

## ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

1.เรื่อง การพยาบาลระดับความรู้สึกลับแบบทั่วร่างกายในผู้ป่วยสูงอายุร่วมกับโรคความดันโลหิตสูง เบาหวานและไขมันในเลือดสูงที่มารับการผ่าตัดตีวในท่อน้ำดีผ่านกล้องส่องตรวจรักษาท่อทางเดินน้ำดีและตับอ่อน (Endoscopic Retrograde Cholangio Pancreatography : ERCP)

2.ระยะเวลาที่ดำเนินการ ตั้งแต่วันที่ 19 กันยายน 2566 ถึงวันที่ 21 กันยายน 2566 รวมระยะเวลาการดูแล 3 วัน  
ระยะเวลาดูแลในห้องผ่าตัดรวม 2 ชั่วโมง 5 นาที

3.ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน  
บทนำ

นิ่วในระบบทางเดินน้ำดี ปัจจุบันพบได้มากขึ้นและเป็นปัญหาทางสุขภาพและเศรษฐกิจของประชากรในประเทศตะวันตกและทางตะวันออก อุบัติการณ์ของการเกิดนิ่วในระบบทางเดินน้ำดีพบได้ประมาณ 5-10 เปอร์เซ็นต์ของประชากรในประเทศและพบในเพศหญิงมากกว่าเพศชายประมาณ 2-3 เท่า และพบได้มากในคนอายุมากส่วนใหญ่พบในอายุมากกว่า 40 ปี และในคนอายุเกิน 70 ปี พบได้ประมาณ 15-30 เปอร์เซ็นต์ (กนกวรรณ ฤทธิ์ฤดี, 2565) โรคนิ่วในระบบทางเดินน้ำดีนั้นมักจะเกิดที่ถุงน้ำดี หากไม่ได้รับการรักษาก่อนหรือปล่อยนานไป ก้อนนิ่วในถุงน้ำดีนั้นก็หลุด หรือตกลงมาอุดตันตามส่วนต่างๆ ในทางเดินน้ำดี เกิดเป็นนิ่วในท่อน้ำดี ทำให้มีอาการตัวเหลือง ตาเหลือง หรือที่เรียกว่า ตีชาน ในบางครั้งนิ่วในท่อน้ำดีอาจเป็นสาเหตุของการเกิดตับอ่อนอักเสบเฉียบพลันได้ ทำให้การรักษามีความยุ่งยากและซับซ้อนมากขึ้น ในปัจจุบันการรักษาที่นิยมคือการผ่าตัดตีวในท่อน้ำดีผ่านกล้องส่องตรวจรักษาทางเดินน้ำดีและตับอ่อน เนื่องจากมีการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อน้อยและผู้ป่วยฟื้นตัวเร็ว ประสบความสำเร็จสูง อัตราการเกิดโรคแทรกซ้อนจากการรักษาต่ำ จำนวนวันนอนและค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลลดลง (เอี่ยมเดือน ชัยโพธิ์, 2561) แต่ในการให้ยาระงับความรู้สึกในผู้ป่วยผ่าตัดตีวในท่อน้ำดีผ่านกล้องส่องตรวจท่อทางเดินน้ำดีและท่อตับอ่อน เป็นการระงับความรู้สึกที่ยุ่งยากซับซ้อนจากตัวโรคเองของผู้ป่วย ภาวะโรคร่วม การจัดทำอนตะแคงผ่าตัด อุปกรณ์การส่องกล้องเข้าทางปากในตำแหน่งใกล้กับท่อช่วยหายใจ รวมถึงอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการให้ยาระงับความรู้สึกอีกด้วย ภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญได้แก่ ภาวะแทรกซ้อนทางระบบหัวใจและหลอดเลือด (สายพิณ บั้วสระ, 2565) การระงับความรู้สึกจึงมีความสำคัญเป็นอย่างยิ่ง การระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายโดยการใส่ท่อช่วยหายใจ มีข้อดีคือสามารถเปิดทางเดินหายใจให้โล่ง และป้องกันการสำลักเศษอาหารหรือน้ำย่อยเข้าสู่ปอด แต่การระงับความรู้สึกวิธีนี้ จำเป็นต้องอาศัยบุคลากรทางวิสัญญีที่มีความรู้ ความเข้าใจพื้นฐานเกี่ยวกับลักษณะทางกายวิภาค สรีรวิทยาของทางเดินน้ำดีและตับอ่อนเป็นอย่างดี รวมทั้งมีบทบาทสำคัญในการควบคุมระบบไหลเวียนเลือด สภาวะการหายใจ สภาวะออกซิเจนในร่างกาย การเลือกใช้ชนิดและขนาดของยาระงับความรู้สึกให้พอเหมาะ ร่วมกับการเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด จะช่วยป้องกันภาวะแทรกซ้อนหรือเหตุการณ์อันไม่พึงประสงค์ได้นอกจากนี้การระงับความรู้สึกที่เหมาะสมและพอดี จะช่วยให้ผู้ป่วยฟื้นตัวหลังได้รับการระงับความรู้สึกได้เร็ว

จากข้อมูลสถิติโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้วเริ่มมีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญและเครื่องมือที่ทันสมัยพร้อมที่จะให้บริการรักษานิ่วในท่อน้ำดีผ่านกล้องส่องตรวจรักษาทางเดินน้ำดีและตับอ่อน ปีงบประมาณ 2564 จำนวน 55 ราย ปีงบประมาณ 2565 จำนวน 85 ราย และในปีงบประมาณ 2566 จำนวน 99 ราย ผู้ป่วย

ส่วนมากมีโรคประจำตัวร่วมด้วย ซึ่งเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตราย เช่น ภาวะแทรกซ้อนของระบบการหายใจ ระบบหัวใจและหลอดเลือด วิทยาลัยพยาบาลมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยในระยะก่อนขณะ และหลังการให้ยาระงับความรู้สึกในการวางแผนการพยาบาล โดยประเมินปัญหาทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ให้คำแนะนำและเตรียมความพร้อมในการให้การพยาบาลระงับความรู้สึก เพื่อให้ผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดปลอดภัยปราศจากภาวะแทรกซ้อน

### พยาธิสภาพการรักษาและการพยาบาลที่สำคัญ

**โรคนิวในท่อน้ำดี** เป็นนิ่วที่เกิดในท่อน้ำดีมักอยู่ส่วนปลายท่อน้ำดีก่อนเข้าสู่ลำไส้เล็ก มีลักษณะเป็นก้อนคล้ายหินหรือตะกอนดินเกิดจากการเปลี่ยนแปลงหรือเสียสมดุลของน้ำดีเช่น มีไขมันหรือมีสารเม็ดสีมากเกินไป หรือมีการลดลงของเกลือแร่ ทำให้ไขมันอยู่ในรูปแบบที่ละลายน้ำเกิดเป็นผิวนิวได้และจากพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารที่มีไขมันสูง ทำให้ระดับโคเลสเตอรอลในน้ำดีสูงตามไปด้วย น้ำดีไม่สามารถย่อยได้ทัน จึงเหลือค้างและตกตะกอนอยู่ในถุงน้ำดีเกิดเป็นนิ่วในระบบทางเดินน้ำดี (อรณรงค์ ทัพสุวรรณ, 2559)

**อาการและอาการแสดง** ผู้ป่วยนิ่วในท่อน้ำดีอาจพบได้ทั้งผู้ป่วยที่มีอาการแสดงของโรคและผู้ป่วยที่ไม่มีอาการของโรค ดังนี้

1. ไม่มีอาการ พบว่าผู้ป่วยนิ่วในท่อน้ำดีส่วนใหญ่มากกว่าครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยทั้งหมดไม่มีอาการ และในผู้ป่วยกลุ่มนี้จะมีโอกาสเกิดขึ้นได้ประมาณ 1-2 เปอร์เซ็นต์ต่อปี (กนกวรรณ ฤทธิ์ฤดี, 2565)

2. มีอาการ อาการที่พบคือ อาการท้องอืด แน่นท้อง มักพบอาการหลังรับประทานอาหารมัน อาการปวดเสียดท้อง ปวดท้องบริเวณใต้ชายโครงขวาหรือลิ้นปี่ อาการเป็นอยู่หลายชั่วโมงแล้วค่อยกับเป็นปกติอาจมีอาการร้าวไปสะบักขวาหรือที่หลัง นอกจากนี้ยังพบอาการที่เกิดขึ้นจากภาวะแทรกซ้อนต่างๆได้เช่น ถุงน้ำดีอักเสบเฉียบพลัน ตับอ่อนอักเสบเฉียบพลันและลำไส้อุดตัน (ยุพิน เหมอัยโรสง, 2564)

**การรักษา** การรักษานิ่วในระบบทางเดินน้ำดีด้วยการส่องกล้องตรวจรักษาทางเดินน้ำดีและตับอ่อน (Endoscopic Retrograde Cholangio Pancreatography) เป็นวิธีที่นิยมในการรักษาผ่านการส่องกล้องตรวจทางเดินน้ำดีและตับอ่อน ซึ่งพบว่าประสบความสำเร็จสูง อัตราการเกิดโรคแทรกซ้อนจากการรักษาต่ำ และไม่มีผลผ่าตัด ไม่มีภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจากการผ่าตัดหรือจากโรคประจำตัวเดิม ไม่มีความเจ็บปวดจากผลผ่าตัดอีกทั้งจำนวนวันนอนโรงพยาบาลลดลง ระยะพักฟื้นหลังผ่าตัดใช้เวลาสั้น ทำให้ผู้ป่วยสามารถกลับไปปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน หรือทำงานได้เร็วขึ้น เมื่อเปรียบเทียบกับวิธีการผ่าตัดแบบวิธีการเปิดหน้าท้อง ส่งผลให้คุณภาพชีวิตผู้ป่วยดีกว่าการรักษาแบบเดิม (เอี่ยมเดือน ชัยโพธิ์, 2561)

**โรคความดันโลหิตสูง** เป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญของโลก ก่อให้เกิดภาวะทุพพลภาพและเสียชีวิต อยู่ในกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่พบมากที่สุดใหญ่และผู้สูงอายุ ถือเป็นฆาตกรเงียบ เนื่องจากไม่มีอาการแสดง ผู้ป่วยมักตรวจพบจากการมารักษาโรคอื่นๆ ประชากรโรคมียุโรปผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเกือบ 1 พันล้านคนและคาดว่า ในปี 2568 ความชุกของผู้ป่วยจะเพิ่มขึ้นเป็น 1.56 พันล้านคน สำหรับประเทศไทยความชุกของโรคในประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไปเพิ่มจาก 10 ล้านคนในปี 2552 เป็น 13 ล้านคนในปี 2557 และมีแนวโน้มสูงขึ้นเกือบครึ่งหนึ่งไม่ทราบว่าตนเองป่วยเป็นโรคนี้นี้ (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2562)

