

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

1. เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดส่องกล้องตัดต่อมลูกหมาก (Transurethral resection of the prostate, TUR-P)
2. ระยะเวลาที่ดำเนินการ ตั้งแต่วันที่ 26 ตุลาคม 2566 ถึงวันที่ 28 ตุลาคม 2566 รวมระยะเวลาการดูแล 3 วัน
รวมระยะเวลาการดูแลในห้องผ่าตัด 2 ชั่วโมง 10 นาที
3. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

บทนำ

ปัจจุบันประเทศไทยเริ่มเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างเต็มรูปแบบ เมื่อสูงอายุขึ้นการทำงานของระบบต่างๆในร่างกายเริ่มด้อยประสิทธิภาพ อันเป็นผลจากการเปลี่ยนแปลงตามวัย ในผู้สูงอายุเพศชายโรคที่พบได้บ่อยและเพิ่มจำนวนตามอายุที่เพิ่มขึ้น คือ โรคต่อมลูกหมากโต ซึ่งพบได้ถึง 1 ใน 3 เมื่ออายุย่างเข้าวัย 50 ปี (นคร ตันติรังสี และ ปกเทศ อังภากร, 2556) ทำให้ผู้สูงอายุมีอาการปัสสาวะขัด และปัสสาวะลำบาก ปวดเบ่งเวลาถ่ายปัสสาวะ ปัสสาวะเป็นหยดๆไม่พุ่ง ไม่สุด และปัสสาวะปนเลือด อาจรุนแรงถึงขั้นปัสสาวะไม่ออกได้ (ละเอียด แจ่มจันทร์ และสุรี ชันธรักษวงศ์, 2556) ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในทางที่แย่งลง และอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนทำให้อันตรายต่อผู้ป่วยได้ แพทย์จะพิจารณาให้การรักษาโดยการผ่าตัดเมื่อผู้ป่วยมีอาการมากขึ้น พยาบาลเป็นบุคลากรที่อยู่ใกล้ชิดผู้ป่วยขณะรักษาด้วยการผ่าตัด จึงจำเป็นต้องมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการรักษาด้วยการผ่าตัดต่อมลูกหมากโตอย่างชัดเจน จึงได้สนใจศึกษาผู้ป่วยรายนี้โดยการทบทวนวรรณกรรม วิเคราะห์และติดตามดูแลต่อเนื่องตั้งแต่การพยาบาลระยะก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด และหลังผ่าตัด เพื่อศึกษาหาแนวทางการพยาบาลให้เป็นไปอย่างถูกต้องและมีประสิทธิภาพ อันจะเป็นผลดีต่อการรักษาของผู้ป่วย

โรคต่อมลูกหมากโต (Benign prostatic hyperplasia, BPH or BPO) (นคร ตันติรังสี และปกเทศ อังภากร, 2556)

ความหมายของโรค

โรคต่อมลูกหมากโต หรือ Benign Prostatic Hyperplasia (BPH) คือ ภาวะที่ต่อมลูกหมากมีขนาดใหญ่ขึ้นผิดปกติ เป็นอาการที่มักเกิดในเพศชายเมื่อมีอายุมากขึ้น ส่วนมากพบในผู้ป่วยสูงอายุโดยเฉพาะใน ผู้ป่วย ที่มีอายุตั้งแต่ 50 ปีขึ้นไปและร้อยละ 75-80 ของผู้ป่วยที่มีอายุ 80 ปีขึ้นไป พบว่ามี ต่อมลูกหมากโตชนิดไม่ร้ายแรง สาเหตุยังไม่ทราบแน่ชัดเชื่อว่าเกิดจากการเปลี่ยนแปลงของวัยกับการเปลี่ยนแปลงทางฮอร์โมนโดยเฉพาะฮอร์โมนชนิดแอนโดรเจน (androgen) และ เอสโตรเจน (estrogen) ทำให้เกิดการเพิ่มจำนวนต่อม และเยื่อเกี่ยวพันของต่อมลูกหมากโดยก่อให้เกิดอาการ เช่น ปัสสาวะติดขัด ปัสสาวะไม่สุด ซึ่งอาจนำไปสู่โรคติดเชื้อในกระเพาะปัสสาวะ โรคในทางเดินปัสสาวะ หรือโรคไต

พยาธิสภาพ

เป็นการเปลี่ยนแปลงทางพยาธิของต่อมลูกหมากโดยมี cellular proliferation ของชั้น epithelium และ stromal เริ่มตรวจพบในผู้ชายอายุมากกว่า 30 ปี และพบมากขึ้นเรื่อย ๆ ตามอายุที่เพิ่มขึ้น การเปลี่ยนแปลงนี้เรียกว่า histologic BPH ลูกหมากโตจนทำให้เกิดอาการถ่ายปัสสาวะผิดปกติ (Progressive lower urinary tract symptom: LUST) เรียกภาวะนี้ว่า clinical BPH ในปัจจุบัน ไม่มีคำจำกัดความอย่างชัดเจนสำหรับโรค BPH รายงานบางฉบับถือว่าขนาดต่อมลูกหมากที่ขนาดมากกว่า 20 กรัม ร่วมกับอาการ LUTS หรือการตรวจ uroflowmetry ได้น้อยกว่า 15 ml/sec. ถือว่าเป็น clinical BPH

สาเหตุ

สาเหตุของต่อมลูกหมากโตจนเกิดปัญหาของการขับถ่ายปัสสาวะผิดปกติยังไม่ทราบแน่ชัด แต่เชื่อว่าเกิดจากความไม่สมดุลของฮอร์โมนเพศ กล่าวคือ ต่อมลูกหมากซึ่งทำหน้าที่ในการผลิตฮอร์โมน testosterone และฮอร์โมน estrogen ในเพศชายเมื่ออายุมากขึ้นฮอร์โมน testosterone จะลดลงขณะที่ฮอร์โมน estrogen และฮอร์โมน dihydrotestosterone: DHT เพิ่มขึ้นจากการเปลี่ยนแปลงของเอนไซม์ 5-alpha reductase ภายในเซลล์ของต่อมลูกหมากที่เพิ่มขึ้น จะเปลี่ยนฮอร์โมน testosterone เป็นฮอร์โมน DHT ซึ่งทำหน้าที่ในการพัฒนาการเจริญเติบโตของต่อมลูกหมาก ทำให้เซลล์ต่อมลูกหมากเกิดการขยายตัวอุดกั้นท่อทางเดินปัสสาวะบริเวณต่อมลูกหมาก กล้ามเนื้อเรียบของท่อปัสสาวะบริเวณต่อมลูกหมากและกระเพาะปัสสาวะตึงตัวไวต่อการบีบตัวมากขึ้น จึงทำให้การขับถ่ายปัสสาวะของทางเดินปัสสาวะส่วนล่างผิดปกติรวมทั้งสาเหตุปัจจัยเสี่ยงอื่น ๆ ได้แก่

