

## บทที่ 4

### ผลการดำเนินโครงการ

การดำเนินโครงการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอมาตรการการควบคุมอุบัติการณ์ ความเสี่ยงทางการพยาบาลผ่าตัด โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ นำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลและ ผลการดำเนินโครงการดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ตอนที่ 2 ความเป็นไปได้ของมาตรการควบคุมความเสี่ยงทางการพยาบาลผ่าตัด โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

ตอนที่ 3 มาตรการการควบคุมอุบัติการณ์ความเสี่ยงทางการพยาบาลผ่าตัด โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

## ตอนที่ 1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 6 จำนวนและร้อยละของพยาบาลห้องผ่าตัดกลุ่มตัวอย่าง

คุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน ( คน )	ร้อยละ
	N = 11	
อายุ		
20 - 30 ปี	9	82
31 - 40 ปี	0	0
40 ปี ขึ้นไป	2	12
วุฒิการศึกษา		
ปริญญาตรี	9	82
ปริญญาโท	2	12
ประสบการณ์การพยาบาลผ่าตัด		
0 - 5 ปี	8	73
6 - 10 ปี	1	9
11 - 20 ปี	0	0
20 ปี ขึ้นไป	2	18
ประสบการณ์การดูงาน ฝึกอบรมการพยาบาลผ่าตัด จากสถาบันอื่นๆ		
เคยในประเทศและ/หรือต่างประเทศ	3	27
ไม่เคย	8	73

จากตารางที่ 6 พยาบาลกลุ่มตัวอย่างจบการศึกษาปริญญาตรีขึ้นไป และมีการศึกษาปริญญาโทร้อยละ 12 ส่วนใหญ่มีประสบการณ์การพยาบาลผ่าตัดน้อยกว่า 5 ปี ร้อยละ 73 และส่วนน้อยร้อยละ 27 มีประสบการณ์ดูงาน ฝึกอบรมการพยาบาลผ่าตัดจากสถาบันอื่นๆ ในประเทศและ/ หรือต่างประเทศ

## ตอนที่ 2 ความเป็นไปได้ของมาตรการการควบคุมอุบัติการณ์ความเสี่ยงทางการพยาบาล ผ่าตัด โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

ความเป็นไปได้ของมาตรการการควบคุมอุบัติการณ์ความเสี่ยงทางการพยาบาล  
ผ่าตัด โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ มีดังนี้

1 ความเป็นไปได้ของมาตรการควบคุมผ้าซับตักข้างในร่างกายผู้ป่วย ส่วนใหญ่  
แล้วจะมีความเป็นไปได้มากที่สุด มีค่าเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 3.73 - 4.91 และมีค่าส่วนเบี่ยงเบน  
มาตรฐานระหว่าง .30 -1.00 อยู่ในเกณฑ์ที่กำหนดไว้

มีข้อเสนอแนะได้แก่ หากเป็นไปได้ควรมีผ้าซับที่มีเส้นที่บร้งสีใช้สำหรับการผ่าตัด  
ทั้งหมด และให้กำหนดผ้าซับโลหิตสำหรับวิสัญญีแพทย์ใช้ให้แตกต่างจากสำหรับการผ่าตัด

2. ความเป็นไปได้ของมาตรการควบคุมเข็มตักข้างในร่างกายผู้ป่วย ส่วนใหญ่  
แล้วจะมีความเป็นไปได้มาก มีค่าเฉลี่ยระหว่าง 3.36 - 4.75 และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานอยู่  
ระหว่าง .47 -1.04 มีเพียง 1 ข้อคือการป้องกันเข็มตักข้างในผู้ป่วยข้อที่ 5 วิธีการบันทึกเข็มที่  
กระดานผ่าตัดใช้วิธีการเขียนเครื่องหมาย + หรือ - เมื่อเพิ่มหรือลดจำนวน มีความเป็นไปได้ไม่เข้า  
เกณฑ์คือค่าเฉลี่ย เพียง 3.36 เท่านั้น ดังนั้นมาตรการควบคุมเข็มตักข้างในร่างกายผู้ป่วยจึงได้  
ตัดข้อนี้ออกไป

3. ความเป็นไปได้ของมาตรการควบคุมเครื่องมือและอุปกรณ์ตักข้างในร่างกาย  
ผู้ป่วย ส่วนใหญ่แล้วมีค่าความเป็นไปได้มากที่สุด โดยมีค่าเฉลี่ยระหว่าง 4.27 - 4.91 ส่วนค่าส่วน  
เบี่ยงเบนมาตรฐานมีค่าอยู่ระหว่าง .30 -.93 มาตรการควบคุมเครื่องมือและอุปกรณ์อยู่ในเกณฑ์  
ทั้งหมด

มีข้อเสนอแนะให้สำรวจสภาพเครื่องมือและและอุปกรณ์ก่อนการผ่าตัดเพื่อปอง  
กันการแตกหัก ตักข้างในผู้ป่วย

4. ความเป็นไปได้ของมาตรการควบคุมเจ้าหน้าที่ได้รับของมีคมขณะผ่าตัด ส่วน  
ใหญ่แล้วมีค่าความเป็นไปได้มากที่สุด โดยมีค่าเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 4.18 - 4.91 ส่วนค่า  
ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานอยู่ระหว่าง .40 - .98 จึงได้นำเสนอมาตรการทั้งหมดอยู่ในเกณฑ์ทั้งหมด

5. ความเป็นไปได้ของมาตรการควบคุมการผ่าตัดผิดคนผิดตำแหน่ง ส่วนใหญ่  
แล้วมีค่าความเป็นไปได้มากที่สุด โดยมีค่าเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 4.09 - 5.00 ส่วนค่าส่วนเบี่ยง  
เบนมาตรฐานอยู่ระหว่าง .00 - .98 จึงได้นำเสนอมาตรการทั้งหมดเนื่องจากอยู่ในเกณฑ์ทั้งหมด