โรคความดันโลหิตสูง หมายถึง ระดับความดันโลหิตค่าบนที่เป็นค่าแรงดันขณะหัวใจบีบตัวที่เรียกว่าซิสโตลิก (Systolic Blood Pressure, SBP) มากกว่าหรือเท่ากับ 140 มิลลิเมตรปรอทและความดันโลหิตค่าล่างขณะหัวใจคลายตัวที่เรียกว่า ไดแอสโตลิก (Diastolic Blood Pressure, DBP) มากกว่าหรือเท่ากับ 90 มิลลิเมตรปรอท โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคเรื้อรังที่ใช้ระยะเวลารักษานาน ทำให้ส่งผลกระทบต่อสมองจากการที่เลือดไปเลี้ยงสมองลดลงและขาดเลือดไปเลี้ยง ส่งผลให้สมองขาดเลือดไปเลี้ยงชั่วคราวมีโอกาสเกิดโรคสมอง (Stroke) เป็นสาเหตุการเสียชีวิตถึงร้อยละ 50 ผลกระทบต่อหัวใจ ปริมาณเลือดไปเลี้ยงหัวใจลดลงส่งผลให้เกิดภาวะหัวใจวาย กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหรือหัวใจล้มเหลว ผลกระทบต่อไต ความดันโลหิตสูงเรื้อรัง ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงไต หนา แข็งตัว และตีบแบน ส่งผลให้เลือดไปเลี้ยงไตน้อยลง เกิดภาวะไตวายได้ ผลกระทบกับหลอดเลือดจากการเกิดแรงต้านหลอดเลือดส่วนปลายเพิ่มขึ้น ผนังหลอดเลือดหนาขึ้น ทำให้หลอดเลือดแดงแข็งตัวและตีบแบน การไหลเวียนเลือดไปเลี้ยงอวัยวะสำคัญลดลง นอกจากนี้โรคความดันโลหิตสูงยังส่งผลกระทบต่อจิตใจและอารมณ์ ก่อให้เกิดความเครียดและวิตกกังวลและยังส่งผลกระทบต่อด้านเศรษฐกิจและสังคม เนื่องจากโรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคเรื้อรังใช้เวลารักษายาวนาน อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนส่งผลกระทบต่อการศึกษาหรือการทำงานผู้อื่น มีข้อจำกัดในการประกอบอาชีพ สูญเสียรายได้ส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจของครอบครัว (นวพร วุฒิธรรม, 2019) หากไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้เป็นเวลานาน ส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญในการให้ยาระงับความรู้สึก ทำให้เกิดภาวะไม่พึงประสงค์ที่เป็นอันตรายหลายระบบ รวมทั้งระบบหัวใจและหลอดเลือด อาจเกิดหลอดเลือดตีบตันและแตกได้ หากเกิดขึ้นในระหว่างให้ยาระงับความรู้สึก

**โรคเบาหวาน** หมายถึงภาวะที่ร่างกายมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่าปกติอย่างต่อเนื่องและเรื้อรัง เกิดจากความผิดปกติของตับอ่อน ทำให้เกิดการหลั่งฮอร์โมนอินซูลินได้น้อยกว่าปกติ เกิดภาวะดื้อต่ออินซูลิน ทำให้อินซูลินออกฤทธิ์ได้ไม่เต็มที่ อาการสำคัญที่พบได้แก่ ปัสสาวะบ่อย กระหายน้ำ ปวดหัวบ่อย และรับประทานอาหารจุก โรคเบาหวาน แบ่งเป็น 4 ชนิด ได้แก่

- 1.โรคเบาหวานชนิดที่1 เกิดจากร่างกายขาดฮอร์โมนอินซูลิน ส่วนใหญ่พบในเด็กจำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยยาอินซูลิน
- 2.โรคเบาหวานชนิดที่2 เป็นโรคเบาหวานที่พบได้บ่อยที่สุด เกิดจากที่ร่างกายมีภาวะดื้ออินซูลินส่วนใหญ่พบในผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ มักมีประวัติคนในครอบครัวเป็นร่วมด้วย ระยะแรกสามารถรับประทานยาลดระดับน้ำตาลในเลือดได้ แต่ถ้าเป็นนานๆ บางรายจำเป็นต้องใช้ยาอินซูลิน
- 3.โรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ภาวะนี้มักหายไปหลังจากคลอด
- 4.โรคเบาหวานที่มีสาเหตุจำเพาะ เช่น ตับอ่อนอักเสบเรื้อรัง โรคที่มีความผิดปกติของต่อมไร้ท่อบางชนิด หรือการรับประทานยาที่มีสารสเตียรอยด์

**ภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยเบาหวานมีหลายด้าน ด้านเมตาบอลิซึม ได้แก่**

ภาวะคีโตนในเลือดสูงด้านระบบหัวใจและหลอดเลือดมีความดันโลหิตสูง มีความผิดปกติของหลอดเลือดหัวใจ หลอดเลือดส่วนปลาย หลอดเลือดจอประสาทตาและหลอดเลือดที่ไต ด้านระบบประสาท พบความผิดปกติของระบบประสาทอัตโนมัติเช่น การตอบสนองของอัตราการเต้นของหัวใจที่ผิดปกติ ความผิดปกติของประสาท

ส่วนปลาย ขาบริเวณปลายมือปลายเท้าเป็นต้น ภาวะแทรกซ้อนต่างๆที่ก่อให้เกิดความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตสูง ซึ่งเกิดภาวะแทรกซ้อนได้แบบเฉียบพลัน และแบบเรื้อรัง (ภุริพงศ์ ทรงอาจ, 2560)

**โรคไขมันในเลือดสูง** เป็นภาวะที่ร่างกายมีไขมันในเลือดมากกว่าปกติ ไขมันที่สูงนั้น อาจเป็นโคเลสเตอรอล (Cholesterol) หรือไตรกรีเซอไรด์ (Triglyceride) ภาวะไขมันในเลือดสูงเรียกว่า Hyperlipidemia เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด เส้นเลือดตีบอุดตัน เลือดไหลไปเลี้ยง อวัยวะต่างๆของร่างกายได้ไม่เพียงพอเป็นอันตรายต่อร่างกาย และอาจร้ายแรงจนทำให้เสียชีวิตได้ ผู้ป่วยภาวะ ไขมันในเลือดสูงจะไม่มีอาการ โดยการที่จะทราบว่าภาวะไขมันในเลือดสูงสามารถรู้ได้จาก การเจาะเลือดโดย การตรวจระดับไขมันในเลือด โคเลสเตอรอล (Cholesterol) ระดับปกติในเลือดไม่ควรเกิน 200 มิลลิกรัม/ เดซิลิตร ซึ่งประกอบด้วยโคเลสเตอรอลชนิดดีหรือ HDL (High Density Lipoprotein) ระดับปกติในเลือด ผู้ชายมากกว่า 40 มิลลิกรัม/เดซิลิตร ผู้หญิงมากกว่า 50 มิลลิกรัม/เดซิลิตร โคเลสเตอรอลชนิดไม่ดี หรือ LDL (Low density Lipoprotein) ระดับปกติในเลือดไม่ควรเกิน 150 มิลลิกรัม/เดซิลิตร ภาวะไขมันในเลือดสูงเป็น ภัยเงียบต่อสุขภาพที่ไม่แสดงอาการ โดยเป็นสาเหตุสำคัญของการเกิดโรคต่างๆ โดยเฉพาะหัวใจและหลอดเลือด จึงมีโอกาสเป็นโรคหัวใจขาดเลือด สมอขาดเลือดจนเป็นอัมพาตอัมพฤกษ์ สามารถป้องกันการเกิดภาวะ ไขมันในเลือดสูงได้ ด้วยการควบคุมการรับประทานอาหาร ควบคุมน้ำหนักให้อยู่ในเกณฑ์ ออกกำลังกายเป็นประจำ และเข้ารับการตรวจสุขภาพประจำปี เพื่อช่วยป้องกันการเกิดความเสี่ยงของการเกิดโรคและ ภาวะแทรกซ้อนจากโรคต่างๆ (สุปรานีย์ พุสุวรรณ และคณะ, 2559)

#### การพยาบาลระดับความรู้สึก

1. การพยาบาลในระยะก่อนให้ยาระงับความรู้สึก วัตถุประสงค์พยาบาลตรวจเยี่ยมประเมินอาการผู้ป่วย ล่วงหน้า เพื่อประเมินความเสี่ยงและเตรียมความพร้อมในการให้การพยาบาลระดับความรู้สึก โดยการทบทวน เวชระเบียนและซักประวัติสุขภาพที่ผ่านมา โรคประจำตัวและการตรวจร่างกายก่อนการผ่าตัด การส่งตรวจทาง ห้องปฏิบัติการ การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ การถ่ายภาพรังสีทรวงอก การซักประวัติครอบครัวที่เกี่ยวข้อง ประวัติการแพ้ยาตมสลบ ความเสี่ยงก่อนการผ่าตัด ประเมินสภาพจิตใจ ความกลัว ความเครียด สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยและญาติ ให้คำแนะนำและเปิดโอกาสให้ซักถาม แนะนำขั้นตอนและสภาพ สิ่งแวดล้อมที่ต้องเจอในห้องผ่าตัดอย่างง่าย เพื่อลดความตึงเครียดและความตื่นเต้นป้องกันภาวะความดันโลหิต สูงก่อนการผ่าตัด อธิบายขั้นตอนการระงับความรู้สึกทั้งก่อน ขณะและหลังผ่าตัด ตรวจสอบการลงชื่อยินยอม ให้การรักษาและการระงับความรู้สึก แนะนำการงดน้ำและอาหารของผู้ป่วย การเตรียมเครื่องมืออุปกรณ์ ให้พร้อม ตรวจร่างกายผู้ป่วยเพื่อประเมินความยากง่ายในการใส่ท่อช่วยหายใจ ประเมินโครงสร้างภายใน ช่องปาก (Mallampati classification) และการฟังเสียงปอดทั้งสองข้าง การแพ้ยาและอาหาร ยาที่ใช้ประจำ การเจ็บป่วยในอดีตและปัจจุบัน (มิ่งขวัญ วงษ์ยงสิน, 2560) เพื่อใช้ในการจำแนกผู้ป่วย ตามสมาคมวิสัญญี แพทย์อเมริกา (American Society of Anesthesiologist : ASA) การประเมินตาม ASA physical status class นี้เพื่อแบ่งกลุ่มผู้ป่วยตามความเสี่ยงต่อการได้รับยาระงับความรู้สึก โดยแบ่งเป็น 6 class

