



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี โทร. ๐ ๓๘๒๘ ๕๕๑๑ ต่อ ๒๔๖๗ - ๘

ที่ ชบ ๐๐๓๓/ ๑ ๑๒๐๓


วันที่ ๑๒ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๙

เรื่อง แจ้งรายชื่อผู้ผ่านการคัดเลือกที่ได้รับอนุมัติและติดประกาศให้มีโอกาสทักท้วงเป็นเวลา ๓๐ วัน และจัดส่งผลงานทางวิชาการ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพัทยาปทุมคุณ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพนัสนิคม
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่ง สาธารณสุขอำเภอทุกอำเภอ
และหัวหน้ากลุ่มงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี

ด้วยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี ได้ดำเนินการตรวจสอบคุณสมบัติและเอกสารประกอบการคัดเลือกบุคคลที่จะเข้ารับการประเมินผลงานเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่ง ประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการ จำนวน ๑ ราย ซึ่งผู้บังคับบัญชาพิจารณาเห็นชอบ และเสนอผู้ว่าราชการจังหวัดชลบุรี อนุมัติบุคคลและประกาศรายชื่อผู้ผ่านการคัดเลือกบุคคลฯ แล้ว ตามประกาศจังหวัดชลบุรี ลงวันที่ ๑๒ กุมภาพันธ์ พ.ศ. ๒๕๖๙ ดังบัญชีรายละเอียดแนบท้ายนี้ จึงขอให้หน่วยงานติดประกาศรายชื่อผู้ผ่านการประเมินบุคคลฯ ให้ผู้ผ่านการประเมินบุคคล เพื่อเลื่อนระดับสูงขึ้น จัดส่งผลงานประเมินตามจำนวน และเงื่อนไขที่คณะกรรมการประเมินผลงานกำหนด ภายใน ๑๘๐ วัน นับแต่วันที่ประกาศรายชื่อผู้ผ่านการประเมินบุคคล หากพ้นระยะเวลาดังกล่าวแล้ว ผู้ที่ผ่านการประเมินบุคคลยังไม่ส่งผลงานจะต้องขอรับการประเมินบุคคลใหม่อีก หากมีผู้ใดจะทักท้วงให้ทักท้วงได้ ภายใน ๓๐ วัน นับตั้งแต่วันประกาศ

จึงเรียนมาเพื่อทราบและดำเนินการต่อไป


(นายกฤษณ์ สกุลแพทย์)
นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดชลบุรี



ประกาศจังหวัดชลบุรี
เรื่อง รายชื่อผู้ที่ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการ
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี

ตามหนังสือสำนักงาน ก.พ. ที่ นร ๑๐๐๖/ว ๕ ลงวันที่ ๒๒ มีนาคม ๒๕๖๗ ได้กำหนดหลักเกณฑ์
และวิธีการประเมินบุคคลเพื่อเลื่อนขึ้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งในตำแหน่งระดับควบ และมีผู้ครองตำแหน่งนั้นอยู่
โดยให้ผู้มีอำนาจสั่งบรรจุตามมาตรา ๕๗ หรือผู้ที่ได้รับมอบหมายเป็นผู้ประเมินบุคคล ตามหลักเกณฑ์และวิธีการ
ที่ อ.ก.พ. กรม กำหนด นั้น

จังหวัดชลบุรี ได้คัดเลือกข้าราชการผู้ผ่านการประเมินบุคคลที่จะเข้ารับการประเมินผลงาน
เพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งในระดับที่สูงขึ้น (ตำแหน่งระดับควบ) จำนวน ๑ ราย ดังนี้

ลำดับที่	ชื่อ-สกุล	ตำแหน่งที่ได้รับการคัดเลือก	ส่วนราชการ
๑	นางสาวจรีพร เกิดมณฑล	พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี โรงพยาบาลบ้านบึง กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วย ผ่าตัดและวิสัญญีพยาบาล

รายละเอียดแนบท้ายประกาศนี้

ทั้งนี้ ให้ผู้ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อเลื่อนระดับสูงขึ้น จัดส่งผลงานประเมินตามจำนวน
และเงื่อนไขที่คณะกรรมการประเมินผลงานกำหนด ภายใน ๑๘๐ วัน นับแต่วันที่ประกาศรายชื่อผู้ที่ผ่าน
การประเมินบุคคล หากพ้นระยะเวลาดังกล่าวแล้ว ผู้ผ่านการประเมินบุคคลยังไม่ส่งผลงานจะต้องขอรับ
การประเมินบุคคลใหม่ อนึ่ง หากมีผู้ใดจะหักท้วงให้หักท้วงได้ ภายใน ๓๐ วัน นับตั้งแต่วันประกาศ

ประกาศ ณ วันที่ ๑๒ กุมภาพันธ์ พ.ศ. ๒๕๖๗

(นายพงศ์สิษฐ์ ปิจนันท์)

รองผู้ว่าราชการจังหวัดชลบุรี ปฏิบัติราชการแทน
ผู้ว่าราชการจังหวัดชลบุรี

บัญชีรายละเอียดแนบท้ายประกาศจังหวัดชลบุรี
เรื่อง รายชื่อผู้ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการ
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี

ลำดับ	ชื่อ - สกุล	ส่วนราชการ/ตำแหน่งเดิม	ตำแหน่ง เลขที่	ส่วนราชการ/ตำแหน่ง ที่ได้รับการคัดเลือก	ตำแหน่ง เลขที่	หมายเหตุ
๑	นางสาวจूरีพร เกิดมณฑล ✓	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี โรงพยาบาลบ้านบึง กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วย ผ่าตัดและวิสัญญีพยาบาล พยาบาลวิชาชีพ ปฏิบัติการ	๒๕๕๔๕	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี โรงพยาบาลบ้านบึง กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วย ผ่าตัดและวิสัญญีพยาบาล พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)	๒๕๕๔๕	เลื่อนระดับ
	ชื่อผลงานส่งประเมิน ลำดับที่ ๑	การพยาบาลผู้ป่วยภาวะอ้วนที่ได้รับยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกายเข้ารับการผ่าตัด นิ้วในถุงน้ำดี โดยใช้กล้องผ่านทางหน้าท้อง				๑๐๐%
	ชื่อแนวคิดในการพัฒนางาน	Voice Pen เครื่องมือสื่อสารภาษาพม่า สำหรับการจัดทำฉีดยาเข้าช่องน้ำไขสันหลัง				
	รายละเอียดเค้าโครงผลงาน “แนบท้ายประกาศ”					

จ.ค.พ.

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

1. เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยภาวะอ้วนที่ได้รับยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกายเข้ารับการผ่าตัด
นิ่วในถุงน้ำดี โดยใช้กล้องผ่านทางหน้าท้อง

2. ระยะเวลาดำเนินการ ตั้งแต่วันที่ 16 มกราคม พ.ศ. 2568 ถึงวันที่ 16 มกราคม พ.ศ. 2568
รวมระยะเวลาที่รับไว้ในความดูแลในห้องผ่าตัด 2 ชั่วโมง 45 นาที

3. ความรู้ ความชำนาญ หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

3.1 โรคนิ่วในถุงน้ำดี (ราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย, 2566)

นิ่วในถุงน้ำดี (Gall stone) เป็นโรคที่เกี่ยวกับความไม่สมดุลของส่วนประกอบในน้ำดี อาจทำให้เกิดเป็นก้อนนิ่ว พบในผู้หญิงมากกว่าผู้ชาย มักพบในคนอ้วน ผู้ที่ชอบกินอาหารที่มีไขมันสูงรวมทั้งคนที่มีระดับคอเลสเตอรอลในเลือดสูง ผู้ป่วยที่เป็นเบาหวาน เป็นต้น

พยาธิสภาพของโรคนิ่วในถุงน้ำดี (ราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย, 2566)

หากนิ่วในถุงน้ำดีเกิดอุดตันที่ท่อถุงน้ำดี (cystic duct) ชั่วคราว ทำให้ผู้ป่วยมีอาการแน่นท้อง ท้องอืด มีลมในท้อง (อาหารไม่ย่อย) เมื่อนิ่วมีการอุดตันที่ท่อถุงน้ำดีเป็นระยะเวลาหนึ่ง ทำให้ถุงน้ำดีเกิดการอักเสบติดเชื้อตามมา เมื่อนิ่วหลุดผ่านจากถุงน้ำดี ผ่านท่อถุงน้ำดี ลงสู่บริเวณท่อน้ำดีใหญ่ อาจทำให้เกิดการอุดตันของท่อน้ำดี ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดภาวะดีซ่าน ผิวน้ำเหลืองและตาขาวเปลี่ยนเป็นสีเหลืองและมักมีอาการปวดท้องร่วมด้วย

สาเหตุของโรคนิ่วในถุงน้ำดี (ราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย, 2566)

เกิดจากการตกผลึกของแคลเซียมหรือหินปูน คอเลสเตอรอล และบิลิรูบินในน้ำดี สามารถแบ่งจากลักษณะและองค์ประกอบของการเกิดนิ่วได้ 2 ประเภท ได้แก่ ชนิดที่เกิดจากคอเลสเตอรอล (cholesterol stones) และชนิดที่เกิดจากเม็ดสีหรือบิลิรูบิน (pigment stones) มีลักษณะเป็นก้อน อาจเป็นก้อนเดี่ยวหรือก้อนเล็ก ๆ หลายก้อน

อาการและอาการแสดงของโรคนิ่วในถุงน้ำดี (ราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย, 2566)

1. มีอาการอึดแน่นท้อง อาหารไม่ย่อย มีลมในท้องมาก
2. ปวดท้องเป็นพักๆ (colic) ที่บริเวณลิ้นปี่ หรือใต้ชายโครงขวา ร่วมกับคลื่นไส้หรืออาเจียน มักเป็นหลังรับประทานอาหารมันๆ อาจเป็นอยู่หลายชั่วโมงแล้วหายไป
3. ปวดบริเวณยอดอก (epigastrium) และปวดร้าวทะลุไปยังบริเวณหลัง ปวดมากจนถึงตัวบิดตัวงอ มีไข้ อาจมีอาการคลื่นไส้อาเจียน

การวินิจฉัยโรคนิ่วในถุงน้ำดี (ราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย, 2566)

1. การซักประวัติ

แพทย์จะสอบถามอาการ เช่น ปวดท้องหลังรับประทานอาหารมัน จุกเสียดใต้ลิ้นปี่หรือชายโครงขวา เป็นต้น

2. ตรวจร่างกาย

กดเจ็บเฉพาะที่ บริเวณชายโครงขวา ตัวเหลือง ตาเหลือง พบในกลุ่มที่มีนิ่วในทางเดินน้ำดีและมีการอุดตันของท่อทางเดินน้ำดี

3. การตรวจทางรังสีวิทยา

ภาพถ่ายรังสีช่องท้อง plain abdomen สำหรับรายที่เป็นนิ่วที่มี calcium เป็นส่วนประกอบ ซึ่งพบได้ 33-48% ของผู้ป่วย การวินิจฉัยที่ยืนยันนิ่วในถุงน้ำดี อย่างน้อยต้องมีภาพถ่ายรังสี plain abdomen ในท่าตรง (anteroposterior - AP) และด้านข้าง (lateral) ซึ่งบ่งบอกตำแหน่งว่าเป็นนิ่วในถุงน้ำดี (ไม่ใช่ในไต) หรือมีลักษณะ lamella ของนิ่วถุงน้ำดี

4. การตรวจค้นด้วยวิธีอื่น ๆ

การตรวจด้วยคลื่นเสียงความถี่สูง (Ultrasonography) เป็นวิธีการที่ดีมากในการยืนยันการวินิจฉัยว่าเป็นนิ่วในปัจจุบัน

การรักษาโรคนิ่วในถุงน้ำดี (ราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย, 2566)

1. ผู้ป่วยที่ตรวจพบนิ่วในถุงน้ำดีแต่ไม่มีอาการ ไม่มีข้อบ่งชี้ว่าจะต้องผ่าตัด ยังไม่ต้องให้การรักษา เพียงแต่ให้คำแนะนำเรื่องภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น ได้แก่ ตับและตับอ่อนอักเสบ ลำไส้อุดตัน และติดเชื้อ เป็นต้น

