

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

1. เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยโรคไส้เลื่อนที่ได้รับการผ่าตัดโดยใช้แผ่นสารสังเคราะห์เย็บปิดรู
2. ระยะเวลาที่ดำเนินการ ตั้งแต่วันที่ 29 พฤษภาคม 2566 ถึงวันที่ 1 มิถุนายน 2566 รวมระยะเวลาดูแล 4 วัน
3. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการ

บทนำ

ในปัจจุบันโรคไส้เลื่อนเป็นปัญหาที่ควรได้รับการแก้ไขให้ถูกต้อง เนื่องจากส่งผลกระทบกับการใช้ชีวิตประจำวัน บางรายไส้เลื่อนอาจยุบเข้าช่องท้องได้เองโดยเมื่อใช้มือดันบริเวณก้อนเบาๆ แต่บางรายอาจไม่สามารถยุบเข้าช่องท้องได้ นอกจากนั้นอาการของโรคไส้เลื่อนที่เห็นได้ชัดที่สุดก็คือ ผู้ป่วยรู้สึกมีก้อนลักษณะตุ่มอยู่บริเวณที่ลำไส้เคลื่อนตัวออกมา และมีอาการเจ็บโดยเฉพาะเวลา ที่ก้มตัว ไอ หรือยกสิ่งของ บางรายอาจมีความผิดปกติ ที่ช่องท้อง รู้สึกแน่นท้อง หรือมีอาการปวดแสบปวดร้อน หากมีอาการไส้เลื่อนที่บริเวณกระบังลม อาจทำให้เกิดภาวะกรดไหลย้อน เจ็บหน้าอก หรือมีปัญหาในการกลืน ผู้ป่วยบางรายอาจไม่มีอาการใดๆเลย มีแต่เพียงอาการให้เห็นภายนอกเท่านั้น ทั้งนี้หากผู้ป่วยมีอาการเจ็บบริเวณที่เป็นไส้เลื่อนอย่างเฉียบพลันหรือภาวะไส้เลื่อนเดิมที่เป็นหนักขึ้น โดยมักพบว่าผู้ป่วยมีอาการอาเจียน ท้องผูก มีแก๊สในกระเพาะอาหาร หรือบริเวณที่ไส้เลื่อนออกมาตุ่มที่ผื่นหน้าท้อง มีลักษณะแข็ง จนไม่สามารถใช้มือกดบริเวณที่เป็นก้อนลงไปได้ อาจเป็นสัญญาณว่าเลือดไม่สามารถไหลเวียนไปเลี้ยงลำไส้ในบริเวณที่เป็นไส้เลื่อนได้ เกิดอาการบวม เสี่ยงต่อภาวะลำไส้ตาย จะต้องได้รับการผ่าตัดอย่างเร่งด่วน (จันทิมา ภูมาลี, 2563) ซึ่งการผ่าตัดดังกล่าวส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย ทั้งด้านร่างกาย ปวดแผลผ่าตัด ด้านจิตใจ เกิดความกลัว และวิตกกังวล ตลอดจนจนเป็นการสูญเสียรายได้จากการพักรักษาตัว เป็นต้น จากสถิติการผ่าตัดไส้เลื่อนในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว พบว่า มีผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดไส้เลื่อน ในปี 2564 – 2566 มีจำนวน 50, 62 และ 71 ราย ตามลำดับ จะเห็นได้ว่ามีผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดยังคงมีอย่างต่อเนื่องและเพิ่มมากขึ้น ผู้จัดทำเล็งเห็นความสำคัญของปัญหา จึงศึกษากรณีศึกษาขึ้น โดยการทบทวนวรรณกรรม วิเคราะห์และติดตามดูแลต่อเนื่องเพื่อศึกษาหาแนวทางการพยาบาล เพื่อให้พยาบาลที่ดูแลได้ใช้แนวทางในการดูแลต่อไป และไม่เกิดความเสียหายหรือเกิดน้อยที่สุด

ไส้เลื่อนบริเวณขาหนีบ

ความหมายของโรค

โรคไส้เลื่อนบริเวณขาหนีบ (Inguinal hernia) หมายถึง ภาวะที่ลำไส้เลื่อนออกนอกช่องท้องผ่านผนังช่องท้องที่อ่อนแอทำให้ลำไส้เลื่อนออกมาภายนอก บริเวณขาหนีบ หรือในบางรายอาจลงไปถึงอวัยวะ (จันทิมา ภูมาลี, 2563)

พยาธิสภาพ

โรคไส้เลื่อนบริเวณขาหนีบ เกิดจากการที่อวัยวะหรือส่วนหนึ่งส่วนใดของอวัยวะในช่องท้อง ยื่นออกจากช่องท้องผ่านทางผนังหน้าท้องที่มีรูเปิดผิดปกติ หรือส่วนผนังช่องท้องที่อ่อนแอ ซึ่งพบได้บ่อยบริเวณขาหนีบ ที่มีลำไส้เล็กยื่นออกมา ก้อนมักจะนูนออกมา หรือคลำได้ในขณะยืน เดิน วิ่ง ออกกำลังกาย ไอ จาม หรือยกของหนัก ไส้เลื่อนอาจยุบเข้าช่องท้องได้เอง โดยเวลานอนใช้มือดันบริเวณก้อนเบาๆ แต่บางรายอาจไม่สามารถยุบเข้าช่องท้องได้เกิดเป็นภาวะฉุกเฉิน เรียกว่า ไส้เลื่อนติดคา (Incarcerated hernia) ที่ผู้ป่วยต้องรีบมาพบแพทย์เพื่อผ่าตัด (รสสุคนธ์ เรืองโพน และคณะ, 2559)

ชนิดของไส้เลื่อน

ชนิดของไส้เลื่อน แบ่งออกตามตำแหน่ง และอาการที่เกิดขึ้นที่พบบ่อย ได้แก่

1. บริเวณสะดือ (umbilical hernia) หรือสะดือจุ่น มีอาการตั้งแต่แรกเกิด เมื่อเด็กร้องไห้จะเห็นสะดือโป่ง ไม่มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรง และหายได้เองก่อนอายุ 2 ปี

2. บริเวณขาหนีบ (inguinal hernia) พบได้บ่อยในเด็กโตและผู้ใหญ่ พบในเพศชายมากกว่าเพศหญิง แม้ว่าหน้าท้องตรงบริเวณขาหนีบ จะอ่อนแอมาแต่กำเนิด แต่อาการของไส้เลื่อนจะปรากฏเมื่อย่างเข้าสู่วัยหนุ่มสาวหรือวัยกลางคน หรือเมื่อเป็นโรคต่อมลูกหมากโต โรคไธเรอยด์ ซึ่งไส้เลื่อนบริเวณขาหนีบ แบ่งได้ 2 ชนิด คือ

2.1 ภาวะที่มีไส้เลื่อนออกมาตามรูเปิดบริเวณขาหนีบ (Indirect inguinal hernia) ซึ่งอาจต่อเนื่องไปยังถุงอัณฑะได้

