

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

1. เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดต่อมทอนซิล
2. ระยะเวลาที่ดำเนินการ วันที่ 27 กันยายน 2566 – 30 กันยายน 2566 รวมระยะเวลาการดูแล 4 วัน รวมระยะเวลาดูแลในห้องผ่าตัด 4 ชั่วโมง 30 นาที
3. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน
บทนำ

ต่อมทอนซิลเป็นต่อมน้ำเหลืองของคอหอย วางตัวเป็นวงรอบคอหอยเรียกว่า Waldeyer's ซึ่งประกอบด้วย adenoid, palatine tonsil, lingual tonsil และ lateral pharyngeal band โดยมี palatine tonsil เป็นต่อมที่มีขนาดใหญ่ที่สุด รับผิดชอบมาเลี้ยงจากแขนงของหลอดเลือดแดง external carotid artery ทำหน้าที่เป็นด่านแรกของระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายต่อสิ่งที่ผ่านเข้าร่างกายทางการหายใจ ช่วยป้องกันโรคและผลิตสารแอนติบอดี หากต่อมทอนซิลมีการติดเชื้อบ่อยครั้ง ความสามารถในการป้องกันโรคสร้างภูมิคุ้มกันก็จะต่ำลงจากปกติ เป็นสาเหตุทำให้เกิดการติดเชื้อแบคทีเรียหรือไวรัสได้ การอักเสบบ่อยยังทำให้ต่อมทอนซิลมีขนาดใหญ่ใหญ่ขึ้นมากผิดปกติ ก่อให้เกิดปัญหาได้ในทั้งเด็กและผู้ใหญ่ เป็นต้นเหตุของการอุดกั้นทางเดินหายใจ ทำให้มีอาการหายใจลำบาก นอนกรน หายใจในเสียงดัง รวมทั้งมีการออกเสียงผิดปกติ (ธีรพร รัตนอนนกุลชัย, 2557)

มีการบันทึกการผ่าตัดต่อมทอนซิล Tonsillectomy ครั้งแรกในประเทศอินเดีย ปี 1,000 ปี ก่อนคริสต์ศักราช มีการบัญญัตินิยมของการตัดต่อมทอนซิลเพื่อการรักษาโรค คือ การผ่าตัด palatine tonsil ตั้งแต่ช่วงศตวรรษแรก และกลายเป็นหัตถการที่ได้รับความนิยมเป็นอย่างมาก ในช่วงปี ค.ศ. 1800 โดยที่ขณะนั้นเป็นการผ่าตัดต่อมทอนซิลออกเป็นบางส่วน แต่เมื่อพบว่าการที่ตัดเนื้อเยื่อต่อมทอนซิลไว้บางส่วนเมื่อมีการอักเสบขึ้นอีกแล้วเนื้อเยื่อมีขนาดโตขึ้นทำให้เกิดการอุดกั้นทางเดินหายใจซ้ำขึ้นได้อีก ต่อมาช่วงศตวรรษที่ 20 ซึ่งมีการผ่าตัดต่อมทอนซิลออกทั้งหมด ในช่วงเวลาต่อมาจึงกลายเป็นหัตถการยอดนิยมอย่างหนึ่งที่แพร่หลายทั่วโลก เป็นหัตถการที่ผ่าตัดในเด็กมากที่สุดในสหรัฐอเมริกา ในปี 1959 มีการผ่าตัดต่อมทอนซิลถึง 1.4 ล้านครั้ง แม้ว่าในช่วงปี 1985 จะมีการผ่าตัดลดลงเหลือ 340,000 ครั้ง ซึ่งข้อบ่งชี้ในการผ่าตัดต่อมทอนซิลช่วงแรกนั้นเป็นเรื่องของการติดเชื้อเป็นส่วนใหญ่ แต่ต่อมาพบว่าข้อบ่งชี้ในการผ่าตัดเป็นเรื่องของภาวะการอุดกั้นทางเดินหายใจมากกว่า

ทอนซิลอักเสบ (tonsillitis) เป็นภาวะอักเสบของต่อมทอนซิล อาจเกิดจากการติดเชื้อไวรัสหรือแบคทีเรียพบเชื้อราหรือเชื้อวัณโรคได้น้อย โรคทอนซิลอักเสบเฉียบพลัน ในเด็กก่อนวัยเรียน มักจะเกิดจาก เชื้อไวรัส และติดต่อกันได้ง่าย เพราะไม่รู้จั๊ก การป้องกัน การติดต่อเกิดจากการหายใจ ไอ จาม หรือใช้ภาชนะที่รับประทานอาหาร หรือดื่มน้ำร่วมกัน ส่วนโรคทอนซิลอักเสบเฉียบพลัน ในเด็กโตและผู้ใหญ่มักจะเกิดจากการติดเชื้อแบคทีเรีย และส่วนใหญ่จะพบมากที่สุดในการอายุก่อน 10 ปี เพราะหลัง 10 ปีไปแล้วต่อมทอนซิลจะทำงานน้อยลง หรือไม่ทำงานเลย แต่ในผู้ใหญ่อายุน้อยกว่า 20 ปี ก็ยังเป็นโรคต่อมทอนซิลอักเสบได้ ส่วนใหญ่มักจะไม่พบทอนซิลอักเสบในคนไข้วัยกลางคนไปแล้ว ผู้ป่วยที่มีทอนซิลอักเสบเฉียบพลันจะมีอาการไข้ หนาวสั่น เจ็บคอ กลืนลำบากโดยเฉพาะ เวลากลืนอาหารจะเจ็บมาก คนไข้เด็กจะมีอาการน้ำลายไหล เพราะกลืนลำบาก และน้ำลายจะไหลลงไปได้ ก็จะไม่ไหลออกมา หรือคนไข้เจ็บคอมากๆ อาจมีอาการอาเจียนหลังจากรับประทานอาหาร เพราะการรับประทานอาหารจะรบกวนลำคอที่เจ็บอยู่

พยาธิสภาพ (ยุวดี พงษ์สาระนันท์กุล, 2559)

ช่องคอเป็นส่วนของอวัยวะที่เป็นทางผ่านของอากาศและอาหาร โดยเริ่มต้นตั้งแต่ส่วนล่างสุดของ กะโหลกศีรษะไปจนถึงกล่องเสียง รูปร่างลักษณะคล้ายท่อที่มีความยาวประมาณ 12.5 ซม. โดยแบ่งส่วนช่อง คอออกเป็น 3 ส่วนคือ ช่องคอส่วนจมูก (Nasopharynx) ช่องคอส่วนปาก (Oropharynx) และช่องคอส่วน กล่องเสียง (Laryngopharynx) ซึ่งช่องคอส่วนปากเป็นส่วนของคอที่เริ่มจากเพดานอ่อนที่มีลิ้นไก่ (Uvula) ตั้งอยู่ลงมาจนถึงฝาปิดกล่องเสียง (Epiglottis) อวัยวะที่อยู่ในส่วนนี้ได้แก่ ผนังคอด้านหลัง (Posterior Pharyngeal wall) ต่อมทอนซิล (Palatine Tonsil) และที่โคนลิ้นจะมี Lingual Tonsil คอส่วนนี้จะมองเห็นได้เมื่ออ้าปากและใช้ไม้กดลิ้น หน้าที่ของ

คอส่วนนี้คือ เป็นทางผ่านของอาหาร และช่วยในการพูด ซึ่งส่วนสำคัญที่อยู่ในบริเวณช่องคอส่วนปากคือ กลุ่มเนื้อเยื่อ น้ำเหลือง (Lymphoid Tissue) ที่เรียกว่า Waldeyer's ring ทำหน้าที่เป็นด่านกักกันเชื้อโรคด่านแรกของร่างกาย ได้แก่