2. ผู้ป่วยที่ตรวจพบนิ่วในถุงน้ำดีและมีอาการ แนะนำให้ผ่าตัดถุงน้ำดีออก

การผ่าตัดนิ่วในถุงน้ำดีในปัจจุบัน มี 2 วิธี

2.1 ผ่าตัดแบบเปิดหน้าท้อง (Open cholecystectomy) เหมาะสำหรับผู้ป่วยที่มีอาการอักเสบอย่างรุนแรง ถุงน้ำดีมีการแตกทะลุหรือเริ่มมีอาการดีซ่าน

2.2 ผ่าตัดโดยใช้กล้องผ่านทางหน้าท้อง (Laparoscopic cholecystectomy) โดยการเจาะรูเล็ก ๆ ที่บริเวณหน้าท้อง ถ้าผู้ป่วยไม่มีถุงน้ำดีอักเสบเฉียบพลัน

การผ่าตัดโดยใช้กล้องผ่านทางหน้าท้อง (Laparoscopic cholecystectomy) มีผลต่อระบบต่าง ๆ ของร่างกาย ดังนี้ (สารเศรษฐ์ เอี่ยมธนเศรษฐ์และภักทิพา สุขโสภี, 2560)

1. ระบบไหลเวียนเลือด

การที่แรงดันในช่องท้องสูงขึ้น ทำให้กดหลอดเลือดในช่องท้อง ส่งผลให้แรงต้านทานในหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงร่างกายสูงขึ้น ทำให้ความดันเลือดสูงขึ้น เกิดการกดหลอดเลือดดำใหญ่ในช่องท้อง ส่งผลให้เลือดไหลเวียนกลับสู่หัวใจลดลง อาจทำให้ความดันเลือดลดลง ภาวะกั่งของก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ในเลือด กระตุ้นระบบประสาทซิมพาเทติก ส่งผลให้หัวใจบีบตัวแรงและเร็วขึ้น ทำให้ความดันเลือดสูงขึ้น กล้ามเนื้อหัวใจทำงานมากขึ้น ต้องการออกซิเจนมากขึ้น ทำให้เสี่ยงต่อการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดสูงขึ้น กระตุ้น vagal reflex ทำให้หัวใจเต้นช้าลงจนถึงหยุดเต้นได้ โดยทั่วไปจะควบคุมความดันในช่องท้องไม่ให้เกิน 12-15 มิลลิเมตรปรอท เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดผลกระทบต่อระบบไหลเวียนเลือดจากแรงดันในช่องท้องมากเกินไป

2. ระบบหายใจ

2.1 ปริมาตรของอากาศที่เหลืออยู่ในปอดหลังจากการหายใจออก (Functional residual capacity: FRC) ลดลง ส่งผลให้ปอดแฟบ การระบายอากาศและการไหลเวียนเลือดในปอดไม่สมดุลกัน ทำให้มีความเสี่ยงต่อภาวะเลือดมีออกซิเจนน้อยเพิ่มมากขึ้น

2.2 ความยืดหยุ่นของทรวงอกลดลง ทำให้ต้องใช้ความดันสูงขึ้นในการช่วยหายใจผู้ป่วย

2.3 สันกระดูกรูปตัว C ที่อยู่บริเวณฐานของทอลม (Carina) เลื่อนสูงขึ้น อาจทำให้ท่อช่วยหายใจเลื่อนเข้าไปอยู่ในหลอดลมได้

3. ระบบประสาท

ปริมาณเลือดไปเลี้ยงสมองเพิ่มขึ้นร่วมกับเลือดไหลเวียนกลับหัวใจจากสมองได้น้อยลงจากการที่ความดันในช่องทรวงอกเพิ่มสูงขึ้น ส่งผลให้ความดันในกะโหลกศีรษะเพิ่มขึ้น

4. อวัยวะภายในช่องท้อง

แรงดันในช่องท้องที่สูงขึ้นร่วมกับภาวะหดตัวของหลอดเลือดจากการกระตุ้นระบบประสาทซิมพาเทติก ทำให้ปริมาณเลือดที่ไปเลี้ยงตับ ลำไส้ และไตลดลง ส่งผลให้ปริมาณปัสสาวะที่ออกลดลง และมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะคลื่นไส้อาเจียนหลังผ่าตัดเพิ่มขึ้น

ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นระหว่างผ่าตัดโดยใช้กล้องผ่านทางหน้าท้อง (Laparoscopic cholecystectomy) (สารเสริมรู้ เอ็มรณเสริมรู้และภักทิพา สุขโสภี, 2560)

1. ภาวะหัวใจเต้นช้า

เกิดขึ้นจากการกระตุ้น vagal reflex จากการที่เยื่อช่องท้องถูกดึงยึด โดยเฉพาะในขณะที่ระดับของการระงับความรู้สึกยังไม่เพียงพอ โดยภาวะหัวใจเต้นช้าอาจส่งผลให้ความดันเลือดตก จนอาจเป็นอันตรายให้แก่ไข โดยการแจ้งศัลยแพทย์ให้หยุดการใส่ก๊าซและหรือดูดก๊าซออกจากช่องท้อง การให้ยา Atropine ทางหลอดเลือดดำ ในกรณีที่เป็นรุนแรงมากจนหัวใจหยุดเต้นให้ทำการนวดหัวใจกู้ชีพทันที

2. ท่อช่วยหายใจเลื่อนเข้าไปอยู่ในหลอดลม

ซึ่งทำให้เกิดภาวะเลือดมีออกซิเจนน้อยและภาวะกึ่งของก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ในเลือด ร่วมกับมีแรงดันในทางหายใจสูงมากขึ้น ในกรณีที่สงสัยให้ทำการตรวจสอบตำแหน่งของท่อช่วยหายใจและทำการเลื่อนให้อยู่ในตำแหน่งที่เหมาะสม

3. ภาวะที่มีก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์เข้าไปอยู่ในช่องต่างๆของร่างกาย

ได้แก่ ในชั้นใต้ผิวหนัง ในโพรงเยื่อหุ้มปอด ในอวัยวะคั่นระหว่างปอด ในเยื่อหุ้มหัวใจ ซึ่งก๊าซอาจเข้าไปอยู่ในช่องต่างๆได้จาก การใส่อุปกรณ์ผ่าตัดผิดตำแหน่ง การรั่วซึมผ่านช่องเชื่อมต่อต่างๆ ซึ่งการที่มีก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์เข้าไปอยู่ในช่องเหล่านี้ จะทำให้เกิดการกึ่งของก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ในเลือดและเกิดผลเสียจากการไปกดเบียดอวัยวะข้างเคียง เช่น กดเบียดทางหายใจ กดเบียดปอด และหัวใจ เป็นต้น

4. ภาวะฟองก๊าซอุดหลอดเลือดดำ (venous air embolism)

อาจเกิดขึ้นได้จากการใส่อุปกรณ์เติมก๊าซเข้าไปในหลอดเลือด การที่ก๊าซซึมเข้าไปในหลอดเลือดที่ฉีกขาดระหว่างการผ่าตัด ซึ่งผลของภาวะนี้มีตั้งแต่ไม่ส่งผลกระทบต่อสัญญาณชีพเลย จนถึงภาวะเลือดมีออกซิเจนน้อย ภาวะหัวใจเต้นผิดปกติ หายใจ ความดันเลือดตก การขาดเลือดที่อวัยวะส่วนปลายของหลอดเลือดที่ถูกอุดตัน เช่น สมอง ในกรณีที่รุนแรงอาจทำให้หัวใจหยุดเต้นได้ อาการแสดงของภาวะนี้ได้แก่ การที่ปริมาณก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ในลมหายใจออกสุดลดต่ำลงอย่างเฉียบพลัน ภาวะเลือดมีออกซิเจนน้อยและความดันเลือดต่ำลง หากสงสัยภาวะดังกล่าวให้แจ้งศัลยแพทย์และขอความช่วยเหลือทันที ทำการดูดก๊าซใน

ช่องท้องออกจนหมด ทำการช่วยหายใจให้มากกว่าปกติ ปรับสัดส่วนก๊าซออกซิเจนให้เป็น 100% ให้การรักษา ประคับประคองสัญญาณชีพด้วยสารน้ำทางหลอดเลือดดำและยาตีบหลอดเลือดดำจำเป็น จัดทำให้ผู้ป่วยอยู่ในท่าตะแคงซ้ายลงและศีรษะต่ำ เพื่อป้องกันฟองก๊าซหลุดเข้าไปในหลอดเลือดแดงปอด

5. อันตรายจากการจัดทำผู้ป่วย เช่น การกดทับเส้นประสาทต่างๆ การดึงยึดของร่างแหประสาทของแขน ภาวะทางหายใจบวมจากการจัดทำศีรษะต่ำ เป็นต้น

6. อันตรายจากอุปกรณ์ผ่าตัด เช่น การบาดเจ็บของอวัยวะภายในต่างๆ

3.2 ภาวะอ้วน

พยาธิสภาพของภาวะอ้วน (ปาริฉัตต์ โทวิกักย, 2568)

เมื่อร่างกายได้รับพลังงานมากเกินไปเกินความต้องการ จะทำให้เกิดการขยายขนาดของเนื้อเยื่อไขมัน ร่างกายจึงต้องการออกซิเจนมากขึ้นและผลิตคาร์บอนไดออกไซด์มากขึ้นจากกระบวนการเผาผลาญ อีกทั้งเนื้อเยื่อไขมันที่มากเกินไปยังมีผลต่อระบบฮอร์โมนและระบบภูมิคุ้มกัน ทำให้เกิดความผิดปกติในการหลั่งสารสื่อกลาง (mediator) ต่างๆ เช่น adipokines และสารสื่อกลางที่กระตุ้นการอักเสบ (inflammatory mediator) เช่น tumor necrosis factor-alpha (TNF- α), C-reactive protein, leptin และ interleukin-6 (IL-6) ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงในทางพยาธิสรีรวิทยาหลายระบบ ดังนี้

1. ระบบทางเดินหายใจ

1.1 ทางเดินหายใจ

ผู้ป่วยที่มีภาวะอ้วนมีแนวโน้มที่จะคอตัน มีไขมันสะสมบริเวณใต้คาง ไบหน้าและลำคอ ทำให้การอ้าปาก การก้มหน้าเงยคอมีข้อจำกัด แก้มโต ลิ้นใหญ่ เนื้อเยื่อในช่องปากหนากว่าคนปกติ อาจส่งผลทำให้การช่วยหายใจด้วยหน้ากากและใส่ท่อช่วยหายใจยากขึ้น

1.2 การหายใจ

การเพิ่มขึ้นของมวลกายและไขมันในร่างกาย ส่งผลให้มีความต้องการใช้ออกซิเจนสูงขึ้น เพื่อใช้ในการเคลื่อนที่ไหวและการหายใจ มีการผลิตก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์เพิ่มขึ้นจากการสลายไขมัน มีไขมันเกาะตามช่องผนังทรวงอกความยืดหยุ่นของผนังทรวงอกลดลง ปริมาณของอากาศที่เหลืออยู่ในปอดหลังจากการหายใจออกตามปกติ (Functional Residual Capacity: FRC) ส่งผลให้เกิดภาวะออกซิเจนในเลือดลดลงต่ำอย่างรวดเร็วเมื่อผู้ป่วยหายใจเข้าหรือหยุดหายใจ นอกจากนี้มีปริมาตรของปอดที่เริ่มมีการปิดของหลอดลมฝอย (Closing capacity) ที่เพิ่มขึ้น ทำให้มีโอกาสเกิดถุงลมปอดแฟบมากขึ้นกว่าคนปกติ chest wall compliance ลดลงกว่าร้อยละ 30 จากทรวงอกที่หนา

1.3 ความผิดปกติของการนอนหลับ

ได้แก่ ภาวะหยุดหายใจขณะหลับ (Obstructive sleep apnea : OSA) และ Obesity Hypoventilation Syndrome : OHS) ผู้ป่วยที่มีภาวะอ้วนมีความสัมพันธ์กับความผิดปกติของการนอนหลับอย่างรุนแรงจะมีการหยุดหายใจ เมื่อเกิดภาวะนี้นานๆ ร่างกายจะมีการปรับตัวโดยฮีโมโกลบินในเลือดสูงขึ้น (Cyanosis induced polycythemia) ความดันเลือดปอดสูงหัวใจด้านขวาโตและล้มเหลวในที่สุด ภาวะนี้เกิดจากยุบตัวลงของ

ผนัง pharynx ในช่วงที่ผู้ป่วยหลับลึก ทำให้ผู้ป่วยกรนและหยุดหายใจเป็นช่วงเวลาสั้นๆ พบอาการนี้ได้ประมาณร้อยละ 5 ของผู้ป่วยที่มีภาวะอ้วน

