

ผลงานประกอบการพิจารณาประเมินบุคคล
เพื่อขอรับเงินประจำตำแหน่ง

ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาลวิสัญญี)

เรื่อง ที่เสนอให้ประเมิน

ผลงานที่เป็นผลการดำเนินงานที่ผ่านมา

เรื่อง การพยาบาล และการให้การระงับความรู้สึกผู้ป่วย เพื่อผ่าตัด

กระดูกสันหลังเสื่อม ตีบแคบเบียดทับเส้นประสาท

ข้อเสนอ แนวคิด วิธีการเพื่อพัฒนางานหรือปรับปรุงงานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

เรื่อง เครื่องมือเฝ้าระวังการปรับองศาเตียงในผู้ป่วยที่ต้องจัดทำศีรษะต่ำเพื่อ

การผ่าตัดส่องกล้องทางนรีเวชกรรม

เสนอโดย

นางสาวศรีสุดา สร้างไธสง

ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาลวิสัญญี)

(ตำแหน่งเลขที่ รพจ. 417)

ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์

สำนักการแพทย์

ผลงานที่เป็นผลการดำเนินงานที่ผ่านมา

1. **ชื่อผลงาน** การพยาบาลและการให้การระงับความรู้สึกผู้ป่วยเพื่อผ่าตัดกระดูกสันหลังเสื่อม ตีบแคบ เบียดทับเส้นประสาท
2. **ระยะเวลาที่ดำเนินการ** 17 วัน(ตั้งแต่วันที่ 29 พฤศจิกายน 2553 ถึงวันที่15 ธันวาคม 2553)
3. **ความรู้ทางวิชาการหรือแนวคิดที่ใช้ในการดำเนินการ**

3.1 ความรู้เรื่องโรค

กายวิภาคศาสตร์และสรีรวิทยาของกระดูกสันหลัง

กระดูกสันหลัง เป็นส่วนหนึ่งของกระดูกแกน(axial skeletal) ของร่างกาย กระดูกสันหลังนอกจากเป็นโครงสร้างแข็งแรงที่ปกป้องแกนของไขสันหลัง ยังทำหน้าที่เป็นจุดเกาะของกล้ามเนื้อของหลัง และยังเชื่อมต่อกับกระดูกศีรษะ (skull) กระดูกสะบัก (scapula) กระดูกเชิงกราน (pelvic bones) และกระดูกซี่โครง (ribs) ด้วย กระดูกสันหลังในประกอบด้วยส่วนที่เป็นกระดูกเรียกว่า vertebrae มี 33 ชิ้น เรียงซ้อนต่อกันโดยข้อต่อ intervertebral articulation หรือ joint มีลักษณะเป็นแกนแข็งแต่คงอได้ มีความโค้ง 4 แห่ง คือที่ช่วงคอเป็น lordosis curve ช่วงอกเป็น kyphotic curve ช่วงเอวเป็น lordosis curve ช่วง sacro-coccygeal เป็นkyphotic curve มีความยาวตั้งแต่ฐานกระดูกศีรษะถึงก้นกบ กระดูกสันหลังถูกยึดให้คงที่โดย ligament ต่างๆ สามารถเคลื่อนไหวได้โดยการทำงานของกล้ามเนื้อหลัง

พยาธิสภาพของกระดูกสันหลังเสื่อม ตีบแคบเบียดทับเส้นประสาทมักพบบ่อยที่ส่วนบั้นเอว (lumbar vertebrae) ระดับ 4-5 สาเหตุที่สำคัญที่ทำให้ผู้ป่วย lumbar spinal stenosis ปวดหลัง ปวดขา และกล้ามเนื้ออ่อนแรง มีอาการชา และ reflex ลดลงอาการและอาการแสดงของโรคนี้เกิดจาก enlargement ซึ่งในขั้นต้นยังไม่กดรัดมาก จะมากขึ้นเมื่ออยู่ในท่าผิดปกติเท่านั้น เวลายืนจะต้องมี lumbar lordosisมากขึ้นทุกครั้ง แม้ว่าเล็กน้อยก็ตาม แต่ก็เพียงพอที่จะทำให้ nerve ใน lumbar canal ไม่สามารถเคลื่อนไหวเวลาเดินได้ จึงเกิดการคั่งรัง nerve ซึ่งจะทำให้เกิด microscopic blood supply ของ nerve เสียการทำงานไป ผลก็คือ ผู้ป่วยรู้สึกปวด บางครั้ง delay conduction ของ nerve ก็จะทำให้มีอาการเหล่านั้นหายไป

อาการและอาการแสดงที่พบบ่อยที่สุด คือปวดหลัง ชาที่ขา มีความรู้สึกแปลกๆที่ผิวหนังบริเวณขา หรืออ่อนแรงไปชั่วครู่ อาการปวดหลังในผู้ป่วย spinal stenosis มีอาการปวดแบบค่อยเป็นค่อยไปไม่เฉียบพลัน โดยจะปวดบริเวณ lumbar อย่างไรก็ตามหลังจากทำงานหนักทุกวันผู้ป่วย spinal stenosis อาจมีอาการปวดหลังมากขึ้นอาการร่วมที่สำคัญคือ มีอาการปวดร่วมกับมีความรู้สึกแปลก ๆ ที่ขา เมื่อเดินไปไกล ๆ หรือออกกำลังกายมาก ๆ บางครั้งมีอาการขาอ่อนแรงร่วมด้วย มักเป็นทั้งสองข้างแต่เมื่อนั่งพักสักครู่ อาการทุกอย่างจะหายไปสามารถเดินหรือออกกำลังกายต่อไปได้ เมื่อเดินไปอีกระยะหนึ่งก็จะเป็นอีก

การตรวจร่างกายที่สำคัญที่สุด คือ การตรวจ motor reflex และการคลำชีพ พบ ankle reflex ลดลงในจำนวน 43%-65% ของผู้ป่วย knee reflex ลดลง 18%-42% การตรวจ straight-leg-raising test ยกเว้นว่าจะมีหมอนรองกระดูกสันหลังเคลื่อนกดทับเส้นประสาทจาก L5 nerve root ทำให้มีการอ่อนแรงของนิ้วหัวแม่มือเท้า

และกล้ามเนื้อ hip abductor ด้วยการทำให้ Trendelenberg test โดยให้คนไข้ยืนบนขาข้างที่ gluteus medius ไม่ทำงานจะทำให้มีการลดต่ำลงของกระดูกเชิงกรานด้านตรงข้ามกับด้านที่กล้ามเนื้อไม่ทำงาน ความผิดปกติดังกล่าวทำให้ผู้ป่วยเดินผิดปกติ แบบที่เรียกว่า “Trendelenburg gait” ความผิดปกติจากการเดินชนิดอื่น เช่น difficulty in walking on the toe บ่งบอกถึงความผิดปกติของเส้นประสาท S1 root difficulty heel walk บ่งบอกถึงความผิดปกติของเส้นประสาท L4 หรือ L5 root ความผิดปกติเกี่ยวกับการรับความรู้สึก พบได้ถึง 46-51% ของผู้ป่วย

การรักษา มีอยู่ 2 แบบคือการรักษาแบบประคับประคอง ได้แก่ การนอนพักการรับประทานยา การทำ spinal orthosis การบริหารหลังและ การรักษาโดยการผ่าตัด

3.2 การพยาบาลและการให้ยาระงับความรู้สึกในผู้ป่วยที่ผ่าตัดกระดูกสันหลังเสื่อม ตีบแคบเบียดทับเส้นประสาท การพยาบาลก่อนการระงับความรู้สึก

