

ผลงานประกอบการพิจารณาประเมินบุคคล  
เพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาชีพเฉพาะ

ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ 7 วช. (ด้านการพยาบาลวิสัญญี)

เรื่องที่เสนอให้ประเมิน

1. ผลงานที่เป็นผลการดำเนินงานที่ผ่านมา

เรื่อง การพยาบาลและการให้การระงับความรู้สึกผู้ป่วยในการผ่าตัดภาวะการณ  
ตั้งครรภ์นอกมดลูก

2. ข้อเสนอ แนวคิด วิธีการเพื่อพัฒนางานหรือปรับปรุงงานให้มีประสิทธิภาพ  
มากขึ้น

เรื่อง การกำหนดแนวทางป้องกันการเกิดภาวะลำไส้เศษอาหารและน้ำเข้าไปใน  
ปอดขณะได้รับการระงับความรู้สึกฉุกเฉิน

เสนอโดย

นางสาวภรภัทร อินทร์รักษา

ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ 6 ว (ด้านการพยาบาลวิสัญญี)

(ตำแหน่งเลขที่ วพบ.1059)

ฝ่ายการพยาบาล วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล

สำนักการแพทย์

## ผลงานที่เป็นผลการดำเนินงานที่ผ่านมา

1. **ชื่อผลงาน** การพยาบาลและการให้การระงับความรู้สึกผู้ป่วยในการผ่าตัดภาวะการตั้งครรภ์นอกมดลูก
2. **ระยะเวลาที่ดำเนินการ** 4 วัน (ตั้งแต่วันที่ 29 พฤษภาคม 2549 ถึงวันที่ 1 มิถุนายน 2549)
3. **ความรู้ทางวิชาการหรือแนวคิดที่ใช้ในการดำเนินการ**
  - 3.1 ความรู้ทางวิชาการเกี่ยวกับการตั้งครรภ์นอกมดลูก และความรู้ทางวิชาการเกี่ยวกับการให้การระงับความรู้สึกในผู้ป่วยฉุกเฉิน
  - 3.2 การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการให้การระงับความรู้สึกในภาวะฉุกเฉิน
  - 3.3 การให้การระงับความรู้สึกผู้ป่วยในการผ่าตัดภาวะการตั้งครรภ์นอกมดลูก
  - 3.4 การพยาบาลผู้ป่วยก่อน ระหว่าง และหลังการให้การระงับความรู้สึก
  - 3.5 การดูแลผู้ป่วยในห้องพักฟื้น

## 4. สรุปสาระสำคัญของเรื่องและขั้นตอนการดำเนินการ

การตั้งครรภ์นอกมดลูก (Ectopic pregnancy) หมายถึง การฝังตัวของไข่ที่ผสมแล้ว นอกโพรงมดลูก พบมากที่สุดที่ท่อนำไข่ บริเวณอื่นๆ ที่ตรวจพบได้คือรังไข่ ปากมดลูก ภายในช่องท้อง (มงคล เบญจาทิบาล และ ศิษฐกานต์ บริบูรณ์หิรัญสาร, 2542 : 353) มารดาที่ตั้งครรภ์นอกมดลูกมีโอกาสเสียชีวิตมากกว่ามารดาที่คลอดทางช่องคลอด 10 เท่า และมากกว่ามารดาที่ทำแท้ง 50 เท่า (พิชัย เจริญพานิช, 2540 : 210) มารดาที่เสียชีวิตหรือพิการมักจะเป็นกลุ่มที่ด้อยโอกาสเมื่อไข่ฝังตัวที่เยื่อท่อนำไข่ ก็จะมีโทรโพลลาส (trophoblast) เกิดขึ้น ซึ่งจะกินทะลุผ่านเนื้อเยื่อและกล้ามเนื้อของท่อนำไข่ หรือถึงผนังที่เป็นเยื่อของท้อง อาจจะกินทะลุเข้าไปในหลอดเลือดของมารดา ทำให้มีเลือดออกภายในท่อนำไข่ หรือเข้าไปในช่องท้อง เอ็มบริโออาจตายหลังการฝังตัว แต่ยังคงอยู่ในท่อนำไข่ ทำให้เกิดเป็นก้อนโมล อาการและอาการแสดงของการตั้งครรภ์จะค่อยๆ หายไป และการตรวจสอบการตั้งครรภ์อาจได้ผลลบ หลังจากนั้นจะมีการลอกตัวของเยื่อโพรงมดลูก ทำให้มีเลือดสีคล้ำๆ ออกทางช่องคลอดจำนวนเล็กน้อย การตั้งครรภ์ยังคงดำเนินต่อไปอีกระยะหนึ่ง มีเลือดออกเพิ่มขึ้นในท่อนำไข่ (hematosalpinx) เลือด และชิ้นส่วนของการตั้งครรภ์ (product of conception) จะถูกคลื่นย้ายเข้าไปในช่องของอุ้งเชิงกราน (pelvic cavity) และลงไปสู่ตำแหน่งที่ต่ำที่สุดในอุ้งเชิงกราน (cul -de -sac) อาการปวด กดเจ็บจะเพิ่มขึ้น โทรโพลลาส (trophoblast) ทำให้เกิดแผลขนาดใหญ่ของผนังท่อนำไข่ ทำให้ท่อนำไข่แตก ระยะนี้จะมีเลือดออกจำนวนมาก (massive bleeding) ในช่องของอุ้งเชิงกราน (pelvic cavity) ผู้ป่วยจะมีอาการช็อก และ