1. พันธุกรรม พบว่าภาวะต่อมลูกหมากโตมักพบในบุคคลที่มีบิดา ญาติพี่น้อง หรือบุคคลในครอบครัวเป็นโรคต่อมลูกหมากโต
2. โรคประจำตัวที่เกิดจากความผิดปกติของต่อมไร้ท่อ และภาวะ metabolic syndrome เช่น โรคอ้วน โรคเบาหวาน ซึ่งในสภาวะที่ระดับน้ำตาลในเลือดไม่คงที่จะเกิดการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมน insulin growth factor: IGF ตลอดเวลาเพิ่มความเสี่ยงของการเกิดภาวะต่อมลูกหมากโต
3. วิถีการดำเนินชีวิต มีการศึกษาพบว่า การรับประทานอาหารจำพวกเนื้อแดง ไขมัน นม ผลิตภัณฑ์นม ไขมันสัตว์ปีก และแป้ง เพิ่มความเสี่ยงของภาวะต่อมลูกหมากโต ขณะที่อาหารประเภทผัก โดยเฉพาะอย่างยิ่งผักที่มีสารแคโรทีนอยด์ ผลไม้ กรดไขมันไม่อิ่มตัว กรดไลโนเลอิก วิตามินเอ และวิตามินดี ช่วยลดความเสี่ยงของการเกิดภาวะต่อมลูกหมากโต อาหารที่มีแร่ธาตุสังกะสีส่งผลดีต่อการควบคุมอาการของต่อมลูกหมากโตและการออกกำลังกายในระดับปานกลางอย่างต่อเนื่อง ช่วยลดความเสี่ยงของการเกิดภาวะต่อมลูกหมากโตได้ถึงร้อยละ 25

ภาวะต่อมลูกหมากโตเป็นสาเหตุให้เกิดอาการปัสสาวะลำบาก (dysuria) เกิดการขยายตัวของกล้ามเนื้อกระเพาะปัสสาวะ (hypertrophy of detrusor muscle) ทำให้การควบคุมการไหลของปัสสาวะผิดปกติ ปัสสาวะทันกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ ในระยะยาวส่งผลต่อประสิทธิภาพการบีบตัวของกระเพาะปัสสาวะ นำไปสู่การคั่งค้างของน้ำปัสสาวะก่อให้เกิดนิ่วในไตได้ ทำให้การทำงานของไตเสื่อมลงส่งผลให้ไตวายได้ในที่สุด รวมทั้งเพิ่มความเสี่ยงของการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ อาจนำไปสู่การติดเชื้อในกระแสเลือดและมีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตได้ นอกจากนี้ภาวะต่อมลูกหมากโตยังทำให้ผู้สูงอายุมีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมในชีวิตประจำวัน เช่น พักผ่อนไม่เพียงพอ ซึ่งพบได้

ถึงร้อยละ 27.1 จากการปัสสาวะบ่อยในเวลากลางคืน ข้อจำกัดในเรื่องการเดินทางพบได้ ร้อยละ 32.52 จากความวิตกกังวลเกี่ยวกับการถ่ายปัสสาวะระหว่างเดินทาง ซึ่งส่งผลต่อคุณภาพชีวิตเป็นอย่างมาก ภาวะต่อมลูกหมากโตส่งผลกระทบต่อสภาวะทางอารมณ์และจิตใจของผู้สูงอายุ จากการปัสสาวะบ่อยที่ไม่สามารถควบคุมได้และอาการปวดขณะปัสสาวะ ก่อให้เกิดความเครียดวิตกกังวล นอนไม่หลับ ตลอดจนกระทบต่อการทำกิจวัตรประจำวัน

อาการและอาการแสดง

1. ลุกขึ้นถ่ายปัสสาวะกลางดึก หลังจากทีหลับไปแล้วมากกว่า 1 - 2 ครั้ง
2. ปัสสาวะไม่พุ่ง ไหลช้า หรือไหลๆ หยุดๆ
3. เกิดความรู้สึกว่าการขับถ่ายปัสสาวะเป็นเรื่องวุ่นวายในชีวิตประจำวัน
4. ไม่สามารถกลั้นปัสสาวะได้ จะต้องรีบเข้าห้องน้ำทันทีที่ปวดปัสสาวะ
5. ต้องเบ่งหรือรอนานกว่าจะสามารถปัสสาวะออกมาได้
6. ปัสสาวะไม่สุด และรู้สึกเหลือค้าง
7. ปัสสาวะบ่อย ห่างกันไม่เกิน 2 ชั่วโมง

การวินิจฉัยโรคต่อมลูกหมากโต (ยมนา ชนะนิล, 2563)

1. การซักประวัติเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงต่างๆที่เป็นสาเหตุของภาวะต่อมลูกหมากโต ได้แก่ อายุ พันธุกรรมโรคประจำตัว และวิถีการดำเนินชีวิต
2. การซักประวัติลักษณะอาการและอาการแสดงความผิดปกติของการขับถ่ายปัสสาวะ ซึ่งจากการโตขึ้นของต่อมลูกหมากที่อยู่ล้อมรอบท่อปัสสาวะ กดเบียดท่อปัสสาวะให้แคบลงทำให้เกิดอาการ ดังนี้
 - 2.1 อาการระคายเคืองทางเดินปัสสาวะ (irritative symptoms) ทำให้เกิดอาการปัสสาวะบ่อย อาการปัสสาวะเร่งรีบ (urgency) ต้องรีบไปปัสสาวะเมื่อรู้สึกปวดโดยไม่สามารถปฏิเสธหรือเลื่อนการปัสสาวะครั้งนั้นได้ อาจมีปัญหาปัสสาวะเล็ดราดร่วมด้วยได้ (urge urinary incontinence) และอาการตื่นมาปัสสาวะตอนกลางคืน (nocturia) ซึ่งขณะนอนหลับต้องตื่นมาปัสสาวะมากกว่า 2 ครั้งต่อคืน
 - 2.2 อาการอุดกั้นทางเดินปัสสาวะ (obstructive symptoms) ทำให้เกิดอาการดังนี้
 - 1) ปัสสาวะไม่พุ่ง ลำปัสสาวะเล็กลง
 - 2) ปัสสาวะออกช้า (urinary hesitancy) ต้องใช้เวลาสักพักปัสสาวะถึงจะออก ซึ่งโดยปกติปัสสาวะจะออกทันทีภายหลังกลัมน้ำหรือหูดกระเพาะปัสสาวะคลายตัว
 - 3) ปัสสาวะสะดุด (intermittency) หรือขาดเป็นช่วง ๆ
 - 4) ปัสสาวะหยด (post void dribbling) หลังการถ่ายปัสสาวะเสร็จมีปัสสาวะหยดออกมาซึ่งเกิดจากปัสสาวะที่ค้างอยู่ในท่อปัสสาวะ
 - 5) ออกแรงเบ่งปัสสาวะ (staining) ใช้แรงดันจากช่องท้องในการขับปัสสาวะ
 - 6) ปัสสาวะค้าง (incomplete emptying) เป็นอาการปัสสาวะไม่สุดเหมือนมีปัสสาวะค้างอยู่ในกระเพาะปัสสาวะภายหลังการถ่ายปัสสาวะ และประเมินระดับความรุนแรงความผิดปกติของการขับถ่ายปัสสาวะโดยใช้แบบประเมิน International Prostate Symptom Score (IPSS), American Urological

Association Symptom Index: AUA Symptom index หรือแบบประเมินชนิดรูปภาพ Visual Prostate Symptom Score (VPSS) ปัจจุบันมีการพัฒนา application I-PSS Assessment ซึ่งง่ายต่อการประเมิน

3. การตรวจทางทวารหนัก (digital rectal examination) โดยใช้นิ้วสอดเข้าไปในทวารหนัก และตรวจคลำประเมินขนาดของต่อมลูกหมาก