เป็นการประเมินสภาพผู้ป่วยการเยี่ยมผู้ป่วยก่อนที่จะมาระงับความรู้สึกพยาบาลควรจะเยี่ยมอาการก่อนอย่างน้อย 1 วัน เป็นการศึกษาประวัติ ตรวจร่างกาย ให้ทราบถึงสถานะของร่างกายและโรคที่ผู้ป่วยเป็นอยู่หรือที่เคยเป็นในอดีต เพื่อวางแผนเตรียมการล่วงหน้าได้ถูกต้องว่าผู้ป่วยควรได้รับการระงับความรู้สึกวิธีใด อุปกรณ์ เครื่องมือต่าง ๆ และการใช้ยาชนิดใดที่ไม่เกิดผลเสียต่อผู้ป่วย นอกจากนั้นการพูดคุยกับผู้ป่วยเพื่ออธิบายเกี่ยวกับสิ่งที่ผู้ป่วยจะได้รับ วิธีการปฏิบัติตัว และสร้างความมั่นใจต่อการระงับความรู้สึก จะทำให้ผู้ป่วยลดความวิตกกังวล ตื่นเต้นจะทำให้ผู้ป่วยอยู่ในสภาพพร้อมที่จะได้รับการผ่าตัดและลดภาวะแทรกซ้อนจากการให้ยาระงับความรู้สึกได้

การพยาบาลขณะให้การระงับความรู้สึก

ใช้วิธีการระงับความรู้สึกแบบทั่วไป (general anesthesia) โดยใส่ท่อช่วยหายใจ ใช้ยาหย่อนกล้ามเนื้อควบคุมการหายใจตลอดเวลา ขณะทำผ่าตัดต้องจัดทำค่าที่เหมาะสม เพราะผู้ป่วยอยู่ในท่านอนคว่ำอาจทำให้ทรวงอกและกะบังลมเคลื่อนไหวได้ไม่ดีดูแลไม่ให้มีการกดทับอวัยวะต่าง ๆ ของร่างกาย และท่อทางเดินหายใจผู้ป่วยต้องสลบลึกพอ ใช้ยาหย่อนกล้ามเนื้อที่ออกฤทธิ์นานพิจารณาถอดท่อช่วยหายใจเมื่อผู้ป่วยนอนหงายแล้ว เพื่อปลอดภัย หรือถ้าจำเป็นต้องใส่ท่อช่วยหายใจใหม่ในกรณีมีเหตุฉุกเฉินดังนั้นจึงต้องมีการดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดตลอดเวลา ตั้งแต่เริ่มให้ยาระงับความรู้สึกจนผู้ป่วยฟื้นจากยาสลบพอที่จะป้องกันอันตรายให้ตนเองได้

การพยาบาลภายหลังให้การระงับความรู้สึก

เมื่อสิ้นสุดการผ่าตัด วิสัญญีพยาบาลจะนำผู้ป่วยมายังห้องพักฟื้น เพื่อรับการดูแลเป็นระยะเวลาประมาณ 2 ชั่วโมง เพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย เพราะเริ่มฟื้นจากการระงับความรู้สึกและระหว่างการผ่าตัดอาจเสียเลือดและสารน้ำไปจำนวนมาก ฉะนั้นอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนแก่ผู้ป่วยได้ พยาบาลในห้องพักฟื้นต้องมีความรู้ความสามารถที่จะวินิจฉัยอาการผู้ป่วยและสามารถตัดสินใจให้การพยาบาลอย่างทันทั่วทั้งที่ และมีประสิทธิภาพตลอดเวลา

3.3. ความรู้เกี่ยวกับเภสัชวิทยาของยาที่ใช้ในการระงับความรู้สึก

ไธโอเพนทาล (thiopental) เป็นยาในกลุ่ม barbiturate กดระบบไหลเวียนเลือด ในผู้ป่วยที่ภาวะพร่องสารน้ำ และฉีดยาในขนาดที่มากเกินไปหรือให้เร็วเกินไปและกดการหายใจ ทำให้หายใจช้าลงหรือหยุดหายใจ มักเกิดกับผู้ป่วยที่ได้รับยากลุ่ม benzodiazepine หรือ opioid ร่วมด้วย

มอร์ฟีน (morphine) ออกฤทธิ์ที่ระบบประสาทส่วนกลางและทางเดินอาหารเป็นหลัก ทำให้ปวดน้อยลงหรือไม่ปวด ง่วง กดการหายใจ คลื่นไส้ อาเจียน คับ และรุ่ม่านตาเล็ก นอกจากนี้ ยังมีผลทำให้น้ำย่อยในกระเพาะอาหาร และการเคลื่อนไหวของทางเดินอาหารลดลงรวมทั้งมีผลต่อระบบต่อมไร้ท่อ ระบบประสาทอัตโนมัติ และระบบทางเดินปัสสาวะด้วย

ซีสอะทรากูเรียม (cisatracurium) ไม่มีผลต่อระบบการไหลเวียนเลือด ยาถูกจำกัดโดยปฏิกิริยา Hofmann ข้อดีของยานี้ไม่ทำให้เกิดการหลั่งฮิสตามีน แม้ให้ในขนาดที่สูงมาก และไม่มีผลกระทบต่อระบบไหลเวียนเลือด

ซีโวเรน (sevorane) ทำให้เพิ่มเลือดไปเลี้ยงสมอง และเพิ่มความดันในกะโหลกศีรษะเล็กน้อย กการทำงานของหัวใจไม่รุนแรง ลดความดันเลือด กดการหายใจ และมีฤทธิ์ขยายหลอดเลือด

ไนตรัสออกไซด์ (nitrous oxide) เป็นก๊าซไม่มีสี ไม่มีกลิ่นหรือมีกลิ่นหอมหวานเล็กน้อย ไม่ระคายเคืองทางหายใจ สามารถนำสลบได้เร็ว ไม่มีผลต่อระบบไหลเวียนเลือดถ้าให้ไม่เกิน 30% จะไม่กอดกล้ามเนื้อหัวใจ และไม่เกิดการเปลี่ยนแปลงของจำนวนเลือดที่ไปเลี้ยงสมอง

นีโอสติกมีน (neostigmine หรือ prostigmin) ทำให้หัวใจเต้นช้า น้ำลายหลังมากขึ้น หลอดลมหดเกร็ง ดังนั้น จำเป็นต้องให้ยา ชัดขวางการทำงานของระบบประสาท parasympathetic ที่ muscarinic receptor ด้วยกลุ่มยา anticholinergic เช่น atropine

อะโทรปีน (atropine) มีฤทธิ์ขยายหลอดเลือด ทำให้ความดันออกซิเจนในเลือดลดต่ำลดการหลั่งน้ำลายและน้ำหลังของหลอดลมขยายรุ่ม่านตาเพิ่มอัตราเร็วของหัวใจโดยยับยั้งการทำงานของเส้นประสาท vagus

แนวคิดที่ใช้ดำเนินการ

1. กรอบแนวคิดในการกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลโดยคณะกรรมการพัฒนาการวางแผนการพยาบาล โดยใช้กระบวนการพยาบาลเป็นแบบบันทึกทางการพยาบาลซึ่งระบุข้อวินิจฉัยและกิจกรรมการพยาบาลที่จะให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วยโดยใช้กระบวนการพยาบาล (Nursing process) ซึ่งเป็นการบูรณาการแนวคิดเชิงทฤษฎีและความรู้ที่เกี่ยวข้องมาประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อให้ผลลัพธ์อยู่ในขอบเขตความรับผิดชอบของพยาบาล (วิทยาลัยพยาบาลกองทัพบก, 2550)

2. กรอบแนวคิดของแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน 11แบบแผน ได้แก่ การรับรู้และการดูแลสุขภาพ โภชนาการ และเมตาบอลิซึม การขับถ่าย กิจกรรมและการออกกำลังกาย การนอนหลับพักผ่อนสติปัญญา และการรับรู้ การรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์ บทบาทและสัมพันธภาพ เพศสัมพันธ์ และการเจริญพันธุ์ ความเครียดและความทนต่อความเครียด แบบแผนความเชื่อและค่านิยม (จันทร์เพ็ญ สันตวาจา, 2548: 97)

3. การประเมินผู้ป่วยตามสภาวะของผู้ป่วยสุขภาพของผู้ป่วย ซึ่งแบ่งเป็นASA classification (American Society of Anesthesiologist) โดยแบ่งเป็น 5 กลุ่ม ตามสภาวะสุขภาพของผู้ป่วย เพื่อใช้ในการประเมินความเสี่ยงในการผ่าตัด (อสมมา วาณิชตันติกุล, 2555)

4. สรุปสาระสำคัญของเรื่องและขั้นตอนการดำเนินการ

สรุปสาระสำคัญของเรื่อง

การผ่าตัดกระดูกสันหลังเสื่อม ตีบแคบเบียดทับเส้นประสาท เป็นการผ่าตัดที่มีการจัดท่านอนกว่าขณะทำการผ่าตัดเพื่อช่วยให้ศัลยแพทย์ทำการผ่าตัดได้สะดวกจึงทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของระบบการหายใจ ระบบการไหลเวียนของผู้ป่วยได้ค่อนข้างมาก ดังนั้นการผ่าตัดกระดูกสันหลังจึงต้องใช้วิธีการระงับความรู้สึกแบบทั่วไป (general anesthesia) เพราะสามารถควบคุมการหายใจเป็นอย่างดี ผู้ป่วยไม่รู้สึกอึดอัด ไม่เจ็บปวด สามารถอยู่ในท่าคว่ำได้นาน ผู้ให้การระงับความรู้สึกจึงต้องมีความรู้ ความเข้าใจพื้นฐาน การให้การระงับความรู้สึกแบบทั่วไปและการจัดทำท่าในการผ่าตัดกระดูกสันหลังเป็นอย่างดี เลือกใช้ยาต้องเหมาะสมกับสภาพผู้ป่วยแต่ละราย เฝ้าระวังโดยการสังเกต มีอุปกรณ์ เครื่องมือต่าง ๆ เพื่อติดตามการเปลี่ยนแปลงของระบบไหลเวียนเลือด และระบบหายใจของผู้ป่วย มีแนวทางการแก้ไขภาวะผิดปกติที่อาจเกิดขึ้นได้ทันที่ทั้งก่อน ขณะ และหลังการผ่าตัด จนถึงระยะพักฟื้น ไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตราย สามารถกลับบ้านได้อย่างปลอดภัย

ขั้นตอนการดำเนินการ

1. เลือกกรณีศึกษาที่มารับระงับความรู้สึกเพื่อผ่าตัดกระดูกสันหลังเสื่อม ตีบแคบเบียดทับเส้นประสาทโดยพิจารณาถึงการผ่าตัดที่เป็นปัญหาในการระงับความรู้สึก และเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนได้มากขณะผ่าตัด
2. ศึกษารวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับกายวิภาคศาสตร์ พยาธิสภาพของกระดูกสันหลัง และความรู้ทางวิชาการเรื่องภาวะกระดูกสันหลังเสื่อม ตีบแคบเบียดทับเส้นประสาทการรักษา เทคนิคการระงับความรู้สึกการพยาบาลก่อน ขณะ หลังการระงับความรู้สึก และนำความรู้ที่ได้มาใช้เป็นแนวทางในการให้การพยาบาลในกรณีศึกษาที่เลือกไว้
3. ให้การพยาบาลและการระงับความรู้สึกกรณีศึกษาที่เลือกไว้ทำผ่าตัดกระดูกสันหลังเสื่อม ตีบแคบเบียดทับเส้นประสาทโดยไปเยี่ยมผู้ป่วย 1 วันก่อนผ่าตัดเพื่อประเมินสภาพร่างกาย จิตใจ พร้อมทั้งให้ข้อมูลก่อนและหลังการระงับความรู้สึกเพื่อให้ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวล ในวันผ่าตัดเตรียมอุปกรณ์ ยาและเครื่องมือต่าง ๆ ที่ใช้ในการให้การระงับความรู้สึก และอุปกรณ์การจัดท่าคว่ำ ให้การระงับความรู้สึกแบบทั่วไปดูแลจัดทำท่าให้เหมาะสม ตรวจสอบท่อช่วยหายใจ ฟังปอด และดูแลไม่ให้อวัยวะต่าง ๆ กดทับกับเตียงบันทึกสัญญาณชีพทุก 5 นาที ควบคุมให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ ให้สารน้ำให้เพียงพอกับความต้องการของผู้ป่วยโดยประเมินตามสัญญาณชีพ ปัสสาวะ และปริมาณเลือดที่ผู้ป่วยสูญเสียไป โดยคำนวณตามสูตร Holiday and Segar หลังการผ่าตัดผู้ป่วยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนใด ๆ จากการไปเยี่ยมหลังผ่าตัดได้ให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด และการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้านบ้าน ผู้ป่วยเข้าใจและสามารถปฏิบัติตัวได้ถูกต้องเหมาะสม แพทย์จึงพิจารณาให้กลับบ้านได้ และนัดมาตรวจอีก 1 เดือน
4. นำข้อมูลที่ได้มารวบรวมและเรียบเรียงจัดทำเอกสารทางวิชาการ แล้วนำไปปรึกษาผู้ทรงคุณวุฒิ เพื่อตรวจสอบความถูกต้องเหมาะสมของผลงาน
5. ตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหา
6. นำเสนอตามลำดับต่อไป

5. ผู้ร่วมดำเนินการ ไม่มี

6. ส่วนของงานที่ผู้เสนอเป็นผู้ปฏิบัติเป็นผู้ดำเนินการทั้งหมดร้อยละ 100 โดยดำเนินการดังนี้

กรณีศึกษาผู้ป่วยหญิงไทยอายุ 54 ปี เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์เมื่อวันที่ 29 พฤศจิกายน 2553 มาโรงพยาบาลด้วยอาการปวดหลังร้าวลงขาซ้ายและมีอาการชาก่อนมาโรงพยาบาล 1 เดือน แพทย์ตรวจร่างกาย และตรวจร่างกายด้วยการสร้างภาพเหมือนจริง โดยใช้สนามแม่เหล็กความเข้มสูง (Magnetic Resonance Imaging = MRI) วินิจฉัยว่าเป็นกระดูกสันหลังเสื่อม ตีบแคบเบียดทับเส้นประสาท (spinal stenosis) ระดับบั้นเอวข้อที่ 4 ถึง 5 (L4-5), ระดับบั้นเอวข้อที่ 5 ถึงระดับก้นกบข้อที่ 1 (L5-S1) แพทย์วางแผนทำการผ่าตัด โดยอธิบายเหตุผลและความจำเป็นกับผู้ป่วยและญาติเพื่อยินยอมทำการผ่าตัด

จากการเยี่ยมชมก่อนการระงับความรู้สึกพบว่าผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ช่วยเหลือตนเองได้ ปฏิเสธโรคประจำตัว ไม่มีประวัติแพ้ยาและอาหารใด ๆ ไม่มีประวัติได้รับการระงับความรู้สึกมาก่อน ผู้ป่วยมีสุขภาพแข็งแรงดี ไม่มีฟันโยก ฟันปลอม ตรวจร่างกายประเมินลักษณะทางเดินหายใจปกติ ไม่มีลักษณะของการใส่ท่อช่วยหายใจยาก ให้ข้อมูลโดยอธิบายแนะนำการปฏิบัติตัวเพื่อเตรียมความพร้อมก่อนและหลังการระงับความรู้สึก ตลอดจนเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติซักถามข้อสงสัยเพื่อลดความวิตกกังวลเรื่องการผ่าตัดและการระงับความรู้สึก