ปวดท้องอย่างรุนแรง ซึ่งพบได้เสมอในรายที่มีการฝังตัวที่ isthmus หรือ interstitial การตกเลือดจะเกิดอย่างรวดเร็ว และจำนวนมาก อาจทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ ถ้าได้รับการช่วยเหลือไม่ทันท่วงที

ผู้ป่วยที่มีการตั้งครรภ์นอกมดลูกมีอาการ และอาการแสดงแตกต่างกันได้มากขึ้นอยู่กับตำแหน่งที่เป็น และระยะของโรคที่มาพบแพทย์ อาการที่พบบ่อยได้แก่ ประจำเดือนมาช้าหรือขาด ประจำเดือน ปวดท้องน้อย อาการปวดมักจะเป็นแบบบิดๆ อาจเป็นข้างเดียว สองข้าง หรือทั่วๆ ไปก็ได้ ในรายที่มีเลือดออกในช่องท้อง อาจมีอาการปวดร้าวไปที่หัวไหล่ จากการที่เลือดไประคายเคืองกะบังลม เลือดออกทางช่องคลอด เลือดที่ออกมักมีจำนวนน้อย ลักษณะเป็นเลือดเก่าๆ และออกกะปริดกะปรอย แต่ในบางรายอาจไม่มีเลือดออกเลยก็ได้ โดยเฉพาะในรายที่เอมบริโอยังมีชีวิต กดเจ็บบริเวณหน้าท้อง ท้องอืด แข็งตึง ในรายที่มีเลือดออกในช่องท้อง อาจมีความดันโลหิตต่ำ ถ้ามีการเสียเลือดมาก อาจมีอาการช็อก ชีพจรเร็ว เบา ภาวะการตั้งครรภ์นอกมดลูกผู้ป่วยส่วนใหญ่มักได้รับการผ่าตัดอย่างรีบด่วน ในการผ่าตัดภาวะการตั้งครรภ์นอกมดลูกนั้น วิทยาลัยพยาบาลควรมีความรู้ความสามารถในการให้ยาระงับความรู้สึกผู้ป่วยผ่าตัดฉุกเฉิน เนื่องจากการให้ยาระงับความรู้สึกผู้ป่วยผ่าตัดฉุกเฉินมักพบปัญหาบ่อย และเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้มากกว่าผู้ป่วยทั่วไป (ฐิติมา ชินะโชติ , 2543 :27 )

กรณีศึกษาในผู้ป่วยรายนี้ เป็นหญิงไทยอายุ 25 ปี มาโรงพยาบาลด้วยอาการปวดท้อง มีเลือดออกทางช่องคลอดมานาน 1 เดือน ปวดท้องบริเวณด้านซ้าย 1 วัน ก่อนมาโรงพยาบาลผู้ป่วยมีอาการปวดท้องมากขึ้น มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน และอ่อนเพลีย ผู้ป่วยมีภาวะช็อก ความดันโลหิต 80/60 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 100 ครั้งต่อนาที หายใจ 20 ครั้งต่อนาที แพทย์ได้ทำการแก้ไขภาวะช็อก โดยให้สารน้ำทดแทน lactated Ringer's solution 1,000 มิลลิลิตร ทางหลอดเลือดดำและเตรียมเลือด packed red cell กรุ๊ปบี 2 ยูนิต และแพทย์รับผู้ป่วยไว้รักษาที่ตึกสูตินรีเวชกรรมเลขที่ ภายนอก 25231-49 เลขที่ภายใน 11688-49 สัญญาณชีพแรกรับ ความดันโลหิต 90/60 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 84 ครั้งต่อนาที หายใจ 20 ครั้งต่อนาที การตรวจด้วยคลื่นเสียงความถี่สูงพบว่า มีภาวะโลหิตซึมเข้าไปในช่องท้อง และไม่มีการตั้งครรภ์ในโพรงมดลูก แพทย์วินิจฉัยเบื้องต้นว่า ผู้ป่วยมีภาวะการตั้งครรภ์นอกมดลูกที่มีการแตกของท่อนำไข่ข้างซ้ายร่วมด้วย แพทย์จึงเห็นว่าควรให้ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดฉุกเฉิน เพื่อช่วยชีวิต

ผู้ป่วยมาถึงห้องผ่าตัดเวลา 14.55 น. ก่อนให้ยาระงับความรู้สึกผู้ป่วย ได้มีการวางแผนการให้ยาระงับความรู้สึก เพื่อให้การช่วยเหลือชีวิตผู้ป่วยได้ทันท่วงที มีการประเมินสภาพร่างกายและจิตใจของผู้ป่วย จากการซักถามและสังเกตอาการ ผู้ป่วยรู้สึกตัว ก่อนข้างซึม พุดคุยรู้เรื่อง ไม่สับสน มีอาการปวดท้อง มีสีหน้าวิตกกังวล บริเวณปลายมือ ปลายเท้า และเปลือกตาด้านในซีด ผู้ป่วยได้รับสารน้ำ lactated Ringer's solution 1,000 มิลลิลิตร ทางหลอดเลือดดำที่แขนทั้ง 2 ข้าง ปฏิเสธโรคประจำตัว ปฏิเสธการให้ยาประจำ ปฏิเสธการแพ้ยาและอาหาร ไม่เคยได้รับการผ่าตัดและการระงับความรู้สึกในอดีต ไม่ดื่มสุรา ไม่สูบบุหรี่ น้ำหนัก 50 กิโลกรัม รับประทานอาหารและน้ำครั้งสุดท้ายเวลา 9.00 น ขณะที่จะซักถามอาการผู้ป่วย ได้ติดอุปกรณ์เฝ้าระวังพร้อมกับวัดความดันโลหิต