2.2 ภาวะไส้เลื่อนบริเวณขาหนีบ ซึ่งเกิดจากการที่ผนังหน้าท้องส่วนล่างหย่อนยาน ทำให้มีลำไส้ยื่นออกมาบริเวณหัวเหน่า (Direct inguinal hernia)

3. ไส้เลื่อนที่เกิดหลังผ่าตัด (incisional hernia) พบในผู้ป่วยภายหลังได้รับการผ่าตัดช่องท้อง เมื่อแผลหายแล้ว ผนังหน้าท้องในบริเวณผ่าตัดเกิดหย่อนกว่าปกติ ทำให้ไส้เลื่อนไหลทะลักเป็นก้อนโป่งบริเวณนั้น อาจไม่พบภาวะแทรกซ้อนรุนแรง แต่ควรรักษาเพื่อให้ผนังหน้าท้องแข็งแรงเป็นปกติด้วยการผ่าตัดซ่อมผนังหน้าท้อง (สุนารี ใบยา, 2559)

สาเหตุ

เกิดจากความอ่อนแอของผนังหน้าท้อง หรือเกิดจากการที่ผนังหน้าท้องมีช่องเปิดตามธรรมชาติ ซึ่งเป็นทางออกของเลือดที่มาจากถุงอัณฑะ 2 ข้าง ซึ่งรูนี้จะปิดไปเองโดยธรรมชาติในระหว่างอยู่ในครรภ์มารดา แต่ผู้ป่วยไส้เลื่อนรูนี้ไม่ปิด จึงทำให้ไส้เลื่อนออกมาทางรูเปิดนี้และเป็นสาเหตุที่ทำให้พบโรคไส้เลื่อน เป็นในเพศชายมากกว่าเพศหญิง โดยมีปัจจัยส่งเสริมทำให้เกิดโรค คือ มีแรงดันในช่องท้องเพิ่มมากขึ้น เช่น

- บุคคลที่มีน้ำหนักตัวมาก
- ยกของหนักเป็นประจำ
- ต่อมลูกหมากโต เบ่งปัสสาวะเป็นประจำ หรือท้องผูก เบ่งถ่ายอุจจาระเป็นประจำ
- ภาวะที่เกิดน้ำในช่องท้องมากๆ
- ผู้ที่ไอเรื้อรัง เช่น โรคถุงลมโป่งพอง

อาการและอาการแสดง

ไส้เลื่อนที่ขาหนีบ มีอาการเป็นก้อนบวมตุงบริเวณขาหนีบหรือถุงอัณฑะอาการจะแสดงเวลาที่เกิดแรงดันในช่องท้องสูง เช่น ไอ จาม ยกของหนัก หรือเบ่งถ่าย เวลานอนหงายก้อนจะเล็กลง หรือยุบหายไป ก้อนมีลักษณะนุ่ม โดยไม่มีอาการเจ็บปวดแต่อย่างใด (รัตติยา โตทิณา, 2556)

ภาวะแทรกซ้อนของไส้เลื่อน

ภาวะแทรกซ้อนของไส้เลื่อนที่สำคัญได้แก่

1. incarcerated hernia เป็นภาวะที่ลำไส้เคลื่อนออกมาแล้วไม่สามารถดันกลับเข้าไปในช่องท้องได้
2. strangulated hernia เป็นภาวะที่ลำไส้มีการบิดตัว ทำให้ลำไส้เกิดการขาดเลือดไปเลี้ยง และเกิดการเน่าของลำไส้ตามมา ผู้ป่วยจะมีอาการปวดบิดทั่วท้องมาก เวลาขยับตัวจะปวดมากขึ้น มีไข้ คลื่นไส้ อาเจียน บางรายอาจพบภาวะความดันโลหิตต่ำ
3. bowel obstruction เป็นภาวะที่เกิดขึ้นเมื่ออุจจาระไม่สามารถเคลื่อนผ่านลำไส้นี้ได้ ผู้ป่วย จะมีอาการปวดมวนท้อง คลื่นไส้ อาเจียน ท้องอืด ไม่ผายลม (รัตติยา โตทิณา, 2556)

การรักษา

วิธีการรักษาไส้เลื่อนโดยไม่ต้องผ่าตัดคือ การใช้สายเข็มขัดพยุง สายรัด หรือตัวยึดเพื่อทำให้เกิดแรงกดเบาๆ และป้องกันภาวะแทรกซ้อนในอนาคต อย่างไรก็ตามยังมีความเป็นไปได้ในการเกิดไส้เลื่อนขึ้นอีก ดังนั้นวิธีที่มีประสิทธิภาพในการรักษาไส้เลื่อนคือการผ่าตัด โดยมีจุดประสงค์เพื่อปิดช่องให้สนิท การผ่าตัดมี 2 วิธี ได้แก่

1. การผ่าตัดเย็บซ่อมแซมรูหรือจุดอ่อนของผนังหน้าท้องส่วนที่มีไส้เลื่อน (Herniorrhaphy)
2. การผ่าตัดแก้ไขภาวะไส้เลื่อนโดยใช้แผ่นสารสังเคราะห์เย็บปิดรู หรือเสริมความแข็งแรงของผนังหน้าท้องส่วนนั้นๆ (Hernioplasty)

โรคไส้เลื่อนที่ได้รับการผ่าตัดโดยใช้แผ่นสารสังเคราะห์เย็บปิดรู (Hernioplasty)

ในผู้ป่วยโรคไส้เลื่อนที่ได้รับการผ่าตัดแก้ไขภาวะไส้เลื่อนโดยใช้แผ่นสารสังเคราะห์เย็บปิดรู หรือเสริมความแข็งแรงของผนังหน้า ท้องส่วนนั้นๆ (Hernioplasty สามารถผ่าตัดได้ 2 วิธีคือ

- การผ่าตัดแบบเปิดหน้าท้อง การผ่าตัดแบบดั้งเดิมเพื่อซ่อมแซมเนื้อเยื่อหรือเย็บให้กล้ามเนื้อติดกัน

วิธีนี้ทำอาจให้ผู้ป่วยเจ็บปวดมากและมีอัตราการกลับมาเป็นซ้ำประมาณ 5% ด้วยเทคนิคสมัยใหม่ แพทย์จะใช้ตาข่ายหรือวัสดุสังเคราะห์เพื่อยึดให้ไส้เลื่อนอยู่กับที่จนกว่าจะหายดี เนื้อเยื่อใหม่จะผสานกับตาข่ายเพื่อยึดเข้ากับกล้ามเนื้อตาข่ายมีส่วนช่วยป้องกันไม่ให้ไส้เลื่อนดันออกมา แพทย์ใช้วิธีการรักษาด้วยตาข่ายเพื่อซ่อมแซมไส้เลื่อนมานานกว่า 20 ปี และมีอัตราการกลับมาเป็นซ้ำลดลงเหลือน้อยกว่า 1%