ผู้ป่วยได้รับการระงับความรู้สึกแบบทั่วไปโดยวิธีใส่ท่อช่วยหายใจ และจัดให้นอนในท่าคว่ำ ระหว่างการระงับความรู้สึก มีสัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ ความดันโลหิต 110 - 130 / 60 - 70 มิลลิเมตรปรอทชีพจร 70 - 80 ครั้งต่อนาที ความคุมการหายใจผ่านเครื่องช่วยหายใจ 12 ครั้งต่อนาที คลื่นไฟฟ้าหัวใจปกติค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเม็ดเลือดแดง 99 - 100 % มีการเสียเลือดขณะผ่าตัด 800 มิลลิลิตรระหว่างระงับความรู้สึกไม่พบความผิดปกติใดๆ หลังเสร็จสิ้นการผ่าตัด เมื่อผู้ป่วยรู้สึกตัวดี จึงเอาท่อช่วยหายใจออกและส่งผู้ป่วยไปห้องพักรักษาตัว

จากการตรวจเยี่ยมผู้ป่วยที่ห้องพักรักษาตัว ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี สัญญาณชีพปกติ ความดันโลหิต 110 - 120 / 60 - 70 มิลลิเมตรปรอทชีพจร 70 - 80 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 12 ครั้งต่อนาที คลื่นไฟฟ้าหัวใจปกติ ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเม็ดเลือดแดง 99 - 100 % ปริมาณเลือดจากท่อระบายของเหลวที่บริเวณบาดแผล 100 มิลลิลิตร มีอาการปวดบริเวณแผลผ่าตัดค่อนข้างมาก และได้ให้ยาแก้ปวดจนอาการปวดทุเลาลง ฝ้าสังเกตอาการจนปลอดภัยประมาณ 2 ชั่วโมง จึงส่งผู้ป่วยกลับบ้านหอบุคลากรระงับความรู้สึก หลังผ่าตัด 1 วันได้ตรวจเยี่ยมอาการผู้ป่วยที่หอผู้ป่วย พบว่าผู้ป่วยมีสีหน้าคลายความวิตกกังวลเรื่องความเจ็บป่วย มีอาการปวดแผลน้อยลง สัญญาณชีพเป็นปกติ แพทย์ให้นอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลเป็นเวลา 17 วันเพื่อฟื้นฟูสภาพร่างกายโดยการออกกำลังกายบำบัด จนเมื่อสภาพอาการดีขึ้น แพทย์จึงอนุญาตให้กลับบ้านในวันที่ 15 ธันวาคม 2553 และนัดติดตามผลการรักษาต่อไปอีก 1 เดือน ในระหว่างรับผู้ป่วยไว้ในความดูแลมีปัญหาดังต่อไปนี้

ปัญหาที่ 1:ขาดความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติตัวก่อนและหลังการระงับความรู้สึกเพื่อผ่าตัดเนื่องจากไม่เคยได้รับการระงับความรู้สึกมาก่อน

วัตถุประสงค์: ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติตัวก่อนและหลังการระงับความรู้สึก

กิจกรรมการพยาบาล: อธิบายให้ผู้ป่วยทราบถึงการปฏิบัติตัวก่อนการระงับความรู้สึกเพื่อผ่าตัด ได้แก่ การ ทำความสะอาดร่างกายช่องปากก่อนผ่าตัด เพื่อป้องกันการติดเชื้อความสำคัญของทางเดินหายใจและอาหารทางปากทุกชนิดตั้งแต่เที่ยงคืน และจะได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำทดแทน การถอดเครื่องประดับ รวมทั้งสอนวิธี การหายใจ การไออย่างมีประสิทธิภาพ และการพลิกตะแคงตัวแบบท่อนซุง

ประเมินผล: ปัญหาที่ได้รับการแก้ไขหมดไปผู้ป่วยเข้าใจวิธีการปฏิบัติตัวก่อนและหลังการผ่าตัด

ปัญหาที่ 2: วิดกกังวล กลัวการผ่าตัด กลัวไม่ฟื้นจากการดมยาสลบ กลัวเจ็บแผลหลังผ่าตัดเนื่องจากไม่เคยได้รับการผ่าตัดมาก่อน

วัตถุประสงค์: ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวล

กิจกรรมการพยาบาล: แนะนำตัวแก่ผู้ป่วยสร้างความคุ้นเคยอย่างเป็นกันเองอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงความจำเป็นในการผ่าตัด วิธีการระงับความรู้สึก สภาพที่ผู้ป่วยต้องเผชิญในวันผ่าตัด แผนการรักษาพยาบาล ขั้นตอนต่าง ๆ อย่างคร่าว ๆ เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจและร่วมมือปฏิบัติตามและหลังผ่าตัดจะได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดในห้องพักฟื้นอย่างน้อย 2 ชั่วโมง หรือจนกว่าผู้ป่วยจะปลอดภัย

ประเมินผล: ปัญหาได้รับการแก้ไขหมดไปผู้ป่วยอธิบายความจำเป็นในการผ่าตัดได้และมีสีหน้าแจ่มใสขึ้น

ปัญหาที่ 3: การหายใจไม่มีประสิทธิภาพเสี่ยงต่อภาวะพร่องออกซิเจนเนื่องจากเป็นระยะนำสลบ

วัตถุประสงค์: ไม่เกิดภาวะพร่องออกซิเจนในระยะนำสลบ

กิจกรรมการพยาบาล: ตรวจสอบสภาพเครื่องดมยาสลบและอุปกรณ์สำหรับใส่ท่อช่วยหายใจ ให้อยู่สภาพพร้อมใช้งานประเมินลักษณะความยากง่ายของการใส่ท่อช่วยหายใจ ให้ออกซิเจนสูดดมทางหน้าหน้ากากอย่างน้อย 5 นาที ก่อนให้ยาสลบ ใส่ท่อช่วยหายใจอย่างนุ่มนวล และรวดเร็วที่สุด และรีบต่อออกซิเจนทันที ฟังเสียงปอดทั้งสองข้างให้ได้ยินเท่ากันสังเกต และบันทึกความเปลี่ยนแปลงของความดันโลหิต ชีพจร คลื่นไฟฟ้าหัวใจ ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดแดง และระดับคาร์บอน ไดออกไซด์ในลมหายใจออก อย่างน้อยทุก 5 นาที ตลอดการระงับความรู้สึกปรับตั้งเครื่องช่วยหายใจให้เหมาะสมกับผู้ป่วย โดยพิจารณาจากระดับคาร์บอนไดออกไซด์ในลมหายใจออก ค่าความดันของทางเดินหายใจให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ ในผู้ป่วยรายนี้ตั้ง ปริมาตรของอากาศที่หายใจเข้า (tidal volume) 500 มิลลิลิตรและอัตราการหายใจ 14 ครั้งต่อนาที

การประเมินผล: ปัญหาได้รับการแก้ไขหมดไปหลังใส่ท่อช่วยหายใจ ปลอดภัยไม่เกิดภาวะพร่องออกซิเจน

ปัญหาที่ 4: เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย ได้แก่ท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุดกระดูกสันหลังส่วนคอเคลื่อน เส้นประสาทถูกกดทับเนื่องจากการจัดท่าคว่ำเพื่อทำผ่าตัด

วัตถุประสงค์: เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการจัดท่าคว่ำเพื่อทำผ่าตัด

