

ผลงานประกอบการพิจารณาประเมินบุคคล
เพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาชีพเฉพาะ

ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ 7 วช. (ด้านการพยาบาลวิสัญญี)

เรื่องที่เสนอให้ประเมิน

- ผลงานที่เป็นผลการดำเนินงานที่ผ่านมา
เรื่อง การพยาบาลและการให้ยาระงับความรู้สึกผู้ป่วยเข้ารับการผ่าตัดกระดูกไขสันหลัง
- ข้อเสนอ แนวคิด วิธีการเพื่อพัฒนางานหรือปรับปรุงงานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น
เรื่อง แนวทางการเฝ้าระวังและดูแลทางเดินหายใจผู้ป่วยที่มาดมยาสลบ โดยการ
วัดความดันในถุงลมของท่อหายใจ

เสนอโดย

นางสาวกิงกาญจน์ กายเครือ

ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ 6 ว (ด้านการพยาบาลวิสัญญี)

(ตำแหน่งเลขที่ รพจ. 416)

ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์

สำนักการแพทย์

ผลงานที่เป็นผลการดำเนินงานที่ผ่านมา

1. ชื่อผลงาน การพยาบาลและการให้ยาระงับความรู้สึกผู้ป่วยเข้ารับการผ่าตัดกระดูกใบหน้าหัก

2. ระยะเวลาที่ดำเนินการ 7 วัน (ตั้งแต่วันที่ 16 มิถุนายน 2550 ถึง วันที่ 22 มิถุนายน 2550)

3. ความรู้ทางวิชาการหรือแนวคิดที่ใช้ในการดำเนินการ

ความรู้ทางวิชาการ

1. กายวิภาคศาสตร์ และสรีรวิทยาของกระดูกใบหน้า
2. พยาธิสรีรวิทยาของกระดูกหัก
3. การรักษาและการพยาบาลผู้ป่วยกระดูกใบหน้าหัก
4. การให้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย (general anesthesia)
5. เกณฑ์วิทยาเกี่ยวกับยาที่ใช้ในการระงับความรู้สึก

แนวคิดที่ใช้ในการดำเนินการ

1. การพยาบาลก่อนขณะและหลังการให้ยาระงับความรู้สึก
2. การประเมินสภาพทางกายภาพของทางเดินหายใจ
3. การประเมินความยากง่ายในการใส่ท่อช่วยหายใจ
4. กระบวนการพยาบาลในการพยาบาลผู้ป่วยกระดูกใบหน้าหัก

4. สรุปสาระสำคัญของเรื่องและขั้นตอนการดำเนินการ

กระดูกขากรรไกรเป็นส่วนหนึ่งของกระดูกใบหน้ามี 2 ชั้น คือ กระดูกขากรรไกรบน และกระดูกขากรรไกรล่าง กระดูกขากรรไกรล่างขยับได้โดยการเคลื่อนไหวที่ข้อขากรรไกร ลักษณะของกระดูกหน้าจะพรุน และเป็นโพรงอากาศ มีน้ำหนักเบาและเป็นสาเหตุสำคัญทำให้กระดูกหน้าอ่อนแอแตกหักได้ง่ายเมื่อถูกแรงกระแทก

กระดูกขากรรไกรล่างหัก (Fracture of Mandible) พบได้บ่อยมากมักเกิดจากอุบัติเหตุ โดยผู้ป่วยอาจถูกกระแทกทางด้านหนึ่งของขากรรไกรแล้วส่งผลให้อีกด้านหนึ่งของขากรรไกรหักหรือกระแทกตรงปลายคางมีผลทำให้กระดูกขากรรไกรล่างหัก อาการที่พบบ่อยคือเคลื่อนไหวขากรรไกรได้จำกัด มีการเคลื่อนไหวที่ผิดปกติของขากรรไกร อาจมีเสียงกรอบแกรบเมื่อขยับ

ขากรรไกร การเรียงตัวของฟันและการสบฟันผิดปกติ บางรายกัดฟันไม่สบลงอย่างที่เคยเป็น มีการเกร็งหดตัวของกล้ามเนื้อบดเคี้ยว อาจพบมีแผลเปิดในช่องปากและพบรอยชำรุดบริเวณ เพดานอ่อน