6. ค่าความเป็นไปได้ของมาตรการควบคุมผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บจากเครื่องจักรไฟฟ้า ส่วนใหญ่แล้วมีค่าความเป็นไปได้มากที่สุด โดยมีค่าเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 3.55 – 4.91 ส่วนค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานอยู่ระหว่าง .40 – 1.04 ข้อที่มีค่าส่วนเบี่ยงเบน 1.04 นั้นมีค่าเฉลี่ย 4.09 จึงได้นำเสนอมาตรการทั้งหมดเนื่องจากอยู่ในเกณฑ์ทั้งหมด

7. ค่าความเป็นไปได้ของมาตรการควบคุมเจ้าหน้าที่ได้รับบาดเจ็บจากเครื่องจักรไฟฟ้า ส่วนใหญ่แล้วมีค่าความเป็นไปได้มากที่สุด โดยมีค่าเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 4.36 – 4.73 ส่วนค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานอยู่ระหว่าง .52 – .69 จึงได้นำเสนอมาตรการทั้งหมดเนื่องจากอยู่ในเกณฑ์ทั้งหมด

8. ค่าความเป็นไปได้ของมาตรการควบคุมบาดเจ็บต่อผู้ป่วยจากเครื่องกระตุกหัวใจด้วยไฟฟ้า ส่วนใหญ่แล้วมีค่าความเป็นไปได้มากที่สุด โดยมีค่าเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 3.82 – 4.91 ส่วนค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานอยู่ระหว่าง .30 – 1.04 จึงได้นำเสนอมาตรการทั้งหมดเนื่องจากอยู่ในเกณฑ์ทั้งหมด

9. ค่าความเป็นไปได้ของมาตรการควบคุมอันตรายต่อบุคลากรจากเครื่องกระตุกหัวใจด้วยไฟฟ้า ส่วนใหญ่แล้วมีค่าความเป็นไปได้มากที่สุด โดยมีค่าเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 4.64 – 4.91 ส่วนค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานอยู่ระหว่าง .30 – .50 จึงได้นำเสนอมาตรการทั้งหมดเนื่องจากอยู่ในเกณฑ์ทั้งหมด

10. ค่าความเป็นไปได้ของมาตรการควบคุมการติดเชื้อของแผลผ่าตัด ส่วนใหญ่แล้วมีค่าความเป็นไปได้มากที่สุด โดยมีค่าเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 4.00 – 5.00 ส่วนค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานอยู่ระหว่าง .00 – 1.00 จึงได้นำเสนอมาตรการทั้งหมดเนื่องจากอยู่ในเกณฑ์ทั้งหมด

11. ค่าความเป็นไปได้ของมาตรการควบคุมผู้ป่วยได้รับอันตรายจากการจัดทำ ส่วนใหญ่แล้วมีค่าความเป็นไปได้มากที่สุด โดยมีค่าเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 4.64 – 5.00 ส่วนค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานอยู่ระหว่าง .00 – .67 จึงได้นำเสนอมาตรการทั้งหมดเนื่องจากอยู่ในเกณฑ์ทั้งหมด

### ตอนที่ 3 มาตรการการควบคุมอุบัติเหตุการล้มความเสียหายทางการพยาบาลผ่าตัด โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

#### 1. มาตรการควบคุมผ้าซับโลหิตตกค้างในผู้ป่วย

##### 1.1. การป้องกันผ้าซับโลหิตตกค้างในร่างกายผู้ป่วย

1.1.1 มีคู่มือปฏิบัติงานเกี่ยวกับการนับผ้าซับ เครื่องมือ และของมีคม และทบทวนเป็นระยะ

1.1.2 กำหนดจำนวนผ้าซับโลหิตแต่ละมัดในแต่ละประเภท เช่น ผ้าซับ 4x4 นิ้ว มัดละ 10 ชิ้น ผ้าซับใหญ่ 3x18 นิ้วมัดละ 10 ชิ้น

1.1.3 มีการนับและตรวจสอบผ้าซับโลหิตร่วมกันระหว่างพยาบาลส่งผ่าตัดและเจ้าหน้าที่ช่วยรอบนอกทุกราย เขียนประเภท ชนิดและจำนวนบนกระดานในห้องผ่าตัดให้ถูกต้อง ดังนี้

1.1.3.1 ก่อนการผ่าตัด

1.1.3.2 เมื่อเปิดผ้าซับเพิ่ม

1.1.3.3 ก่อนและหลังปิดโพรงแผล หรืออวัยวะที่เป็นโพรง

1.1.3.4 เมื่อมีการเปลี่ยนพยาบาลส่งผ่าตัดและ/หรือเจ้าหน้าที่

ช่วยรอบนอกอย่างถาวร

1.1.3.5 ก่อนการปิดช่องอกหรือช่องท้อง และหลังการผ่าตัด

ทันที

1.1.4 ก่อนนับผ้าซับโลหิตต้องแกะสิ่งผูกมัดผ้าซับออก และแยกนับผ้าซับทีละชิ้นให้เห็นอย่างชัดเจนทั้งพยาบาลส่งเครื่องมือและเจ้าหน้าที่ช่วยรอบนอก

1.1.5 การนับแต่ละมัด ต้องวางแยกผ้าซับที่นับแล้ว และผ้าซับที่ยังนับไม่เสร็จออกจากกันอย่างชัดเจน

1.1.6 การนับผ้าซับโลหิตแต่ละครั้ง ต้องออกเสียงนับให้ได้ยิน และนับให้เสร็จสิ้นโดยไม่มีการขัดจังหวะระหว่างการนับ หากมีการขัดจังหวะให้เริ่มนับใหม่

1.1.7 หากจำนวนผ้าซับโลหิตมีไม่ถูกต้องตามที่กำหนดไว้ให้นับซ้ำ ถ้ายังขาดหรือเกินจำนวนอีก ให้ส่งผ้าซับมัดนั้นออกจากบริเวณปลอดภัย และให้เจ้าหน้าที่ช่วยรอบนอกนำผ้าซับมัดนั้นออกจากห้องผ่าตัดทันที และรายงานให้พยาบาลหัวหน้าเวรทราบ