1. Pharyngeal Tonsil หรือ Adenoid Gland เป็นต่อมที่สำคัญมากในเด็กซึ่งจะฝ่อไปเมื่ออายุเกิน 11 ปี
2. Lateral pharyngeal gland อยู่ต่อจาก Adenoid Gland ลงมาจะฝ่อเมื่ออายุมาก
3. Palatine Tonsil (Or Fauical Tonsils) อยู่บริเวณผนังคอด้านข้าง 2 ข้าง ในวัยเด็กจะเห็นต่อมนี่ชัดเจน เมื่อโตขึ้นจะเล็กลงมาก คนทั่วไปมักเรียกว่า ต่อมทอนซิล ซึ่งมีความสามารถในการช่วยกักเชื้อโรคได้
4. Lingual Tonsils อยู่บริเวณโคนลิ้น

ซึ่งต่อมทอนซิลเป็นอวัยวะส่วนหนึ่งของระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายมีหน้าที่หลักคือ การจับและทำลายเชื้อโรค ที่จะเข้าสู่ร่างกายทางช่องทางเดินอาหารเป็นด่านแรก ต่อมทอนซิลจะทำงานร่วมกับต่อมอดิโนอยด์และต่อมน้ำเหลืองที่โคนลิ้น ต่อมอดิโนอยด์และต่อมทอนซิลจะหลั่งอิมมูโนโกลบูลิน ซึ่งทำหน้าที่ดักจับเชื้อโรคที่ลงมาในลำคอ เพื่อคอยต่อสู้กับเชื้อโรคที่มาทางจมูกและลำคอ ต่อมทอนซิลจะทำงานหนักมากที่สุดในช่วงอายุ 4-10 ปี หลังจากนั้นจะมีขนาดเล็กลง แต่ยังทำงานเกือบตลอดชีวิต ถ้าต่อมทอนซิลมีการอักเสบบ่อยๆ การอักเสบจะทำให้เม็ดเลือดขาวในต่อมทอนซิลลดลง ต่อมทอนซิลจะฆ่าเชื้อโรคและสร้างภูมิคุ้มกันได้ลดลง และในบางครั้งแทนที่ต่อมทอนซิลจะเป็นที่กินเชื้อโรค แต่กลับกลายเป็นที่เก็บเชื้อโรคแทน ทำให้เกิดการอักเสบขึ้นมาใหม่ ซึ่งเป็นสาเหตุของการกลับมาเป็นซ้ำบ่อย ๆ

อาการและอาการแสดง (ยวดี พงษ์สารระนนท์กุล,2559)

ผู้ป่วยต่อมทอนซิลอักเสบจะมีอาการไข้ ไอ เจ็บคอ โดยเฉพาะเวลากินอาหารหรือกลืนน้ำลายจะเจ็บมาก พบการบวมแดงของต่อมทอนซิลและเยื่อคอกอหอย อาจพบหนองได้ ในรายที่ต่อมอดิโนอยด์อักเสบด้วยจะพบภาวะแทรกซ้อน เช่น หายใจทางปาก นอนกรน จากภาวะต่อมอดิโนอยด์บวมโตขัดขวางการหายใจ ช่องหูชั้นกลางอักเสบ พูดเสียงขึ้นจมูก (Hyponasal) จากภาวะอุดตันในช่องจมูกและการหายใจทางปากแทนภาวะปกติ ลักษณะการอักเสบของต่อมทอนซิล มี 3 แบบ คือ

- 1.แบบ Membranous ต่อมทอนซิลโต อักเสบและแดง ถูกปกคลุมด้วย psuedomembrane ซึ่งเป็นสารที่ปล่อยออกมาจาก Crypt ของต่อมทอนซิล สามารถลอกออกได้โดยไม่มีเลือดไหล ต่างจาก membrane ในโรคคอตีบ ซึ่งเป็น exudate ติดแน่นกับผิวของทอนซิล
- 2.แบบ Follicular ต่อมทอนซิลโต มีอาการอักเสบแดง มีสารเหลวอุดที่ Crypt ของทอนซิลเป็นหย่อมๆ
- 3.แบบ Parenchymatous ต่อมทอนซิลโตมาก อักเสบแดง แต่ไม่มีสารเหลวปรากฏบนผิวของทอนซิล

การรักษา (ยวดี พงษ์สารระนนท์กุล,2559)

ปกติแพทย์จะให้การรักษาตามอาการ เช่น ให้อาบน้ำแร่หรืออาบน้ำอุ่น เจ็บคอ ยาลดน้ำมูก หรือลดไข้ ให้อาบน้ำอุ่นหรือยาแก้ปวด เพื่อกำจัดเชื้อต้นเหตุ ถ้าการอักเสบนั้นเกิดจากเชื้อแบคทีเรีย และควรรับประทานยาตั้งกล่าวให้นานพอ เช่น 7-10 วัน ซึ่งในปัจจุบัน ยาในกลุ่มเพนิซิลิน ยังใช้ได้ผลดี ยกเว้นเชื้อบางกลุ่ม ที่พบว่าดื้อยาแล้ว แพทย์จึงจำเป็นต้องใช้ยาปฏิชีวนะที่แรงขึ้นในรายที่มีอาการมากๆ เช่น เจ็บคอมาก จนรับประทานอาหารไม่ได้ และมีไข้สูง แพทย์อาจแนะนำให้นอนพักรักษาในโรงพยาบาล เพื่อให้น้ำเกลือ และยาต้านจุลชีพทางหลอดเลือดดำ ซึ่งจะทำให้อาการทุเลา ดีขึ้นเร็วกว่า การให้ยากลับไปรับประทานที่บ้าน หากแพทย์พิจารณาว่า มีสาเหตุมาจากไวรัส ก็จะให้ยาตามอาการเท่านั้น เพราะยาต้านจุลชีพ ไม่สามารถฆ่าเชื้อไวรัสได้ ถ้าผู้ป่วยไม่ได้รับการรักษา การอักเสบของต่อมทอนซิล อาจจะกระจายกว้างออกไป จนเกิดเป็นหนอง บริเวณรอบต่อมทอนซิล (peritonsillar abscess) แล้วอาจลุกลาม ผ่านช่องคอ เข้าสู่ช่องปอด และหัวใจได้ นอกจากนั้น เชื้อแบคทีเรีย อาจเข้ากระแสเลือด แล้วกระจายไปทั่วร่างกาย ซึ่งเป็นภาวะที่อันตรายอย่างมาก เพราะอาจทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ โรคทอนซิลอักเสบเฉียบพลันที่เกิดจากเชื้อสเตรปโตคอคคัส (Streptococcus) สามารถทำให้เกิดโรคแทรกซ้อนของโรคหัวใจ และโรคไตได้

การปฏิบัติตัวที่ถูกต้องของผู้ป่วยมีส่วนทำให้อาการดีขึ้นเร็ว ถ้ามีอาการเจ็บคอ หรือระคายคอร่วมด้วย ควรรับประทานอาหารอ่อนๆ เช่น โจ๊ก หรือข้าวต้มที่ไม่ร้อนจนเกินไป หลีกเลี่ยงอาหารที่มีรสเผ็ด หรือรสจัด หลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ หรือดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ หลีกเลี่ยงการใช้เสียงชั่วคราว ควรพยายามทำความสะอาดคอบ่อยๆ โดยเฉพาะหลังรับประทานอาหาร ด้วยการแปรงฟัน หรือกลั้วคอด้วยน้ำยาบ้วนปาก, น้ำเกลืออุ่นๆ หรือน้ำเปล่าหลังอาหารทุกมื้อ เนื่องจากการที่ไม่รักษาความสะอาดในช่องปากให้ดี อาจมีเศษอาหารตกค้างในช่องปากและลำคอ ทำให้ทอนซิลอักเสบมากขึ้นได้ หากเป็นต่อมทอนซิลอักเสบเฉียบพลันบ่อยๆ ต่อมทอนซิลจะโตขึ้น แล้วเปลี่ยนสภาพ เป็นแบบเรื้อรัง และอาจมีการอักเสบอย่างเฉียบพลันเป็นๆหายๆได้ การที่ต่อมทอนซิลโต จะทำให้เกิดร่อง หรือซอก ซึ่งเศษอาหารอาจเข้าไปตกค้างอยู่ได้ อาจทำให้เกิดการอักเสบยืดเยื้อออกไป