2. ระบบหัวใจและหลอดเลือด

มีปริมาณเลือดในร่างกายเพิ่มขึ้นตามน้ำหนักไขมันที่เพิ่มขึ้น ความต้องการใช้ออกซิเจนของร่างกายเพิ่มขึ้นตามมวลร่างกายที่เพิ่ม มีการผลิตคาร์บอนไดออกไซด์เพิ่มมากขึ้น ในภาวะที่มีปริมาณเลือดที่สูบน้ำออกจากหัวใจในแต่ละครั้ง (Stroke volume) สูงอยู่นานจะส่งผลให้มีหัวใจห้องล่างซ้ายโต ความดันโลหิตสูง และเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวและอาจพบภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ โรคหลอดเลือดหัวใจตีบและโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด

3. ระบบต่อมไร้ท่อและเมตาบอลิซึม

เสี่ยงต่อการเป็นภาวะอ้วนลงพุงหรือ metabolic syndrome หากเข้ารับการรักษาด้วยความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนสูง กลุ่มอาการของโรคนี้ได้แก่ การมีไขมันสะสมที่เอวและช่องท้อง (abdominal obesity) ไขมันในเลือดสูง ความดันโลหิตสูง ภาวะดื้ออินซูลิน ซึ่งจะมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และมีภาวะการแข็งตัวของเลือดผิดปกติ มีกระบวนการสลายลิ่มเลือด (fibrinolysis) ลดลง และความเข้มข้นของ fibrinogen เพิ่มขึ้น ทำให้เกิดลิ่มเลือดได้ง่าย หากลิ่มเลือดนั้นไปอุดตันบริเวณใดก็อาจเกิดพยาธิสภาพได้ ซึ่งเสี่ยงทำให้เกิดภาวะลิ่มเลือดอุดตันหลอดเลือดดำ (Deep vein Thrombosis : DVT) และอาจทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตจากภาวะลิ่มเลือดอุดตันในปอด (Pulmonary embolism) ได้

4. ระบบทางเดินอาหารและตับ

มีการเพิ่มความดันในช่องท้องและความดันในกระเพาะอาหาร ทำให้พบอุบัติการณ์ของ Hiatal hernia และภาวะกรดไหลย้อนสูง

สาเหตุของภาวะอ้วน (ปาริฉัตต์ ไตวิกัย, 2568)

เกิดจากความไม่สมดุลของพลังงานในร่างกาย โดยพลังงานที่ได้รับจากการรับประทานอาหารในแต่ละวันมากกว่าพลังงานที่ใช้ ทำให้ร่างกายสะสมพลังงานส่วนเกินในรูปแบบของไขมัน ปัจจัยเสี่ยงของภาวะอ้วนได้แก่ พฤติกรรมการรับประทานอาหารที่ไม่ดีต่อสุขภาพ การเคลื่อนไหวร่างกายน้อย ความผิดปกติทางร่างกาย เช่น ภาวะถุงน้ำรังไข่หลายใบ โรคเนื้องอกต่อมใต้สมอง ความผิดปกติของฮอร์โมน เป็นต้น การพักผ่อนไม่เพียงพอ ความเครียด ความผิดปกติของยีนที่ควบคุมความหิวและสมดุลของพลังงาน และยาบางชนิด เช่น ยารักษาอาการทางจิตเวช ยาคุมกำเนิด ยาที่มีส่วนผสมของสเตียรอยด์ เป็นต้น

อาการและอาการแสดงของภาวะอ้วน (ปาริฉัตต์ ไตวิกัย, 2568)

รู้สึกหิวบ่อย รับประทานอาหารในปริมาณมาก อ้วนลงพุง เหนื่อยหอบง่าย นอนกรนหรือหยุดหายใจขณะหลับ

การวินิจฉัยภาวะอ้วน (ปาริฉัตต์ ไตวิกัย, 2568)

1. การวินิจฉัยภาวะอ้วนจากการวัดรอบเอว

ตามเกณฑ์ของ The international diabetes federation (IDF) จะขึ้นกับเพศและเชื้อชาติร่วมกับปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ดังนี้

ในคนอเมริกัน รอบเอว ≥ 102 เซนติเมตร ในเพศชาย หรือ ≥ 88 เซนติเมตร ในเพศหญิง
 ในคนยุโรป รอบเอว ≥ 94 เซนติเมตร ในเพศชาย หรือ ≥ 80 เซนติเมตร ในเพศหญิง
 ในคนเอเชีย รอบเอว ≥ 90 เซนติเมตร ในเพศชาย หรือ ≥ 80 เซนติเมตร ในเพศหญิง
 ร่วมกับมีความผิดปกติ 2 จาก 4 ข้อต่อไปนี้

- 1) มีระดับไตรกลีเซอไรด์ ≥ 150 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร หรือได้รับยารักษา
- 2) มีระดับคลอเรสเตอรอลชนิดเอชดีแอล < 40 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ในผู้ชาย หรือ < 50 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ในผู้หญิง หรือได้รับยารักษา
- 3) มีความดันซิสโตลิก ≥ 130 มิลลิเมตรปรอท หรือ ความดันไดแอสโตลิก ≥ 85 มิลลิเมตรปรอท หรือได้รับยารักษา
- 4) มีระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหาร ≥ 100 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร หรือเคยได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคเบาหวาน

2. การคิดค่าดัชนีมวลกาย ที่คำนวณจากน้ำหนักและส่วนสูง (Body Mass Index: BMI)

โดยการคำนวณจากสูตร : น้ำหนัก (กิโลกรัม) / (ส่วนสูง (เมตร) x ส่วนสูง (เมตร) นิยมแบ่งค่าดัชนีมวลกายตามเกณฑ์องค์การอนามัยโลก ดังนี้

ค่าดัชนีมวลกาย 18.5 – 24.9 กิโลกรัมต่อตารางเมตร ปกติ, 25 – 29.9 กิโลกรัมต่อตารางเมตร Overweight, 30.0 - 34.9 กิโลกรัมต่อตารางเมตร class I obesity, 35.0 – 39.9 กิโลกรัมต่อตารางเมตร class II obesity และ 40.0 - 49.9 กิโลกรัมต่อตารางเมตร class III obesity

การรักษาภาวะอ้วน (ปรีดิคต์ โทวิกัย, 2568)

1. การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานอาหารและออกกำลังกาย โดยเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสม และออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ เพื่อเพิ่มการเผาผลาญ
2. การรับประทานยา เพื่อช่วยลดและควบคุมน้ำหนัก โดยได้รับการสั่งจ่ายยาจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ
3. การทำหัตถการผ่านการส่องกล้องทางเดินอาหารส่วนต้น เพื่อลดน้ำหนัก เช่น การใส่บอลลูน การเย็บกระเพาะอาหารให้เล็กลง เป็นต้น

4. การผ่าตัดลดขนาดกระเพาะอาหาร

การพยาบาลและการให้ยาระงับความรู้สึก แบ่งออกเป็น 3 ระยะดังนี้

1. การพยาบาลก่อนให้ยาระงับความรู้สึกทางวิสัญญี
2. การพยาบาลระยะให้ยาระงับความรู้สึกทางวิสัญญีในขณะผ่าตัด
3. การพยาบาลหลังการให้ยาระงับความรู้สึกทางวิสัญญี

1. การพยาบาลก่อนให้ยาระงับความรู้สึกทางวิสัญญี

การประเมินและการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดและให้ยาระงับความรู้สึก (Preoperative evaluation and preparation) เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความพร้อมและป้องกันปัญหาหรือภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้นได้ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ และเพื่อลดความกลัววิตกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัดให้ผู้ป่วย

1.1 การซักประวัติ (วาริยา วงศ์ชัยอุดมโชค, 2568)

ซักประวัติเกี่ยวกับความแข็งแรง สุขภาพโดยรวมของผู้ป่วย ความสามารถในการทำกิจกรรม (Functional capacity) ประวัติการผ่าตัดและการระบุความรู้สึก ตื่นจากการระบุความรู้สึกช้ากว่าปกติหรือมีอาการคลื่นไส้ อาเจียนมากหลังผ่าตัด ประวัติการแพ้ยา แพ้อาหาร การดื่มแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ การใช้สารเสพติด โรคประจำตัว ประวัติการใช้ยาทั้งในอดีตและปัจจุบัน ประวัติสมาชิกในครอบครัวที่มีปัญหาเกี่ยวข้องกับการผ่าตัดหรือการระบุความรู้สึก เช่น ภาวะการเผาผลาญภายในเซลล์กล้ามเนื้อลายมากผิดปกติอย่างรุนแรงและรวดเร็ว (Malignant Hyperthermia : MH) หลังได้รับสิ่งกระตุ้นจากยาที่ใช้ระบุความรู้สึก

1.2 การตรวจร่างกาย (วาริยา วงศ์ชัยอุดมโชค, 2568)

ประเมินสภาพร่างกายตามระบบ วัตถุประสงค์ชีพ (Vital signs) ผู้ป่วยที่มีภาวะอ้วนมีแนวโน้มที่จะคอสั้นจากที่มีไขมันสะสมบริเวณใต้คาง ไบหน้าและลำคอ ทำให้การอำปาก การก้มหน้าแยงคอมีข้อจำกัด อีกทั้งผู้ป่วยยังมีแก้มโต ลิ้นใหญ่ เนื้อเยื่อในช่องปากหนากว่าคนปกติ อาจส่งผลให้การช่วยหายใจด้วยหน้ากากและใส่ท่อช่วยหายใจยากขึ้น

การประเมินทางเดินหายใจ

- 1) คุณลักษณะทั่วไปของไบหน้าและช่องปาก
- 2) วัดระยะต่างๆ ได้แก่ วัดระยะระหว่างพื้นหน้าบน-ล่างขณะที่อำปากเต็มที่ ค่าปกติไม่น้อยกว่า 3 เซนติเมตร, วัดระยะจากปลายคางถึงปุ่มกระดูกซี่โครง โดยขณะตรวจผู้ป่วยอยู่ในท่านั่ง แขนงคอเต็มที่ ไม่อำปาก ค่าปกติไม่น้อยกว่า 6 เซนติเมตร และการวัดระยะจากปลายคางถึง sternal notch ค่าปกติไม่น้อยกว่า 12 เซนติเมตร (วาริยา วงศ์ชัยอุดมโชค, 2568)
- 3) ประเมิน Mallampati classification ว่าผู้ป่วยน่าจะมีภาวะ difficult airway หรือไม่
 - class I คือ มองเห็น tonsillar pillars, uvula, fauces และ soft palate
 - class II คือ มองเห็น uvula, fauces และ soft palate
 - class III คือ มองเห็น soft palate และ hard palate
 - class IV คือ มองเห็นแต่ hard palate (วาริยา วงศ์ชัยอุดมโชค, 2568)

1.3 การประเมินภาวะหยุดหายใจขณะนอนหลับ (Obstructive Sleep Apnea : OSA)

(ภัสสร ธรรมอักษรและอรุ โฉมทัย สิริอัสวกุล, 2560)

โดยการตรวจ STOP - BANG Sleep Apnea Questionnaire เพื่อช่วยประเมินความเสี่ยงในการเป็น OSA ในผู้ป่วยทั่วไปที่กำลังจะได้รับการผ่าตัด โดยประกอบด้วยคำถามทั้งหมด 8 ข้อ

- | | |
|------------------------|---|
| 1. S (snoring) | คุณนอนกรนเสียงดังออกมานอกห้องนอนที่ปิดประตู |
| 2. T (tired) | คุณมีความรู้สึกเหนื่อย อ่อนเพลีย หรือง่วงในเวลากลางวัน |
| 3. O (observe) | คนสังเกตเห็นว่าคุณหยุดหายใจขณะหลับ |
| 4. P (blood pressure) | คุณมีความดันโลหิตสูง กำลังได้รับการรักษาภาวะความดันโลหิตสูงอยู่ |
| 5. B (body mass index) | คุณมีค่าดัชนีมวลกายมากกว่า 35 กิโลกรัมต่อตารางเมตร |
| 6. A (age) | คุณมีอายุมากกว่า 50 ปี |