1.1.8 ในรายฉุกเฉินรีบด่วนอาจใช้ผ้าซับโลหิตที่มีเส้นที่บร้งสีทั้งหมด สำหรับการผ่าตัด

1.1.9 ห้ามนำผ้าซับทุกชนิดที่ใช้กับการผ่าตัดออกนอกห้องผ่าตัด ถ้ายังไม่เสร็จสิ้นการผ่าตัด ยกเว้นกรณีที่ขาดหรือเกินจำนวนที่กำหนดไว้ก่อนใช้

1.1.10 หากจำเป็นต้องทิ้งค่างผ้าซับไว้ในผู้ป่วยเพื่อการห้ามเลือด ต้องลงบันทึกประเภท ขนาดและจำนวนของผ้าซับโลหิต รวมทั้งตำแหน่งของอวัยวะ ลงในบันทึกการพยาบาลผ่าตัดและสมุดผ่าตัด

1.1.11 กำหนดภาชนะสำหรับรองรับผ้าซับโลหิตจากบริเวณปลอดเชื้อของการผ่าตัดเป็นการเฉพาะ และแยกจากภาชนะสำหรับผ้าซับที่ใช้เพื่อกรอื่น เช่นวิสัญญีแพทย์ใช้

1.1.12 ผ้าซับโลหิตที่ติดมาจากห่อผู้ป่วยหรือ ห่อผู้ป่วยหนัก หากเป็นชนิดเดียวกันกับที่ใช้ในห้องผ่าตัดต้องระวังการสับสนกันเมื่อนำออกมาจากผู้ป่วย อาจตรวจนับจำนวนและใส่ถุงพลาสติกแยกไว้ต่างหากโดยเขียนระบุ จากห่อผู้ป่วย..... ชื่อ นามสกุลของผู้ป่วย ประเภท ขนาดและจำนวนของผ้าซับ ผู้นับ

1.1.13 บันทึกผลการนับผ้าซับไว้ในบันทึกการพยาบาลผ่าตัดดังนี้ ชนิด ประเภทและจำนวนของผ้าซับ ผู้นับ ผลของการนับ

1.1.14 การบันทึกกรณีผ้าซับไม่ครบในบันทึกการพยาบาลผ่าตัด ให้บันทึกว่า ผลการนับผ้าซับว่าผ้าซับไม่ครบโดยระบุประเภท ขนาด จำนวน และผู้นับ ส่วนในช่อง Action taken ให้ลงบันทึกว่า

- 1) ได้รายงานให้แพทย์ (ระบุชื่อ) ทราบ
- 2) ได้รายงานหัวหน้าเวรทราบ
- 3) ได้นับผ้าซับซ้ำอีก และได้ค้นหา
- 4) ถ่ายภาพรังสี และ ผล... ( กรณีที่ผ้าซับที่ขาดหายเป็นผ้าซับที่มีแถบรังสีและได้มีการถ่ายภาพรังสีเพื่อค้นหาผ้าซับนั้น )

1.1.15 การลงสมุดผ่าตัดกรณีผ้าซับไม่ครบจำนวนให้ศัลยแพทย์ ลงชื่อรับทราบ เจ้าหน้าที่ช่วยรอบนอกผู้นับและพยาบาลส่งผ่าตัดลงชื่อกำกับไว้เป็นหลักฐาน

1.1.16 เขียนรายงานอุบัติการณ์เมื่อผ้าซับโลหิตไม่ครบจำนวน

1.1.17 ไม่ให้มีผ้าซับตกค่างในห้องผ่าตัดก่อนที่ผู้ป่วยรายใหม่เข้าห้อง

1.2. การลดความสูญเสียเมื่อผ้าซับไม่ครบจำนวน หรือผ้าซับตกค่างในผู้ป่วย

1.2.1 ปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติเมื่อผ้าซับไม่ครบจำนวน

1.2.2. บันทึกในการบันทึกการพยาบาลผ่าตัดตามแนวทางที่กำหนดไว้

1.2.3. เขียนรายงานอุบัติการณ์

## 2. มาตรการควบคุมเข็มตกค้างในผู้ป่วย

### 2.1. การป้องกันเข็มเย็บแผลตกค้างในผู้ป่วย

2.1.1 มีนโยบาย คู่มือปฏิบัติงานเกี่ยวกับการนับผ้าซับ เครื่องมือและของมีคมและทบทวนเป็นระยะ

2.1.2 พยาบาลส่งผ้าตัดตรวจนับเข็มเย็บ ทั้งเข็มร้อยและเข็มติดใหม่ ดังนี้คือ

2.1.2.1 ก่อนการผ่าตัด

2.1.2.2 เมื่อเปิดเพิ่มระหว่างผ่าตัด

2.1.2.3 ก่อนปิดโพรงแผลที่เข็มอาจตกค้างได้

2.1.2.4 ก่อนและหลังเย็บปิดแผลผ่าตัด

2.1.2.5 เมื่อเปลี่ยนเวรพยาบาลส่งผ้าตัด

2.1.3 ให้เก็บของใหม่เย็บไว้ในบริเวณปลอดภัยเพื่อนับ

2.1.4 เข็มติดใหม่ให้นับตามจำนวนที่หน้าของใหม่เย็บและตรวจสอบอีกครั้งเมื่อเปิดของใช้

2.1.5 หากพบว่าเข็มติดใหม่ไม่ครบตามจำนวนที่ระบุหน้าของ พยาบาลส่งผ้าตัดต้องแจ้งเจ้าหน้าที่ช่วยรอบนอกทันที และให้บันทึกไว้ที่กระดานผ่าตัด และเขียน - (ประเภท ขนาดและจำนวนเข็มที่ขาด)

2.1.6 เข็มเย็บแผลที่นับแล้วไม่นำออกจากห้องผ่าตัด

2.1.7 เข็มที่ใช้แล้วให้เก็บใส่ไว้ในถ้วยบนโต๊ะเครื่องมือ หรืออาจวางที่แผ่นแม่เหล็ก ถ้าใช้เข็มจำนวนมากหรือเข็มนั้นมีขนาดเล็กมากเสี่ยงต่อการสูญหาย