การผ่าตัดต่อมทอนซิล (ยุวดี พงษ์สาระนันท์กุล, 2559)

คือการผ่าตัดผ่านทางช่องปากโดยแพทย์จะใส่เครื่องมือทางช่องปาก เข้าไปหาต่อมทอนซิล ผู้ป่วยจึงไม่มีบาดแผลใดๆ ที่มองเห็นได้จากภายนอก โดยทั่วไปแพทย์จะพิจารณาตัดต่อมทอนซิลเมื่อ

1. เป็นภาวะต่อมทอนซิลอักเสบเรื้อรัง ที่รักษาด้วยยาไม่ได้ผล หรือเกิดการอักเสบ ปีละหลาย ครั้ง หลายปีติดต่อกัน ทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่แย่งลง เช่น ต้องขาดงาน หรือขาดเรียนบ่อย
2. เมื่อต่อมทอนซิลโตมากๆ ทำให้เกิดอุดตันทางเดินหายใจ และมีอาการนอนกรน และ/หรือภาวะหยุดหายใจขณะหลับตามมา

3. ผู้ป่วยที่มีต่อมทอนซิลโต และแพทย์สงสัยว่า อาจเป็นมะเร็งของต่อมทอนซิลโดยตรง หรือมีมะเร็งที่ต่อมน้ำเหลืองบริเวณคอ แล้วหาตำแหน่งมะเร็งต้นเหตุไม่เจอ แต่แพทย์สงสัยว่าอาจเป็นมะเร็งที่มาจากต่อมทอนซิล

ต่อมทอนซิลที่โตขึ้นจากการอักเสบบ่อยๆ นั้น เนื้อเยื่อของต่อมที่ทำหน้าที่สร้างภูมิคุ้มกันจะถูกแทนที่ด้วยเนื้อเยื่อพังผืด (fibrosis) ซึ่งเกิดตามหลังการอักเสบ จึงทำให้ต่อมทอนซิลทำหน้าที่ได้น้อยลงเรื่อยๆ ขณะเดียวกันร่างกายยังมีต่อมเหลืองอีกจำนวนมากในบริเวณศีรษะและคอ ที่ทำหน้าที่สร้างภูมิคุ้มกันต่อเชื้อโรค ดังนั้น การตัดต่อมทอนซิลในผู้ป่วยที่มีข้อบ่งชี้ จึงไม่ทำให้ภูมิคุ้มกันต่ำแต่ประการใด

ภาวะแทรกซ้อน โรคแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้คือ เลือดออกจากแผลผ่าตัดในคอ ปกติมักจะออกไม่มากและหยุดได้เอง ซึ่งถ้าออกมากจะต้องไปทำการห้ามเลือดในห้องผ่าตัด อาจมีแผลบริเวณเหงือก, ลิ้น ผู้ป่วยบางรายที่ฟันไม่แข็งแรง อาจมีฟันโยกได้ เนื่องจากต้องใช้เครื่องมือใส่ ในช่องปาก การหายใจลำบากจากการบวมในช่องคอ ซึ่งถ้าอาการรุนแรง อาจต้องใส่ท่อช่วยหายใจ หรือเจาะหลอดลมคอ หรือแผลผ่าตัดติดเชื้อ (แต่พบได้น้อย)

ผู้ป่วยเด็กที่เข้ารับการผ่าตัดต่อมทอนซิล เนื่องจากมีข้อบ่งชี้ของการหายใจลำบากหรือหยุดหายใจในเวลาหลับ โดยเฉพาะผู้ป่วยที่อ้วนมาก, มีโรคหัวใจหรือมีระดับออกซิเจนในเลือดต่ำในเวลาหลับที่ตรวจพบตั้งแต่ก่อนผ่าตัด, เบาหวาน, ความดันโลหิตสูง, โรคเลือดออกผิดปกติ, โรคปอด จะเป็นผู้ที่มีอัตราเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้มากกว่าเด็กที่เข้ารับการผ่าตัดด้วยข้อบ่งชี้ของการติดเชื้อมาก โดยไม่มีอาการหายใจลำบากหรือนอนกรน

ภาวะแทรกซ้อนรุนแรงที่อาจเกิดขึ้นได้ ไม่พบบ่อยแต่ควรทราบและระวังล่วงหน้า คือ การหายใจลำบากจากการบวมในช่องคอ การหยุดหายใจ น้ำท่วมปอด ผู้ป่วยที่มีอัตราเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนเหล่านี้จะได้รับการดูแลใกล้ชิดใน ICU เพื่อเป็นการป้องกันไว้ก่อน

โดยทั่วไป การผ่าตัดต่อมทอนซิล เป็นการผ่าตัดที่ทำบ่อย ผู้ป่วยมักกลับบ้านได้ภายใน 1-2 วันหลังผ่าตัด ถ้าไม่มีภาวะแทรกซ้อน การปฏิบัติตัวที่ถูกต้องภายหลังการผ่าตัดต่อมทอนซิลมักทำให้การผ่าตัดรักษาได้ผลดี

การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดต่อมทอนซิล (ยุวดี พงษ์สาระนันท์กุล, 2559)

การผ่าตัดเป็นวิกฤตการณ์ที่สำคัญสำหรับผู้ป่วยและครอบครัวอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนหรือความเสี่ยงต่อชีวิต พร้อมทั้งมีผลกระทบต่อแบบแผนของชีวิตเสมอ เช่น การพักผ่อนนอนหลับ การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การใช้ชีวิตในสังคม เป็นต้น การดูแลให้หายจากโรคและไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆตลอดจนฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดอย่างรวดเร็ว สามารถกลับไปดำรงบทบาทหน้าที่ของตนเองในครอบครัวและในสังคม

การพยาบาลผู้ป่วยก่อนผ่าตัดจะใช้กระบวนการพยาบาลในการประเมินสภาพของผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม หลังจากนั้นจะมีการวางแผนการพยาบาลให้เป็นไปตามความต้องการของผู้ป่วยแต่ละบุคคล ใน ระยะเวลาพยาบาลจะสามารถสร้างสัมพันธภาพที่ดีต่อผู้ป่วยได้ ถึงแม้การพูดคุยกับผู้ป่วยและญาติจะเป็นเพียงระยะสั้น พยาบาลสามารถสร้างความมั่นใจ ให้เกียรติและเคารพในสิทธิของผู้ป่วย พร้อมทั้งแสดงถึงความห่วงใยและเอื้ออาทรจะทำให้ผู้ป่วยเกิดความอบอุ่นและไว้วางใจ ช่วยให้ผู้ป่วยผ่านประสบการณ์ในห้องผ่าตัดด้วยความมั่นใจ การผ่าตัดดำเนินไปอย่างราบรื่น

การพยาบาล แบ่งเป็น 3 ระยะ ดังนี้ (ศรีเวียงแก้ว เต็งเกียรติตระกูล, เบญจมาภรณ์ บุตรศรีภูมิ, 2558)

