

ฉบับปรับปรุงตามมติ ครั้งที่ 4 / 14 เมื่อวันที่ 30 ต.ค. 64
เจ้าหน้าที่ เภสัชกร

ผลงานประกอบการพิจารณาประเมินบุคคล
เพื่อขอรับเงินประจำตำแหน่ง

ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ(ด้านการพยาบาล)

กรรมการตรวจแล้ว

ผ่าน

เรื่องที่เสนอให้ประเมิน แก้ไขเพิ่มเติม

กรรมการ

(น.ส.ธนาพร โตชะลา)

1. ผลงานที่เป็นผลการดำเนินงานที่ผ่านมา

เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยโรคไส้เลื่อนขาหนีบโดยการผ่าตัดผ่านกล้องแบบวิธี

Totally extraperitoneal repair (TEP)

2. ข้อเสนอ แนวคิด วิธีการเพื่อพัฒนางานหรือปรับปรุงงานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

เรื่อง นวัตกรรม o'clock OK. sterile

เสนอโดย

นางปิยนันท์ นาสะอ้าน

ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)

(ตำแหน่งเลขที่ รพก. 821)

ฝ่ายการพยาบาล กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล

โรงพยาบาลกลาง

สำนักการแพทย์

ผลงานประกอบการพิจารณาประเมินบุคคล
เพื่อขอรับเงินประจำตำแหน่ง

ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ(ด้านการพยาบาล)

เรื่องที่เสนอให้ประเมิน

1. ผลงานที่เป็นผลการดำเนินงานที่ผ่านมา
เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยโรคไส้เลื่อนขาหนีบโดยการผ่าตัดผ่านกล้องแบบวิธี
Totally extraperitoneal repair (TEP)
2. ข้อเสนอ แนวคิด วิธีการเพื่อพัฒนางานหรือปรับปรุงงานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น
เรื่อง นวัตกรรม o'clock OK. sterile

เสนอโดย

นางปิยนันท์ นาสะอ้าน

ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)

(ตำแหน่งเลขที่ รพก. 821)

ฝ่ายการพยาบาล กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล

โรงพยาบาลกลาง

สำนักงานแพทย์

ผลงานที่เป็นผลการดำเนินงานที่ผ่านมา

1. ชื่อผลงาน การพยาบาลผู้ป่วยโรคไส้เลื่อนขาหนีบโดยการผ่าตัดผ่านกล้องแบบวิธี Totally extraperitoneal repair (TEP)

2. ระยะเวลาที่ดำเนินการ 3 วัน (ตั้งแต่วันที่ 24 พฤศจิกายน 2562 ถึงวันที่ 26 พฤศจิกายน 2562)

3. ความรู้ทางวิชาการหรือแนวคิดที่ใช้ในการดำเนินการ

ไส้เลื่อนขาหนีบ (Inguinal Hernia) หมายถึง ถ้าไส้เลื่อนผ่านออกมาทางช่องขาหนีบเป็นไส้เลื่อนที่พบทั้งในเพศชายและเพศหญิง พบมากในเพศชายประกอบด้วย Indirect Inguinal Hernia (IIH) และ Direct Inguinal Hernia (DIH) (ปราชญ์พุฒไพเราะ, 2558)

อุบัติการณ์

อุบัติการณ์การเกิดไส้เลื่อนขาหนีบ ตลอดชีวิตมีโอกาสดังกล่าว 27-43 ของเพศชาย และร้อยละ 3-6 ในเพศหญิง ในผู้ป่วยที่พบอาการได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดร้อยละ 70 ภายใน 5 ปี (ไพโรสุดา บัวลอยและพัชรพรพรรณ บุญสุกันต์, 2561)

จากสถิติโรงพยาบาลกลาง มีผู้ป่วยโรคไส้เลื่อนขาหนีบมารับการรักษาที่คลินิกศัลยกรรมทั่วไป ในปี พ.ศ. 2561-2563 จำนวนทั้งสิ้น 515 ราย แบ่งเป็นโรคไส้เลื่อนขาหนีบที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน 509 ราย โรคไส้เลื่อนขาหนีบที่มีภาวะอุดตัน หรือติดคา (incarcerated hernia) 4 ราย โรคไส้เลื่อนขาหนีบที่ภาวะขาดเลือด (strangulated hernia) 2 ราย และได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดทั้งสิ้น 346 ราย (เวชสถิติโรงพยาบาลกลาง, 2563)

กายวิภาคศาสตร์และสรีรวิทยา

inguinal canal อยู่ระหว่าง internal และ external ring ประกอบด้วย (ชาญวิทย์ ดันดีพิพัฒน์, 2558)

1. ผนังด้านหน้าส่วนใหญ่เป็น external oblique aponeurosis แต่ส่วนด้านข้างเป็น internal oblique muscle ซึ่งปิดบัง internal ring อยู่

2. ด้านล่างเป็น inguinal และ lacunar ligament

3. ด้านบนเป็น internal oblique muscle และ conjoint tendon ที่โค้งไปเหนือ spermatic cord สำหรับ transversus abdominis aponeurosis นั้นซ่อนอยู่ใต้ และเหนือต่อ internal oblique muscle

4. ผนังด้านหลัง (inguinal floor) ส่วนใหญ่เป็น transversalis fascia แต่ผนังด้าน medial เป็น conjoint tendon ซึ่งโค้งจากด้านบนไปอยู่ส่วนหลังของ spermatic cord

ไส้เลื่อนชนิด IIH ไหลผ่านเข้าไปใน inguinal canal ถ้ามีขนาดใหญ่ ถุงไส้เลื่อนจะไหลผ่าน external ring จะฝังอยู่ใน spermatic cord ลงไปในถุงอัณฑะ ในเพศหญิงไส้เลื่อน IIH ไหลออกตาม round ligament ผ่าน inguinal canal ลงมาสู่ที่ vulva

ไส้เลื่อนชนิด DIH ไหลออกมาจาก Hesselbach's triangle โดยตรง จึงอยู่นอก spermatic cord บางคนอาจเป็นไส้เลื่อนทั้งชนิด IIH และ DIH (double, saddle-shaped หรือ pantaloons hernia)

พยาธิสรีรภาพ

ไส้เลื่อนเกิดจากความอ่อนแอของกล้ามเนื้อผนังหน้าท้อง และ fascia ร่วมกับการมีความดันในช่องท้องสูง จะส่งผลให้ลำไส้ และอวัยวะภายในช่องท้อง ดันเยื่อช่องท้องให้ไหลเลื่อนผ่านรูแคบลงไปใน inguinal canal ทำให้เห็นเป็นก้อนโผล่ออกมาสู่บริเวณขาหนีบ หรืออัมตะ อวัยวะในถุงไส้เลื่อนเคลื่อนผ่านรูแคบเกิดการไหลเวียนเลือดไม่สะดวก หากไส้เลื่อนดันกลับเข้าช่องท้องได้ (reducible hernia) ผู้ป่วยจะไม่มีอาการรุนแรง แต่ถ้าไม่สามารถดันกลับเข้าไปในช่องท้องได้ (irreducible and incarcerated hernia) จะทำให้เกิดการอุดตันของลำไส้ และขาดเลือดไปเลี้ยง (strangulated hernia) ลำไส้จะเน่าตายในที่สุด (โชติรส อังกระวรรณท์ และวิฑูร ชินสว่างวัฒนกุล, 2557)

อาการและอาการแสดง

อาการที่ชัดเจนของไส้เลื่อนขาหนีบ คือ จะมีก้อนโตขึ้นเรื่อยๆ บริเวณขาหนีบ ลูกอัมตะ หรือในบริเวณแคมเล็กในเพศหญิง บัสสาวะบ่อย แน่นท้อง ถ้าไส้เลื่อนไม่สามารถดันกลับเข้าไปในช่องท้องได้ ถุงไส้เลื่อนจะบวม ปวด กดเจ็บ บริเวณก้อน และมีอาการของลำไส้อุดตัน เช่น ปวดท้อง ท้องอืด ไม่ถ่ายอุจจาระ ไม่ผายลม คลื่นไส้ อาเจียน และถ้ามีการบีบรัดตัว ขาดเลือดไปเลี้ยงจะมีอาการเจ็บปวดที่ไส้เลื่อนมาก ซึ่งต้องได้รับการผ่าตัดเร่งด่วนเพื่อป้องกันภาวะลำไส้ตายจากการขาดเลือด (คณาจารย์สถาบันบรมราชชนก, 2556)

การวินิจฉัย

โรคไส้เลื่อนสามารถวินิจฉัยจากข้อมูลต่างๆ ดังนี้ (ชาญวิทย์ ดันดีพิพัฒน์, 2558)