2.1.8 การรับคืนเข็มเย็บแผลชนิดติดใหม่เย็บครั้งละจำนวนมาก ปลายใหม่ต้องมีเครื่องมือจับปลายไว้

2.1.9 หากเป็นไปได้ ให้ส่งเข็มเย็บแบบแลกเปลี่ยนคืนมา ถ้าได้รับคืนเข็มไม่ครบต้องรีบแจ้งให้แพทย์ทราบ และเริ่มการค้นหาทันที

2.1.10 เข็มที่หัก หรือตกหล่นที่พื้นต้องรีบค้นหาทันที เมื่อพบแล้ว ต้องเห็นเข็มพร้อมกันทั้งพยาบาลส่งผ้าตัดและเจ้าหน้าที่ช่วยรอบนอก

2.1.11 กรณีที่ค้นหาเข็มเย็บแผลไม่พบ ในบริเวณผ่าตัด ต้องบอกให้เจ้าหน้าที่ช่วยรอบนอกช่วยค้นหาทันที ให้ใช้แท่งแม่เหล็กช่วยหาถ้าเข็มนั้นมีขนาดเล็ก

2.1.12 ก่อนปิดแผลผ่าตัดทุกครั้ง พยาบาลส่งผ้าตัดต้องตรวจนับจำนวนเข็ม ของใหม่เย็บ กับเจ้าหน้าที่ช่วยรอบนอกให้ตรงกัน และแจ้งให้แพทย์ทราบ

2.1.13 กรณีที่เข็มเย็บไม่ครบก่อนเย็บปิดแผล ให้ปฏิบัติดังนี้

2.1.13.1 ให้นำซ้ำอีก

2.1.13.2 แจ้งแพทย์ทราบเพื่อให้ค้นหาทันที

2.1.13.3 พยาบาลส่งผ้าตัด ค้นหาบริเวณปลอดเชื้อ ส่วน  
เจ้าหน้าที่ช่วยรอบนอกค้นหาบริเวณไม่ปลอดเชื้อโดยใช้แท่งแม่เหล็กช่วยค้นหา

2.1.13.4 รายงานพยาบาลหัวหน้าเวร

2.1.14 หากค้นหาไม่พบแต่แพทย์ต้องเย็บปิดแผลผ้าตัด ให้บันทึกใน  
แบบบันทึกการพยาบาลผ้าตัดว่า ผลการนับเข็ม ประเภท ขนาด จำนวนของเข็มไม่ครบ ผู้นับ  
ทั้งพยาบาลส่งผ้าตัดและเจ้าหน้าที่ช่วยรอบนอก ส่วนในช่อง การปฏิบัติ ( Action Taken) ให้  
เขียนบรรยายสิ่งที่ได้ปฏิบัติ เช่น 1) นับซ้ำอีก 2) รายงานแพทย์.....(ระบุชื่อ) 3) ค้นหา  
4) รายงานพยาบาลหัวหน้าเวร 5) การถ่ายภาพรังสี ผลภาพถ่ายรังสีและผู้อ่านภาพ (ถ้าได้ทำ)

2.1.15 การลงสมุดผ้าตัดเมื่อเข็มไม่ครบ ให้ศัลยแพทย์ลงชื่อรับทราบ  
เจ้าหน้าที่รอบนอกผู้นับและพยาบาลลงชื่อกำกับไว้

2.2. การลดความสูญเสียเมื่อเข็มไม่ครบหรือเข็มตกค้างในผู้ป่วย

2.2.1 ปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติเมื่อเข็มไม่ครบ

2.2.2 บันทึกในบันทึกทางการพยาบาลผ้าตัดตามแนวทางที่กำหนดไว้

2.2.3 รายงานอุบัติการณ์

2.2.4 เยี่ยมผู้ป่วยหลังผ้าตัด ดูแลเอาใจใส่

### 3.มาตรการควบคุมเครื่องมือและอุปกรณ์ตกค้างในผู้ป่วย

3.1. การป้องกันเครื่องมือและอุปกรณ์ ตกค้างในผู้ป่วย

3.1.1 มีนโยบาย คู่มือปฏิบัติงานเกี่ยวกับการนับผ้าซับ เครื่องมือ และ  
ของมีคม และทบทวนเป็นระยะ

3.1.2 มีการจัดเครื่องมือไว้เป็นชุด(Set) และมีรายการเครื่องมือ

3.1.3 พยาบาลส่งผ้าตัดตรวจนับเครื่องมือก่อนผ้าตัดทุกครั้ง ถ้าไม่ตรง  
ตามรายการให้แจ้งกับเจ้าหน้าที่ช่วยรอบนอก เพื่อลงบันทึกไว้ที่กระดานผ้าตัดและให้รายงาน  
พยาบาลหัวหน้าเวรทราบ

3.1.4 เครื่องมือห่อปลีค และอุปกรณ์ผ้าตัดขนาดเล็กที่เสี่ยงต่อ  
การสูญหาย ให้พยาบาลส่งผ้าตัดนับกับเจ้าหน้าที่ช่วยรอบนอก และลงบันทึกไว้ที่กระดานผ้าตัด

3.1.5 การนับเครื่องมือครั้งแรกให้นับก่อนการผ้าตัด หลังจากนั้นให้นับ

เมื่อ



3.1.5.1 เปิดเครื่องมือเพิ่ม

3.1.5.2 ก่อนปิดโพรงแผลที่เครื่องมือหรืออุปกรณ์อาจตกค้างได้

3.1.5.3 เปลี่ยนพยาบาลส่งผ้าตัดเป็นการถาวร

3.1.5.4 ก่อนและหลังเย็บปิดแผลผ้าตัด

3.1.6. เครื่องมือที่ติดผู้ป่วยมาจากที่อื่น ต้องตรวจนับ ใส่ถุงแยกไว้และให้บันทึก ประเภทเครื่องมือ ขนาด จำนวน ห่อผู้ป่วย ชื่อผู้ป่วย และผู้ตรวจนับไว้ที่ถุง