- ASA 1 หมายถึง ผู้ที่มีร่างกายแข็งแรงสุขภาพดีไม่มีโรคประจำตัวไม่มีการเปลี่ยนแปลงของระบบอื่นๆ
- ASA 2 หมายถึง ผู้ที่มีโรคประจำตัวแต่สามารถควบคุมได้ และไม่มีการทำลายของอวัยวะเป้าหมาย
- ASA 3 หมายถึง ผู้ที่มีโรคประจำตัวที่ควบคุมไม่ดี มีภาวะแทรกซ้อนหรือการทำลายของอวัยวะเป้าหมายเช่นผู้ป่วยเบาหวาน ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมได้ไม่ดี และผู้ป่วยที่มีโรคร่วมหลายโรค
- ASA 4 หมายถึง ผู้ที่มีโรคประจำตัวรุนแรงและมีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตสูง เช่น โรคหัวใจล้มเหลวรุนแรง
- ASA 5 หมายถึง ผู้ป่วยในระยะสุดท้ายที่มีชีวิตอยู่ได้ไม่เกิน 24 ชั่วโมง ไม่ว่าจะได้รับการรักษาด้วยยาหรือการผ่าตัด

ASA 6 หมายถึง ผู้ป่วยที่สมองตายที่เข้ารับการผ่าตัดเพื่อบริจาคอวัยวะ

## 2. การพยาบาลขณะระงับความรู้สึก แบ่งเป็น 3 ระยะคือ

2.1 ระยะนำสลบและใส่ท่อช่วยหายใจ(Induction and Intubation)ให้ผู้ป่วยดมออกซิเจน 100 เปอร์เซ็นต์ ผ่านทางหน้ากากประมาณ 3-5 นาที เพื่อเป็นการสำรองออกซิเจนให้ผู้ป่วยมีออกซิเจนสำรองในปอดเพิ่มขึ้นเพียงพอที่จะป้องกันการเกิดภาวะพร่องออกซิเจนหรือความอึดตัวของออกซิเจนต่ำขณะหยุดหายใจระหว่างนำสลบ (วรรตติยา ป้อมสุวรรณและคณะ, 2561) และ ให้นานาสลบ ยาหย่อนกล้ามเนื้อ เมื่อผู้ป่วยหยุดหายใจแล้วจึงใส่ท่อช่วยหายใจและต่อเข้ากับวงจรดมยาสลบ

2.2 ระยะควบคุมระดับความรู้สึกของการสลบและการเฝ้าระวัง (maintenance) เป็นการรักษาระดับความรู้สึกของการระงับความรู้สึกให้อยู่ในระดับที่เหมาะสมกับชนิดการผ่าตัด โดยปรับยาให้เหมาะสมทั้งยาดมสลบ ยาแก้ปวด ยาหย่อนกล้ามเนื้อ เพื่อให้ผู้ป่วยไม่เจ็บ ไม่รู้สึกตัวขณะผ่าตัด เฝ้าระวังผู้ป่วย บันทึกสัญญาณชีพตลอดการผ่าตัด ดูแลให้สารน้ำเพื่อชดเชยการสูญเสียเลือดตามความเหมาะสม เฝ้าระวังการบาดเจ็บขณะจัดท่า ไม่ให้เกิดการกดทับของเส้นประสาทและระวังท่อช่วยหายใจไม่ให้เลื่อนหลุด

2.3 ระยะหยุดยาและฟื้นจากยาสลบ เป็นขั้นตอนที่ทำให้ผู้ป่วยฟื้นจากยาสลบ ซึ่งต้องทำการแก้ฤทธิ์ยาหย่อนกล้ามเนื้อและดูแลให้ผู้ป่วยตื่นดี สามารถทำตามคำสั่งได้ สัมผัส อ้าปาก กำมือได้แน่น ยกศีรษะได้เอง หายใจสม่ำเสมอ ก่อนที่จะถอดท่อช่วยหายใจออก และให้สูดดมออกซิเจน 100 เปอร์เซ็นต์ เมื่อผู้ป่วยรู้สึกตัวดี หายใจเองได้แรงและสม่ำเสมอ จึงย้ายผู้ป่วยไปห้องพักฟื้น

3. การพยาบาลระยะหลังการให้ยาระงับความรู้สึก คือระยะหลังการให้ยาระงับความรู้สึกในห้องพักฟื้น เพื่อสังเกตอาการก่อนย้ายกลับหอผู้ป่วย เนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มนี้จะมีอาการครึ่งหลับครึ่งตื่นในระยะแรกที่ย้ายเข้ามาพักในห้องพักฟื้น หากไม่ได้รับการติดตามเฝ้าระวังหรือไม่ได้รับการดูแลแก้ไขทันที จะทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ เช่น ทางเดินหายใจอุดตันจากลิ้นตกหรือมีเสมหะในลำคอ ภาวะแทรกซ้อนนี้เป็นสาเหตุของการขาดออกซิเจน อาการแสดงเหล่านี้มักมีสาเหตุมาจากฤทธิ์ของยาระงับความรู้สึกตกค้างเช่น ยาสลบ ยาแก้ปวด ยาหย่อนกล้ามเนื้อ ที่ทำให้เกิดการหายใจและทำให้การทำงานของปอดลดลง ผู้ป่วยยังตื่นไม่ตี กลไกการไอถูกกด ยังไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้เต็มที่ (กฤษฏี วัฒนบุญยงเจริญ, 2566) นอกจากนี้ยังพบภาวะแทรกซ้อนอื่นๆเช่น อาการหนาวสั่น คลื่นไส้อาเจียน ปวดแผลผ่าตัดเป็นต้น ดังนั้นจึงควรดูแลเฝ้าระวังและติดตามอาการ และสัญญาณชีพอย่างใกล้ชิด มีการประเมินผู้ป่วยแรกรับในห้องพักฟื้น ดูแลทางเดินหายใจและการหายใจ

การไหลเวียนโลหิต ระดับความรู้สึกตัว อุณหภูมิกาย สารน้ำและปัสสาวะ จนผู้ป่วยปลอดภัยก่อนส่งกลับหอผู้ป่วย และระยะเวลาเยี่ยมประเมินที่หอผู้ป่วยซึ่งจะเยี่ยมอาการภายใน 24-48 ชั่วโมง เพื่อประเมินผู้ป่วยและดูแลแก้ไขได้อย่างมีประสิทธิภาพ

#### 4. การพยาบาลระดับความรู้สึกผู้ป่วยที่มีโรคร่วม

ผู้สูงอายุ เป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงในทางเสื่อมลง ในวัยนี้จะมีการเปลี่ยนแปลงหลายด้าน ทั้งทางร่างกาย ทางสมอง ทางอารมณ์และทางสังคม ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวเรื้อรัง ได้แก่ โรคกระดูกและข้อ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจและหลอดเลือด จึงมีอัตราเสี่ยงในการผ่าตัดและการระงับความรู้สึก เนื่องจากเลือดที่ไหลเวียนน้อยลง ทำให้ทนการสูญเสียเลือดหรือขาดออกซิเจนได้ไม่ดีมี การขยายตัวของปอดลดลง มีความต้องการใช้ออกซิเจนสูงขึ้น เนื่องจากความเสื่อมหน้าที่ของอวัยวะต่าง ๆ และกลไกการปรับตัวเมื่อเผชิญภาวะวิกฤต ซึ่งผู้สูงอายุบางรายอาจไม่สามารถรับมือกับการเปลี่ยนแปลงนี้ได้ และอาจทำให้เกิดปัญหาต่างๆตามมามากมาย ดังนั้นการเข้าใจถึงการเปลี่ยนแปลงต่างๆดังกล่าวก็จะช่วยให้ผู้สูงอายุได้ปรับตัวได้ดีขึ้น รวมทั้งการเตรียมความพร้อมผู้สูงอายุก่อนการให้การระงับความรู้สึกจึงเป็นสิ่งสำคัญมากเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆที่อาจเกิดขึ้น (ลัดดาวัลย์ พรรณสมัยและคณะ, 2560)

โรคความดันโลหิตสูง การพยาบาลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมีเป้าหมายของการพยาบาลคือให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสมก่อนมาผ่าตัดไม่ควรเกิน 180/100 มิลลิเมตรปรอทเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนของระบบไหลเวียนเลือดและหัวใจ ในผู้ป่วยที่ควบคุมความดันโลหิตได้ไม่ดีควรส่งปรึกษาแพทย์เฉพาะทางก่อนเพื่อช่วยร่วมประเมิน ตรวจวินิจฉัยและควบคุมให้ความดันโลหิตอยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสมทำให้การผ่าตัดราบรื่น ปลอดภัย ในผู้ป่วยที่ควบคุมความดันได้ดีแนะนำให้ผู้ป่วยรับประทานยาลดความดันโลหิตในขนาดเดิมจนถึงเช้าวันผ่าตัด (ภุริพงศ์ ทรงอาจ, 2560)

โรคเบาหวาน ผู้ป่วยควรได้รับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติมากที่สุดในช่วง 100-180 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร เนื่องจากโรคเบาหวานทำให้เกิดความผิดปกติของอวัยวะต่างๆ ในหลายระบบเพื่อลดภาวะแทรกซ้อนเช่น ระหว่างผ่าตัดผู้ป่วยอาจเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดสูงจากความเครียดของการผ่าตัดหรืออาจเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำจากการงดน้ำงดอาหาร ถ้าหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงหัวใจตีตันจะทำให้เกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด หรือกล้ามเนื้อหัวใจวายเฉียบพลัน และเสียชีวิตได้ การประเมินก่อนการผ่าตัดต้องพิจารณาภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจและการตอบสนองต่อระบบประสาททุกรายตรวจการทำงานของไตเพื่อพิจารณาเลือกยาระงับความรู้สึกและพิจารณาให้ยาควบคุมน้ำตาลในเลือดอย่างเหมาะสม (ภุริพงศ์ ทรงอาจ, 2560)

โรคไขมันในเลือดสูง เป็นภาวะที่ร่างกายมีไขมันในเลือดมากกว่าปกติ ภาวะไขมันในเลือดสูงเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด เส้นเลือดตีบ อุดตัน เลือดไหลไปเลี้ยงอวัยวะต่างๆของร่างกายไม่เพียงพอ เมื่อได้รับยาระงับความรู้สึกถ้ามีปริมาณไขมันสูงมากจะมีผลทำให้หลอดเลือดตีบ เลือดไหลเวียนไม่สะดวกและอาจส่งผลให้เลือดไปเลี้ยงหัวใจและสมองไม่เพียงพอ เกิดหัวใจขาดเลือด เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการระงับความรู้สึกได้ (สุปราณีย์ พุสุวรรณ และคณะ, 2559)

