

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

1. เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดซ่อมเอ็นไขว้หน้าข้อเข่าโดยการส่องกล้อง
2. ระยะเวลาที่ดำเนินการ วันที่ 4 ตุลาคม 2566 – 9 ตุลาคม 2566 รวมระยะเวลาดูแล 4 วัน รวมระยะเวลาดูแลในห้องผ่าตัด 4 ชั่วโมง 40 นาที
3. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน
บทนำ

โรคกระดูกและข้อเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญ จากสถิติขององค์การอนามัยโลก (WHO) เมื่อปี พ.ศ. 2563 พบว่ามีผู้ป่วยกระดูกและข้อเพิ่มขึ้นจาก 400 ล้านคนเป็น 570 ล้านคน โดยเฉพาะ “โรคข้อเสื่อม (Osteoarthritis)” ทั่วโลกจะมีผู้ป่วยโรคข้อและเข่าเสื่อม 1,700 และ 2,693 คนต่อประชากร 100,000 คน สำหรับในประเทศไทยเองก็เช่นกัน จากสถิติในปีเดียวกัน มีผู้ป่วยโรคนี้ มากกว่า 6 ล้านคนโดยข้อที่เสื่อมมากที่สุดคือ ข้อเข่า เนื่องจากข้อเข่าเป็นข้อที่มีขนาดใหญ่ และต้องรับน้ำหนักของร่างกายโดยตรง อีกทั้งยังเป็นอวัยวะที่ต้องเคลื่อนไหวเกือบตลอดเวลา ใช้งานหนัก จึงทำให้เกิดการเสื่อมได้ง่าย โดยเฉพาะในคนที่น้ำหนักตัวเกิน ส่วนในผู้สูงอายุนั้นเป็นการเสื่อมที่เป็นไปตามอายุที่มากขึ้น นอกจากนี้โรคข้อเข่าเสื่อมยังเกี่ยวข้องกับความผิดปกติอื่นๆ ในผู้ที่เคยได้รับบาดเจ็บ ประสบอุบัติเหตุที่ข้อ เส้นเอ็น การบาดเจ็บเรื้อรังที่บริเวณข้อเข่าจากการทำงานหรืออุบัติเหตุจากการเล่นกีฬาที่ทำให้เกิดแรงกระแทกสูง เช่น ล้มแล้วเข่าบิด มีกระดูกรอบข้อเข่าหัก หรือมีเลือดออกในข้อเข่า สาเหตุเหล่านี้จะส่งผลให้มีอาการปวดหัวเข่า และเสียงข้อเข่าเสื่อมเร็วขึ้น (วารสารศุนย์อนามัยที่ 9, 2565)

พยาธิสภาพ (พิสิญ์ เลิศวานิช, 2560)

ข้อเข่าประกอบด้วยปลายกระดูก femur และกระดูก tibia มาต่อเชื่อมกันโดยมีกระดูกอ่อนอยู่ ส่วนปลายเรียกว่า Tibio-femoral joint และอีกส่วนหนึ่งที่มีความสำคัญคือ patello-femoral joint ซึ่งเกิดจากกระดูกสะบ้า (patella) เชื่อมต่อกับผิวกระดูก femur และมีเยื่อหุ้มข้อโดยรอบ (joint capsule) ภายในข้อมีน้ำหล่อเลี้ยงข้อ (synovial fluid) บริเวณใดที่มีการหนาตัวของเยื่อหุ้มข้อก็จะช่วยเสริมความแข็งแรงของข้อบริเวณนั้น นอกจากนี้ ข้อยังได้รับการเสริมความแข็งแรงด้วยเอ็นที่อยู่นอกข้อ (extra-articular ligament) ซึ่งประกอบด้วย medial และ lateral collateral ligament ช่วยเสริมความแข็งแรงทางด้านในและด้านนอกข้อเข่าและเอ็นในข้อ (intra-articular ligament) อันได้แก่ เอ็นไขว้หน้า (Anterior cruciate ligament = ACL) ซึ่งเกาะจาก medial side ของ lateral femoral condyle ไปยัง intercondylar eminence ของ tibia และเอ็นไขว้หลัง (Posterior cruciate ligament = PCL) ซึ่งเกาะจาก lateral side of medial femoral condyle ไปยังด้านหลังของ intercondylar ได้ต่อระดับ tibia plateau ประมาณ 1.5 cm ซึ่งทั้งหมดที่กล่าวมานี้ล้วนแต่เป็นโครงสร้างเสริมความแข็งแรงให้กับข้อทั้งสิ้น (static stabilization) นอกจากนี้เอ็นส่วนปลายกล้ามเนื้อ (tendon) ที่ทอดข้ามข้อเข่า จะช่วยเสริมความแข็งแรงของข้อด้วยเช่นกัน (dynamic stabilization)

ความมั่นคงของข้อเข่า (Stability of the knee joint) (พิสิญ์ เลิศวานิช, 2560)

1. ลักษณะและรูปร่างของกระดูก (configuration) ตัวอย่างข้อที่ความมั่นคง แข็งแรงมาจากโครงสร้าง หรือรูปร่างของข้อนั้นๆ ได้แก่ ข้อสะโพก เนื่องจาก ข้อสะโพกมีรูปร่างกลมและข้อฝังอยู่ในเบ้าลึก (ball and socket) ความแข็งแรงของข้อสะโพกจึงได้มาจากความได้เปรียบในเรื่องโครงสร้างเป็นส่วนใหญ่ ในขณะที่ข้อเข่าที่มีรูปร่าง femoral side เป็น condyle และทาง tibia เป็นรูปแบน (plateau) นั้น จึงทำให้ข้อเข่าได้รับความแข็งแรงจากส่วนนี้ค่อนข้างน้อยกว่าเมื่อเทียบกับข้อสะโพก

2. เยื่อหุ้มข้อที่อยู่โดยรอบ รวมทั้งบริเวณของเยื่อหุ้มข้อที่หนาตัวขึ้น จะช่วยเสริมความแข็งแรงข้อ

3. กระดูกอ่อน เช่น meniscus หรือ labrum จะเป็นส่วนที่ช่วยเสริมให้พื้นที่ผิวสัมผัสของข้อเพิ่มมากขึ้น , ช่วยให้มีรูปร่างของข้อสอดคล้องกันได้มากขึ้น และทำให้ความลึกของข้อมากขึ้น

4. เอ็นที่อยู่ทั้งในและนอกข้อ (cruciate และ collateral ligaments) จะเป็นตัวช่วยยึดให้ข้อมีความมั่นคง และจะยิ่งมีบทบาทมากขึ้น โดยเฉพาะข้อที่มีความเสียเปรียบความมั่นคงจากโครงสร้างดังเช่นในข้อเข่า

5. กล้ามเนื้อที่ทอดผ่านข้อ กล้ามเนื้อเหล่านี้จะมีบทบาทสูงในแง่ของการเสริมสร้างความแข็งแรง ซึ่ง ได้จากการฝึก ออกกำลังกาย และ มีผลช่วยให้ความตึงของเอ็นเพิ่มขึ้น

6. Hydrostatic pressure ซึ่งส่วนใหญ่ข้อต่อของร่างกายเรามีความดันติดลบอยู่ (negative pressure) ทำให้ข้อต่อมีความมั่นคงมากขึ้น