3.1.7 การลงบันทึกในกระดาน ให้เขียนเครื่องหมายวง ไม่ใช้วิธีการลบทิ้งเพื่อเขียนตัวเลขใหม่

3.1.8 เครื่องมือผ้าตัดที่นับแล้วห้ามนำออกนอกห้องผ้าตัด ยกเว้นเมื่อปนเปื้อนและจำเป็นต้องนำออกไปทิ้งให้ปลอดภัย ต้องจดบันทึกประเภท และจำนวนของเครื่องมือที่ทิ้งไว้ที่กระดาน

3.1.9. ก่อนปิดแผลผ้าตัด พยาบาลส่งผ้าตัดต้องตรวจนับจำนวนเครื่องมือและอุปกรณ์กับเจ้าหน้าที่ช่วยรอบนอก ถ้าไม่ครบปฏิบัติดังนี้

3.1.9.1 ให้นับซ้ำอีกครั้ง

3.1.9.2 แจ้งให้แพทย์ทราบ เพื่อให้ช่วยค้นหา

3.1.9.3 พยาบาลส่งผ้าตัดและเจ้าหน้าที่ช่วยรอบนอกช่วยกันค้นหา บริเวณปลอดภัย โต๊ะเครื่องมือ พื้นห้อง ใต้โต๊ะ ใต้เตียงผ้าตัด ถังผ้าซับ และถังขยะ

3.1.9.4 รายงานพยาบาลหัวหน้าเวร

3.1.9.5. อาจค้นหาโดยการถ่ายภาพรังสี

3.1.10 ถ้าค้นหาไม่พบ ให้ลงบันทึกในบันทึกการพยาบาลผ้าตัดเกี่ยวกับเครื่องมือประเภท ขนาด ชื่อผู้นับและตำแหน่ง การนับ ผลการนับ และการปฏิบัติเมื่อไม่ครบ ( Action Taken ) สภาพแวดล้อมเช่นผู้ป่วยฉุกเฉินมากไม่สามารถนับเครื่องมือให้เสร็จก่อนเริ่มผ้าตัดได้ และให้แพทย์และเจ้าหน้าที่รอบนอกผู้นับร่วมลงชื่อด้วย

3.1.11 เขียนรายงานอุบัติการณ์เมื่อมีการนับเครื่องมือไม่ครบก่อนการเย็บปิด

## 3.2. การถ่ายโอนความเสี่ยง

รายงานแพทย์เมื่อเครื่องมือไม่ครบจำนวนก่อนเย็บปิดแผลเพื่อแพทย์ได้ค้นหาในร่างกาย ถ้าแพทย์จะรีบปิดแผลผ้าตัด โดยที่เครื่องมือยังไม่ครบและไม่ได้ถ่ายภาพรังสี ให้แพทย์ลงชื่อรับทราบการผลนับ ในบันทึกการพยาบาลผ้าตัดและในสมุดลงผ้าตัด

### 3.3. การลดความสูญเสียเมื่อเครื่องมือและอุปกรณ์ตกค้างในผู้ป่วย

#### 3.3.1 เขียนรายงานอุบัติการณ์

#### 3.3.2 ติดตามเยี่ยมผู้ป่วย เอาใจใส่ดูแลความสะดวกรสบาย

#### 3.3.3 กำหนดบุคคลที่จะให้ข้อมูลและติดต่อกับผู้ป่วยและญาติ

## 4. มาตรการควบคุมเจ้าหน้าที่ถูกของมีคมบาดขณะผ่าตัด

### 4.1. การป้องกันเจ้าหน้าที่ถูกของมีคมบาดขณะผ่าตัด

#### 4.1.1. มีคู่มือปฏิบัติงานเกี่ยวกับเข็มหรือของมีคมในห้องผ่าตัด

4.1.2. ให้ความรู้และนิเทศการปฏิบัติงานแก่เจ้าหน้าที่โดยเฉพาะอย่างยิ่งเจ้าหน้าที่ใหม่

4.1.3. กำหนดวิธีการวางของมีคมบนโต๊ะเครื่องมือ ให้วางไกลตัว และหันด้านคมออกนอกตัวเสมอ

4.1.4. ระมัดระวังในการวาง หยิบจับ ใช้ และเคลื่อนย้ายของมีคมเป็นพิเศษ ไม่เคลื่อนไหวอย่างรวดเร็ว

4.1.5. มีข้อตกลงในการส่งหรือคืนของมีคม โดยวางบนบริเวณที่กำหนดไว้ให้หรือใส่ภาชนะ ไม่ส่งหรือรับกับมือโดยตรง

#### 4.1.6. ขานชื่อเครื่องมือมีคมก่อนส่ง

4.1.7. เก็บหรือทิ้งของมีคมใช้แล้วให้เป็นที่ ขณะผ่าตัดให้ใส่เข็มหรือของมีคมไว้ในถ้วยหรืออาจวางบนแผ่นแม่เหล็ก หลังผ่าตัดใส่ในภาชนะป้องกันการทะลุ

4.1.8. ถ้าจำเป็นต้องสวมปลอกเข็ม ห้ามใช้มือจับปลอกเข็มให้ใช้เครื่องมือแทน

4.1.9. หลีกเลียงการหยิบจับ เข็มหรือของมีคมโดยตรง ให้ใช้ปากคีบ คีมหนีบหลอดเลือด หรือคีมจับเข็ม

4.1.10. การใส่หรือถอดใบมีดให้ใช้เครื่องมือช่วย ใบมีดที่ถอดออกยากนั้นอาจใช้อุปกรณ์ช่วยถอดโดยเฉพาะ ( Blade Remover )

### 4.2 การลดความสูญเสียหลังจากเจ้าหน้าที่ถูกของมีคมบาดขณะผ่าตัด

#### 4.2.1. บีบเลือดออกให้ได้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้

4.2.2. แจ้งทีมงานว่าได้รับอุบัติเหตุจากของมีคม เพื่อเปลี่ยนตัวผู้ปฏิบัติงานทันทีถ้าทำได้