การพยาบาลระยะก่อนผ่าตัด

ด้านร่างกาย

1. ชักประวัติโรคประจำตัว การแพ้ยาแพ้อาหารรวมถึงประวัติการผ่าตัด
2. ดูผลตรวจทางร่างกาย ผลตรวจทางรังสี ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ สัญญาณชีพต่างๆ
3. ตรวจสอบใบยินยอมผ่าตัด รายงานการเตรียมผ่าตัด ใบส่งผ่าตัด
4. ให้คำแนะนำการปฏิบัติตนก่อนผ่าตัด
 - การทำความสะอาดช่องปากโดยการแปรงฟันก่อนไปห้องผ่าตัดเพื่อป้องกันการติดเชื้อขณะผ่าตัด
 - งดน้ำงดอาหารหลังเที่ยงคืน ป้องกันการสำลักหรืออาเจียน ขณะผ่าตัดและหลังผ่าตัด
 - ขณะจะทำการผ่าตัดจะดมยาสลบและฉีดยาชาเฉพาะที่เพื่อลดอาการปวดหลังผ่าตัดและลดภาวะมี

เลือดออกมากหลังการทำผ่าตัด

- แนะนำให้ปัสสาวะก่อนมาห้องผ่าตัด
 - หลังทำผ่าตัดหากรู้สึกปวดแผล เจ็บคอ สามารถขอยาบรรเทาปวดได้
 - สังเกตอาการแทรกซ้อนหลังการผ่าตัด เช่น เลือดออกมากผิดปกติ ให้แจ้งพยาบาลประจำหอผู้ป่วยเพื่อ
- รายงานแพทย์ทราบ
- แนะนำเรื่องการหายใจเข้าเต็มที่ช้าๆและการหายใจออกยาวๆเพื่อลดภาวะแทรกซ้อนของระบบหายใจ

ด้านจิตใจ

1. กล่าวทักทาย แนะนำตนเองให้ผู้ป่วยรู้จักใช้ท่าที่เป็นกันเองให้ผู้ป่วยและญาติเกิดความไว้วางใจ
2. ประเมินระดับความรู้ความเข้าใจของผู้ป่วยและญาติ สภาพจิตใจ ทักษะคิดต่อการเข้ารับการผ่าตัด ความร่วมมือ โดยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยระบายความรู้สึก ชักถามสิ่งที่ไม่เข้าใจและญาติวิตกกังวล ผู้ดูแลหลังได้รับการผ่าตัด
3. ให้ความรู้เรื่องโรคและการเปลี่ยนแปลงของโรค ความจำเป็นที่ต้องได้รับการผ่าตัด เพื่อลดความวิตกกังวล โดยเฉพาะการผ่าตัดไม่มีแผลภายนอกเนื่องจากผ่าตัดออกทางปาก
4. อธิบายการเตรียมตัวของผู้ป่วยเพื่อเข้ารับการผ่าตัด การปฏิบัติตัวขณะผ่าตัดและหลังผ่าตัด
5. บอกระยะเวลาที่ใช้ในการผ่าตัด ระยะเวลาที่อยู่ห้องพักฟื้นและแนะนำสถานที่ที่ญาตินั่งรอได้
6. ให้ความมั่นใจกับผู้ป่วยว่าจะได้รับการดูแลอย่างดีขณะผ่าตัด

การพยาบาลระหว่างผ่าตัด

เมื่อรับผู้ป่วยมาถึงห้องผ่าตัด พยาบาลสร้างสัมพันธภาพโดยการแนะนำด้วย พูดคุย ชักถามอาการเพื่อลดความวิตกกังวล สอบถามชื่อ นามสกุล โรค และการผ่าตัดที่ผู้ป่วยจะได้รับ ประวัติการแพ้ยา แพ้อาหาร และโรคประจำตัว การใช้ยาต่างๆ ตรวจสอบป้ายข้อมือ ใบลงนามยินยอมผ่าตัด ความถูกต้องของเวชระเบียนผลทางห้องปฏิบัติการ ภาพถ่ายรังสี และเปิดเครื่องมือและอุปกรณ์ที่ใช้ในการผ่าตัดด้วยหลักปราศจากเชื้อ พยาบาลส่งเครื่องมือผ่าตัดตรวจนับเครื่องมือ อุปกรณ์ วัสดุเคมี ผ้าซับโลหิต ทั้งก่อนผ่าตัด ก่อนเย็บปิดแผลผ่าตัด และหลังเสร็จผ่าตัดพร้อมกับ พยาบาลช่วยเหลือรอบนอก เพื่อป้องกันสิ่งตกค้างในร่างกายผู้ป่วย พยาบาลช่วยเหลือรอบนอกเฝ้าระวังผู้ป่วยไม่ให้ตกเตียงระหว่างดมยาสลบ ร่วมจัดทำให้เหมาะสมสำหรับการผ่าตัดร่วมกับศัลยแพทย์และใช้เครื่องมือผูกยึดแขน ขา ให้เรียบร้อย ติดแผ่นสื่อนำไฟฟ้า คอยอำนวยความสะดวกให้กับแพทย์และพยาบาลส่งเครื่องมือผ่าตัด เช็ดทำความสะอาดร่างกาย ช่วยเคลื่อนย้ายผู้ป่วยออกจากห้องผ่าตัดไปห้องพักฟื้นอย่างปลอดภัย

การพยาบาลหลังผ่าตัด

1. ผู้ป่วยจะได้รับการรักษาตัวในโรงพยาบาล และผู้ป่วยส่วนใหญ่สามารถกลับบ้านได้หลังผ่าตัด 24-48 ชั่วโมง หากรับประทานอาหาร และน้ำ ได้เพียงพอ และไม่มีภาวะแทรกซ้อน ผู้ป่วยใช้เวลาพักฟื้นทั้งหมดประมาณ 7-10 วัน ผู้ป่วยจะมีแผลที่ผนังในคอทั้งสองข้าง อาจเห็นเป็นผ้าสีขาวอยู่ในช่องคอตรงบริเวณของต่อมทอนซิลทั้งสองข้าง ซึ่งจะค่อยๆ หายเองภายใน 7-14 วัน อาจมีอาการเจ็บคอ กลืนอาหารหรือน้ำลำบากจากแผลผ่าตัด ทำให้รับประทานอาหารไม่ค่อยสะดวก อาจทำให้น้ำหนักลดได้ อาจมีน้ำลายปนเลือดออกมาได้บ้างเล็กน้อย
2. ผู้ป่วยอาจจะมีไข้ หรือมีอาการบวม หรือรู้สึกตื้อๆ ชัดๆ ตึงๆ คล้ายมีสิ่งแปลกปลอมบริเวณคอ หรือมีเสียงเปลี่ยนได้ ซึ่งอาการดังกล่าวมักจะหายไปภายใน 1 สัปดาห์
3. หลังการผ่าตัด 1-2 วันแรก เพดานอ่อน หรือผนังในคออาจบวมมากขึ้นได้ ทำให้หายใจอึดอัด ไม่สะดวก ดังนั้นจึงควรนอนศีรษะสูง โดยใช้หมอนหนุน หรือนอนบนที่นอนที่สามารถปรับความเอียงได้ อมและประคบน้ำแข็งบ่อยๆ ในช่วงสัปดาห์แรก เพื่อลดอาการบวมบริเวณที่ทำผ่าตัด ถ้าอาการหายใจไม่สะดวก เป็นมากขึ้นเรื่อยๆ จนถึงขั้นรุนแรง หลังออกจากโรงพยาบาลแล้ว ควรรีบไปโรงพยาบาลเพื่อปรึกษาแพทย์ทันที
4. ผู้ป่วยจะได้รับยาแก้ปวด ยาแก้หวัด ยาลดบวมในรูปลายน้ำ และยากลับคอ ผู้ป่วยควรจะได้รับประทานยาดังกล่าวให้หมด ไม่ว่าอาการจะดีขึ้นหรือไม่ก็ตาม ผู้ป่วยสามารถรับประทานยาแก้ปวด เช่น พาราเซตามอล เมื่อจำเป็นได้ และจะมีสายให้น้ำเกลือติดอยู่ที่แขน เมื่อผู้ป่วยรับประทานได้ดีพอควร แพทย์จะเอาสายให้น้ำเกลือออก
5. ควรหลีกเลี่ยงการขากเสมหะแรงๆ การล้วงคอ หรือแปร่งฟันเข้าไปในช่องปากลึกเกินไป การออกแรงมาก การเล่นกีฬาที่หักโหม หรือยกของหนักหลังผ่าตัดภายใน 24-48 ชั่วโมงแรก เพราะอาจทำให้มีเลือดออกจากแผลในช่องปากได้ ถ้ามีเลือดออกจากช่องปากควรนอนพัก ยกศีรษะสูง อมน้ำแข็งในปาก นำน้ำแข็งหรือ cold pack มาประคบบริเวณหน้าผากหรือคอ เพื่อให้เลือดหยุด การประคบหรืออมน้ำแข็งควรประคบ หรืออมประมาณ 10 นาที แล้วจึงเอาออกประมาณ 10 นาที แล้วค่อยประคบหรืออมใหม่เป็นเวลา 10 นาที ทำเช่นนี้สลับกันไปเรื่อยๆ ถ้าเลือดออกไม่หยุดหรือออกมากผิดปกติ ควรรีบไปโรงพยาบาลเพื่อปรึกษาแพทย์ทันที
6. ควรรับประทานอาหารอ่อน เช่น โจ๊ก หรือข้าวต้ม ไม่ควรรับประทานอาหารที่แข็งหรือร้อน หรือรสเผ็ดหรือจัดเกินไปอย่างน้อย 1 สัปดาห์หลังผ่าตัด อาหารที่รับประทานหลังผ่าตัด ควรเป็นอาหารเหลวหรืออาหารอ่อนที่เย็นหรือไอศกรีม นอกจากนั้นควรกลั้วคอ ทำความสะอาดบ่อยๆ และแปร่งฟันทุกครั้งหลังรับประทานอาหาร
7. โดยปกติ หลังผ่าตัดประมาณ 2-4 สัปดาห์ แผลจะหายเป็นปกติ

