

ผลงานประกอบการพิจารณาประเมินบุคคล
เพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาชีพเฉพาะ

ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ 7 วช. (ด้านการพยาบาลวิสัญญี)

เรื่องที่เสนอให้ประเมิน

- ผลงานที่เป็นผลการดำเนินงานที่ผ่านมา
เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยและการให้ยาระงับความรู้สึกในการผ่าตัดต่อมไทรอยด์และ
ใส่ท่อช่วยหายใจลำบาก
- ข้อเสนอ แนวคิดวิธีการเพื่อพัฒนางานหรือปรับปรุงงานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น
เรื่องการจัดตั้งหน่วยพิเศษใส่ท่อช่วยหายใจในผู้ป่วยที่มีภาวะใส่ท่อช่วยหายใจลำบาก

เสนอโดย

นางนพนภา สุทธิวิเศษศักดิ์

ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ 6ว (ด้านการพยาบาลวิสัญญี)

(ตำแหน่งเลขที่ วพบ. 1069)

ฝ่ายการพยาบาล วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล

สำนักการแพทย์

ผลงานประกอบการพิจารณาประเมินบุคคล
เพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาชีพเฉพาะ

ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ 7 วช. (ด้านการพยาบาลวิสัญญี)

เรื่องที่เสนอให้ประเมิน

- ผลงานที่เป็นผลการดำเนินงานที่ผ่านมา
เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยและการให้ยาระงับความรู้สึกในการผ่าตัดต่อมไทรอยด์และ
ใส่ท่อช่วยหายใจลำบาก
- ข้อเสนอ แนวคิดวิธีการเพื่อพัฒนางานหรือปรับปรุงงานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น
เรื่องการจัดตั้งหน่วยพิเศษใส่ท่อช่วยหายใจในผู้ป่วยที่มีภาวะใส่ท่อช่วยหายใจลำบาก

เสนอโดย

นางนพนภา สุทธิวิเศษศักดิ์

ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ 6ว (ด้านการพยาบาลวิสัญญี)

(ตำแหน่งเลขที่ วพบ. 1069)

ฝ่ายการพยาบาล วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล

สำนักการแพทย์

ผลงานที่เป็นผลการดำเนินงานที่ผ่านมา

- 1. ชื่อผลงาน** การพยาบาลผู้ป่วยและการให้ยาระงับความรู้สึกในการผ่าตัดต่อมไทรอยด์และใส่ท่อช่วยหายใจลำบาก
- 2. ระยะเวลาที่ดำเนินการ** 7 วัน (ตั้งแต่ 17 เมษายน 2548 - 23 เมษายน 2548)
- 3. ความรู้ทางวิชาการหรือแนวคิดที่ใช้ในการดำเนินการ**
 1. กายวิภาค ศรีวิทยาของต่อมไทรอยด์ และทางเดินหายใจ ศึกษาถึงลักษณะและตำแหน่งของต่อมไทรอยด์ ทางเดินหายใจ ตลอดจนหลอดเลือดและระบบเส้นประสาทที่เกี่ยวข้อง
 2. พยาธิสภาพ การผ่าตัด และภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการผ่าตัดต่อมไทรอยด์ เพื่อประเมินปัญหาที่อาจเกิดขึ้นระหว่างและหลังการผ่าตัด
 3. ความรู้เรื่องยาระงับความรู้สึก
 4. การให้ยาระงับความรู้สึกในการผ่าตัดต่อมไทรอยด์ ตั้งแต่การเตรียมผู้ป่วยทั้งด้านร่างกายและจิตใจ การเตรียมเครื่องมือ อุปกรณ์เฝ้ารวัง และการเลือกใช้เทคนิคการให้ยาระงับความรู้สึก
 5. แนวปฏิบัติเมื่อพบภาวะใส่ท่อช่วยหายใจลำบาก เพื่อตัดสินใจเลือกเทคนิค เครื่องมือและอุปกรณ์ ตลอดจนผู้ปฏิบัติที่สามารถแก้ไขปัญหาให้ลุล่วงไปได้ (พงษ์ธรรมา วิจิตรเวชไพศาล, 2539 : 285)
 6. ความรู้ทางวิชาการเกี่ยวกับกระบวนการพยาบาลและการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดต่อมไทรอยด์ รวมถึงผู้ป่วยที่มีปัญหาใส่ท่อช่วยหายใจลำบาก

แนวคิดที่ใช้ในการดำเนินการ

 1. ประเมินภาวะสุขภาพผู้ป่วยโดยการประเมินผู้ป่วยตามรูปแบบของสมาคมวินิจัยการพยาบาลแห่งอเมริกาเหนือ (NANDA) (วิจิตรรา กุสุมภ์ และอรุณี เสงขสมาก, 2551 : 5)
 2. ใช้กรอบแนวคิดการวินิจัยการพยาบาลของสมาคมวินิจัยการพยาบาลแห่งอเมริกาเหนือ (NANDA)
 3. การระงับความรู้สึกในการผ่าตัดต่อมไทรอยด์และภาวะใส่ท่อช่วยหายใจลำบาก
 4. กระบวนการพยาบาลในการพยาบาลผู้ป่วยและการให้ยาระงับความรู้สึกในการผ่าตัดต่อมไทรอยด์และใส่ท่อช่วยหายใจลำบาก
- 4. สรุปสาระสำคัญของเรื่องและขั้นตอนการดำเนินการ**

ขั้นตอนการดำเนินการ

 1. เลือกเรื่องที่ทำการศึกษาจากผู้ป่วยที่รับมอบหมายไว้ในความดูแล 1 ราย โดยพิจารณาเลือกเรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยและการให้ยาระงับความรู้สึกในการผ่าตัดต่อมไทรอยด์และใส่ท่อช่วยหายใจลำบาก
 2. ทบทวนวรรณกรรม ศึกษาด้านทฤษฎีพยาธิสภาพของต่อมไทรอยด์ กายวิภาคของทางเดินหายใจ รวมทั้งการประเมินผู้ป่วยก่อนการให้ยาระงับความรู้สึกในการผ่าตัดต่อมไทรอยด์และใส่ท่อช่วยหายใจลำบาก เพื่อเป็นแนวทางในการศึกษากรณีศึกษา

3. รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับตัวผู้ป่วย ประวัติการเจ็บป่วยทั้งในอดีตและปัจจุบัน ประเมินสภาพผู้ป่วย การตรวจร่างกาย ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ผลการตรวจพิเศษอื่นๆ พร้อมติดตามอาการและการรักษา

4. นำข้อมูลที่ได้มารวบรวม วิเคราะห์ วางแผนให้การพยาบาลตามกระบวนการพยาบาล โดยเน้น การพยาบาลทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ

5. ปฏิบัติการพยาบาล ประเมินผลตามกระบวนการพยาบาล

6. สรุปผลการปฏิบัติการพยาบาลและให้ข้อเสนอแนะ

สรุปสาระสำคัญของเรื่อง:

ข้อมูลทั่วไปของกรณีศึกษา

หญิงไทยอายุ 43 ปี สถานภาพสมรส นับถือ ศาสนาพุทธ จบการศึกษา ประถมศึกษาปีที่ 6 อาชีพ รับจ้าง ภูมิลำเนา อุบลราชธานี เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลวันที่ 17 เมษายน 2548 ด้วยโรคก้อนในต่อมไทรอยด์ (thyroid nodule) ศัลยแพทย์ได้วางแผนการรักษาโดยการผ่าตัดต่อมไทรอยด์ออก (subtotal thyroidectomy) เมื่อวันที่ 19 เมษายน 2548

อาการสำคัญ: มีก้อนที่คอโตมาประมาณ 1 ปี

ประวัติเจ็บป่วยปัจจุบัน: 1 ปีที่แล้วคลำพบก้อนที่คอด้านขวา ไม่ปวดเวลาจับ ก้อนโตขึ้นเรื่อยๆ ไม่มีอาการใจสั่นมือสั่น รับประทานอาหารได้ตามปกติ น้ำหนักลด 2-3 กิโลกรัม ไม่มีท้องผูก ไม่มีเสียงแหบ

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต: ปฏิเสธการเจ็บป่วยในอดีต

ประวัติส่วนตัวและครอบครัว: ทุกคนในครอบครัวมีสุขภาพแข็งแรง ไม่มีใครเคยเจ็บป่วยด้วยโรค ร้ายแรง เรื้อรัง หรือโรคติดต่อทางพันธุกรรม

ประวัติการแพ้ยาและสารเคมี: มีประวัติแพ้ยา เพนิซิลลิน (penicillin)

การประเมินสภาพร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม

การประเมินสภาพร่างกาย จิตใจและอารมณ์ของผู้ป่วยเมื่อแรกพบ

หญิงไทยวัย 43 ปี ผิวคล้ำเล็กน้อย เล็บมือเล็บเท้าตัดสั้นสะอาด มีสีหน้าวิตกกังวลเมื่อซักถามได้ ความว่าผู้ป่วยมีความกังวลใจเกี่ยวกับการผ่าตัดและการดมยาสลบ จากการอธิบายของแพทย์และบุคลากรทางการพยาบาลผู้ป่วยยอมรับความเจ็บป่วยและมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับแผนการรักษาเพิ่มขึ้น การพูดคุยกับผู้ป่วยให้ความสนใจฟังและตอบคำถามได้ดี มีท่าที่เป็นมิตรกับทุกคน และมีความคาดหวังว่าจะปลอดภัยจากการผ่าตัดและการดมยาสลบ และแข็งแรงดี

สัญญาณชีพ ความดันโลหิต 110/62 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 68 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที

มีประวัติคลำพบก้อนที่คอด้านขวา ผู้ป่วยเข้ารับการตรวจที่โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์เมื่อ ตุลาคม 2544 โดยการใส่เข็มดูดเนื้อไทรอยด์ไปตรวจ (fine needle aspiration cytology, FND) ได้ผลเป็น ฟอลลิคูลาร์เซลล์ (follicular cell)

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ การตรวจไทรอยด์ฮอร์โมนในเลือด วันที่ 18 เมษายน 2548 อยู่ในภาวะยูไทรอยด์ คือ T3 90 ng/dl T4 9.91 microgram/dl TSH 3.65 uIU/ml การตรวจสารเคมีในเลือด (Blood chemistry) ผลการตรวจปกติ คือ sodium 142 mmol/l potassium 3.7 mmol/l chloride 105 mmol/l carbon dioxide 26 mmol/l FBS 92 mg/dl BUN 0.9 mg/dl creatinine 0.9 mg/dl anti HIV non reactive ผลการตรวจนับเม็ดเลือด (CBC) ปกติ คือ Hb 13 Hct 36.5 WBC 5.2 platelet count 228 ผลการตรวจปัสสาวะ (UA) ปกติ

การรักษา

ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดต่อมไทรอยด์ออก โดยการระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายและใส่ท่อช่วยหายใจ

ทีมวิสัญญีให้ยาระงับความรู้สึกโดยใส่ท่อช่วยหายใจ แต่เนื่องจากก้อนที่คอมีขนาดใหญ่ 5x6x1.7 เซนติเมตร และผู้ป่วยมีลักษณะคอตันจึงไม่สามารถใส่ท่อช่วยหายใจได้ ต้องพยายามถึง 3 ครั้งและต้องใส่ท่อช่วยหายใจที่มีขนาดเล็กลง จากขนาด 7.5 เป็น 7.0 กับแกนลวดตัดท่อช่วยหายใจ (stylet) จึงสำเร็จ

การพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1 ผู้ป่วยมีความกลัวและวิตกกังวล เนื่องจากขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการระงับความรู้สึก

ข้อมูลสนับสนุน ผู้ป่วยมีสีหน้าครุ่นคิด บ่นกลัวไม่พินิจจากการดมยาสลบ และซักถามรายละเอียดเกี่ยวกับการดมยาสลบ

จุดประสงค์ของการพยาบาล ลดความกลัวและวิตกกังวล

เกณฑ์การประเมินผล ผู้ป่วยมีสีหน้าสดชื่นขึ้น ร่วมมือในการตอบคำถามเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนให้ยาระงับความรู้สึก