#### 4.2.3. ล้างแผลด้วยน้ำสะอาดและสุบยาฆ่าเชื้อโรค

- 4.2.4. รายงานพยาบาลหัวหน้าเวร
- 4.2.5. ปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติเจ้าหน้าที่ได้รับอุบัติเหตุขณะปฏิบัติงานเกี่ยวกับเอดส์
- 4.2.6. รายงานเหตุการณ์ตามความเป็นจริง โดยใช้แบบรายงานตามที่กำหนด

## 5. มาตรการควบคุมการผ่าตัดผิดคนผิดตำแหน่ง

- 5.1. การป้องกันการผ่าตัดผิดคนผิดตำแหน่ง
  - 5.1.1. มีคู่มือปฏิบัติงานเกี่ยวกับการระบุผู้ป่วย
  - 5.1.2. ปฐมนิเทศเจ้าหน้าที่ใหม่ของห้องผ่าตัด
  - 5.1.3. นิเทศการปฏิบัติงาน
  - 5.1.4. ตรวจสอบความถูกต้องของผู้ป่วยดังนี้
    - 5.1.4.1. ถามชื่อ-นามสกุลจากผู้ป่วยถ้าไม่รู้ชื่อตัวหรือเด็กที่ไม่รู้ภาษาถามจากญาติหรือ เจ้าหน้าที่ผู้ส่ง
    - 5.1.4.2. ตรวจสอบป้ายชื่อมือของผู้ป่วยต้องตรงกับชื่อ-นามสกุลของผู้ป่วยจากการสอบถาม
  - 5.1.5. ตรวจสอบตำแหน่งที่จะผ่าตัดกระทำโดย
    - 5.1.5.1. ตรวจสอบใบอนุญาตผ่าตัดต้องระบุการผ่าตัดและตำแหน่ง ถ้าการผ่าตัดอาจเป็นได้ทั้งชายและขวา
    - 5.1.5.2. ตรวจสอบใบรายการผ่าตัดประจำวัน
    - 5.1.5.3. สอบถามการผ่าตัดจากผู้ป่วย อาจให้ผู้ป่วยแสดงตำแหน่งการผ่าตัดที่จะผ่าตัด
    - 5.1.5.4. ตรวจสอบประวัติการเจ็บป่วย/การตรวจร่างกาย
  - 5.1.6. ถ้าผู้ป่วย ได้รับการส่งตรวจทางรังสี ตรวจสอบให้มีภาพถ่ายรังสีหรือผลการตรวจทางรังสี ให้ครบถ้วน
  - 5.1.7. หากข้อมูลไม่ตรงกันหรือไม่ครบถ้วน ต้องตรวจสอบความถูกต้องและสอบถามศัลยแพทย์ทันที
  - 5.1.8. ตรวจสอบชื่อสกุล หมายเลขห้องผ่าตัดก่อนส่งเข้าห้อง
  - 5.1.9. ถ้าเป็นไปได้ให้แสดงภาพถ่ายรังสีไว้ที่กล้องดูภาพถ่ายรังสีในห้องผ่าตัดก่อนการจัดทำและการผ่าตัด

5.1.10 ต้องตรวจสอบตำแหน่งที่จะผ่าตัดเมื่อเปลี่ยนท่าเพื่อทำผ่าตัดใหม่อีกการผ่าตัด หรือเปลี่ยนบุคลากร ระหว่างจัดทำ เตรียมผิวหนัง หรือปูผ้าปิดเชื้อ

## 5.2. การลดความเสี่ยงหลังการผ่าตัดผิดคน ผิดตำแหน่ง

5.2.1. มีคู่มือปฏิบัติงานในเรื่องการรายงาน การบันทึก และมีแบบการรายงานอุบัติการณ์

5.2.2. ให้ความรู้แก่เจ้าหน้าที่เรื่องการรายงาน การบันทึก แบบรายงานอุบัติการณ์

5.2.3. นิเทศงานแก่เจ้าหน้าที่

5.2.4. รายงานอุบัติการณ์แก่หัวหน้าหอหรือเวรตรวจการ

5.2.5. ติดตามดูแลผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอจนกลับบ้านเอาใจใส่ สนใจ ได้ตามอาการเจ็บปวด ดูแลความสะดวกสบายของผู้ป่วย

5.2.6. กำหนดบุคคลที่จะให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วย

## 6. มาตรการควบคุมผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บจาก เครื่องใช้ ไฟฟ้า

6.1. การป้องกันผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บจากการใช้เครื่องใช้ ไฟฟ้า

6.1.1. มีคู่มือปฏิบัติงานเกี่ยวกับการใช้เครื่องใช้ไฟฟ้า และมีคู่มือของเครื่องใช้ไฟฟ้า การบำรุงรักษา จากบริษัทผู้ผลิต/ผู้จำหน่าย

6.1.2. ให้ความรู้ อบรมแก่เจ้าหน้าที่ใหม่ของห้องผ่าตัด

6.1.3. มีการตรวจสอบ บำรุงรักษาโดยช่างเครื่องมือแพทย์ของโรงพยาบาลทุก 3 เดือน

6.1.4. ตรวจสอบและบำรุงรักษาโดยช่างของบริษัทผู้จำหน่ายเป็นระยะๆ

6.1.5. มีการตรวจสอบ บำรุงรักษา โดยผู้ใช้งานดังนี้คือ

6.1.5.1. ตรวจสอบสายต่อ ปลั๊กไฟ สายเคเบิลสำหรับต่อกับแผ่นนำไฟฟ้ากลับสู่เครื่องใช้ สัญญาณเตือนต่างๆ หากชำรุดต้องรายงานทันที และงดใช้

6.1.5.2. คลุมบริเวณสวิตช์สำหรับเท้า( Foot Switch ) ด้วยพลาสติกไว้ไม่ให้เปียกน้ำหรือเลือดเพื่อป้องกันไฟฟ้าลัดวงจร

6.1.5.3. ใ้สว่างของหลอดไฟบนเครื่องใช้ ไฟฟ้า

6.1.6. เครื่องใช้ไฟฟ้ามีระบบสัญญาณเตือนเมื่อแผ่นนำไฟฟ้ากลับสู่เครื่องใช้ไม่สมบูรณ์

6.1.7. หัวจี้ปลอดภัยมีสภาพสมบูรณ์ สายไม่หักงอหรือมีรอยแตก และเลือกหัวจี้ให้เหมาะสมกับที่จะใช้จี้

6.1.8. ตรวจสอบไม่ให้ผู้ป่วยสัมผัสกับบริเวณที่เป็นโลหะ เช่น เตียงผ่าตัดหรือเสาน้ำเกลือ ถ้าผู้ป่วยมีวัสดุนำไฟฟ้าที่ดีต้องถอดออก.