เอ็นไขว้หน้าข้อเข่า (Anterior Cruciate Ligament: ACL) เป็นเส้นเอ็นที่สำคัญ ที่อยู่ลึกเข้าไป ในส่วนกลางของข้อเข่า ยึดเกาะระหว่างกระดูก femur และกระดูก tibia ทำหน้าที่สำคัญในการรักษา ความมั่นคงของข้อเข่าในการเคลื่อนไหว โดยช่วยป้องกัน ไม่ให้กระดูก tibia เคลื่อนที่มาด้านหน้า ได้กระดูก femur มากเกินไป และช่วยให้มีความมั่นคงในขณะที่หมุนข้อเข่า การบาดเจ็บของเอ็นไขว้หน้ามีผลกระทบต่อการทำงานของข้อเข่าและการเคลื่อนไหว แบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้

การบาดเจ็บระดับที่ 1 เกิดจากการฉีกขาดของเส้นใยในเนื้อเอ็นบางส่วน แล้วมีเลือดออก และทำให้เข่าเคลื่อนออกไปจากตำแหน่งเดิมประมาณ 3-5 มิลลิเมตร

การบาดเจ็บระดับ 2 เกิดจากการฉีกขาดของเส้นเอ็นบางส่วนทำให้สูญเสียความสามารถในการทำหน้าที่ เดินลำบาก หรือเดินไม่ไหวจนต้องมีคนคอยพยุง นอกจากนี้อาจมีอาการปวด บวม เจ็บ และมีรอยช้ำเขียว ซึ่งการบาดเจ็บในระดับนี้จะทำให้เข่าเคลื่อนออกไปจากตำแหน่งเดิมประมาณ 6-11 มิลลิเมตร

การบาดเจ็บระดับ 3 เส้นเอ็นมีการฉีกขาดอย่างสมบูรณ์ โดยอาจขาดที่ตัวเส้นเอ็นหรือบริเวณตำแหน่งที่เอ็นเกาะกับกระดูก แล้วทำให้เข่าหลวม เกิดความไม่มั่นคงในการทรงตัว จากการเคลื่อนของเข่าออกไปมากกว่า 11 มิลลิเมตร จึงเป็นสาเหตุให้ข้อเข่าหลุดได้ง่าย

สาเหตุ (ฟิสิกส์ เลิศวานิช, 2560)

การบาดเจ็บของเอ็นไขว้หน้าข้อเข่าส่วนใหญ่เกิดจากอุบัติเหตุ เช่น การวิ่งเร็วแล้วเปลี่ยนเป็นวิ่งช้าและหยุดกะทันหัน การกระโดดสูงแล้วเข่าบิด หรือการกระแทกบริเวณเข่าจากการเล่นกีฬา เป็นต้น ซึ่งการที่ข้อเข่าบิดอย่างรุนแรงหรือเคลื่อนที่ไปจากเดิมมากผิดปกติทำให้เอ็นไขว้หน้าข้อเข่าเกิดการฉีกขาด ซึ่งอาจเป็นเส้นเดียวหรือหลายเส้น หรือมีการบาดเจ็บร่วมกับผิวข้อแตก หรือมีการฉีกขาดร่วมกับหมอนรองกระดูกข้อเข่าฉีกขาด

อาการและการแสดง (ฟิสิกส์ เลิศวานิช, 2560)

ปวดบริเวณเข่าข้างที่ได้รับบาดเจ็บ และบางรายอาจเดินไม่ได้ ซึ่งผู้ป่วยที่เอ็นไขว้หน้าข้อเข่าฉีกขาดมักได้ยินเสียงและรู้สึกว่ามีกริ่งของกระดูก และข้อเข่าอาจจะบวมหรือพบบน้ำในข้อเข่าที่เกิดจากเลือดออกในข้อเข่า หากมีการเจาะเข่ามักจะพบเลือดปริมาณมากในช่วง 2- ชั่วโมงหลังการบาดเจ็บ

การวินิจฉัย (ฟิสิกส์ เลิศวานิช, 2560)

1. การตรวจน้ำหรือเลือดในข้อเข่า ในผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บของข้อเข่าหรือเอ็นไขว้หน้าข้อเข่า จะพบผลการตรวจเป็นบวก คือ ข้อเข่าบวมจากการมีน้ำหรือเลือดในข้อเข่าที่ส่งผลกระทบต่อการทำงานของข้อเข่า

2. การตรวจความมั่นคงของข้อเข่าภายหลังการบาดเจ็บของเอ็นไขว้หน้าข้อเข่า ได้แก่

2.1 anterior drawer test เป็นการตรวจบริเวณกล้ามเนื้อแฮมสตริง ถ้าพบกระดูกหน้าแข้งเคลื่อนที่ไปข้างหน้ามากกว่าปกติ แสดงว่ามีการฉีกขาดของเอ็นไขว้หน้าข้อเข่า

2.2 lachman test เป็นการตรวจโดยการออกแรงดึงกระดูกหน้าแข้งมาด้านหน้า หากพบกระดูกหน้าแข้งที่การเคลื่อนที่ไปข้างหน้ามากกว่าปกติ แสดงว่ามีการฉีกขาดของเอ็นไขว้หน้าข้อเข่า

2.3 pivot shift test เป็นการตรวจความมั่นคงของข้อเข่า โดยออกแรงดันให้เกิดแรงกระแทกจนเข่าชิดกัน จากนั้นจึงงอเข่า ถ้ากระดูกหน้าแข้งเคลื่อนที่ในขณะที่งอเข่ามากกว่าผิดปกติประมาณ 30-40 องศา แสดงว่ามีการฉีกขาดของเอ็นไขว้หน้าข้อเข่า

3. การเอกซเรย์ ใช้ประเมินการเคลื่อนที่ของข้อเข่า หรือการแตกร้าวกระดูกบริเวณข้อเข่า แต่จะไม่สามารถมองเห็นพยาธิสภาพของเส้นเอ็นที่ขาดได้ จึงมีประสิทธิภาพไม่เท่ากับการตรวจโดยใช้คลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า

4. MRI ถือเป็นมาตรฐานหลักในการวินิจฉัยโรคที่มีความละเอียด แม่นยำ โดยสามารถมองเห็นพยาธิสภาพของกระดูก หมองรองหัวเข่าหรือเส้นเอ็นในข้อเข่า กระดูกอ่อนรวมทั้งกล้ามเนื้อและเนื้อกระดูก

5. arthroscope เป็นทั้งการวินิจฉัยการบาดเจ็บของเอ็นไขว้หน้าข้อเข่าและการรักษาโดยการส่องกล้องผ่าตัดสร้างหรือซ่อมแซมเอ็นไขว้หน้า ซึ่งทำให้มีแผลขนาดเล็กและฟื้นหายได้เร็ว

การรักษา (พิสิฐรุจน์ เลิศวานิช, 2560)

1. การรักษาแบบไม่ผ่าตัด เป็นการรักษาทางเลือกที่ใช้ในผู้ป่วยที่มีการบาดเจ็บระดับที่ 1 และ 2 โดยการบาดเจ็บระดับที่ 1 เน้นในการบรรเทาอาการบาดเจ็บ ได้แก่หยุดพักและงดกิจกรรม การใช้ความเย็นประคบในการบรรเทาอาการปวด การประคบหรือพันผ้ายืดเพื่อลดความปวดและอาการบวม การยกเข่าสูงเพื่อลดอาการบวม การบาดเจ็บระดับที่ 2 สามารถใช้การพันผ้าคดบริเวณที่บาดเจ็บ เพื่อไม่ให้ข้อเข่าเกิดการเคลื่อนไหว โดยควรงดเล่นกีฬา และทำกายภาพบำบัดเพื่อส่งเสริมความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ ใช้เวลาในการรักษาประมาณ 6-10 สัปดาห์ เพื่อให้เส้นเอ็นที่บาดเจ็บเกิดการประสานและเชื่อมต่อกันและอาจกลับมาหายเป็นปกติในเวลา 4 เดือน