4. การติดตามผลการตรวจพิเศษ และผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ผลการตรวจปัสสาวะเพื่อค้นหากรอ์อักเสบติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ ผลการทดสอบเพื่อวัดอัตราการไหลของปัสสาวะ (uroflowmetry) และปริมาณปัสสาวะที่ออกมารวมทั้งการวัดปริมาณปัสสาวะที่ค้างอยู่ในกระเพาะปัสสาวะ เพื่อประเมินความรุนแรงและติดตามการรักษา ผลการตรวจพิเศษส่องกล้องผ่านทางท่อปัสสาวะ เพื่อประเมินขนาดของต่อมลูกหมากและการกดเบียด ท่อปัสสาวะ ผลการตรวจอัลตราซาวด์และการตรวจวินิจฉัยอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น การตรวจคัดกรองวินิจฉัยแยกโรคมะเร็งต่อมลูกหมาก การตรวจเลือดเพื่อหาค่า PSA (prostatic specific antigen) โปรตีนเฉพาะที่สร้างจากเซลล์เยื่อบุผิวของต่อมลูกหมากซึ่งเป็นสารบ่งชี้ (tumor marker) จำเพาะในการตรวจคัดกรองมะเร็งต่อมลูกหมาก

พยาบาลควรให้คำแนะนำการเตรียมตรวจดังนี้

1. แนะนำให้งดยาที่มีผลต่อต่อมลูกหมากเนื่องจากผลของยาอาจทำให้ค่า PSA เปลี่ยนแปลงไม่ตรงตามความเป็นจริง ได้แก่ กลุ่มยาต้านฮอร์โมนเพศ เช่น flutamide, nilutamide ฯลฯ กลุ่มยาต้านการโตของต่อมลูกหมาก เช่น finasteride, dutasteride, saw palmetto
2. แนะนำให้งดกิจกรรมทางเพศหรือไม่ให้มีการหลั่งสุจิก่อนการเจาะเลือดตรวจหาค่า PSA เป็นระยะเวลาไม่น้อยกว่า 48 ชั่วโมง
3. แนะนำให้งดกิจกรรมที่กระทบกระเทือนต่อต่อมลูกหมากอย่างน้อย 48 ชั่วโมง เช่น การขี่จักรยานวิบาก ขี่มอเตอร์ไซด์ การขี่จักรยานยนต์ข้ามเครื่องกีดขวาง การแข่งจักรยานยนต์ข้ามประเทศ การขี่ม้าเพื่อการเดินทาง เป็นต้น หากมีการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะควรรออย่างน้อย 6 สัปดาห์หลังการรักษาการติดเชื้อหายแล้ว การตรวจหาค่า PSA ไม่จำเป็นต้องงดน้ำงดอาหาร ซึ่งเกณฑ์ปกติของค่า PSA ที่ได้รับการยอมรับกันมีความสัมพันธ์กับอายุของผู้ป่วยดังนี้

ผู้ชายอายุน้อยกว่า 50 ปี ค่าปกติของ PSA คือ น้อยกว่า 2.5 ng/mL

ผู้ชายอายุ 50-59 ปี ค่าปกติของ PSA คือ น้อยกว่า 3.5 ng/mL

ผู้ชายอายุ 60-69 ปี ค่าปกติของ PSA คือ น้อยกว่า 4.5 ng/mL

ผู้ชายอายุมากกว่า 70 ปี ค่าปกติของ PSA คือ น้อยกว่า 6.5 ng/mL

จากวิธีการประเมินข้างต้นควรเลือกให้เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุแต่ละราย ซึ่งภาวะต่อมลูกหมากโตแบ่งตามระดับความรุนแรงของอาการได้ดังนี้

ระยะที่ 1 ไม่มีการอุดตันของทางเดินปัสสาวะ และยังไม่มีอาการแสดง

ระยะที่ 2 ไม่มีการอุดตันของทางเดินปัสสาวะ แต่มีอาการแสดงโดยทั่วไปรักษาด้วยยาตามอาการ

ระยะที่ 3 มีการอุดตันของทางเดินปัสสาวะมีอาการแสดงซึ่งต้องให้ยา 5-alpha reductase inhibitor หรือทำการผ่าตัด

ระยะที่ 4 มีการอุดตันของทางเดินปัสสาวะและมีภาวะแทรกซ้อนจากการคั่งค้างของปัสสาวะ เกิดนิ่ว ปัสสาวะมีเลือดปน ติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะต้องได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด การรักษา

การรักษาภาวะต่อมลูกหมากโต การรักษาภาวะต่อมลูกหมากโตขึ้นกับอาการและอาการแสดงของผู้ป่วย หากมีอาการเพียงเล็กน้อย อาจใช้การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เช่น หลีกเลี่ยงการดื่มน้ำมากเกินไป โดยเฉพาะช่วงเวลาก่อนเข้านอน งดการดื่มชา กาแฟ เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ซึ่งเป็นปัจจัยส่งเสริมให้มีอาการปัสสาวะบ่อยได้ หลีกเลี่ยงการกลั้นปัสสาวะเป็นเวลานาน ๆ และดูแลตนเอง ไม่ให้เกิดอาการท้องผูก เอาใจใส่สุขภาพของตนเอง ไปรับการตรวจตามนัด หากมีอาการผิดปกติให้รีบพบแพทย์ทันที กรณีที่มีอาการแสดงของโรค ยาที่ใช้ในการรักษาภาวะต่อมลูกหมากโตประกอบด้วย

1. ยากลุ่มกล้ามเนื้อเรียบในต่อมลูกหมาก (alpha-blockers) ทำให้กล้ามเนื้อเรียบบริเวณต่อมลูกหมากและกระเพาะปัสสาวะคลายตัวลง ลดอาการหดเกร็งกล้ามเนื้อที่บีบรัดท่อปัสสาวะ ช่วยให้สามารถปัสสาวะได้ดีขึ้น
2. ยา 5-alpha reductase inhibitor ที่ออกฤทธิ์ยับยั้งฮอร์โมน DHT จะช่วยลดขนาดต่อมของลูกหมากที่ใช้ในรายที่ต่อมลูกหมากมีขนาดโตมาก
3. ยากลุ่ม antimuscarinic ควบคุมการบีบตัวของกระเพาะปัสสาวะ เพื่อรักษาภาวะกระเพาะปัสสาวะบีบตัวไวเกิน (overactive bladder) โดยคลายกล้ามเนื้อของกระเพาะปัสสาวะช่วยลดอาการปัสสาวะบ่อย

ซึ่งแพทย์จะเป็นผู้พิจารณาให้ยาตามความเหมาะสม การรักษาด้วยการผ่าตัด ขึ้นอยู่กับข้อบ่งชี้ดังต่อไปนี้ ได้แก่ ไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา ปัสสาวะไม่ออก ปัสสาวะเป็นเลือด ติดเชื้อทางเดินปัสสาวะซ้ำซาก เกิดนิ่วในกระเพาะปัสสาวะ เกิดภาวะไตวาย การผ่าตัดในปัจจุบันที่ใช้รักษาภาวะต่อมลูกหมากโตคือการผ่าตัดส่องกล้องผ่านทางท่อปัสสาวะ (transurethral resection of prostate: TURP) เพื่อตัดต่อมลูกหมากออกเป็นชิ้นเล็ก ๆ และตัดเอาเนื้อต่อมลูกหมากที่มีการกดเบียดท่อปัสสาวะออก ใน 3-4 วันแรกจำเป็นต้องใส่สายสวนปัสสาวะเพื่อให้กระเพาะปัสสาวะได้พัก ผู้ป่วยจะมีอาการดีขึ้นภายใน 2-4 สัปดาห์ กรณีที่ต่อมลูกหมาก มีขนาดใหญ่มาก อาจจำเป็นต้องใช้วิธีการผ่าตัดแบบเปิดหน้าท้อง ซึ่งมีความเสี่ยงต่อการสูญเสียเลือด ทั้งนี้ในรายที่มีข้อจำกัด ในการผ่าตัดจะใช้วิธีการรักษาด้วยการใช้คลื่นความร้อน เช่น ไมโครเวฟ (Transurethral microwave therapy: TUMT) คลื่นวิทยุ หรือ เลเซอร์ ผ่านเข้าไปที่ต่อมลูกหมากเพื่อทำให้ต่อมลูกหมากฝ่อและเล็กลง