กิจกรรมการพยาบาล: เตรียมอุปกรณ์การจัดท่าคว่ำให้เรียบร้อย หลังจากใส่ท่อช่วยหายใจถูกตำแหน่งแล้ว ต้องคิดพลาสเตอร์กับแก้มของผู้ป่วยไม่ให้มีการเลื่อนหลุดได้ฟังเสียงปอดเท่ากันดีทั้งสองข้างและตรวจสอบ ความลึกของท่อช่วยหายใจเมื่อจะเปลี่ยนท่าของผู้ป่วยจากท่านอนหงายเป็นท่าคว่ำ ผู้ให้การระงับความรู้สึก

ใช้มือหนึ่งจับท่อช่วยหายใจไว้ไม่ให้เคลื่อนที่และมืออีกข้างรองต้นคอไว้ไม่ให้คอบิดไปมา การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยทุกฝ่ายในห้องผ่าตัดต้องให้ความร่วมมือ ระมัดระวังผู้ป่วยและยกพร้อมกันโดยพยาบาลวิสัญญีเป็นผู้ส่งสัญญาณ จัดให้ผู้ป่วยนอนหงาย แขนเหยียดชิดลำตัวก่อน แล้วค่อยพลิกคว่ำจับหน้าให้หันไปทางใดทางหนึ่ง ในผู้ป่วยที่สลบแล้วจับพลิกต้องทำอย่างช้า ๆ และน้ำหนักจะมีน้ำหนักนั้นความดันเลือดจะลดลงได้มาก ลงบนเฟรมที่เตรียมไว้จัดแขนทั้งสองข้างนั้น กางออกไม่เกิน 90 องศา และงอข้อศอกวางมือไว้ข้างศีรษะวางแขนข้างที่กางออกไว้บนที่รองแขนแล้วคาดเก็บด้วยผ้า ผูกแขนด้วยผ้ารัดทั้งสองข้าง ส่วนของศีรษะจัดให้หันไปด้านใดด้านหนึ่ง วางหมอนเจล เพื่อป้องกันการกดทับตา และหู ขณะจัดศีรษะอย่าบิดไปมาแรงเกินไป ทำด้วยความนุ่มนวลจะช่วยลดปัญหาการปวดคอหลังผ่าตัดได้ และเลือดไปเลี้ยงสมองได้ดีตรวจสอบตำแหน่งของท่อช่วยหายใจไม่ให้มีการกดทับกับเตียงผ่าตัด โดยฟังเสียงลมเข้าปอดให้เท่ากันทั้งสองข้างเมื่อจัดอยู่ในท่าคว่ำแล้วค่าความดันในช่องปอดไม่สูงมากกว่า 20 มิลลิเมตรปรอทลำตัวให้อยู่บนเฟรมที่เตรียมไว้วางพอดี้เพื่อไม่ให้มีการกดทับหน้าอก และบริเวณท้องใช้หมอนเล็กหรือฟองน้ำ หนุนปลายขาจากเข่าถึงข้อเท้าให้สูงจนปลายเท้าลอยสูงพ้นจากที่นอน หนุนรองผ้าหรือสำลีตามปุ่มกระดูกและจุดกดทับต่อเส้นประสาทบริเวณแขน ขา ลำตัว ตรวจวัดสัญญาณชีพ หลังจัดทำเรียบร้อยแล้ว และทุก 5 นาทีตลอดการทำผ่าตัดเมื่อทำผ่าตัดเสร็จ จะเปลี่ยนท่าจากท่านอนคว่ำเป็นท่านอนหงายให้ทำด้วยนุ่มนวล และระมัดระวัง ผู้ให้การระงับความรู้สึกใช้มือหนึ่งจับท่อช่วยหายใจไว้ไม่ให้เคลื่อนที่และมืออีกข้างรองต้นคอไว้ไม่ให้คอบิดไปมา โดยผู้ให้การระงับความรู้สึกเป็นผู้ส่งสัญญาณ การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยทุกฝ่ายในห้องผ่าตัดยกพร้อมกันเป็นท่านอนหงายเพื่อเตรียมเอาท่อช่วยหายใจออก

ประเมินผล : ปัญหาที่ได้รับการแก้ไขหมดไปหลังผ่าตัดตรวจเย็บอาการผู้ป่วยไม่พบภาวะแทรกซ้อนใด ๆ

ปัญหาที่ 5: ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดภาวะความดันโลหิตต่ำจากร่างกายได้รับสารน้ำไม่เพียงพอและสูญเสียเลือดจากการทำผ่าตัด

วัตถุประสงค์ : ผู้ป่วยความดันโลหิตปกติในขณะระงับความรู้สึก

กิจกรรมการพยาบาล : ประเมินความต้องการสารน้ำที่ผู้ป่วยควรจะได้รับทดแทนในขณะผ่าตัด โดยคำนวณได้ในชั่วโมงแรก ประมาณ 725 มิลลิลิตร ชั่วโมงที่สองและสามประมาณ 562 มิลลิลิตร และประเมินการเสียเลือดจากปริมาณเลือดที่สูญเสียในขณะผ่าตัด ดูแลให้สารน้ำ acetar 3,000 มิลลิลิตร และ voluven 500 มิลลิลิตร ซึ่งทดแทนสารน้ำที่ร่างกายต้องการ พร้อมทั้งบันทึกสัญญาณชีพทุก 5 นาทีและปัสสาวะทุก 1 ชั่วโมง

ประเมินผล: ปัญหาที่ได้รับการแก้ไขหมดไป ไม่เกิดภาวะความดันโลหิตต่ำขณะระงับความรู้สึก

ปัญหาที่ 6 : ผู้ป่วยเสี่ยงต่อภาวะร่างกายได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอเนื่องจากทางเดินหายใจอุดกั้นภายหลังได้รับการระงับความรู้สึก

วัตถุประสงค์ : เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย ไม่มีภาวะอุดกั้นของทางเดินหายใจ

กิจกรรมการพยาบาล: สังเกตระดับความรู้สึกตัวและประเมินทุก 5 นาที จัดให้ผู้ป่วยนอนหงายราบตะแคงหน้าไปทางด้านใดด้านหนึ่งให้ออกซิเจน mask with bag 8 ลิตรต่อนาที และสังเกตลักษณะการหายใจสีของผิวหนัง บันทึกสัญญาณชีพทุก 5 นาที และจดบันทึกไว้

ประเมินผล:ปัญหานี้ได้รับการแก้ไขหมดไปหลังผ่าตัดผู้ป่วยหายใจดี ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดปกติ

ปัญหาที่ 7 : ไม่สุขสบายเนื่องจากปวดแผลหลังผ่าตัด

วัตถุประสงค์ : รู้สึกสุขสบายอาการปวดแผลทุเลาลง

กิจกรรมการพยาบาล : อธิบายให้ผู้ป่วยทราบสาเหตุของการปวดแผลหลังผ่าตัดประเมินอาการปวดแผลผ่าตัด โดยใช้เครื่องมือวัดระดับความเจ็บปวดให้ยาระงับปวดตามแนวทางการจัดการความเจ็บปวดของกลุ่มงานวิสัญญีโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ สังเกตอาการข้างเคียงของยาระงับปวดที่ได้รับ เช่น กดการหายใจ หายใจช้าน้อยกว่า 10 ครั้งต่อนาทีประเมินระดับความง่วงซึม (sedation score) ผลข้างเคียงของยาระงับปวด ในกรณีที่ระดับความเจ็บปวดไม่ลดลง แต่ระดับความง่วงซึมเท่ากับ 3 ในหนึ่งยาระงับปวดดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดจัดสิ่งแวดล้อมให้เงียบสงบสังเกตและบันทึกสัญญาณชีพอย่างน้อยทุก 5 นาที ในครึ่งชั่วโมงแรก และทุก 10 นาที จนย้ายผู้ป่วยออกจากห้องพักฟื้นประเมินสภาพแผลหลังผ่าตัดว่ามีเลือดซึม หรือบวมช้ำมีเลือดคั่งหรือไม่จัดทำให้ผู้ป่วยนอนศีรษะหงายราบ หรือนอนตะแคงหลังตรง ให้การพยาบาลด้วยความนุ่มนวลระมัดระวังในการจับต้องหรือถูกแผลผ่าตัด