โดยปกติแล้วการรักษากระดูกส่วนที่หักนั้นแพทย์ศัลยกรรมตกแต่งจะจัดกระดูกให้เข้าที่แล้วใช้เหล็กมัดตามกระดูกยึดตำแหน่งกระดูกที่หักให้แน่น หรือใช้ลวดและยางยึดตรึงกระดูกขากรรไกรล่าง – บนติดกันให้อยู่หนึ่ง ในผู้ใหญ่ที่มีสุขภาพแข็งแรงการหายของกระดูกหักใช้เวลาประมาณ 4 - 6 สัปดาห์ (สมพร ชิน โนรส และสมพร รัตนเรืองวัฒนา, 2546:195-196) และในกรณีศึกษาผู้ป่วยเป็นชายไทยอายุ 32 ปี 4 เดือน มารดานำส่งโรงพยาบาลเนื่องจากประสบอุบัติเหตุจากรถจักรยานยนต์ล้ม มีแผลเปิดบริเวณใบหน้า แพทย์ถ่ายภาพรังสีและให้การวินิจฉัยว่ามีกระดูกขากรรไกรล่างหัก ต้องรับการผ่าตัดจึงรับไว้ในโรงพยาบาลวันที่ 16 มิถุนายน 2550 แพทย์วางแผนการรักษาทำผ่าตัดจัดกระดูกเข้าที่ (ORIF with plate + screw with IMF) ในวันที่ 19 มิถุนายน 2550 วิสัญญีพยาบาลวางแผนการให้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย (general anesthesia) และมีขั้นตอนในการดำเนินการดังนี้

จัดทำให้ผู้ป่วยนอนหงายราบ แขนทั้งสองข้างวางแนบลำตัว เพื่อความสะดวกของแพทย์ในการทำผ่าตัด ติดเครื่องมือในการเฝ้าระวังผู้ป่วยด้วยเครื่องวัดความดันอัตโนมัติ เครื่องวัดชีพจรและความอิ่มตัวของออกซิเจนในเม็ดเลือดแดง เครื่องแสดงคลื่นไฟฟ้าหัวใจ

เลือกใช้วิธีการระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย ให้ผู้ป่วยสูดดมออกซิเจน 100 เปอร์เซ็นต์ 6 ลิตรต่อนาที จากนั้นให้ยาเฟนทานิล 80 ไมโครกรัม เข้าทางหลอดเลือดดำ เพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกสงบลดความวิตกกังวล นิดยานาสลบ โพรโพโฟล 150 มิลลิกรัม รอนผู้ป่วยหลับดีแล้วจึงให้ยาหย่อนเนื้อซัคซินิลโคลิน 100 มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำสำหรับใส่ท่อช่วยหายใจซึ่งถ้าเป็นกระดูกขากรรไกรล่างหัก นิยมใส่ท่อช่วยหายใจเข้าทางจมูก เพื่อทำให้การชะล้างและผ่าตัดได้สะดวกโดยใส่ท่อช่วยหายใจทางจมูกเบอร์ 7.5 ความลึก 26 เซนติเมตร แล้วฉีดลมเข้าในกระเปาะลมประมาณ 5 มิลลิลิตรต่อท่อช่วยหายใจเข้ากับเครื่องดมยาสลบ ตรวจสอบตำแหน่งท่อช่วยหายใจว่าอยู่ในตำแหน่งที่เหมาะสม โดยฟังลมผ่านปอดทั้งสองข้างให้เท่ากันยึดท่อด้วยพลาสติก ควบคุมการหายใจด้วยเครื่องช่วยหายใจอัตโนมัติปริมาตรอากาศ 600 มิลลิลิตร อัตราการหายใจ 13 ครั้งต่อนาทีให้ออกซิเจนและไนตรัสออกไซด์ในอัตราส่วน 1.5 ต่อ 1.5 ลิตรต่อนาที เปิดฟลูเรน 6 เปอร์เซ็นต์ให้ยาหย่อนกล้ามเนื้อเวคูรอน 5 มิลลิกรัมเสริมด้วยมอร์ฟีน 5 มิลลิกรัมทางหลอดเลือดดำ

หลังใส่ท่อช่วยหายใจ วัดความดันโลหิตเท่ากับ 130/80 มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นของหัวใจ 80 ครั้งต่อนาที ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเม็ดเลือดแดง 100 เปอร์เซ็นต์ วัดคาร์บอนไดออกไซด์ช่วงลมหายใจออก 36 มิลลิเมตรปรอท ใช้วิธีการให้ยาระงับความรู้สึกแบบสมดุล คือ ยาหย่อนกล้ามเนื้อ คือ เวคูรอน ครั้งละ 1 มิลลิกรัม ทุก 40-45 นาที จำนวน 1 ครั้งและเสริมฤทธิ์ยาแก้ปวด ด้วยมอร์ฟีน 1 มิลลิกรัม จำนวน 1 ครั้ง เข้าทางหลอดเลือดดำและยาดมสลบ คือ ฟลูเรน ซึ่งปรับความเข้มข้นของยาตามระดับความลึกของการสลบ เมื่อผู้ป่วยสลบและกล้ามเนื้อ