ได้ 90/60 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 90 ครั้งต่อนาที หายใจ 24 ครั้งต่อนาที ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเม็ดเลือดแดง 96 เปอร์เซ็นต์ คลื่นไฟฟ้าหัวใจมีลักษณะปกติ ปัสสาวะออก 20 มิลลิลิตร ประเมินการใส่ท่อช่วยหายใจ โดยการตรวจทางเดินหายใจส่วนบนพบว่า อ้าปากได้กว้างเต็มที่ mallampati class 1 คือเห็น uvula , pillars และ soft palate ก้มเงยคอได้มาก ลักษณะคาง และฟันปกติ จากการประเมินแล้วพบว่าผู้ป่วยรายนี้ใส่ท่อช่วยหายใจ ไม่ยาก ตรวจใบรายงานของผู้ป่วยพบว่า ผลการตรวจโลหิตวิทยาพบค่า ความเข้มข้นของเลือดค่า 27.3 % และมีใบลงนามยินยอมรับการผ่าตัดของผู้ป่วย เรียบร้อย ตรวจสอบเลือดที่เตรียมมา ตรงกับชื่อผู้ป่วย กรุ๊ปเลือด เลขที่ภายนอก เลขที่ภายใน และหมายเลขของเลือดตรงกัน เตรียมชุดให้เลือดไว้พร้อมใช้ทันที และจำแนกผู้ป่วยตาม American Society of Anesthesiologists (ASA) เป็นประเภทที่ 2 คือ ASA 2 E

เริ่มให้ยาระงับความรู้สึก เวลา 15.05 น. ให้ผู้ป่วยสูดดมออกซิเจน 100 เปอร์เซ็นต์ จำนวน 6 ลิตรต่อนาที ทางหน้ากากครอบนาน 5 นาที นำสลบด้วยยา ketamine ขนาด 75 มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำ และให้ยาหย่อนกล้ามเนื้อ succinyl choline 75 มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำทันที หลังจากฉีดยานำสลบ เมื่อผู้ป่วยเริ่มหลับให้ผู้ช่วยใช้นิ้ว 3 นิ้ว กดกระดูกอ่อน cricoid จากคอ ด้านหน้าให้เบนชิดกับกระดูกไขสันหลังส่วนคอ ครอบหน้ากากให้ออกซิเจนโดยไม่ช่วยการหายใจ รอจนกล้ามเนื้อหย่อนตัวดี จึงใส่ท่อช่วยหายใจอย่างนุ่มนวล เมื่อคัพผ่านพ้นสายเสียงก็หยุดสอดแล้วใส่ลมเข้าไปในคัพที่ ที่ปลายท่อช่วยหายใจประมาณ 5 มิลลิลิตร ต่อท่อช่วยหายใจเข้ากับเครื่องช่วยหายใจหลังจากใส่ลมเข้าไปในคัพที่ แล้วให้ผู้ช่วยเลิกกดคอได้ ฟังเสียงลมผ่านปอดทั้ง 2 ข้างเท่ากัน จัดระดับ และยึดท่อช่วยหายใจไว้ไม่ให้เลื่อนขึ้นหรือลงได้ ด้วยพลาสติกที่เตรียมไว้ จากนั้นเปิดก๊าซไนตรัสออกไซด์ และก๊าซออกซิเจนในอัตราการใช้ของก๊าซ 2 : 2 ลิตรต่อนาที และควบคุมการหายใจด้วยเครื่องช่วยหายใจ เปิดก๊าซ 500 มิลลิลิตรต่อนาที หายใจ 12 ครั้งต่อนาที

ในระยะแรกของการผ่าตัด ผู้ป่วยยังอยู่ในภาวะพร่องน้ำ พร่องเลือด ความต้องการยาระงับความรู้สึกของผู้ป่วยลดลง ดังนั้นการให้ยาระงับความรู้สึกผู้ป่วยระยะแรกนี้ จึงให้ยาสลบชนิดไอรอะเหยไว้ก่อน เพราะยาสลบชนิดไอรอะเหยทำให้หลอดเลือดดำขยายตัว ความดันโลหิตลดลง ดังนั้นในระยะแรกของการผ่าตัดผู้ป่วยได้รับยา Dormicum 3 มิลลิกรัม และ morphine 4 มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำ ไนตรัสออกไซด์ 2 ลิตรต่อนาที ออกซิเจน 2 ลิตรต่อนาที และให้ยาหย่อนกล้ามเนื้อ pavulon 4 มิลลิกรัมทางหลอดเลือดดำ และควบคุมการหายใจด้วยเครื่องช่วยหายใจ หลังจากให้ยาระงับความรู้สึกได้นานครึ่งชั่วโมง แพทย์ได้ผ่าตัดเอาท่อน้ำไข้วางซ้ายออก ผู้ป่วยได้รับสารน้ำ lactated Ringer's solution จำนวน 1,300 มิลลิลิตร 0.9% NSS จำนวน 200 มิลลิลิตร ทางหลอดเลือดดำ ได้รับเลือด packed red cell กรุ๊ปบี 2 ยูนิต ทางหลอดเลือดดำ ความดันโลหิตเพิ่มขึ้นจาก 90/60 มิลลิเมตรปรอท เป็น 100/70 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 92 – 100 ครั้งต่อนาที ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเม็ดเลือดแดง 100 เปอร์เซ็นต์ ปัสสาวะออก 300 มิลลิลิตรในระหว่างการผ่าตัด ประเมินความรู้สึกของผู้ป่วย โดยสังเกตปฏิกิริยาตอบสนองต่อการผ่าตัด โดยการสังเกตรูม่านตาที่ขยายใหญ่ขึ้นกว่าปกติ มีน้ำตาไหล ได้เพิ่มยาสลบชนิดไอรอะเหยให้โดยเปิด sevorane ความ