1. ชักประวัติ ผู้ป่วยให้ประวัติพบก้อนนูนออกมาบริเวณ ขาหนีบ หรืออัมตะ
2. การตรวจร่างกาย ให้ผู้ป่วยยืนแล้วเบ่งหรือไอ จะตรวจพบก้อนที่ขาหนีบ คลำขอบบนของก้อนไม่ได้ การตรวจด้วยวิธี invagination test จะสามารถช่วยวินิจฉัยแยก IIH และ DIH
3. การตรวจพิเศษด้วยวิธีอื่นๆ ด้วยวิธีอัลตราซาวด์ และการเอกซเรย์คอมพิวเตอร์

การรักษา

การรักษาโรคไส้เลื่อน แบ่งออกเป็น 2 วิธี ดังนี้ (คณาจารย์สถาบันพระบรมราชชนก, 2556)

1. การรักษาแบบประคับประคอง ในรายที่มีอาการไม่รุนแรง หรือระหว่างรอผ่าตัด การให้ยาประคับประคองอาการ เช่น ยาคลายกล้ามเนื้อ และการดันให้ไส้เลื่อนกลับเข้าที่โดยแพทย์ ไส้เลื่อนถ้าทิ้งไว้นานจะทำให้การรักษาลำบาก เกิดไส้เลื่อนติดค้างต้องได้รับการผ่าตัดเร็วที่สุด เนื่องจากจำทำให้เกิดลำไส้ขาดเลือด เกิดการติดเชื้อในกระแสเลือด และอัตราตายเพิ่มขึ้น (โชติรส อังกระวรรณท์ และวิฑูร ชินสว่างวัฒนกุล, 2557)

2. การผ่าตัด

2.1 การผ่าตัดแบบเปิดหน้าท้อง (open surgery) โดยแพทย์จะทำการผ่าตัดบริเวณที่มีก้อนนูนเพื่อดันส่วนที่เคลื่อนออกมาให้กลับเข้าไปยังตำแหน่งเดิม แล้วเย็บซ่อมจุดที่อ่อนแอ พร้อมใส่แผ่นตาข่ายสังเคราะห์ (surgical mesh) เพื่อเสริมความแข็งแรงแล้วจึงเย็บปิดแผล

2.2 การผ่าตัดผ่านกล้อง Laparoscopic เป็นการผ่าตัดแบบแผลเล็ก (Minimally Invasive Surgery : MIS) เป็นการผ่าตัดเพื่อทำการซ่อมหน้าท้องด้วยกล้องส่อง โดยการเจาะรูขนาดเล็กๆ บริเวณผนังหน้าท้องเพื่อเข้าไปซ่อมไส้เลื่อน และใส่แผ่นตาข่ายสังเคราะห์ แผลมีขนาดเล็ก 3 แผล วิธีนี้ให้ผลดีกับผู้ป่วยหลายประการ เช่น แผลมีขนาดเล็ก เจ็บแผลน้อยลง ใช้เวลาพักฟื้นในโรงพยาบาลน้อยลง และฟื้นตัวเร็วขึ้น การผ่าตัดแบบ MIS ที่มีในปัจจุบัน คือ Intraperitoneal onlay mesh (IPOM), Transabdominal preperitoneal repair (TAPP), Totally extraperitoneal repair (TEP) (ชาญวิทย์ ดันดีพิพัฒน์, 2558)

การพยาบาล

การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด Laparoscopic TEP มีวัตถุประสงค์เพื่อผู้ป่วยสามารถกลับไปใช้ชีวิตประจำวันตามปกติได้โดยเร็วที่สุด โดยแบ่งการพยาบาลออกเป็น 3 ระยะดังนี้ (นัทธมน วุฒานนท์, 2554)

การพยาบาลผู้ป่วยระยะก่อนผ่าตัด เป็นการเตรียมความพร้อมทั้งด้านร่างกายและจิตใจ รวมถึงการเตรียมพร้อมด้านเอกสารการเซ็นยินยอมผ่าตัด โดยการเยี่ยมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดถามชื่อ สกุลผู้ป่วยให้ตรงกับตารางผ่าตัดสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย และญาติ ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการเยี่ยม การตรวจร่างกาย ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ สอบถามประวัติโรคประจำตัว ประวัติการแพ้ยา แพ้อาหาร อธิบายการคน้ำและอาหารอย่างน้อย 6-8 ชั่วโมงก่อนผ่าตัด แนะนำให้ถอดฟันปลอม เครื่องประดับ และอุปกรณ์ติดร่างกายที่เป็นโลหะก่อนเข้ารับการผ่าตัดเพื่อป้องกันอันตรายจากการใช้เครื่องจี้ตัดด้วยไฟฟ้า ให้ความรู้เกี่ยวกับการผ่าตัด Laparoscopic TEP ให้ผู้ป่วยซักถามข้อสงสัยเกี่ยวกับการผ่าตัด รวมไปถึงการเตรียมห้องผ่าตัด เครื่องมือการผ่าตัดต่างๆ ให้พร้อมใช้

การพยาบาลผู้ป่วยระยะผ่าตัด เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัด ได้แก่ ได้รับการผ่าตัดถูกคน ถูกข้าง ถูกตำแหน่ง โดยตรวจสอบการระบุตัวของผู้ป่วย การทำผ่าตัดและอวัยวะข้างที่ทำผ่าตัดโดยกระทำการร่วมกันระหว่างแพทย์ พยาบาลห้องผ่าตัด ทีมวิสัญญี ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัยจากการเคลื่อนย้าย และจัดทำผ่าตัด การใส่สายสวนปัสสาวะ ให้การพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดอันตรายจากการใช้เครื่องจี้ตัดด้วยไฟฟ้า ทีมผ่าตัดล้างมือเพื่อทำหัตถการ สวมเสื้อ และถุงมือปราศจากเชื้อ ให้การรักษาพยาบาล โดยยึดหลักปลอดเชื้อ aseptic technique ตรวจสอบเครื่องมือผ่าตัด ผ้าซับโลหิต ผ้าก๊อชให้ครบถ้วน เมื่อผ่าตัดเสร็จส่งต่อผู้ป่วยให้ได้รับการดูแลจากวิสัญญีพยาบาล จนพ้นภาวะวิกฤต และปลอดภัย

การพยาบาลผู้ป่วยระยะหลังผ่าตัด มีวัตถุประสงค์เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ช่วยให้ผู้ป่วยกลับสู่สภาวะโดยเร็ว โดยเริ่มจากการพยาบาลในห้องพักฟื้น ดูแลจนการหายใจ ชีพจร ความดันโลหิต

ระดับความรู้สึกตัวการเคลื่อนไหวร่างกาย ระดับออกซิเจนในเลือด กลับคืนสู่เกณฑ์มาตรฐาน การพยาบาลผู้ป่วย หลังผ่าตัดในระยะ 24 ชั่วโมงแรกเมื่ออยู่หอผู้ป่วย โดยวัดสัญญาณชีพ ประเมินแผลผ่าตัด ประเมินระดับความเจ็บปวดโดยใช้ Numerical scale (NRS) ประเมินการขับปัสสาวะ อาการคลื่นไส้ อาเจียน เวียนศีรษะ การพยาบาลในระยะหลัง 24 ชั่วโมงจนถึงจำหน่ายกลับบ้าน กระตุ้นการลุกนั่งข้างเตียง การช่วยเหลือตนเอง กระตุ้นการออกกำลังกาย การวางแผนการให้ข้อมูลเพื่อปฏิบัติตัว เมื่อกลับไปอยู่บ้าน ตามหลัก D-METHOD