หย่อนตัวดีแล้ว วิทยาลัยพยาบาลต้องเฝ้าระวังสัญญาณชีพทุก 5 นาที เฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลงของ อัตราการเต้นของหัวใจ โดยใช้คลื่นไฟฟ้าหัวใจ การอึดตัวของออกซิเจนในเม็ดเลือดแดง ความดันโลหิตของผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด การสูญเสียเลือดในระหว่างการผ่าตัดทุก 1 ชั่วโมง เสียเลือด ประมาณ 50 มิลลิลิตร ดูแลสารน้ำที่ให้ผู้ป่วยชดเชยเพียงพอกับการสูญเสียในระหว่างผ่าตัด ศัลยแพทย์ใช้เวลาในการทำผ่าตัด 2 ชั่วโมง 15 นาที เมื่อแพทย์ทำการผ่าตัดเสร็จปิดฟลูเรน ปิดก๊าซ ไนตรัสออกไซด์ ให้ออกซิเจน 100 เปอร์เซ็นต์ ในอัตราการไหล 6 ลิตรต่อนาที รอจนผู้ป่วยเริ่มหายใจ จึงให้ยาแก้ฤทธิ์ยาหย่อนกล้ามเนื้อด้วยอะโทรปีน 1.2 มิลลิกรัม และนิโอสติกมิน 2.5 มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำปิดเครื่องช่วยหายใจอัตโนมัติ เมื่อผู้ป่วยหายใจได้เองอย่างเพียงพอทรวงอก เคลื่อนไหวเต็มที่สม่ำเสมอ ความจุปอด (Tidal volume) ได้ 600 มิลลิลิตร ความอึดตัวของออกซิเจน ในเลือดไม่น้อยกว่า 95 เปอร์เซ็นต์ สัญญาณชีพปกติ รู้สึกตัวสามารถทำตามคำสั่งได้โดยลืมตา อ้าปาก กำมือได้แน่น คุณสมพะนะในท่อช่วยหายใจและในจมูก แล้วจึงถอดท่อช่วยหายใจให้สุดลม ออกซิเจน 100 เปอร์เซ็นต์ ผ่านทางหน้ากากครอบต่ออีกประมาณ 5-10 นาที วัดสัญญาณชีพอีกครั้ง ความดันโลหิต 130/90 มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นของหัวใจ 82 ครั้งต่อนาที ค่าความอึดตัวของ ออกซิเจนในเม็ดเลือดแดง 100 เปอร์เซ็นต์ หลังถอดท่อช่วยหายใจ อธิบายให้ผู้ป่วยทราบว่าไม่สามารถอ้าปากได้เนื่องจากศัลยแพทย์ใส่อุปกรณ์มัดฟัน กระตุ้นให้ผู้ป่วยหายใจทางจมูกและดูแล ทางเดินหายใจให้โล่ง ไม่มีเสมหะอุดกั้นทางเดินหายใจ (อังกาบ ปรากฏรัตน์ และวราภา สุวรรณจินดา, 2548:530) รวมระยะเวลาผ่าตัด 2 ชั่วโมง 15 นาที ผู้ป่วยได้สารน้ำทดแทน 950 มิลลิลิตร จึงส่งผู้ป่วย ไปห้องพักฟื้นผู้ป่วย ได้มีการดูแลที่ห้องพักฟื้นใช้เวลา 1 ชั่วโมง 30 นาที ไม่พบภาวะแทรกซ้อนจาก ภาวะทางเดินหายใจอุดกั้น ภาวะพร่องทางออกซิเจน การไหลเวียนของเลือดดี ไม่ปวดแผล แผลมี เลือดซึมเล็กน้อย อาการโดยทั่วไปปกติดี จึงส่งกลับหอผู้ป่วยพิเศษอายุรกรรมต่อไป

5. ผู้ร่วมดำเนินการ ไม่มี

6. ส่วนของผลงานที่ผู้เสนอเป็นผู้ปฏิบัติ

เป็นผู้ดำเนินการทั้งหมดร้อยละ 100

7. ผลสำเร็จของงาน

ผู้ป่วยชายไทย อายุ 32 ปี 4 เดือน มารับการผ่าตัด กระดูกโบน้าหักโดยจัดกระดูก เข้า ที่และใช้เหล็กยึด ใช้เวลาในการทำผ่าตัด 2 ชั่วโมง 15 นาที ระหว่างการให้ยาระงับความรู้สึกผู้ป่วยมี สัญญาณชีพปกติ (ความดันโลหิต systolic อยู่ระหว่าง 90 – 150, diastolic อยู่ระหว่าง 60 – 100 มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นของหัวใจอยู่ระหว่าง 80 – 100 ครั้งต่อนาที ค่าความอึดตัวของ ออกซิเจนในเม็ดเลือดแดงที่วัดจากปลายนิ้วมือ 100 % และค่าคาร์บอนไดออกไซด์ในลมหายใจ ออกอยู่ระหว่าง 29 - 38 มิลลิเมตรปรอท) มีการสูญเสียเลือด 50 มิลลิลิตร ได้รับสารน้ำทดแทน