7. N (neck circumference) คุณมีรอบวงคอมากกว่า 40 เซนติเมตร

8. G (gender) คุณเป็นเพศชาย

ถ้าตอบใช่มากกว่า 3 ถือว่าเป็นผู้ที่มีความเสี่ยงสูงในการเกิดภาวะหยุดหายใจขณะหลับ (OSA) วิทยาลัยพยาบาลจึงควรซักประวัติให้ละเอียดโดยเฉพาะในเรื่องนอนกรน การหยุดหายใจเวลากลางคืน และการหลับในเวลากลางวัน พยายามหลีกเลี่ยงการให้ยาก่อนนำสลบ ซึ่งมักมีผลทำให้วังงซึม การเปิดทางเดินหายใจ หรือการช่วยหายใจด้วยหน้ากากอาจทำได้ยาก

1.4 การส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ (ปาริฉัตต์ โตวิกักย, 2568)

ส่งตรวจเพื่อทราบค่าพื้นฐานเนื่องจากภาวะอ้วนมีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคหลายชนิด ได้แก่ การส่งตรวจ CBC, blood sugar, BUN, Creatinine, Electrolyte, การตรวจระดับไขมันในเลือด และ ค่าการทำงานของตับ (Liver function test) ค่าการแข็งตัวของเลือด ตรวจภาพรังสีปอด ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ

1.5 การจัดแบ่งกลุ่มผู้ป่วยตามความเสี่ยงต่อการผ่าตัดตามเกณฑ์ของ The American Society of Anesthesiologists (ASA) (วาริยา วงศ์ชัยอุดมโชค, 2568)

แบ่งออกเป็น 5 กลุ่ม ดังนี้

กลุ่มที่ 1 ผู้ป่วยสุขภาพดี ไม่มีความผิดปกติทางสรีรวิทยา สุขภาพจิตดี

กลุ่มที่ 2 ผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพของร่างกายเล็กน้อย เช่น ความดันโลหิตสูง โรคเบาหวานที่ควบคุมได้

กลุ่มที่ 3 ผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพขั้นรุนแรงขึ้น เป็นปัญหาอุปสรรคต่อการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย

กลุ่มที่ 4 ผู้ป่วยมีพยาธิสภาพของร่างกายรุนแรงมาก และไม่สามารถรักษาให้กลับมามีสุขภาพปกติได้

กลุ่มที่ 5 ผู้ป่วยที่มีอาการหนัก เป็นโรคที่กำลังคุกคามชีวิตอยู่ แม้จะได้รับการผ่าตัดโอกาสที่จะมีชีวิตน้อย

ถ้าผู้ป่วยทั้ง 5 กลุ่มมารับการผ่าตัดในภาวะฉุกเฉิน (Emergency) จะใช้อักษร E ตามกลุ่มดังกล่าว

1.6 การให้ยาก่อนการระงับความรู้สึก (Premedication) (ปาริฉัตต์ โตวิกักย, 2568)

ให้ยาก่อนการระงับความรู้สึกตามแผนการรักษาของแพทย์ ได้แก่ ยาลดความดันโลหิตเดิม หลีกเลี่ยงการให้ยานอนหลับหรือยาสงบประสาท เพราะอาจเกิดภาวะทางเดินหายใจอุดกั้นหรือกดการหายใจของผู้ป่วยได้ พิจารณาให้ยาลดกรดในกระเพาะอาหารและยาป้องกันการอาเจียน เช่น omeprazole 20 mg หรือ ranitidine 150 mg รับประทานก่อนนอน เพื่อช่วยป้องกันการสำลักน้ำย่อยเข้าปอด ในรายที่มีความเสี่ยงที่จะเกิด deep vein thrombosis พิจารณาให้ยา heparin ในขนาดต่ำฉีดทางชั้นใต้ผิวหนัง

1.7 การให้ข้อมูลและคำแนะนำก่อนการผ่าตัด (วาริยา วงศ์ชัยอุดมโชค, 2568)

1) ให้ข้อมูลเกี่ยวกับแผนการดูแล การผ่าตัด การระงับความรู้สึก ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น

2) ให้ข้อมูลและอธิบายขั้นตอนวิธีปฏิบัติตัวของผู้ป่วยก่อนผ่าตัด เช่น การงดน้ำงดอาหาร การดูแลความสะอาดร่างกาย ถอดเครื่องประดับ ของมีค่า ฟันปลอมก่อนการผ่าตัด การประเมินความพร้อมด้วยตนเอง การ Early ambulation การหายใจและการไอที่มีประสิทธิภาพ

3) แนะนำการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพื่อลดความเสี่ยงและโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนในช่วงผ่าตัดและหลังผ่าตัด เช่น การควบคุมน้ำหนัก การปรับเปลี่ยนรูปแบบและปริมาณอาหารที่บริโภค

การออกกำลังกายที่เหมาะสม การจำกัดปริมาณการดื่มแอลกอฮอล์ เป็นต้น

4) แนะนำให้ผู้ป่วยนำยาที่รับประทานหรือใช้อยู่มาให้ประเมิน เพื่อให้ความเห็นและจัดการยาที่ผู้ป่วยรับประทานหรือใช้อย่างเหมาะสมก่อนผ่าตัด

2. การพยาบาลระยะให้ยาระงับความรู้สึกทางวิสัญญีในขณะผ่าตัด

2.1 การเตรียมความพร้อมของเครื่องมือ อุปกรณ์และยาที่จะใช้ในการระงับความรู้สึก (ปาริฉัตร โตวิกัย, 2568)

จัดเตรียมเครื่องดมยาสลบ เครื่องมือพิเศษ อุปกรณ์และยาระงับความรู้สึกให้พร้อมใช้งาน ผู้ป่วยที่มีภาวะอ้วนมักมีทรวงอกใหญ่ ทำให้การใส่ Laryngoscope ทำได้ยาก ควรเตรียม Laryngoscope blade หลายชนิด และหลายขนาดรวมทั้ง Video laryngoscope with stylet, Fiberoptic scope ผ้าหุมนุได้ใหญ่และลำตัวส่วนบน เลือกใช้ยาที่มีฤทธิ์สั้น เช่น fentanyl หรือ desflurane เพื่อให้ผู้ป่วยตื่นเร็ว เตรียมบุคลากรพร้อมสำหรับช่วยในการใส่ท่อช่วยหายใจ และยาสำหรับช่วยชีวิตกรณีเกิดภาวะวิกฤตฉุกเฉินให้พร้อมใช้

2.2 ขั้นตอนการนำสลบ (Induction) (ปาริฉัตร โตวิกัย, 2568)

ในผู้ป่วยโรคอ้วนที่มารับการผ่าตัดแบบไม่เร่งด่วนและมีการงนน้ำและอาหารครบเวลา ไม่จำเป็นต้องนำสลบด้วยวิธี Rapid sequence induction แต่ควรพิจารณาทำในรายที่ยังมีอาการของภาวะกรดไหลย้อนอยู่ หรือมีความเสี่ยงต่อภาวะใส่ท่อช่วยหายใจยาก ทำได้ดังขั้นตอนต่อไปนี้

1. preoxygenation โดยให้ผู้ผู้ป่วยสูดดมออกซิเจน 100% อัตราไหล 5 ลิตรต่อนาที ผ่านทางหน้ากาก ประมาณ 3-5 นาที ในท่า Ramp position จัดท่าโดยการใส่ผ้าหุมนุได้ใหญ่และลำตัวส่วนบน โดยให้ตั้งหูผู้ป่วยอยู่ในแนวเดียวกับกระดูก Sternum และขนานกับพื้นราบ เนื่องจากผู้ป่วยที่มีภาวะอ้วนมีโอกาสเกิดการขาดออกซิเจนในเลือดได้ง่าย แม้ในภาวะปกติและจะเพิ่มความเสี่ยงของการขาดออกซิเจนได้อย่างรวดเร็ว เมื่อมีการหยุดหายใจเพียงช่วงสั้นๆ ทั้งนี้เป็นผลจากการที่ออกซิเจนสะสมมีอยู่น้อยและมีความต้องการใช้ออกซิเจนเพิ่มสูงขึ้น จึงเป็นเหตุผลที่ต้องให้ออกซิเจนเป็นเวลานานก่อนการนำสลบ เพื่อให้มีออกซิเจนสะสมมากพอ

2. เริ่มให้ยานำสลบด้วย propofol 1.5-2.5 mg/kg ทางหลอดเลือดดำ

3. ให้ยาหย่อนกล้ามเนื้อ succinylcholine 1.5-2 mg/kg ทางหลอดเลือดดำ ตามทันที

4. หลังจากฉีด succinylcholine ใส่ท่อช่วยหายใจ โดยไม่ต้องช่วยหายใจ แล้วรีบ blow cuff ท่อช่วยหายใจทันที และทดสอบตำแหน่งของท่อช่วยหายใจให้อยู่ในตำแหน่งที่เหมาะสม

5. ปรับตั้งเครื่องช่วยหายใจให้เหมาะสม ดังนี้

5.1) lung protective strategy คือ การตั้งค่า tidal volume 6-8 มิลลิลิตรต่อกิโลกรัม โดยใช้น้ำหนัก ideal body weight ส่วนวิธีช่วยหายใจสามารถใช้แบบวิธี pressure-controlled หรือแบบวิธี volume-controlled ก็ได้

5.2) อัตราการหายใจปรับตั้งให้ได้ค่า $ETCO_2$ ที่ปกติ แต่ไม่ควรเกิน 30 ครั้งต่อนาที Airway pressure ไม่เกิน 30 เซนติเมตรน้ำ ปรับตั้งค่า positive end expiratory pressure (PEEP) คือการตั้งค่าแรงดันบวกไว้ในทางเดินหายใจเมื่อสิ้นสุดการหายใจออก เพื่อช่วยเปิดและรักษาถุงลมปอดให้ขยายตัวป้องกันภาวะปอดแฟบ โดยให้ตั้งค่า PEEP 5 – 10 เซนติเมตรน้ำ ให้ค่อยๆ เพิ่มจนได้ระดับ compliance ที่ดีที่สุด ร่วมกับการ

ทำ lung recruitment maneuver เป็นระยะ จะช่วยลดการเกิดภาวะถุงลมโป่งพองและช่วยให้การแลกเปลี่ยนก๊าซ และระดับออกซิเจนในเลือดดีขึ้น

5.3) ใช้ความเข้มข้นออกซิเจนต่ำที่สุดเท่าที่ทำได้ เพื่อคงระดับค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด วัดทางปลายนิ้ว $\geq 90\%$

2.3 การรักษาระดับการระงับความรู้สึก (maintenance) (ปารินัตต์ โทวิกกัย, 2568)

เลือกใช้ยาต่างๆ ที่ทำให้เกิดผลเสียต่อสรีรวิทยาของผู้ป่วยน้อยที่สุดและให้การผ่าตัดเป็นไปได้อย่างดี โดยสะดวก เพื่อให้ระยะเวลาในการให้ยาระงับความรู้สึกสั้นที่สุด และสามารถที่จะทำให้ผู้ป่วยกลับฟื้นคืนสติปกติได้โดยเร็วหลังการผ่าตัดสิ้นสุด

เนื่องจากการคำนวณขนาดยาในผู้ป่วยโรคอ้วนทำได้ยาก ทำให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีความเสี่ยงที่จะเกิดภาวะรู้สึกตัวระหว่างผ่าตัดได้ จึงควรมีการคงระดับความลึกของการระงับความรู้สึกหลังนำสลบในทันที โดยควรเลือกใช้ยาสลบที่ออกฤทธิ์เร็ว เช่น desflurane หรือ sevoflurane รวมทั้งอาจติดตามระดับความลึกของการสลบโดยอาจใช้อุปกรณ์ติดตามคลื่นไฟฟ้าสมอง เช่น bispectral index

2.4 การเฝ้าระวังและการจดบันทึกในระหว่างการให้ยาระงับความรู้สึก (monitoring) (ภัสสร ธรรมอักษรและอรุ โณทัย ศิริอิศวกุล, 2560)

(ภัสสร ธรรมอักษรและอรุ โณทัย ศิริอิศวกุล, 2560)

1) ติดเครื่องมือเฝ้าระวัง (Monitoring) ตามมาตรฐาน ได้แก่ การติดคลื่นไฟฟ้าหัวใจ การวัดค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด วัดทางปลายนิ้ว การวัดอุณหภูมิกาย การวัดความดันโลหิต NIBP (noninvasive blood pressure)

2) เฝ้าระวังการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการจัดทำผ่าตัด เช่น Brachial, Ulna nerve injury การเกิดแผลกดทับจากน้ำหนักตัวที่กดลงมากและอยู่ในท่าเดิมนาน ๆ

3) ประเมินอาการเปลี่ยนแปลง เฝ้าสังเกตอย่างใกล้ชิดและลงบันทึกตามมาตรฐานการบันทึกงานวิสัญญี