เข้มข้น 0.4 เปอร์เซ็นต์ ตลอดระยะเวลาผ่าตัด สามารถรักษาความดันโลหิตอยู่ในช่วง 100/70–120/60 มิลลิเมตรปรอท คลื่นไฟฟ้าหัวใจมีลักษณะปกติ ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเม็ดเลือดแดง 100 เปอร์เซ็นต์ ซึ่งจลลดลงเหลือ 70–88 ครั้งต่อนาที จากกระแวกของการผ่าตัดซึ่งจล 90–100 ครั้งต่อนาที เมื่อการผ่าตัดเสร็จสิ้น ปิดก๊าซไนตรัสออกไซด์ หยุดยาระงับความรู้สึกทุกชนิด ให้ออกซิเจน 100 เปอร์เซ็นต์ ในอัตราการไหลของก๊าซ 6 ลิตรต่อนาที เมื่อผู้ป่วยเริ่มหายใจจึงให้ยา atropine 1.2 มิลลิกรัม และ neostigmine 2.5 มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำ และปิดเครื่องช่วยหายใจอัตโนมัติ

ระยะถอดท่อช่วยหายใจ เรียกชื่อผู้ป่วยบอกให้หายใจ พร้อมทั้งช่วยหายใจด้วยออกซิเจน 100 เปอร์เซ็นต์ สลับกับให้ผู้ป่วยหายใจเอง เมื่อผู้ป่วยลืมตา ยกแขนได้ ทำตามคำสั่งได้ดี คุณสมพะในท่อช่วยหายใจ และปาก ผู้ป่วยสามารถหายใจได้ดี แล้วจึงถอดท่อช่วยหายใจ ให้ผู้ป่วยสูดดมออกซิเจน 100 เปอร์เซ็นต์ ทางหน้ากากครอบนาน 5 นาที วัดสัญญาณชีพอีกครั้ง ความดันโลหิต 120/70 มิลลิเมตรปรอท ซึ่งจล 84 ครั้งต่อนาที หายใจ 20 ครั้งต่อนาที ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเม็ดเลือดแดง 100 เปอร์เซ็นต์ การผ่าตัดผู้ป่วยใช้เวลาทั้งสิ้น 1 ชั่วโมง 10 นาที ผู้ป่วยเสียเลือดระหว่างการผ่าตัดประมาณ 1,000 มิลลิลิตร ได้รับสารน้ำ lactated Ringer's solution จำนวน 1,900 มิลลิลิตร 0.9% NSS 500 มิลลิลิตร เลือด packed red cell กรุ๊ปบี 2 ยูนิต 460 มิลลิลิตร ปัสสาวะออกทั้งหมด 400 มิลลิลิตร เมื่อผู้ป่วยรู้สึกตัวดี จึงเคลื่อนย้ายไปห้องพักฟื้น เวลา 16.15 น.

จากการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยหลังจากออกจากห้องผ่าตัดที่ห้องพักฟื้น หลังผ่าตัด วันที่ 29 พฤษภาคม 2549 สภาพทั่วไปของผู้ป่วย รู้สึกตัวดี มีอาการหนาวสั่น ได้รับสารน้ำ 0.9% NSS ขนาด 1,000 มิลลิลิตร สัญญาณชีพแรกเริ่ม 120/70 มิลลิเมตรปรอท ซึ่งจล 84 ครั้งต่อนาที หายใจ 20 ครั้งต่อนาที ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเม็ดเลือดแดง 100 เปอร์เซ็นต์ ผู้ป่วยได้รับการดูแลจัดให้อยู่ในท่านอนหงาย ศีรษะสูง ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนทางหน้ากากในอัตรา 6 ลิตรต่อนาที หลังการระงับความรู้สึก เพื่อขับก๊าซไนตรัสออกไซด์ออกจากร่างกาย และผู้ป่วยมีอาการหนาวสั่นซึ่งจะทำให้ร่างกายมีความต้องการออกซิเจนมากขึ้น ดูแลให้ผู้ป่วยห่มผ้าต่อเข้ากับเครื่องเป่าลมร้อน (Bair Hugger) ผู้ป่วยนอนในห้องพักฟื้นนานประมาณ 2 ชั่วโมง PAR score ได้ 10 คะแนน เมื่อไม่พบอาการผิดปกติ และรู้สึกตัวดี จึงย้ายผู้ป่วยกลับหอผู้ป่วย

ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยหลังทำผ่าตัดวันแรก วันที่ 30 พฤษภาคม 2549 เวลา 16.00 น. ที่หอผู้ป่วยสูติรีเวชกรรม ผู้ป่วยอยู่บนเตียง แผลหน้าท้องแห้งดี ไม่มีไข้ อุณหภูมิร่างกายปกติ 36.5 องศาเซลเซียส มีอาการอ่อนเพลียและซิด ให้เลือด packed red cell กรุ๊ปบี 1 ยูนิต มีสีหน้าแสดงอาการปวดแผลมาก แนะนำให้ผู้ป่วยแจ้งพยาบาลประจำหอผู้ป่วยทราบในกรณีที่เจ็บปวดแผลมาก จนทนไม่ไหว เพื่อจะได้ยาระงับปวดตามแผนการรักษา และอธิบายให้ผู้ป่วยรับทราบถึงระยะเวลาของการได้รับยาระงับปวด

ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยหลังทำผ่าตัดวันที่สอง วันที่ 31 พฤษภาคม 2549 เวลา 7.30 น. ผู้ป่วยมีสีหน้าสดชื่นขึ้น มีอาการปวดแผลผ่าตัดพอทนได้ แพทย์อนุญาตให้รับประทานอาหารอ่อนได้ ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้เล็กน้อย ท้องไม่อืด แผลผ่าตัดแห้งดี ไม่มีไข้ อุณหภูมิร่างกายปกติ 37.2

องศาเซลเซียส ระบบขับถ่ายปกติ จากการพูดคุยกับผู้ป่วย และสามีพบว่าผู้ป่วยมีความวิตกกังวลว่าจะไม่มีโอกาสตั้งครรภ์ได้อีก ได้พูดคุยปลอบโยนให้กำลังใจและอธิบายให้ผู้ป่วยและสามีทราบว่ายังมีท่อนำไข่อีกข้างที่ยังปกติดี สามารถมีประจำเดือนได้ตามปกติและมีโอกาสตั้งครรภ์ได้

ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยหลังทำผ่าตัดวันที่สามวันที่ 1 มิถุนายน 2549 เวลา 12.00 น. ผู้ป่วยมีสีหน้าท่าทางสดชื่น แจ่มใสมากขึ้น ไม่มีภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ปวดแผลผ่าตัดเล็กน้อย รับประทานอาหารได้ดี แผลหน้าท้องแห้งดี ไม่มีไข้ อุณหภูมิร่างกายปกติ 36.8 องศาเซลเซียส แพทย์อนุญาตให้กลับบ้าน จึงให้คำแนะนำการปฏิบัติตนเมื่อกลับบ้าน แนะนำเรื่องการดูแลแผลผ่าตัด ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลรวม 4 วัน

### ปัญหาที่พบในผู้ป่วยก่อน ระหว่าง และหลังการให้การระงับความรู้สึก

1. ผู้ป่วยกลัวและวิตกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัดและการให้ยาระงับความรู้สึก เนื่องจากการผ่าตัดแบบฉุกเฉิน
2. เสี่ยงต่อภาวะสำลักเศษอาหารและน้ำเข้าไปในปอดเนื่องจากผู้ป่วยหมดความรู้สึกจากการให้ยาระงับความรู้สึก
3. การกำซาบเนื้อเยื่อไม่มีประสิทธิภาพเนื่องจากการเสียเลือดจากการตั้งครรภ์นอกมดลูก
4. เสี่ยงต่อการหายใจไม่มีประสิทธิภาพหลังถอดท่อช่วยหายใจ หลังการให้ยาระงับความรู้สึก
5. อุณหภูมิร่างกายต่ำกว่าปกติเนื่องจากได้รับสารน้ำและเลือดที่เย็น
6. เสี่ยงต่อการเกิดปัญหาของการกำซาบ เนื่องจากผู้ป่วยมีภาวะช็อคหลังผ่าตัด
7. เสี่ยงต่อการติดเชื้อที่แผลผ่าตัดเนื่องจากเนื้อเยื่อบาดเจ็บ และมีการแตกของท่อนำไข่
8. ผู้ป่วยปวดแผลเนื่องจากเนื้อเยื่อบาดเจ็บจากการผ่าตัด
9. รู้สึกสิ้นหวังต่อการมีบุตร เนื่องจากผู้ป่วยคิดว่าหลังจากผ่าตัดเอาท่อนำไข่ออกแล้วไม่มีโอกาสตั้งครรภ์ได้อีก

### สรุปปัญหาจากการให้การพยาบาลผู้ป่วยก่อน ระหว่าง และหลังการให้การระงับความรู้สึก

1. ผู้ป่วยรู้สึกกลัว และวิตกกังวลลดลง เข้าใจสภาพการเจ็บป่วยของตนเอง และให้ความร่วมมือในการตอบคำถามเกี่ยวกับประวัติและอาการ หลังจากอธิบายและให้ความรู้กับผู้ป่วย
2. ไม่เกิดภาวะสำลักเศษอาหารและน้ำเข้าไปในปอดของผู้ป่วยโดยใช้วิธี rapid sequence induction ในการให้การระงับความรู้สึก
3. การกำซาบมีประสิทธิภาพเนื่องจากผู้ป่วยได้รับสารน้ำและเลือดทดแทนในปริมาณที่เพียงพอ

4. ไม่มีปัญหาการหายใจไม่มีประสิทธิภาพหลังถอดท่อช่วยหายใจ โดยประเมินผู้ป่วยก่อนถอดท่อช่วยหายใจ เมื่อผู้ป่วยสามารถหายใจได้ดี ทำตามคำสั่งได้ จึงถอดท่อช่วยหายใจ และให้ผู้ป่วยสูดดมออกซิเจน 100 เปอร์เซ็นต์

5. ผู้ป่วยได้รับการให้เลือดทดแทนหลังผ่าตัด

6. ไม่เกิดการติดเชื้อที่แผลผ่าตัด ผู้ป่วยไม่มีไข้ แผลแห้งดีจากการให้การพยาบาลด้วยเทคนิคปราศจากเชื้อ และได้รับการรักษาด้วยยาปฏิชีวนะ

7. ผู้ป่วยมีอาการปวดแผลทุเลาลงจากการให้การพยาบาลอย่างนุ่มนวล ผ่าเบา

8. อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจ พุดคุย และปลอบโยนผู้ป่วยด้วยความเป็นกันเองหลังจากฟังคำอธิบาย ผู้ป่วยมีสีหน้าสดชื่นขึ้น ผู้ป่วยมีความหวังในการตั้งครรถต่อไป