กิจกรรมการพยาบาล

1. สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยเพื่อสร้างความคุ้นเคยและความไว้วางใจ
2. อธิบายถึงวิธีการและขั้นตอนในการผ่าตัดและการให้ยาระงับความรู้สึกให้ผู้ป่วยทราบ
3. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามปัญหาและระบายความรู้สึกเพื่อประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย พร้อมทั้งให้คำแนะนำที่ถูกต้อง
4. อธิบายถึงความสำคัญของการงดน้ำและอาหารทุกชนิดทางปากหลังเที่ยงคืน เพื่อป้องกันการสำลักอาหารและน้ำลงปอดขณะได้รับยาระงับความรู้สึกและหลังผ่าตัด
5. อธิบายถึงลักษณะของผู้ป่วยเมื่อเริ่มรู้สึกตัวจากการได้รับยาระงับความรู้สึก เพื่อให้ผู้ป่วยร่วมมือและปฏิบัติตาม เพื่อประเมินสภาพของผู้ป่วย ก่อนจะเอาท่อช่วยหายใจออก
6. สอนให้ผู้ป่วยหายใจและไอเพื่อเพิ่มปริมาตรอากาศในปอดหลังผ่าตัด เพื่อป้องกันการขาดออกซิเจน เพราะผู้ป่วยจะถูกควบคุมการหายใจอัตโนมัติ เมื่อได้รับยาระงับความรู้สึก

ประเมินผล ผู้ป่วยมีสีหน้าแจ่มใสขึ้น มีความรู้และเข้าใจถึงขั้นตอนการให้ยาระงับความรู้สึก
ปัญหานี้ได้รับการแก้ไขได้ทั้งหมดในการเยี่ยมครั้งที่ 1 (วันที่ 18 เมษายน 2548)

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 2 เสี่ยงต่อภาวะใส่ท่อช่วยหายใจลำบากเนื่องจากผู้ป่วยเป็นคนอ้วน คอสั้น มี
ก้อนโตที่คอ

ข้อมูลสนับสนุน ผลจากการทดสอบลักษณะทางกายวิภาคด้วยวิธีทดสอบของมัลลัมพาทิ เห็น
ระดับ 2 การทดสอบด้วยลาริงโสตโคป เห็นระดับ 3

จุดประสงค์การพยาบาล สามารถใส่ท่อช่วยหายใจได้สำเร็จและผู้ป่วยปลอดภัย

เกณฑ์การประเมินผล ท่อช่วยหายใจอยู่ในตำแหน่งที่ถูกต้อง และค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนใน
เม็ดเลือดแดงไม่ต่ำกว่า 95%

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินก่อนใส่ท่อช่วยหายใจ โดยแยกเป็นภาวะใส่ท่อช่วยหายใจลำบาก และภาวะช่วยหายใจ
ลำบาก
2. เตรียมความพร้อมของบุคลากร วัสดุอุปกรณ์ วัสดุอุปกรณ์พยาบาล ศัลยแพทย์
3. จัดท่าศีรษะให้เหมาะสม โดยหนุนหมอนที่ท้ายทอยสูง 10 เซนติเมตร และแหงนหน้า 15 องศา
กับพื้นราบ ทำนี้จะทำให้แนวของช่องปาก คอหอย ละแนวของกล่องเสียงเข้าใกล้มากที่สุด
4. เตรียมอุปกรณ์ให้พร้อมและเหมาะสม
5. เลือกเทคนิคจังหวะการใส่ มองเห็นตลอดเวลาที่สอดท่อช่วยหายใจผ่านสายเสียง
6. ตรวจสอบตำแหน่งของท่อช่วยหายใจ โดยฟังเสียงปอดซ้ายและขวาให้เท่ากัน
7. ถ้ามีประวัติใส่ท่อช่วยหายใจลำบาก บันทึกประวัติใส่ท่อช่วยหายใจลำบากในใบบันทึกของ
วิสัญญี และใบประวัติการรักษาของผู้ป่วย

ประเมินผล ปัญหานี้ได้รับการแก้ไขได้ทั้งหมดในการเยี่ยมครั้งที่ 2 (วันที่ 19 เมษายน 2548)

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 3 อาจเกิดภาวะขาดออกซิเจนขณะนำสลบ และระหว่างได้รับยาระงับความรู้สึกทั่ว
ร่างกายเนื่องจากไม่สามารถหายใจได้ด้วยตนเอง

ข้อมูลสนับสนุน ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเม็ดเลือดแดงลดลงจาก 100% เป็น 96%

จุดประสงค์การพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ ผู้ป่วยไม่มีภาวะขาดออกซิเจน

เกณฑ์การประเมินผล ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเม็ดเลือดแดงเพิ่มขึ้นมากกว่า 95% บริเวณ
ปลายมือและริมฝีปากไม่มีสีเขียวคล้ำ และไม่มีการหั่งอ และสิ่งอุดกั้นในท่อช่วยหายใจ

กิจกรรมการพยาบาล

1. ให้ออกซิเจน 100% ก่อนและขณะนำสลบ
2. ยึดท่อช่วยหายใจไว้ที่ริมฝีปากข้างขวาด้วยพลาสติกเหนียวและดูแลให้แน่นกระชับ
3. ภายหลังจัดท่าแล้วต้องตรวจดูว่าท่อช่วยหายใจอยู่ในตำแหน่งที่เหมาะสม

4. ติดเครื่องวัดความอึดตัวของออกซิเจนและสังเกตค่าที่ได้ตลอดเวลา ค่าที่ได้ไม่ควรต่ำกว่า 95%
5. สังเกตคูสีจากริมฝีปากและไบหน้ารวมถึงสีเลือดจากแผลผ่าตัด
6. ฟังเสียงเครื่องช่วยหายใจและสังเกตการเคลื่อนไหวของหน้าอก
7. คูดเสมหะ น้ำมูกน้ำลายที่มาอุดกั้นทางเดินหายใจ

ประเมินผล ปัญหาได้รับการแก้ไข ได้ทั้งหมดในการเยี่ยมครั้งที่ 2 (19 เมษายน 2548)

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 4 การกำซาบของเนื้อเยื่อลดลงเนื่องจากเสียเลือดและน้ำขณะผ่าตัด

ข้อมูลสนับสนุน ผู้ป่วยดื่มน้ำและอาหาร 8 ชั่วโมง 30 นาทีก่อนการผ่าตัด และระหว่างผ่าตัดสูญเสียเลือด 200 มิลลิลิตร

จุดประสงค์การพยาบาล ไม่เกิดการกำซาบของเนื้อเยื่อลดลงขณะผ่าตัด

เกณฑ์การประเมินผล สัญญาณชีพปกติ และค่าความอึดตัวของออกซิเจนในเม็ดเลือดแดงไม่ต่ำกว่า 98%