การพยาบาลขณะผ่าตัด (พัชรินทร์ ไชยสุรินทร์, 2556)

ประกอบด้วย 3 ระยะ คือ

1. การพยาบาลระยะก่อนผ่าตัด (Preoperative Nursing Care)
2. การพยาบาลระยะผ่าตัด (Intraoperative Nursing Care)
3. การพยาบาลระยะหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้น (Postoperative Nursing Care)

การพยาบาลระยะก่อนผ่าตัด (Preoperative Nursing Care)

หมายถึงการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่การไปรับผู้ป่วยจากหอผู้ป่วยมาถึงห้องผ่าตัด และขณะที่ผู้ป่วยอยู่ในห้องพักรอก่อนผ่าตัด จนกระทั่งผู้ป่วยย้ายไปนอนเตียงก่อนผ่าตัด ในการรับผู้ป่วยมาห้องผ่าตัดเป็นหน้าที่รับผิดชอบของพยาบาลห้องผ่าตัด ซึ่งโดยทั่วไปจะรับผู้ป่วยมารอในห้องพักรอก่อนผ่าตัดประมาณ 30-45 นาที ก่อนเข้าห้องผ่าตัด และจะรับผู้ป่วยโดยดูตามลำดับก่อนหลังจากตารางผ่าตัดประจำวัน

ภายหลังจากเคลื่อนย้ายผู้ป่วยจากเตียงของหอผู้ป่วยมายังเปลนอนแล้ว เจ้าหน้าที่ของห้องผ่าตัดจะต้องตรวจสอบเอกสาร อุปกรณ์และเวชภัณฑ์ต่างๆ ที่ต้องใช้ในการผ่าตัดให้ครบถ้วน และบันทึกลงในเอกสารการรับ-ส่งผู้ป่วย เพื่อส่งต่อให้กับพยาบาลที่ห้องพักรอก่อนผ่าตัด เมื่อผู้ป่วยมาถึงบริเวณห้องพักรอก่อนผ่าตัดจะย้ายผู้ป่วยจากเปลนอนด้านนอกมายังเปลนอนที่เตรียมไว้สำหรับเข้าห้องผ่าตัด เปลี่ยนเสื้อผ้าเป็นชุดสำหรับเข้าห้องผ่าตัด โดยสวมเสื้อคลุมผ่าตัดและหมวกให้เรียบร้อย แล้วจัดให้ผู้ป่วยอยู่ในห้องพักรอก่อนผ่าตัด มีพยาบาลประจำห้องพักรอก่อนผ่าตัดคอยให้การดูแลผู้ป่วยครอบคลุมทั้งทางร่างกายและจิตใจ ตามปัญหาที่เกิดขึ้นในระยะก่อนผ่าตัด

การพยาบาลระยะผ่าตัด (Intraoperative Nursing Care)

การพยาบาลผู้ป่วยตั้งแต่ย้ายผู้ป่วยมาอยู่บนเตียงผ่าตัด ได้รับยาระงับความรู้สึกจากวิสัญญีแพทย์ ทำผ่าตัดเสร็จสิ้น จนกระทั่งย้ายผู้ป่วยไปยังห้องพักฟื้น การพยาบาลระยะนี้เป็นการ ทำงานร่วมกันกับทีมผ่าตัด ซึ่งได้แก่ วิสัญญีแพทย์ ศัลยแพทย์ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับ ความปลอดภัย และไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัด พยาบาลประจำห้องผ่าตัด แบ่งออกได้ตามลักษณะของงานที่ปฏิบัติ คือทำหน้าที่เป็น พยาบาลส่งเครื่องมือผ่าตัด (Scrub nurse) และพยาบาลช่วยรอบนอก (Circulating nurse)

การพยาบาลระยะหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้น (Postoperative Nursing Care)

การพยาบาลตั้งแต่ย้ายผู้ป่วยจากห้องผ่าตัดมายังห้องพักฟื้น ในทันทีที่ผู้ป่วยมาถึง ห้องพักฟื้น ทีมบุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วยทีมวิสัญญีแพทย์และพยาบาลจากห้อง ผ่าตัดที่มาส่งผู้ป่วยในห้องพักฟื้น จะต้องรายงานรายละเอียดที่สำคัญและเกี่ยวข้องกับผู้ป่วย ในระหว่างที่มีการส่งต่อข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยให้พยาบาลห้องพักฟื้นทราบ พยาบาลในห้องพักฟื้นจะต้องประเมินสภาพทั่วไปของผู้ป่วยไปด้วย โดยประเมินระบบทางเดินหายใจ การหายใจ และการไหลเวียนโลหิต ระดับความรู้สึกตัว ความดันโลหิต ชีพจร การหายใจ อุณหภูมิกาย สีผิว สลายยาง ท่อระบายต่างๆ และแผลผ่าตัด ถ้ามีปัญหาและข้อสงสัยให้สอบถามทันที ภายหลังจากประเมินทำให้รับรู้ได้ถึงปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย และสามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่างครอบคลุม

4. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินการ และเป้าหมายของงาน

4.1 สรุปสาระสำคัญ

กรณีศึกษา

ผู้ป่วย ชายไทย อายุ 74 ปี น้ำหนัก 63 กิโลกรัม ส่วนสูง 170 เซนติเมตร ค่าดัชนีมวลกาย 21.79 ไม่ดื่มสุรา ไม่สูบบุหรี่ ปฏิเสธการแพ้ยาแพ้อาหาร สถานะภาพโสด เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย นับถือศาสนา พุทธ อาชีพ พ่อบ้าน ภูมิลำเนา จังหวัดสระแก้ว สิทธิในการรักษาพยาบาล ผู้สูงอายุนอกเขตอำเภอ

ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาตัวที่โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้วเมื่อวันที่ 3 สิงหาคม 2566 ด้วยอาการ ปัสสาวะแสบขัด ต้องเบ่ง ปวดท้องน้อยเวลาปัสสาวะ ทำการส่องกล้องทางเดินปัสสาวะพบต่อมลูกหมากโต ได้รับ วินิจฉัยโรคต่อมลูกหมากโต (Benign prostatic hyperplasia, BPH or BPO) แพทย์จึงนัดผ่าตัดส่องกล้องตัดต่อม ลูกหมาก (Transurethral resection of Prostate) วันที่ 27 ตุลาคม 2566 แรกรับที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมชายผู้ป่วย มาตามนัดผ่าตัด ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี หายใจปกติ ไม่มีอาการหอบเหนื่อย อุณหภูมิร่างกาย 36.8 องศาเซลเซียส, อัตราการเต้นของหัวใจ 64 ครั้งต่อนาที, อัตราการหายใจ 18 ครั้งต่อนาที, ความดันโลหิต 103 / 60 มิลลิเมตรปรอท ทำการ เซตผ่าตัดส่องกล้องตัดต่อมลูกหมาก (TUR-P) ในวันที่ 27 ตุลาคม 2566 เตรียมผู้ป่วยให้พร้อมผ่าตัดโดยเจาะเลือดส่ง ตรวจทางห้องปฏิบัติการหาค่า CBC, Bun, Creatinine, Electrolyte, BS, PT, PTT ส่งตรวจภาพถ่ายรังสีปอด ตรวจ คลื่นไฟฟ้าหัวใจ และจอง PRC 1 U