5. ผู้ร่วมดำเนินการ ไม่มี

6. ส่วนของงานที่ผู้เสนอเป็นผู้ปฏิบัติ

เป็นผู้ดำเนินการทั้งหมดร้อยละ 100

7. ผลสำเร็จของงาน

ได้ให้การพยาบาล ศึกษาติดตาม และประเมินผลการพยาบาลเป็นเวลา 4 วันและเยี่ยมจำนวน 3 ครั้ง พบว่าปัญหาทั้งหมดได้รับการแก้ไข พร้อมทั้งได้ให้คำแนะนำก่อนกลับบ้าน ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติได้ถูกต้องจึงทำให้มีผลสัมฤทธิ์

8. การนำไปใช้ประโยชน์

8.1 ประโยชน์ต่อหน่วยงาน โดยใช้เป็นแนวทางในการวางแผนการพยาบาล การให้การระงับความรู้สึกผู้ป่วยในการผ่าตัดภาวะการตั้งครรถนอกมดลูก

8.2 ประโยชน์ต่อบุคลากรในหน่วยงานเพื่อเพิ่มพูนความรู้แก่ผู้ศึกษากรณีการให้การระงับความรู้สึกผู้ป่วยในการผ่าตัดภาวะการตั้งครรถนอกมดลูก

8.3 เพิ่มคุณภาพการให้บริการทางด้านการระงับความรู้สึก

8.4 เป็นแนวทางในการนำมาพัฒนาการให้บริการให้ดียิ่งขึ้น

9. ความยุ่งยาก ปัญหา อุปสรรคในการดำเนินการ

9.1 ผู้ป่วยมีภาวะพร่องน้ำและเลือดเป็นภาวะวิกฤตและฉุกเฉินต้องให้การช่วยเหลืออย่างเร่งด่วน เพื่อช่วยชีวิตของผู้ป่วยและไม่ให้เกิดความพิการ

9.2 การตั้งครรถนอกมดลูกเป็นภาวะฉุกเฉินต้องให้การระงับความรู้สึกอย่างเร่งด่วนต้องระวังการเกิดการสำลักเศษอาหารและน้ำเข้าไปในปอด ต้องดูแลทางเดินหายใจอย่างใกล้ชิด

9.3 หลังการผ่าตัดผู้ป่วยมีภาวะช็อคจากการเสียเลือดต้องให้เลือดและสังเกต  
ภาวะแทรกซ้อนอย่างใกล้ชิด

## 10. ข้อเสนอแนะ

10.1 การตั้งครุภัณฑ์นอกมดลูกมีภาวะพร่องน้ำและเลือดมีการเปลี่ยนแปลงของ  
สัญญาณชีพทำให้เกิดอันตรายถึงแก่ชีวิตได้ ควรได้รับการช่วยเหลืออย่างเร่งด่วน

10.2 ผู้ป่วยจะปลอดภัยและลดความพิการที่อาจเกิดขึ้นได้ ขึ้นอยู่กับความรู้  
ความสามารถของทีมวิสัญญี ทีมสุขภาพ และความพร้อมของอุปกรณ์ทางการแพทย์

10.3 ควรจัดทำแนวทางในการปฏิบัติงานด้านวิสัญญีพยาบาลเพื่อเพิ่มพูนความรู้  
และทักษะในการปฏิบัติงานให้การระงับความรู้สึกผู้ป่วยตั้งครุภัณฑ์นอกมดลูก

10.4 เพื่อใช้เป็นข้อมูลประกอบการศึกษา ค้นคว้าแก่เจ้าหน้าที่ในหน่วยงานวิสัญญี  
และผู้ที่สนใจ

10.5 เพื่อพัฒนางานการพยาบาลให้ก้าวหน้า และทันสมัยตลอดเวลา

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการและได้ดำเนินการปรับปรุง  
แก้ไขเป็นไปตามคำแนะนำของคณะกรรมการ

ลงชื่อ .....  
นางสาวภรภัทร อินทร์รักษา

(นางสาวภรภัทร อินทร์รักษา)

พยาบาลวิชาชีพ 6 ว (ด้านการพยาบาลวิสัญญี)

ผู้ขอรับการประเมิน

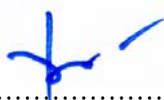
3 ธันวาคม 2557

...../...../.....



ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

ลงชื่อ.....



(นางเพลินพิศ ปานสว่าง)

(ตำแหน่ง) หัวหน้าพยาบาล ฝ่ายการพยาบาล  
วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล

3 มิถุนายน 2551

(วันที่)...../...../.....

ลงชื่อ.....



(ศาสตราจารย์พิเศษมานิต ศรีประโมทย์)

(ตำแหน่ง) ผู้อำนวยการวิทยาลัย  
วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล  
รักษาการในตำแหน่งรองผู้อำนวยการสำนักการแพทย์

3 มิถุนายน 2551

(วันที่)...../...../.....

หมายเหตุ แก้ไขระยะเวลาการดำเนินการให้เป็นไปตามมติคณะกรรมการประเมินผลงานสายงาน  
การพยาบาลวิชาชีพระดับ 7 วช. เมื่อวันที่ 19 ธันวาคม 2550

### เอกสารอ้างอิง

จิตติมา ชินะโชติ . วิทยาลัยวิทยาทางสูติกรรม. กรุงเทพฯ : พี.เอ.ลิฟวิ่ง, 2543.

พิชัย เจริญพานิช. สูติศาสตร์. กรุงเทพฯ : 21 เซ็นจูรี่, 2540.