ในกรณีศึกษาการพยาบาลระดับความรู้สึกผู้ป่วยสูงอายุ มีโรคร่วมเป็น โรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน และไขมันในเลือดสูงเป็นมานาน 10 ปีซึ่งมีความเสี่ยงสูงในการให้การระงับความรู้สึก อาจเกิดภาวะแทรกซ้อน ในหลายระบบโดยเฉพาะหัวใจและหลอดเลือดเป้าหมายหลักในการให้ยาระงับความรู้สึก คือพยายามลดการเปลี่ยนแปลงขึ้นลงของความดันเลือดและชีพจรที่ตอบสนองต่อการผ่าตัดและยาระงับความรู้สึก เพื่อป้องกัน กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดจากหัวใจเต้นเร็ว ความดันต่ำ ความดันสูงอย่างรุนแรง สมองขาดเลือด เลือดออก ในสมอง ไตวาย ให้ความระมัดระวังในการควบคุม hemodynamic response จากการใส่และถอดท่อช่วย หายใจ การกระตุ้นจากการผ่าตัด การผ่าตัดติดตามและควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดในระหว่างผ่าตัดป้องกัน ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำหรือสูงเกิน เผื่อระวังการใส่ยาในผู้สูงอายุที่มีผลตกกล้ามเนื้อหัวใจ การฟื้นจากยาสลบ ซ้ำ มีการปรึกษาวิสัญญีแพทย์และแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางด้านอายุรกรรม ประเมินและเลือกวิธีการระงับ ความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย ได้รับการประเมินและรักษาโรคร่วม รวมไปถึงยาที่ได้รับ โดยการควบคุมระดับความ ดันโลหิต ระดับน้ำตาลในเลือดและระดับไขมันในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ ที่แพทย์ผู้เชี่ยวชาญและ แพทย์วิสัญญียอมรับได้ รวมถึงมีความพร้อมในการเตรียมห้องผู้ป่วยหนัก (ICU) ไว้ให้พร้อมในกรณีไม่สามารถ ถอดท่อช่วยหายใจได้ และต้องการดูแลอย่างใกล้ชิดหลังผ่าตัดในหอผู้ป่วย

#### 5. ความรู้เกี่ยวกับยาดมสลบและยาที่ใช้ระงับความรู้สึก

- โพรโปโฟล (Propofol) เป็นยาระงับความรู้สึกชนิดฉีดเข้าหลอดเลือดดำใช้สำหรับการนำสลบ (induction of anesthesia) หรือการรักษาระดับการระงับความรู้สึก (maintenance of anesthesia) ขนาด ของยาที่ใช้ในการนำสลบ คือ 2-3 มิลลิกรัมต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม สามารถทำให้ผู้ป่วยหมดความรู้สึกอย่าง รวดเร็วภายใน 1-2 นาที ใช้ร่วมกับยาหย่อนกล้ามเนื้อสำหรับใส่ท่อช่วยหายใจ สามารถให้ยาหยุดเข้าหลอดเลือดดำในขนาด 0.5-2 มิลลิกรัมต่อกิโลกรัมต่อชั่วโมงเพื่อรักษาระดับความลึกของการระงับความรู้สึก ยา นี้สามารถทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะสงบ แต่เสี่ยงต่อการหายใจไม่เพียงพอ ภาวะหยุดหายใจ ความดันโลหิตต่ำได้ ยา มีผลต่อระบบหัวใจและระบบไหลเวียนเลือด มีผลต่อการบีบตัวของกล้ามเนื้อหัวใจ ผู้ป่วยที่ได้รับยานี้จะฟื้น ตัวอย่างรวดเร็วหลังหยุดยา ผู้ป่วยจะมีอารมณ์แจ่มใสไม่เมื่อยและยังมีผลระงับอาการคลื่นไส้อาเจียนอีกด้วย

- ซัคซินิลโคลีน (Succinylcholine) เป็นยาหย่อนกล้ามเนื้อกลุ่ม depolarizing muscle relaxant ออกฤทธิ์เพื่อให้กล้ามเนื้อหย่อนตัวสำหรับการใส่ท่อช่วยหายใจ ออกฤทธิ์รวดเร็วใน 30-60 วินาที ระยะเวลา ออกฤทธิ์สั้น 3-5 นาที ขนาดของยา ผู้ใหญ่ 1-1.5 มิลลิกรัมต่อกิโลกรัม เด็ก 2 มิลลิกรัมต่อกิโลกรัม เข้าทาง หลอดเลือดดำ

- ซิสอะทราคูเรียม (Cisatracurium) เป็นยาหย่อนกล้ามเนื้อกลุ่ม nondepolarizing muscle relaxant ไม่กระตุ้นการหลั่ง histamine แม้ว่าให้ขนาดสูง เพื่อให้กล้ามเนื้อหย่อนตัวสำหรับการใส่ท่อช่วย หายใจ ใช้สำหรับประกอบการให้ยาระงับความรู้สึกทั่วไป (general anesthesia) เพื่อให้กล้ามเนื้อหย่อนตัว สำหรับใช้เครื่องช่วยหายใจขนาดของยา 0.1-0.15 มิลลิกรัมต่อกิโลกรัม เข้าทางหลอดเลือดดำ ออกฤทธิ์ภายใน 4-5 นาที ระยะเวลาออกฤทธิ์ 30-45 นาที

- เฟนทานิล (Fentanyl) เป็นยาระงับปวดออกฤทธิ์ดีมาก มีฤทธิ์แรงกว่ามอร์ฟีน 100 เท่าออกฤทธิ์เร็ว แต่ระยะสั้นจัดเป็นยาในกลุ่ม high alert drug ที่มีประโยชน์ใช้งานสูงในทางวิสัญญีวิทยาและเวชบำบัดวิกฤต เมื่อบริหารด้วยการฉีดเข้าเส้นเลือดดำ ยาออกฤทธิ์ทันทีที่ฉีดยา ใช้ระงับปวดเฉียบพลันปวดระดับปานกลางถึงรุนแรง ระงับปวดเรื้อรัง เป็นยาสงบประสาทผู้ป่วยเด็กและผู้ใหญ่ เช่นผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจ เป็นยาสำหรับเตรียมผู้ป่วยก่อนให้ยาระงับความรู้สึกเพื่อการผ่าตัด ขนาดของยา 1 ไมโครกรัมต่อกิโลกรัม

- อะโทรปีน (Atropine) มีผลยับยั้งฤทธิ์ของ acetylcholine ลดการหลั่งน้ำลายและสารคัดหลั่งในหลอดลม ด้านการหดเกร็งของหลอดลม แก้ไขภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ ขนาดของยาที่ใช้คือ 0.01-0.02 มิลลิกรัมต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม ฤทธิ์ของยาทำให้หัวใจเต้นเร็วเต้นไม่เป็นจังหวะ ปากแห้ง ใจสั่น กลืนลำบาก

- นีโอสติกมีน (Neostigmine) เป็นยาที่สังเคราะห์ใช้แก้ฤทธิ์ยาหย่อนกล้ามเนื้อ ขนาดยาที่ใช้คือ 0.05-0.08 มิลลิกรัมต่อกิโลกรัม ทำให้หัวใจเต้นช้าและเต้นไม่เป็นจังหวะ กระตุ้นการหลั่งน้ำลาย รูม่านตาหดเล็กลง หลอดลมบีบเกร็ง เพื่อช่วยป้องกันผลข้างเคียงจากยาจึงมักให้ยา atropine ร่วมด้วยทุกครั้ง

- เดสฟลูเรน (Desflurane) เป็นยาสลบสุดดมชนิดไอระเหยที่ไม่ติดไฟ ละลายในเลือดได้น้อยมีกลิ่นฉุน และระคายเคืองต่อทางเดินหายใจ เริ่มเป็นที่นิยมใช้กันอย่างแพร่หลายเนื่องจากออกฤทธิ์และหมดฤทธิ์ในการสลบได้เร็ว ทำให้ผู้ป่วยตื่นจากยาสลบได้เร็ว ซึ่งเหมาะสมสำหรับผู้ป่วยสูงอายุและผู้ป่วยที่มีน้ำหนักตัวมาก

ในด้านการพยาบาลวิสัญญี พยาบาลจำเป็นต้องรู้กลไกการออกฤทธิ์ของยาดมสลบและยาที่ใช้ระงับความรู้สึก อาการข้างเคียงและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น เพื่อเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงและบันทึกอย่างใกล้ชิด ประเมินประวัติการแพ้ยาและสารต่างๆที่อาจมีผลให้ผู้ป่วยแพ้ยา