- การผ่าตัดผ่านกล้อง (Laparoscopic hernioplasty) เดิมทีตาข่ายนั้นนำมาใช้ในการผ่าตัดแบบเปิดหน้าท้อง ปัจจุบันยังคงนำตาข่ายมาใช้กับเทคนิคใหม่ด้วย คือการผ่าตัดผ่านกล้อง หรือการผ่าตัดแบบแผลเล็ก ขนาดเท่ารูกุญแจ วิธีนี้ศัลยแพทย์จะเจาะรูเล็กๆ และทำการซ่อมแซมไส้เลื่อนโดยสอดกล้องขนาดเล็กเข้าไปในร่างกายเพื่อดูตำแหน่ง โดยสามารถใช้ตาข่ายขนาดใหญ่ในการผ่าตัดเพื่อการยึดเกาะที่มากขึ้น การซ่อมแซมไส้เลื่อนโดยการส่องกล้อง เป็นการผ่าตัดแบบแผลเล็กจึงทำให้ผู้ป่วยเจ็บแผลน้อยลง (ชินวัตร วิสุทธิแพทย์, 2566)

ข้อดีของการผ่าตัดไส้เลื่อนด้วยวิธีส่องกล้อง

1. แผลเล็ก
2. เจ็บแผลหลังผ่าตัดน้อยกว่า
3. สามารถกลับไปดำเนินชีวิตตามปกติได้เร็วขึ้น

การพยาบาล

หลักการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดประกอบด้วย

1. การพยาบาลผู้ป่วยก่อนผ่าตัด การเตรียมและดูแลผู้ป่วยทั่วไปก่อนรับการผ่าตัด
 - 1.1 เริ่มจากการสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและญาติโดยการซักถามข้อมูล ตลอดจนการสังเกตอาการ ต่างๆ ของผู้ป่วยให้ถูกต้องและชัดเจน และควรซักถามจากญาติผู้ป่วยเพิ่มเติม
 - 1.2 แนะนำให้ผู้ป่วยรู้จักสถานที่ สิ่งแวดล้อมต่างๆ ในหอผู้ป่วย ประเมินค่าสัญญาณชีพ ชั่งน้ำหนัก เตรียม
 - 1.3 ให้ผู้ป่วยเซ็นชื่อยินยอมรับการผ่าตัด พร้อมทั้งมีพยานเซ็นชื่อกำกับไว้ด้วย
 - 1.4 อธิบายถึงการเตรียมตัวผู้ป่วยให้ถูกต้อง เช่น การงดน้ำและอาหารหลังเที่ยงคืนหรือก่อนการผ่าตัด
 - 1.5 การเตรียมผิวหนังบริเวณผ่าตัด
 - 1.6 สอนและแนะนำการออกกำลังกายบนเตียง การลุกเดินโดยเร็ว (early ambulation)
 - 1.7 ดูแลสิ่งแวดล้อมให้สะอาดและน่าอยู่ไม่มีเสียงรบกวนมาก สังเกตอาการผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ การตรวจทางรังสีวิทยา และการตรวจ พิเศษอื่นๆ หากพบอาการผิดปกติควรรายงานให้แพทย์ทราบ (เฉลิมเกียรติ ศรีสุทธาชีพ, 2560)
2. การเตรียมและการดูแลผู้ป่วยในวันผ่าตัด
 - 2.1 การตรวจเยี่ยมผู้ป่วยที่เตรียมการผ่าตัด ซักถามการนอนหลับพักผ่อน ผลการสวนอุจจาระและสังเกต
 - 2.2 ตรวจดูความเรียบร้อยของผิวหนังบริเวณที่จะทำผ่าตัด ว่าได้รับการเตรียมอย่างถูกต้องหรือไม่
 - 2.3 แนะนำให้ถอดของมีค่า ฟันปลอม

- 2.4 บันทึกสัญญาณชีพ อาการและการรักษาพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับในรายงานทางการพยาบาล
- 2.5 ตรวจสอบความเรียบร้อยของเวชระเบียนผู้ป่วย ตลอดจนผลการตรวจต่างๆ
- 2.6 เตรียมเตียงของผู้ป่วยให้อยู่ในสภาพที่พร้อมจะรับผู้ป่วยกลับจากห้องผ่าตัด ควรเตรียมของที่จำเป็น ต้องใช้กับผู้ป่วยให้พร้อม

3. การพยาบาลหลังการผ่าตัด

- 3.1 เมื่อผู้ป่วยออกจากห้องผ่าตัด พยาบาลให้การดูแลผู้ป่วยด้วยการจัดท่านอนศีรษะสูง 30-45 องศา
 - 3.2 ประเมินระดับความรู้สึกตัว
 - 3.3 วัดสัญญาณชีพในระยะแรกหลังการผ่าตัดทุก 15 นาที 4 ครั้ง ทุก 30 นาที 2 ครั้ง และทุก 1 ชั่วโมง
 - 3.4 สังเกตอาการเปลี่ยนแปลงและการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆภายหลังการผ่าตัดที่สำคัญ ได้แก่
 - อาการข้างเคียงหลังได้รับยาระงับความรู้สึก
 - ภาวะช็อกและสูญเสียเลือด
 - แผลผ่าตัดติดเชื้อและการกลับเป็นซ้ำ
 - 3.5 การบรรเทาความเจ็บปวดในระยะ 48 ชั่วโมงแรกหลังการผ่าตัด
 - 3.6 การดูแลเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร น้ำ และความสมดุลของเกลือแร่ โดยแนะนำรับประทานอาหารเหลวใสหลังผ่าตัดช่วงแรก หลังผ่าตัดช่วงแรก ๆ ผู้ป่วยที่มีอาการไม่สุขสบาย เช่น ท้องอืด ท้องเฟ้อ ให้รับประทาน อาหารเหลวใส เช่น น้ำซุ๊ปใส น้ำผลไม้ที่ไม่มีฤทธิ์เป็นกรด เช่น น้ำแอปเปิ้ล น้ำชา เจลลี่ แม้ว่าอาหารเหลวใสจะมี สารอาหารและพลังงานน้อย แต่ช่วยป้องกันการขาดน้ำหลังผ่าตัดได้
 - 3.7 การดูแลด้านจิตใจภายหลังการผ่าตัด ต้องสอนและแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวขณะพักรักษาตัวใน โรงพยาบาลและขณะพักฟื้น (วิลยา ภูตาโดน, 2559)
- การดูแลตนเองและป้องกันโรคไข้เลือด
1. ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นไข้เลือดแล้ว และอยู่ในระหว่างรอรับการผ่าตัดรักษา ควรระวังไม่ให้ ไข้เลือดเกิดภาวะติดเชื้อ เช่น
 - หลีกเลี่ยงการยกของหนัก 1-2 เดือนแรกหลังผ่าตัด
 - ไม่แบ่งถ่ายอุจจาระ และปัสสาวะ
 - ใส่อุปกรณ์หรือกางเกงช่วยกระชับไม่ให้ ไข้เลือดโป่งตุง
 2. ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดรักษาไข้เลือดแล้ว ต้องระวังไม่ให้ไข้เลือดกลับมาเป็นอีก เช่น
 - ลดน้ำหนักในผู้ที่มีโรคอ้วนและน้ำหนักตัวเกิน
 - หลีกเลี่ยงการยกของหนัก
 - รับประทานอาหารมีกากใยเพื่อหลีกเลี่ยงภาวะท้องผูก ไม่แบ่งถ่ายอุจจาระหรือปัสสาวะ
 - หลังผ่าตัดควรสังเกตอาการผิดปกติ เช่น เลือดออกบริเวณแผลผ่าตัด หรือมีรอยบวมแดงร้อนรอบ แผลผ่าตัดและปวด หากมีอาการผิดปกติควรรีบปรึกษาแพทย์

4. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

4.1 สรุปสาระสำคัญ

กรณีศึกษา

ผู้ป่วยชายไทย อายุ 83 ปี ภูมิลำเนา จังหวัดสระแก้ว มีโรคประจำตัว ความดันโลหิตสูง รับประทานยาต่อเนื่อง ไม่ขาดยา ผู้ป่วยให้ประวัติว่า 7 ปีก่อนมาโรงพยาบาล อันตะข้างขาขวามือโต มีอาการปวด จึงมารับการตรวจรักษาที่โรงพยาบาลประจำจังหวัด แพทย์วินิจฉัยเป็นโรคไส้เลื่อนบริเวณขาหนีบข้างขวา พิจารณานอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลเพื่อทำการผ่าตัด Right Hernioplasty เป็นครั้งแรก 6 ปีก่อนมาโรงพยาบาล อันตะข้างขาขวามือโต มีอาการปวดบริเวณขาหนีบและอันตะ แพทย์วินิจฉัยเป็นโรคไส้เลื่อนบริเวณขาหนีบข้างขวา พิจารณาทำการผ่าตัด Right Hernioplasty ซ้ำเป็นครั้งที่ 2 และ 1 วันก่อนมาโรงพยาบาล อันตะข้างขาขวามือโต มีอาการปวดมากขึ้น จึงมาโรงพยาบาล

แรกวันที่หอบผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลประจำจังหวัด ดูแลเจาะเลือด BUN Creatinine Electrolyte CBC ตรวจ EKG และส่ง CXR ตามแผนการรักษาของแพทย์ สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.5 องศาเซลเซียส อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที อัตราการเต้นของหัวใจ 74 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 110/69 มิลลิเมตรปรอท ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในกระแสเลือด 98 % ประเมินอาการปวดอันตะ Pain score = 7 คะแนน ดูแลให้ยา Morphine 3 mg ฉีดเข้าหลอดเลือดดำทันที ตามแผนการรักษาของแพทย์ ประเมินและเฝ้าระวังผลข้างเคียงจากยา ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ไม่มีซึมสับสน ไม่มีหายใจช้า อัตราการหายใจ อยู่ในช่วง 18 - 20 ครั้งต่อนาที ประเมินมีอาการปวดซ้ำหลังฉีดยา 15 นาที ผู้ป่วยอาการทุเลา Pain score = 3 คะแนน แพทย์พิจารณาให้อนุรักษัตวในโรงพยาบาลที่หอบผู้ป่วยศัลยกรรมชาย

แรกวันที่หอบผู้ป่วยศัลยกรรมชายและรับไว้ในความดูแล ผู้ป่วยรู้สึกตัวดีถามตอบรู้เรื่อง ทำตามคำสั่งได้ สีหน้าวิตกกังวล สัญญาณชีพ อุณหภูมิร่างกาย 37.1 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 80 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 110/62 มิลลิเมตรปรอท ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในกระแสเลือด 98 % มีอาการปวดบริเวณอันตะข้างขวา Pain score = 6 คะแนน ดูแลให้ยา Morphine 3 mg ฉีดเข้าหลอดเลือดดำทันที ตามแผนการรักษาของแพทย์ ประเมินและเฝ้าระวังผลข้างเคียงจากยา ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ไม่มีอาการซึมสับสน ไม่มีหายใจช้า อัตราการหายใจ อยู่ในช่วง 18 - 20 ครั้งต่อนาที ประเมินมีอาการปวดซ้ำ หลังฉีดยา 15 นาที ผู้ป่วยอาการทุเลา Pain score = 3 คะแนน ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการผ่าตัด ดูแล Set OR for Right Hernioplasty ในวันที่ 30 พฤษภาคม 2566 ตามแผนการรักษาของแพทย์ ให้การพยาบาลโดยการสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยและญาติ ให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและญาติในการเข้าเยี่ยม ให้ข้อมูลเกี่ยวกับแผนการรักษา ตลอดจนการแนะนำการปฏิบัติตัวเพื่อเตรียมความพร้อมก่อนการผ่าตัด แนะนำผู้ป่วยให้งดรับประทานอาหารและน้ำหลังเที่ยงคืน ดูแลให้สารน้ำ 0.9% NSS 1,000 มิลลิลิตร ในอัตราการไหล 80 มิลลิลิตร/นาที ทางหลอดเลือดดำ ทำความสะอาดร่างกายทั่วไปโดยเฉพาะบริเวณขาหนีบทั้ง 2 ข้าง แนะนำการถอดฟันปลอม, ของมีค่าและกางเกงในก่อนมาห้องผ่าตัด ลงชื่อใบยินยอมให้แพทย์ทำการผ่าตัด ชักประวัติการรับประทานยาห้ามการแข็งตัวของเลือด ซึ่งผู้ป่วยไม่มีประวัติการใช้ยาละลายลิ่มเลือดใดๆ เปิดโอกาสให้สอบถามข้อมูล ผู้ป่วยและญาติรับทราบข้อมูลคลายความวิตกกังวลลงเล็กน้อย

รับไว้ในความดูแลวันที่ 2 ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ช่วยเหลือตนเองได้บนเตียง สีหน้าอ่อนเพลีย มีอาการปวดบริเวณอันตะเล็กน้อย Pain score = 3 คะแนน ผู้ป่วยและญาติมีความกังวลในการผ่าตัด การพยาบาลที่ให้การให้ข้อมูลเกี่ยวกับการผ่าตัด การให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวก่อนและหลังการผ่าตัด ตลอดจนภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้ ให้กำลังใจผู้ป่วยและญาติเพื่อให้สามารถผ่านพ้นระยะความกลัวนี้ไปได้ เตรียมความพร้อมทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ก่อนไปห้องผ่าตัด สัญญาณชีพ อุณหภูมิร่างกาย 37.0 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 84 ครั้ง/นาที อัตราการ

หายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 179/110 มิลลิเมตรปรอท ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในกระแสเลือด 99 % มีอาการปวดศีรษะเล็กน้อย ดูแลให้ยา Enalapril 1 เม็ดรับประทานทันทีก่อนเข้าห้องผ่าตัด วัดความดันโลหิตซ้ำหลังรับประทานยา 1 ชั่วโมง ความดันโลหิต 129/70 มิลลิเมตรปรอท เวลา 11.30 น. ส่งผู้ป่วยไปห้องผ่าตัด ผู้ป่วยใช้ระยะเวลาในการผ่าตัด Right Hernioplasty เป็นเวลา 1 ชั่วโมง มี Blood loss 20 มิลลิตร ไม่มีภาวะแทรกซ้อนขณะผ่าตัด รับผู้ป่วยกลับจากห้องผ่าตัดเวลา 14.00 น. ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ทำตามคำสั่งได้ E4V5M6 มีอาการอ่อนเพลียเล็กน้อย สัญญาณชีพ อุณหภูมิร่างกาย 36.7 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 76 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 110/64 มิลลิเมตรปรอท ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในกระแสเลือด 99 % ดูแลติดตามสัญญาณชีพ ทุก 15 นาที 4 ครั้ง ทุก 30 นาที 2 ครั้ง และทุก 1 ชั่วโมง จนผู้ป่วยอาการคงที่ จึงติดตามสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง เฝ้าระวังและประเมินอาการของผู้ป่วยหลังการผ่าตัด ไม่พบภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัด เช่น ไม่มีอาการปวดศีรษะ หรือซึมไม่รู้สึกตัวจากการใช้ยาระงับความรู้สึก ไม่มีเลือดซึมหรือก้อนเลือดบริเวณแผลผ่าตัด เป็นต้น แนะนำผู้ป่วยให้นอนราบ 6-8 ชั่วโมง โดยสามารถพลิกตะแคงตัวได้ อาการชาจะคงอยู่ 5-6 ชั่วโมง หลีกเลี่ยงการลุกหรือเคลื่อนไหวรวดเร็ว เพราะจะทำให้มีอาการหน้ามืดและปวดศีรษะได้ ประเมินอาการปวดแผล ผู้ป่วยรู้สึกปวดบริเวณแผลผ่าตัด Pain score = 6 คะแนน ดูแลให้ยา Morphine 3 mg ฉีดเข้าหลอดเลือดดำทันที ตามแผนการรักษาของแพทย์ ประเมินและเฝ้าระวังผลข้างเคียงจากยา ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ไม่มีอาการซึมสับสน ไม่มีหายใจช้า อัตราการหายใจ อยู่ในช่วง 18 - 20 ครั้งต่อนาที ประเมินมีอาการปวดช้า หลังฉีดยา 15 นาที ผู้ป่วยอาการทุเลา Pain score = 3 คะแนน ดูแลให้ผู้ป่วยพักผ่อน

รับไว้ในความดูแลวันที่ 3 หลังผ่าตัดวันแรก ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี มีอาการปวดแผลเล็กน้อย Pain score = 3 คะแนน ดูแลให้รับประทานยา Paracetamol 500 มิลลิกรัม 1 เม็ดทันที ประเมินซ้ำหลังรับประทานยา 30 นาที อาการปวดทุเลา บริเวณแผลไม่มีเลือดซึม ดูแลให้การพยาบาลโดยการให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด แนะนำการสังเกตอาการผิดปกติ เช่น มีไข้ ปวดบริเวณแผลผ่าตัดมากขึ้น มีก้อนเลือดหรือเลือดซึมบริเวณแผลผ่าตัด ให้รีบแจ้งแพทย์หรือพยาบาลทันที แนะนำการออกกำลังกายหลังการผ่าตัด (Early Ambulate) เป็นต้น ผู้ป่วยและญาติรับทราบเข้าใจ ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เดินเข้าห้องน้ำได้ แผลผ่าตัดไม่มีเลือดซึม มีอาการปวดแผลเล็กน้อย สัญญาณชีพ อุณหภูมิร่างกาย 36.9 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 78 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 18 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 169/94 มิลลิเมตรปรอท ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในกระแสเลือด 98 % ดูแลให้ยา Enalapril 5 มิลลิกรัม รับประทานครั้งละ 1 เม็ด หลังอาหารเข้าทันที วัดความดันโลหิตซ้ำหลังรับประทานยา 1 ชั่วโมง ความดันโลหิต 134/76 มิลลิเมตรปรอท ผู้ป่วยไม่มีอาการปวดศีรษะ ตาพร่ามัว

รับไว้ในความดูแลวันที่ 4 หลังผ่าตัดวันที่ 2 ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี สีสหน้าอิมแยมแจ่มใส ไม่มีอาการปวดแผล สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง ผู้ป่วยและญาติสีหน้าวิตกกังวลเล็กน้อย ชักถามเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน การพยาบาลที่ให้คือการเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่าย เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติสามารถกลับไปดูแลตนเองที่บ้านได้อย่างถูกต้อง แนะนำหลีกเลี่ยงการยกของหนักหลังการผ่าตัด 4-6 สัปดาห์ รับประทานอาหารที่มีประโยชน์โดยเฉพาะผักผลไม้ เพราะมีกากใยสูงช่วยเรื่องของระบบขับถ่ายและป้องกันภาวะน้ำหนักรุนแรงเกินเกณฑ์มาตรฐาน หลีกเลี่ยงการเบ่งปัสสาวะหรืออุจจาระ รวมทั้งการไอ จาม ผายลม หรือหาวอย่างรุนแรง หากมีอาการปวดแผล สามารถรับประทานยา Paracetamol 500 มิลลิกรัม 1 เม็ด เมื่อมีอาการปวด ทุก 4 - 6 ชั่วโมงได้ เลือกเครื่องแต่งกายที่มีขนาดกระชับ เพื่อลดการเสียดสีบริเวณแผล ป้องกันแผลติดเชื้อ ด้วยการระมัดระวังความเปียกชื้นจากน้ำ หลีกเลี่ยงการแกะหรือเกาบริเวณแผลผ่าตัด หากมีความผิดปกติ เช่น หนอง เลือด หรืออาการปวดรุนแรง ควรรีบมาพบแพทย์ ผู้ป่วยและญาติรับทราบเข้าใจ สีสหน้าอิมแยมแจ่มใส แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้ในวันที่ 1 มิถุนายน 2566 และนัดตรวจติดตามการรักษาในวันที่ 19 มิถุนายน 2566 ที่คลินิกศัลยกรรมทั่วไป รวมระยะเวลาการรักษาตัวในโรงพยาบาล 3 วัน และระยะเวลาที่รับไว้ดูแลทั้งหมด 4 วัน

4.2 ขั้นตอนการดำเนินการ

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

4.3. เป้าหมายของงาน

เพื่อให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคไส้เลื่อนที่ได้รับการผ่าตัดโดยใช้แผ่นสารสังเคราะห์เย็บปิดรู ให้ได้รับความปลอดภัยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน

5. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

5.1 ผลสำเร็จของงานเชิงปริมาณ

ให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคไส้เลื่อนที่ได้รับการผ่าตัดโดยใช้แผ่นสารสังเคราะห์เย็บปิดรู จำนวน 1 ราย รับไว้ใน การดูแลตั้งแต่วันที่ 29 พฤษภาคม 2566 เวลา 11.00 น. ถึงวันที่ 1 มิถุนายน 2566 เวลา 12.00 น.รวมระยะเวลาที่ อยู่ในความดูแล 4 วัน

5.2 ผลสำเร็จของงานเชิงคุณภาพ

1. ผู้ป่วยและญาติมีความพึงพอใจในการให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคไส้เลื่อนที่ได้รับการผ่าตัดโดยใช้แผ่นสารสังเคราะห์เย็บปิดรู
2. ผู้ป่วยโรคไส้เลื่อนที่ได้รับการผ่าตัดโดยใช้แผ่นสารสังเคราะห์เย็บปิดรู ได้รับการดูแลที่ถูกต้องตามมาตรฐาน การพยาบาล ปลอดภัย ไม่มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรงที่คุกคามชีวิต

6. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

1. เพื่อเป็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคไส้เลื่อนที่ได้รับการผ่าตัดโดยใช้แผ่นสารสังเคราะห์เย็บปิดรู
2. ใช้ในการพัฒนาระบบการพยาบาลผู้ป่วยโรคไส้เลื่อนที่ได้รับการผ่าตัดโดยใช้แผ่นสารสังเคราะห์เย็บปิดรู ให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน
3. เป็นแนวทางประกอบการนิเทศงานบุคลากรทางการพยาบาล

7. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

เนื่องจากผู้ป่วยมีอายุมาก ประกอบกับการรักษาที่ต้องได้รับการผ่าตัดซ้ำเป็นครั้งที่ 2 ดังนั้นทั้งตัวผู้ป่วยและญาติ จึงเกิดความกลัวและวิตกกังวลเป็นอย่างมาก เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติผ่านพ้นระยะนี้ไปได้ จึงจำเป็นต้องดูแลผู้ป่วยครบองค์รวม ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ซึ่งต้องใช้ทักษะในการให้การพยาบาลค่อนข้างสูง รวมถึงต้องมีการให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรค ตลอดจนแผนการรักษาซ้ำๆ หลายครั้ง จึงจะทำให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจ

8. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

1. ผู้ป่วยและญาติมีความกลัวและวิตกกังวลมาก จึงเป็นปัญหาในการรับรู้ข้อมูลจากพยาบาล ซึ่งต้องใช้ระยะเวลาพอสมควร ในการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและญาติ

2. ผู้ป่วยและญาติพร้อมความรู้ความเข้าใจในพยาธิสภาพของโรค ตลอดจนการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องและเหมาะสมเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน เนื่องจากโรคไส้เลื่อนมีโอกาสกลับเป็นซ้ำได้สูง หากมีการปฏิบัติตัวที่ไม่ถูกต้องเหมาะสม

9. ข้อเสนอแนะ

1. ผู้ป่วยและญาติยังพร้อมความรู้ความเข้าใจในการดูแลตนเองที่ถูกต้อง ดังนั้นสิ่งสำคัญคือการให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัว ให้ผู้ป่วยและญาติสามารถดูแลตนเองได้อย่างถูกต้องและเหมาะสมเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน เพื่อลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนและการกลับเป็นซ้ำ

2. การดูแลผู้ป่วยโรคไส้เลื่อนที่ได้รับการผ่าตัดโดยใช้แผ่นสารสังเคราะห์เย็บปิดรู ที่กลับเป็นซ้ำ ควรส่งเสริมให้ครอบครัวมีส่วนสำคัญในการดูแล การพูดคุยให้กำลังใจซึ่งกันและกัน เกิดความเชื่อมั่นในการดูแลตนเอง ช่วยลดความเครียดและวิตกกังวลลงได้

3. ในการให้การพยาบาลผู้ป่วยและญาติ ที่มีการกลับเป็นซ้ำของโรค โดยเฉพาะต้องได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดซ้ำ เป็นสิ่งที่สร้างความกังวลใจให้แก่ผู้ป่วยและญาติเป็นอย่างมาก ดังนั้นพยาบาลจึงควรมุ่งเน้นการดูแลแบบองค์รวม ที่ไม่ใช่แค่เพียงการดูแลด้านร่างกายของผู้ป่วยเท่านั้น แต่ยังคงเข้าใจความเป็นไปของผู้ป่วยและญาติด้วย จึงควรฝึกฝนทักษะเพื่อสะสมประสบการณ์อยู่เสมอ เพื่อให้พร้อมรับมือกับการดูแลผู้ป่วยในทุกรูปแบบต่อไป

10. การเผยแพร่ผลงาน

ประชุมวิชาการประจำเดือนในหน่วยงาน

11. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน

นางสาวภริญญา คิตเห็น สัตส่วนของผลงาน ร้อยละ 100

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ)..... ภริญญา คิตเห็น

(นางสาวภริญญา คิตเห็น)

พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

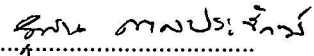
(วันที่)..... 29 / สิงหาคม / 2563

ผู้ขอประเมิน

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
นางสาวกิริยา คิตเห็น	กิริยา คิตเห็น

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ)..... 

(นางยุพิน ถกลประจักษ์)

(ตำแหน่ง) หัวหน้าหอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย

(วันที่)..... 29 / สิงหาคม / 2567

ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

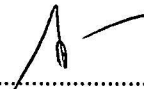
(ลงชื่อ)..... 

(นางสาวรัตนา ด้านปรีดา)

(ตำแหน่ง) หัวหน้าพยาบาล (พยาบาลวิชาชีพเชี่ยวชาญ)

(วันที่)..... 29 / ส.ค. / 67

ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ)..... 

(นายสมคิด ยืนประโคน)

(ตำแหน่ง) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว

(วันที่)..... ๕ / สิงหาคม / ๒๕๖๗

ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป

(ลงชื่อ).....  นพ. สจจ

(นางดารารัตน์ ไหวงศ์)

นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ(ด้านส่งเสริมพัฒนา)
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว

(วันที่)..... 15 ส.ค. 2567

แบบเสนอแนวคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน (ระดับชำนาญการ)