กิจกรรมการพยาบาล

1. เตรียมเลือดให้พร้อมก่อนการผ่าตัด
2. วัดสัญญาณชีพทุก 3 นาทีเพื่อประเมินสภาพการเปลี่ยนแปลงและสามารถทดแทนสารน้ำและเลือดได้ทัน
3. ให้สารน้ำอะเซตาร์ (Acetar) ทางหลอดเลือดดำเพื่อทดแทนเลือดที่เสียไป
4. ในระหว่างผ่าตัดสังเกตบริเวณผ่าตัด และวัดปริมาณเลือดในขวดที่ดูมาจากแผลขณะผ่าตัด เพื่อประเมินการสูญเสียเลือด

ประเมินผล ปัญหาได้รับการแก้ไขได้ทั้งหมดในการเยี่ยมครั้งที่ 2 (วันที่ 19 เมษายน 2548)

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 5 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการสูดสำลักเข้าปอดขณะนำสลบและขณะถอดท่อช่วยหายใจ เนื่องจากการได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย

ข้อมูลสนับสนุน ขณะนำสลบและถอดท่อช่วยหายใจเป็นช่วงที่ทางเดินหายใจเปิดอยู่ตลอดเวลา และผู้ป่วยรายนี้ต้องใส่ท่อช่วยหายใจถึงสามครั้ง อัตราเสี่ยงต่อการสูดสำลักจึงเพิ่มสูงขึ้น

จุดประสงค์การพยาบาล ไม่มีการสำลัก เสียงหายใจปกติ

เกณฑ์การประเมินผล เสียงปอดปกติ ไม่มีเศษอาหารในปากขณะนำสลบและถอดท่อช่วยหายใจ

กิจกรรมการพยาบาล

1. งดน้ำงดอาหารอย่างน้อย 8 ชั่วโมงก่อนผ่าตัด
2. เตรียมอุปกรณ์ให้พร้อมก่อนนำสลบ และขณะถอดท่อช่วยหายใจโดยเฉพาะเครื่องดูดเสมหะและสายดูดเสมหะเบอร์ 14
3. สังเกตสีผิว ลิ้มฝีปาก สีเล็บ และดูค่าความอึดตัวของออกซิเจนในเลือด

4. ฟังเสียงปอดทั้งสองข้างว่าเสียงปอดดังเท่ากัน ไม่มีเสียงผิดปกติโดยฟังเปรียบเทียบกับก่อนใส่ท่อช่วยหายใจด้วย

5. คูดเสมหะในทางเดินหายใจให้โล่ง และให้ผู้ป่วยตื่นดีก่อนถอดท่อช่วยหายใจ

6. สังเกตลักษณะการหายใจของผู้ป่วยภายหลังถอดท่อช่วยหายใจ

7. หลังผ่าตัดจัดท่านอนศีรษะราบตะแคงหน้าไปด้านใดด้านหนึ่ง

ประเมินผล ปัญหาที่ได้รับการแก้ไขได้ทั้งหมดในการเยี่ยมครั้งที่ 2 (วันที่ 19 เมษายน 2548) เสียงปอดปกติ ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนอยู่ระหว่าง 98-99% และไม่พบเศษอาหารในปาก

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 6 อาจเกิดภาวะอุดกั้นทางเดินหายใจภายหลังถอดท่อช่วยหายใจ เนื่องจากการชอกช้ำจากการใส่ท่อช่วยหายใจ

ข้อมูลสนับสนุน ต้องใส่ท่อช่วยหายใจ 3 ครั้งจึงสำเร็จ ทำให้เกิดการชอกช้ำทางเดินหายใจ

จุดประสงค์การพยาบาล ไม่พบภาวะอุดกั้นทางเดินหายใจ ผู้ป่วยหายใจอย่างมีประสิทธิภาพ

เกณฑ์การประเมินผล หายใจได้สะดวก หายใจเข้าออกปกติ ไม่มีเสียงเสมหะ

กิจกรรมการพยาบาล

1. อธิบายและสอนผู้ป่วยเกี่ยวกับการหายใจอย่างถูกต้องก่อนผ่าตัด

2. ก่อนถอดท่อช่วยหายใจให้ออกซิเจน 100% นาน 3-5 นาที เมื่อผู้ป่วยปฏิบัติตามคำสั่งได้ หายใจได้แรงมีปริมาตรเพียงพอ จึงพิจารณาถอดท่อช่วยหายใจ โดยร่วมกันประเมินกับวิสัญญีแพทย์ว่าสามารถถอดท่อช่วยหายใจได้แล้ว จึงถอดท่อช่วยหายใจ

3. ภายหลังถอดท่อช่วยหายใจคูดเสมหะในปากและคออีกครั้ง ให้ออกซิเจน 100% ทางครอบหน้ากาก เพื่อป้องกันภาวะขาดออกซิเจน หลังจากการหยุดให้ก๊าซไนตรัสออกไซด์

4. ประเมินการหายใจของผู้ป่วยเมื่อไม่มีท่อช่วยหายใจ สังเกตอาการอุดกั้นทางเดินหายใจ เนื่องจากขาดเจ็บจากการใส่ท่อช่วยหายใจลำบาก

5. สังเกตค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด ความดัน โลหิตและชีพจร

ประเมินผล ปัญหาได้รับการแก้ไขได้ทั้งหมดในการเยี่ยมครั้งที่ 3 (วันที่ 20 เมษายน 2548) โดยผู้ป่วยหายใจได้สะดวก ฟังเสียงปอดปกติ

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 7 ผู้ป่วยปวดแผลผ่าตัดเนื่องจากเนื้อเยื่อบาดเจ็บ

ข้อมูลสนับสนุน ผู้ป่วยบอกว่าปวด ประเมินปวดได้ในระดับ 7 (pain score 0-10) และขอยาแก้ปวด

จุดประสงค์การพยาบาล ปวดแผลลดลง สุขสบายขึ้น

เกณฑ์การประเมินผล ประเมินปวดได้ในระดับต่ำกว่า 4

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินระดับความปวดโดยการซักถาม การสังเกตอาการแสดง

2. จัดท่านอนให้อยู่ในท่าศีรษะสูง เพื่อให้ผู้ป่วยหายใจสะดวก นอนหนุนหมอนที่เหมาะสม

3. จัดสถานะแวดล้อมให้เงียบสงบ อากาศถ่ายเทได้สะดวก เพื่อให้ผู้ป่วยพักผ่อนได้เพียงพอ