4. สรุปสาระสำคัญของเรื่องและขั้นตอนการดำเนินการ

4.1 สรุปสาระสำคัญของเรื่อง

ไส้เลื่อนขาหนีบ เป็นภาวะที่ลำไส้เล็ก หรือไขมัน และเยื่อช่องท้องไหลเลื่อนออกมาสู่บริเวณด้านข้างหัวหน้า หรืออุ้งอัมตะ พบบ่อยในเพศชาย หากไม่ได้รับการรักษาอาจเกิดไส้เลื่อนติดยา ซึ่งจะก่อให้เกิดภาวะลำไส้อุดตัน ขาดเลือดไปเลี้ยง จนเกิดภาวะลำไส้เน่า มีโอกาสเกิดการทะลุหรือแตก เกิดการติดเชื้อในกระแสเลือดอันตรายถึงชีวิตได้ ปัจจุบันการรักษาโดยการผ่าตัดเป็นวิธีที่ให้ผลดี การผ่าตัด Laparoscopic TEP เป็นการผ่าตัด MIS ที่กำลังได้รับความนิยม เนื่องจากแผลผ่าตัดมีขนาดเล็กมาก เจ็บแผลน้อยลง ฟื้นตัวเร็ว การผ่าตัด Laparoscopic TEP เป็นการผ่าตัดที่มีความยุ่งยากซับซ้อนในการเตรียมเครื่องมือ การผ่าตัดจำเป็นต้องใช้เครื่องมือ และอุปกรณ์พิเศษ อีกทั้งต้องเตรียมเครื่องมือให้ปราศจากเชื้อ โดยการแช่น้ำยาฆ่าเชื้อที่มีประสิทธิภาพสูงก่อนนำไปใช้งาน การเตรียมเครื่องมือให้พร้อมก่อนผ่าตัดเป็นหน้าที่ของพยาบาลห้องผ่าตัด ดังนั้นพยาบาลห้องผ่าตัดจำเป็นต้องมีความรู้เรื่องการทำให้เครื่องมือผ่าตัดปราศจากเชื้อ และการดูแลรักษาเครื่องมือผ่าตัดผ่านกล้อง เพื่อนำมาประยุกต์ใช้ในการทำงาน ส่งผลทำให้ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัยในการผ่าตัด

สำหรับห้องผ่าตัดโรงพยาบาลกลาง มีผู้เข้ารับบริการผ่าตัด Laparoscopic TEP ในปี พ.ศ. 2561 จำนวน 52 ราย ปี พ.ศ. 2562 จำนวน 83 ราย และปี พ.ศ. 2563 จำนวน 59 ราย (เวชสถิติโรงพยาบาลกลาง, 2563) ผู้ศึกษามีความสนใจที่จะศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยโรคไส้เลื่อนขาหนีบโดยการผ่าตัดผ่านกล้องแบบวิธี TEP เพื่อเป็นแนวทางในการให้การพยาบาลก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด และหลังผ่าตัด ซึ่งเป็นการพัฒนาคุณภาพการให้การพยาบาลผู้ป่วย

4.2 ขั้นตอนการดำเนินการ

4.2.1 เลือกศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดโรคไส้เลื่อนขาหนีบโดยการผ่าตัดผ่านกล้องแบบวิธี TEP ซึ่งเป็นเรื่องที่น่าสนใจ และได้รับความนิยม

4.2.2 ศึกษาและรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับโรคไส้เลื่อนขาหนีบ ได้แก่ คำจำกัดความ สาเหตุ อาการและอาการแสดง การวินิจฉัย รวมทั้งการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด Laparoscopic TEP ในเอกสารวิชาการ

4.2.3 รวบรวมข้อมูลของผู้ป่วยที่ศึกษาจากทะเบียนประวัติ จากการซักประวัติผู้ป่วย และญาติและจากทีมพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วย

4.2.4 นำข้อมูลที่ได้มาวางแผน และปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโดยใช้กระบวนการพยาบาลจนผู้ป่วยพ้นจากการดูแล

4.2.5 เรียบเรียงเนื้อหากรณีศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยโรคไส้เลื่อนขาหนีบโดยการผ่าตัดผ่านกล้องแบบวิธี TEP สรุปปัญหาที่พบ และปฏิบัติการพยาบาล

4.2.6 จัดทำแบบสรุปผลการปฏิบัติงานเกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยโรคไส้เลื่อนขาหนีบโดยการผ่าตัดผ่านกล้องแบบวิธี TEP นำเสนอตามลำดับ

5. ผู้ร่วมดำเนินการ ไม่มี

6. ส่วนของงานที่ผู้เสนอเป็นผู้ปฏิบัติ เป็นผู้ดำเนินการทั้งหมดร้อยละ 100

กรณีศึกษาผู้ป่วยชายไทย อายุ 68 ปี อาการสำคัญที่นำมาโรงพยาบาล คือ 2 เดือนก่อนมาโรงพยาบาล คลำได้ก้อนที่ขาหนีบด้านขวา สามารถดันกลับเข้าไปได้ แพทย์วินิจฉัยเป็น Right Indirect Inguinal Hernia: Rt. ITH วางแผนผ่าตัด Laparoscopic TEP Rt นัดทำผ่าตัดวันที่ 25 พฤศจิกายน 2562 รับรักษาไว้ในโรงพยาบาล วันที่ 24 พฤศจิกายน 2562 ณ หอผู้ป่วย 20/9 ศัลยกรรมพิเศษ

เยี่ยมผู้ป่วยครั้งที่ 1 วันที่ 24 พฤศจิกายน 2562 เวลา 16.00 นาฬิกา ณ หอผู้ป่วยศัลยกรรมพิเศษชั้น 9

ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี สีหน้าวิตกกังวล แต่งกายด้วยชุดโรงพยาบาล ร่างกายสะอาด ช่วยเหลือตัวเองได้ มีภรรยาและลูกชายมาเฝ้าที่โรงพยาบาล สัญญาณชีพ อุณหภูมิร่างกาย 36.9 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของชีพจร 58 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 136/94 มิลลิเมตรปรอท ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ พบภาวะหัวใจห้องบนสั่นพลิ้ว (atrial fibrillation : AF) การตรวจค่าความสมดุลของเกลือแร่ในเลือด (Electrolyte) พบว่า Sodium = 142 mmol/l Potassium = 3.1 mmol/l Chloride = 102 mmol/l Carbondioxide = 28 mmol/l Anion gap = 15 mmol/l การรักษาที่ผู้ป่วยได้รับ แพทย์มีแผนการรักษาให้ KCL 8 mEq ใน NSS 100 มิลลิลิตร ทางหลอดเลือดดำ อัตราการหยดใน 1 ชั่วโมง แล้วให้ KCL 40 mEq ใน 5% DN2 1,000 มิลลิลิตร ทางหลอดเลือดดำ อัตราการหยด 80 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง ตรวจซ้ำก่อนผ่าตัด พบ Potassium = 3.6 mmol/l วิสัญญีแพทย์ให้ผ่าตัดได้ และให้ปรึกษาอายุรแพทย์เรื่อง AF พบว่ามีโอกาสเกิดภาวะลิ่มเลือดอุดตันได้ต่ำ เนื่องจากก่อนผ่าตัดผู้ป่วยมีประวัติได้รับยาละลายลิ่มเลือดสม่ำเสมอ สามารถผ่าตัดได้

เยี่ยมครั้งที่ 2 วันที่ 25 พฤศจิกายน 2562 เวลา 12.30 นาฬิกา ณ ห้องผ่าตัด

ผู้ป่วยนอนรอผ่าตัดอยู่บนแปลผ่าตัด สีหน้าผ่อนคลาย พูดคุยได้ปกติ ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ ชนิด 5% DNSS/2 ปริมาณ 1,000 มิลลิลิตร อัตราการหยด 80 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง สอบถามชื่อ นามสกุล ตำแหน่งอวัยวะข้างที่ทำผ่าตัด ตรวจสอบใบเซ็นยินยอมรับการผ่าตัด เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามข้อสงสัย พยาบาลห้องผ่าตัดเตรียมความพร้อมของห้องผ่าตัดเตรียมเครื่องมือผ่าตัด

เวลา 12.55 นาฬิกา ผู้ป่วยเข้ามาในห้องผ่าตัด วัดสัญญาณชีพ ความดันโลหิต 146/97 มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นของชีพจร 80 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที เคลื่อนย้ายผู้ป่วยจากรถนอนมายังเตียงผ่าตัดอย่างปลอดภัย ทีมวิสัญญีทำการระงับความรู้สึกแบบทั่วไปชนิดใส่ท่อช่วยหายใจ (general anesthesia with intubation) เริ่มทำผ่าตัดเวลา 13.20 นาฬิกาถึงเวลา 14.10 นาฬิกา การสูญเสียเลือด 5 มิลลิลิตร ก่อนเย็บปิดแผลผ่าตัดผู้ศึกษา และพยาบาลช่วยทั่วไป ตรวจนับชิ้นงานจำนวนผ้าก๊อช ผ้าซับโลหิต และเครื่องมือผ่าตัดพร้อมแจ้งศัลยแพทย์ เวลา 14.15 นาฬิกา ทีมวิสัญญีถอดท่อช่วยหายใจ ประเมินอาการพบว่าผู้ป่วยรู้สึกตัวดี หายใจได้เอง เคลื่อนย้ายผู้ป่วยไปยังห้องพักฟื้น เวลา 14.20 นาฬิกา