#### 4. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

##### 4.1 สรุปสาระสำคัญ

ผู้ป่วยชายไทยสูงอายุ 76 ปี รับประทานยาเป็นประจำที่โรงพยาบาลชุมชน วันที่ 19 กันยายน 2566 ด้วยประวัติ 2 เดือนก่อนมีอาการปวดท้องแน่นท้องไม่มีไข้ ไปตรวจรักษาที่โรงพยาบาลชุมชนแพทย์ตรวจวินิจฉัยด้วยเอ็กซเรย์คอมพิวเตอร์พบเป็นนิ่วในท่อน้ำดี จึงส่งตัวมารักษาต่อที่โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว เพื่อผ่าตัดนิ่วในท่อน้ำดีผ่านกล้องส่องตรวจรักษาทางเดินน้ำดีและตับอ่อน ผู้ป่วยสูงอายุมีโรคร่วมหลายโรค เป็นโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และไขมันในเลือดสูงมาประมาณ 10 ปี มีปัจจัยเสี่ยงกับหลายระบบในร่างกายที่สำคัญคือระบบหัวใจ และหลอดเลือด รับประทานยาประจำที่โรงพยาบาลชุมชน วันที่ 19 กันยายน 2566 เวลา 16.15 น. ได้เยี่ยมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดล่วงหน้า 1 วัน เพื่อเตรียมความพร้อมในการป้องกัน แก้อาการไม่พึงประสงค์ให้ทันทั่วถึง มีการปรึกษาวินิจฉัยแพทย์ที่ดูแล ประเมินและเลือกวิธีการระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย ได้รับการประเมินและรักษาโรคร่วม รวมไปถึงยาที่ได้รับและปรึกษาแพทย์ผู้เชี่ยวชาญสาขาต่างๆ ที่จำเป็นก่อนการผ่าตัด ประเมินความเสี่ยงตามเกณฑ์ของสมาคมวิสัญญีอเมริกาพบว่าอยู่ในระดับ 3 (physical status class 3) เนื่องจากเป็นผู้สูงอายุมีโรคประจำตัวเป็นความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไขมันในเลือดสูงและมีภาวะซีด แพทย์ผ่าตัดได้ส่งปรึกษาแพทย์อายุรกรรมเฉพาะทางเพื่อร่วมประเมินการดูแลผู้ป่วยแพทย์มีคำสั่งให้เลือด 1 ถุงจำนวน 280 มิลลิลิตร ก่อนให้เลือดค่าความเข้มข้นของเลือดได้ 26 เปอร์เซ็นต์ หลังให้เลือดค่าความเข้มข้นได้ 29 เปอร์เซ็นต์ แพทย์ประเมินแล้วสามารถผ่าตัดได้มีคำสั่งให้เตรียมเลือดให้พร้อมใช้จำนวน 2 ถุงเตรียมห้องผู้ป่วยหนัก (ICU) ไว้ให้พร้อมในกรณีไม่สามารถถอดท่อช่วยหายใจได้ และต้องการดูแลอย่างใกล้ชิดหลังผ่าตัดในหอผู้ป่วยเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้ ขณะเยี่ยมประเมินผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ช่วยเหลือตัวเองได้บ้าง เคลื่อนไหวร่างกายได้ บางครั้งญาติต้องช่วยพยุงหรือใช้ไม้เท้าช่วยเดิน ปฏิเสธการแพ้ยาและแพ้อาหาร ไม่ดื่มสุรา ไม่สูบบุหรี่ ไม่มีประวัติการใช้สารเสพติด รูปร่างปกติ ปากปกติ ฟันด้านล่างไม่มี ฟันด้านบนเหลือ 5 ซี่ ด้านหน้ามีฟันโยก 1 ซี่ ไม่ใส่ฟันปลอม อ้าปากได้กว้างมากกว่า 3 เซนติเมตร ก้มคอเงยคอได้ตามปกติ วางแผนให้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย วิสัญญีพยาบาลตรวจเยี่ยมพูดคุยซักถาม เพื่อสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยและญาติ เพื่อให้เกิดความไว้วางใจและเกิดความเชื่อใจ สามารถปฏิบัติตามคำแนะนำ การปฏิบัติตัวเพื่อเตรียมผ่าตัด แนะนำขั้นตอนและสภาพสิ่งแวดล้อมที่ต้องเจอในห้องผ่าตัดอย่างง่าย เพื่อลดความตึงเครียดและความตื่นเต้น ป้องกันภาวะความดันโลหิตสูงก่อนผ่าตัด แนะนำการฝึกหายใจและการประเมินคะแนนความเจ็บปวด เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถให้คะแนนความเจ็บปวดหลังผ่าตัดได้อย่างเข้าใจ วันที่ 20 กันยายน 2566 เป็นวันผ่าตัด วิสัญญีพยาบาลจัดเตรียมอุปกรณ์ในการให้ยาระงับความรู้สึกและตรวจสอบการทำงานของเครื่องดมยาสลบ เครื่องส่องกล้องเสียง อุปกรณ์ดูดเสมหะ หน้ากากสำหรับให้ออกซิเจนที่เหมาะสมกับผู้ป่วย ท่อช่วยหายใจที่ใส่เบอร์ 8.0 และเตรียมขนาดสารองกรณ์ท่อช่วยหายใจใหญ่หรือเล็กเกินไป ตรวจสอบการได้รับยาตามแผนการรักษา ให้ 0.9 เปอร์เซ็นต์นอร์มัลซาลิน (normal saline solution) 100 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง ยาควบคุมความดันโลหิต เอนาลาพริล (enalapril) ขนาด 5 มิลลิกรัมจำนวน 1 เม็ด ยาแอมโลดิปีน (amlodipine) จำนวน 1 เม็ดรับประทานเข้าวันผ่าตัดพร้อมน้ำจำนวน 30 มิลลิลิตรได้รับเวลา 7.00 น.

ที่หอผู้ป่วย แรกรับที่ห้องผ่าตัดแนะนำตัวกับผู้ป่วยอีกครั้ง พูดคุยสอบถามเพื่อให้ผู้ป่วยคลายกังวล เมื่อเข้าห้องผ่าตัดติดอุปกรณ์เฝ้าระวังสัญญาณชีพตามมาตรฐาน เริ่มนำสลบและใส่ท่อช่วยหายใจในขณะที่มีวิสัญญีแพทย์และวิสัญญีพยาบาลผู้ช่วย ก่อนนำสลบตรวจสอบความถูกต้องของใบยินยอมการผ่าตัดร่วมกับทีมห้องผ่าตัดโดยยืนยัน ชื่อ-สกุลของผู้ป่วย ชื่อของแพทย์ผ่าตัด วิสัญญีแพทย์วิสัญญีพยาบาล ตำแหน่งและวิธีการผ่าตัด การจัดทำผ่าตัด อุณหภูมิร่างกาย 36.9 องศาเซลเซียส ชีพจร 104 ครั้งต่อนาที หายใจ 20 ครั้งต่อนาที ค่าความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือด 98 เปอร์เซ็นต์ ความดันโลหิต 155/73 มิลลิเมตรปรอท ไม่เกิน 180/100 มิลลิเมตรปรอท ระดับน้ำตาลในเลือดก่อนการผ่าตัด 169 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร อยู่ในช่วง 100-180 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ค่าความเข้มข้นของเลือดหลังได้รับเลือด จาก 26 เปอร์เซ็นต์เพิ่มขึ้นเป็น 29 เปอร์เซ็นต์ สามารถควบคุมให้อยู่ในเกณฑ์ที่แพทย์วิสัญญีและแพทย์ผู้เชี่ยวชาญยอมรับได้ ก่อนเริ่มนำสลบให้สุดดมออกซิเจน 100 เปอร์เซ็นต์นาน 5 นาที นำสลบด้วยยาโปรโพออล (propofol) 100 มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำ ใส่ท่อช่วยหายใจเบอร์ 8.0 ความลึก 21 เซนติเมตร ด้วยยาหย่อนกล้ามเนื้อซัคซินิลโคลีน (succinylcholine) 100 มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำ ให้ยาแก้ปวดเฟนทานิล (Fentanyl) 50 มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำและให้ก๊าซดมยาสลบเดสฟลูเรน (Desflurane) ให้การระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย ควบคุมการหายใจแบบควบคุมปริมาตร ขณะผ่าตัดไม่เสียเลือดได้รับสารน้ำ 0.9% Normal saline 350 มิลลิลิตร ความดันโลหิตระหว่างผ่าตัด 130/70-150/80 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 90-120 ครั้งต่อนาที ความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือด 98-100 เปอร์เซ็นต์ ค่าก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ในลมหายใจออก 35-38 มิลลิเมตรปรอท อุณหภูมิกาย 37-37.2 องศาเซลเซียส ขณะให้ยาระงับความรู้สึกเฝ้าระวังและบันทึกสัญญาณชีพทุก 5 นาที ดูแลให้ความอบอุ่นร่างกายด้วยเครื่องให้ความอบอุ่น ระหว่างผ่าตัดศัลยแพทย์สั่งให้บัสโคพาน (buscopan) 20 มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำ เมื่อผ่าตัดเสร็จก่อนถอดท่อช่วยหายใจแก้ฤทธิ์ยาหย่อนกล้ามเนื้อด้วยนีโอสติกมิน (neostigmine) 2.5 มิลลิกรัมและอะโทรปีน (atropine) 0.6 มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำ ผู้ป่วยตื่นลืมตาหายใจเองได้แรงสม่ำเสมอ กำมือ ยกศีรษะและทำตามคำสั่งได้ จึงทำการถอดท่อช่วยหายใจ หลังถอดท่อช่วยหายใจความดันโลหิต 150/80 มิลลิเมตรปรอทชีพจร 110 ครั้งต่อนาทีหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ไม่มีอาการปวดย้ายผู้ป่วยไปสังเกตอาการต่อที่ห้องพักฟื้นขณะอยู่ในห้องพักฟื้นให้สุดดมออกซิเจน 100 เปอร์เซ็นต์ เฝ้าระวังและบันทึกสัญญาณชีพทุก 5 นาที ดูแลให้ความอบอุ่นร่างกายด้วยเครื่องให้ความอบอุ่น ไม่มีภาวะหนาวสั่น จัดทำนอนให้สุขสบาย โดยจัดให้นอนศีรษะสูง 30 องศา จัดสิ่งแวดล้อมให้สงบเพื่อให้ผู้ป่วยได้พักผ่อน ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ถามตอบรู้เรื่องพูดคุยได้ตามปกติ มีอาการอึดอัดแน่นท้องเล็กน้อย ระดับความปวด (pain score) เท่ากับ 2 ไม่ได้รับยาแก้ปวด ไม่มีอาการคลื่นไส้อาเจียน นอนหลับพักผ่อนได้ ย้ายผู้ป่วยกลับหอผู้ป่วย หลังให้การพยาบาลระงับความรู้สึกได้ติดตามดูแลเยี่ยมประเมินอาการและติดตามภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดภายใน 24 ชั่วโมง ที่หอผู้ป่วยรู้สึกตัวดี สัญญาณชีพปกติความดันโลหิต 150/90 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 100 ครั้งต่อนาที อุณหภูมิ 37.3 องศาเซลเซียส ระดับน้ำตาลในเลือด 150-180 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ไม่มีอาการปวดศีรษะไม่เจ็บคอ ไม่มีเสียงแหบ หลังกลับจากห้องผ่าตัดไม่มีอาการปวดท้อง มีอาการแน่นท้องเล็กน้อย แพทย์ตรวจเยี่ยมอาการและส่งตัวกลับไปรักษาต่อที่โรงพยาบาลชุมชน ระยะเวลาผ่าตัด 1 ชั่วโมง 5 นาที เวลา 10.30-11.35 น. ระยะเวลาดูแลในห้องพักฟื้น 11.35-12.35 น. รวมระยะเวลาในห้องผ่าตัด 2 ชั่วโมง 5 นาที รวมระยะเวลาอนโรพยาบาล 4 วัน

#### 4.2 ขั้นตอนการดำเนินการ

1. ศึกษาค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับการพยาบาลระดับความรู้สึกผู้ป่วยที่ผ่าตัดนิ้วในท่อน้ำดีผ่านกล้องส่องตรวจรักษาทางเดินน้ำดีและตับอ่อน จากตำราเอกสารทางวิชาการต่างๆ เพื่อเป็นแนวทางเพื่อการศึกษา
2. เลือกกรณีศึกษาโดยเลือกจากผู้ป่วยสูงอายุ ภาวะโรคความดันโลหิตสูง เบาหวานและโรคไขมันในเลือดสูง ซึ่งพบได้บ่อยในการให้การพยาบาลระดับความรู้สึก
3. ศึกษาค้นหาจากตำรา เอกสารวิชาการ ตลอดจนปรึกษาแพทย์ผู้รักษาและแพทย์เฉพาะทางและหาแนวทางปฏิบัติการพยาบาล
4. นำข้อมูลที่ได้มารวบรวมและวิเคราะห์ปัญหา
5. วางแผนในการพยาบาลตามกระบวนการการพยาบาล โดยเน้นการพยาบาลแบบองค์รวม
6. ปฏิบัติการพยาบาลและประเมินผลการพยาบาลและปรับแผนการพยาบาลให้เหมาะสมกับปัญหา
7. สรุปผลการดำเนินการศึกษา ตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหา
8. เรียบเรียงและสรุปรายงานการศึกษา
9. จัดทำเอกสาร พิมพ์ตรวจสอบความถูกต้อง
10. เผยแพร่ผลงานทางเว็บไซต์วิทยาลัยพระปกเกล้า จันทบุรี