4. แนะนำให้ผู้ป่วยใช้มือประคองแผลผ่าตัดขณะที่มีการเคลื่อนไหวหรือไอ

5. แนะนำผู้ป่วยเกี่ยวกับการให้ยาแก้ปวดตามแผนการรักษาของแพทย์

ประเมินผล ปัญหาที่ได้รับการแก้ไข ได้ทั้งหมดในการเยี่ยมครั้งที่ 4 (วันที่ 21 เมษายน 2548) ผู้ป่วยปวดแผลลดลง สีหน้าแจ่มใสขึ้น

ตลอดระยะเวลาที่รับผู้ป่วยไว้ในความดูแลทั้งหมดก่อนให้ยาระงับความรู้สึก ระหว่างให้ยาระงับความรู้สึก ปัญหาที่เกิดขึ้นได้รับการป้องกันและแก้ไข ผู้ป่วยปลอดภัยไม่ได้รับอันตรายจากภาวะแทรกซ้อนต่างๆ การผ่าตัดคล่องไปได้ด้วยดี แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้หลังผ่าตัดวันที่ 5 รวมเวลาที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาล 7 วัน ผู้ป่วยสามารถพักผ่อนได้และปฏิบัติตามคำแนะนำได้อย่างถูกต้อง จนมีสภาพร่างกายกลับสู่ภาวะปกติ

5. ผู้ร่วมดำเนินการ ไม่มี

6. ของผลงานที่ผู้เสนอเป็นผู้ปฏิบัติ

เป็นผู้ดำเนินการทั้งหมดร้อยละ 100

7. ผลสำเร็จของงาน

จากการศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยได้รับยาระงับความรู้สึกเพื่อผ่าตัดต่อมไทรอยด์และใส่ท่อช่วยหายใจลำบาก ได้ให้การพยาบาลและศึกษาติดตามและประเมินผลการพยาบาลเป็นเวลา 16 วันและเยี่ยมจำนวน 5 ครั้งพบว่าปัญหาทั้งหมด 7 ข้อ ได้รับการแก้ไขทำให้สามารถ

1. เตรียมผู้ป่วย โดยการไปเยี่ยมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด 1 วันให้คำแนะนำเกี่ยวกับการให้ยาระงับความรู้สึก แนะนำการงดน้ำงดอาหารก่อนดมยาสลบ และการประเมินสภาพผู้ป่วย ชักประวัติข้อมูลสุขภาพของผู้ป่วยทั้งในปัจจุบัน และอดีต ข้อมูลสุขภาพของครอบครัว ตรวจร่างกายผู้ป่วยก่อนดมยาสลบ ศึกษาผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

2. เตรียมเครื่องมือในการดมยาสลบ เช่น

– เครื่องดมยาสลบที่พร้อมใช้งาน

– เครื่องมืออุปกรณ์ และยาที่ใช้ในการใส่ท่อช่วยหายใจโดยเตรียมให้ครบถ้วนตามข้อมูลที่ได้จากการประเมินผู้ป่วย

– เตรียมเครื่องเฝ้าระวังขณะดมยาสลบ เช่น เครื่องวัดความดันโลหิต เลือกด้าพัน (cuff)

ขนาดที่เหมาะสมกับต้นแขนของผู้ป่วย คือ ความยาวของด้าพันเท่ากับ $\frac{2}{3}$ ของความยาวเส้นรอบวงของแขน และความกว้างของด้าพันประมาณ $\frac{2}{3}$ ของความยาวของต้นแขน, เครื่องวัดค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดแดง (pulse oximeter) วิธีใช้จะต้องให้ลำแสงสีแดงผ่านผิวหนังบางๆ โดยติดเครื่องมือไว้ที่ปลายนิ้ว ค่าที่ได้จะไม่ถูกต้องเมื่ออุณหภูมิร่างกายต่ำ ผู้ป่วยขยับตัวไปมา ผู้ป่วยมีชีพจรเบา ภาวะความดันเลือดต่ำ ภาวะช็อกหรือหัวใจใกล้หยุดเต้น เครื่องนี้จะแสดงอัตราชีพจรด้วย เครื่องตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจต้องติดทุกราย

เพื่อตรวจดูภาวะวิกฤตจากต่อมไทรอยด์ ภาวะหัวใจเต้นผิดปกติ เครื่องวัดความเข้มข้นของคาร์บอนไดออกไซด์

3. เตรียมสารน้ำ เลือด รวมทั้งอุปกรณ์การให้สารน้ำ เลือดทางหลอดเลือดดำ
4. ให้การพยาบาลผู้ป่วยได้รับยาระงับความรู้สึก เพื่อผ่าตัดต่อมไทรอยด์โดยเลือกวิธีการดมยาสลบไสลอย่างถูกต้องไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนและสามารถเลือกแนวทางปฏิบัติได้เหมาะสม เมื่อผู้ป่วยมีภาวะใส่ท่อช่วยหายใจลำบาก ทำให้สามารถใส่ท่อช่วยหายใจได้สำเร็จ
5. เฝ้าระวังและควบคุมระดับการสลบโดยใช้ยาหย่อนกล้ามเนื้อ ร่วมกับการควบคุมการหายใจ ตลอดจนคำนวณการให้สารน้ำและเลือดทดแทนขณะผ่าตัดได้อย่างเพียงพอ โดยในผู้ป่วยรายนี้ได้ให้สารน้ำอะเซตาร์จำนวน 2700 มิลลิลิตร โดยคำนวณจากน้ำหนักตัว 80.5 กิโลกรัม สูญเสียเลือดจากการผ่าตัด 200 มิลลิลิตร ใช้เวลาผ่าตัด 3 ชั่วโมง 25 นาที
6. ถอดท่อช่วยหายใจได้อย่างถูกวิธีเหมาะสมกับสภาวะของผู้ป่วย โดยในผู้ป่วยที่มีภาวะใส่ท่อช่วยหายใจลำบากก่อนถอดท่อช่วยหายใจต้องให้แน่ใจว่าผู้ป่วยสามารถหายใจได้เพียงพอ ไม่มีภาวะทางเดินหายใจอุดกั้น ผู้ป่วยฟื้นและรู้สึกตัวดี มีรีเฟลกซ์ป้องกันทางเดินหายใจได้ดี จึงพิจารณาถอดท่อช่วยหายใจและให้ออกซิเจน 100% นาน 5 นาทีทางครอบหน้ากากเพื่อป้องกันภาวะขาดออกซิเจน จนผู้ป่วยมีความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือดแดงมากกว่า 97%
7. ดูแลผู้ป่วยในระหว่างเคลื่อนย้ายจากห้องผ่าตัดไปห้องพักฟื้นให้กระทำด้วยความนุ่มนวล และต้องแน่ใจว่าผู้ป่วยมีความปลอดภัยระหว่างเคลื่อนย้ายได้แก่ มีความดันโลหิต ชีพจรปกติ สามารถหายใจได้เอง ตื่นเพียงพอ ดูแลทางเดินหายใจ ป้องกันการเกิดปัญหาทางเดินหายใจอุดกั้นจากลิ้นตก เชคคางผู้ป่วยขึ้นให้ตะแคงหน้าไปด้านใดด้านหนึ่ง
8. ดูแลผู้ป่วยระยะพักฟื้นหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้น โดยไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากการดมยาสลบหลังผ่าตัด
9. ให้คำแนะนำก่อนกลับบ้าน โดยผู้ป่วยกลับบ้านในวันที่ 23 เมษายน 2548 และนัดมาตรวจอีกครั้งในวันที่ 2 พฤษภาคม 2548