2.5 การให้สารน้ำทดแทน (Fluid replacement) (นฤนาท, 2568)

Maintenance fluid คำนวณตามปริมาณน้ำที่ถูกใช้ในขบวนการเมตาบอลิซึม โดยร่างกายต้องการน้ำ 1 มล. ต่อ 1 แคลอรี สามารถคำนวณตามน้ำหนักตัวตามกฎของ Holliday-segar

Deficit fluid จากการงดน้ำก่อนผ่าตัด คำนวณจาก Maintenance fluid x จำนวนชั่วโมงที่งดน้ำมาแล้ว แบ่งให้ 1/2 Maintenance fluid ในชั่วโมงแรก อีก 1/4 ในชั่วโมงที่ 2 และ 3

Replacement fluid ประเมินจากชนิดการผ่าตัดที่มีผลต่อการบาดเจ็บเนื้อเยื่อ โดยให้สารน้ำเพิ่มอีก 2 - 4 มิลลิกรัมต่อกิโลกรัมต่อชั่วโมง สำหรับการผ่าตัดที่มีการบาดเจ็บเนื้อเยื่อขั้นต้น เช่น การผ่าตัดไส้ติ่ง การผ่าตัดที่มีการบาดเจ็บเนื้อเยื่อปานกลาง ให้สารน้ำเพิ่มอีก 4 - 6 มิลลิกรัมต่อกิโลกรัมต่อชั่วโมง เช่น การผ่าตัดทรวงอก การผ่าตัดที่มีการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อรุนแรง ให้สารน้ำเพิ่มอีก 6 - 8 มิลลิกรัมต่อกิโลกรัมต่อชั่วโมง เช่น การผ่าตัดช่องท้อง

2.6 การฟื้นจากยาระงับความรู้สึก (emergence) (ภัสสร ธรรมอักษรและอรุ โณทัย ศิริอิศวกุล, 2560)

เมื่อผู้ป่วยฟื้นจากยาระงับความรู้สึก ไม่มีภาวะแทรกซ้อนระหว่างผ่าตัด ฟื้นจากยาสลบได้ดี

หายใจเองได้ แก่ฤทธิ์ยาหย่อนกล้ามเนื้อ พิจารณาถอดท่อช่วยหายใจ

3. การพยาบาลระยะหลังให้ยาระงับความรู้สึกทางวิสัญญี

3.1 การพยาบาลหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้น (ภาวาลัย สุพนธ์และอรวรรณ พงศ์วีวรรณ, 2563)

1) จัดเตรียมและตรวจสอบความพร้อมของเครื่องมือ อุปกรณ์ในห้องพักฟื้นให้ครบพร้อมใช้งาน
 2) จัดเตรียมอุปกรณ์ที่ใช้ในภาวะวิกฤตฉุกเฉิน หรือการช่วยกู้ชีพ
 3) ให้ผู้ป่วยสูดดมออกซิเจน 100% อัตราไหล 8-10 ลิตรต่อนาที ผ่านทางหน้ากาก จัดให่นอน Fowler's position จัดให้ทางเดินหายใจโล่ง เฝ้าระวังการเกิดภาวะทางเดินหายใจอุดกั้น สังเกตลักษณะการหายใจ การขยายของทรวงอก

4) ติดตามอุปกรณ์เฝ้าระวัง ได้แก่ เครื่องวัดความอิมตัวของออกซิเจนในเลือดวัดทางปลายนิ้ว คลื่นไฟฟ้าหัวใจ ความดันโลหิต ชีพจร การหายใจ และอุณหภูมิกาย

5) ประเมินผู้ป่วยตามเกณฑ์การดูแลผู้ป่วยในห้องพักฟื้น Modified Aldrete score โดยประเมินระดับความรู้สึกตัวของผู้ป่วย การหายใจ ความดันโลหิต ระดับความอิมตัวของออกซิเจนในเลือดและการเคลื่อนไหวร่างกาย

6) สนับสนุนทางด้านจิตใจและอารมณ์เพื่อให้อุบัติการณ์เกิดความมั่นใจในความปลอดภัย

7) ตรวจสอบและควบคุมอัตราการไหลของสารน้ำที่เข้าและออกจากร่างกาย ให้มีปริมาณที่เหมาะสม

8) ประเมินปัญหาที่อาจเกิดขึ้นหลังการระงับความรู้สึกที่พบได้ในห้องพักฟื้น เช่น อาการคลื่นไส้ อาเจียนภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำ การเสียเลือดหลังการผ่าตัด รวมถึงการประเมินอาการปวดและบริหารจัดการความปวด

9) ติดต่อประสานงานกับพยาบาลประจำหอผู้ป่วยหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง

3.2 การพยาบาลหลังผ่าตัดที่หอผู้ป่วย การวางแผนจำหน่ายและการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน

(ภาวาลัย สุพนธ์และอรวรรณ พงศ์วีวรรณ, 2563)

ติดตามเยี่ยมหลังผ่าตัด 24-72 ชั่วโมงแรก เพื่อติดตามประเมินภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดและหลังให้ยาระงับความรู้สึก เช่น อาการเจ็บคอ คลื่นไส้ อาเจียน หรือภาวะ awareness กระสับ ambulation ประเมินอาการของการอุดตันทางเดินหายใจจากการมีเสมหะคั่งค้างในหลอดลม หลอดลมหดเกร็งหรือตีบ ประเมินปัญหาและให้การดูแลแก้ไขตามความเหมาะสมร่วมกับศัลยแพทย์ ประเมินปัญหาและอาการของผู้ป่วยแบบ องค์กรวม และประสานกับทีมผู้ให้การดูแลเมื่อพบภาวะแทรกซ้อนจากการให้ยาระงับความรู้สึกจะรายงานกลับไปยังทีมผู้ให้การระงับความรู้สึกทันที เพื่อประสานงานและให้การรักษาต่อไป และให้ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตนหลังผ่าตัดเมื่อกลับบ้านและการกลับมาตรวจตามนัด

4. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

4.1 สรุปสาระสำคัญ

ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 47 ปี 1 เดือนก่อนมาโรงพยาบาล มีอาการปวดจุกแน่นท้องบริเวณลิ้นปี่ มีอาการหลังรับประทานอาหาร แพทย์วินิจฉัย Symptomatic gall stone วางแผนนัดทำการผ่าตัดนี้วันในถุงน้ำดี โดยใช้กล้องผ่านทางหน้าท้อง (Laparoscopic Cholecystectomy : LC) โดยการให้ยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย ในวันที่ 16 มกราคม 2568

ระยะก่อนให้ยาระงับความรู้สึก

วันที่ 15 มกราคม 2568 เวลา 10.00 น. ผู้ป่วยมาประเมินความพร้อมก่อนผ่าตัดและให้ยาระงับความรู้สึกที่คลินิกประเมินและเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด แรกรับผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ช่วยเหลือตนเองได้ดี ไม่มีอาการปวดท้อง ประเมินสัญญาณชีพ อุณหภูมิกาย 36.5 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 67 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 138/77 มิลลิเมตรปรอท และค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดวัดทางปลายนิ้ว 99 % วิทยาลัยพยาบาลประเมินผู้ป่วย เพื่อเตรียมความพร้อมทั้งด้านร่างกายและจิตใจ จำแนกระดับผู้ป่วยตามสภาพผู้ป่วย ปัญหาและโรคที่เป็นอยู่ตาม American Society of Anesthesiologist (ASA) ผู้ป่วยรายนี้จัดอยู่ใน ASA class II จากภาวะอ้วนมาก (BMI = 35.99 กิโลกรัมต่อตารางเมตร) มีประวัตินอนกรนเสียงสูงต่อการเกิดภาวะหยุดหายใจขณะหลับ ประเมิน Mallampati classification III มีลิ้นใหญ่ กางสั้น แก้มใหญ่ ผลการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจและการถ่ายภาพรังสีทรวงอกปกติ ไม่มีเสียงหัวใจเด่นผิดปกติ Functional Class I, METS > 4 ทีมวิสัญญีวางแผนให้ยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกายด้วยเทคนิค Rapid sequence induction ให้ความรู้เกี่ยวกับการผ่าตัดถุงน้ำดีผ่านกล้องทางหน้าท้อง วิธีการระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจากการผ่าตัดและระงับความรู้สึก แนะนำการปฏิบัติตนก่อน ระหว่างและหลังการระงับความรู้สึก การประเมินและการจัดการความปวดหลังผ่าตัด การฝึกการหายใจและการไออย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อป้องกันภาวะปอดแฟบหลังการผ่าตัด และการงดอาหารหลังที่ยังตื่นและจิบน้ำเปล่าได้ถึงเวลา 06.00 น. เช้าวันผ่าตัด

ระยะให้ยาระงับความรู้สึก

แรกรับที่ห้องผ่าตัด วันที่ 16 มกราคม 2568 เวลา 12.00 น. ผู้ป่วยมาโดยรอนอน ตรวจสอบ ซื่อ-สกุล ตรงกับป้ายชื่อมือ การลงชื่อยินยอมก่อนการผ่าตัดและให้ยาระงับความรู้สึก ความพร้อมก่อนผ่าตัดและให้ยาระงับความรู้สึก แรกรับรู้สึกตัวดี ประเมินสัญญาณชีพ อุณหภูมิกาย 36.3 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 80 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 18 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 135/78 มิลลิเมตรปรอท และค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดวัดทางปลายนิ้ว 100 % ฟังปอดได้ยินเสียงลมหายใจเข้า-ออกเท่ากันทั้งสองข้าง ไม่ได้ยินเสียงผิดปกติ ไม่มีเหนื่อหอบ ได้รับสารน้ำ Acetar 1,000 มิลลิลิตร อัตราเร็ว 80 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง เวลา 12.15 น. ย้ายผู้ป่วยเข้าห้องผ่าตัด ประเมินสัญญาณชีพ อัตราการเต้นของหัวใจ 88 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 18 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 138/82 มิลลิเมตรปรอท ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดวัดทางปลายนิ้ว 100 % ตรวจสอบรายการผ่าตัดเพื่อความปลอดภัยร่วมกับทีมพยาบาลผ่าตัดและศัลยแพทย์ Sign in ก่อนเริ่มทำการระงับความรู้สึก จัดให้ผู้ป่วยนอนท่า Rapid airway management position (RAMP) โดยใช้ผ้าหนูนรองบริเวณใต้ไหล่และลำตัวส่วนบนให้ตั้งหูผู้ป่วยอยู่ในแนวเดียวกับกระดูก sternum และขนานกับพื้นราบ