เยี่ยมครั้งที่ 3 วันที่ 25 พฤศจิกายน 2562 เวลา 14.30 นาฬิกา ณ ห้องพักฟื้น

ผู้ป่วยนอนที่ห้องพักฟื้น ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ Acetar 1,000 มิลลิลิตร อัตราการหยด 120 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง ได้รับ O₂ cannula อัตราการไหล 3 ลิตรต่อนาที ผู้ป่วยตื่นดี หายใจเข้าออกได้ลึกสม่ำเสมอ เคลื่อนไหวแขนขาทั้ง 2 ข้างได้เอง มีแผลผ่าตัดที่หน้าท้อง 3 แผล ไม่มีเลือดซึม สอบถามระดับความเจ็บปวด เท่ากับ 6 วัดสัญญาณชีพ ความดันโลหิต 150/107 มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นของชีพจร 74 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที อุณหภูมิร่างกาย 37.2 องศาเซลเซียส ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในกระแสเลือด 100 เปอร์เซ็นต์ ได้รับ O₂ cannula อัตราการไหล 3 ลิตรต่อนาที ให้ยาแก้ปวด morphine 4 มิลลิกรัม ส่งผู้ป่วยกลับไปยังหอผู้ป่วยศัลยกรรมพิเศษ 20/9 เวลา 14.55 นาฬิกา (รวมเวลาอยู่ห้องพักฟื้น 35 นาที)

เยี่ยมครั้งที่ 4 วันที่ 26 พฤศจิกายน 2562 เวลา 08.35 นาฬิกา ณ หอผู้ป่วยศัลยกรรมพิเศษชั้น 9

ผู้ป่วยนอนอยู่บนเตียง หน้าตาสดชื่น พูดคุยได้ตามปกติ มีภรรยาตามนอนเฝ้าที่โรงพยาบาล จากการสอบถามผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตัวเองได้ ประเมินความเจ็บปวดเท่ากับ 3 แผลผ่าตัด ไม่มีเลือดซึม ไม่มีอาการปวดบวมแดงร้อน ไม่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน วัดสัญญาณชีพ ความดันโลหิต 140/100 มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นของชีพจร 68 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 22 ครั้งต่อนาที อุณหภูมิร่างกาย 36.8 องศาเซลเซียส ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในกระแสเลือด 100 เปอร์เซ็นต์ ได้รับยาแก้ปวด Paracetamol (500) 1xprn. ทุก 6 ชั่วโมง ปรับเปลี่ยนอนาให้ผู้ป่วยอยู่ในท่านอนศีรษะสูงเล็กน้อยเพื่อลดอาการปวดแผลผ่าตัด ผู้ป่วยซักถามเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดเมื่อกลับไปอยู่บ้าน จึงให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวเพิ่มเติม

ตลอดการนอนอยู่โรงพยาบาลผู้ป่วยไม่มีภาวะแทรกซ้อนของภาวะความดันโลหิตสูง และโรคหัวใจ เต้นผิดปกติ ผู้ศึกษาแนะนำให้สังเกตอาการของภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูงที่อาจเกิดขึ้นได้ พร้อมทั้งเน้นย้ำการรับประทานยาเพื่อรักษาโรคประจำตัวอย่างต่อเนื่อง และให้มาพบแพทย์ตามนัด แพทย์อนุญาตให้กลับบ้าน วันที่ 26 พฤศจิกายน 2562 และนัดตรวจติดตามการรักษา ในวันที่ 29 พฤศจิกายน 2562 ห้องตรวจศัลยกรรมทั่วไป ระหว่างอยู่ในความดูแลพบปัญหาทางการพยาบาลมีดังนี้

ปัญหาที่ 1 ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัด

เป้าหมาย เพื่อลดความวิตกกังวล

กิจกรรมการพยาบาล สร้างสัมพันธภาพให้ข้อมูลเกี่ยวกับข้อดีของการผ่าตัดแบบผ่านกล้องแผลเล็ก ได้แก่ แผลมีขนาดเล็ก เจ็บแผลน้อยกว่า ร่างกายสามารถฟื้นตัวได้เร็วกว่า อธิบายเกี่ยวกับการปฏิบัติตัว ก่อนผ่าตัด ให้ข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการผ่าตัดพอสั่งเขป โดยแพทย์จะผ่าตัดโดยเจาะหน้าท้อง 3 รู ใส่ก๊าซ และสอดกล้อง เครื่องมือเข้าไปช่องแอ่งบริเวณที่เกิดไส้เลื่อน วางแผ่นตาข่ายสังเคราะห์ ปิดปิดช่องที่ทำให้เกิดไส้เลื่อนโดยหูดโลหะ เย็บปิดแผลด้วยไหมละลาย สอนวิธีการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด เช่น การหายใจลึกๆ การพลิกตะแคงตัว และการลุกจากเตียงหลังผ่าตัด เป็นต้น และให้ผู้ป่วยฝึกปฏิบัติเพื่อเกิดความมั่นใจ

การประเมินผล ปัญหาได้รับการแก้ไขหมดไป วันที่ 24 พฤศจิกายน 2564 เวลา 16.00 นาฬิกา
ปัญหาที่ 2 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการผ่าตัดผิดคน ผิดข้าง ผิดตำแหน่ง

เป้าหมายการพยาบาล ไม่เกิดการผ่าตัดผิดคน ผิดข้าง ผิดตำแหน่ง

กิจกรรมการพยาบาล โทรประสานงานกับพยาบาลประจำหอผู้ป่วย แจ้งชื่อ สกุลผู้ป่วยที่จะเข้ารับการผ่าตัด ก่อนรับผู้ป่วยมาผ่าตัด เมื่อถึงห้องผ่าตัด ผู้ศึกษาสอบถามชื่อ นามสกุล ชนิดการผ่าตัด ตำแหน่งที่ทำผ่าตัดให้ถูกต้อง ตรวจสอบการเซ็นยินยอมการทำผ่าตัดในใบบันทึกการยินยอมผ่าตัด และปฏิบัติตามหลักของ surgical safety checklist อย่างเคร่งครัด ทั้งระยะ sign in, time out, sign out เพื่อลดโอกาสเกิดการผ่าตัดผิดคน ผิดข้าง ผิดตำแหน่ง

การประเมินผล ปัญหาได้รับการแก้ไขหมดไป วันที่ 25 พฤศจิกายน 2564 เวลา 14.20 นาฬิกา
ปัญหาที่ 3 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัดเนื่องจากการได้รับการผ่าตัดผ่านกล้อง

เป้าหมายการพยาบาล เพื่อป้องกันการติดเชื้อจากการผ่าตัด

กิจกรรมการพยาบาล ดูแลทำความสะอาดห้องผ่าตัดให้สะอาด ควบคุมอุณหภูมิห้องผ่าตัดอยู่ที่ระดับ 23 องศาเซลเซียส ความชื้นสัมพัทธ์ร้อยละ 57 ล้างมือเพื่อทำหัตถการแบบ surgical hand washing ก่อนการสวมถุงมือ และใส่เสื้อคลุมปราศจากเชื้อ ใช้เครื่องมือและอุปกรณ์ผ่าตัดที่ผ่านการทำให้ปราศจากเชื้อที่เหมาะสม พร้อมทั้งตรวจสอบ sterile field อย่างสม่ำเสมอ การกำจัดขนบริเวณหัวหน้า ใช้วิธี clipper แทนการโกน ทำความสะอาดผิวหนังบริเวณผ่าตัดด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อ ตรวจสอบผู้ป่วยได้รับยาต้านจุลชีพ cefazolin 1 gm ทางหลอดเลือดดำ ก่อนผ่าตัดตามแผนการรักษา ดูแลและตรวจสอบทำแผลแบบ dry dressing วันละ 1 ครั้ง ประเมินอาการปวด บวม แดง ร้อนที่แผลผ่าตัด แนะนำเรื่องการดูแลแผลหลังผ่าตัดหลีกเลี่ยงไม่ให้เปียกน้ำ รับประทานอาหารที่ช่วยส่งเสริมการหายของแผล ได้แก่ อาหารจำพวกเนื้อสัตว์ ไข่ นม

การประเมินผล ปัญหาได้รับการแก้ไขหมดไป วันที่ 26 พฤศจิกายน 2564 เวลา 09.00 นาฬิกา
ปัญหาที่ 4 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการได้รับบาดเจ็บของเนื้อเยื่อเนื่องจากการใช้เครื่องจี้ตัดด้วยไฟฟ้าในการผ่าตัด