ระยะก่อนผ่าตัด ทำการเข้าเยี่ยมผู้ป่วยก่อนได้รับการผ่าตัด โดยสร้างสัมพันธภาพและแนะนำตนเองแก่ผู้ป่วย ประเมินผู้ป่วยรูปร่างไม่มีความผิดปกติ นอนราบได้ ไม่สูบบุหรี่ ไม่ดื่มสุรา มีโรคประจำตัวเป็นวัณโรคปอด ให้คำแนะนำ การปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัดและขณะเข้าห้องผ่าตัด ทำที่ใช้ในการผ่าตัด ระยะเวลาที่ใช้ในการผ่าตัด แจ้งผู้ป่วยให้งดน้ำงด อาหารหลังเที่ยงคืน แจ้งพยาบาลประจำหอผู้ป่วยให้ผู้ป่วยได้รับยาก่อนผ่าตัดตามที่แพทย์กำหนด ceftriaxone 2 gm เตรียมบริเวณผ่าตัด (Prep skin) ให้เรียบร้อย ตรวจสอบความครบถ้วนถูกต้องของเอกสารที่ต้องใช้ในการผ่าตัดผล ตรวจภาพถ่ายรังสีปอดตามที่แพทย์กำหนด ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการพบความเข้มข้นของเลือด 38% ใบเซ็น ยินยอมการผ่าตัดถูกต้องเรียบร้อย ให้กำลังใจและสร้างความมั่นใจให้แก่ผู้ป่วย ผู้ป่วยมีสีหน้าเคร่งเครียดและบอกว่าไม่สบายใจเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่ จึงอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจสาเหตุ และพยาธิสภาพของโรค รวมทั้งการรักษา และเปิด โอกาสให้ผู้ป่วยระบายความรู้สึก และซักถามข้อสงสัยต่าง ๆ ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวลและหน้าตาสดชื่นขึ้นจึงให้ กำลังใจและขอให้การผ่าตัดผ่านไปได้โดยดี เช้าวันผ่าตัดให้สารน้ำ 5%DN/2 1000 มิลลิลิตรทางหลอดเลือดดำ อัตรา หาย 80 มิลลิลิตร/ชั่วโมง ให้ยาปฏิชีวนะ Ceftriaxone 2 gm ทางหลอดเลือดดำก่อนไปห้องผ่าตัด เคลื่อนย้ายผู้ป่วย ด้วยเปลนอนจากหอผู้ป่วยศัลยกรรมชายมายังห้องผ่าตัดเพื่อเข้ารับการรักษาตามแผนการรักษาของแพทย์

แรกรับผู้ป่วยที่ห้องผ่าตัด ทำการประเมินผู้ป่วยก่อนเข้ารับการรักษา ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ถามตอบได้ สามารถ ช่วยเหลือตนเองได้ ชื่อ-สกุล ถูกต้องเรียบร้อย หัตถการถูกต้องตามคำสั่งแพทย์ ใบเซ็นยินยอมถูกต้องเรียบร้อย

ตรวจสอบสัญญาณชีพ อุณหภูมิร่างกาย 36.5 องศาเซลเซียส, ชีพจร 56 ครั้งต่อนาที, อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที, ความดันโลหิต 119 / 59 มิลลิเมตรปรอท นำผู้ป่วยเข้าห้องผ่าตัด เตรียมผู้ป่วยผ่าตัด ถอดเสื้อผ้าจัดท่านอนราบ ติดเครื่องวัดสัญญาณชีพ

ระยะผ่าตัด ผู้ป่วยเข้ารับการผ่าตัดด้วยวิธีการให้ยาระงับความรู้สึกโดยการฉีดยาเข้าช่องไขสันหลัง (Spinal anesthesia) โดยวิสัญญีแพทย์ เมื่อผู้ป่วยได้รับการระงับความรู้สึกเรียบร้อยเริ่มทำการจัดท่าในการผ่าตัดโดยใช้ท่าชันขาหยั่ง (Lithotomy position) เตรียมผ้าปราศจากเชื้อและเครื่องมือที่ใช้ในการผ่าตัดส่องกล้องตัดต่อมลูกหมากครบถ้วน เริ่มปูผ้าปราศจากเชื้อที่ตัวผู้ป่วยติดตั้งเครื่องมือผ่าตัดพร้อมเริ่มการผ่าตัด ศัลยแพทย์เริ่มทำการผ่าตัดส่องกล้องตัดต่อมลูกหมาก ส่งตรวจชิ้นเนื้อและจีห้ามเลือดแล้วเสร็จเสียเลือดในการผ่าตัด ~100 ml ทำการสวนล้างกระเพาะปัสสาวะต่อเนื่องตลอดเวลาหลังผ่าตัด (Continuous bladder irrigation:CBI) ด้วย NSS 2000 ml ได้สีแดงจางเล็กน้อย ผู้ป่วยตื่นรู้สึกตัวดีสัญญาณชีพอุณหภูมิร่างกาย 37 องศาเซลเซียส, ชีพจร 70 ครั้งต่อนาที, อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที, ความดันโลหิต 134 / 70 มิลลิเมตรปรอท ไม่มีอาการผิดปกติ

ระยะหลังผ่าตัด ย้ายผู้ป่วยเข้าห้องพักฟื้นเพื่อสังเกตอาการ 1 ชั่วโมงและส่งผู้ป่วยเดินทางกลับบ้านห่อผู้ป่วย ศัลยกรรมช่วยโดยเปลนอนและกลับไปสังเกตอาการหลังผ่าตัดที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย ไม่มีอาการผิดปกติหลังผ่าตัด ติดตามเยี่ยมประเมินอาการผู้ป่วยหลังผ่าตัด ภายใน 24 ชั่วโมงแรก สังเกตและสอบถามอาการหลังผ่าตัด ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ลูกนั่งบนเตียง เดินได้ ระดับความปวด = 1 คะแนน สัญญาณชีพ อุณหภูมิร่างกาย 36.9 องศาเซลเซียส, ชีพจร 80 ครั้งต่อนาที, อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที, ความดันโลหิต 138 / 60 มิลลิเมตรปรอท ตรวจสอบสายสวนล้างกระเพาะปัสสาวะ (CBI) มีสีเหลืองใสไม่มีเลือดปนออกมา ดูและให้สายสวนล้างกระเพาะปัสสาวะ (CBI) ให้อยู่ในตำแหน่งที่ถูกต้องและไหลดีไม่หักพับงอ แนะนำญาติและผู้ป่วยเรื่องการสังเกตการหักพับงอของสายและ ลักษณะ สี จำนวน และการแจ้งพยาบาลที่หอผู้ป่วยเมื่อพบความผิดปกติ ให้คำแนะนำเกี่ยวกับโรค การผ่าตัดและการปฏิบัติตนหลังผ่าตัด การสังเกตอาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์ เปิดโอกาสให้ญาติและผู้ป่วยซักถามข้อสงสัย ญาติและผู้ป่วยรับทราบเข้าใจเกี่ยวกับโรค และการปฏิบัติตนหลังผ่าตัด สามารถตอบทวนความรู้ได้ถูกต้องและไม่มีข้อซักถามเพิ่มเติมรวมระยะเวลาที่รับไว้ในความดูแล 3 วัน รวมระยะการดูแลในห้องผ่าตัด 2 ชั่วโมง 10 นาที