2. การรักษาโดยการผ่าตัดซ่อมแซมเอ็นไขว้หน้า (ACL reconstruction) ทำในรายที่มีการบาดเจ็บระดับ 3 ที่ต้องมีการใช้งานข้อเข่าหรือเล่นกีฬาที่มีการบิดหมุนของข้อเข่า หรือมีการบาดเจ็บของส่วนประกอบอื่น เช่น หมอนรองข้อเข่าฉีกขาดจนต้องเย็บซ่อม หรือไม่สามารถงอเข่าเหยียดเข่าได้เต็มที่ตามองศาที่ควรทำได้ หรือข้อเข่าเสียความมั่นคง และหลวมจนรบกวนการใช้ชีวิตประจำวัน ในการผ่าตัดจะใช้เอ็นจากส่วนอื่นในร่างกายมาทดแทน เช่น เอ็นสะบ้า เอ็นแฮมสตรีง เป็นต้น

การพยาบาล แบ่งเป็น 3 ระยะ ดังนี้ (พิสิฐรุจน์ เลิศวานิช , 2560)

1. ระยะก่อนผ่าตัด เน้นการเตรียมความพร้อมตั้งแต่ผู้ป่วยมารับการตรวจแผนกผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยควรได้รับการให้ความรู้เกี่ยวกับโรค การผ่าตัด การดูแลตนเองหลังผ่าตัดและการฟื้นฟูสภาพ โดยการฝึกการบริหารกล้ามเนื้อและข้อฝึกการใช้ไม้ค้ำยันรักแร้ อุปกรณ์ช่วยพยุง 4 ขา เพื่อช่วยในการเดินหลังผ่าตัดช่วงแรก การเตรียมความพร้อมเหล่านี้จะทำให้ผู้ป่วยสามารถฟื้นฟูสภาพร่างกายในระยะหลังผ่าตัดได้เร็วขึ้น

2. หลังผ่าตัด 24 ชั่วโมง เน้นการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการระงับความรู้สึกเฉพาะที่ ในปัจจุบันมีการใช้วิธีการบล็อกเส้นประสาทต้นขา มาประยุกต์ใช้ในการระงับความรู้สึกขณะผ่าตัด และบรรเทาอาการปวดหลังผ่าตัด ซ่อมแซมเอ็นข้อเข่า ซึ่งช่วยลดภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัด เช่น คลื่นไส้ บ้านหมุน อ่อนแรง และปากแห้ง ได้ดีกว่าการฉีดยาบรรเทาอาการปวดทางหลอดเลือดดำ พยาบาลจึงควรสังเกตประเมินอาการปวดและอาการชาหลังผ่าตัด รวมทั้งควรตรวจสอบการพันผ้ายืดไม่ให้รัดแน่นจนเกินไป นอกจากนี้อาจมีหมอนรองบริเวณใต้ข้อเท้า 1 ใบ และให้การประคบเย็นบริเวณผ่าตัดด้านหน้าข้อเข่าเพื่อบรรเทาอาการปวดตามหลักบำบัดด้วยความเย็น เพื่อลดการอักเสบและบวม รวมทั้งประเมินการไหลเวียนของเลือดบริเวณส่วนปลายและจับสัมผัสความอุ่นบริเวณเท้า ประเมินความแรงของชีพจรบริเวณข้อเท้าด้านในและหลังเท้า ประเมินการทำงานของระบบประสาท เช่น อาการชา ความปวด หากพบผู้ป่วยมีอาการปวดควรให้การพยาบาลเพื่อบรรเทาอาการปวดตามแนวทางการรักษาของแพทย์ และเฝ้าระวังอาการข้างเคียง

3. หลังผ่าตัด 24-72 ชั่วโมง เน้นการป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัด เพราะอาจมีปัญหาแผลผ่าตัดติดเชื้อภาวะเลือดออก อุณหภูมิร่างกายต่ำ อาการปวด ชา อ่อนแรงของขาข้างที่ผ่าตัด เกิดลิ่มเลือดอุดตันที่ปอด หรือข้อยึดติดและข้อเข่าขาดความมั่นคง ซึ่งต้องได้รับการรักษาพยาบาลและทำการฟื้นฟูสภาพตามแผนการรักษาของแพทย์

4.สรุปสาระ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

4.1 สรุปสาระสำคัญ

ผู้ป่วยชายไทย อายุ 36 ปี รูปร่างสมส่วน น้ำหนัก 69 กิโลกรัม ส่วนสูง 174 เซนติเมตร ปฏิเสธการดื่มสุรา และการสูบบุหรี่ ปฏิเสธการแพ้ยาและอาหาร สถานะภาพโสต เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย นับถือศาสนา พุทธ อาชีพ รับราชการ ภูมิลำเนา จังหวัดสระแก้ว สิทธิในการรักษาพยาบาล เบิกกรมบัญชีกลาง

กรณีศึกษา

ชายไทยอายุ 36 ปี มาโรงพยาบาลด้วยอาการ เล่นฟุตบอลแล้วมีเสียงป๊อบเข้าขาขณะเล่นฟุตบอล ลงน้ำหนักที่ขาข้างขวาไม่ได้ ร่วมกับมีอาการปวดเข่ามาก 1 วันก่อนมาโรงพยาบาล แพทย์ทำการตรวจร่างกาย ตรวจ MRI ผล ACL injury Right knee complete tear แพทย์นัดทำการผ่าตัดซ่อมเอ็นข้อเข่าโดยการส่องกล้อง แรกแรกที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูก ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี พูดคุยถามตอบรู้เรื่อง มาโดยรถนั่ง อุณหภูมิร่างกาย 37.0 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 86 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความอิ่มตัวของออกซิเจน 100 % ความดันโลหิต 128/83 มิลลิเมตรปรอท ประเมินเข้าขวา ปวดระดับ 2 เวลาเดินลงน้ำหนัก พบเข้าขวาไม่บวม ให้สารน้ำ 0.9%NSS 1000 มิลลิลิตร อัตราหายด 80 มิลลิลิตร/ชั่วโมง ไม่บวมแดงบริเวณที่ให้สารน้ำ แพทย์นัดทำการผ่าตัดซ่อมเอ็นข้อเข่าโดยการส่องกล้อง