เป้าหมายการพยาบาล เพื่อป้องกันการบาดเจ็บจากการใช้เครื่องจี้ตัดด้วยไฟฟ้า

กิจกรรมการพยาบาล ประเมินลักษณะของผิวหนังทั่วร่างกายก่อนผ่าตัด และหลังผ่าตัด
สำรวจร่างกายผู้ป่วยไม่ให้มีเครื่องประดับที่เป็นโลหะ ดูแลไม่ให้ร่างกายของผู้ป่วยสัมผัสกับเหล็ก
บริเวณขอบเตียง หรือเสาของฉากกั้น เลือกใช้แผ่นลื่อนนำไฟฟ้าขนาดที่ใช้กับผู้ใหญ่ และคิดให้เนบ
สนิทกับผิวหนังบริเวณน่องข้างขวา เลือกใช้น้ำยาฆ่าเชื้อ 7.5% providone iodine scrub และ 10%
providone iodine เนื่องจากไม่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ ตั้งค่ากำลังไฟฟ้าที่ระดับ 25 วัตต์ เมื่อ
ศัลยแพทย์ต้องการปรับระดับกำลังไฟฟ้า ก่อนปรับพูดทวนซ้ำให้ศัลยแพทย์ได้ยินอีกครั้ง ตรวจสอบ
ความพร้อมใช้ของอุปกรณ์ที่ใช้ในการผ่าตัดโดยเฉพาะฉนวนหุ้มไม่ให้มีการชำรุด ใช้ปลอกหุ้มหัวใจ
เพื่อป้องกันการเกิดรอยไหม้ของผิวหนังรอบแผลผ่าตัด หลังการใช้งานแต่ละครั้งไม่วางหัวใจบนตัว
ผู้ป่วยโดยตรง

การประเมินผล ปัญหาได้รับการแก้ไขหมดไป วันที่ 2 พฤศจิกายน 2564 เวลา 14.20 นาฬิกา

ปัญหาที่ 5 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุเนื่องจากการเคลื่อนย้าย

เป้าหมายการพยาบาล เพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุจากการเคลื่อนย้าย

กิจกรรมการพยาบาล ประเมินระดับความรู้สึกลัวของผู้ป่วย แจ้งผู้ป่วยก่อนการเคลื่อนย้าย
ทุกครั้ง เพื่อให้ผู้ป่วยผู้ป่วยทราบและให้ความร่วมมือ ก่อนเคลื่อนย้ายผู้ป่วย ล็อกล้อเบรคผ่าตัดให้อยู่
กับที่ไม่เลื่อนไปมา เลื่อนเบรคนอนประชิดเตียงผ่าตัด ปรับระดับความสูงให้เท่ากัน เมื่อผู้ป่วยอยู่บน
เตียงผ่าตัดใช้สายรัดตัวบริเวณต้นขาเพื่อป้องกันผู้ป่วยตกเตียง เมื่อผ่าตัดเสร็จเคลื่อนย้ายผู้ป่วยไปห้องพักฟื้น
จากเตียงผ่าตัดลงเปล โดยต้องใช้นุศลากรอย่างน้อย 4 คน ใช้แผ่นรองนอนเคลื่อนย้าย ยกไม้กั้นเตียงขึ้น
ทั้ง 2 ข้างเมื่อเคลื่อนย้ายเสร็จ ระวังไม่ให้ไม้กั้นเตียงกระแทกแขน และขาขณะยกไม้กั้นเตียงขึ้น

การประเมินผล ปัญหาได้รับการแก้ไขหมดไป วันที่ 25 พฤศจิกายน 2562 เวลา 14.20 นาฬิกา

ปัญหาที่ 6 ผู้ป่วยมีโอกาสตกเลือดหลังผ่าตัด

เป้าหมายการพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากการตกเลือดหลังผ่าตัด

กิจกรรมการพยาบาล สังเกตระดับความรู้สึกลัว ประเมินอาการหน้ามืดใจสั่น เหนื่อยหอบ
สังเกตปริมาณเลือดออกซึมที่ผ้าผืนแผล แนะนำให้ผู้ป่วยทราบถึงอาการของการตกเลือดหลังผ่าตัด
ได้แก่ หน้ามืด ใจสั่น เหนื่อยหอบ ตัวเย็น หรือสังเกตพบว่าผ้าปิดแผลมีเลือดซึมออกมาและมี
ขอบเขตกว้างขึ้น ให้แจ้งพยาบาลทันที

การประเมินผล ปัญหาได้รับการแก้ไข วันที่ 26 พฤศจิกายน 2562 เวลา 09.00 นาฬิกา

ปัญหาที่ 7 ผู้ป่วยปวดแผลเนื่องจากเนื้อเยื่อถูกทำลายจากการผ่าตัด

เป้าหมายการพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยปวดแผลผ่าตัดน้อยลง

กิจกรรมการพยาบาล ประเมินความรุนแรงของอาการปวดแผลโดยใช้ NRS สอนวิธีการ
บรรเทาความเจ็บปวด ได้แก่ ให้หายใจเข้าทางจมูกแล้วกลืนหายใจ 2-3 วินาที แล้วค่อยๆ ผ่อนลม

หายใจทางปาก จัดท่า Fowler's position ปรับหัวเตียงสูง 60 องศา เพื่อให้กล้ามเนื้อหน้าท้องหย่อน บรรเทาอาการปวดแผลผ่าตัด ทำกิจกรรมเพื่อเบี่ยงเบนความสนใจ

การประเมินผล ปัญหาได้รับการแก้ไขหมดไป วันที่ 26 พฤศจิกายน 2562 เวลา 09.00 นาฬิกา
ปัญหาที่ 8 ผู้ป่วยขาดความรู้เกี่ยวกับการดูแลตัวเองเมื่อกลับไปอยู่บ้าน

เป้าหมายการพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวล

กิจกรรมการพยาบาล สร้างสัมพันธภาพ ประเมินความรู้เรื่องการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดเมื่อกลับบ้าน ให้ความรู้เรื่องการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดเมื่อกลับบ้าน แนะนำห้ามแกะแผล หากแผลผ่าตัดโคนน้ำให้รับทำแผลใหม่ทันที หลีกเลี่ยงการทำงานหนัก ออกกำลังกายอย่างหนัก หรือยกของหนักในระยะ 2 เดือนแรก สามารถสวมกางเกงในได้ตามปกติ แนะนำการปฏิบัติตัวเพื่อไม่ให้ไส้เลื่อนกลับมาเป็นอีก โดยควบคุมน้ำหนัก การไม่ยกของหนัก ไม่เบ่งถ่ายอุจจาระ แนะนำการมาตรวจตามแพทย์นัด และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ซักถามข้อสงสัย

การประเมินผล ปัญหาได้รับการแก้ไขหมดไป วันที่ 26 พฤศจิกายน 2562 เวลา 09.00 นาฬิกา

7. ผลสำเร็จของงาน

จากกรณีศึกษาผู้ป่วยชายไทย เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลเมื่อวันที่ 24 พฤศจิกายน 2562 ด้วยอาการ 2 เดือนก่อนมาโรงพยาบาล คลำได้ก้อนที่ขาหนีบด้านขวา สามารถดันกลับเข้าไปได้ แพทย์วินิจฉัยเป็น Rt. IH ได้รับการผ่าตัดผ่าตัด Laparoscopic TEP Rt. ในระหว่างการดูแลได้ให้การพยาบาลและติดตามประเมินผลการพยาบาลอย่างเนื่อง พบว่าผู้ป่วยมีปัญหาทางการพยาบาลทั้งหมด 8 ปัญหา ทุกปัญหาได้รับการแก้ไข แพทย์อนุญาตให้กลับบ้าน วันที่ 26 พฤศจิกายน 2562 เวลา 13.00 นาฬิกา ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นเวลา 3 วัน การให้การพยาบาลผู้ป่วยรายนี้ประสบผลสำเร็จ ผู้ป่วยสามารถกลับบ้านไปใช้ชีวิตประจำวันได้ปกติ

8. การนำไปใช้ประโยชน์

เพื่อใช้เป็นแนวทางสำหรับการพยาบาลผู้ป่วยโรคไส้เลื่อนขาหนีบที่ได้รับการผ่าตัดผ่านกล้องแบบวิธี TEP ในระยะก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด และหลังผ่าตัด

9. ความยุ่งยาก ปัญหา อุปสรรคในการดำเนินการ

9.1 ต้องให้ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด และโรคหลอดเลือดสมองหลายรอบเนื่องจากผู้ป่วยจำรายละเอียดไม่ได้