ประเมินผล:ปัญหานี้ได้รับการแก้ไขหมดไปอาการปวดแผลทุเลาลง แผลแห้งดี ไม่มีเลือดซึม

ปัญหาที่ 8 : ผู้ป่วยมีภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำเนื่องจากการได้รับการระงับความรู้สึก

วัตถุประสงค์ : เพื่อบรรเทาอาการหนาวสั่น

กิจกรรมการพยาบาล : ปิดเครื่องปรับอากาศ ใช้ผ้าห่มลมร้อน ห่มผ้าหนา ๆ ปกคลุมร่างกายให้ผู้ป่วยสุดคม ออกซิเจน 100 % เปลี่ยนเสื้อผ้าที่เปียกชื้นออกอุ่นสารน้ำด้วยเครื่องอุ่นสารน้ำที่ให้ทางหลอดเลือดดำวัดอุณหภูมิร่างกายผู้ป่วยเมื่อแรกรับเข้าห้องพักฟื้นและก่อนส่งผู้ป่วยกลับตึก

ประเมินผล : ปัญหานี้ได้รับการแก้ไขหมดไป หลังการผ่าตัดอุณหภูมิร่างกายหลังให้ความอบอุ่นอยู่ในเกณฑ์ปกติ ไม่มีภาวะหนาวสั่น

ปัญหาที่ 9 : ผู้ป่วยมีภาวะเจ็บคอภายหลังการใส่ท่อช่วยหายใจเนื่องจากผู้ป่วยได้รับการรับการระงับความรู้สึกแบบทั่วไป

วัตถุประสงค์ : เพื่อช่วยบรรเทาอาการเจ็บคอและคลายความวิตกกังวล

กิจกรรมการพยาบาล: อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงสาเหตุของการเจ็บคอ และอาการจะหายใน 2-3 วันแนะนำให้ผู้ป่วยดื่มน้ำอุ่นและไออย่างถูกวิธี

ประเมินผล : ปัญหานี้ได้รับการแก้ไขหมดไปอาการเจ็บคอทุเลาลงและหายเป็นปกติ

ปัญหาที่ 10: ผู้ป่วยขาดความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดและเมื่อกลับบ้านเนื่องจากไม่เคยได้รับการผ่าตัด

วัตถุประสงค์ : เพื่อให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจและปฏิบัติตนได้อย่างถูกต้องเมื่อกลับไปอยู่บ้าน

กิจกรรมการพยาบาล: แนะนำให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ต่อร่างกาย ให้ผู้ป่วยหลีกเลี่ยงการยกของหนัก หรือก้มหลังหยิบของจากพื้น ไม่ควรรับประทานยาในขณะที่ท้องว่างออกกำลังกายให้เหมาะสม ปฏิบัติตามคำแนะนำของนักกายภาพบำบัดใช้เครื่องพยุงหลังคือ ถอดเครื่องพยุงหลังออกบ้างเป็นครั้งคราว

เริ่มต้นจากเวลาสั้น ๆ และต่อไปถอดออกนานขึ้นเรื่อย ๆ ควรมาตรวจตามที่แพทย์นัดอีก 1 เดือน และถ้ามีอาการผิดปกติ เช่น ปัสสาวะไม่ออก ปวดหลังมากขึ้น ขาไม่มีแรง ให้รีบมาพบแพทย์

ประเมินผล: ปัญหาที่ได้รับการแก้ไขหมดไปผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตนได้อย่างถูกต้อง และเมื่อมาพบแพทย์หลังผ่าตัดไม่มีภาวะแทรกซ้อนใด ๆ

7. ผลสำเร็จของงาน

ผู้ป่วยที่มีภาวะกระดูกสันหลังเสื่อม ตีบแคบเบียดทับเส้นประสาท ได้รับการดูแลขณะระงับความรู้สึกด้วยความปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนทั้งก่อน ขณะ และหลังการระงับความรู้สึก

8. การนำไปใช้ประโยชน์

นำไปพัฒนาด้านการบริการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะระงับความรู้สึกผู้ป่วยเพื่อผ่าตัดกระดูกสันหลังเสื่อม ตีบแคบเบียดทับเส้นประสาทของโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์

9. ความยุ่งยาก ปัญหา อุปสรรคในการดำเนินการ

ผู้ป่วยรายนี้มีภาวะกระดูกสันหลังเสื่อม ตีบแคบเบียดทับเส้นประสาทเป็นโรคที่ต้องได้รับการแก้ไขภาวะผิดปกตินี้ ซึ่งอาจปล่อยไว้นานอาจเกิดอาการอ่อนแรงของขา และอัมพาตได้ ซึ่งในการให้การพยาบาลและการระงับความรู้สึกในผู้ป่วยรายนี้ ควรมีการวางแผนเป็นอย่างดีในทุกขั้นตอน ที่สำคัญในขณะผ่าตัดเตรียมเครื่องมือและอุปกรณ์ต่าง ๆ ที่ใช้ในการจัดทำท่า การดูแลจัดทำ และเปลี่ยนท่าอย่างไรให้ปลอดภัยเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น เช่น ความเสี่ยงต่อภาวะท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุดซึ่งอาจทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ ซึ่งต้องอาศัยความร่วมมือจากบุคคลหลายฝ่ายในห้องผ่าตัด รวมทั้งการให้การระงับความรู้สึกที่ดีก็จะส่งผลให้ผู้ป่วยปลอดภัย และไม่มีภาวะแทรกซ้อนตามมา

10. ข้อเสนอแนะ

จากการศึกษาผู้ป่วยกรณีศึกษานี้ การจัดทำให้กับผู้ป่วยเป็นสิ่งสำคัญในการให้การพยาบาลและ การระงับความรู้สึกผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังเป็นอย่างยิ่งเนื่องจากภาวะแทรกซ้อนที่พบส่วนใหญ่เป็นจากการที่มีการจัดทำที่ไม่ถูกต้อง

10.1 พยาบาลวิสัญญีควรตระหนักในภาวะแทรกซ้อนที่อาจพบได้ในการทำหัตถการนี้คือการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจ กระดูกต้นคอเคลื่อน การกดทับเส้นประสาทจากการจัดทำที่ไม่ถูกต้อง ควรมีแนวทางในการเฝ้าระวังขณะจัดทำหงายเป็นท่าคว่าควรมีการประคองคอผู้ป่วยและท่อช่วยหายใจขณะจัดทำบุคลากรในห้องผ่าตัดช่วยกันเปลี่ยนท่าอย่างช้า ๆ และดูแลอวัยวะต่าง ๆ ตามร่างกายไม่ให้มีการกดทับกับเตียงผ่าตัด กางแขนไม่เกิน 90 องศา ฟังปอดทั้งสองข้างหลังจัดทำ และ บันทึกสัญญาณชีพทุก 5 นาที และทดแทนสารน้ำตามความต้องการของผู้ป่วยให้เพียงพอ

10.2 พยาบาลวิสัญญีควรมีทักษะในการจัดทำท่าในผู้ป่วยที่ได้รับการระงับความรู้สึกเพื่อผ่าตัดกระดูกสันหลัง

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นเป็นจริงทุกประการ และได้ดำเนินการปรับปรุงแก้ไขเป็นไปตามคำแนะนำของคณะกรรมการ

ลงชื่อ..... ศรีสุดา สร้างใจสง

(นางสาวศรีสุดา สร้างใจสง)

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาลวิสัญญี)

ผู้ขอรับการประเมิน

วันที่..... 13 ส.ค. 2556

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ)..... 