ระยะก่อนผ่าตัด เยี่ยมผู้ป่วยก่อนได้รับการผ่าตัด โดยการสร้างสัมพันธภาพและแนะนำตนเองแก่ผู้ป่วย ประเมินอาการผู้ป่วยก่อนผ่าตัด รูปร่างไม่มีความผิดปกติ นอนราบได้ ไม่สูบบุหรี่ ไม่ดื่มสุรา ไม่มีโรคประจำตัว ให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัดและขณะเข้าห้องผ่าตัด ทาที่ใช้ในการผ่าตัด ระยะเวลาที่ใช้ในการผ่าตัดโดยประมาณ ผลที่อาจส่งผลทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการระงับความรู้สึกเฉพาะที่และการผ่าตัด แจ้งผู้ป่วยให้งดน้ำงดอาหารหลังเที่ยงคืน แจ้งพยาบาลหอผู้ป่วยให้เตรียมยาไปห้องผ่าตัดตามที่แพทย์กำหนด cefazolin 2 gm เตรียมบริเวณผ่าตัด (Prep skin) ให้เรียบร้อย ตรวจสอบความครบถ้วนถูกต้องของเอกสารที่ต้องใช้ในการผ่าตัด ผลตรวจ MRI ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ใบเซ็นยินยอมการผ่าตัดถูกต้องเรียบร้อย ให้กำลังใจและสร้างความมั่นใจให้แก่ผู้ป่วย ผู้ป่วยมีสีหน้าวิตกกังวลเล็กน้อย จึงได้อธิบายเกี่ยวกับพยาธิสภาพของโรค การผ่าตัดและการปฏิบัติตัว และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยระบายความรู้สึก และซักถามข้อสงสัยต่าง ๆ ทำการประเมินผู้ป่วยก่อนเข้ารับการผ่าตัด ชื่อ-สกุล ถูกต้องเรียบร้อย มี mark site ถูกข้าง หัตถการถูกต้องตามคำสั่งแพทย์ ใบเซ็นยินยอมถูกต้องเรียบร้อย ตรวจสอบสัญญาณชีพ อัตราการเต้นของหัวใจ 74 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 136/80 มิลลิเมตรปรอท อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 99% ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ 0.9%NSS 1000 มิลลิลิตร อัตราหายด 80 มิลลิลิตร/ชั่วโมง งดน้ำและอาหารหลังเที่ยงคืน วันที่ 4 ตุลาคม 2566 ตรวจสอบการพกของมีค่า ไม่ได้นำเข้ามา ไม่มี핀โยก ไม่มีฟินปลอม เสื้อผ้าและความสะอาดก่อนผ่าตัดเรียบร้อย เอกสารที่เตรียมมาห้องผ่าตัดครบถ้วน

ระยะผ่าตัด เตรียมผู้ป่วยผ่าตัด จัดท่านอนตะแคงเพื่อระงับความรู้สึกโดยการฉีดยาชาเข้าช่องไขสันหลัง (spinal block) โดยวิสัญญีแพทย์และพยาบาลวิสัญญีผู้ช่วย พยาบาลห้องผ่าตัดดำเนินการตรวจสอบความปลอดภัยจากการผ่าตัด ตามแบบ surgical safety checklist คือ sign in ก่อนให้ยาระงับความรู้สึก หลังจากการระงับความรู้สึกเสร็จ จัดทำให้ผู้ป่วยนอนหงายราบ วิสัญญีแพทย์ทดสอบระดับยาระงับความรู้สึก เมื่อผู้ป่วยรู้สึกชาแล้วจึงเริ่มจัดท่าและเตรียมการผ่าตัด โดยการขึ้นเครื่องห้ามเลือดที่ต้นขาข้างขวา ใช้ความดัน 350 มิลลิเมตรปรอท เริ่มขึ้นเวลา 10.07 น. ห้อยแขนขาขวาเพื่อพอกทำความสะอาดด้วยน้ำยา providine scrub Paint ด้วย Providine solution ฟูผ้า sterile ติดจี้ suction ทึ่มผ่าตัดร่วมกันทำ time out ก่อนลงมีด เริ่มลงมีดผ่าตัดเวลา 10.09 น. แพทย์ได้ทำการผ่าตัดโดยการส่องกล้องและเย็บซ่อมเอ็นเอ็น และเมื่อทำการผ่าตัดจนแล้วเสร็จ ทำการ sign out เพื่อตรวจนับอุปกรณ์ที่ใช้ในการผ่าตัด ของมีคม คลายเครื่องห้ามเลือดที่ขาขวาเวลา 11.52 น. เสียเลือดในห้องผ่าตัด ประมาณ 50 มิลลิลิตร ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี อัตราการเต้นของหัวใจ 70 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 126/84 มิลลิเมตรปรอท อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 100% ไม่มีอาการผิดปกติ

หลังผ่าตัด หลังจากผ่าตัดเสร็จเรียบร้อยนำผู้ป่วยเข้าห้องสังเกตอาการเวลา 12.00 น. - 13.00 น. ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี สัญญาณชีพก่อนส่งผู้ป่วยกลับหอผู้ป่วยอัตราการเต้นของหัวใจ 72 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 128/75 มิลลิเมตรปรอท อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 100% ส่งผู้ป่วยกลับตึกศัลยกรรมกระดูกโดยเปลนอน ไม่มีอาการผิดปกติหลังผ่าตัด

ติดตามเยี่ยมประเมินอาการผู้ป่วยหลังผ่าตัด ภายใน 24 ชั่วโมง สังเกตและสอบถามอาการ ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี อัตราการเต้นของหัวใจ 84 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 126/73 มิลลิเมตรปรอท อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 100% ไม่มีอาการผิดปกติ ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ 0.9%NSS 1000 มิลลิลิตร อัตราหยด 80 มิลลิลิตร/ชั่วโมง ระดับคะแนนความปวด 3 เต็ม 10 แผลผ่าตัดบริเวณเข่าขวาแห้งดี ไม่มี discharge ซีม radivac drain ทำงานปกติ แนะนำเกี่ยวกับวิธีการหายใจเบี่ยงเบนความปวด การออกกำลังกาย การทำกายภาพ การเดินลงน้ำหนัก การปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน ผู้ป่วยรับทราบและเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด แนะนำสังเกตอาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์ และการนัดในครั้งถัดไป เปิดโอกาสให้ญาติและผู้ป่วยซักถามข้อสงสัย
รวมระยะเวลาที่อยู่ในความดูแลในห้องผ่าตัดทั้งหมด 4 ชั่วโมง 40 นาที

4.2 ขั้นตอนการดำเนินการ

1. เลือกเรื่องที่น่าสนใจ โดยพิจารณาเลือกกรณีศึกษาที่เข้ารับการผ่าตัดคือ การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดซ่อมเอ็นไขว้หน้าข้อเข่าโดยการส่องกล้อง ซึ่งมีความซับซ้อนในการให้การพยาบาลผู้ป่วยระยะก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัดและหลังผ่าตัด ต้องใช้ความรู้ ความชำนาญ การประเมินสภาพผู้ป่วย การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาลและได้รับวินิจฉัยอย่างถูกต้อง เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น
2. รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับอาการสำคัญ ประวัติการเจ็บป่วย ประวัติการแพ้ยา อาหารและสารเคมี แบบแผนการดำเนินชีวิตรวมทั้งประเมินสภาพผู้ป่วย ศึกษาผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการและแผนการรักษาของแพทย์ เพื่อเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยก่อนรับการผ่าตัด
3. ศึกษาค้นคว้าจากตำรา เอกสารวิชาการ วารสารที่เกี่ยวข้อง ปรึกษากับแพทย์ผู้รักษา เพื่อนำข้อมูลมาประกอบการวางแผนการพยาบาล และการให้การพยาบาลระยะก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัดและหลังผ่าตัด
4. นำข้อมูลที่ได้มารวบรวม และวิเคราะห์ปัญหา วางแผนให้การพยาบาลตามกระบวนการพยาบาล โดยเน้นให้การพยาบาลครอบคลุมทั้งด้านร่างกายและจิตใจ
5. ประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาลตามแผนการพยาบาลที่กำหนด
6. สรุปกรณีศึกษา วิจาร์ณ และให้ข้อเสนอแนะ
7. เรียบเรียงและจัดทำรูปเล่ม

4.3. เป้าหมายของงาน

เพื่อให้การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดซ่อมเอ็นไขว้หน้าข้อเข่าโดยการส่องกล้อง เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ ได้รับการดูแลที่ถูกต้องตามมาตรฐานการพยาบาล ปลอดภัย ไม่มีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด และหลังผ่าตัด ผู้ป่วยสามารถกลับไปใช้ชีวิตได้ตามปกติ

5. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

5.1 ผลสำเร็จของงานเชิงปริมาณ

ให้การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดซ่อมเอ็นไขว้หน้าข้อเข่าโดยการส่องกล้อง จำนวน 1 ราย รับไว้ในการดูแลตั้งแต่วันที่ 3 ตุลาคม 2566 เวลา 17.00 น. ถึงวันที่ 6 ตุลาคม 2566 เวลา 16.40 น. รวมระยะดูแลในโรงพยาบาล 4 วัน รวมระยะเวลาดูแลในห้องผ่าตัด 4 ชั่วโมง 40 นาที

5.2 ผลสำเร็จของงานเชิงคุณภาพ

ให้การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดซ่อมเอ็นไขว้หน้าข้อเข่าโดยการส่องกล้อง ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ไม่มีภาวะแทรกซ้อนขณะผ่าตัดและหลังผ่าตัด การผ่าตัดผ่านพ้นไปได้ด้วยดี ผู้ป่วยได้รับการดูแลโดยใช้กระบวนการพยาบาลอย่างเป็นองค์รวม มีการเยี่ยมประเมินปัญหาและเตรียมความพร้อมในการช่วยชีวิตผู้ป่วย เมื่อเข้าสู่ภาวะวิกฤตอย่างมีประสิทธิภาพ ผู้ป่วยปลอดภัยจากการผ่าตัด ติดตามเยี่ยมประเมินอาการภายใน 24-72 ชั่วโมง หลังผ่าตัดไม่มีภาวะแทรกซ้อน แพทย์อนุญาตให้กลับบ้าน ผู้ป่วยและญาติพึงพอใจในการรักษาพยาบาล

6. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

1. เพื่อเป็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาลและดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดซ่อมเอ็นไขว้หน้าข้อเข่า ไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัด และผ่าตัดสำเร็จได้ด้วยดี
2. เป็นแนวทางประกอบการนิเทศงานบุคลากรทางการพยาบาล

7. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

ในการผ่าตัดผู้ป่วยรายนี้มีการใช้เครื่องมือส่องกล้องผ่าตัดซ่อมเอ็นไขว้หน้าข้อเข่า ต้องใช้ความชำนาญในการใช้งานอุปกรณ์ต่าง ๆ เนื่องจากเป็นอุปกรณ์ที่ซับซ้อนมีหลายชิ้นส่วน เช่น เลนส์กล้องต้องใช้ความระมัดระวังเป็นพิเศษ หากเลนส์มีรอยร้าวหรือแตกจะทำให้การมองเห็นภายในข้อระหว่างผ่าตัดมีการคลาดเคลื่อน อาจทำให้ไม่สามารถทำการผ่าตัดต่อได้ เครื่องต่ออุปกรณ์ใช้ตัดเนื้อเยื่อในข้อ เครื่องแรงดันน้ำที่ใช้ต่อกับกล้องระหว่างผ่าตัด เป็นเครื่องมือเฉพาะของบริษัท จำเป็นต้องใช้ผู้ที่มีความชำนาญในการใช้เครื่อง และหากพยาบาลไม่มีความรู้ความชำนาญอาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนขณะผ่าตัดได้ เช่นการจัดท่าในการผ่าตัด คือการนอนหงายราบ ขาข้างที่ไม่ได้ทำการผ่าตัดขึ้นขาหยั่ง ขาข้างที่ทำผ่าตัดปล่อยลงในแนวตั้งเพื่อให้เคลื่อนไหวขาข้างที่ผ่าตัดได้อย่างสะดวก เป็นต้น ดังนั้นการวางแผนการพยาบาลผู้ป่วยจึงต้องครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ ก่อนผ่าตัด ระหว่างผ่าตัดและหลังผ่าตัด รวมถึงการเตรียมเครื่องมือ การส่งเครื่องมือผ่าตัดอย่างรวดเร็วและถูกต้อง ความรู้และประสบการณ์ในการทำงานจึงมีความสำคัญเพื่อช่วยให้การผ่าตัดดำเนินไปอย่างปลอดภัยและมีประสิทธิภาพ

8. ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินการ

การผ่าตัดซ่อมเอ็นไขว้หน้าข้อเข่าโดยการส่องกล้อง เป็นการผ่าตัดที่ต้องใช้ความชำนาญการเฉพาะทาง ต้องใช้พยาบาลที่ไปฝึกอบรมเฉพาะทาง ซึ่งมีจำนวนเพียงแค่ 2 คนในห้องผ่าตัดโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว เครื่องมือที่ใช้ในการผ่าตัดเป็นอุปกรณ์เฉพาะที่ใช้สำหรับผ่าตัดด้วยกล้อง ซึ่งต้องใช้ความระมัดระวังเป็นพิเศษในการดูแล เช่น เลนส์กล้อง เครื่องมือตัดเนื้อเยื่อในข้อเข่า เป็นต้น แต่ผลการผ่าตัดต้องมีผู้แทนบริษัทที่ชำนาญการในการใช้เครื่องมือของแต่ละบริษัทมาด้วย พยาบาลและผู้ช่วยต้องทบทวนขั้นตอนในการผ่าตัดทุกครั้งก่อนเข้าช่วยแพทย์ หลังจากผ่าตัดเสร็จเรียบร้อยแล้วจะมีขั้นตอนและรายละเอียดในการทำผ่าตัดของแพทย์แต่ละราย เช่นการฉีดยาเข้าสาหร่ายบายเลือด การพันสำลีขนาดใหญ่บริเวณเข่าด้านที่ทำการผ่าตัด หรือการใส่เครื่องช่วยพยุงข้อเข่า ดังนั้นพยาบาลและผู้ช่วยต้องมีความรู้ ความชำนาญในการช่วยเหลือการผ่าตัด เพื่อให้มีความสะดวกและรวดเร็วในการผ่าตัด ช่วยเหลือการผ่าตัดให้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

9. ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีพยาบาลที่ผ่านการฝึกอบรมการผ่าตัดด้วยกล้องทางออร์โธปิดิกส์ ที่ชำนาญการใช้เครื่องมือ และชำนาญในช่วยเหลือแพทย์
2. ควรมีการจัดอบรมทบทวนความรู้และฝึกทักษะในการใช้เครื่องมือและอุปกรณ์ในการผ่าตัดด้วยกล้องอย่างสม่ำเสมอ
3. ควรมีการนิเทศงานบุคลากรทางการพยาบาลที่จับใหม่เกี่ยวกับการผ่าตัดและอุปกรณ์ในการผ่าตัดข้อด้วยกล้อง และการประเมิน การดูแลผู้ป่วยทั้งในระยะก่อนผ่าตัด ระหว่างผ่าตัดและหลังผ่าตัด

10. การเผยแพร่ผลงาน

ประชุมวิชาการประจำปี

11. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน

นางสาวรัชฎาภรณ์ เพชรเกลี้ยง ผู้เสนอมีสัดส่วนผลงานร้อยละ 100

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....*รัชฎาภรณ์ เพชรเกลี้ยง*.....
 (นางสาวรัชฎาภรณ์ เพชรเกลี้ยง)
 (ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ
 (วันที่).....*7*...../*ธ-ค.*...../*2566*.....
 ผู้ขอประเมิน

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
นางสาวรัชฎาภรณ์ เพชรเกลี้ยง	รัชฎาภรณ์ เพชรเกลี้ยง

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....
 (นางสาวดาวรัตน์ ขาติทรัพย์สิน)
 (ตำแหน่ง) หัวหน้างานห้องผ่าตัด
 (วันที่) 7 / สิงหาคม / 2566
 ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ).....
 (นางสาวรัตนา ด่านปรีดา)
 (ตำแหน่ง) หัวหน้าพยาบาล (พยาบาลวิชาชีพเชี่ยวชาญ)
 (วันที่) 15 / สิงหาคม / 2566
 ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ).....
 (นายสมคิด ยืนประโคน)
 (ตำแหน่ง) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสะแกแก้ว
 (วันที่) 17 / ม.ค. 2567 /
 ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป

(ลงชื่อ).....
 (...นายธราพงษ์ กัโปก)...
 (ตำแหน่ง) นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว
 (วันที่) 24 / ม.ค. 2567 /

แบบเสนอแนวความคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน
(ระดับชำนาญการ)

1.เรื่อง นวัตกรรมอุปกรณ์ตรวจนับผ้าก๊อชและผ้าซับโลหิต

2.หลักการและเหตุผล

ปัญหาการตกค้างของสิ่งแปลกปลอมหลังการผ่าตัด ยังคงเป็นปัญหาที่ไม่มีวิธีแก้ไขที่สมบูรณ์ เป็นปัญหาความผิดพลาดทางการแพทย์ที่สำคัญ โดยมีอัตราการเกิดระหว่าง 0.3 ถึง 1.0 ต่อการผ่าตัดช่องท้อง 1,000 ครั้ง ปัญหาการตกค้างของสิ่งแปลกปลอมหลังการผ่าตัดเป็นปัญหาที่สามารถหลีกเลี่ยงได้ แต่ถ้าเกิดปัญหาขึ้นจะเป็นข้อผิดพลาดที่ไม่สามารถแก้ตัวทางกฎหมายได้ปัญหานี้อาจทำให้เกิดการทำหัตถการซ้ำถึง 70% การเจ็บป่วยของคนไข้ถึง 80% และการเสียชีวิตของคนไข้ถึง 35% นอกเหนือไปจากค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้นทางการแพทย์และปัญหาการฟ้องร้องทางกฎหมายที่มีแนวโน้มจะมากขึ้น ทั้งนี้สิ่งของที่ตกค้างหลังการผ่าตัดที่พบมากที่สุดตามลำดับ คือ 1) ผ้าก๊อชซับเลือด 2) เข็มเย็บผ่าตัด และ 3) เครื่องมือผ่าตัด ส่วนการผ่าตัดที่มีปัญหาการตกค้างของสิ่งแปลกปลอมหลังการผ่าตัดที่พบได้บ่อย 3 อันดับแรก คือ 1) การผ่าตัดทางช่องท้อง (52%) 2) การผ่าตัดทางนรีเวช (22%) และ 3) การผ่าตัดระบบทางเดินปัสสาวะและหลอดเลือด (10%) โดยการผ่าตัดช่องท้องที่มีปัญหาการตกค้างของสิ่งแปลกปลอมหลังการผ่าตัดที่พบบ่อยที่สุด คือ การผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง และการผ่าตัดมดลูกผ่านทางหน้าท้อง ปัญหาการตกค้างของสิ่งแปลกปลอมหลังการผ่าตัด ทำให้ผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บ บางรายอาจจะเสียชีวิต และยังส่งผลกระทบต่อชื่อเสียง และความเป็นมืออาชีพของแพทย์ ทั้งยังสร้างความเสียหายของชื่อเสียงของโรงพยาบาลและระบบสุขภาพ และอาจจะมีผลกระทบร้ายแรงจากการถูกฟ้องร้องทางกฎหมาย ดังนั้นบุคลากรทางการแพทย์ โดยเฉพาะผู้ที่อยู่ในห้องผ่าตัดจะต้องมีมาตรฐานป้องกันปัญหานี้อย่างเคร่งครัด (วัชรพงศ์ พุทธิสวัสดิ์, 2562)

กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยห้องผ่าตัด โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว ในปี 2564 – 2566 มีผู้ป่วยเข้ารับการผ่าตัดจำนวน 6,321 ราย, 7,289 ราย และ 7,687 ราย (ศูนย์สารสนเทศ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว, 2566) อุบัติการณ์การเกิดการลิ่มของมีคม ผ้าก๊อชและผ้าซับโลหิตในการผ่าตัด ตั้งแต่ปี 2564 – 2566 พบว่าเป็น 0, 0, 0 ราย ซึ่งคุณภาพการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดนั้นคือ การไม่เกิดอุบัติเหตุการเกิดการลิ่มของมีคม ผ้าก๊อชและผ้าซับโลหิตในการผ่าตัด ถือเป็นเป้าหมายสูงสุด สูงสุด ซึ่งเดิมการนับผ้าก๊อชและผ้าซับโลหิตพยาบาลช่วยรอบนอกจะทำการเรียงและนับโดยการใส่ผ้าผ่าตัดปูรองที่พื้นและใช้กระดาษห่อผ้าซับโลหิตปูรองอีกชั้นหนึ่ง โดยเรียงผ้าก๊อชแถวละ 10 ชั้น และผ้าซับโลหิตแถวละ 5 ชั้นและนับร่วมกับพยาบาลส่งเครื่องมือ ในบางการผ่าตัดที่มีความยุ่งยากซับซ้อน ใช้จำนวนผ้าก๊อชและผ้าซับโลหิตเป็นจำนวนมาก พบว่าบางครั้งมีการเรียงจำนวนไม่ครบ 10 ชั้น หรือเรียงเกินแถวละ 10 ชั้น เมื่อถึงเวลาที่ต้องตรวจนับ ทำให้เกิดความสับสน ต้องมีการจัดเรียงใหม่ ใช้เวลานานในการนับ ยากต่อการมองเห็นได้ชัดเจนทำให้อาจเกิดความผิดพลาดใน การนับ ของพยาบาลที่ส่งเครื่องมือและผู้ช่วยรอบนอก ดังนั้นหน่วยงานและบุคลากรต้องตระหนักค้นคว้าหาแนวทางปฏิบัติในการป้องกันการเกิดการลิ่มของมีคม ผ้าก๊อชและผ้าซับโลหิตในการผ่าตัด โดยเฉพาะพยาบาลที่ต้องส่งเครื่องมือและตรวจสอบนับของมีคม ผ้าก๊อชและผ้าซับโลหิตหลังผ่าตัดทุกครั้ง

ดังนั้น ผู้เสนอผลงานจึงมีแนวคิดในการจัดทำนวัตกรรมอุปกรณ์ตรวจนับผ้าก๊อชและผ้าซับโลหิต เพื่อความสะดวกในการตรวจนับ สะดวกในการมองเห็น การลดระยะเวลาการตรวจนับ และเพื่อป้องกันอุบัติเหตุร้ายแรงของตกค้างในร่างกายผู้ป่วย