เวลา 12.25 น. ให้ผู้ป่วยสูดดมออกซิเจน 100% อัตราไหล 5 ลิตรต่อนาที นาน 5 นาที ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดวัดทางปลายนิ้ว 100 % นำสลบและใส่ท่อช่วยหายใจโดยใช้เทคนิค Rapid sequence induction ใหยานำสลบด้วย Fentanyl 50 ไมโครกรัม ทางหลอดเลือดดำ ตามด้วยยา Propofol 200 มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำ ใหยาหย่อนกล้ามเนื้อ Succinyl choline 150 มิลลิกรัมทางหลอดเลือดดำ เมื่อนำออกซิเจนออกและเปิดทางเดินหายใจ ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดวัดทางปลายนิ้ว 100 % ใช้ Video laryngoscope ด้วย McCoy blade No.3 พบ laryngoscopic view grade 2 ใส่ท่อช่วยหายใจ เบอร์ 7.5 ลึก 21 เซนติเมตร ประเมินสัญญาณชีพ ความดันโลหิต 130/80 มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นของหัวใจ 82 ครั้งต่อนาที ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดวัดทางปลายนิ้ว 100% ค่าคาร์บอนไดออกไซด์ในลมหายใจออก 34 มิลลิเมตรปรอท อัตราการหายใจ 14 ครั้งต่อนาที สัมพันธ์กับเครื่องช่วยหายใจ คลื่นไฟฟ้าหัวใจปกติ รักษาระดับการให้ยาระงับความรู้สึก Maintenance ด้วยเทคนิค Balance anesthesia โดยเปิดยาดมสลบไอระเหย Desflurane 6 % ร่วมกับให้ออกซิเจน 60 % โดยใช้ Air : O₂ อัตราส่วน 1 : 1 ใหยาหย่อนกล้ามเนื้อด้วย Cisatracurium 8 มิลลิกรัม และยา Fentanyl 50 มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำ ควบคุมความลึกของการดมยาสลบให้ลึกเพียงพอต่อการผ่าตัด เวลา 12.44 น. ศัลยแพทย์เริ่มผ่าตัด เวลา 12.50 น. ศัลยแพทย์ใส่ก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ (CO₂) เข้าไปในช่องท้อง ความดัน 12-18 มิลลิเมตรปรอท เวลา 13.00 น. ผู้ป่วยมีภาวะหัวใจเต้นช้า อัตราการเต้นของหัวใจ จาก 70 - 72 ครั้งต่อนาที เหลือ 45 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 130/70 มิลลิเมตรปรอท ใหยา Atropine 0.6 มิลลิกรัมทางหลอดเลือดดำ ศัลยแพทย์รับทราบเรื่องอัตราการเต้นของหัวใจช้า ปรับลดความดันก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ลงเหลือ 12 - 15 มิลลิเมตรปรอท ประเมินสัญญาณชีพทุก 2 นาที อัตราการเต้นของหัวใจ 75 - 90 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 130 - 140 / 80 - 88 มิลลิเมตรปรอท ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดวัดทางปลายนิ้ว 99 - 100 % จึงปรับเครื่องวัดสัญญาณชีพทุก 5 นาที ประเมินเลือดออกจากร่างกายขณะผ่าตัด 5 มิลลิลิตร ทดแทนให้สารน้ำขณะผ่าตัดด้วย Acetar จำนวน 300 มิลลิลิตร ตลอดระยะเวลาการระงับความรู้สึกและการทำผ่าตัด ความดันโลหิต 120 - 140 / 70 - 88 มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นของหัวใจ 45 - 90 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 14 ครั้งต่อนาที สัมพันธ์กับเครื่องช่วยหายใจ ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดวัดทางปลายนิ้ว 99 - 100 % คาร์บอนไดออกไซด์ในลมหายใจออก 32 - 34 มิลลิเมตรปรอท Airway pressure 28 - 30 เซนติเมตร หลังเสร็จผ่าตัด ทำ Lung recruitment maneuver โดยใช้ความดัน 40 เซนติเมตรน้ำ ช่วยหายใจค้างไว้ 30 - 60 วินาที เพื่อขยายถุงลมปอด ระยะเวลาให้ยาระงับความรู้สึก 1 ชั่วโมง 45 นาที ในระยะฟื้นจากการสลบ ใหยาแก้ฤทธิ์ยาหย่อนกล้ามเนื้อ (Reverse muscle relaxant) ด้วย Prostigmine 2.5 มิลลิกรัม และ Atropine 1.2 มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำ ประเมินผู้ป่วยมี protective airway กลับมาดีเต็มที่ ดีนดี ทำตามคำสั่งได้ ผู้ป่วยมี reflex การกลืน การหายใจปกติและสัญญาณชีพคงที่ จึงพิจารณาถอดท่อช่วยหายใจในท่าศีรษะสูง 30 องศา เวลา 13.40 น.

ระยะหลังให้ยาระงับความรู้สึก

เวลา 13.45 น. ดูแลผู้ป่วยต่อที่ห้องพักฟื้น แรกเริ่มผู้ป่วยตื่นดี หายใจสม่ำเสมอ ได้รับออกซิเจน mask with bag 8 ลิตรต่อนาที ประเมินสัญญาณชีพ ความดันโลหิต 128/72 มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นของหัวใจ 88 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 18 ครั้งต่อนาที ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดวัดทางปลายนิ้ว 100 % มีระดับความปวด pain score 7 คะแนน ใ้รับยา Morphine 3 มิลลิกรัมทางหลอดเลือดดำและสังเกต

อาการอย่างต่อเนื่อง 15 นาที ประเมินอาการผู้ป่วยซ้ำ ระดับความปวดลดลง pain score 5 คะแนนและ 3 คะแนน ตามลำดับ ประเมิน Modified Aldrete score 10 คะแนน Sedative score 0 คะแนน ประเมินสัญญาณชีพก่อนส่งผู้ป่วยกลับบ้านหอบผู้ป่วย อัตราการเต้นของหัวใจ 65 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 135/78 มิลลิเมตรปรอท อัตราการหายใจ 18 ครั้งต่อนาที ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดวัดทางปลายนิ้ว 98 - 100 % (Room air) ฟังปอดได้ยินเสียงลมหายใจ เข้า-ออกเท่ากันทั้งสองข้าง ไม่ได้ยินเสียงผิดปกติในปอด มีท้องอืดเล็กน้อย แผลไม่มีเลือดซึม ไม่มีภาวะหนาวสั่นและไม่มีคลื่นไส้ อาเจียน ประสานงานส่งผู้ป่วยกลับบ้านหอบผู้ป่วย เวลา 14.45 น.

ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยหลังผ่าตัด

เยี่ยมผู้ป่วย วันที่ 17 มกราคม 2568 ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี หายใจปกติ ประเมินสัญญาณชีพ อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที อัตราการเต้นของหัวใจ 68 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 135/83 มิลลิเมตรปรอท ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดวัดทางปลายนิ้ว 97 - 100 % (Room air) ไม่มีภาวะรู้สึกตัวในระหว่างการระงับความรู้สึก ไม่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน ไม่มีท้องอืด แผลผ่าตัดไม่ซึม ปวดแผลเล็กน้อยระดับความปวด pain score 1 - 2 คะแนน แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านและให้ยากลับไปรับประทานต่อที่บ้าน แนะนำให้ผู้ป่วยมาตรวจซ้ำวันที่ 23 มกราคม 2568 ตามแพทย์นัดและสังเกตอาการผิดปกติที่ควรมาพบแพทย์ก่อนวันนัด รวมระยะเวลาที่รับไว้ในความดูแลในห้องผ่าตัด 2 ชั่วโมง 45 นาทีและรวมระยะเวลาที่อยู่ในโรงพยาบาล 3 วัน

สรุปข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลในกรณีศึกษา ดังนี้

ระยะก่อนให้ยาระงับความรู้สึก

1. ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการใส่ท่อช่วยหายใจยาก (Difficult airway)
2. ผู้ป่วยวิตกกังวลและกลัวต่อการได้รับยาระงับความรู้สึก

ระยะให้ยาระงับความรู้สึก

3. ผู้ป่วยมีภาวะหัวใจเต้นช้าขณะผ่าตัดและให้ยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย
4. ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการสูดสำลักน้ำย่อย/เศษอาหารเข้าปอด (Aspiration)

ระยะหลังให้ยาระงับความรู้สึกในห้องพักฟื้น

5. ผู้ป่วยไม่สุขสบายเนื่องจากปวดแผลผ่าตัด

4.2 ขั้นตอนการดำเนินงาน

4.2.1 ศึกษาสถิติและคัดเลือกเรื่องที่น่าสนใจจากกลุ่มผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาที่งานการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดและวิสัญญีพยาบาล กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลบ้านบึง จำนวน 1 ราย โดยเลือกเรื่องเกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยภาวะอ้วนที่ได้รับยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกายเข้ารับการผ่าตัดนี้ในอุ้งน้ำดี โดยใช้กล้องผ่านทางหน้าท้อง

4.2.2 รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับอาการสำคัญ ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว ประวัติการแพ้ยาและสารเคมี แบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย พร้อมทั้งประเมินสภาพผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ อารมณ์ สังคม และเศรษฐกิจ

4.2.3 ศึกษาค้นคว้าจากตำรา เอกสารทางวิชาการ

4.2.4 ศึกษาผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ และแผนการรักษาของแพทย์

4.2.5 นำข้อมูลที่ได้มารวบรวม วิเคราะห์ วางแผนให้การพยาบาล ตามกระบวนการพยาบาล โดยเน้นการให้การพยาบาลครอบคลุมทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ

4.2.6 ปฏิบัติการพยาบาลและประเมินผลการพยาบาลตามแผน รวมทั้งวางแผนจำหน่าย สรุปผลการปฏิบัติการพยาบาล และให้ข้อมูล เสนอแนะแก่ผู้ป่วยและญาติก่อนจำหน่าย

4.2.7 เรียบเรียงผลงานและเขียนรายงาน จัดทำเป็นเอกสารผลงานทางวิชาการ

4.3 เป้าหมายของงาน

4.3.1 เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยภาวะอ้วนที่ได้รับยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกายเข้ารับการผ่าตัดในอุ้งน้ำดี โดยใช้กล้องผ่านทางหน้าท้อง

4.3.2 เพื่อให้วิสัญญีพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดและวิสัญญีพยาบาล กลุ่มงาน การพยาบาล โรงพยาบาลบ้านบึง ใช้เป็นแนวทางในการพยาบาลผู้ป่วยภาวะอ้วนที่ได้รับยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกายเข้ารับการผ่าตัดในอุ้งน้ำดี โดยใช้กล้องผ่านทางหน้าท้อง

5. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/ คุณภาพ)

เชิงปริมาณ

ให้การพยาบาลผู้ป่วยภาวะอ้วนที่ได้รับยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกายเข้ารับการผ่าตัดในอุ้งน้ำดี โดยใช้กล้องผ่านทางหน้าท้อง จำนวน 1 ราย ระยะเวลาตั้งแต่วันที่ 16 มกราคม พ.ศ. 2568 เวลา 12.00 น. ถึง 14.45 น. ระยะเวลาที่รับไว้ดูแลในห้องผ่าตัด 2 ชั่วโมง 45 รวมระยะเวลาที่อยู่ในความดูแล 3 วัน

เชิงคุณภาพ

ผู้ป่วยปลอดภัยจากการได้รับยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกายขณะเข้ารับการผ่าตัดในอุ้งน้ำดี โดยใช้กล้องผ่านทางหน้าท้อง ไม่มีแทรกซ้อนจากการให้ยาระงับความรู้สึก ทั้งในระยะนำสลบ ใส่ท่อช่วยหายใจ และระยะถอดท่อช่วยหายใจ คือ ไม่มีภาวะการใส่ท่อช่วยหายใจยาก (Difficult airway) ไม่เกิดการสำลักน้ำและเศษอาหารเข้าปอด (Aspiration) ไม่เกิดภาวะหัวใจเต้นช้า ไม่มีภาวะ Awareness จากการให้ยา แพทย์จำหน่ายกลับบ้านได้ โดยมีการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย และญาติมีความรู้ความเข้าใจ สามารถดูแลตนเองต่อเองที่บ้านได้และมีความพึงพอใจในการดูแลรักษาพยาบาล

6. การนำไปใช้ประโยชน์/ ผลกระทบ

ใช้เป็นแนวทางสำหรับบุคลากรทางการพยาบาล ในการให้การพยาบาลผู้ป่วยภาวะอ้วนที่ได้รับยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกายเข้ารับการผ่าตัดในอุ้งน้ำดี โดยใช้กล้องผ่านทางหน้าท้อง ทำให้ผู้ป่วยปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้

7. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

จากกรณีศึกษาพบว่าผู้ป่วยรายนี้อยู่ในกลุ่มระดับ 2 จากการจัดแบ่งกลุ่มผู้ป่วยตามความเสี่ยงต่อการผ่าตัดตามเกณฑ์ของ The American Society of Anesthesiologists (ASA) เนื่องจากมีภาวะอ้วนมาก BMI 35.99 กิโลกรัมต่อตารางเมตร ซึ่งทำให้ผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อการใส่ท่อช่วยหายใจยาก เสี่ยงต่อการสำลักน้ำและเศษอาหารเข้าปอด และการผ่าตัดผ่านกล้องต้องใส่ก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์เข้าไปในช่องท้อง มีผลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาหลายระบบ ผลต่อระบบไหลเวียนเลือดจากการกระตุ้น Vagal reflex และผลต่อ

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ)

(นางนิตร์แก้ว เกื้อสงค์)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ

หัวหน้างานการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดและวิสัญญีพยาบาล

วันที่ 4 เดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2569

(ลงชื่อ)

(นางสาวมัทนา สิริโชคปรีชา)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ

หัวหน้าพยาบาล

วันที่ 4 เดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2569

(ลงชื่อ)

(นางแววดาว พิมลธเรศ)

(ตำแหน่ง) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบ้านบึง

วันที่ 4 เดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2569

(ลงชื่อ)

(นายกฤษณ์ สกกุลแพทย์)

(ตำแหน่ง) นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดชลบุรี

วันที่ ๑๙ เดือน ก.พ. ๒๕๖๙ พ.ศ.