4.สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

4.1 สรุปสาระสำคัญ

ผู้ป่วยชายไทย อายุ 25 ปี รูปร่างสมส่วน น้ำหนัก 85 กิโลกรัม ส่วนสูง 165 เซนติเมตร ปฏิเสธการดื่มสุราและการสูบบุหรี่ ปฏิเสธการแพ้ยาและอาหาร สถานะภาพโสด เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย นับถือศาสนา พุทธ อาชีพ รับราชการ ภูมิลำเนา จังหวัดสระแก้ว สิทธิในการรักษาพยาบาล เบิกกรมบัญชีกลาง

กรณีศึกษา

ผู้ป่วยมาพบแพทย์ที่โรงพยาบาลจากทอนซิลอักเสบเรื้อรัง มีอาการเจ็บคอเวลากินน้ำลาย แพทย์ทำการตรวจร่างกายและนัดทำการผ่าตัด แรกแรกที่ติ๊กหู คอ จมูก ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี พูดคุยถามตอบรู้เรื่อง เดินมาเอง อุณหภูมิร่างกาย 37.5 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 62 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความอึดตัวของออกซิเจน 100 เปอร์เซ็นต์ ความดันโลหิต 114/65 มิลลิเมตรปรอท มีอาการเจ็บคอ กลืนน้ำลายลำบาก เวลา 15.30 น. ย้ายไปหอผู้ป่วยพิเศษสงฆ์อาหารชั้น 1 ในวันที่ 27 กันยายน 2566 เตรียมผู้ป่วยให้พร้อมผ่าตัดโดยเจาะเลือดส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการหาค่า CBC,Bun,Creatinine, Electrolyte,BS,PT,PTT ส่งตรวจภาพถ่ายรังสีปอด ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ และจาง PRC 1 U ใ้รงดน้ำงดอาหารหลังเที่ยงคืนโดยหลังดน้ำงดอาหารให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ 5%DN/2 1000 มิลลิตร อัตราหยด 80 มิลลิตร/ชั่วโมง ตามแผนการรักษาของแพทย์

ระยะก่อนผ่าตัด เยี่ยมผู้ป่วยก่อนได้รับการผ่าตัด โดยการสร้างสัมพันธภาพและแนะนำตนเองแก่ผู้ป่วย ประเมินอาการผู้ป่วยก่อนผ่าตัด รูปร่างไม่มีความผิดปกติ นอนราบได้ ไม่สูบบุหรี่ ไม่ดื่มสุรา ไม่มีโรคประจำตัว มีอาการเจ็บคอ กลืนน้ำลายลำบาก ให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัดและขณะเข้าห้องผ่าตัด ท่าที่ใช้ในการผ่าตัด ระยะเวลาที่ใช้ในการผ่าตัดโดยประมาณ ผลที่อาจส่งผลทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการระงับความรู้สึกและการผ่าตัด ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ใบเซ็นยินยอมการผ่าตัดถูกต้องเรียบร้อย ให้กำลังใจและสร้างความมั่นใจให้แก่ผู้ป่วย ผู้ป่วยมีสีหน้าวิตกกังวลเล็กน้อย จึงได้อธิบายเกี่ยวกับพยาธิสภาพของโรค การผ่าตัดและการปฏิบัติตัว และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยระบายความรู้สึก และซักถามข้อสงสัยต่าง ๆ ทำการประเมินผู้ป่วยก่อนเข้ารับการผ่าตัด ชื่อ-สกุล ถูกต้องเรียบร้อย หัตถการถูกต้องตามคำสั่งแพทย์ ใบเซ็นยินยอมถูกต้องเรียบร้อย ตรวจสอบสัญญาณชีพ อัตราการเต้นของหัวใจ 68 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 115/65 มิลลิเมตรปรอท อัตราการหายใจ 18 ครั้ง/นาที ค่าความอึดตัวของออกซิเจนในเลือด 100% ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ 5%DN/2 1000 ml rate 80 cc/hr ไม่บวมแดง งดน้ำและอาหารหลังเที่ยงคืน ของวันที่ 28 กันยายน 2566 ตรวจสอบการพกของมีค่าไม่ได้นำเข้ามา ไม่มีพินโยก ไม่มีพินปลอม เสื้อผ้าและความสะอาดก่อนผ่าตัดเรียบร้อย เอกสารที่เตรียมมาห้องผ่าตัดครบถ้วน 10.00 น.

ระยะผ่าตัด ผู้ป่วยเข้าห้องผ่าตัด เตรียมผู้ป่วยผ่าตัด จัดทำนอนหงายราบเพื่อระงับความรู้สึกโดยการดมยาสลบ โดยวิสัญญีแพทย์และพยาบาลวิสัญญี พยาบาลห้องผ่าตัดดำเนินการตรวจสอบความปลอดภัยจากการผ่าตัด ตามแบบ surgical safety checklist คือ sign in ก่อนให้ยาระงับความรู้สึก หลังจากนั้น จัดทำให้ผู้ป่วยนอนหงาย ใช้ผ้าหุ้คอและไหล่ ให้ลำคอแขวนเล็กน้อย เตรียมการผ่าตัด ฟอกทำความสะอาดด้วยน้ำยา providine scrub และ Paint ด้วย Providine solution เมื่อปูผ้าและติดตั้งอุปกรณ์เรียบร้อย ทีมผ่าตัดร่วมกันทำ time out ก่อนลงมีด และเมื่อทำการผ่าตัดจนแล้วเสร็จ ทำการ sign out เพื่อตรวจนับอุปกรณ์ที่ใช้ในการผ่าตัด ของมีคม และสิ่งส่งตรวจให้ครบถ้วน เนื่องจากผู้ป่วยเป็นทอนซิลอักเสบมานาน ระหว่างการผ่าตัดเสี่ยงต่อการเสียเลือดมาก ประกอบกับตำแหน่งที่ทำผ่าตัดค่อนข้างแคบและลึก ยากต่อการห้ามเลือด จึงต้องใช้ความรู้ความสามารถและประสบการณ์ในการผ่าตัด เพื่อนป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยได้ โดยการผ่าตัดดำเนินการไปได้ด้วยดี ไม่พบภาวะแทรกซ้อนระหว่างผ่าตัด เสียเลือดในห้องผ่าตัด ประมาณ 100 ml หลังจากผ่าตัดเสร็จ ผู้ป่วยตื่นรู้สึกตัวดี อัตราการเต้นของหัวใจ 68 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 116/62 มิลลิเมตรปรอท อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ค่าความอึดตัวของออกซิเจนในเลือด 100% ไม่มีอาการผิดปกติ