3.บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

แนวความคิด บทวิเคราะห์/แนวคิดข้อเสนอ

ทฤษฎีการรบกวนกันของข้อมูล (Inference Theory) Bergstrom (Bernstein, 1999 อ้างถึงใน ประกายทิพย์ พิชัย, 2558) เป็นนักจิตวิทยาชาว เยอรมัน อธิบายว่าการลืม เกิดจากการมีข้อความเข้ามาแทรก ในข้อมูลที่เรากำลังจะจดจำ อันเป็นสาเหตุของการรบกวนกัน ซึ่งการรบกวนมีอยู่ 2 ชนิด คือข้อมูลเดิมเข้ามาสอดแทรกการเรียนรู้ใหม่ (Proactive Inhibition) นั่นคือการที่มีปัญหาในการจำการเรียนรู้ใหม่ เพราะสิ่งที่จำไว้เดิมนั้นเข้ามาสอดแทรก และการจำใหม่รบกวนการจำเดิม (Retroactive Inhibition) นั่นคือ การจำของการเรียนรู้ใหม่เข้าไปรบกวนการจำเดิมที่ได้บันทึกไว้ ลักษณะนี้เรียกว่า "ได้หน้า ลืมหลัง" บางครั้งอาจเรียกว่า เป็นการแทนที่ (Displacement) ก็ได้ ซึ่งความจำเกี่ยวข้องกับสมองส่วนPrefrontal Cortex เป็นสมองส่วนหน้า อยู่ที่ตำแหน่งใกล้กับบริเวณหน้าผาก เป็นส่วนประกอบของสมองที่มีศักยภาพในการทำงานสูง ทำหน้าที่ในการ คิด วิเคราะห์ แยกแยะ เพื่อการแก้ไขปัญหา หรือการวางแผนต่างๆ เป็นสมองส่วนที่มีความมีความรู้มีผลสูง แต่เราจะสามารถใช้ความคิดได้ครั้งละจำกัด และมีประสิทธิภาพสูงสุดเมื่อเราจดจ่ออยู่กับเรื่องใดเรื่องหนึ่งเพียงเรื่องเดียวเท่านั้น อีกทั้งเมื่อเปลี่ยนเรื่องที่เราคิดไปแล้ว อาจจะต้องใช้เวลาถึง 25 นาที กว่าสมองเราจะมีประสิทธิภาพในการคิดสูงสุดในเรื่องนั้นอีกครั้ง หรือถ้ามีสิ่งกระตุ้นทำให้เราต้องไปทำสิ่งอื่นสักครู่หนึ่ง ทำให้เราหลุดจากการจดจ่อเรื่องที่เรา กำลังจะคิดสักสองสามครั้งในหนึ่งชั่วโมง ก็มากพอที่จะเป็นสาเหตุทำให้เราไม่สามารถใช้ศักยภาพของสมองได้เต็มที่ (Goldberg E, 2009) ในการทำงานห้องผ่าตัด เมื่อสมองทำหลายอย่างพร้อมกันทำให้ศักยภาพในการทำงานทำได้ไม่เต็มที่ ใช้เวลาในการทำงานแต่ละอย่างนานมากขึ้น งานห้องผ่าตัดเป็นงานที่ไม่ควรใช้เวลานาน และเมื่อทำหลายอย่างในเวลาเดียวกันจะทำให้เกิดการ ทำงานแบบรีบร้อนตามมา ทำให้เกิดความผิดพลาดในการคิด วิเคราะห์ แยกแยะ เกิดความผิดพลาดในการทำงานมากขึ้น การปฏิบัติงานในห้องผ่าตัดโดยบางครั้งพยาบาลส่งเครื่องมือผ่าตัด และ circulate ในห้องผ่าตัดถูกขัดจังหวะขณะปฏิบัติงานในห้องผ่าตัดซึ่งพบว่ายังคงมีอุบัติการณ์เกิดขึ้นเสมอ โดยการขัดจังหวะขณะปฏิบัติงานในห้องผ่าตัดสามารถทำให้เกิดความผิดพลาด และความไม่ปลอดภัยต่อผู้ป่วยได้ จึงเป็นปัจจัยหนึ่งในการก่อให้เกิดการตกค้างของอุปกรณ์การแพทย์ในร่างกาย ปัญหาเกิดจากคนเดินเข้าออก, เครื่องมือสื่อสาร, การพูดคุยเรื่องอื่น, เครื่องมือมีปัญหา, การเรียนการสอน

แนวทางปฏิบัติของห้องผ่าตัดโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้วในเรื่องการตรวจนับผ้าก๊อชและผ้าซับโลहित แบ่งการนับเป็น 3 ครั้ง โดยการนับครั้งที่ 1 พยาบาลส่งเครื่องมือ นับจำนวนเครื่องมือ ผ้าก๊อช ผ้าซับโลहित ใบมีด เข็มที่ต้องใช้ร่วมกับพยาบาลผู้ช่วยแพทย์ หรือพยาบาลช่วยรอบนอก หรือพนักงานห้องผ่าตัด โดยวิธีนับผ้าซับโลहितก่อนเริ่มผ่าตัด พยาบาลส่งเครื่องมือจะนับผ้าซับโลहितด้านที่เป็นสันครึ่งละ 1 ชั้น นับเสียงดัง 2 รอบ เพื่อยืนยันร่วมกับพยาบาลผู้ช่วยแพทย์ หรือพยาบาลช่วยรอบนอก หรือพนักงานห้องผ่าตัด พยาบาลส่งเครื่องมือตรวจสอบจำนวนที่นับได้ ขานให้พยาบาลช่วยรอบนอก หรือพนักงานห้องผ่าตัดลงบันทึกบนกระดาน และพยาบาลช่วยรอบนอกลงบันทึกในบันทึกทางการพยาบาลหัวข้อการนับครั้งที่ 1 ในขณะที่ผ่าตัด เมื่อมีการเปิดวัสดุเพิ่ม ขานให้พยาบาลช่วยรอบนอกหรือพนักงานห้องผ่าตัดบวกจำนวนเพิ่มบนกระดาน ขณะผ่าตัดเมื่อมีการ Pack ผ้าซับโลहितในช่องท้องหรือแผลผ่าตัด ขานให้พยาบาลช่วยรอบนอกหรือพนักงานห้องผ่าตัดรับทราบและลงบันทึกบนกระดาน การนับครั้งที่ 2 เมื่อผ่าตัดเสร็จ ก่อนเย็บปิดช่องท้องหรือแผลผ่าตัด พยาบาลส่งเครื่องมือจะทั้งผ้าก๊อชและผ้าซับโลहितที่ใช้แล้วลงในถังขยะแดงที่พยาบาลช่วยรอบนอกปูผ้าปิดถังไว้ก่อนทำการผ่าตัด เพื่อแยกจำนวนผ้าก๊อชและผ้าซับโลहितจากการฟอกทำความสะอาดภายนอกกับใช้ซับโลहितภายในร่างกาย และพยาบาลช่วยรอบนอกจะทำการเรียงและนับโดยการใช้นิ้วชี้ผ้าผ่าตัดปูรองที่พื้นและใช้กระดาษห่อผ้าซับโลहितปูรองอีกชั้นหนึ่ง โดยเรียงผ้าก๊อชแถวละ 10 ชั้น และผ้าซับโลहितแถวละ 5 ชั้น โดยพยาบาลส่งเครื่องมือจะนับผ้าก๊อชและผ้าซับโลहितด้านที่เป็นสันจากข้างในบริเวณพื้นที่ sterile พยาบาลช่วยรอบนอกจะเป็นผู้นับผ้าก๊อชและผ้าซับโลहितที่พยาบาลส่งเครื่องมือทิ้งลงในถังขยะแดงที่ปูผ้ารองไว้

พยาบาลส่งเครื่องมือนับจำนวนเครื่องมือ ผ้าซับโลหิต ใบบิด และเข็ม ตรวจสอบจำนวนที่นับได้ ขานให้พยาบาลช่วยรอบนอกหรือพนักงานห้องผ่าตัดลงบันทึกบนกระดาน กรณีนับผ้าซับโลหิต เครื่องมือ ของมีคมไม่ครบให้รายงานแพทย์ และช่วยกันหาก่อนปิดช่องท้องหรือปิดแผล หากครบแล้วรายงานแพทย์ให้ปิดช่องท้องหรือปิดแผลได้ การนับครั้งที่ 3 การนับก่อนเย็บปิดผิวหนัง พยาบาลส่งเครื่องมือ และผู้ช่วยรอบนอกจะทำแบบเดียวกับการนับครั้งที่ 2 พยาบาลส่งเครื่องมือนับจำนวนเครื่องมือ ผ้าซับโลหิต ใบบิด และเข็ม ตรวจสอบจำนวนที่นับได้ ขานให้พยาบาลช่วยรอบนอกหรือพนักงานห้องผ่าตัดลงบันทึกบนกระดาน หากไม่ครบให้รายงานแพทย์ และช่วยกันหาก่อนปิดผิวหนัง หากครบแล้วรายงานแพทย์ให้ผิวหนังได้