ระหว่างทำผ่าตัด 950 มิลลิลิตร และไม่พบภาวะแทรกซ้อนใดๆ ระหว่างการผ่าตัด การให้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย (general anesthesia) ผู้ป่วยปลอดภัยจากการให้ยาระงับความรู้สึก ไม่เกิดภาวะพร่องออกซิเจน ไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากการอุดกั้นของทางเดินหายใจการไหลเวียนเลือดปกติหลังผ่าตัด ผู้ป่วยอยู่ในห้องพักฟื้นประมาณ 1 ชั่วโมง 30 นาที ระดับความรู้สึกตัวดี พอดูคุยถามตอบรู้เรื่อง ประเมินระดับความเจ็บปวดของบาดแผลระดับ 0 คะแนน คือ ไม่ปวดแผล บาดแผลซึมเล็กน้อย จัดสิ่งแวดล้อมและดูแลความสบายของผู้ป่วย จึงส่งผู้ป่วยกลับหอผู้ป่วยที่หอผู้ป่วยภายหลังผ่าตัดผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ช่วยเหลือตนเองได้ ได้รับยาแก้ปวดตามแผนการรักษา ปรับสภาพสิ่งแวดล้อมให้ผู้ป่วยสบาย จัดทำอนหงายศีรษะสูงเล็กน้อยกระตุ้นดูแลสุขภาพปาก และฟัน ปัญหาของผู้ป่วยได้มีการแก้ไขครบถ้วน

จากกรณีศึกษานี้เกิดผลสำเร็จของงานที่ทำดังนี้ คือ

1. ผู้ป่วยได้รับการระงับความรู้สึกด้วยวิธีที่เหมาะสมกับการผ่าตัด ผู้ป่วยฟื้นจากการระงับความรู้สึกอย่างปลอดภัยเมื่อแพทย์ทำผ่าตัดเสร็จ
2. ผู้ป่วยไม่ได้รับผลแทรกซ้อนขณะและภายหลังการให้ยาระงับความรู้สึกได้แก่ ได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอ ภาวะรู้ตัวระหว่างการผ่าตัด ภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำและภาวะสูญเสียเลือด
3. ผู้ป่วยเกิดความประทับใจในการรับบริการ ร่างกายฟื้นตัวจากการผ่าตัดเร็ว สามารถกลับบ้านไปทำกิจวัตรประจำวันได้
4. ลดระยะเวลาของการอยู่โรงพยาบาลนาน
5. ลดอัตราเสี่ยงการติดเชื้อในโรงพยาบาล
6. ประหยัดค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยและโรงพยาบาล
7. ครอบครัวและญาติเกิดความประทับใจ มั่นใจ ปลอดภัยในการรับบริการที่มีคุณภาพของภาครัฐ
8. เกิดความประทับใจในการรักษาคุณภาพบริการ ส่งผลให้ชื่อเสียงและมาตรฐานของโรงพยาบาลพัฒนาในทางดีขึ้น

8. การนำไปใช้ประโยชน์

1. เป็นแนวทางในการให้การพยาบาลกับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกใบหน้าหัก
2. เป็นการพัฒนาในเชิงคุณภาพทั้งการเรียนรู้วิธีการ แบ่งปันความรู้ทักษะในการทำงานให้กระจายออกไปเป็นการพัฒนาเชิงปริมาณ
3. สามารถนำความรู้ไปประยุกต์ใช้เป็นแนวทางในการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการระงับความรู้สึกเพื่อการผ่าตัดกระดูกใบหน้าหัก บริเวณอื่นๆ ต่อไป
4. เพิ่มพูนความรู้ประสบการณ์แก่ผู้ศึกษากรณี

9. ความยุ่งยาก ปัญหา อุปสรรคในการดำเนินการ

1. การให้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายในผู้ป่วยที่มีการบาดเจ็บของกระดูกใบหน้า การนิทราของเนื้อเยื่อ มีเลือดออกในช่องปาก หรือการแตกหักของกระดูกขากรรไกรล่าง การบวม ผู้ป่วยอ้าปากได้น้อย ทำให้ประเมินได้ว่าผู้ป่วยอาจมีปัญหาการอุดตันของทางเดินหายใจทำให้เสี่ยงต่อการใส่ท่อช่วยหายใจยาก วิทยาลัยพยาบาลจะต้องอธิบายให้ผู้ป่วยทราบว่าอาจต้องใส่ท่อช่วยหายใจขณะที่ผู้ป่วยไม่หลับรวมทั้งวางแผนกับศัลยแพทย์ให้พร้อมทำการเจาะคอให้ทันทีในกรณีที่ไม่สามารถใส่ท่อช่วยหายใจได้สำเร็จ

2. ปัญหาสำคัญอาจพบว่าผู้ป่วยที่ประเมินว่าควรใส่ท่อช่วยหายใจได้แต่เมื่อให้ผู้ป่วยหลับแล้วใส่ท่อช่วยหายใจไม่ได้ และอาจช่วยหายใจไม่ได้ต้องมีแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจน คือ ควรนำสลับผู้ป่วยก่อนเมื่อผู้ป่วยหลับแล้วลองช่วยหายใจด้วยหน้ากาก ถ้าทำได้ดีจึงค่อยให้ยาหย่อนกล้ามเนื้อ จะลดอันตรายและความสูญเสียที่มีต่อผู้ป่วย