ระยะหลังผ่าตัด หลังจากผ่าตัดเสร็จเรียบร้อยนำผู้ป่วย เข้าห้องสังเกตอาการเวลา 12.25-13.25 น. ผู้ป่วย รู้สึกตัวดีสัญญาณชีพก่อนส่งผู้ป่วยกลับ หอบผู้ป่วยอัตราการเต้นของหัวใจ 70 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 115/75 มิลลิเมตรปรอท อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 100% ส่งผู้ป่วยกลับหอบผู้ป่วย พิเศษสงฆ์อาหารชั้น 1 โดยเปลนอน ไม่มีอาการผิดปกติหลังผ่าตัด

ทำการเข้าเยี่ยมผู้ป่วยหลังได้รับการผ่าตัด สังเกตและสอบถามอาการ ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ถามตอบรู้เรื่อง ระดับอาการปวดคะแนน 6 เต็ม 10 ได้ tramol 50 mg IV for pain มีอาการคลื่นไส้อาเจียน ได้ Plasil 10 mg , transamine 500 mg , dexametrasone 5 mg ตามแผนการรักษา อัตราการเต้นของหัวใจ 70 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 120/78 มิลลิเมตรปรอท อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 98% หายใจ room air ไม่มีอาการเหนื่อย ไม่มีเลือดไหลลงในลำคอ ไม่มีอาการผิดปกติ ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ 5%DN/2 1000 มิลลิลิตร อัตราหยด 80 มิลลิลิตร/ชั่วโมง ตื่นดี กินได้ แนะนำให้ทานอาหารเย็น แนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน ผู้ป่วยรับทราบและเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด แนะนำสังเกตอาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์ และการนัดในครั้งถัดไป เปิดโอกาสให้ญาติและผู้ป่วยซักถามข้อสงสัย

ทำการเข้าเยี่ยมผู้ป่วย สังเกตและสอบถามอาการ ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ถามตอบรู้เรื่อง ระดับอาการปวดคะแนน 3 เต็ม 10 มีอาการเจ็บคอ เวลากลืนน้ำลาย อัตราการเต้นของหัวใจ 72 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 115/64 มิลลิเมตรปรอท อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที หายใจ room air ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 100% ทวนสอบความเข้าใจ เกี่ยวกับการปฏิบัติหลังผ่าตัด และการมาตามนัด ผู้ป่วยสามารถตอบได้

รวมระยะเวลาที่รับไว้ในความดูแลในห้องผ่าตัดทั้งหมด 4 ชั่วโมง 30 นาที

4.2 ขั้นตอนการดำเนินการ

1. เลือกเรื่องที่น่าสนใจ โดยพิจารณาเลือกกรณีศึกษาที่เข้ารับการผ่าตัดคือ การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดต่อมทอนซิล ซึ่งมีความซับซ้อนในการให้การพยาบาลผู้ป่วยระยะก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัดและหลังผ่าตัด ต้องใช้ความรู้ ความชำนาญ การประเมินสภาพผู้ป่วย การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาลและได้รับวินิจฉัยอย่างถูกต้อง เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น

2. รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับอาการสำคัญ ประวัติการเจ็บป่วย ประวัติการแพ้ยา อาหารและสารเคมี แบบแผนการดำเนินชีวิตพร้อมทั้งประเมินสภาพผู้ป่วย ศึกษาผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการและแผนการรักษาของแพทย์ เพื่อเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยก่อนรับการผ่าตัด

3. ศึกษาค้นคว้าจากตำรา เอกสารวิชาการ วารสารที่เกี่ยวข้อง ปรึกษากับแพทย์ผู้รักษา เพื่อนำข้อมูลมาประกอบการวางแผนการพยาบาล และการให้การพยาบาลระยะก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัดและหลังผ่าตัด

4. นำข้อมูลที่ได้มารวบรวม และวิเคราะห์ปัญหา วางแผนให้การพยาบาลตามกระบวนการพยาบาล โดยเน้นให้การพยาบาลครอบคลุมทั้งด้านร่างกายและจิตใจ

5. ประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาลตามแผนการพยาบาลที่กำหนด

6. สรุปกรณีศึกษา วิจาร์ณ และให้ข้อเสนอแนะ

7. จัดทำเอกสาร พิมพ์ตรวจสอบความถูกต้อง

4.3. เป้าหมายของงาน

เพื่อให้การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดต่อมทอนซิล เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ ไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัด สามารถให้การพยาบาลอย่างครอบคลุมและเป็นองค์รวม ผู้ป่วยสามารถกลับไปใช้ชีวิตได้ตามปกติ

5. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

5.1 ผลสำเร็จของงานเชิงปริมาณ

ให้การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดต่อมทอนซิล จำนวน 1 ราย รับผิดชอบในการดูแลตั้งแต่วันที่ 27 กันยายน 2566 เวลา 16.30 น. จำหน่ายออกจากความดูแลวันที่ 30 กันยายน 2566 เวลา 08.10 น. รวมระยะเวลาที่อยู่ในความดูแลในห้องผ่าตัด 4 ชั่วโมง 30 นาที

5.2 ผลสำเร็จของงานเชิงคุณภาพ

ให้การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดต่อมทอนซิลได้อย่างมีประสิทธิภาพ ไม่มีภาวะแทรกซ้อนขณะผ่าตัดและหลังผ่าตัด การผ่าตัดผ่านพ้นไปได้ด้วยดี ผู้ป่วยได้รับการดูแลโดยใช้กระบวนการพยาบาลอย่างเป็นองค์รวม มีการเยี่ยมประเมินปัญหาและเตรียมความพร้อมในการช่วยชีวิตผู้ป่วยเมื่อเข้าสู่ภาวะวิกฤตอย่างมีประสิทธิภาพ ผู้ป่วยปลอดภัยจากการผ่าตัด ติดตามเยี่ยมประเมินอาการภายใน 24-72 ชั่วโมง หลังผ่าตัดไม่มีภาวะแทรกซ้อน แพทย์อนุญาตให้กลับบ้าน ผู้ป่วยและญาติพึงพอใจในการรักษาพยาบาล

6. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

เป็นแนวทางในการให้การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดต่อมทอนซิลอีกเสบทั้ง 3 ระยะ คือ ระยะก่อนผ่าตัด ระยะผ่าตัด และระยะหลังผ่าตัดเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน การใช้หลักเทคนิคปราศจากเชื้อในการช่วยแพทย์ผ่าตัด มีความรู้เกี่ยวกับการผ่าตัดเพื่ออธิบายให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจในการผ่าตัด การดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมเพื่อให้ผู้ป่วยมีสภาพร่างกายและจิตใจพร้อมที่จะเข้ารับการรักษา

7. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

ในผู้ป่วยรายนี้ต้องจัดทำอนหงายราบ คอแขวนเล็กน้อยเนื่องจากการผ่าตัดต่อมทอนซิลเป็นการผ่าตัดในช่องปากมีพื้นที่น้อยทำให้มองเห็นบริเวณผ่าตัดได้ไม่ชัดเจน การจัดทำจึงใช้ผ้าม้วนเป็นก้อนเพื่อหนุนไหล่และหมอนวางแหวนรองศีรษะให้อยู่กับที่และปรับระดับเตียงให้อยู่ในตำแหน่งที่เหมาะสมจึงเป็นสิ่งสำคัญพร้อมทั้งป้องกันการขัดขวางทางเดินหายใจของผู้ป่วย รวมถึงการเลือกใช้เครื่องมือถ่างขยายปากขนาดที่เหมาะสมกับผู้ป่วย เพราะอาจทำให้เกิดการฉีกขาดของบริเวณมุมปากได้ ปรับตำแหน่งเตียงให้ถูกต้อง การใช้เครื่องมือส่องสว่างพิเศษของแพทย์ผู้ทำการผ่าตัดต้องสัมพันธ์กับบริเวณที่จะผ่าตัด อีกทั้งแผลผ่าตัดทอนซิลเป็นแผลเปิดทำให้หลังผ่าตัดมีโอกาสเกิดภาวะเลือดออกหลังผ่าตัดได้ง่ายกว่าแผลผ่าตัดชนิดอื่น ขณะผ่าตัดต้องคอยช่วยดูดเลือดและสารคัดหลั่งเพื่อให้แพทย์มองเห็นได้ชัดเจนและห้ามเลือดให้หยุดสนิทก่อนเสร็จสิ้นการผ่าตัด หลังผ่าตัดจึงเน้นน้ำไม่ให้ไอแรงๆ ห้ามใช้ลิ้นดันแผลผ่าตัดเพื่อไม่ให้เกิดการระคายเคืองบริเวณแผลผ่าตัด ดังนั้นการวางแผนการพยาบาลผู้ป่วยจึงต้องครอบคลุมทั้งด้านร่างกายจิตใจ ก่อนผ่าตัด ระยะผ่าตัดและหลังผ่าตัด รวมถึงการเตรียมเครื่องมือ การส่งเครื่องมือผ่าตัดอย่างรวดเร็วและถูกต้อง ความรู้และประสบการณ์ในการทำงานจึงมีความสำคัญเพื่อช่วยให้การผ่าตัดดำเนินไปอย่างปลอดภัยและมีประสิทธิภาพ

8. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

มีข้อจำกัดของพื้นที่ในการช่วยแพทย์ผ่าตัด เนื่องจากเป็นการทำผ่าตัดในช่องปาก ทำให้ผู้ช่วยผ่าตัดไม่สามารถมองเห็นตำแหน่งที่ผ่าตัดได้ และอาจทำให้ไม่สามารถช่วยการผ่าตัดได้อย่างเต็มที่

9. ข้อเสนอแนะ

การผ่าตัดต่อมทอนซิลอีกเสบเป็นการผ่าตัดที่มีความเสี่ยงเพราะผู้ป่วยได้รับการดมยาสลบโดยวิธีการใส่ท่อช่วยหายใจ และรับภาระรับรู้ความรู้สึกทั่วร่างกาย ดังนั้นพยาบาลห้องผ่าตัดจะต้องมีความรู้เรื่องกายวิภาคและสรีรวิทยาในช่องปาก เข้าใจเกี่ยวกับพยาธิสภาพของโรค และปฏิบัติตามหลักเทคนิคปราศจากเชื้อเพื่อป้องกันการติดเชื้อในภายหลัง

มีความชำนาญในการช่วยเหลือแพทย์ผู้ทำผ่าตัด คาดการณ์ล่วงหน้าได้ว่าขั้นตอนต่อไปต้องทำอะไร มีความชำนาญในการส่งเครื่องมือในการผ่าตัด เพื่อช่วยให้การผ่าตัดดำเนินไปอย่างราบรื่นและรวดเร็ว ช่วยให้เสียเลือดน้อยลง ป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ที่อาจจะเกิดขึ้นในระยะผ่าตัด รวมถึงต้องเข้าใจผู้ป่วย เนื่องจากผู้ป่วยจะเกิดความวิตกกังวลต่อการผ่าตัด หลังผ่าตัดยังผู้ป่วยที่มีอายุน้อย พยาบาลจำเป็นที่จะต้องอธิบายและใช้คำพูดที่เข้าใจง่าย เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจและไว้วางใจในแผนการรักษามากขึ้น


10. การเผยแพร่ผลงาน

ประชุมวิชาการประจำปี

11. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน

- 1) นางสาวมะลิวัลย์ คำบุ ผู้เสนอมีสัดส่วนผลงานร้อยละ 100

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ)..... 


(นางสาวมะลิวัลย์ คำบุ)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

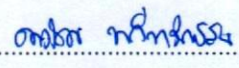
(วันที่) 7 / 8.1 / 256


ผู้ขอประเมิน

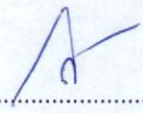
ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ


รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
นางสาวมะลิวัลย์ คำปู้	

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ)..... 
 (นางสาวดาวรัตน์ ชาตัทริพย์สิน)
 (ตำแหน่ง) หัวหน้างานห้องผ่าตัด
 (วันที่) 7 / ธันวาคม / 2566.....
 ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ)..... 
 (นางสาวรัตนา ด่านปริดา)
 (ตำแหน่ง) หัวหน้าพยาบาล (พยาบาลวิชาชีพเชี่ยวชาญ)
 (วันที่) 15 / ธันวาคม / 2566.....
 ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

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

(ลงชื่อ)..... 
 (นายธรรพงษ์ กิจโบ)
 (ตำแหน่ง) แพทย์สาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว.....
 (วันที่) 24 ม.ค. 2567 /.....

**แบบเสนอแนวความคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน
(ระดับชำนาญการ)**

.....

1.เรื่อง พัฒนาคู่มือการจัดเตรียมเครื่องมือผ่าตัด

2.หลักการและเหตุผล

เครื่องมือผ่าตัดเป็นเครื่องมือที่ถูกออกแบบมาเพื่อการใช้งานในห้องผ่าตัด ซึ่งสามารถใช้ตัด ผ่า จับ ยึด ถ่าง หรือเย็บซึ่งมีความจำเพาะเจาะจงกับลักษณะ ตำแหน่งของอวัยวะบริเวณที่ทำหัตถการผ่าตัด การเลือกใช้เครื่องมือผ่าตัดที่ถูกต้องเหมาะสมกับหัตถการผ่าตัดจะส่งผลให้การทำการหัตถการผ่าตัดเป็นไปอย่างรวดเร็ว สำเร็จได้ด้วยดี ห้องผ่าตัดโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว เปิดให้บริการตลอด 24 ชั่วโมง โดยให้บริการทุกแผนกสาขา จำนวน 8 ห้อง ในปี 2564 – 2566 มีผู้ป่วยเข้ารับการผ่าตัดจำนวน 6,321 ราย, 7,289 ราย และ 7,687 ราย (ศูนย์สารสนเทศ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว, 2566) แพทย์แต่ละแผนกเพิ่มขึ้น มีการนำเทคโนโลยีใหม่ ๆ มาใช้ เฉพาะเจาะจงของแต่ละแผนก การทำผ่าตัดมีความยุ่งยากซับซ้อนมากขึ้น ทำให้มีเครื่องมือแปลกใหม่เพิ่มขึ้นจำนวนมาก เครื่องมือมีจำนวนจำกัด ในขั้นตอนการทำผ่าตัดเครื่องมือต้องครบและพร้อมใช้งาน ถ้าขาดชิ้นใดชิ้นหนึ่ง จะทำให้การผ่าตัดชะงัก เกิดความล่าช้าและอาจทำให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วยได้ การจัดเตรียมเครื่องมือผ่าตัด เริ่มตั้งแต่การล้างเครื่องมือ การบรรจุหีบห่อ การส่งเครื่องมือไปทำให้ปราศจากเชื้อ รวมทั้งการจัดเก็บให้เป็นหมวดหมู่แต่ละแผนก มีการมอบหมายให้พนักงานห้องผ่าตัดเป็นผู้จัดเตรียมเครื่องมือให้พร้อมใช้ ดังนั้นจึงมีแนวคิดพัฒนาคู่มือการจัดเตรียมเครื่องมือผ่าตัด เพื่อให้รู้จักเครื่องมือง่ายต่อการจดจำ ส่งผลให้มีการจัดเตรียมเครื่องมือได้ครบถ้วน สะดวกต่อการใช้งาน ขั้นตอนการทำผ่าตัดรวดเร็ว ผู้ป่วยปลอดภัย