จากการทบทวนแนวทางปฏิบัติของห้องผ่าตัดโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้วในเรื่องแนวทางการป้องกันสิ่งตกค้างในร่างกายผู้ป่วยที่ผ่านมานั้นพบว่า การนับผ้าก๊อชและผ้าซับโลหิตครั้งที่ 1 ใช้เวลาเฉลี่ย 10 วินาทีไม่พบปัญหา แต่พบปัญหาในการนับครั้งที่ 2 และ 3 คือการนับก่อนปิดช่องท้องหรือก่อนปิดแผลและการนับก่อนปิดผิวหนัง ใช้เวลานับเฉลี่ยอยู่ที่ 15-24 วินาที แต่ในการผ่าตัดที่มีความยุ่งยากและซับซ้อน มีการใช้ผ้าก๊อช ผ้าซับโลหิต เครื่องมือ ใบบิด เข็มจำนวนมาก ใช้เวลา ต้องใช้เวลาตรวจนับถึง 2-10 นาที จากความสับสนในการนับของพยาบาลส่งเครื่องมือและผู้ช่วยรอบนอก เนื่องจากพยาบาลส่งเครื่องมือต้องส่งเครื่องมือ นับเครื่องมือทุกชิ้นที่ใช้ในการผ่าตัด ผ้าก๊อช ผ้าซับโลหิต ใบบิด เข็ม จำนวนมาก บางครั้งต้องช่วยดึงอุปกรณ์ดึงถ่างเพื่อความสะดวกผ่าตัด และต้องร่วมนับผ้าก๊อช ผ้าซับโลหิตที่ทิ้งลงในถังขยะแดงที่อยู่ด้านล่างด้วยในเวลาเดียวกัน ส่วนผู้ช่วยรอบนอกต้องดูแลรับผิดชอบอุปกรณ์ต่างๆที่เกี่ยวข้องกับการผ่าตัด ลงบันทึกเอกสารให้ครอบคลุมข้อมูลเกี่ยวกับการผ่าตัด และต้องตรวจนับผ้าก๊อช ผ้าซับโลหิต ใบบิด เข็มร่วมกับพยาบาลส่งเครื่องมือ พบว่าบางครั้งมีการเรียงจำนวนไม่ครบ 10 ชิ้น หรือเรียงเกินแถวละ 10 ชิ้น เมื่อถึงเวลาที่ต้องตรวจนับ ทำให้เกิดความสับสน ต้องมีการจัดเรียงใหม่ ใช้เวลานานในการนับ ยากต่อการมองเห็นได้ชัดเจนทำให้เกิดความผิดพลาดในการนับ ของพยาบาลที่ส่งเครื่องมือและผู้ช่วยรอบนอก ผู้ศึกษาจึงมีแนวคิดในการจัดทำนวัตกรรมอุปกรณ์ตรวจนับผ้าก๊อชและผ้าซับโลหิต เพื่อความสะดวกในการตรวจนับ สะดวกในการมองเห็น การลดระยะเวลาการตรวจนับ และเพื่อป้องกันอุบัติการณ์สิ่งของตกค้างในร่างกายผู้ป่วย

วัตถุประสงค์

1. เพื่อป้องกันการเกิดอุบัติการณ์ผ้าก๊อชและผ้าซับโลหิตตกค้างในร่างกาย
2. เพื่อลดระยะเวลาและเพิ่มความแม่นยำในการตรวจนับผ้าก๊อชและผ้าซับโลหิต

ระยะเวลาดำเนินการ

เดือน เมษายน 2567 – กรกฎาคม 2567

กลุ่มเป้าหมาย

1. พยาบาลและเจ้าหน้าที่ในกลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยห้องผ่าตัด
2. ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาที่ห้องผ่าตัด

ขั้นตอนการดำเนินการ

1. ศึกษาค้นคว้าจากตำรา งานวิจัยต่างๆ
2. ปรึกษาหัวหน้างานการพยาบาลผู้ป่วยห้องผ่าตัด เพื่อขอความคิดเห็นและคำแนะนำ

3. ดำเนินการจัดทำนวัตกรรมอุปกรณ์ตรวจนับผ้าก๊อชและผ้าซับโลहित
 - 3.1 นำถุงพลาสติกแบบขุ่นขนาด 30×40 นิ้ว มาตัดเป็นแนวยาวให้ได้ขนาด
 - 3.2 เขียนหัวตารางแยกเป็นผ้าก๊อช และผ้าซับโลहित
 - 3.3 นำไม้บรรทัดและปากกาเคมีมาวัดขนาดและขีดเส้นแบ่ง โดยแบ่งเป็นตารางนับผ้าก๊อช (ผ้าก๊อชขนาด 4×4 นิ้ว) แบบแนวนอนจำนวน 10 ช่อง จำนวน 5 แถว และเขียนตัวเลขกำกับในแต่ละช่องเริ่มตั้งแต่ 1-50 แถวที่ 1 (1-10) , แถวที่ 2 (11-20) , แถวที่ 3 (21-30) , แถวที่ 4 (31-40) และแถวที่ 5 (41-50) และตารางนับผ้าซับโลहित แนวนอน 5 ช่อง จำนวน 4 แถว และเขียนตัวเลขกำกับในแต่ละช่อง เรียงตั้งแต่ 1-20 แถวที่ 1 (1-5) แถวที่ 2 (6-10) , แถวที่ 3 (11-15) , แถวที่ 4 (16-20)
4. ประชุมชี้แจงทีมบุคลากรทางการแพทย์ให้รับรู้และเข้าใจ การจัดทำนวัตกรรมอุปกรณ์ช่วยตรวจนับผ้าก๊อชและผ้าซับโลहित
5. นำไปใช้ในหน่วยงาน
6. วิเคราะห์ปัญหา อุปสรรค และนำมาปรับปรุงแก้ไขนวัตกรรมให้ดีขึ้น

4.ผลที่คาดว่าจะได้รับ

1. เพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุการฉีกผ้าก๊อชและผ้าซับโลहितตกค้างในร่างกาย
2. เพื่อลดระยะเวลาและเพิ่มความแม่นยำในการตรวจนับผ้าก๊อชและผ้าซับโลहित
3. แพทย์และพยาบาลในทีมผ่าตัดสามารถมองเห็นจำนวนผ้าก๊อชและผ้าซับโลहितได้อย่างชัดเจนทำให้เกิดการทวนสอบจำนวนในทีมได้สะดวกมากขึ้น

5.ตัวชี้วัดความสำเร็จ

1. อุบัติการณ์การเกิดผ้าก๊อชและผ้าซับโลहितตกค้างในร่างกายหลังผ่าตัดเท่ากับ 0
2. ระยะเวลาการนับผ้าก๊อชและผ้าซับโลहितลดลงและมีความแม่นยำในการตรวจนับผ้าก๊อชและผ้าซับโลहितมากขึ้น

(ลงชื่อ*วิฑูรณห์ เพชรเกลี้ยง*.....)

(นางสาวรัชฎาภรณ์ เพชรเกลี้ยง)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

(วันที่) *7* / *6* / *2566*

ผู้ขอประเมิน