1.เรื่อง นวัตกรรมรถเข็นใส่ขวด ICD เพื่อป้องกันภาวะปอดแฟบ

2.หลักการและเหตุผล

โรคระบบทางเดินหายใจเป็นปัญหาที่สาธารณสุขให้ความสำคัญ โดยเฉพาะในประเทศไทยนั้นมีข้อมูลจากกระทรวงสาธารณสุขในปี พ.ศ. 2563 พบว่าโรคระบบทางเดินหายใจเป็นสาเหตุการตายอันดับ 3 ของประเทศ ดังนั้น แนวทางการรักษาหลักในผู้ป่วยระบบหายใจ จึงเป็นการใส่สายระบายทรวงอก(chest tube insertion, tube thoracostomy หรือ Intercostal drainage : ICD) คือการใส่สายเข้าไปยังช่องเยื่อหุ้มปอด (pleural cavity) มีวัตถุประสงค์เพื่อระบายอากาศ เลือด หรือสารเหลวออกจากช่องเยื่อหุ้มปอด ให้ความดันในช่องเยื่อหุ้มปอดกลับสู่สภาพความดันลบตามปกติ เป็นการส่งเสริมการขยายตัวของปอด โดยจะใส่ท่อระบายทรวงอกคาไว้จนกระทั่งปอดขยายตัวได้ดี จึงจะถอดท่อระบายออกได้ขณะที่ผู้ป่วยใส่ท่อระบายทรวงอกไว้นั้น อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนหลายอย่าง เช่น ปอดแฟบ (Atelectasis) ปอดอักเสบ (Pneumonia) ภาวะอากาศอัดดันในช่องเยื่อหุ้มปอด (Tension Pneumothorax) เป็นต้น ดังนั้นแนวทางปฏิบัติที่สำคัญคือการกระตุ้นให้ผู้ป่วยเคลื่อนไหวร่างกาย (Early Ambulate) เพื่อเพิ่มการขยายตัวของปอดและประสิทธิภาพการทำงานของปอดได้ดียิ่งขึ้น จากแนวทางปฏิบัติดังกล่าว ปัญหาที่พบส่วนใหญ่คือผู้ป่วยเกิดความกลัวและวิตกกังวลเกี่ยวกับขวดที่ติดอยู่กับท่อระบายทรวงอก เป็นเหตุให้ผู้ป่วยไม่มีการเคลื่อนไหวร่างกาย นอกจากนี้ปัญหาที่พบยังเกิดจากการปฏิบัติตัวที่ไม่ถูกต้องของผู้ป่วย ได้แก่ ผู้ป่วยปล่อยให้สายยางที่ต่อจากท่อระบายห้อยไถ่ นอนทับสายยาง มีการหักพับของสายยางเป็นเวลานาน เกิดการอุดตันของท่อระบายทรวงอก เกิดการคั่งค้างของลมหรือสารเหลวในช่องเยื่อหุ้มปอด บางครั้งผู้ป่วยไม่ระมัดระวังมีการเอียงขวดโดยแท่งแก้วมีได้ยู่ใต้น้ำ ทำให้อากาศจากบรรยากาศภายนอกเข้าไปในช่องเยื่อหุ้มปอดได้ หรือเกิดการแตกของขวด เป็นต้น ส่งผลให้การระบายอากาศและการแลกเปลี่ยนก๊าซลดลง เกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆตามมาได้ (ศิริธร ศิริแก้ว, 2560)

หอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว ในปี 2564 - 2566 มีผู้ป่วยที่มาับการรักษาด้วยโรคระบบทางเดินหายใจ พบว่ามีจำนวน 75, 98 และ 101 รายตามลำดับ และพบว่ามีจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีการใส่ท่อระบายทรวงอก จำนวน 12, 21 และ 25 รายตามลำดับ (ศูนย์สารสนเทศ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว, 2566) จะเห็นได้ว่ามีแนวโน้มของการรักษาด้วยวิธีการใส่ท่อระบายทรวงอกเพิ่มสูงขึ้น ถึงแม้ทางหอผู้ป่วยศัลยกรรมจะมีแนวทางการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ แต่ยังพบว่าผู้ป่วยมีความวิตกกังวล ไม่สามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้ เกิดข้อจำกัดในการทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง ส่งผลต่อทั้งด้านร่างกายและจิตใจของผู้ป่วย

ดังนั้นผู้เสนอผลงานจึงมีแนวคิดศึกษาและจัดทำนวัตกรรมรถเข็นใส่ขวด ICD เพื่อป้องกันภาวะปอดแฟบ ซึ่งจะช่วยในการดูแลผู้ป่วยที่ใส่ท่อระบายทรวงอก ให้สามารถปฏิบัติตัวตามแนวทางการใส่ท่อระบายทรวงอกได้อย่างมีประสิทธิภาพ เป็นการส่งเสริมเพื่อให้ปอดมีการขยายตัวได้ดีขึ้น สามารถป้องกันภาวะปอดแฟบที่อาจเกิดขึ้นตลอดจนลดระยะเวลาในการใส่ท่อระบายทรวงอกได้อีกด้วย สิ่งสำคัญคือการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม ต้องคำนึงถึงด้านจิตใจของผู้ป่วย เพิ่มความมีคุณค่าให้กับผู้ป่วย ให้สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง ทำให้เกิดความมั่นใจและสามารถใช้ศักยภาพที่มีอยู่ดูแลตนเองได้อย่างถูกต้องเหมาะสมต่อไป

3. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

แนวความคิด บทวิเคราะห์ / แนวคิดข้อเสนอ

การใส่ท่อระบายทรวงอก(chest tube insertion, tube thoracostomy หรือintercostal drainage; ICD) คือการใส่สายเข้าไปยังช่องเยื่อหุ้มปอด (pleural cavity) เพื่อระบายลม น้ำหนอง หรือเลือด รักษาพยาธิสภาพของช่องเยื่อหุ้มปอด ถือเป็นหัตถการพื้นฐานที่สำคัญและจำเป็นอย่างยิ่งในการช่วยรักษาชีวิตผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพในช่องเยื่อหุ้มปอดได้ นอกจากนี้การดูแลผู้ป่วยหลังใส่ท่อระบายทรวงอกก็เป็นสิ่งสำคัญเช่นกัน หากปฏิบัติไม่ถูกวิธีอาจก่อให้เกิดอันตรายกับผู้ป่วยอย่างร้ายแรงได้ (ธีรพงศ์ โตเจริญโชค, มปป) ซึ่งภาวะแทรกซ้อนหลังการใส่ท่อระบายทรวงอกที่พบบ่อยที่สุด คือปอดขยายตัวได้น้อยลง (decreased lung expansion) เกิดภาวะปอดแฟบ (atelectasis) ผู้ป่วยควรได้รับการกระตุ้นการเคลื่อนไหวโดยเร็ว หลังจากมีการประเมินอาการเหนื่อยหอบ และระดับความปวดแล้ว การเคลื่อนไหวให้เร็วที่สุดมีประสิทธิผลดีกว่าการฝึกบริหารหายใจเพียงอย่างเดียว ผู้ให้การรักษาสสามารถเริ่มจากการกระตุ้นที่ละน้อย เพื่อส่งเสริมให้มีการขยายตัวของปอดและเกิดการนำออกซิเจนไปยังส่วนต่างๆของร่างกาย วิธีการได้แก่ การไขปรับระดับหัวเตียงสูง กระตุ้นการเคลื่อนไหวตัวบนเตียง การบริหารออกกำลังกายกล้ามเนื้อทรวงอก ระบายคั่นแขนและขา ร่วมกับการฝึกบริหารหายใจเข้าลึก ซึ่งจะมีส่วนช่วยในการลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังการใส่ท่อระบายทรวงอกได้ (ฐิตาภา อิศรไกรศีล, 2565) แต่จากการศึกษาพบว่าสาเหตุของการไม่เคลื่อนไหวร่างกายของผู้ป่วยหลังใส่ท่อระบายทรวงอกที่ผ่านระยะเวลาของความปวดไปแล้วนั้น มักจะเกิดจากความวิตกกังวลเกี่ยวกับความปลอดภัยของขวด อีกทั้งความไม่สะดวกสบายในการถือขวด ICD ในการทำกิจวัตรประจำวัน ส่งผลให้ผู้ป่วยส่วนใหญ่นอนอยู่บนเตียงตลอดเวลา