4.2 ขั้นตอนการดำเนินการ

1. ศึกษาสถิติ ข้อมูลการเจ็บป่วยด้วยโรคต่างๆ
2. เลือกเรื่องที่จะศึกษา และกรณีศึกษาจากผู้ป่วยที่มารับบริการ
3. ศึกษารวบรวมข้อมูลพื้นฐานที่เกี่ยวกับกรณีศึกษา ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ การตรวจร่างกาย ประเมินสภาพผู้ป่วย และแผนการดูแลรักษาของแพทย์
4. ศึกษาค้นคว้าจากตำรา เอกสารวิชาการ วารสารที่เกี่ยวข้อง และประสบการณ์
5. ปรึกษาพยาบาลชำนาญการและศัลยแพทย์ทางเดินปัสสาวะผู้รักษา
6. นำข้อมูลที่ได้มารวบรวม และวิเคราะห์ปัญหา
7. วางแผนให้การพยาบาลตามกระบวนการพยาบาล โดยเน้นการพยาบาลแบบองค์รวม
8. ปฏิบัติการพยาบาลตามแผนการพยาบาล และประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาลตามแผนการพยาบาลที่กำหนด
9. สรุปกรณีศึกษา วิเคราะห์ และให้ข้อเสนอแนะ
10. จัดทำเอกสาร พิมพ์ตรวจสอบความถูกต้อง

4.3 เป้าหมายของงาน

เพื่อให้การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดส่องกล้องตัดต่อมลูกหมากให้ได้รับความปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน

5. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

5.1 ผลสำเร็จของงานเชิงปริมาณ

ให้การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดส่องกล้องตัดต่อมลูกหมาก จำนวน 1 ราย รับไว้ในการดูแลตั้งแต่วันที่ 26 ตุลาคม 2566 เวลา 11.00 น. ถึงวันที่ 28 ตุลาคม 2566 เวลา 15.00 น. รวมระยะเวลาที่อยู่ในความดูแล 3 วัน รวมระยะเวลาการดูแลในห้องผ่าตัด 2 ชั่วโมง 10 นาที

5.2 ผลสำเร็จของงานเชิงคุณภาพ

1. ผู้ป่วยและญาติมีความพึงพอใจในการให้การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดส่องกล้องตัดต่อมลูกหมาก
2. ผู้ป่วยผ่าตัดส่องกล้องตัดต่อมลูกหมากได้รับการดูแลที่ถูกต้องตามมาตรฐานการพยาบาล ปลอดภัย ไม่มีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด และหลังผ่าตัด

6. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

1. เพื่อเป็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดส่องกล้องตัดต่อมลูกหมาก
2. ใช้ในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดส่องกล้องตัดต่อมลูกหมากให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัด และผ่าตัดสำเร็จได้ด้วยดี
3. เป็นแนวทางประกอบการนิเทศงานบุคลากรทางการพยาบาล

7. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

การใช้เครื่องมือส่องกล้องผ่าตัดต่อมลูกหมากและเครื่องจีไฟฟ้าสำหรับห้ามเลือด ต้องใช้การพยาบาลที่ซับซ้อนในการดูแลต้องใช้ความชำนาญที่ในการใช้งาน เนื่องจากเป็นอุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์ที่ซับซ้อนมีหลายชิ้นส่วน กล้องและจีไฟฟ้ามีหลายชนิดและหลายขนาด อีกทั้งการใช้งานมีโอกาสทำให้ผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บจากจีไฟฟ้าได้หากพยาบาลไม่มีความรู้ความชำนาญในการใช้งานและการดูแลผู้ป่วยที่ต้องใช้เครื่องมือส่องกล้องอาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนขณะผ่าตัดได้และส่งผลให้เกิดอันตรายต่อชีวิตของผู้ป่วย

8. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

1. อุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์ที่ใช้ในการผ่าตัดมีความยุ่งยากซับซ้อน
2. ขั้นตอนในการผ่าตัดมีความซับซ้อน
3. เจ้าหน้าที่และบุคลากรที่มีความรู้ในการผ่าตัดส่องกล้องตัดต่อมลูกหมากมีจำนวนน้อย

9. ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีพยาบาลที่ผ่านการเรียนเฉพาะทางสาขาทางเดินปัสสาวะ ที่ต้องใช้เครื่องมือในการผ่าตัดทางเดินปัสสาวะ
2. ควรมีการจัดอบรมทบทวนความรู้และฝึกทักษะในการใช้เครื่องมือและอุปกรณ์ในการผ่าตัดส่องกล้องตัดต่อมลูกหมากและเครื่องจีไฟฟ้าสำหรับห้ามเลือดอย่างสม่ำเสมอ
3. ควรมีการนิเทศงานบุคลากรทางการพยาบาลที่จบใหม่เกี่ยวกับการประเมิน และการให้การพยาบาลผู้ป่วยที่มาผ่าตัดส่องกล้องตัดต่อมลูกหมาก รวมถึงการใช้งานเครื่องมือส่องกล้องตัดต่อมลูกหมากชนิดต่างๆ ที่ถูกต้องและเหมาะสมในผู้ป่วยแต่ละราย

10. การเผยแพร่ผลงาน

- ประชุมวิชาการประจำเดือนในหน่วยงาน

11. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน

- 1) นางสาวอภิญญา ประไพ ผู้เสนอมีส่วนของผลงาน ร้อยละ 100

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ)..... *อภิญญา ประไพ*

(นางสาวอภิญญา ประไพ)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

(วันที่)..... *๗* / *ค.ค* / *๒๕๖๖*

ผู้ขอประเมิน

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
นางสาวอภิญญา ประไพ	อภิญญา ประไพ

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) อภิญญา ประไพ

(นางสาวดาวรัตน์ ชาติทรัพย์สิน)

(ตำแหน่ง) หัวหน้างานห้องผ่าตัด

(วันที่) 7 / สิงหาคม / 2566

ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ) Em

(นางสาวรัตนา ด่านปรีดา)

(ตำแหน่ง) หัวหน้าพยาบาล (พยาบาลวิชาชีพเชี่ยวชาญ)

(วันที่) 15 / กันยายน / 2566

ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ) A

(นายสมคิด ยืนประโคน)

(ตำแหน่ง) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว

(วันที่) 17 / ม.ค. / 2567

ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป

(ลงชื่อ) 5

(นายแพทย์พงษ์ คุ้มไทย)

(ตำแหน่ง) นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว

(วันที่) 24 / ม.ค. / 2567

(วันที่) / /

แบบเสนอแนวความคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน (ระดับชำนาญการ)