6.1.9. เลือกขนาดของแผ่นนำไฟฟ้าให้เหมาะสมกับผู้ป่วย ไม่ติดแผ่นนำไฟฟ้าออก

6.1.10. ตรวจสอบสภาพแผ่นนำไฟฟ้าให้มีเจลนำไฟฟ้าทั่วแผ่น และแผ่นกาวเหนียวเพียงพอตลอดเวลาผ่าตัด

6.1.11. บริเวณที่จะติดแผ่นนำไฟฟ้าใกล้กับบริเวณผ่าตัดมากที่สุดและเป็นบริเวณที่เรียบ มีกล้ามเนื้อและการไหลเวียนของเลือดดี ได้แก่ บริเวณต้นขา หรือต้นแขน ผิวหนังมีขนมากอาจโกนขนออกก่อน

6.1.12. ห้ามติดแผ่นนำไฟฟ้าตรงบริเวณที่เป็นไขมัน แผลเป็น ซึ่งเป็นบริเวณที่มีการไหลเวียนเลือดน้อย และบริเวณที่เป็นกระดูก เช่น ซีโครง หน้าแข้งหรือสะบัก

6.1.13. ถ้าผู้ป่วยใส่เครื่องกระตุ้นหัวใจ เครื่องกระตุ้นประสาทหรืออวัยวะเทียมที่ทำจากโลหะ จะต้องหาที่ติดแผ่นนำไฟฟ้าโดยไม่ให้กระแสไฟฟ้าไหลผ่านอุปกรณ์เหล่านั้น

6.1.14. ไม่ติดแผ่นนำไฟฟ้าในบริเวณที่มีของเหลว หรือเลือดขับออกมา ระวังอย่าให้มีน้ำยาที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ตกค้างบริเวณที่จะใช้เครื่องจี้ไฟฟ้า หรือบริเวณผิวหนังที่จะทำการผ่าตัด

6.1.15. ตั้งระดับกระแสไฟฟ้าในระดับต่ำก่อน แล้วจึงปรับความต้องการของแพทย์ที่ทำผ่าตัด

6.1.16. หากต้องปรับเพิ่มระดับกระแสไฟฟ้าที่สูงเกินปกติ ต้องตรวจบริเวณที่ติดแผ่นนำไฟฟ้า และบริเวณสายต่อก่อนปรับเพิ่ม หากเป็นไปได้และคอยสังเกตสัญญาณเตือนที่เป็นสัญญาณไฟและสัญญาณเสียงหากผิดปกติต้องตรวจสอบทันที

6.1.17. หากใช้เครื่องจี้ไฟฟ้า 2 เครื่องสำหรับการผ่าตัด 2 แห่ง ต้องให้แผ่นนำไฟฟ้าของแต่ละเครื่องใกล้แผลผ่าตัดมากที่สุด ห้ามติดแผ่นนำไฟฟ้าซ้อนกัน ให้ใช้สายจี้เป็นการเฉพาะและไม่ใช้สลับสาย

6.1.18. ทำความสะอาดหัวจี้เป็นระยะ ๆ ขณะทำผ่าตัด

6.1.19. ดูแลมิให้ปลายของสายจี้สัมผัสกับอวัยวะของผู้ป่วยเมื่อไม่ได้ใช้งาน โดยเก็บสายจี้ไว้ในกระบอกลาสติกหรือกระบะ

6.1.20. ถ้าต้องปรับเปลี่ยนท่านอนของผู้ป่วย จะต้องตรวจสอบสายต่อบริเวณที่ติดแผ่นนำไฟฟ้า และบริเวณที่ติดกับสายเคเบิล

6.1.21 การลอกแผ่นนำไฟฟ้าออกต้องระมัดระวัง

6.1.22 บันทึกตำแหน่งที่ติดแผ่นนำไฟฟ้าและสภาพผิวหนังก่อนและหลัง

ผ่าตัด

6.2 การลดความสูญเสียหลังผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บจากเครื่องจีไฟฟ้า