ระบบหายใจจากการที่มีความดันในช่องท้องสูงขึ้นทำให้ปอดขยายได้น้อยลง ปริมาตรของอากาศที่เหลืออยู่ในปอดหลังจากการหายใจออก (Functional residual capacity : FRC) ลดลง ส่งผลให้มีปอดแฟบและเกิดภาวะขาดออกซิเจนในเลือดได้ง่ายและรุนแรงกว่าคนปกติ วิทยาลัยพยาบาลจึงต้องเตรียมผู้ป่วยให้พร้อม เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยระหว่างการให้ยาระงับความรู้สึก ต้องเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นจากการทำผ่าตัดอย่างใกล้ชิด

8. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

ผู้ป่วยมีภาวะอ้วนมากและทำผ่าตัดนี้ในอุ้งน้ำดีโดยใช้กล้องผ่านทางหน้าท้อง รวมระยะเวลาที่ให้ยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกายเป็นเวลานาน 1 ชั่วโมง 45 นาที ผู้ป่วยมีภาวะหัวใจเต้นช้าขณะผ่าตัดและให้ยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย อัตราการเต้นของหัวใจ 45 ครั้งต่อนาที ผู้ป่วยได้รับการใส่ก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ (CO₂) เข้าไปในช่องท้องระหว่างผ่าตัด ความดันอยู่ในช่วง 12 – 18 มิลลิเมตรปรอท ต้องให้ยา Atropine 0.6 มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำ เตรียมยา dopamine และ epinephrine เครื่องกระตุ้นหัวใจไฟฟ้า (Defibrillator) ให้พร้อมใช้ ศัลยแพทย์พิจารณาลดความดันก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ในช่องท้อง ให้อยู่ในช่วง 12-15 มิลลิเมตรปรอท ประเมินอาการผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง โดยการวัดสัญญาณชีพ วัดค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดวัดทางปลายนิ้วและบันทึกสัญญาณชีพทุก 5 นาที

9. ข้อเสนอแนะ

9.1 วิทยาลัยพยาบาลต้องมีความรู้ ความสามารถในการประเมิน วางแผน เตรียมอุปกรณ์พิเศษ เช่น Video laryngoscope เครื่องมือแพทย์ และยาที่จำเป็น ให้พร้อมใช้งานสำหรับการใส่ท่อช่วยหายใจยาก

9.2 วิทยาลัยพยาบาลต้องมีความรู้ ความสามารถในการเฝ้าระวังภาวะหัวใจเต้นช้าขณะผ่าตัดและให้ยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกายและให้การพยาบาลเพื่อแก้ไขภาวะหัวใจเต้นช้าได้อย่างมีประสิทธิภาพและทันท่วงที เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย

9.3 วิทยาลัยพยาบาลต้องมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงทางกายภาพของภาวะอ้วนในระบบต่างๆ ที่มีผลต่อการให้ยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย เพื่อนำไปสู่การวางแผนการพยาบาลในการให้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วไป เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย

10. สัดส่วนผลงานของผู้ขอประเมิน

นางสาวจุรีพร เกิดมณฑล สัดส่วนผลงาน 100%

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) ผู้ขอประเมิน

(นางสาวจุรีพร เกิดมณฑล)

พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

วันที่ 4 เดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2569

แบบเสนอแนวคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน
(ระดับชำนาญการ)

1. เรื่อง Voice Pen เครื่องมือสื่อสารภาษาพม่า สำหรับการจัดทำนิตยสารเข้าช่องน้ำไขสันหลัง
2. หลักการและเหตุผล

จังหวัดชลบุรีเป็นเขตพื้นที่ในโครงการพัฒนาระเบียงเศรษฐกิจพิเศษภาคตะวันออกอุตสาหกรรม (Eastern Economic Corridor : EEC) มีโรงงานอุตสาหกรรมและนิคมอุตสาหกรรมหลายแห่ง การขยายตัวของอุตสาหกรรมในโครงการ EEC ส่งผลให้มีแรงงานต่างชาตินำเข้าทำงานและตั้งถิ่นฐานอาศัยอยู่เป็นจำนวนมาก โดยแรงงานต่างชาตินั้นมีทั้งที่เข้ามาทำงานอย่างถูกต้องตามกฎหมาย (Memorandum of Understanding : MOU) และมาทำงานแบบผิดกฎหมาย แรงงานต่างชาตินี้ส่วนนี้มีความจำเป็นต้องเข้าถึงระบบบริการสาธารณสุขของไทย ได้แก่ การรักษาพยาบาล การฝากครรภ์และการคลอดบุตร เป็นต้น

การสื่อสาร (Communication) มีบทบาทสำคัญมากต่อการดำเนินชีวิตประจำวันของมนุษย์ กิจกรรมต่างๆ ส่วนต้องใช้การสื่อสารทั้งในการทำงาน การเรียน การประกอบกิจวัตรประจำวัน (ณัฐชุตตา วิจิตรจามรี, 2566) การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพระหว่างบุคลากรทางการแพทย์กับผู้ป่วย จะทำให้ผู้ป่วยเข้าใจคำแนะนำและสามารถปฏิบัติตามได้อย่างถูกต้อง ช่วยลดความวิตกกังวล สร้างความมั่นใจและเพิ่มความร่วมมือของผู้ป่วย (ชัชฌิมา พันธุ์เจริญ, 2560) การประเมินและการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยก่อนผ่าตัดและระงับความรู้สึกเป็นสิ่งสำคัญ การประเมินและเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยก่อนผ่าตัดที่ดี จะทำให้การผ่าตัดและการระงับความรู้สึกดำเนินไปได้อย่างราบรื่น ปลอดภัยและลดโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนขณะผ่าตัดและหลังผ่าตัด (มิ่งขวัญ วงษ์ยิ่งสิน, 2568)

โรงพยาบาลบ้านบึงเป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด M2 120 เตียง มีห้องผ่าตัดทั้งหมด 3 ห้อง จากสถิติในปี พ.ศ. 2566 - 2568 มีผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดทั้งหมด จำนวน 3,167, 2,761 และ 2,174 ราย ตามลำดับ แบ่งตามสัญชาติเป็นคนไทย จำนวน 2,526, 2,174 และ 2,072 ราย คิดเป็นร้อยละ 79.76, 78.74 และ 76.34 ตามลำดับ ผู้ป่วยต่างชาติที่เข้ารับการผ่าตัดทั้งหมด จำนวน 641, 587 และ 642 ราย คิดเป็นร้อยละ 20.23, 21.26 และ 29.53 ตามลำดับ พบว่าเป็นผู้ป่วยพม่า จำนวน 407, 402 และ 484 ราย คิดเป็นร้อยละ 63.49, 68.48 และ 75.39 ตามลำดับ

ผู้ป่วยที่เข้ารับบริการทางวิสัญญี จำนวน 2,320, 1,914 และ 1,887 ราย ตามลำดับ แบ่งตามเทคนิคของการระงับความรู้สึกทางวิสัญญีโดยวิธีการนิตยสารเข้าช่องน้ำไขสันหลัง (Spinal block) จำนวน 1,156, 966 และ 953 ราย คิดเป็นร้อยละ 49.83, 50.47 และ 50.50 ตามลำดับ เป็นคนไทย จำนวน 827, 678 และ 600 ราย คิดเป็นร้อยละ 71.54, 70.19 และ 62.96 ตามลำดับ ผู้ป่วยต่างชาติที่ได้รับการระงับความรู้สึกโดยวิธีการนิตยสารเข้าช่องน้ำไขสันหลังทั้งหมด จำนวน 329, 288 และ 353 ราย คิดเป็นร้อยละ 28.46, 29.81 และ 37.04 ตามลำดับ พบว่าเป็นผู้ป่วยพม่า จำนวน 214, 207 และ 274 ราย คิดเป็นร้อยละ 65.05, 71.88 และ 77.62 ตามลำดับ (โรงพยาบาลบ้านบึง, 2568)

จากข้อมูลพบว่าผู้ป่วยต่างชาติที่มารับบริการผ่าตัดและได้รับการระงับความรู้สึกเฉพาะส่วนโดยการฉีดยาชาเข้าช่องน้ำไขสันหลัง (Spinal block) เป็นชาวพม่ามากที่สุดและมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น ดังนั้นการสื่อสารระหว่างบุคลากรทางการแพทย์และผู้ป่วยจึงเป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่ง เพราะการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ จะทำให้ผู้ป่วยเข้าใจคำแนะนำ ช่วยลดความวิตกกังวล ตลอดจนสามารถให้ความร่วมมือและปฏิบัติตามได้อย่างถูกต้อง แต่เนื่องจากมีข้อจำกัดของการใช้ภาษาพม่าในการสื่อสารกับผู้ป่วย ทำให้เกิดปัญหา และอุปสรรคต่อการให้บริการกับผู้ป่วยพม่า ดังนั้นจึงเป็นความท้าทายของงานวิสัญญีที่จะสร้างเครื่องมือสื่อสารภาษาพม่า สำหรับดูแลผู้ป่วยพม่าที่เข้ารับผ่าตัดและได้รับการระงับความรู้สึกเฉพาะส่วนโดยการฉีดยาชาเข้าช่องน้ำไขสันหลัง (Spinal block) เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน

3. บทวิเคราะห์/ แนวความคิด/ ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

จากสภาพปัญหาและความสำคัญข้างต้น จึงนำมาวิเคราะห์สถานการณ์แนวทางปฏิบัติเดิมในการประเมินผู้ป่วยและเตรียมความพร้อมผู้ป่วยพม่าก่อนผ่าตัด มีการให้ข้อมูลและอธิบายขั้นตอนการปฏิบัติตัวขณะระงับความรู้สึกโดยการฉีดยาชาเข้าช่องน้ำไขสันหลังแก่ผู้ป่วยพม่าและล่าม ประเมินโดยให้ผู้ป่วยพม่าซ่อมจัดทำขณะทำหัตถการที่ถูกต้องก่อนกลับบ้าน และให้แผ่นพับความรู้เรื่องคำแนะนำในการปฏิบัติตัวก่อนเข้ารับการผ่าตัดและระงับความรู้สึกโดยการฉีดยาชาเข้าช่องน้ำไขสันหลังภาษาพม่าแก่ผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยกลับไปอ่านทบทวนที่บ้าน แต่จากการปฏิบัติงานจริง พบว่าในวันผ่าตัดผู้ป่วยพม่าปฏิบัติตัวไม่ถูกต้อง ได้แก่ จัดทำไม่ถูกต้อง ทำให้ต้องใช้ผู้ช่วยจัดทำหลายคน บุคลากรต้องออกแรงดึงรั้งผู้ป่วยมากขึ้น และผู้ป่วยขยับตัว อยู่ไม่นิ่งขณะแทงเข็มหรือขณะฉีดยาชาเข้าช่องน้ำไขสันหลัง ส่งผลทำให้วิสัญญีแพทย์ต้องแทงเข็มหลายครั้ง เป็นต้น และถึงแม้ในวันทำผ่าตัดขณะจัดทำฉีดยาชาเข้าช่องน้ำไขสันหลัง ทีมวิสัญญีได้แก้ปัญหาเบื้องต้นโดยใช้แอปพลิเคชันแปลภาษาผ่านระบบ smart phone ช่วยสื่อสารกับผู้ป่วยพม่า แต่ยังพบว่าต้องใช้เวลาในการพิมพ์ตัวอักษรลงใน smart phone หรือต้องพูดประโยคที่ต้องการสื่อสารให้ถูกต้องโดยไม่มีเสียงรบกวน เพราะเสียงรบกวนที่แทรกเข้าไปจะทำให้ความหมายของประโยคผิดไป