1.เรื่อง การพัฒนาอุปกรณ์ตรวจนับของมีคมในห้องผ่าตัด

2.หลักการและเหตุผล

อุบัติการณ์ที่ร้ายแรงจากการเกิดสิ่งตกค้างในผู้ป่วยหลังได้รับการผ่าตัด เกิดผลกระทบและความเสียหายกับผู้ป่วยรวมถึงความเจ็บปวด ความทุกข์ทรมานต้องกลับมารักษาซ้ำ ต้องผ่าตัดเอาสิ่งตกค้างออก ผู้ป่วยอาจเกิดติดเชื้อในกระแสเลือดหรือช่องท้อง อวัยวะทะเล และเสียชีวิตได้ การผ่าตัดที่มีสิ่งตกค้างบ่อยที่สุดคือ การผ่าตัดในช่องท้อง การผ่าตัดกระดูกเชิงกราน การผ่าตัดทรวงอกและการผ่าตัดเกี่ยวกับช่องคลอด เนื้อเยื่อจะมีปฏิกิริยารุนแรงกับสิ่งที่ตกค้างไว้โดยเฉพาะโลหะ และยังส่งผลให้เกิดพังผืดเกาะแน่น ทำให้เกิดการอักเสบเป็นหนอง และเกิดรูทะลุ การตอบสนองของเนื้อเยื่อ อาจทำให้เกิดการติดเชื้อแพร่กระจายเข้าไปในระบบทางเดินอาหาร กระเพาะปัสสาวะ และระบบทางเดินหายใจ (ธีรา พงษ์พานิช, 2561) จากการทบทวนวรรณกรรมขององค์การอนามัยโลกเกี่ยวกับการรายงานอุบัติการณ์ของการมีสิ่งตกค้างในร่างกายผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด ปี พ.ศ.2560 พบว่าในผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดใหญ่ 234 ล้านราย 1 รายจาก 25 รายจะมีความเสี่ยงต่อการมีสิ่งตกค้างในร่างกายผู้ป่วย จากการศึกษาพบภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดร้อยละ 3-16 มีโอกาสเกิดความพิการหรือเสียชีวิตร้อยละ 0.4-0.8 สาเหตุที่พบ ได้แก่ การติดเชื้อและภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด การศึกษานี้สนับสนุนเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดที่สามารถป้องกันได้โดยการสร้างแนวปฏิบัติการป้องกันสิ่งตกค้างในร่างกายผู้ป่วยผ่าตัด (ศรินวล องค์กรประเสริฐ, 2561)

งานการพยาบาลผู้ป่วยห้องผ่าตัด โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว ในปี 2564 - 2566 มีผู้ป่วยเข้ารับการผ่าตัดจำนวน 6,321 ราย, 7,289 ราย และ 7,687 ราย (ศูนย์สารสนเทศ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว, 2566) อุบัติการณ์การเกิดของมีคมตกค้างในร่างกายหลังผ่าตัดตั้งแต่ปี 2564 - 2566 พบว่าเป็น 0, 0, 0 ราย ซึ่งคุณภาพการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดนั้นคือ การไม่เกิดอุบัติการณ์การเกิดของมีคมตกค้างในร่างกายหลังผ่าตัด ถือเป็นเป้าหมายสูงสุด ดังนั้นหน่วยงานและบุคลากรต้องตระหนัก ค้นคว้าหาแนวทางปฏิบัติในการป้องกันการเกิดของมีคมตกค้างในร่างกายหลังผ่าตัด โดยเฉพาะพยาบาลที่ต้องส่งเครื่องมือและตรวจสอบนับของมีคมหลังผ่าตัดทุกครั้ง จากความรู้ทางวิชาการดังกล่าว งานการพยาบาลผู้ป่วยห้องผ่าตัดได้มีแนวทางปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดของมีคมตกค้างในร่างกายหลังผ่าตัด กิจกรรมการพยาบาลที่สำคัญคือ การตรวจสอบนับของมีคมทุกครั้งหลังการผ่าตัด โดยการนับของมีคมนั้นจำเป็นที่จะต้องใช้อุปกรณ์ในการนับเพื่อให้แม่นยำ โดยใส่ของมีคมในขามรูปไตและนับทีละชิ้น ทำให้พบปัญหาเมื่อของมีคมมีจำนวนมากทำให้ไม่สะดวกในการนับและนับผิดอยู่บ่อยครั้ง ทำให้การนับของมีคมอาจไม่ถูกต้องและต้องนับซ้ำหลายรอบ จึงทำให้อาจเกิดข้อผิดพลาดในการนับได้ อีกทั้งหน่วยงานยังขาดอุปกรณ์ที่จะช่วยในการนับของมีคมอย่างแม่นยำได้

ดังนั้น ผู้เสนอผลงานจึงมีแนวคิดศึกษาและพัฒนาอุปกรณ์ตรวจนับของมีคมในห้องผ่าตัด เพื่อช่วยในการตรวจสอบนับของมีคมหลังผ่าตัดอย่างแม่นยำ ป้องกันไม่ให้เกิดของมีคมตกค้างในร่างกายหลังผ่าตัด ให้มีความสะดวก

รวดเร็ว แม่นยำ ไม่เสียเวลาในนับของมีคม และช่วยให้ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดมีความปลอดภัย ลดอุบัติการณ์การเกิดของมีคมตกค้างในร่างกายหลังผ่าตัดได้ ซึ่งเป็นสิ่งจำเป็นในการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดให้มีมาตรฐานมากยิ่งขึ้น

3. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

แนวความคิด บทวิเคราะห์ / แนวคิดข้อเสนอ

ของมีคมที่ใช้ในการผ่าตัด ได้แก่ เข็ม ใบมีด หรือ เครื่องมือที่มีความแหลมคมมีหลักในการตรวจนับเพื่อป้องกันการตกค้างในร่างกายของผู้ป่วย คือ ตรวจนับ ก่อนผ่าตัด ในขณะที่ผ่าตัดที่เปิดเพิ่ม ก่อนปิดแผลผ่าตัด และหลังผ่าตัดรวมทั้งต้องมีการตรวจนับทุกครั้งที่มีการ ผลัดเปลี่ยนพยาบาลส่งเครื่องมือผ่าตัด (scrub nurse) หรือพยาบาลช่วยทั่วไปในห้องผ่าตัด (circulating nurse) (นงเยาว์ เกษตร์ภิบาล, 2558) การมีสิ่งตกค้างในร่างกายผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด อาจทำให้เกิดความทุกข์ทรมานต้องกลับมารักษาซ้ำ ต้องผ่าตัดเอาสิ่งตกค้างออก ผู้ป่วยอาจเกิดติดเชื้อในกระแสเลือดหรือช่องท้อง อวัยวะทะเล และเสียชีวิตได้ (ภิญโญ ศิริกุลเสถียร และคณะ, 2560) เกิดภาวะแทรกซ้อนและปัญหาโดยตรงกับผู้ป่วยคือ เกิดความเจ็บปวด ความทรมาน ทำให้อนโรงพยาบาลนานขึ้น ค่าใช้จ่ายในการดูแลในโรงพยาบาลเพิ่มขึ้น ชั่วโมงการดูแลมากขึ้น การฟื้นฟูจากโรคช้าลง การติดเชื้อในบริเวณที่ผ่าตัดซึ่งอาจรุนแรงถึงขั้นเสียชีวิตได้ รวมถึงผลกระทบต่อครอบครัวและผู้ดูแล เกิดความเครียด ความวิตกกังวล และทางเศรษฐกิจของครอบครัว เสียรายได้ ซึ่งไม่สามารถประเมินค่าได้ หากหน่วยงานและบุคลากรไม่ตระหนักและใส่ใจปฏิบัติในการป้องกันการเกิดสิ่งตกค้างในร่างกายหลังผ่าตัด โดยเฉพาะพยาบาลที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยโดยตรง ซึ่งต้องมีความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติการพยาบาลได้อย่างถูกต้องและครอบคลุมแม่นยำ เพื่อป้องกันและลดปัญหาต่างๆ