(นางสุภาณี นาควิเชียร)

(ตำแหน่ง) หัวหน้าพยาบาล ฝ่ายการพยาบาล

โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์

(วันที่)..... 13 ส.ค. 2556

(ลงชื่อ)..... 

(นายสมชาย จิงมิโชค)

(ตำแหน่ง) ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์

(วันที่)..... 13 ส.ค. 2556

หมายเหตุ : ผู้บังคับบัญชาเหนือขึ้นไป 1 ระดับ คือ นายประพาศน์ รัชตะสัมฤทธิ์ ได้รับแต่งตั้งให้เป็นรองผู้อำนวยการสำนักงานการแพทย์ ตั้งแต่วันที่ 4 มกราคม พ.ศ. 2556

บรรณานุกรม

จันทร์เพ็ญ สันตวาจาและคณะ. แนวคิดพื้นฐานทฤษฎีและกระบวนการพยาบาล. กรุงเทพฯ : บริษัทธนาเพรส จำกัด, 2548.

วิทยาลัยพยาบาลกองทัพบก. คู่มือการวางแผนการพยาบาลโดยใช้กระบวนการพยาบาล. กรุงเทพฯ : อรุณการพิมพ์, 2550.

อสมมา วาณิชตันติกุล. **Preoperative and Postoperative Care.** (ออนไลน์). เข้าถึงได้จาก : <http://www.med.cmu.ac.th>. (วันที่สืบค้นข้อมูล : 22 ธันวาคม 2555).

ข้อเสนอแนวคิดวิธีการเพื่อพัฒนางานหรือปรับปรุงให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น
ของ นางสาวศรีสุภา สร้างไธสง

เพื่อประกอบการประเมินเพื่อขอรับเงินประจำตำแหน่งประเภทวิชาการระดับชำนาญการ
ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาลวิสัญญี) (ตำแหน่งเลขที่ รพจ. 417)
สังกัดฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์

เรื่อง เครื่องมือเฝ้าระวังการปรับองศาเตียงในผู้ป่วยที่ต้องจัดทำศีรษะต่ำเพื่อการผ่าตัดส่องกล้องทางนรีเวชกรรม

หลักการและเหตุผล

กระบวนการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลภายใต้มาตรฐานการประกันคุณภาพของโรงพยาบาลในยุคสมัยปัจจุบันได้ก่อให้เกิดความตื่นตัว ตระหนักถึงความสำคัญเรื่องความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยเพิ่มขึ้นเป็นลำดับ (วิช ชาญชฎานนท์, 2550:258) โรงพยาบาลเริ่มมีการกำหนดเป้าหมาย มาตรฐานความปลอดภัย มีการณรงค์เพื่อให้บุคลากรทางการพยาบาลรับทราบแนวทางปฏิบัติเพื่อให้การบริการมีคุณภาพและประสิทธิภาพ มุ่งเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางและเป็นเน้นการผ่าตัดผ่านกล้อง

หน่วยงานวิสัญญีวิทยาเป็นองค์กรหนึ่งที่ทำให้ความสำคัญกับมาตรฐานการให้บริการที่สอดคล้องต่อนโยบายของโรงพยาบาล โดยมุ่งเน้นประเด็นคุณภาพและความปลอดภัยในการบริการ การพัฒนาต่อเนื่องในมิติของกระบวนการพัฒนาเพื่อสร้างคุณค่าแก่ผู้รับบริการ การแลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์ต่างๆ และนำไปสู่การปรับปรุงคุณภาพงานอย่างต่อเนื่องเพื่อให้กระบวนการระงับความรู้สึกเป็นไปอย่างราบรื่นและปลอดภัยตามมาตรฐานแห่งวิชาชีพ โดยบุคลากรที่มีความรู้ความสามารถเฉพาะทาง ประกอบกับผู้ป่วยที่มารับบริการผ่าตัด และได้รับการระงับความรู้สึกมีจำนวนมากขึ้นทุกปี จากสถิติผู้ป่วยของโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ที่เข้ารับการระงับความรู้สึกปี พ.ศ. 2553 มีจำนวน 5,876 ราย และผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดทางด้านนรีเวชกรรมจำนวน 385 ราย

ปัจจุบันนี้การทำผ่าตัดส่องกล้องทางนรีเวชกรรมเป็นที่นิยมมากขึ้น ผู้ป่วยให้ความสนใจ เนื่องจากหลังผ่าตัดเจ็บแผลน้อยกว่า บาดแผลเล็ก แต่การทำผ่าตัดส่องกล้องทางนรีเวชกรรมนั้นต้องใช้ท่านอนศีรษะต่ำ (head-down tilt / Trendelenberg) ใส่ก๊าศคาร์บอนไดออกไซด์เข้าไปในช่องท้องเพื่อให้เห็นอวัยวะบริเวณอุ้งเชิงกรานและช่องท้องส่วนล่างได้ชัดเจนวิสัญญีจะให้การระงับความรู้สึกโดยการใส่ท่อช่วยหายใจเพื่อควบคุมการหายใจของผู้ป่วยขณะผ่าตัด ต้องเฝ้าระวังตลอดการผ่าตัด ซึ่งพบปัญหามากมายในการให้การระงับความรู้สึกเช่น ศัลยแพทย์ต้องการเห็นอวัยวะในอุ้งเชิงกรานชัดเจน จึงต้องการให้มีการจัดทำศีรษะต่ำมากที่สุดทำให้อวัยวะต่าง ๆ ในช่องท้องมากดทับปอด ความดันในช่องปอดก็สูงมากขึ้น คาร์บอนไดออกไซด์คั่ง สัญญาณชีพเปลี่ยนแปลง ใบหน้าผู้ป่วยบวมมากหลังผ่าตัด ปัสสาวะไม่ออกประมาณ 90 % ของผู้ป่วยที่ทำผ่าตัดส่องกล้องทางนรีเวชกรรมซึ่งภาวะแทรกซ้อนนี้ ขึ้นอยู่กับระดับองศาที่ปรับสูง หรือต่ำมากน้อยเพียงไร และสภาวะของผู้ป่วย

1. ผลต่อระบบทางเดินหายใจ เมื่อผู้ป่วยนอนศีรษะต่ำ อวัยวะในช่องท้องจะดันกระบังลมทำให้ functional residual capacity (FRC) ลดลง total lung volume และ pulmonary compliance ลดลง ความดันในช่องทรวงอกสูง ปอดขยายได้น้อยลง เกิดการคั่งของคาร์บอนไดออกไซด์ การเปลี่ยนแปลงนี้จะเห็นได้ชัดในผู้สูงอายุ คนอ้วน และผู้ที่มีสภาพร่างกายไม่สมบูรณ์ มีโรคประจำตัวโดยเฉพาะโรคหัวใจและโรคทางระบบหายใจ

2. ผลต่อระบบหัวใจและหลอดเลือด เมื่อผู้ป่วยอยู่ในท่าศีรษะต่ำจะทำให้ central venous pressure เพิ่มขึ้นและ cardiac output เพิ่มขึ้น เกิด baroreceptor reflex จากการเพิ่ม hydrostatic pressure ทำให้มีการขยายตัวของหลอดเลือดและหัวใจเต้นช้าลง จะช่วยให้ผลโดยรวมไม่เกิดการเปลี่ยนแปลงมากนัก แต่ในผู้ป่วยที่มีโรคหัวใจและหลอดเลือด การเพิ่มปริมาณเลือดที่ไหลกลับเข้าสู่หัวใจ และการเปลี่ยนแปลงความดันเลือดที่เกิดขึ้นดังกล่าว อาจเพิ่มการใช้ออกซิเจนของกล้ามเนื้อหัวใจ และทำให้เกิดภาวะหัวใจขาดเลือดได้