3. การบาดเจ็บที่ใบหน้า อาจเกิดร่วมกับการบาดเจ็บที่อื่นๆ ร่วมด้วยผู้ป่วยที่ได้รับแรงกระแทกที่รุนแรงต้องจัดทำคอให้อยู่ในท่านอนหงายราบมีหมอนทรายวางด้านข้าง เพื่อบังคับคอและหน้าอยู่ตรงหรือคิงคองไว้จนกว่าจะตรวจให้แน่ชัดจากภาพรังสีว่าไม่มีกระดูกคอหักร่วมด้วยและถ้าพบการรั่วของน้ำไขสันหลังปนกับเลือดและน้ำเมือกทางจมูกปากจึงต้องหลีกเลี่ยงการใส่ท่อช่วยหายใจทางจมูก เพราะมีโอกาสที่ท่อช่วยหายใจจะผ่านช่องกระดูกหักเข้าไปในเนื้อสมอง หรือทำให้เกิดการติดเชื้อในสมองส่วนกลางได้ง่าย

4. เมื่อเสร็จผ่าตัดแล้วการใส่เครื่องมือจัดกระดูกใส่ลวดมัดฟัน เพื่อจัดรูปหน้าและรอยกระดูกให้ประกอบอยู่กับที่ ผู้ป่วยไม่สามารถอ้าปากได้ ก่อนถอดท่อช่วยหายใจ ควรประเมินจนแน่ใจว่าผู้ป่วยตื่นดี พุดรู้เรื่องทำตามสั่งได้ หายใจได้ดี ไอและขับเสมหะเองได้ นอกจากจะต้องดูดเลือด น้ำ และเสมหะในช่องปาก และจมูกออกให้มากที่สุดแล้วผู้ป่วยอาจเสี่ยงต่อการสูดสำลัก และการบวมของทางเดินหายใจส่วนบน การประเมินการรั่วของกระเปาะลม เมื่อปล่อยให้แพบควรได้ยินเสียงลมหายใจรั่วมาข้างๆ กระเปาะลมจึงถอดท่อช่วยหายใจออก

10. ข้อเสนอแนะ

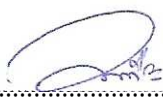
1. เนื่องจากการผ่าตัดบริเวณกระดูกใบหน้าหัก ที่เกิดขึ้นบริเวณ กระดูกขากรรไกรล่าง เป็นการผ่าตัดไม่รีบด่วน ผู้ป่วยควรได้รับการประเมินตรวจอย่างละเอียดเกี่ยวกับการบาดเจ็บของกระดูกคอ จากภาพรังสีว่าไม่มีกระดูกคอหักร่วมด้วยซึ่งปัญหาสำคัญคือ การพิจารณาวิธีการใส่ท่อช่วยหายใจ ความยากง่ายทั้งนี้ต้องคำนึงถึงสิ่งแวดล้อมสถานที่ความพร้อมใช้งานของอุปกรณ์พิเศษ ผู้ช่วยเหลือ ประสพการณ์และความสามารถของผู้ให้การระงับความรู้สึก

2. แนวทางการให้ยาระงับความรู้สึกในผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บของใบหน้าต้องมีการยึดตรึงกระดูก ความรุนแรงมากน้อยแตกต่างกัน ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยไม่รีบด่วน ได้มีการงคหน้าและ

อาหาร แนวทางการระงับความรู้สึก คือ ควรเลือกยาที่ออกฤทธิ์เร็ว หมดฤทธิ์เร็วหวังผลให้ผู้ป่วยตื่นดีหลังผ่าตัด

3. การได้รับบาดเจ็บที่ใบหน้า ทำให้มีการแตกหักของกระดูกขากรรไกรล่างอาจเป็นสาเหตุทำให้เกิดการอุดตันทางเดินหายใจ เช่น การฉีกขาดของเหงือก มีเลือดออกบริเวณช่องปาก ตอนล่างของปลายของกระดูกขากรรไกรล่าง ทำให้อ้าปากไม่ได้ใส่ท่อช่วยหายใจได้ลำบาก จึงจำเป็นต้องประเมินให้ได้แน่นอนว่าจะทำการอ้าปากผู้ป่วยได้มากน้อยเท่าไร โดยทำให้ผู้ป่วยสงบและลดความเจ็บปวดก่อน เช่น อาจให้ยา เฟนทานิล 1 ไมโครกรัมต่อกิโลกรัม ร่วมกับดอร์มิกุ่ม 1-3 มิลลิกรัม อาการเจ็บปวดจะดีขึ้นมาก

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ และได้ดำเนินการปรับปรุงแก้ไขเป็นไปตามคำแนะนำของคณะกรรมการ

ลงชื่อ 

(นางสาวกัญญา กาบเครือ)

พยาบาลวิชาชีพ 6 ว (ด้านการพยาบาลวิสัญญี)

ผู้ขอรับการประเมิน

.....19...../มิถุนายน...../..2552.....