3.แนวความคิด บทวิเคราะห์/แนวคิดข้อเสนอ

การจัดเตรียมเครื่องมือ อุปกรณ์และเวชภัณฑ์ต่าง ๆ ให้พร้อมใช้ เป็นบทบาทและหน้าที่สำคัญของพยาบาลห้องผ่าตัด เพื่อให้แพทย์ดำเนินการผ่าตัดไปได้อย่างรวดเร็ว ลดระยะเวลาในการรอคอยเครื่องมือ ลดการสูญเสียเวลาในการผ่าตัด ในปัจจุบันห้องผ่าตัดโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว มีการผ่าตัดที่ซับซ้อนมากขึ้น มีการใช้เครื่องมือและอุปกรณ์ต่าง ๆ หลากหลายมากขึ้น บางชนิดมีราคาแพง บางชนิดมีเพียงชิ้นเดียว แพทย์มีจำนวนมากขึ้นหลายแผนกในแต่ละวันมีการหมุนเวียนเข้ามาปฏิบัติงาน พยาบาลห้องผ่าตัดก็มีการหมุนเวียนเข้าช่วยผ่าตัดในแต่ละแผนก รวมทั้งมีพยาบาลจบใหม่เข้ามาปฏิบัติงานที่ห้องโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว จึงอาจทำให้เกิดความผิดพลาดในการเตรียมเครื่องมือผ่าตัด การรอคอยเครื่องมือ ทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสได้รับยาระงับความรู้สึกนานขึ้น มีผลต่อความปลอดภัยของผู้ป่วย เกิดการสูญเสียเปลืองของเครื่องมือที่เปิดใช้งานผิด สูญเสียค่าใช้จ่ายเกินความจำเป็นของโรงพยาบาล

จากเดิมในการจัดเตรียมเครื่องมือต่าง ๆ สำหรับการผ่าตัดที่ห้องผ่าตัดโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้วนั้น มีการจัดเตรียมตามคู่มือเดิมแต่ไม่มีรูปภาพประกอบ และยังไม่ได้ปรับปรุงให้เหมาะสมกับแพทย์และหัตถการที่เพิ่มขึ้น ทำให้เกิดความสับสนและเกิดข้อผิดพลาดในการจัดเตรียม ผู้จัดทำจึงมีแนวคิดพัฒนาคู่มือการจัดเตรียมเครื่องมือผ่าตัด จากการรวบรวมข้อมูลการใช้เครื่องมือ อุปกรณ์ ที่ใช้ในการผ่าตัด จากการสอบถามข้อมูลจากแพทย์แต่ละคน ในแต่ละหัตถการ ที่ทำการผ่าตัด เพื่อใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติงานร่วมกันที่ห้องผ่าตัดโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว ให้ง่ายต่อการจดจำ รู้จักเครื่องมือ ส่งผลให้มีการจัดเครื่องมือได้ครบถ้วน สะดวกต่อการใช้งานขั้นตอนการทำผ่าตัดรวดเร็ว ผู้ป่วยปลอดภัย ดังนั้นผู้เสนอจึงมีแนวคิดในการพัฒนาคู่มือการจัดเตรียมจัดเก็บเครื่องมือผ่าตัดโดยการถ่ายรูปเครื่องมือผ่าตัด แต่ละแผนกทั้งใน Set ผ่าตัดและเครื่องมือเรียกใช้ (Spare) ระบุชื่อเครื่องมือ และแผนกให้ชัดเจน ใช้ทั้งในห้องผ่าตัดและ Central Supply พร้อมทั้งจัดทำบัญชีเครื่องมือผ่าตัดเพื่อป้องกันการสูญหาย

วัตถุประสงค์

1. เครื่องมือ อุปกรณ์ต่าง ๆ ถูกจัดเตรียมได้อย่างถูกต้องครบถ้วน
2. เพื่อลดระยะเวลาในการเตรียมและหาอุปกรณ์ที่ใช้ในการผ่าตัด
3. ลดค่าใช้จ่ายจากการเปิดเครื่องมือ อุปกรณ์ ผิดพลาด

ระยะเวลาดำเนินการ

เดือน เมษายน 2567 – กรกฎาคม 2567

กลุ่มเป้าหมาย

1. บุคลากรทางการแพทย์พยาบาลทุกคน ในงานห้องผ่าตัดโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว

ขั้นตอนการดำเนินการ

1. ศึกษาค้นคว้าจากตำรา ต่างๆ
2. ปรึกษาหัวหน้างานการพยาบาลผู้ป่วยห้องผ่าตัด เพื่อขอความคิดเห็นและคำแนะนำ
3. ดำเนินการจัดทำคู่มือในการจัดเตรียมอุปกรณ์สำหรับการผ่าตัดแต่ละชนิด
 - 3.1 จัดเตรียมอุปกรณ์ที่ใช้ทำผ่าตัดแต่หัตถการ
 - 3.2 ติดสติ๊กเกอร์สีตามแผนกที่เครื่องมือแต่ละชิ้น
 - 3.3 จัดเข้าเซตตามใบเช็คอุปกรณ์ที่ใช้ในการผ่าตัด
 - 3.4 ถ่ายรูปเครื่องมือที่ใช้ในการผ่าตัดแต่ละหัตถการ
 - 3.5 จัดเข้าเล่มเอกสารคู่มือในการจัดเตรียมอุปกรณ์สำหรับการผ่าตัดแต่ละชนิด
4. ประชุมชี้แจงทีมบุคลากรทางการแพทย์ให้รับรู้และเข้าใจ เกี่ยวกับคู่มือในการจัดเตรียมอุปกรณ์สำหรับการผ่าตัดแต่ละชนิด
5. นำไปใช้ในหน่วยงาน
6. วิเคราะห์ปัญหา อุปสรรค และนำมาปรับปรุงแก้ไขคู่มือให้ดีขึ้น

4.ผลที่คาดว่าจะได้รับ

1. เครื่องมือ อุปกรณ์ต่าง ๆ ถูกจัดได้อย่างถูกต้อง ครบถ้วน พร้อมใช้งานทุกหัตถการ
2. ลดเวลาในการรอคอยเครื่องมือ อุปกรณ์ต่าง ๆ
3. ลดค่าใช้จ่ายในการสูญเสียเงินความจำเป็นจากการเปิดเครื่องมือ อุปกรณ์ ผิดพลาด
4. พยาบาลและเจ้าหน้าที่ห้องผ่าตัดโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว ใช้เป็นแนวทางการจัดเตรียมเครื่องมือและอุปกรณ์ ได้อย่างถูกต้อง และมีความมั่นใจมากขึ้น

5.ตัวชี้วัดความสำเร็จ

1. อัตราความพร้อมในการจัดเตรียมเครื่องมือ อุปกรณ์ต่าง ๆ มากกว่าร้อยละ 90
2. ระยะเวลาในการรอคอยเครื่องมือ อุปกรณ์ต่าง ๆ น้อยกว่า 5 นาที
3. อัตราการเปิดเครื่องมือ อุปกรณ์ผิดพลาดน้อยกว่าร้อยละ 10

(ลงชื่อ ))

(นางสาวมะลิวัลย์ คำบุญ)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

(วันที่) 7 / 7 / 2567

ผู้ขอประเมิน