8. การนำไปใช้ประโยชน์

1. ทราบถึงปัญหาทางการพยาบาล ผู้ป่วยกรณีศึกษา การพยาบาลผู้ป่วยได้รับยาระงับความรู้สึกเพื่อผ่าตัดต่อมไทรอยด์ และใส่ท่อช่วยหายใจลำบาก
2. เป็นแนวทางปฏิบัติเมื่อใส่ท่อช่วยหายใจลำบาก
3. เป็นแนวทางในการนำมาพัฒนาการให้บริการให้ดียิ่งขึ้น
4. เพิ่มพูนความรู้แก่ผู้ศึกษากรณีการพยาบาลผู้ป่วยได้รับยาระงับความรู้สึกเพื่อผ่าตัดต่อมไทรอยด์ และใส่ท่อช่วยหายใจลำบาก

9. ความยุ่งยาก ปัญหา อุปสรรคในการดำเนินการ

1. ผู้ป่วยรายนี้ได้รับการประเมินว่ามีปัญหาการใส่ท่อช่วยหายใจลำบากจึงต้องมีการเตรียมอุปกรณ์ในการใส่ท่อช่วยหายใจเพิ่มขึ้น เตรียมความพร้อมของบุคลากร รวมทั้งเลือกเทคนิคในการใส่ท่อช่วยหายใจให้เหมาะสม

2. ทำในการทำผ่าตัดต่อมไทรอยด์ จะจัดทำให้ผู้ป่วยนอนราบหนุนไหล่ แขนงคอเต็มที่ในการจัดทำต้องระมัดระวังการเลื่อนของท่อช่วยหายใจออกจากตำแหน่งที่เหมาะสมจึงควรตรวจดูตำแหน่งท่อช่วยหายใจทั้ง 2 ข้างของหน้าอก สังเกตการเคลื่อนไหวของทรวงอกทั้ง 2 ข้างต้องเท่ากัน

3. ต่อมไทรอยด์ที่โตจะกดเบียดหลอดลม อาจทำให้ทางเดินหายใจตีบแคบ หรือถูกเบียดไปอีกข้างหนึ่ง ทำให้ใส่ท่อช่วยหายใจลำบากยิ่งขึ้น

4. หลอดคอบวมแฟบ (Tracheal collapse) เนื่องจากต่อมไทรอยด์ที่โตกดทับหลอดคอบวมเป็นเวลานานทำให้ผนังของหลอดคอบวมแฟบ ทางเดินหายใจตีบแคบหายใจไม่สะดวกหรือหายใจไม่ได้หลังผ่าตัด อาจจำเป็นต้องคาท่อช่วยหายใจไว้นาน 24-48 ชั่วโมง และเมื่อถอดท่อออกต้องเตรียมเครื่องมือให้พร้อมสำหรับการใส่ท่อกลับเข้าไปใหม่ได้ทันที ถ้าเกิดอาการหายใจไม่สะดวก

5. ในระหว่างการผ่าตัดต่อมไทรอยด์อาจมีการกระตุ้นคาโรติด ไชนัส (carotid sinus) จะมีอาการความดันเลือดตกอย่างมาก หัวใจเต้นช้า หรืออาจหยุดเต้น การแก้ไขให้หยุดกระตุ้นหรือถ้าหัวใจเต้นช้าให้ยาอะโทรปีน (atropine) เข้าหลอดเลือดดำ (อังกฤษ ปรากฏการณ์และวรา สุวรรณจินดา, 2544 : 44)

6. อาจเกิดอัมพาตของสายเสียง ซึ่งเกิดจากศัลยแพทย์ ตัดหรือทำลายเส้นประสาทที่ไปเลี้ยงสายเสียง ซึ่งอาจทำให้เกิดทางหายใจปิดตันได้ จึงต้องตรวจดูการปิดเปิดของสายเสียงหลังเสร็จผ่าตัดทันทีที่ถอดท่อช่วยหายใจออก (วรา สุวรรณจินดา และอังกฤษ ปรากฏการณ์, 2540 : 490)

7. เลือดออกมาก ส่วนใหญ่มีสาเหตุจากผ่าตัดห้ามเลือดไม่ดีพอ หลังผ่าตัด 2-3 ชั่วโมงจะมีคอบวมมาก ขณะเดียวกันผู้ป่วยจะหายใจไม่สะดวก ต้องรีบนำผู้ป่วยเข้าห้องผ่าตัดเอาก้อนเลือดที่กดทับหลอดคอบวม และทำการห้ามเลือดให้เรียบร้อย

10. ข้อเสนอแนะ

1. การศึกษาประวัติของผู้ป่วย การประเมินทางเดินหายใจของผู้ป่วย และการเยี่ยมให้คำแนะนำผู้ป่วย ก่อนทำผ่าตัด จะช่วยลดปัญหาต่างๆในการพยาบาลผู้ป่วยได้รับยาระงับความรู้สึกเพื่อผ่าตัดต่อมไทรอยด์ และสามารถเตรียมอุปกรณ์และบุคลากรได้พร้อมในกรณีที่มีปัญหาใส่ท่อช่วยหายใจลำบาก สามารถช่วยลดอัตราการช่วยหายใจไม่เพียงพอ และการใส่ท่อช่วยหายใจไม่สำเร็จ