มงคล เบญจาทิบาลและ ศิษฐกานต์ บริบูรณ์หิรัญสาร. การตั้งครรภ์นอกมดลูก. พิมพ์ครั้งที่2.

กรุงเทพฯ:โอ เอส พรินติ้ง เฮาส์, 2542

วรภา สุวรรณจินดา และ อังกาบ ปราการรัตน์. ตำราวิทยาลัยวิทยา. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ :

กรุงเทพเวชสาร, 2548.

วิจิตรา กุสุมภ์ และ อรุณี เสงขสมาก.ข้อวินิจฉัยการพยาบาลตามรูปแบบของ NANDA.กรุงเทพฯ :

บริษัท บพิชการพิมพ์, 2551.

## ข้อเสนอ แนวคิด วิธีการเพื่อพัฒนางานหรือปรับปรุงงานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

ของ นางสาวภรภัทร อินทร์กษา

เพื่อประกอบการแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ 7 วช. ( ด้านการพยาบาลวิสัญญี)

(ตำแหน่งเลขที่ วพบ. 1059) สังกัดฝ่ายการพยาบาล วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและ  
วชิรพยาบาล สำนักการแพทย์

เรื่อง การกำหนดแนวทางป้องกันการเกิดภาวะสำลักเศษอาหารและน้ำเข้าไปในปอดขณะได้รับการ  
ระงับความรู้สึกฉุกเฉิน

### หลักการและเหตุผล

ผู้ป่วยสำคัญที่อาเจียนเข้าสู่หลอดลมและปอดในขณะที่ผู้ป่วยหมดสติจากการให้ยาระงับ  
ความรู้สึกเป็นภาวะแทรกซ้อนที่มีอันตรายสูงมากและมีอุบัติการณ์ถึงร้อยละ 10 ของผู้ป่วยที่เสียชีวิต  
จากการดมยาสลบ พบบ่อยในผู้ป่วยได้รับอุบัติเหตุฉุกเฉิน คนอ้วน หญิงตั้งครรภ์ ถ้าใส่อุดคั้น  
เลือดออกในทางเดินอาหาร และการอักเสบในช่องท้อง (peritonitis) เนื่องจากในภาวะดังกล่าวมี  
น้ำย่อยและเศษอาหารค้างอยู่ในกระเพาะอาหารจึงง่ายต่อการสำรอกและสำลักสิ่งเหล่านั้นเข้าปอด  
จนเกิดปัญหาของเนื้อเยื่อขาดออกซิเจน และปอดอักเสบได้ ( สมศักดิ์ อารีวัฒนา, 2534: 295 ) โดย  
สังเกตเห็นสิ่งอาเจียนในปากหรือสามารถดูดเศษอาหารออกมาได้จากหลอดลมของผู้ป่วย ตามมา  
ด้วยอาการหายใจลำบากคล้ายโรคหอบหืดอย่างรวดเร็ว เกิดอาการเขียวจากการขาดออกซิเจน  
เนื่องจากการหดตัวของหลอดลม ฟังปอดมีเสียง wheeze และ rhonchi ภาพถ่ายรังสีทรวงอกของ  
ผู้ป่วยที่สำคัญสารที่มีขนาดใหญ่จะแสดงลักษณะปอดแฟบ (atelectasis) ของปอดส่วนที่หลอดลมถูก  
อุดกั้น แต่ถ้าสำลักน้ำย่อยจากกระเพาะอาหารจะมี pulmonary infiltration เห็นเป็นฝ้ากระจายเป็น  
หย่อมๆในส่วนที่มีพยาธิสภาพ ผู้ป่วยเกือบทั้งหมดจะมีอาการและอาการแสดงเกิดภายใน 1 – 2  
ชั่วโมงหลังการสำลัก แต่บางครั้งอาจเริ่มเกิดมีอาการได้ล่าช้าถึง 6 – 8 ชั่วโมง โดยเฉพาะในระหว่าง  
การได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วไป ผู้ป่วยที่เกิดการสำลักเศษอาหาร หรือน้ำย่อยจากกระเพาะ  
อาหารมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนทางการหายใจที่รุนแรงได้ ควรได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดต่อไป  
ภายในหออภิบาล(ICU) ดังนั้นวิสัญญีพยาบาลควรมีความรู้ความสามารถในการให้การระงับ  
ความรู้สึกผู้ป่วยผ่าตัดฉุกเฉิน เพื่อป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยเกิดการสำลักและมีแนวทางในการช่วยเหลือ  
และแก้ไขปัญหาได้ทันทั่วทั้งที่ ( ประดิษฐ์ สมประกิจ , 2543:752 )

### วัตถุประสงค์และหรือเป้าหมาย

#### วัตถุประสงค์

ไม่เกิดการสำลักเศษอาหารและน้ำเข้าไปในปอดขณะได้รับการระงับความรู้สึกฉุกเฉิน

#### เป้าหมาย

- อัตราการเกิดภาวะสำลักเศษอาหารและน้ำเข้าไปในปอดเป็น 0% โดยประเมินได้จาก
- อัตราความอึดตัวของออกซิเจนในเม็ดเลือดแดง โดยใช้อุปกรณ์เครื่องมือเฝ้าระวังวัดจากบริเวณปลายนิ้วมือ นิ้วเท้าไม่ต่ำกว่า 95 %
  - เสี่ยงปอดทั้ง 2 ข้าง ปกติและเท่ากัน
  - ระดับความดันโลหิตไม่ต่ำกว่า 90/60 มิลลิเมตรปรอท ชีพจรต่ำกว่า 100 ครั้งต่อนาที โดยใช้อุปกรณ์เครื่องมือเฝ้าระวัง
  - อัตราเร็วของการหายใจน้อยกว่า 30 ครั้งต่อนาที