9.2 การผ่าตัดผ่านกล้องแบบวิธี TEP จำเป็นต้องเตรียมเครื่องมือหลายอย่าง มีการแช่เครื่องมือจำพวกกล้องส่องมองอวัยวะในช่องท้อง สายกล้องถ่ายภาพ สายนำแสง ในน้ำยาฆ่าเชื้อที่มีประสิทธิภาพสูงเพื่อให้เครื่องมือปราศจากเชื้อก่อนนำมาใช้ในการผ่าตัด ใน 1 วันห้องผ่าตัดโรงพยาบาลกลางมีการผ่าตัดผ่านกล้องจำนวนมาก พยาบาลแต่ละห้องต้องนำเครื่องมือมาแช่ในอ่างน้ำยาเดียวกันเพื่อ

ใช้งานต่อ พยาบาลต้องคอยดูเวลาเพื่อเอาเครื่องมือที่แช่ขึ้นจากน้ำยาไปล้างน้ำ (sterile water) ก่อนนำไปใช้งานเมื่อครบเวลา บางครั้งเกิดปัญหาหลงลืมเวลา ต้องเริ่มนับเวลาใหม่ทำให้เสียเวลาต้องแช่เครื่องมือนานขึ้น ทำให้เกิดความไม่สะดวกในการทำงาน เนื่องจากขาดอุปกรณ์จับเวลาที่มีเสียงเตือนบอกเมื่อครบเวลาในการแช่เครื่องมือผ่าตัด

10. ข้อเสนอแนะ

10.1 ควรจัดทำแผ่นพับให้ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด และโรคหลอดเลือดสมอง ระบุเบอร์โทรติดต่อฉุกเฉินของโรงพยาบาลให้ชัดเจน

10.2 ควรมีการจัดทำนาฬิกาจับเวลาในการแช่เครื่องมือผ่าตัด เพื่อเพิ่มความสะดวกในการทำงาน

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ และได้ดำเนินการปรับปรุงแก้ไขเป็นไปตามคำแนะนำของคณะกรรมการ

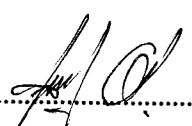
ลงชื่อ.....ไปให้พี่ พาสะอ้น.....

(นางปิยนันท์ นาสะอ้น)

ผู้ขอรับการประเมิน

๑๓/ก.ค. ๒๕๖๔.....

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

ลงชื่อ..........

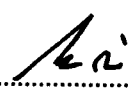
(นางสายฝน ภูพิทยา)

(ตำแหน่ง) หัวหน้าพยาบาล ฝ่ายการพยาบาล

กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล

โรงพยาบาลกลาง

๑๓ ก.ค. ๒๕๖๔.....

ลงชื่อ..........

(นายเพชรพงษ์ กำจรกิจการ)

(ตำแหน่ง) ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลกลาง

๑๓/ก.ค. ๒๕๖๔.....

หมายเหตุ : 1. ผู้บังคับบัญชาที่ควบคุม และดูแลการปฏิบัติงานของผู้ขอรับการประเมินโดยตรง

ในระหว่าง วันที่ 16 มกราคม 2561-30 กันยายน 2563 คือ นางประพิมพรรณ

เกรียงวัฒนศิริ ปัจจุบันเกษียณอายุราชการ

2. ผู้บังคับบัญชาเหนือขึ้นไป 1 ระดับในระหว่างวันที่ 29 มิถุนายน 2560-6 กุมภาพันธ์ 2561

คือ นางสาวสุภาพร กรธกษณ์ ปัจจุบันดำรงตำแหน่งรองผู้อำนวยการสำนักการแพทย์

เอกสารอ้างอิง

- คณาจารย์สถาบันพระบรมราชชนก. (2556). การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ เล่ม 1 (พิมพ์ครั้งที่ 13).
นนทบุรี: โครงการสวัสดิการวิชาการ สถาบันพระบรมราชชนก.
- ชาญวิทย์ ตันดีพิพัฒน์. (2558). Hemias. ใน สิทธิพร จิตต์มิตรภาพ และพัฒน์พงศ์ นาวิเจริญ (บรรณาธิการ),
ตำราศัลยศาสตร์ภาค 2 *TEXBOOK OF SURGERY-Volum 2*. (น. 105-122). กรุงเทพฯ: บริษัท
ไพลินบุ๊คเน็ต จำกัด (มหาชน).
- โชติรส อังกระวรรณท์ และวิฑูร ชินสว่างวัฒนกุล. (2557). Emergency Surgery in Inguinal Hernia.
ใน สุขชัย สารทภาพร, ตัน คงเป็นสุข, วรุตม์ โล่ศิริวัฒน์, ธัญญ์ อิงกะกุล และวิษณุ โล่ศิริวัฒน์
(บรรณาธิการ), ศัลยศาสตร์ทั่วไป *GENERAL SURGERY*. (น. 157-179). กรุงเทพฯ: โฆสิตการพิมพ์.
- นัทธมน วุทธานนท์. (2554). การพยาบาลผู้ป่วยก่อนและหลังผ่าตัด. ใน นัทธมน วุทธานนท์ (บรรณาธิการ),
การปฏิบัติการพยาบาลในคลินิกศัลยกรรม. (น.1-28). เชียงใหม่: นันทพันธ์พรินติ้ง.
- ปราณี ทุ่งไผเราะ. (2558). คู่มือโรค (*Handbook of diseases*) (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ: เอ็น พี เพรส.
- ไพโรสุดา บัวลอย และพัชราพรรณ บุญสกันต์. (2561). Perioperative nursing in laparoscopic total
extraperitoneal repair (TEP). ใน ไพโรสุดา บัวลอย, จริยา แซ่โจ้ว, สิริพงษ์ ชีวธนากรณ์กุล, ศุภวัฒน์
เลาหวิริยะกมล, และต่อตระกูล ทองกัน (บรรณาธิการ), การพยาบาลผ่าตัดผ่านกล้องทางศัลยศาสตร์
และห้องผ่าตัดทันยุค 4. (น. 221-232). กรุงเทพฯ: บริษัท สหมิตรพัฒนาการพิมพ์ (1992).
- เวชสถิติโรงพยาบาลกลาง. (2563). รายงานสถิติประจำปี. กรุงเทพฯ: โรงพยาบาลกลาง.

**ข้อเสนอ แนวคิด วิธีการเพื่อพัฒนางานหรือปรับปรุงงานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น
ของ นางปิยนันท์ นาสะอ้าน**

เพื่อประกอบการประเมินเพื่อ ขอรับเงินประจำตำแหน่งประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการ
ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ด้านการพยาบาล (ตำแหน่งเลขที่ รพก. 821)
สังกัด ฝ่ายการพยาบาล กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล โรงพยาบาลกลาง สำนักงานแพทย์
เรื่อง นวัตกรรม o'clock OK. sterile

หลักการและเหตุผล

ปัจจุบันการผ่าตัด Laparoscopic TEP เป็นการผ่าตัดผ่านกล้องแผลเล็กเพื่อรักษาโรคไส้เลื่อนขาหนีบที่กำลังได้รับความนิยม ห้องผ่าตัดโรงพยาบาลกลางมีผู้เข้ารับบริการผ่าตัด Laparoscopic TEP ในปี พ.ศ. 2561 จำนวน 52 ราย ปี พ.ศ. 2562 จำนวน 83 ราย และปี พ.ศ. 2563 จำนวน 59 ราย (เวชสถิติ โรงพยาบาลกลาง, 2563) มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น ในการเตรียมเครื่องมือผ่าตัด Laparoscopic TEP จะต้องมีการแช่เครื่องมือผ่าตัดในน้ำยาฆ่าเชื้อที่มีประสิทธิภาพสูงนาน 10 นาที ตามคู่มือกำหนด เพื่อให้เครื่องมือปราศจากเชื้อก่อนนำไปใช้ในการผ่าตัด ซึ่งห้องผ่าตัดโรงพยาบาลกลางยังไม่มีอุปกรณ์จับเวลาในการแช่เครื่องมือที่มีประสิทธิภาพ ดังนั้นผู้ศึกษาจึงคิดทำนวัตกรรม o'clock OK. Sterile ขึ้น เพื่อนำมาเป็นอุปกรณ์จับเวลาในการแช่เครื่องมือผ่าตัด ซึ่งได้นำนาฬิกาจับเวลาที่มีเสียงเตือนมาประยุกต์ใช้ในการทำงาน ทำให้เกิดความสะดวกในการเตรียมเครื่องมือผ่าตัดผ่านกล้อง เมื่อเครื่องมือผ่าตัดได้รับการทำลายเชื้อจนปราศจากเชื้อแล้ว จะช่วยป้องกันการติดเชื้อที่แผลผ่าตัด ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่ต้องนอนโรงพยาบาลนานขึ้น สามารถกลับไปใช้ชีวิตประจำวันตามปกติได้เร็ว