2. จัดทำวิธีลดปัญหาการใส่ท่อช่วยหายใจลำบากในผู้ป่วยผ่าตัดต่อมไทรอยด์ เพื่อเป็นแนวทางปฏิบัติในการใส่ท่อช่วยหายใจ

3. ผู้ป่วยจะปลอดภัย และลดความพิการที่อาจเกิดขึ้นได้ ขึ้นอยู่กับความรู้ ความสามารถของบุคลากรในทีมวิสัญญี ความพร้อมของอุปกรณ์และการเฝ้าระวังดูแลสังเกตอาการและสัญญาณชีพอย่างใกล้ชิด

4. ควบคุมดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดหลังผ่าตัดเพื่อป้องกันหรือให้การรักษาโรคแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้ทันที โดยเฉพาะทางเดินหายใจอุดตันหลังผ่าตัดต่อมไทรอยด์ ซึ่งจะทำให้เกิดอันตรายถึงชีวิตได้ง่าย

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ และได้ดำเนินการปรับปรุงแก้ไขเป็นไปตามคำแนะนำของคณะกรรมการ

ลงชื่อ.....*นางนพณา สุทธิวิเศษศักดิ์*.....

(นางนพณา สุทธิวิเศษศักดิ์)

พยาบาลวิชาชีพ 6ว (ด้านการพยาบาลวิสัญญี)

ผู้ขอรับการประเมิน

..... 5 / พย. / 2551

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

ลงชื่อ.....*นางเพลินพิศ ปานสว่าง*.....

(นางเพลินพิศ ปานสว่าง)

ตำแหน่ง หัวหน้าพยาบาล ฝ่ายการพยาบาล

วิทยาลัยแพทยศาสตร์จุฬาราชมนตรีและวชิรพยาบาล

..... 5 / พย. / 2551

ลงชื่อ.....*ศาสตราจารย์พิเศษมานิต ศรีประโมทย์*.....

(ศาสตราจารย์พิเศษมานิต ศรีประโมทย์)

ตำแหน่งผู้ตรวจราชการ 9

ขณะดำรงตำแหน่งผู้อำนวยการวิทยาลัย

วิทยาลัยแพทยศาสตร์จุฬาราชมนตรีและวชิรพยาบาล

..... 5 / พย. / 2551

หมายเหตุ แก้ไขระยะเวลาการดำเนินการให้เป็นไปตามมติคณะกรรมการประเมินผลงานสายงาน

การพยาบาลวิชาชีพ ระดับ 7 ครั้งที่ 2/2550 เมื่อวันที่ 19 ธันวาคม 2550

เอกสารอ้างอิง

พงษ์ธารา วิจิตรเวชไพศาล. การใส่ท่อช่วยหายใจ. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ : พี.เอ. ลีฟวิ่ง, 2539.

รรภา สุวรรณจินดา และอังกาบ ปราการรัตน์. ตำราวิสัญญีวิทยา. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : กรุงเทพเวชสาร, 2540.

วิจิตรา กุสุมภ์ และอรุณี เสงยศมาก. ข้อวินิจฉัยการพยาบาลตามรูปแบบของ **NANDA**. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : บพิธการพิมพ์, 2551.

อังกาบ ปราการรัตน์ และรรภา สุวรรณจินดา. การให้ยาระงับความรู้สึกที่เกี่ยวข้องกับสถานการณ์และ ศัลยกรรมเร่งด่วน. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ : กรุงเทพเวชสาร, 2544.

ข้อเสนอ แนวคิด วิธีการเพื่อพัฒนางานหรือปรับปรุงงานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น
ของ นางนพณา สุทธิวิเศษศักดิ์

เพื่อประกอบการแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพ 7 วช. ด้านการพยาบาลวิสัญญี
(ตำแหน่งเลขที่ วพบ. 1069) วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล

เรื่อง การจัดตั้งหน่วยพิเศษใส่ท่อช่วยหายใจในผู้ป่วยที่มีภาวะใส่ท่อช่วยหายใจลำบาก (แก้ไขชื่อเรื่องจาก
เรื่อง การจัดทำวิธีลดปัญหาการใส่ท่อช่วยหายใจลำบากในผู้ป่วยผ่าตัดต่อมไทรอยด์ ตามมติคณะกรรมการ
ประเมินผลงานสายงานการพยาบาลวิชาชีพ (ชุดที่ 3) ครั้งที่ 5/2551 ลงวันที่ 23 กรกฎาคม 2551)

หลักการและเหตุผล การใส่ท่อหายใจลำบาก (difficult intubation) คือภาวะใส่ท่อหายใจลำบากกว่าปกติ ซึ่งสมาคมวิสัญญีแพทย์แห่งสหรัฐอเมริกาได้ให้คำจำกัดความว่า เป็นภาวะที่บุคคลซึ่งมีประสบการณ์เพียงพอ (ทำงานมาไม่น้อยกว่า 2 ปี) ไม่สามารถใส่ท่อช่วยหายใจได้สำเร็จภายใน 3 ครั้ง หรือภายใน 10 นาที (จูติมา ชินะโชติ และคณะ, 2543 : 177) ปกติแล้วภาวะใส่ท่อหายใจลำบากพบได้น้อย ผู้ป่วยทั่วไปพบได้ร้อยละ 1-4 หญิงตั้งครรภ์ใกล้คลอดพบอุบัติการณ์สูงขึ้น 8 เท่า อุบัติการณ์ของการใส่ท่อช่วยหายใจไม่ได้เลยพบประมาณร้อยละ 0.05-0.35 จากการกำหนดแนวปฏิบัติเมื่อเกิดภาวะใส่ท่อช่วยหายใจลำบากในสหรัฐอเมริกาสามารถลดอัตราการฟองร้องที่เกี่ยวข้องกับความผิดปกติของระบบหายใจลงจากร้อยละ 25 ระหว่าง ค.ศ. 1985-1989 เป็นร้อยละ 17 (จูติมา ชินะโชติ และคณะ, 2543 : 177) ระหว่าง ค.ศ. 1990-1994 และอัตราการเกิดภาวะสมองตายจากการให้ยาระงับความรู้สึกจากร้อยละ 10 เป็นร้อยละ 6 (จูติมา ชินะโชติ และคณะ, 2543 : 177) จากสถิติทั่วโลก พบว่ามีผู้ป่วยประมาณ 600 รายต่อปี เสียชีวิตจากการใส่ท่อช่วยหายใจลำบาก (วรรณมา สมบูรณ์วิบูลย์ และคณะ, 2544 : 41) สาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากการขาดความพร้อม เนื่องจากไม่สามารถประเมินผู้ป่วยได้ก่อนการให้ยาระงับความรู้สึก รวมถึงการขาดความรู้ความชำนาญในการตัดสินใจจัดการกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม การจัดตั้งหน่วยพิเศษใส่ท่อช่วยหายใจในผู้ป่วยที่มีภาวะใส่ท่อช่วยหายใจลำบากที่ประกอบไปด้วยบุคลากรที่มีทักษะ ความชำนาญ และประสบการณ์ เครื่องมือและอุปกรณ์ที่ทันสมัย พร้อมใช้งานอยู่ตลอดเวลาขึ้น โดยเฉพาะจะสามารถลดปัญหาลงได้