จากการศึกษาและเก็บรวบรวมข้อมูลในหน่วยงานหอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการใส่ท่อระบายทรวงอกภายหลังจากผ่านพ้นระยะความปวดมาแล้วนั้น มีการเคลื่อนไหวร่างกายที่จำกัด บางรายไม่มีการเคลื่อนไหวร่างกายเป็นเวลานาน ก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น มีภาวะปอดแฟบ มีความผิดปกติในระบบกล้ามเนื้อ เป็นต้น (มณเฑียร งดงามทวีสุข, 2558) แม้ว่าทางหอผู้ป่วยศัลยกรรมชายจะมีอุปกรณ์เป็นตะกร้าสำหรับใส่ขวด ICD เพื่อให้ผู้ป่วยเคลื่อนไหวร่างกาย หรือสามารถทำกิจวัตรประจำวัน แต่ผู้ป่วยยังมีความรู้สึกเป็นกังวลเนื่องจากต้องใช้มือในการถือตะกร้าขณะที่ตนเองมีภาวะเจ็บป่วยอยู่ มีความไม่สะดวกสบายในการทำกิจกรรม และกลัวขวด ICD จะเกิดการแตกหรือเสียหายเป็นต้น ซึ่งผู้เสนอผลงานได้เห็นถึงความสำคัญของปัญหาเหล่านี้ ได้มีการนำทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเรมมาประยุกต์ใช้ เพื่อเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยให้เกิดประโยชน์สูงสุด โดยโอเรมเชื่อว่าการดูแลตนเองเป็นการปฏิบัติกิจกรรม ที่บุคคลริเริ่มและกระทำเพื่อให้เกิดประโยชน์แก่ตนเองในการดำรงไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ และความเป็นอยู่อันดี ซึ่งประกอบด้วย 3 แนวคิด คือ การดูแลตนเอง (Self Care agency) ความพร่องในการดูแลตนเอง (Self- Care deficit) และระบบการพยาบาล (Nursing Systems) เมื่อผู้ป่วยเกิดความไม่สุขสบาย จนทำให้ความสามารถในการดูแลตนเองบกพร่องไป บทบาทของพยาบาลผู้ดูแลจึงมีหน้าที่ในการศึกษาค้นคว้าหาวิธีการในการออกแบบ วางแผน ให้การพยาบาลผู้ป่วย เพื่อให้สามารถดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสมต่อไป (เวียงพิงค์ ทวีพูน, 2561)

ดังนั้นผู้เสนอผลงานจึงมีการคิดค้นและพัฒนานวัตกรรมรถเข็นใส่ขวด ICD เพื่อป้องกันภาวะปอดแฟบขึ้นมา โดยมีการดัดแปลงและพัฒนาจากตะกร้าใส่ขวดICDแบบเดิมที่มีอยู่แล้ว ให้เกิดความปลอดภัยและสะดวกสบายในการเคลื่อนไหวร่างกาย โดยมีการเพิ่มล้อเลื่อนในการเคลื่อนย้ายได้สะดวก เชื่อมต่อกับเหล็กบางที่มีน้ำหนักเบาทำเป็นช่องสำหรับล็อกกระชับขวด ICD เพื่อป้องกันไม่ให้ขวดICD ล่วงหล่นหรือแตกได้ โดยนวัตกรรมนี้มีจุดมุ่งหมายควบคู่กับการให้ความรู้ในการปฏิบัติตัวของผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจและมีความเชื่อมั่นในการดูแลตนเองได้ ส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดความมี

คุณค่าในตนเอง และยังสามารถลดภาวะแทรกซ้อนปอดแฟบ (Lung atelectasis) ได้ ตลอดจนเป็นการส่งเสริมให้เกิดการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลยิ่งขึ้นไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้พยาบาลวิชาชีพทุกคนในหอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย มีแนวทางการดูแลผู้ป่วย โดยใช้นวัตกรรมรถเข็นใส่ขวด ICD เพื่อป้องกันภาวะปอดแฟบ

2. เพื่อลดอุบัติการณ์การเกิดภาวะปอดแฟบจากการใส่ท่อระบายทรวงอกในหอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย
ระยะเวลาดำเนินการ

เดือน กุมภาพันธ์ 2567 – มิถุนายน 2567

กลุ่มเป้าหมาย

1. ผู้ป่วยที่ได้รับการใส่ท่อระบายทรวงอกในหอผู้ป่วยศัลยกรรมชายทุกราย
2. พยาบาลวิชาชีพทุกคนในหอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย

ขั้นตอนการดำเนินการ

1. ศึกษาค้นคว้าจากตำรา งานวิจัยต่างๆ อินเทอร์เน็ต เรื่องการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการใส่ท่อระบายทรวงอก
2. ปรึกษาหัวหน้าหอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย เพื่อขอความคิดเห็นและคำปรึกษา
3. ดำเนินการจัดทำนวัตกรรมกล่องแห่งความห่วงใย เพื่อความปลอดภัยของขวด ICD
 - 3.1 คัดเลือกเสาน้ำเกลือที่ชำรุด แต่ยังสามารถใช้งานได้ปกติ
 - 3.2 วัดขนาดของขวด ICD เพื่อนำมาเป็นต้นแบบในการทำตะแกรงสำหรับใส่ขวด ICD
 - 3.3 ติดต่อประสานงานช่าง เพื่อปรึกษาการทำตะแกรงเชื่อมกับเสาน้ำเกลือ
 - 3.4 ดำเนินการทำนวัตกรรมกล่องแห่งความห่วงใย เพื่อความปลอดภัยของขวด ICD
 - 3.5 ทดลองใช้กับผู้ป่วยที่ได้รับการใส่ท่อระบายทรวงอก
 - 3.6 ประเมินผลโดยการใช้แบบสอบถามความพึงพอใจ ให้ผู้ป่วยประเมินก่อนการถอดท่อระบาย

ทรวงอก

4. นำนวัตกรรมรถเข็นใส่ขวด ICD เพื่อป้องกันภาวะปอดแฟบ เสนอหัวหน้าหอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย เพื่อใช้กับผู้ป่วยที่ใส่ท่อระบายทรวงอก

5. ประชุมชี้แจงทีมบุคลากรทางการพยาบาลให้รับทราบวิธีการใช้ของนวัตกรรมกล่องแห่งความห่วงใย เพื่อความปลอดภัยของขวด ICD

6. นำไปใช้ในหน่วยงานหอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย

7. วิเคราะห์ปัญหา อุปสรรค และนำมาปรับปรุงแก้ไขให้ดีขึ้น

4.ผลที่คาดว่าจะได้รับ

1. พยาบาลวิชาชีพทุกคนในหอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย มีความพึงพอใจในการใช้นวัตกรรมรถเข็นใส่ขวด ICD เพื่อป้องกันภาวะปอดแฟบ

2. อุบัติการณ์การเกิดภาวะปอดแฟบ จากการใส่ท่อระบายทรวงอกในหอผู้ป่วยศัลยกรรมชายลดลง

5. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

1. พยาบาลวิชาชีพทุกคนในหอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย ใช้แนวทางการรณรงค์ใส่ชุด ICD เพื่อป้องกันภาวะปอดแฟบ มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 80
2. อุบัติการณ์การเกิดภาวะปอดแฟบ จากการใส่ท่อระบายทรวงอกในหอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย เท่ากับ 0

(ลงชื่อ) วิรัช 1 104 (04)

(นางสาวกิริยา คัดเห็น)

พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

(วันที่) 21 / 11 / 2561

ผู้ขอประเมิน