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) 

(นางสาวพริ้มเพรา ทัสตรา)

(ตำแหน่ง) หัวหน้าพยาบาล ฝ่ายการพยาบาล
โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์

(วันที่)19...../มิถุนายน...../..2552.....

(ลงชื่อ) 

(นายสุรินทร์ กูเจริญประสิทธิ์)

(ตำแหน่ง) ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์
(วันที่)19...../มิถุนายน...../..2552.....

เอกสารอ้างอิง

สมพร ชินโนรส และสมพร รัตนเรืองวัฒนา. การพยาบาลศัลยศาสตร์ เล่ม3. พิมพ์ครั้งที่ 2.

กรุงเทพฯ:ชนราชการพิมพ์, 2546.

อังกาบ ปราการรัตน์และวรรภา สุวรรณจินดา. ตำราวิสัญญีวิทยา. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ :

กรุงเทพเวชสาร, 2548.

ข้อเสนอแนวคิด วิธีการเพื่อพัฒนางานหรือปรับปรุงงานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น
ของ นางสาวกิงกาญจน์ กาบเครือ

เพื่อประกอบการแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ 7 วช. ด้านการพยาบาลวิสัญญี
(ตำแหน่งเลขที่ รพจ. 416) สังกัดฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์
เรื่อง แนวทางการเฝ้าระวังและดูแลทางเดินหายใจผู้ป่วยที่มาดมยาสลบโดยการวัดความดันใน
อุ้งลมของท่อหายใจ

หลักการและเหตุผล

กระบวนการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลภายใต้มาตรฐานการประกันคุณภาพของ
โรงพยาบาลในยุคสมัยปัจจุบันได้ก่อให้เกิดความตื่นตัว ตระหนักถึงความสำคัญเรื่องความ
ปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยเพิ่มขึ้นเป็นลำดับ โรงพยาบาลเริ่มมีการกำหนดเป้าหมาย มาตรฐาน
ความปลอดภัยมีการรณรงค์เพื่อให้บุคลากรทางการพยาบาลรับทราบแนวทางปฏิบัติเพื่อการ
บริการมีคุณภาพและประสิทธิภาพ มุ่งเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง

หน่วยงานวิสัญญีวิทยาเป็นองค์กรหนึ่งที่ทำให้ความสำคัญกับมาตรฐานการให้บริการที่
สอดคล้องต่อนโยบายของโรงพยาบาล โดยมุ่งเน้นประเด็นคุณภาพและความปลอดภัยในการ
บริการ การพัฒนาต่อเนื่องในมิติของกระบวนการพัฒนาเพื่อสร้างคุณค่าแก่ผู้รับบริการ การ
แลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์ต่างๆ และนำไปสู่การปรับปรุงคุณภาพงานอย่างต่อเนื่อง
เพื่อให้กระบวนการระงับความรู้สึกเป็นไปอย่างราบรื่นและปลอดภัยตามมาตรฐานแห่งวิชาชีพโดย
บุคลากรที่มีความรู้ความสามารถเฉพาะทาง ประกอบกับผู้ป่วยที่มาใช้บริการผ่าตัด และได้รับการ
ระงับความรู้สึกมีจำนวนมากขึ้นทุกปี จากสถิติผู้ป่วยที่ได้รับการระงับความรู้สึกปี พ.ศ. 2550
จำนวน 5,026 ราย ให้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วไปมีผู้ป่วยถึงร้อยละ 75 – 80 ที่ใส่ท่อช่วยหายใจ
(สถิติหน่วยงานวิสัญญีวิทยา, 2550) ซึ่งอุบัติการณ์หรือความเสี่ยงที่เกิดจากการใส่ท่อช่วยหายใจ
ทั้งที่ป้องกันได้และป้องกันไม่ได้โดยการใส่ลมในกระเปาะลมท่อช่วยหายใจผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับ
ความรู้สึกไม่เหมาะสมร้อยละ 86.3 การศึกษาของโรงพยาบาลศรีนครินทร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
พบความดันในกระเปาะลมของท่อช่วยหายใจไม่เหมาะสม ร้อยละ 81.7 (ชัยชนะ สิ้นเกื้อกุล และ
ทิพวรรณ มุกนำพร, 2540) ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่อทางเดินหายใจ เช่น ถ้าใส่ลมมากเกินไปจะ
ทำให้เยื่อหุ้มหลอดลมอักเสบเจ็บคอ เยื่อหุ้มกล่องเสียงขาดเลือดไปเลี้ยงในกรณีใส่น้อยเกินไป เสี่ยง
ต่อการสำลักน้ำย่อยในกระเพาะอาหารเข้าในหลอดลมและลมหายใจรั่วขณะช่วยหายใจ ซึ่งเป็น
สาเหตุทำให้เนื้อเยื่อของร่างกายขาดออกซิเจน (อังกาบ ประการรัตน์และวราภา สุวรรณจินดา, 2548)
ซึ่งสอดคล้องกับโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ (2545) พบผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจขณะระงับ
ความรู้สึกแบบทั่วไปมีภาวะแทรกซ้อนเจ็บคอหลังผ่าตัดร้อยละ 12.63 และพบรายงาน