การใส่ก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์เข้าช่องท้อง ความดันในช่องท้องจะเพิ่มขึ้นทำให้กระบังลมเคลื่อนไหวได้ลำบาก การขยายตัวของช่องปอดจะทำได้ยากขึ้นและทำให้ thoracopulmonary compliance ลดลงประมาณ 30-50% ของปริมาตรของช่องทรวงอกลดลง บริเวณด้านล่างของปอดจะถูกกด FRC ลดลง และทำให้ อัตราส่วนระหว่าง ventilation ต่อ perfusion เปลี่ยนแปลงไป แต่ถ้ามีการควบคุมโดยเครื่องไม่ให้เกินกว่า 15 มิลลิเมตรปรอท การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจะไม่รุนแรง ไม่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของสัดส่วน dead space หรือ shunt ได้ อีกส่วนหนึ่งคือการปรับระดับการเอียงต่ำลงของหัวเตียงเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่ต้องควบคุม ถ้าจัดให้ผู้ป่วยนอนในท่าที่ศีรษะต่ำประมาณ 10-20 องศา จะช่วยลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ แต่เนื่องจากการปรับเตียงผ่าตัดนั้น ไม่มีระดับการเอียงเป็นองศาให้สังเกตได้อย่างชัดเจน การปรับจึงเป็นไปตามที่สูติแพทย์ต้องการเป็นส่วนใหญ่ ขณะทำผ่าตัดจึงมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ของระบบทางเดินหายใจ ระบบไหลเวียนโลหิตตามที่ได้กล่าวข้างต้น การดูแลและเฝ้าระวังขณะระงับความรู้สึกจึงเป็นบทบาทสำคัญของพยาบาลวิสัญญี การปรับระดับการเอียงขององศาเตียงที่ใช้ทำผ่าตัดก็เป็นส่วนหนึ่งที่ช่วยในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนได้ ผู้จัดทำผลงานทางวิชาการนี้เล็งเห็นถึงปัญหาที่เกิดขึ้น จึงจัดทำเครื่องมือเฝ้าระวังการปรับองศาเตียงในผู้ป่วยที่ต้องจัดท่าศีรษะต่ำเพื่อการผ่าตัดส่องกล้องทางนรีเวชกรรม นำมาใช้และช่วยลดอุบัติการณ์ภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ทำให้เกิดความปลอดภัยมากขึ้น อีกทั้งยังช่วยเป็นแนวทางที่ชัดเจนในปฏิบัติงานของพยาบาลวิสัญญีต่อไป

วัตถุประสงค์และหรือเป้าหมาย

ขณะทำหัตถการพยาบาลวิสัญญีสามารถปรับเตียงได้ไม่เกินเกณฑ์ที่กำหนด โดยที่ศัลยแพทย์สามารถทำผ่าตัดได้อย่างสะดวก และผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน

กรอบการวิเคราะห์แนวคิดข้อเสนอ

1. การปฏิบัติตามมาตรฐานวิชาชีพการเฝ้าระวังติดตามผู้ป่วยทางวิสัญญีเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่อผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดส่องกล้องทางนรีเวชกรรม

2. แนวคิดการสร้างนวัตกรรมในการปฏิบัติงานเพื่อเพิ่มคุณค่าของวิชาชีพเป็นองค์กรแห่งการแลกเปลี่ยนเรียนรู้

3. การพัฒนางานต่อเนื่องเพื่อสร้างคุณค่าต่อผู้รับบริการ
4. หลักกระบวนการพัฒนาคุณภาพ วงล้อการพัฒนาคุณภาพและการเรียนรู้
5. แนวคิดพื้นฐานของกระบวนการ โรงพยาบาลมาตรฐาน HA (Hospital Accreditation)

ขั้นตอนการดำเนินการ

1. นำเสนอเครื่องมือเฝ้าระวังการปรับองศาเตียงในผู้ป่วยที่ต้องจัดทำศีรษะต่ำเพื่อการผ่าตัดส่องกล้องทางนรีเวชกรรมให้หน่วยงานวิสัญญีวิทยาชี้แจงให้ทราบถึงวิธีการใช้เครื่องมือ การเก็บข้อมูล
2. คัดเลือกผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดทางนรีเวชกรรมโดยการส่องกล้อง
3. นำเครื่องมือมาทดลองใช้กับผู้ป่วยที่ได้คัดเลือกมาแล้ว ให้กับบุคลากรในหน่วยงาน ได้ทราบถึงวิธีการปฏิบัติที่ชัดเจน
4. ดำเนินการตามแนวทางวิธีการปฏิบัติ โดยเมื่อขณะทำผ่าตัดวิสัญญีพยาบาลจะเป็นผู้ปรับระดับองศาความเอียงต่ำของศีรษะผู้ป่วยตามที่กำหนดไว้ประมาณ 10 – 20 องศา ขณะที่ทำผ่าตัดให้พยาบาลวิสัญญีเป็นผู้เฝ้าระวังว่าเกิดภาวะแทรกซ้อนหรือไม่
5. ประเมินผลการปฏิบัติงานให้ที่ประชุมวิสัญญีวิทยา ร.พ.เจริญกรุงประชารักษ์ทราบเพื่อจัดทำเป็นแนวทางที่ชัดเจนในการดูแลผู้ป่วยที่มารับบริการผ่าตัดส่องกล้องทางนรีเวชกรรม

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

เครื่องมือเฝ้าระวังการปรับองศาเตียงในผู้ป่วยที่ต้องจัดทำศีรษะต่ำเพื่อการผ่าตัดส่องกล้องทางนรีเวชกรรมสามารถลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนระบบทางเดินหายใจ ระบบหัวใจและหลอดเลือดได้ในขณะระงับความรู้สึกเพื่อผ่าตัด

สามารถเผยแพร่การใช้เครื่องมือเฝ้าระวังการปรับองศาเตียงในผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดส่องกล้องทางนรีเวชกรรมให้กับผู้ที่สนใจได้

ตัวชี้วัดความสำเร็จ

1. โรงพยาบาลวิสัญญีปฏิบัติงานตามแนวทางมาตรฐานโดยใช้เครื่องมือการเฝ้าระวังการปรับองศาเตียงเพื่อการผ่าตัดส่องกล้องทางนรีเวชกรรม พึงพอใจในการใช้เครื่องมือนี้ร้อยละ 100
2. ผู้ป่วยที่มารับการระงับความรู้สึกผ่าตัดส่องกล้องทางนรีเวชกรรม พบภาวะแทรกซ้อนจากการจัดทำศีรษะต่ำตามมาตรฐานที่กำหนด น้อยกว่าร้อยละ 5

ลงชื่อ..... ศรีสุดา สว่างไสง

(นางสาวศรีสุดา สว่างไสง)

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาลวิสัญญี)

ผู้ขอรับการประเมิน

วันที่..... 13 มิ.ย. 2556

บรรณานุกรม

ธวัช ชาญชยานนท์. “การบริหารจัดการด้านประกันคุณภาพ” โดยใช้ปัญหาเป็นแนวทาง” ใน
ธิดา เอื้อกฤติการและคณะ, (บรรณาธิการ). **วิสัยทัศน์ปฏิบัติโดยใช้ปัญหาเป็นแนวทาง,**
หน้า 257-300 สงขลา :หน่วยผลิตตำราคณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์,
2550.