วัตถุประสงค์และหรือเป้าหมาย

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเพิ่มความสะดวกในการเตรียมเครื่องมือผ่าตัด
2. เพื่อยืดอายุการใช้งานของเครื่องมือผ่าตัดที่ต้องทำให้ปราศจากเชื้อ โดยวิธีแช่น้ำยาฆ่าเชื้อที่มีประสิทธิภาพสูง (high level disinfectant)
3. เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการใช้งานอุปกรณ์จับเวลาการแช่เครื่องมือผ่าตัดที่ต้องทำให้ปราศจากเชื้อ โดยวิธีแช่น้ำยาฆ่าเชื้อที่มีประสิทธิภาพสูง (high level disinfectant) ที่มีอยู่

เป้าหมาย

ห้องผ่าตัด โรงพยาบาลกลางมีอุปกรณ์จับเวลาในการแช่เครื่องมือผ่าตัดในน้ำยาฆ่าเชื้อที่มีประสิทธิภาพ

กรอบการวิเคราะห์ แนวคิด ข้อเสนอ

การจัดทำนวัตกรรม o'clock OK. Sterile เพื่อเป็นอุปกรณ์จับเวลาในการแช่เครื่องมือผ่าตัดในน้ำยาฆ่าเชื้อ โดยจะจัดทำในรูปแบบของผลงานนวัตกรรม และนำความรู้เรื่องการทำลายเชื้อ (disinfection) มาประยุกต์ในการจัดทำ

1. การทำลายเชื้อ (disinfection)

เป็นวิธีการกำจัดเชื้อจุลินทรีย์เกือบทุกชนิด ยกเว้นสปอร์ของแบคทีเรียออกจากอุปกรณ์ทางการแพทย์ การเลือกวิธีการทำลายเชื้อสำหรับสถานพยาบาลหลักดังนี้ ถ้าทำได้ให้เลือกวิธีทางกายภาพเป็นอันดับแรก ได้แก่ การล้าง การต้ม หรือพาสเจอร์ไรซ์ เพราะทำได้ง่าย ประหยัด เชื้อถือได้ และมีประสิทธิภาพ แต่ถ้าใช้วิธีทางกายภาพไม่ได้ ให้เลือกใช้การทำลายเชื้อโดยใช้น้ำยาทำลายเชื้อ (antiseptic) การทำลายเชื้อแบ่งเป็น 3 ระดับ คือ (กิริติกันต์ ป้ายงเหลื่อม, 2558)

1.1 การทำลายเชื้อระดับสูง (high level disinfection: HLD) หมายถึง ความสามารถในการทำลายเชื้อจุลินทรีย์ (microorganisms) ได้ทุกชนิด ทั้งแบคทีเรียที่อยู่ในรูปกำลังเจริญเติบโต (vegetative bacteria) ไวรัส (virus) เชื้อรา (fungi) ยกเว้นสปอร์ของแบคทีเรีย (bacterial spores) และพรีออน (prions) HLD ส่วนใหญ่เหมาะสำหรับอุปกรณ์ semicritical items หรือเครื่องมือที่ทนต่อการแช่น้ำยา เช่น respiratory therapy equipment, GI endoscope และ bronchoscope รวมถึงอุปกรณ์ที่จัดอยู่ในกลุ่ม critical items ที่ทนต่อความร้อนไม่ได้ เช่น อุปกรณ์ที่ทำด้วยพลาสติก หรือเคลือบด้วยพลาสติก ที่ต้องทำให้ปราศจากเชื้อโดยแช่น้ำยาทำลายเชื้อระดับสูง ซึ่งสามารถทำลายสปอร์ของแบคทีเรียได้ แต่ต้องแช่อุปกรณ์ในน้ำยาเป็นเวลานาน อุปกรณ์ทุกส่วนสัมผัสน้ำยาทำลายเชื้อในระยะเวลา อุณหภูมิ และระดับความเข้มข้นของน้ำยาที่เหมาะสม ภายหลังผ่านขบวนการการทำลายเชื้อระดับสูงด้วยวิธีการแช่น้ำยาทำลายเชื้อ พยาบาลห้องผ่าตัดนำเครื่องมือชิ้นไปใช้ทันที เพื่อลดความเสี่ยงต่อการปนเปื้อนเชื้ออีกครั้ง

1.2 การทำลายเชื้อระดับกลาง (intermediate level disinfection) หมายถึงความสามารถในการทำลายเชื้อจุลินทรีย์ได้เป็นส่วนใหญ่ ได้แก่ vegetative bacteria, virus แต่ไม่สามารถทำลาย bacterial spores ได้ การทำลายเชื้อระดับกลาง ได้แก่ การแช่น้ำยาทำลายเชื้อระดับกลาง หรือการต้มเดือด ซึ่งเป็นการทำลายเชื้อที่มีประสิทธิภาพที่ดีมาก ทำได้ง่ายและราคาถูก เหมาะสำหรับอุปกรณ์ประเภท semicritical items ได้แก่ อุปกรณ์เครื่องช่วยหายใจ อุปกรณ์ระบุความรู้สึก เครื่องวัดความดันเลือด หรือพื้นผิวของโต๊ะข้างเตียง และเตียงผู้ป่วยที่มีคราบเลือด หรือสารคัดหลั่ง

1.3 การทำลายเชื้อระดับต่ำ (low level disinfection) หมายถึง ความสามารถในการทำลายเชื้อจุลินทรีย์ต่ำ ทำลายได้เฉพาะ vegetative bacteria ไวรัสที่มีขนาดกลาง และเชื้อราบางชนิด แต่ไม่สามารถทำลายเชื้อ mycobacteria หรือสปอร์ได้ เหมาะสำหรับอุปกรณ์ประเภท noncritical items

ได้แก่ เครื่องวัดความดันเลือด ผ้าปูที่นอน ผ้าห่ม ขวด suction กระบอกปัสสาวะ หรือพื้นผิวของโต๊ะข้างเตียง และเตียงผู้ป่วยที่ไม่มีคราบเลือด หรือสารคัดหลั่ง

วิธีการทำให้ปราศจากเชื้อ

การทำให้ปราศจากเชื้อจะมีประสิทธิภาพต่อเมื่อทุกพื้นผิวของอุปกรณ์เครื่องมือทางการแพทย์ที่ต้องการทำให้ปราศจากเชื้อสัมผัสกับสารที่ทำให้ปราศจากเชื้อ (Sterilizing agent) การเลือกวิธีการทำให้ปราศจากเชื้อขึ้นอยู่กับลักษณะและประเภทของอุปกรณ์ที่ต้องการทำให้ปราศจากเชื้อและระยะเวลาที่ใช้ในการทำลายสปอร์ของเชื้อแบคทีเรีย วิธีการทำให้ปราศจากเชื้อแบ่งออกได้เป็น 2 วิธีใหญ่ๆ คือ (กิริติกันต์ ป้ายูเหลียม, 2558)

1. วิธีทางกายภาพ (Physical Method)

1.1 การใช้ความร้อน (Thermal or Heat sterilization) วิธีการทำให้ปราศจากเชื้อโดยใช้ความร้อนเป็นวิธีที่ปฏิบัติได้ง่าย และมีประสิทธิภาพสูงสุดโดยทั่วไปเมื่ออุณหภูมิสูงขึ้นระยะเวลาที่ใช้ในการทำให้ปราศจากเชื้อจะสั้นลง วิธีการทำให้อุปกรณ์ปราศจากเชื้อโดยใช้ความร้อนสามารถทำได้โดยการเผา การใช้ความร้อนแห้ง (Hot air หรือ dry heat) การต้ม การนึ่งไอน้ำภายใต้ความดัน (Steam under pressure sterilization หรือ autoclave)

2.1 การใช้รังสี (Ionizing radiation) ได้แก่ รังสีแกมมา (gamma rays) และ รังสีอัลตราไวโอเล็ต (Ultraviolet rays)

2. วิธีทางเคมี (Chemical Method)

2.1 การใช้แก๊ส ได้แก่ Ethylene oxide gas, Formaldehyde gas, Hydrogen Peroxide Plasma