ภาวะแทรกซ้อนต่อทางเดินหายใจในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมที่คาดท่ช่วยหายใจไว้หลังผ่าตัด3 วัน มีกระเปาะลมของท่ช่วยหายใจโป่งพองมากกว่าปกติจนไปกดหลอดเลือดคอผู้ป่วย ซึ่งภาวะแทรกซ้อนดังกล่าวเกิดขึ้นได้จากการใส่ท่ทางเดินหายใจและการใส่ลมที่มีความดันมากเกินไป

จากสถิติการเยี่ยมผู้ป่วยภายหลังการระงับความรู้สึกและเก็บตัวชีวิตพบอาการเจ็บคอเป็นภาวะแทรกซ้อนที่มากที่สุดของหน่วยงานคิดเป็นร้อยละ 40 ในผู้ป่วยที่ใส่ท่ช่วยหายใจ (สถิติเยี่ยมหน่วยงานวิสัญญี, 2549) สาเหตุที่พบมาจากปริมาณลมในกระเปาะอาหารของท่ช่วยหายใจมีปริมาณมากเกินไปคิดเป็นร้อยละ 50 สอดคล้องกับกลุ่มงานวิสัญญีโรงพยาบาลพระจอมศิริชั้น (วิสัญญีสาร.2549) ศึกษาข้อมูลจากแบบบันทึกระงับความรู้สึกในผู้ป่วยมารับบริการผ่าตัดระงับความรู้สึกผ่านท่ช่วยหายใจ พบผู้ป่วยมีอาการเจ็บคอคิดเป็นร้อยละ 26.82 และสาขาวิสัญญีวิทยา มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ (วิสัญญีสาร.2549) ศึกษาพบว่าอุบัติการณ์การเกิดอาการเจ็บคอและเสียงแหบในระยะหลังการให้ระงับความรู้สึกโดยการใส่ท่ช่วยหายใจ พบอาการเจ็บคอร้อยละ 57.5 เสียงแหบร้อยละ 44.17 ประกอบกับข้อมูลจากแบบบันทึกระงับความรู้สึกของกลุ่มงานวิสัญญีในและการสังเกตพฤติกรรมการทำงานประจำของบุคลากรในหน่วยงานวิสัญญี พบการบันทึกค่าความดันของถุงลมท่ช่วยหายใจคิดเป็นร้อยละ 2 การยอมรับและการนำไปปฏิบัติอย่างจริงจังไม่แพร่หลาย บุคลากรใช้เทคนิคการใส่ลมอาศัยประสาทสัมผัสและความรู้สึกช่วยในการตัดสินใจ (subjective assessment) เช่น การกะปริมาณลมที่เติม การบีบหรือคลำความตึงตัวของกระเปาะลมหรือการเติมลมปริมาณน้อยที่สุดที่ไม่ให้มีเสียงลมหายใจเข้ารั่วขณะช่วยหายใจ สอดคล้องกับการศึกษาของโรงพยาบาลศรีนครินทร์มหาวิทยาลัยขอนแก่นพบว่าการประเมินความดันภายในกระเปาะลมโดยใช้ subjective assessment ในปัจจุบันมีความผิดพลาดได้มากและน่าเชื่อถือน้อย ควรนำ objective measurement คือ การใช้อุปกรณ์เครื่องวัดความดันกระเปาะลมท่ช่วยหายใจมาช่วยในการประเมินความดันในกระเปาะลมท่ช่วยหายใจ objective measurement จึงน่าจะช่วยลดภาวะแทรกซ้อนต่อทางเดินหายใจได้ และควรมีการติดตามผลค่าความดันอย่างน้อยทุก 1 – 2 ชั่วโมง เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้นต่อทางเดินหายใจ ด้วยเหตุผลดังกล่าวเพื่อให้บุคลากรในหน่วยงานวิสัญญีเกิดการยอมรับ ตระหนักถึงอันตรายที่อาจจะเกิดขึ้นจากการใส่ลมในกระเปาะลมท่ช่วยหายใจที่เคยปฏิบัติอยู่เดิม จึงจัดทำแนวทางการปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้อุปกรณ์ให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด การพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยให้เกิดความปลอดภัย ลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจจะเกิดขึ้น เป็นการยกระดับมาตรฐานในการเฝ้าระวังติดตามผู้ป่วยที่ได้รับการระงับความรู้สึกโดยใส่ท่ช่วยหายใจให้สูงขึ้น

วัตถุประสงค์และหรือเป้าหมาย

วัตถุประสงค์

1. เพื่อประเมินค่าความดันในกระเปาะลมท่อช่วยหายใจที่เหมาะสม
2. เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้นต่อทางเดินหายใจ
3. เพื่อส่งเสริมให้เจ้าหน้าที่เข้าใจ และประเมินค่าความดันในกระเปาะลมท่อช่วยหายใจ