งานห้องผ่าตัด จากการค้นหาสาเหตุของการเกิดสิ่งตกค้างในร่างกายหลังผ่าตัดของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดพบว่า ผู้ป่วยยังมีความเสี่ยงในการได้รับการผ่าตัดอย่างปลอดภัย และไม่มีอุปกรณ์ในการนับของมีคมหลังผ่าตัด ผู้เสนอผลงานจึงเห็นความสำคัญของการนับของมีคมหลังผ่าตัด การมีอุปกรณ์ที่เหมาะสมและแม่นยำในการช่วยการนับของมีคมหลังผ่าตัดได้สะดวก และถูกต้องแม่นยำตามมาตรฐานการพยาบาล โดยใช้แนวคิดทฤษฎี Swiss cheese model of accident causation เป็นทฤษฎีซึ่งเสนอโดย Dante Orlandella และ James T Reason ซึ่งอธิบายความผิดพลาดในการปฏิบัติงานในระดับองค์กรว่าเป็นผลของความล้มเหลวต่อเนื่องของ ระบบป้องกันความผิดพลาด (control layer) ความผิดพลาดที่เกิดขึ้นเป็นผลของความบังเอิญซึ่งเป็นช่องโหว่ของระบบป้องกัน ความผิดพลาดอาจเป็นผลของความบังเอิญในวันซึ่งมี จำนวนผู้ป่วยผ่าตัดแบบเดียวกันมากกว่าหนึ่งราย มีการสลับลำดับการผ่าตัด ทีมผ่าตัดอยู่ในภาวะอ่อนล้า ความหละหลวมหลายประการดังกล่าวเมื่อเกิดขึ้นพร้อมกันจะเป็นคล้ายรูบนแผ่นชีสซึ่งบังเอิญมาอยู่ตรงกันและอำนวยให้ 'trajectory of accident opportunity' พุ่งผ่านได้สำเร็จ (Dante Orlandella และ James T Reason, 1990 อ้างถึงใน ณัฐพงศ์ โลกธรรมรักษ์, 2558)

ในทางปฏิบัติ หากมีกลไกซึ่งสร้างมาคั่นกลางเช่นกระบวนการตรวจสอบความถูกต้อง ความผิดพลาดดังกล่าวจะถูกขวางโดยกระบวนการดังกล่าว การนำแนวคิดทฤษฎีมาวางแผนการพยาบาลเพื่อจัดทำอุปกรณ์ตรวจนับของมีคมในห้องผ่าตัด หลังจากนั้นจึงนำแผนที่ได้วางไว้มาปฏิบัติและประเมินผลตามจุดมุ่งหมายต่อไป

ดังนั้น ผู้เสนอผลงานจึงมีแนวคิดในการจัดทำอุปกรณ์ตรวจนับของมีคมในห้องผ่าตัด โดยการจัดทำเป็น แผ่นกระดาษจากกล่องใส่เข็มเย็บแผลติดด้วยกระดาษกาวสองหน้าชนิดบาง โดยเหลือปลายด้านหนึ่งของกระดาษไว้ 3 เซนติเมตรเพื่อเป็นที่จับในการใช้งานและพับกระดาษกาวส่วนที่เลยจากกระดาษไปที่ด้านหลังกระดาษและติดกระดาษ บริเวณที่เป็นเนื้อที่กาวเหนียวด้านหลังเพื่อนำไว้ลอกกระดาษกาวและนำไปทำให้ปราศจากเชื้อเพื่อนำมาใช้ในการ ผ่าตัด ซึ่งอุปกรณ์จะสะดวกต่อการใช้งาน มีพื้นที่ให้ลอกกระดาษกาวและจับโดยกระดาษกาวไม่ติดถุมือ เหมาะกับการใช้งานในการผ่าตัด โดยมุ่งหวังว่าผู้ที่ได้ใช้อุปกรณ์ตรวจนับของมีคมจะได้นับจำนวนของมีคมอย่างสะดวกครบถ้วน และถูกต้อง เหมาะสมตามแนวทางปฏิบัติการนับของมีคมในห้องผ่าตัด บุคลากรทางการแพทย์บาลที่ได้ใช้อุปกรณ์มีความพึงพอใจ สามารถปฏิบัติได้ตามมาตรฐานการพยาบาล ทำให้เกิดคุณภาพการพยาบาลที่ดียิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้พยาบาลวิชาชีพในงานการพยาบาลผู้ป่วยห้องผ่าตัด มีอุปกรณ์ตรวจนับของมีคมในห้องผ่าตัด
2. เพื่อให้พยาบาลวิชาชีพทุกคน ในงานการพยาบาลผู้ป่วยห้องผ่าตัด นำอุปกรณ์อุปกรณ์ตรวจนับของมีคมไปใช้กับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดทุกราย
3. เพื่อป้องกันการเกิดอุบัติการณ์ของมีคมตกค้างในร่างกายผู้ป่วย

ระยะเวลาดำเนินการ

เดือน เมษายน 2567 –กรกฎาคม 2567

กลุ่มเป้าหมาย

1. ผู้ป่วยทุกราย ในงานการพยาบาลผู้ป่วยห้องผ่าตัด
2. พยาบาลวิชาชีพทุกคน ในงานการพยาบาลผู้ป่วยห้องผ่าตัด

ขั้นตอนการดำเนินการ

1. ศึกษาค้นคว้าจากตำรา งานวิจัยต่างๆ
2. ปรึกษาหัวหน้างานการพยาบาลผู้ป่วยห้องผ่าตัด เพื่อขอความคิดเห็นและคำแนะนำ
3. ดำเนินการจัดทำอุปกรณ์ตรวจนับของมีคม
 - 3.1 นำแผ่นกระดาษจากกล่องใส่เข็มเย็บแผลเหลือใช้ติดด้วยกระดาษกาวสองหน้าชนิดบาง
 - 3.2 เหลือปลายด้านหนึ่งของกระดาษไว้ 3 เซนติเมตรเพื่อเป็นที่จับในการใช้งานและพับกระดาษกาวส่วนที่เลยจากกระดาษไปที่ด้านหลังกระดาษ
 - 3.3 ติดกระดาษบริเวณที่เป็นเนื้อที่กาวเหนียวด้านหลังเพื่อนำไว้ลอกกระดาษกาว
 - 3.4 นำไปทำให้ปราศจากเชื้อเพื่อนำมาใช้ในการผ่าตัด
4. ประชุมชี้แจงทีมพยาบาลวิชาชีพให้รับรู้และเข้าใจ วิธีการใช้งานอุปกรณ์ตรวจนับของมีคมและทดลองใช้ในหน่วยงาน
5. นำไปใช้ในหน่วยงาน
6. วิเคราะห์ปัญหา อุปสรรค และนำมาปรับปรุงแก้ไขอุปกรณ์ให้ดีขึ้น

4.ผลที่คาดว่าจะได้รับ

1. งานการพยาบาลผู้ป่วยห้องผ่าตัดไม่ถูกร้องเรียนจากของมีคมตกค้างในร่างกายผู้ป่วย
2. พยาบาลวิชาชีพทุกคนในงานการพยาบาลผู้ป่วยห้องผ่าตัด สามารถตรวจนับของมีคมได้อย่างสะดวก แม่นยำและรวดเร็วมากขึ้น
3. ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดทุกรายปลอดภัยจากของมีคมตกค้างในร่างกาย

5.ตัวชี้วัดความสำเร็จ

1. งานการพยาบาลผู้ป่วยห้องผ่าตัด มีอุปกรณ์ตรวจนับของมีคม จำนวน 40 แผ่น
2. พยาบาลวิชาชีพทุกคนในงานการพยาบาลผู้ป่วยห้องผ่าตัด มีการใช้อุปกรณ์ตรวจนับของมีคมกับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดทุกราย ร้อยละ 100
3. ร้อยละความพึงพอใจของพยาบาลในงานการพยาบาลผู้ป่วยห้องผ่าตัด ต่อการใช้อุปกรณ์ตรวจนับของมีคมมากกว่า ร้อยละ 90
4. อุบัติการณ์การเกิดของมีคมตกค้างในร่างกายหลังผ่าตัดทุกราย เท่ากับ 0 ครั้ง

(ลงชื่อ) *ศุภิญญา ประไพ*

(นางสาวศุภิญญา ประไพ)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

(วันที่) *๗* / *ค.ค* / *๒๕๖๖*

ผู้ขอประเมิน