วัตถุประสงค์

1. ลดอัตราการใส่ท่อช่วยหายใจไม่สำเร็จในวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล
2. เลือกวิธีปฏิบัติได้ถูกต้องเมื่อพบภาวะใส่ท่อช่วยหายใจลำบาก
3. ลดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยที่มีภาวะใส่ท่อช่วยหายใจลำบาก
4. ผู้ป่วยปลอดภัยจากการใส่ท่อช่วยหายใจ 5 ลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยที่มีภาวะใส่ท่อช่วยหายใจลำบาก

เป้าหมาย

1. ใส่ท่อช่วยหายใจได้สำเร็จในผู้ป่วยที่มีภาวะใส่ท่อช่วยหายใจลำบากทุกราย
2. อัตราการเกิดสมองตายหรือเสียชีวิตจากการใส่ท่อช่วยหายใจไม่สำเร็จเป็นศูนย์

กรอบการวิเคราะห์ แนวคิด ข้อเสนอ

1. ความรู้ทางวิชาการเกี่ยวกับภาวะใส่ท่อช่วยหายใจลำบาก
2. มาตรฐานการปฏิบัติสำหรับปัญหาการใส่ท่อช่วยหายใจลำบากตามที่สมาคมวิสัญญีแพทย์แห่งสหรัฐอเมริกา (ASA) ได้กำหนดไว้
3. กระบวนการพยาบาล การประเมินสภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโดยการประเมินตามรูปแบบของ NANDA (วิจิตรา กุสุมภ์ และอรุณี เสงขสมาก, 2551 : 5)
4. ความรู้ทางการพยาบาลผู้ป่วยภาวะวิกฤติ เรื่อง การประเมินภาวะทางเดินหายใจอุดกั้น
5. แนวคิดในการจัดตั้งหน่วยพิเศษใส่ท่อช่วยหายใจในผู้ป่วยที่มีภาวะใส่ท่อช่วยหายใจลำบาก
 - 5.1 ให้บริการแก่ผู้ป่วยในทุกหน่วยงานของวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานคร และ วชิรพยาบาล
 - 5.2 ให้บริการตลอด 24 ชั่วโมง
 - 5.3 ให้บริการผู้ป่วยทุกกลุ่มที่มีภาวะใส่ท่อช่วยหายใจลำบาก ได้แก่
 - 5.3.1 ผู้ป่วยที่มีประวัติการใส่ท่อช่วยหายใจลำบากมาก่อน
 - 5.3.2 ผู้ป่วยที่มีการประเมินทางเดินหายใจว่ามีภาวะใส่ท่อช่วยหายใจลำบาก หรือ
 - 5.3.3 ผู้ป่วยที่ไม่ได้คาดการณ์ล่วงหน้าว่าจะมีภาวะใส่ท่อช่วยหายใจลำบากแต่ไม่สามารถใส่ท่อช่วยหายใจได้สำเร็จ
 - 5.4 หน่วยพิเศษนี้ประกอบด้วยบุคลากรที่มีความรู้ความชำนาญ เครื่องมือและอุปกรณ์ครบถ้วนอยู่ในสภาพพร้อมใช้งานตลอดเวลา และมีมาตรฐานแนวปฏิบัติในสถานการณ์ต่างๆ โดยคำนึงถึงหลักความปลอดภัยของผู้ป่วย

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ลดอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยที่มีภาวะใส่ท่อช่วยหายใจลำบาก
2. ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนจากการใส่ท่อช่วยหายใจ
3. ลดค่าใช้จ่ายของผู้ป่วย และ โรงพยาบาลในการที่ผู้ป่วยจะต้องอยู่โรงพยาบาลนานขึ้น
4. ลดอัตราการฟ้องร้องที่เกิดจากภาวะแทรกซ้อนของการใส่ท่อช่วยหายใจลำบาก
5. เพิ่มคุณภาพและมาตรฐานของทีมวิสัญญีพยาบาล

ตัวชี้วัดความสำเร็จ

1. สามารถใส่ท่อช่วยหายใจในผู้ป่วยที่มีภาวะใส่ท่อช่วยหายใจลำบากได้ 100 %
2. ความเสี่ยงจากภาวะแทรกซ้อนของการใส่ท่อช่วยหายใจลำบากเท่ากับ 0%
3. ความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติในบริการของหน่วยพิเศษใส่ท่อช่วยหายใจ 100%

ลงชื่อ.....
(นางนพนภา สุทธิวิเศษศักดิ์)
ผู้รับการประเมิน
๕ / พ.ค. / 25๕1

เอกสารอ้างอิง

- ฐิติมา ชินะโชติ และคณะ. ตำราพื้นฐานฟูจิวิชาการวิศัลยวิทยา. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ : พี.เอ. สีฟวิ่ง, 2543.
- วรรณมา สมบูรณ์วิบูลย์ และคณะ. วิศัลยวิทยาพื้นฐาน. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : เท็คซ์ แอนด์ พับลิเคชั่น, 2544.
- วิจิตรา กุศลมภ์ และอรุณี เสงขสมาก. ข้อวินิจฉัยการพยาบาลตามรูปแบบของ **NANDA**. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : บพิธการพิมพ์, 2551.