ในแนวทางเดียวกัน

4. เพื่อให้เจ้าหน้าที่เห็นความสำคัญ ประโยชน์ที่ได้รับจากการวัดความดันในกระเปาะลมท่อช่วยหายใจ

5. เพื่อศึกษาแนวทางที่เหมาะสมและยกระดับมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยในระดับที่สูงขึ้น

เป้าหมาย

1. เพื่อให้บุคลากรทางการแพทย์ใช้เป็นแนวทางในการดูแลทางเดินหายใจของผู้ป่วย
2. กลุ่มผู้ป่วยที่ต้องได้รับการดมยาสลบ
3. ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนต่อทางเดินหายใจจากการดมยาสลบ

กรอบการวิเคราะห์ แนวคิดข้อเสนอ

1. แนวคิดการสร้างนวัตกรรมในการปฏิบัติงานเพื่อเพิ่มคุณค่าของวิชาชีพเป็นองค์กรแห่งการแลกเปลี่ยนเรียนรู้
2. การพัฒนางานต่อเนื่องเพื่อสร้างคุณค่าต่อผู้รับบริการ
3. หลักกระบวนการพัฒนาคุณภาพ วงล้อการพัฒนาคุณภาพและการเรียนรู้
4. การปฏิบัติตามมาตรฐานวิชาชีพการเฝ้าระวังติดตามผู้ป่วยทางวิสัญญีเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่อผู้ป่วยที่ได้รับการระงับความรู้สึกโดยใส่ท่อช่วยหายใจ
5. แนวคิดพื้นฐานของกระบวนการโรงพยาบาลมาตรฐาน HA (Hospital Accreditation)

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. มีแนวทางในการปฏิบัติงานที่เหมาะสมเป็นมาตรฐานการดูแลและเฝ้าระวังความดันในกระเปาะลมท่อช่วยหายใจ
2. ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนต่อทางเดินหายใจ
3. ผู้ป่วยเกิดความปลอดภัยจากการใส่ท่อช่วยหายใจขณะดมยาสลบ
4. ผู้ป่วยและญาติเกิดความพึงพอใจและมั่นใจในการให้บริการของงานวิสัญญี
5. ผู้ปฏิบัติงานเกิดความมั่นใจในการปฏิบัติงานตามแนวทาง
6. เป็นข้อมูลพื้นฐานเพื่อพัฒนางานคุณภาพในหน่วยงานต่อไป
7. นำความรู้และการปฏิบัติงานประจำประยุกต์ใช้เพื่อพัฒนาต่อยอดเป็นงานวิจัย

ต่อไป

ตัวชี้วัดความสำเร็จ

1. บุคลากรปฏิบัติงานตามแนวทางมาตรฐานการเฝ้าระวังติดตามผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจ โดยใช้อุปกรณ์วัดความดันในกระเปาะลมท่อช่วยหายใจ มากกว่าร้อยละ 95
2. มีความครบถ้วนสมบูรณ์ของเวชระเบียนในการบันทึกค่าความดันในกระเปาะลมท่อช่วยหายใจผู้ป่วยทุกรายที่ดมยาสลบร้อยละ 8
3. ภาวะแทรกซ้อนต่อทางเดินหายใจของผู้ป่วยที่ดมยาสลบโดยใส่ท่อช่วยหายใจน้อยกว่าร้อยละ 25

ลงชื่อ



(นางกิ่งกาญจน์ กาบเครือ)

พยาบาลวิชาชีพ 6 ว (ด้านการพยาบาลวิสัญญี)

ผู้ขอรับการประเมิน

.....19...../มิถุนายน...../..2552.....

เอกสารอ้างอิง

- คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น. การวัดความดันภายใน cuff ของท่อช่วยหายใจชนิด high volum, Low prtssure ด้วยอุปกรณ์ประยุกต์กับการยอมรับของพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยใน โรงพยาบาล.2541. (20).หน้า 15 – 17
- วิสัญญีสาร วิสัญญี : เพื่อทุกชีวิปลอดภัย. ปีที่ 32 ฉบับที่ 4. เดือน ตุลาคม – ธันวาคม. 2549. หน้า 247 – 260.
- ศูนย์คุณภาพโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. รวมนวัตกรรมของ โรงพยาบาล มหาราชนครเชียงใหม่. เชียงใหม่. 2545.
- สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล.มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพฉบับเฉลิมพระเกียรติฉลองสิริราชสมบัติครบ 60 ปี หนังสือตีวันจำกัด. นนทบุรี, 2551.
- หน่วยเวชระเบียนและสถิติ ฝ่ายวิชาการ. สถิติการเยี่ยมผู้ป่วยหน่วยงานวิสัญญี โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์. 2550.
- อังกาบ ปราการรัตน์และวรภา สุวรรณจินดา. ตำรวิสัญญีวิทยา. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ : กรุงเทพฯเวชสาร. 2548.