำบาก

4. ประชุมภายในหน่วยงานเพื่อตรวจสอบแนวทางการประเมินทางเดินหายใจก่อนการให้การระงับความรู้สึก และแนวทางปฏิบัติเมื่อเกิดภาวะใส่ท่อช่วยหายใจลำบาก และนำมาทดลองใช้

5. ประชุมภายในหน่วยงาน เพื่อประเมินผลการใช้แนวทางการประเมินทางเดินหายใจก่อนการให้การระงับความรู้สึก และแนวทางปฏิบัติเมื่อเกิดภาวะใส่ท่อช่วยหายใจลำบาก และนำมาปรับปรุงแก้ไข

6. จัดทำเป็นแนวทางนำไปปฏิบัติจริงและติดตามประเมินผลตามตัวชี้วัด

แผนการดำเนินการ

กิจกรรมการดำเนินงาน	ระยะเวลาดำเนินการ ปีพ.ศ. 2552							
	พ.ค.	มิ.ย.	ก.ค.	ส.ค.	ก.ย.	ต.ค.	พ.ย.	ธ.ค.
1. เสนอแนวคิด การจัดทำแนวทางปฏิบัติเมื่อเกิดภาวะใส่ท่อช่วยหายใจลำบาก	←→							
2. ดำเนินการจัดทำแนวทางปฏิบัติเมื่อเกิดภาวะใส่ท่อช่วยหายใจลำบาก	←→							
3. ประชุมภายในหน่วยงานเพื่อตรวจสอบแนวทางปฏิบัติเมื่อเกิดภาวะใส่ท่อช่วยหายใจลำบาก		←→						
4. ทดลองใช้แนวทางปฏิบัติเมื่อเกิดภาวะใส่ท่อช่วยหายใจลำบาก		←→						
5. ประชุมเพื่อประเมินผลการใช้แนวทางปฏิบัติเมื่อเกิดภาวะใส่ท่อช่วยหายใจลำบาก					←→			
6. นำไปปฏิบัติและติดตามผล						←→		

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. วิสัญญีพยาบาลในหน่วยงานมีทักษะ ความเข้าใจ เกี่ยวกับการประเมินทางเดินหายใจก่อนการให้การระงับความรู้สึกเพิ่มมากขึ้นและเป็นแนวทางเดียวกัน
2. วิสัญญีพยาบาลในหน่วยงาน มีความพึงพอใจต่อการปฏิบัติตามแนวทางการประเมินทางเดินหายใจก่อนการให้การระงับความรู้สึก และการช่วยเหลือผู้ป่วยที่มีภาวะใส่ท่อช่วยหายใจลำบาก
3. มีแนวทางปฏิบัติในการประเมินทางเดินหายใจก่อนการให้การระงับความรู้สึก และสามารถให้การช่วยเหลือผู้ป่วยที่มีภาวะใส่ท่อช่วยหายใจลำบากไว้ใช้ภายในหน่วยงาน

ตัวชี้วัดความสำเร็จ

1. ผู้ป่วยได้รับการประเมินทางเดินหายใจก่อนการให้การระงับความรู้สึกร้อยละ 100
2. บุคลากรมีการจัดเตรียมอุปกรณ์ และเครื่องมือตรงตามแนวทางที่กำหนดร้อยละ 100
3. อัตราความพึงพอใจของบุคลากรต่อแนวทางปฏิบัติร้อยละ 80

ลงชื่อ..... ภาณี บัวสรวง

(นางภาณี บัวสรวง)

ผู้ขอรับการประเมิน

วันที่ 22 ต.ค. ๖2