#### 4.3 เป้าหมายของงาน

1. เพื่อให้ผู้ป่วยสูงอายุที่มีโรคร่วม ผ่าตัดนิ้วในท่อน้ำดีผ่านกล้องส่องตรวจรักษาทางเดินน้ำดีและตับอ่อนได้อย่างปลอดภัย
2. เพื่อพัฒนาทักษะและเป็นแนวทางปฏิบัติการพยาบาลระดับความรู้สึก

### 5. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

#### 5.1 ผลสำเร็จของงานเชิงปริมาณ

ให้การพยาบาลระดับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายในผู้ป่วยสูงอายุร่วมกับโรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน และโรคไขมันในเลือดสูงที่มารับการผ่าตัดนิ้วในท่อน้ำดีผ่านกล้องส่องตรวจรักษาทางเดินน้ำดีและตับอ่อน 1 ราย ระยะเวลาการผ่าตัดและการพยาบาลการให้ยาระดับความรู้สึก 1 ชั่วโมง 5 นาที เวลา 10.30-11.35 น. ระยะเวลาในห้องพักฟื้นเวลา 11.35-12.35 น. รวม 2 ชั่วโมง 5 นาที

#### 5.2 ผลสำเร็จของงานเชิงคุณภาพ

กรณีศึกษาได้รับการพยาบาลโดยใช้กระบวนการพยาบาลที่มีความรู้ความเชี่ยวชาญ ประสบการณ์ และมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้การดูแลผู้ป่วยได้รับผลดี ปลอดภัยปราศจากภาวะแทรกซ้อน ผลลัพธ์ของการพยาบาลระดับความรู้สึกมีดังนี้

1. ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลระยะก่อนการได้รับการระงับความรู้สึก มีการประเมินความเสี่ยง และปรึกษาแพทย์เฉพาะทางอายุรกรรม รายงานแพทย์วิสัญญีเพื่อร่วมกันประเมินความพร้อมของผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคร่วม การตรวจทางห้องปฏิบัติการ และยาที่ผู้ป่วยได้รับประจำต่อเนื่องจนถึงเช้าวันผ่าตัด รวมถึงการเตรียมห้องผู้ป่วยหนัก (ICU) เพื่อเตรียมความพร้อมในกรณีที่ผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อนหรือไม่สามารถถอดท่อช่วยหายใจได้เนื่องจากโรคร่วมและสูงอายุ ตามการพิจารณาของแพทย์วิสัญญี โดยให้ได้รับยาควบคุมความดันโลหิต มีการควบคุมความดันโลหิตก่อนผ่าตัด ไม่เกิน 180/100 มิลลิเมตรปรอท ตรวจระดับน้ำตาลในเลือดทุก 6 ชั่วโมงให้อยู่ในเกณฑ์ 100-180 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร

2. ระยะการให้การพยาบาลระงับความรู้สึก ผู้ป่วยได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจสำเร็จในครั้งแรก โดยการเตรียมความพร้อมของบุคลากรและเครื่องมือ ก่อนใส่ท่อช่วยหายใจมีการติดตามสัญญาณชีพและระดับออกซิเจนในเลือดและระดับคาร์บอนไดออกไซด์ในลมหายใจออก เพื่อเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด รวมทั้งดูแลการจัดท่าอนตะแคงของผู้ป่วยไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการกดทับของเส้นประสาท การบาดเจ็บของกระดูกต้นคอและกระดูกสันหลัง เฝ้าระวังท่อช่วยหายใจไม่ให้เลื่อนหลุดขณะส่องกล้องตรวจรักษาเข้าทางปากตลอดการผ่าตัด หลังผ่าตัดเสร็จผู้ป่วยไม่พบภาวะแทรกซ้อนสามารถกลับหอผู้ป่วยได้ไม่ต้องเข้าห้องไอซียู

3. ระยะพักฟื้น ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลดูแลเฝ้าระวังในระบบทางเดินหายใจระบบไหลเวียนเลือด ระบบกล้ามเนื้อและดูแลความสบาย ผู้ป่วยไม่มีอาการคลื่นไส้อาเจียน ไม่มีภาวะหนาวสั่นไม่ปวดแผล ไม่ได้รับยาแก้ปวด และสามารถกลับหอผู้ป่วยได้หลังจากสังเกตอาการในห้องพักฟื้น 1 ชั่วโมง

4. ระยะหลังได้รับยาระงับความรู้สึก ได้รับการติดตามเยี่ยมประเมินอาการหลังผ่าตัดที่หอผู้ป่วยใน 24 ชั่วโมง พบว่าไม่มีภาวะแทรกซ้อน ผู้ป่วยและญาติได้รับคำแนะนำในการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดและสามารถจำหน่ายจากโรงพยาบาลส่งต่อกลับไปรักษาที่โรงพยาบาลชุมชนได้

## 6. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

1. เพื่อเป็นแนวทางการปฏิบัติและพัฒนาคุณภาพการให้การพยาบาลระงับความรู้สึกผู้ป่วยที่มาผ่าตัดส่องกล้องตรวจรักษาทางเดินน้ำดีและตับอ่อน
2. เพื่อใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติกับวิสัญญีพยาบาลที่ขาดประสบการณ์ความชำนาญ ให้สามารถนำไปใช้ในทางปฏิบัติ หรือเป็นแนวทางประกอบการตัดสินใจในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีโรคร่วม

## 7. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

การผ่าตัดนี้วในท่อน้ำดีผ่านกล้องส่องตรวจรักษาทางเดินน้ำดีและตับอ่อน ถึงแม้จะไม่มีบาดแผลและลดระยะเวลาในการพักฟื้นหลังผ่าตัด แต่ในระหว่างผ่าตัดก็มีความเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตรายมากได้แก่

1. จากกรณีศึกษาผู้ป่วยเป็นผู้สูงอายุมีโรคประจำตัวเป็นโรคความดันโลหิตสูง เบาหวานไขมันในเลือดสูง และมีภาวะซีด ถ้าควบคุมความดันโลหิตและน้ำตาลในเลือดได้ไม่ดีและไม่ได้รับการแก้ไขภาวะซีด อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงได้ การประเมินสภาพผู้ป่วยก่อนมาระงับความรู้สึกเพื่อการผ่าตัดผู้ป่วยรายนี้ จึงเป็นสิ่งสำคัญและจำเป็นมาก เป็นผู้ป่วยที่มีความยุ่งยากซับซ้อนจากโรคร่วมและความไม่พร้อมของร่างกาย จึงมีการปรึกษาแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางด้านอายุรกรรมและแพทย์วิสัญญี เพื่อให้การผ่าตัดเป็นไปอย่างราบรื่นและปลอดภัยมากที่สุด รวมทั้งต้องมีการประสานงานกับหอผู้ป่วยเพื่อเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลง ดูแลให้ได้รับเลือดตามคำสั่งของแพทย์ ดูแลให้ได้รับยาความดันโลหิตในเช้าวันผ่าตัดและตรวจเช็คน้ำตาลตามแผนการรักษาของแพทย์ และเตรียมห้องไอซียูให้พร้อมถ้าเกิดปัญหาแทรกซ้อนขึ้นกับผู้ป่วย โดยต้องมีการแจ้งให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจและยอมรับถึงภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นและความจำเป็นถ้าต้องเข้ารักษาต่อที่ห้องไอซียู

2. การจัดทำอนตะแคงในการผ่าตัด มีผลต่อระบบไหลเวียนเลือด ผลต่อระบบหายใจ เกิดการบาดเจ็บของเส้นประสาทต่างๆจากการกดทับ จำเป็นต้องเฝ้าระวังและคอยตรวจสอบ รวมทั้งระหว่างผ่าตัดแพทย์ต้องส่องกล้องเข้าทางปากใกล้กับท่อช่วยหายใจตลอดระยะเวลาผ่าตัด ทำให้มีโอกาสนอนหลุดของท่อช่วยหายใจได้

## 8. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

1. กรณีศึกษาผู้ป่วยมีความยุ่งยากซับซ้อนในหลายระบบต้องมีการปรึกษาแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางด้านอายุรกรรมและวิสัญญีแพทย์รวมทั้งการเตรียมห้องไอซียูไว้ในกรณีที่ผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนต้องการได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดที่ห้องไอซียู แต่เนื่องจากจำนวนผู้ป่วยหนักในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้วมีจำนวนมาก การจองเตียงไว้ล่วงหน้าบางครั้งไม่สามารถทำได้ ต้องรอตรวจสอบอีกทีในเช้าวันผ่าตัด ซึ่งอาจทำให้ต้องเลื่อนการผ่าตัดได้ถ้าไม่ได้ห้องไอซียู

2. ในการจัดทำผ่าตัดต้องได้รับความร่วมมือและประสานงานกับทีมห้องผ่าตัดในการเตรียมอุปกรณ์ในการจัดทำให้พร้อมใช้ แบ่งหน้าที่ให้ชัดเจนในการเตรียมอุปกรณ์ และขณะทำผ่าตัดพยาบาลที่ถือกล้องเข้าทางปากผู้ป่วยต้องประสานงานและช่วยเฝ้าระวังท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุดร่วมกับวิสัญญีพยาบาล

## 9. ข้อเสนอแนะ

1. การผ่าตัดส่องกล้องตรวจรักษาท่อทางเดินน้ำดีและตับอ่อน เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติสามารถเข้าใจในการผ่าตัด รายละเอียดเรื่องข้อดีของการเลือกผ่าตัดด้วยวิธีส่องกล้อง สามารถฟื้นตัวได้เร็ว ไม่มีบาดแผลโดยการให้ความรู้แก่ผู้ป่วย ขั้นตอนการผ่าตัด การรักษา การนอนโรงพยาบาลหลังผ่าตัด เป็นส่วนหนึ่งที่ผู้ป่วยและญาติส่วนใหญ่วิตกกังวลและสอบถามเป็นจำนวนมาก พยาบาลวิสัญญีและทีมห้องผ่าตัด ร่วมกันจัดทำแผ่นพับแผนภาพ เพื่ออธิบายรายละเอียดต่างๆเกี่ยวกับโรค แผนการรักษาการผ่าตัดแบบส่องกล้อง การปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดส่องกล้อง เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติคลายความวิตกกังวลและเข้าใจแผนการรักษามากขึ้น

2. การจัดทำผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับความรู้สึกในการส่องกล้องตรวจรักษาทางเดินน้ำดีและตับอ่อน เป็นการ  
จัดทำพิเศษ มีผลเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆควรมีการจัดซื้ออุปกรณ์ในการจัดทำให้เพียงพอต่อการใ้  
งานไม่ปะปนกับแผนกอื่น และวิสัญญีพยาบาลควรจัดทำแนวทางการจัดทำในการผ่าตัดนี้ไว้ในท่อน้ำดี ด้วยวิธี  
ส่องกล้องตามมาตรฐานการจัดทำ

3. การประเมินสภาพผู้ป่วยก่อนมารับการระงับความรู้สึก มีขั้นตอนการประเมินสภาพผู้ป่วยและการ  
เตรียมผู้ป่วยก่อนมาผ่าตัดที่ยุงยากซับซ้อนต้องใช้บุคลากรในสาขาวิชาชีพต่างๆ ในการเตรียมความพร้อมผู้ป่วย  
ทั้งด้านร่างกายและจิตใจโดยเฉพาะผู้ป่วยสูงอายุที่มีโรคร่วม ควรมีการจัดเตรียมการจ้องไอซียูตามการรักษา  
ของแพทย์ผู้เชี่ยวชาญให้ได้แน่นอนก่อนวันผ่าตัดอย่างน้อย 1 คืนก่อนการผ่าตัด เพื่อป้องกันการเลื่อนผ่าตัด  
เพราะการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยค่อนข้างยุ่งยากซับซ้อน

#### 10. การเผยแพร่ผลงาน

เผยแพร่ผลงานในวารสาร Open Access วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี : [www.pcn.ac.th](http://www.pcn.ac.th). โดย  
ใช้รหัสการเผยแพร่ที่ 04/50/2566 เผยแพร่ : 7 พฤศจิกายน 2566. 1-17.

#### 11. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน

นางสาวดลฤดี ชื่อสัตย์ ผู้เสนอมีสัดส่วนของผลงาน ร้อยละ 100

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) ..... *ดลฤดี ชื่อสัตย์* .....

(นางสาวดลฤดี ชื่อสัตย์)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาลวิสัญญี)

(วันที่) *21* / *ธันวาคม* / *2566*

ผู้ขอประเมิน

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลงลายมือชื่อ
นางสาวดลฤดี ชี้อสัตย์	ดลฤดี ชี้อสัตย์

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) .....  .....

(นางสาวนฤมล เพ็ชรริน)

(ตำแหน่ง) หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลวิสัญญี

(วันที่) ๒๓ / มีนาคม / ๒๕๖๖

ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ) .....  .....

(นางสาวรัตนา ด่านปรีดา)

(ตำแหน่ง) หัวหน้าพยาบาล (พยาบาลวิชาชีพเชี่ยวชาญ)

(วันที่) ๒๕ / มีนาคม / ๒๕๖๖

ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล


(ลงชื่อ) .....  .....

(นายสมคิด ยืนประโคน)

(ตำแหน่ง) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว

(วันที่) ๒๗ / ธันวาคม / ๒๕๖๖

ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป

ลงชื่อ) .....  .....

(นายธราพงษ์ กีบโก)  
นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว

(ตำแหน่ง) .....

(วันที่) ๒๙ ก.พ. ๒๕๖๗

## แบบเสนอแนวความคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน (ระดับชำนาญการพิเศษ)

### 1. เรื่อง การพัฒนาแบบบันทึกการดูแลผู้ป่วยในห้องพักฟื้น

#### 2. หลักการและเหตุผล

การพยาบาลในห้องพักฟื้นหลังการผ่าตัดและให้ยาระงับความรู้สึก เป็นระยะที่ผู้ป่วยอยู่ในภาวะวิกฤต มีโอกาสเกิดอันตรายได้ง่าย ทั้งจากการผ่าตัดและจากฤทธิ์ของยาระงับความรู้สึก ซึ่งบางครั้งอาจมีอันตรายถึงชีวิตได้ ถ้าไม่ได้รับการวินิจฉัยและรักษาพยาบาลอย่างถูกต้อง ผู้ป่วยหลังผ่าตัดทันทีเป็นระยะที่มีความสำคัญ และเป็นอันตราย เนื่องจากยังไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองและบอกความต้องการได้ ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนได้ง่ายที่สำคัญทำให้เกิดผลกระทบต่อผู้ป่วยและครอบครัว ผลกระทบต่อแบบแผนการดำเนินชีวิต ดังนั้นเพื่อป้องกันและแก้ไขภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น พยาบาลควรตระหนักถึงความสำคัญของคุณภาพในการพยาบาลผู้ป่วย การประเมินสภาพการเปลี่ยนแปลงได้ถูกต้อง รวดเร็ว รวมถึงการบันทึกทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยต้องมีความถูกต้อง คลอบคลุมทุกปัญหา ตามมาตรฐานทางการพยาบาล ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยหลังผ่าตัดปลอดภัยจากอันตรายหรือผลกระทบต่างๆ

ห้องพักฟื้น (recovery room) หรือห้องในการดูแลหลังให้ยาระงับความรู้สึก (Post Anesthesia Care Unit ; PACU) คือสถานที่ในการดูแลผู้ป่วยภายหลังได้รับยาระงับความรู้สึกตามมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัด เนื่องจากผู้ป่วยยังคงได้รับผลของยาระงับความรู้สึกที่ใช้ระหว่างผ่าตัด ได้แก่ ยาสลบยาหย่อนกล้ามเนื้อ ยาระงับปวด ยาชาที่ใช้ในการระงับการส่งกระแสประสาท เมื่อรับการผ่าตัดหรือหัตถการใดๆ ไม่ว่าจะเป็นการระงับความรู้สึกแบบทั่วไป (general anesthesia) การระงับความรู้สึกเฉพาะส่วน (regional anesthesia) ผู้ป่วยเหล่านี้ต้อง ได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิด ซึ่งมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้มาก ภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อย ธีรวัดณ์ ชลาชีวะ (2564) ได้แก่

- 1.ภาวะแทรกซ้อนในระบบหายใจ เป็นปัญหาที่พบได้บ่อยที่สุดและเป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่งสาเหตุคือทางหายใจส่วนบนอุดตัน ภาวะแทรกซ้อนของทางหายใจส่วนล่างและปอด การหายใจลดลง
- 2.ภาวะแทรกซ้อนทางระบบหัวใจและหลอดเลือด จากความดันเลือดสูง ความดันเลือดต่ำ หัวใจเต้นผิดจังหวะ
- 3.ภาวะแทรกซ้อนทางไต ปัสสาวะออกน้อย ปัสสาวะออกมาก
- 4.ภาวะผู้ป่วยตื่นซ้ำ อาจเกิดจาก ผลหลงเหลือจากยาสลบที่ให้ผู้ป่วย ความผิดปกติทางด้านสมดุลของเกลือแร่และเมแทบอลิซึม ความผิดปกติของระบบประสาท ภาวะอุณหภูมิต่ำ
- 5.ภาวะสับสนหลังผ่าตัด ภาวะที่ผู้ป่วยมีอาการสับสน วุ่นวาย ไม่อยู่นิ่ง หลังจากฟื้นจากการให้ยาระงับความรู้สึก



## 2. หลักการและเหตุผล (ต่อ)

6.อาการคลื่นไส้อาเจียน

7.อุณหภูมิกายต่ำและการสั่น

8.ความปวด

วิสัญญีพยาบาลหรือพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยในห้องพักฟื้นจึงมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัด ควรมีความรู้เกี่ยวกับโรคของผู้ป่วย ชนิดของการผ่าตัด วิธีการระงับความรู้สึกชนิดต่างๆ อีกทั้งมีความสามารถในการวินิจฉัยภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นหลังผ่าตัดและสามารถแก้ไขปัญหาเบื้องต้น มีการดูแลรักษาผู้ป่วยได้อย่างถูกวิธี มีแนวปฏิบัติเป็นแนวทางเดียวกัน โดยใช้กระบวนการแลกเปลี่ยนความรู้ เพื่อพัฒนาการดูแลผู้ป่วย ในระยะหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้น ได้อย่างถูกต้องรวดเร็วและปลอดภัย (อรฉัตร จันทร์กระจ่าง, 2562)

ขั้นตอนการปฏิบัติ ผู้ป่วยที่เข้าห้องพักฟื้นทุกรายในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้วจะมีการประเมินผู้ป่วยหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้น เป็นกระบวนการพยาบาลขั้นตอนแรกในการดูแลผู้ป่วย เพื่อใช้ในการวางแผนการพยาบาลในขั้นต่อไป รวมทั้งการบันทึกทางการพยาบาลต้องสอดคล้องกับกิจกรรมการพยาบาล ในทุกขั้นตอน ซึ่งพยาบาลจำเป็นต้องประเมินสภาพผู้ป่วยและบันทึกทางการพยาบาลให้ได้ข้อมูล ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจได้อย่างครบถ้วนและครอบคลุมที่สุด

พยาบาลเป็นบุคลากรที่มีสุขภาพที่มีความเกี่ยวข้องกับผู้รับบริการมากกว่าบุคลากรอื่นๆ เป็นการทำงานต่อเนื่องตลอดเวลาพร้อมกับบุคลากรในวิชาชีพต่างๆ ในการทำงานร่วมกันต้องมีการสื่อสาร ทั้งโดยวาจา และการเขียนบันทึก การเขียนเกี่ยวกับข้อมูลของผู้ป่วย การดูแลและการประเมินผลการดูแลทั้งหมด โดยจะมีการจัดข้อมูลอย่างเป็นระบบระเบียบ โดยใช้แบบบันทึกจากการบันทึกทางการพยาบาล เป็นหน้าที่ของพยาบาลที่ต้องทำอย่างต่อเนื่องมีความถูกต้องสมบูรณ์ นอกจากนี้ที่เป็นบันทึกทางการพยาบาล ยังสามารถใช้เป็น สิ่งชี้วัดคุณภาพ ของงานพยาบาลและเป็นหลักฐานใช้อ้างอิงทางกฎหมาย เมื่อมีการกล่าวหา ร้องเรียน และการบันทึกทางการพยาบาลก็เป็นส่วนหนึ่งของการประกันคุณภาพการพยาบาล

ในปัจจุบันโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้วได้ให้บริการ การให้ยาระงับความรู้สึกในแต่ละปี มากกว่า 4,000 ราย โดยผู้ป่วยได้รับการในห้องพักฟื้นทั้งในเวลาราชการและนอกเวลาราชการตลอด 24 ชั่วโมง โดยในปี 2564-2566 มีผู้ป่วยที่เข้ารับบริการทางวิสัญญี จำนวน 4,177 ราย , 4, 318 ราย และ 5689 รายตามลำดับ(งานสารสนเทศโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว, 2566) ซึ่งการผ่าตัดและให้ยาระงับความรู้สึก มีความซับซ้อนมากขึ้นและความเสี่ยงสูงมากขึ้นกว่าที่ผ่านมา ดังนั้นผู้ศึกษาจึงมีความสนใจ ศึกษา การพัฒนาแบบบันทึกการดูแลผู้ป่วยในห้องพักฟื้น เพื่อเป็นแนวทางการปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยหลังได้รับการระงับความรู้สึกเพราะการดูแลเฝ้าระวังอาการอย่างใกล้ชิดมีความสำคัญมาก มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้การบันทึกทางการพยาบาลวิสัญญีในห้องพักฟื้นจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องบันทึกทางการพยาบาลให้ได้มาตรฐาน เป็นแนวทางเดียวกัน ถูกต้องครอบคลุมต่อเนื่องและสามารถสื่อสารกับทีมพยาบาลและทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อเป็นข้อมูลในการรับผู้ป่วยไปดูแลต่อได้อย่างปลอดภัย

### 3. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

#### แนวความคิด บทวิเคราะห์ /แนวความคิดข้อเสนอ

การบันทึกทางพยาบาลสำหรับผู้รับบริการภายหลังได้รับยาระงับความรู้สึก เป็นเครื่องมือสำคัญในการสื่อสารอย่างเป็นลายลักษณ์อักษรที่มีประสิทธิภาพ และช่วยในการประเมินสภาพผู้รับบริการได้อย่างครอบคลุม ทำให้ทราบปัญหาที่เกิดขึ้นแล้วนำมาวางแผน ให้การดูแลอย่างถูกต้องและทันท่วงที

(ดวงแก้ว พรรณพราว และ นางเยาว์ มีเทียน, 2563)

กลุ่มงานวิสัญญีให้บริการระงับความรู้สึกแก่ผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราช สระแก้ว และกำหนดขอบเขตการบริการของงานวิสัญญีโดยให้บริการระงับความรู้สึกตลอด 24 ชั่วโมงและภายหลังได้รับยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกายหรือการได้รับยาระงับความรู้สึกเฉพาะที่ ผู้ป่วยเหล่านี้ต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิด ซึ่งมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ ดังนั้นการบันทึกการพยาบาลวิสัญญีในห้องพักฟื้น จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่วิสัญญีพยาบาลจะต้องบันทึกข้อมูลการพยาบาลอย่างถูกต้อง ครอบคลุม ต่อเนื่อง และสามารถสื่อสารกับทีมพยาบาลและทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อเป็นข้อมูลส่งต่อผู้ป่วยไปดูแลอย่างต่อเนื่องในปัจจุบันลักษณะของเนื้อหาที่บันทึก และรายงานการพยาบาลทางวิสัญญีส่วนใหญ่จะเป็นการประเมินและการเฝ้าระวังผู้ป่วยตามมาตรฐานราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์ แต่มีบางส่วนที่ยังคงใช้ภาษาสัญลักษณ์เฉพาะที่เข้าใจในบุคลากรงานวิสัญญีเท่านั้น และยังขาดระบบระเบียบแบบแผนการบันทึกข้อมูลตามกระบวนการพยาบาล

จากการวิเคราะห์สถานการณ์เดิมของพื้นที่การดูแลผู้ป่วยในห้องพักฟื้น แบบเดิมพบว่าปัญหาคือ

1. การเขียนรูปแบบต่างกัน ต่างคนต่างเขียน
2. ข้อมูลปัญหาไม่ครบ ไม่ครอบคลุมปัญหาของผู้ป่วย
3. ลายมืออ่านยาก
4. ประเมินกระบวนการพยาบาลได้ยากไม่ครบถ้วน
5. การลงบันทึกสารน้ำและเลือดไม่ชัดเจน
6. แบบบันทึกไม่สามารถใช้กับผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจและมีวิสัญญีพยาบาลนำส่งกลับตึก
7. ไม่มีการบันทึกคำแนะนำการเฝ้าระวังภายหลังได้รับยาระงับความรู้สึก 24 ชั่วโมง
8. ในการเขียนบันทึกยังใช้กระดาษลอกลาย (carbon paper) ซึ่งทำให้เสียเวลาในการทำงาน รวมทั้ง

ทำให้อ่านยาก ตัวหนังสือไม่ตรงกันทั้งสองหน้า ความชัดเจนของตัวอักษรไม่สม่ำเสมอ

9. ไม่มีช่องการประเมินคะแนน PADD score ของผู้ป่วย ในกรณีผู้ป่วยที่มาผ่าตัดแบบผู้ป่วยนอก

10. ช่องประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาลแคบเกินไปทำให้บันทึกไม่สะดวก

ดังนั้นผู้ศึกษา จึงนำแนวคิด PDCA (Plan Do Check Act) มาใช้ในการพัฒนาโดย

1. การวางแผน
2. การดำเนินการ
3. การติดตามประเมินผล
4. การปรับปรุง

### 3. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข (ต่อ)

#### แนวความคิด บทวิเคราะห์ /แนวความคิดข้อเสนอ (ต่อ)

จึงมีแนวคิดในการปรับปรุงแบบบันทึก โดยการจัดหมวดหมู่ ของข้อมูลด้านผู้ป่วยและด้านการวางแผนการให้บริการให้ชัดเจนมาพัฒนาแบบบันทึกการดูแลผู้ป่วยในห้องพักฟื้น เพื่อเป็นรูปแบบไปใช้ปรับปรุงกระบวนการทำงานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น เพื่อช่วยป้องกันและลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น สร้างความตระหนักให้ วิทยาลัยพยาบาลได้เห็นถึงความสำคัญของการบันทึกทางวิสัญญี และทุกคนมีส่วนร่วมในการออกแบบบันทึกการดูแลผู้ป่วยในห้องพักฟื้นขั้นใหม่ ตั้งแต่ขั้นตอนการศึกษาและการประเมินสภาพของปัญหาการบันทึกการพยาบาลการดูแลผู้ป่วยในห้องพักฟื้น นำแบบบันทึกทางการพยาบาลการดูแลผู้ป่วยในห้องพักฟื้นที่ปรับปรุงแก้ไข มาทดลองใช้และประเมินผลการใช้งาน เพื่อพัฒนาแบบบันทึกการดูแลผู้ป่วยในห้องพักฟื้นขั้นใหม่ มีช่องการเขียนที่ชัดเจน ทำให้การบันทึกมีระบบระเบียบมากขึ้น และวางแบบแผนในการเขียนความสำคัญ ก่อน-หลัง ให้เป็นแนวทางเดียวกัน การบันทึกแสดงให้เห็นถึงปัญหาของผู้ป่วยที่ใช้บริการในห้องพักฟื้น กิจกรรมทางพยาบาลและการประเมินผลครอบคลุมทุกปัญหา เป็นแบบบันทึกการดูแลผู้ป่วยที่สมบูรณ์ มีคุณค่า และมีความสำคัญ และสามารถใช้เป็นหลักฐานทางกฎหมายได้ เป็นข้อมูลสื่อสารกับทีมบุคลากรได้ชัดเจน มีประสิทธิภาพ พร้อมส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยออกจากห้องพักฟื้น กลับสู่หอผู้ป่วยและกลับบ้านได้อย่างปลอดภัย

#### วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนาแบบบันทึกในการดูแลผู้ป่วยในห้องพักฟื้นได้อย่างมีคุณภาพ
2. เพื่อเป็นข้อมูลสื่อสารกับทีมสหสาขาวิชาชีพในการวางแผนการพยาบาลผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ

#### ระยะเวลาดำเนินการ

เดือน เมษายน 2567 ถึงเดือน กันยายน 2567

#### กลุ่มเป้าหมาย

พยาบาลวิชาชีพและวิสัญญีพยาบาลทุกคนที่ปฏิบัติหน้าที่ดูแลผู้ป่วยห้องพักฟื้นของกลุ่มงานการพยาบาลวิสัญญี โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว

#### ขั้นตอนการดำเนินการ

- 1.ศึกษาค้นคว้าจากเอกสารตำราวิชาการ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
- 2.ทบทวนปัญหาและข้อบกพร่องของแบบบันทึกการดูแลผู้ป่วยในห้องพักฟื้น
- 3.นำเสนอปัญหาในหน่วยงานและรับฟังข้อเสนอแนะและปัญหาที่พบในการทำงานที่ผ่านมา
- 4.ดำเนินการทดลอง จัดทำแบบแผนบันทึกการดูแลผู้ป่วยในห้องพักฟื้นแบบที่พัฒนาจากแบบเดิม

5. นำโครงสร้างแบบบันทึกการดูแลผู้ป่วยในห้องพักพื้นที่พัฒนาจากเดิมเสนอที่ประชุมในหน่วยงาน เพื่อพิจารณาปรับปรุงและแก้ไขเพื่อให้ใช้งานได้อย่างมีประสิทธิภาพและตรงกับความต้องการ

6. นำโครงสร้างแบบบันทึกการดูแลผู้ป่วยในห้องพักพื้นที่พัฒนาแล้วมาตรวจสอบความถูกต้องก่อนทดลองใช้งาน

7. ทดลองใช้แบบดูแลผู้ป่วยในห้องพักพื้นที่พัฒนาและปรับปรุงแล้ว

8. ติดตามประเมินหลังการใช้งานและนำปัญหาที่พบมาทบทวนแก้ไข

9. นำแบบบันทึกการดูแลผู้ป่วยในห้องพักพื้นที่พัฒนาปรับปรุงแล้วมาใช้งาน

#### 4. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

1. ผู้ป่วยหลังการให้ยาระงับความรู้สึกได้รับการดูแลในห้องพักพื้นที่มีความปลอดภัยทุกราย

2. พยาบาลวิชาชีพและวิสัญญีพยาบาลพึงพอใจแบบบันทึกผู้ป่วยในห้องพักพื้นที่พัฒนาและปรับปรุง  
ขึ้นใหม่

#### 5. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

1. มีแบบบันทึกการดูแลผู้ป่วยในห้องพักพื้นที่พัฒนา มีคุณภาพเหมาะสมจำนวน 1 ชุด

2. วิสัญญีพยาบาลและพยาบาลวิชาชีพ ใช้แบบบันทึกการดูแลผู้ป่วยในห้องพักพื้นที่พัฒนาปรับปรุงได้

100 เปอร์เซ็นต์

(ลงชื่อ)..... *ดลฤดี* *ชื่อสัตย์* .....

(นางสาวดลฤดี ชื่อสัตย์)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาลวิสัญญี)

(วันที่) *21* / *สิงหาคม* / *2566* .....

ผู้ขอประเมิน