นอกจากนี้พบว่าผู้ป่วยพม่าที่มารับบริการผ่าตัดและได้รับการระงับความรู้สึกเฉพาะส่วนโดยการฉีดยาชาเข้าช่องน้ำไขสันหลัง (Spinal block) ใช้เวลาในการทำหัตถการตั้งแต่จัดทำจนฉีดยาชาเข้าช่องน้ำไขสันหลังเสร็จนานมากกว่าคนไทย โดยเฉลี่ยใช้เวลา 10 -15 นาที บางรายใช้เวลานานกว่า 30 นาที เมื่อวิเคราะห์สาเหตุเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จและการใช้เวลาในการฉีดยาชาเข้าช่องน้ำไขสันหลัง (Spinal block) ในผู้ป่วยพม่า พบว่ามีหลายปัจจัยได้แก่ 1) ความชำนาญและประสบการณ์ของวิสัญญีแพทย์ ในการฉีดยาชาเข้าช่องน้ำไขสันหลัง (Spinal block) 2) สภาพกายวิภาคของกระดูกสันหลังของผู้ป่วย เช่น กระดูกสันหลังคด 3) ผู้ป่วยมีค่าดัชนีมวลกาย > 30 กิโลกรัมต่อตารางเมตร และ 4) การสื่อสารระหว่างวิสัญญีกับผู้ป่วยพม่า ตั้งแต่การจัดทำก่อนเริ่มฉีดยาชาเข้าช่องน้ำไขสันหลัง ขณะฉีดยาชาเข้าช่องน้ำไขสันหลัง และประเมินระดับการชาหลังฉีดยาชาเสร็จ พบว่าวิสัญญีไม่สามารถสื่อสารกับผู้ป่วยให้เข้าใจ ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติตามคำแนะนำได้อย่างถูกต้อง ไม่ให้ความร่วมมือหรืออยู่นิ่งในขณะที่วิสัญญีแพทย์ฉีดยาชาเข้าช่องน้ำไขสันหลัง (Spinal block) ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญที่พบมากที่สุด

ดังนั้นทีมนักวิจัยได้ตระหนักถึงความสำคัญของปัญหาและความปลอดภัยของผู้ป่วยที่เข้ารับบริการผ่าตัดและระดับความรู้สึกเฉพาะส่วนโดยการฉีดยาชาเข้าช่องน้ำไขสันหลัง จึงมีแนวคิดที่จะพัฒนาเครื่องมือสื่อสารให้เหมาะสมกับการใช้งานสำหรับผู้ป่วยพม่าในห้องผ่าตัด ออกแบบให้ใช้งานง่าย สื่อสารได้ชัดเจน เพื่อช่วยให้การสื่อสารมีประสิทธิภาพระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์ ทำให้ผู้ป่วยเข้าใจคำแนะนำและสามารถปฏิบัติตามได้อย่างถูกต้อง เกิดร่วมมือระหว่างทำหัตถการฉีดยาชาเข้าช่องน้ำไขสันหลัง ปลอดภัยและไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการฉีดยาชาเข้าช่องน้ำไขสันหลัง (Spinal block) ร่วมกับใช้แนวคิดการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง (Continual Quality Improvement : CQI) ตามแนวคิดทฤษฎีวงจรมิง (The Deming Cycle) ซึ่งเป็นแนวคิดการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง ประกอบด้วยกิจกรรมหลัก 4 ขั้นตอน คือ ขั้นตอนการวางแผน (Plan) ขั้นตอนการปฏิบัติ (Do) ขั้นตอนการตรวจสอบ (Check) และขั้นตอนปรับปรุงการดำเนินการให้เหมาะสม (Act) นำมาใช้ในกระบวนการวิเคราะห์เพื่อให้เกิดการพัฒนาอย่างเป็นระบบ (ศูนย์นวัตกรรมสุขภาพคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2568)

ข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้น คือ ผู้ป่วยพม่ามีหลายชาติพันธุ์ ซึ่งมีสำเนียงและภาษาถิ่นเป็นของตนเอง ประกอบกับส่วนใหญ่ไม่ได้เรียนหนังสือ หากพัฒนาเครื่องมือสื่อสารโดยใช้ภาษาพม่าที่เป็นภาษาราชการ จากแอปพลิเคชันแปลภาษาผ่านระบบ smart phone จะมีผลทำให้ผู้ป่วยพม่าบางกลุ่มไม่เข้าใจ ทำให้ยังคงเกิดปัญหาในการสื่อสารระหว่างบุคลากรทางการแพทย์และผู้ป่วยพม่า

แนวทางแก้ไขและข้อเสนอแนะ คือ อัดเสียงถามที่มากับผู้ป่วยแต่ละชาติพันธุ์ เป็นภาษาถิ่นที่ผู้ป่วยสามารถเข้าใจได้ เกี่ยวกับขั้นตอนการปฏิบัติตัวขณะระดับความรู้สึกโดยการฉีดยาชาเข้าช่องน้ำไขสันหลัง และทดลองใช้ตั้งแต่วันที่ประเมินและเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัด รวมถึงประเมินการรับรู้และความเข้าใจของผู้ป่วยพม่าในการใช้เครื่องมือ Voice Pen สำหรับสื่อสารภาษาพม่า เพื่อให้ผู้ป่วยร่วมมือขณะฉีดยาชาเข้าช่องน้ำไขสันหลัง (Spinal block) เกิดความปลอดภัยและไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน

วัตถุประสงค์

เพื่อจัดทำเครื่องมือ Voice Pen สำหรับสื่อสารภาษาพม่า ในการจัดทำฉีดยาชาเข้าช่องน้ำไขสันหลัง
 ระยะเวลาดำเนินการ 1 เมษายน 2569 – 30 กันยายน 2569

กลุ่มเป้าหมาย

วิสัญญีพยาบาล โรงพยาบาลบ้านบึง

ขั้นตอนการดำเนินการ

1. ทบทวนปัญหาและศึกษาข้อมูล สาเหตุของปัญหาการสื่อสารภาษาพม่าระหว่างบุคลากรทางการแพทย์กับผู้ป่วยพม่าเกี่ยวกับการระดับความรู้สึกทางวิสัญญีโดยวิธีการฉีดยาชาเข้าช่องน้ำไขสันหลัง
2. ศึกษาตำรา เอกสารงานวิจัยเกี่ยวกับเครื่องมือสื่อสารภาษาพม่าและการจัดทำฉีดยาชาเข้าช่องน้ำไขสันหลัง
3. รวบรวมวิเคราะห์ข้อมูล ประเด็นปัญหาที่พบและสาเหตุของปัญหา
4. จัดทำเครื่องมือ Voice Pen และแนวทางการใช้เครื่องมือสื่อสารภาษาพม่า สำหรับการจัดทำฉีดยาชาเข้าช่องน้ำไขสันหลัง

5. นำเสนอแนวคิดการใช้เครื่องมือ Voice Pen สำหรับสื่อสารภาษาพม่า ในการจัดทำนิตยสารเข้าช่องน้ำไขสันหลัง อธิบายถึงรูปแบบและขั้นตอนการใช้แนวทางกับหัวหน้าหน่วยงานและวิสัญญีพยาบาลในหน่วยงาน

6. เสนอแนวทางการใช้เครื่องมือ Voice Pen สำหรับสื่อสารภาษาพม่า ในการจัดทำนิตยสารเข้าช่องน้ำไขสันหลัง ประสานงานกับบุคลากรและทีมสหสาขาที่เกี่ยวข้อง

7. เตรียมเครื่องมือ Voice Pen และเอกสารแนวทางการใช้เครื่องมือสื่อสารภาษาพม่า สำหรับการจัดทำนิตยสารเข้าช่องน้ำไขสันหลัง

8. จัดทำแบบประเมินผลการใช้เครื่องมือ Voice Pen สำหรับสื่อสารภาษาพม่า ในการจัดทำนิตยสารเข้าช่องน้ำไขสันหลัง

9. นำแนวทางการใช้เครื่องมือ Voice Pen สำหรับสื่อสารภาษาพม่า ในการจัดทำนิตยสารเข้าช่องน้ำไขสันหลังที่จัดทำขึ้นมาใช้ในหน่วยงานและประเมินผล

10. สรุปผลการใช้เครื่องมือ Voice Pen สำหรับสื่อสารภาษาพม่า ในการจัดทำนิตยสารเข้าช่องน้ำไขสันหลังนำข้อเสนอแนะและข้อบกพร่องต่างๆ ที่พบมาปรับปรุง

4. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

4.1 ผู้ป่วยเข้าใจและให้ความร่วมมือในการจัดทำที่ถูกต้องสำหรับการนิตยสารเข้าช่องน้ำไขสันหลัง

4.2 ลดภาวะแทรกซ้อนจากการแทงเข็มหลายครั้ง เนื่องจากมีข้อจำกัดด้านการสื่อสาร

4.3 ผู้ป่วยมีความพึงพอใจต่องานบริการวิสัญญีเพิ่มขึ้น

5. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

มีเครื่องมือ Voice Pen สำหรับสื่อสารภาษาพม่า ในการจัดทำนิตยสารเข้าช่องน้ำไขสันหลัง และวิสัญญีพยาบาลใช้เครื่องมือ 100 %

(ลงชื่อ)  ผู้ขอประเมิน

(นางสาวจุรีพร เกิดมณฑล)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

วันที่ 4 เดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2569

เอกสารอ้างอิง

- ชิษณุ พันธุ์เจริญ. (2560). Communication Skills การสื่อสารทางการแพทย์แบบมืออาชีพ. กรุงเทพฯ : แอคทีฟพรีนซ์.
- ณัฐชуда วิจิตรจามรี. (2566). ทฤษฎีการสื่อสาร Communication Theories. กรุงเทพฯ : คณะมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- นฤนาท โลมะรัตน์. (2568). สารน้ำ เลือดและส่วนประกอบของเลือด. ใน Anesthesia and Perioperative Care (ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 2). (39-53). นฤนาท โลมะรัตน์, พิชยา ไวทยะวิญญู และบุศรา ศิริวันสามนต์ (บ.ก.). กรุงเทพฯ : พี.เอ.ลิฟวิ่ง จำกัด.
- ปาริฉัตร โดวิกภัย. (2568). การดูแลผู้ป่วยโรคอ้วนที่มารับการผ่าตัด. ใน Anesthesia and Perioperative Care. (ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 2). (391-405). นฤนาท โลมะรัตน์, พิชยา ไวทยะวิญญู และบุศรา ศิริวันสามนต์ (บ.ก.). กรุงเทพฯ : พี.เอ.ลิฟวิ่ง จำกัด.
- ภัสสร ธรรมอักษรและอรุโณทัย ศิริอัสวกุล. (2560). การให้ยาระงับความรู้สึกสำหรับผู้ป่วยโรคอ้วน. *เวชบันทึกศิริราช*, 10(1), 34-41.
- ภาวิทย์ สุทนต์และอรวรรณ พงศ์วีวรรณ. (2563). การเชื่อมผู้ป่วยหลังให้ยาระงับความรู้สึก. *วิสัยทัศน์สาร*, 46(2), 119 -124.
- มิ่งขวัญ วงษ์ยิ่งสิน. (2568). การประเมินและเตรียมความพร้อมก่อนการผ่าตัด. ใน Anesthesia and Perioperative Care (ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 2). (9-25). นฤนาท โลมะรัตน์, พิชยา ไวทยะวิญญู และบุศรา ศิริวันสามนต์ (บ.ก.). กรุงเทพฯ : พี.เอ.ลิฟวิ่ง จำกัด.
- ราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย, (2566). *แนวทางการรักษาพยาบาลผู้ป่วยทางศัลยกรรม. โรคนี้ไว้ในทางเดินน้ำดี*. [ออนไลน์]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.rcst.or.th/web-upload/filecenter/CPG/Gallstone%20.html>
- โรงพยาบาลบ้านบึง. (2568). *ข้อมูลสถิติงานห้องผ่าตัดโรงพยาบาลบ้านบึง*.
- วาริษา วงศ์ชัยอุดมโชค. (2568). การประเมินและเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนการผ่าตัด. ใน *ตำราวิสัญญีวิทยา เล่ม 1*. (225-247). มานี รักษาเกียรติศักดิ์, ประเสริฐ สวัสดิ์วิภาชัย, มิ่งขวัญ วงษ์ยิ่งสิน และอรพรรณ พิริยะแพทย์สม (บ.ก.). กรุงเทพฯ : พี.เอ.ลิฟวิ่ง จำกัด.
- ศูนย์นวัตกรรมสุขภาพคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, (2568). *ความแตกต่างระหว่าง R2R, CQI และ Innovation*. [ออนไลน์]. เข้าถึงได้จาก: <https://center.med.cmu.ac.th/medchic/>
- สารเศรษฐ์ เอี่ยมธนเศรษฐ์และภัททิพา สุขโสภี. (2560). การระงับความรู้สึกผ่าตัดคนรีเวช. ใน *ตำราวิสัญญีพื้นฐานและหน่วยงานปฏิบัติ (Basic Anesthesia and Procedural Units)*. (167-173). มานี รักษาเกียรติศักดิ์, เบญจรัตน์ หยกอุบล, กำแพง วัชรภักษะ, ขนิษฐา ไกรประสิทธิ์ และปาริชาติ อภิเดชากุล (บ.ก.). กรุงเทพฯ : พี.เอ.ลิฟวิ่ง จำกัด.