2.2 การแช่ในสารเคมี (Chemical sterilant) คือ การแช่ในน้ำยาทำลายเชื้อระดับสูง (high level disinfectant) ซึ่งเป็นน้ำยาฆ่าเชื้อที่มีประสิทธิภาพสูง เป็นสารเคมีที่สามารถทำลายสปอร์ของแบคทีเรีย และจุลินทรีย์อื่นๆ ทุกชนิด จึงเหมาะสมที่จะใช้เป็นสารเคมีที่ทำให้ปลอดเชื้อ (sterilant) ได้แก่ 2.5% glutaraldehyde, 7.5% hydrogen peroxide, 0.2% peracetic acid และ 0.55% orthophthalaldehyde โดยระยะเวลาที่แช่น้ำยาให้ปฏิบัติตามคำแนะนำของบริษัทผู้ผลิต

2. ทฤษฎีนวัตกรรม ของเอเวอร์เรต เอ็ม โรเจอร์ (Everret M. Roger): ค.ศ. 1995

นวัตกรรม คือ แนวคิด การปฏิบัติ หรือสิ่งของที่สร้างความรับรู้ว่าเป็นสิ่งใหม่สำหรับบุคคลหรือกลุ่มบุคคล (ชาคริต พิชญากร และ สุชาติ ไตรภพสกุล, 2563)

นวัตกรรมทางการพยาบาล คือ กระบวนการ ผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่ได้สร้างขึ้นใหม่ รวมทั้งเป็นการพัฒนาปรับปรุง คัดแปลงนวัตกรรมให้ดียิ่งขึ้น ซึ่งจะส่งผลต่อการพัฒนาวิชาชีพได้ ประเภทของนวัตกรรมแบ่งออกเป็น 6 ประเภทดังต่อไปนี้ (คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน, 2554)

1. นวัตกรรมด้านระบบการศึกษา
2. นวัตกรรมด้านหลักสูตร
3. นวัตกรรมด้านการเรียนการสอน
4. นวัตกรรมด้านการสื่อสารและเทคโนโลยี
5. นวัตกรรมด้านการบริหารการศึกษา

6. นวัตกรรมด้านการประเมินผล

ขั้นตอนการคิดนวัตกรรม

1. ศึกษา และประเมินการปฏิบัติงานในหอผู้ป่วย
2. ใช้ประสบการณ์หรือปัญหาที่พบมาช่วยกันคิดแก้ไข
3. รวบรวมข้อมูลต่างๆ เพื่อนำมาแก้ไข
4. การนำอุบัติการณ์ที่เกิดจากการปฏิบัติงานมาพิจารณาประกอบ
5. หาแนวทางในการป้องกันและแก้ไข

ประโยชน์ของนวัตกรรม

1. ทำให้เกิดการพัฒนาขององค์กร
2. เพื่อใช้ในการศึกษาต่อและพัฒนาชิ้นงานให้ดียิ่งขึ้น
3. ช่วยลดความเสี่ยงต่างๆ ที่ก่อให้เกิดอันตราย
4. ช่วยลดความเสี่ยงต่างๆ เกิดขึ้น มีความสะดวกสบาย ทันสมัยในการใช้งาน
5. ช่วยประหยัดค่าใช้จ่ายในการนำนวัตกรรม ซึ่งเป็นการนำสิ่งที่มืออยู่แล้วมาใช้ให้เกิดประโยชน์
6. สามารถนำวัสดุ อุปกรณ์ที่มีอยู่ในท้องถิ่นมาใช้ให้เกิดประโยชน์

ขั้นตอนการดำเนินการ

1. ศึกษาและรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาโรคไส้เลื่อนขาหนีบ โดยการผ่าตัดผ่านกล้องแบบวิธี TEP จากหนังสือเอกสารหรือบทความทางวิชาการ และทางอินเทอร์เน็ต โดยนำความรู้ที่ได้มาสังเคราะห์และวางแผนในการจัดทำนวัตกรรม o'clock OK. Sterile

2. นำเสนอการจัดทำนวัตกรรม o'clock OK. sterile แก่หัวหน้าห้องผ่าตัดและพยาบาลห้องผ่าตัด โรงพยาบาลกลาง

3. จัดทำนวัตกรรม o'clock OK. sterile โดยมีอุปกรณ์และรายละเอียดเกี่ยวกับการจัดทำนวัตกรรมประกอบด้วย

3.1 ตัดแผ่นกระดาษแข็งขนาด 15x15 เซนติเมตร แบ่งกระดาษเป็น 2 ส่วน ซ้ายและขวา โดยส่วนที่ 1 ด้านขวาของกระดาษระบุข้อความ 2 หัวข้อ คือ เลขห้องที่กำลังแช่เครื่องมือพร้อมป้ายแจ้งสถานะแช่ด้วย และตารางระบุวันที่ผสมน้ำยาฆ่าเชื้อ ส่วนที่ 2 ด้านซ้ายของกระดาษแข็งนำนาฬิกาจับเวลา

มาคิดให้แน่น

3.2 การใช้งานของนวัตกรรมนี้ คือ

3.2.1 ตั้งเวลานับถอยหลังตามที่ต้องการ จากนั้นพยาบาลห้องผ่าตัดสามารถไปเตรียมเครื่องมืออย่างอื่นได้โดยไม่ต้องคอยดูเวลาเนื่องจากพอลครบกำหนดเวลาจะมีเสียงเตือน

3.2.2 การระบุเลขห้องที่กำลังแช่เครื่องมือพร้อมป้ายแจ้งสถานะแช่คว่น สามารถทำให้ห้องอื่นทราบว่าห้องไหนแช่เครื่องมืออยู่ หากมีป้ายสถานะแช่คว่น ห้ามแช่ของอื่นรวมตามทีหลัง

3.2.3 ตารางระบุวันที่ผสมน้ำยาฆ่าเชื้อที่มีประสิทธิภาพสูง เพื่อใช้ในการสื่อสารให้ทราบวันที่ต้องผสมน้ำยาฆ่าเชื้อรอบต่อไป จะทำให้น้ำยาฆ่าเชื้อคงประสิทธิภาพในการออกฤทธิ์ ส่งผลให้เครื่องมือผ่าตัดปราศจากเชื้อ

4. นำนวัตกรรม o'clock OK. sterile มาอธิบายให้ทุกคนในหน่วยงานทราบ

5. นำนวัตกรรม o'clock OK. sterile มาทดลองใช้ในหน่วยงาน และประเมินผลหลังการใช้งาน โดยจัดทำแบบประเมินหลังการใช้งาน เพื่อปรับปรุง

6. นำนวัตกรรม o'clock OK. Sterile มาใช้ในหน่วยงาน

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. พยาบาลห้องผ่าตัดได้รับความสะดวกในการจัดเตรียมเครื่องมือผ่าตัดผ่านกล้อง
2. เครื่องมือผ่าตัดผ่านกล้องปราศจากเชื้อ ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัยในการผ่าตัด
3. มีอุปกรณ์จับเวลาที่มีประสิทธิภาพเพิ่มมากขึ้น ใช้เป็นเครื่องมือสื่อสารในการแช่เครื่องมือผ่าตัดในน้ำยาฆ่าเชื้อ และสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการผ่าตัดอื่นได้

ตัวชี้วัดความสำเร็จ

1. พยาบาลห้องผ่าตัดมีอุปกรณ์จับเวลาในการแช่เครื่องมือผ่าตัดผ่านกล้องที่มีประสิทธิภาพดีขึ้น สะดวกในการทำงาน ภายในปี 2564

2. พยาบาลห้องผ่าตัดมีความพึงพอใจในการใช้อุปกรณ์จับเวลาระดับมากกว่าร้อยละ 80

ลงชื่อ.....ปิยนันท์ นาสะอ้าน.....

(นางปิยนันท์ นาสะอ้าน)

ผู้ขอรับการประเมิน

.....๑.๓.๖๕๕.....

เอกสารอ้างอิง

- คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน.(2554). นวัตกรรมทางการพยาบาล. สืบค้น 10 กรกฎาคม 2564, จาก <http://nurse.christian.ac.th/>
- กิริติกานต์ ป้ายูเหลือม. (2558). การทำให้เครื่องมือและอุปกรณ์ผ่าตัดปลอดเชื้อ. ใน ศรีเวียงแก้ว เต็งเกียรติ์ ตระกูล และเบญจมาภรณ์ บุตรศรีภูมิ (บรรณาธิการ), การพยาบาลปริศัลยกรรม (*Perioperative Nursing*). (น. 101-102). กรุงเทพฯ: บริษัทออฟเซ็ทพลัส.
- ชาคริต พิษณุางกูร และสุชาติ ไตรภพสกุล. (2563). การจัดการนวัตกรรม *innovation management*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เวชสถิติโรงพยาบาลกลาง. (2563). รายงานสถิติประจำปี. กรุงเทพฯ: โรงพยาบาลกลาง.