#### กรอบการวิเคราะห์ แนวคิดข้อเสนอ

ตามหลักวิชาการวิสัญญีวิทยามีแนวทางในการดำเนินการเพื่อเป็นการป้องกันการสำลักเศษอาหารในผู้ป่วย โดยวิสัญญีพยาบาลควรระลึกรถึงการป้องกันการสำลักสารในกระเพาะอาหารเข้าปอด เสมอจึงควรเป็นผู้ที่มีความรู้มีประสบการณ์ และมีผู้ช่วยที่มีความสามารถในการให้การระงับความรู้สึกผู้ป่วยฉุกเฉิน เมื่อวิสัญญีแพทย์เลือกให้การระงับความรู้สึกเฉพาะส่วน เช่นการฉีดยาชาทางไขสันหลัง (spinal ) หรือ epidural ช่วยลดปัญหาเรื่องการสำลักได้ ในกรณีที่เลือกให้การระงับความรู้สึกแบบทั่วไปควรใช้เทคนิคการนำสลบแบบรีบด่วน (rapid sequence induction) ร่วมกับการกดกระดูกอ่อนที่คอ (cricoid) และใส่ท่อช่วยหายใจชนิดมีลูกโป่ง (cuff tracheal tube) เสมอ ควรเตรียมพร้อมสำหรับการใส่ท่อช่วยหายใจยากหรือล้มเหลวทั้งแนวทางการปฏิบัติและอุปกรณ์ นอกจากนี้ในขณะที่ถอดท่อช่วยหายใจออกเมื่อเสร็จสิ้นการผ่าตัด ควรรอให้ผู้ป่วยตื่นและมีรีเฟล็กซ์ ป้องกันทางเดินหายใจกลับมา โดยอาจร่วมกับการจัดผู้ป่วยให้อยู่ในท่านอนตะแคงศีรษะต่ำ ( ประดิษฐ์ สมประกิจ, 2543 : 755-756 ) ซึ่งแนวทางในการปฏิบัตินี้วิสัญญีแพทย์และวิสัญญีพยาบาล ใช้สำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการระงับความรู้สึกฉุกเฉินทุกราย

#### ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ปริมาณการเสียชีวิตและพิการน้อยลง
2. ผู้ป่วยสามารถกลับไปดำรงชีวิตได้ตามปกติ
3. ปริมาณการโดนฟ้องร้องลดลง
4. ผู้ป่วยและโรงพยาบาลเสียค่าใช้จ่ายน้อยลง
5. ความประทับใจของผู้ป่วยที่ได้รับจากการรักษาและการพยาบาล
6. เพิ่มคุณภาพและมาตรฐานของทีมวิสัญญี

### ตัวชี้วัดความสำเร็จ

1. ช่วยเหลือชีวิตผู้ป่วยได้ทันเวลาที่ โดยให้แพทย์สามารถทำการผ่าตัดได้ในภาวะฉุกเฉิน
2. ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนขณะให้ยาระงับความรู้สึก และหลังได้รับยาระงับความรู้สึกในผู้ป่วยฉุกเฉิน ได้แก่ ภาวะช็อกจากการเสียเลือดขณะได้รับการผ่าตัด การได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอ ภายหลังถอดท่อช่วยหายใจ ภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำ
3. อัตราการเกิดภาวะสำลักเศษอาหารและน้ำเข้าไปในปอดเป็น 0%
4. ผู้ป่วยฟื้นจากยาสลบทันทีหลังเสร็จสิ้นการผ่าตัด อัตราความอึดตัวของออกซิเจนในเม็ดเลือดแดง ปลายนิ้วมือ 100% อัตราเร็วของการหายใจน้อยกว่า 30 ครั้งต่อนาที ซึ่งทำให้มีการฟื้นฟูสภาพร่างกายภายหลังการผ่าตัดได้อย่างรวดเร็ว
5. มีการวางแผนการระงับความรู้สึกในผู้ป่วยฉุกเฉิน และมีการติดต่อประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้อย่างมีประสิทธิภาพ
6. ผู้ป่วยกลับบ้านได้เร็วขึ้น และสามารถดำรงชีวิตได้ตามปกติ
7. ประหยัดค่าใช้จ่ายของผู้ป่วย และทางโรงพยาบาล โดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น ในการรักษาอาการที่เกิดจากภาวะแทรกซ้อน
8. ผู้ป่วยประทับใจในการรักษาพยาบาล ส่งเสริมชื่อเสียงของโรงพยาบาลให้รู้จักอย่างกว้างขวาง

นางภัทร อินทรักษา

ลงชื่อ .....

(นางสาวภัทร อินทรักษา)

พยาบาลวิชาชีพ 6 ว (ด้านการพยาบาลวิสัญญี)

ผู้ขอรับการประเมิน

วันที่).....3...../มิถุนายน./...2551...

### เอกสารอ้างอิง

ประดิษฐ์ สมประกิจ และปรีชา สุนทรานันท์. ตำราวิสัญญีวิทยาทางสูติกรรม.กรุงเทพฯ:พี.เอ.ดีฟ  
วิง;2543

วรภา สุวรรณจินดา และ อังคาบ ปราการรัตน์. ตำราวิสัญญีวิทยา. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ :  
กรุงเทพเวชสาร, 2548.

สมศักดิ์ อารีวัฒนา.ตำราวิสัญญีวิทยา.พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: กรุงเทพเวชสาร ; 2548