6.2.1 ทำแผลให้

6.2.2. ลงบันทึกในบันทึกการพยาบาลผ่าตัด และการดูแลที่ให้

6.2.3 รายงานส่งเวรต่อพยาบาลที่หอผู้ป่วย หรือหอผู้ป่วยหนักแล้วแต่

กรณี

6.2.4. รายงานอุบัติการณ์

6.2.5. เยี่ยมดูแลเอาใจใส่ ใต้ตามอาการเจ็บปวด ความสะดวกสบาย

หลังผ่าตัด

## 7. มาตรการควบคุมเจ้าหน้าที่ที่ได้รับบาดเจ็บจากการใช้เครื่องจีไฟฟ้า

7.1. การป้องกันเจ้าหน้าที่ที่ได้รับบาดเจ็บจากการใช้เครื่องจีไฟฟ้า

7.1.1 มีคู่มือปฏิบัติงานเกี่ยวกับการใช้เครื่องจีไฟฟ้า

7.1.2. ให้ความรู้เจ้าหน้าที่ใหม่ของห้องผ่าตัด

7.1.3. ศึกษาวิธีการใช้และบำรุงรักษาเครื่องจีไฟฟ้าจากคู่มือของบริษัท

ผู้จำหน่าย

7.1.4. ตรวจสอบสายจี้ก่อนใช้งานให้อยู่ในสภาพที่ดี หากมีรอยชำรุด

หักงอ แดกแยกไม่ควรใช้

7.1.5. ตรวจสอบการรั่วของถุงมือที่สวม ก่อนใช้งาน หลังใช้เป็นเวลา

นาน และหลังจากสัมผัสของมีคม

7.1.6 หากถุงมือรั่วต้องรีบเปลี่ยนทันที

7.2 การลดความสูญเสียหลังจากเจ้าหน้าที่ได้รับบาดเจ็บจากการใช้เครื่องจี

ไฟฟ้า

7.2.1. แจ้งทีมงานทราบว่าได้รับบาดเจ็บจากการใช้เครื่องจีไฟฟ้า เพื่อ

เปลี่ยนผู้ปฏิบัติงานถ้าเป็นไปได้

7.2.2 ทำความสะอาดแผล ใส่ยา

7.2.3. รายงานพยาบาลหัวหน้าเวรทราบ

7.2.4. ถ้าต้องส่งผ่าตัดต่อไปอีกให้ใส่ถุงมือ 2 ชั้น

7.2.5. รายงานอุบัติเหตุการณ์ เสนอต่อหัวหน้าหอผ่าตัด

7.2.6 ปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติเจ้าหน้าที่ที่ได้รับอุบัติเหตุขณะปฏิบัติหน้าที่เกี่ยวกับผู้ป่วยเอดส์

## 8. มาตรการควบคุมบาดแผลไฟไหม้ต่อผู้ป่วยจากการใช้เครื่องกระตุ้นหัวใจด้วยไฟฟ้า

8.1 การป้องกันบาดแผลไฟไหม้ต่อผู้ป่วยจากการใช้เครื่องกระตุ้นหัวใจด้วยไฟฟ้า

8.1.1 มีคู่มือ การใช้ และการบำรุงรักษาสายและเครื่องกระตุ้นหัวใจ คำแนะนำการใช้อยู่กับตัวเครื่อง

8.1.2. ผูกอบรมเจ้าหน้าที่เกี่ยวกับการใช้เครื่องกระตุ้นหัวใจด้วยไฟฟ้า

8.1.3. บำรุงรักษาโดยบริษัทผู้ขายทุก 3 เดือนหากเครื่องชำรุดซ่อมโดยบริษัทผู้ขาย

8.1.4 บำรุงรักษาเครื่องกระตุ้นหัวใจตามคู่มือของเครื่อง โดยผู้ใช้งาน

8.1.5.การดูแลโดยผู้ใช้งานดังนี้

8.1.5.1 ตรวจสอบสายไฟ ฉนวนหุ้มแพดเดิล

8.1.5.2 ไม่นำแพดเดิล มาแตะเข้าด้วยกันในขณะที่ปลั๊กไฟฟ้าออกจากเครื่อง เพราะจะทำให้ส่วนประกอบเครื่องเสีย

8.1.5.3 ไม่สัมผัสกับ ผิวหน้าของแพดเดิลขณะที่อัดประจุไฟ ( Charge ) พลังงานเต็มแล้ว ยกเว้นได้ปลั๊กไฟฟ้าออกไปจากเครื่องแล้ว และ สวิตช์อยู่ในตำแหน่งปิด ( OFF)

8.1.5.4 ทำความสะอาดหลังจากใช้เครื่องเสร็จแล้ว ทำความสะอาดบริเวณผิวหนังโลหะและสายด้วยผ้านุ่มๆ ชุบน้ำสบู่พองมาด เช็ดให้สะอาดแล้ววางอย่าให้สายพันกัน

8.1.5.5 ไม่ใช้กระดาษทรายหรือแผ่นขัด ขัดผิวหนังของ Paddle จะทำให้เป็นรอยและทำให้ผิวสัมผัสไม่สามารถสัมผัสกับผิวหนังหรือหัวใจได้แบบสนิท

8.1.5.5 ไม่วาง แพดเดิลบนโลหะหรือจุ่มลงในของเหลวใด ๆ

8.1.5.6 ไม่วางของเหลวใดๆบนเครื่องกระตุ้นหัวใจด้วยไฟฟ้า

8.1.5.7 ทำตามขั้นตอน คำแนะนำของเครื่องในการเสียบปลั๊กเพื่อชาร์จแบตเตอรี่

8.1.6. เลือกใช้แพดเดิลขนาดที่เหมาะสมกับผู้ป่วย

8.1.7 ทาเจลสื่อนำไฟฟ้าให้ทั่วแพดเดิลสำหรับใช้ภายนอก ( External Paddle ) ทั้ง 2 ข้างก่อนใช้ ไม่ทาน้อยไป

8.1.8. ถ้ากระตุกหัวใจภายนอกหลายครั้ง ต้องไม่ให้เจลไหลเลอะทั่วผิวหนังบริเวณหน้าอกเพราะ ทำให้กระแสไฟไหลไปตามผิวหนัง

8.1.9. ผู้ป่วยที่มีขนมากให้โกนออกก่อนช็อก

8.1.10 หากใช้แผ่นเจลสำเร็จรูปสำหรับการกระตุกหัวใจด้วยไฟฟ้าแบบภายนอก (External Defibrillator Gel Pad ) ในการผ่าตัดหัวใจแบบแผลเล็ก ( Minimally Invasive Cardiac Surgery ) ต้องตรวจสอบดูให้แผ่นเจลที่เป็นสื่อนำไฟฟ้าครบถ้วนสมบูรณ์ และแผ่นกาวเหนียว

ตลอดระยะเวลาผ่าตัด

8.1.11 ต้องสอบถามและยืนยันจำนวนพลังงานกับแพทย์ทุกครั้งในการตั้งจำนวนพลังงานที่ใช้ในแต่ละครั้ง

8.1.12. ลงบันทึกตำแหน่งที่ติดแผ่นเจลสำเร็จรูป ผู้ที่ติดแผ่น จำนวนพลังงานที่ใช้ จำนวนครั้ง เวลา ผิวน้ำ ผู้ทำ ผู้บันทึก ลงในบันทึกการพยาบาลผ่าตัด

8.2. การลดความสูญเสียหลังผู้ป่วยมีบาดแผลไฟไหม้จากการใช้เครื่องกระตุกหัวใจด้วยไฟฟ้า

8.2.1. ตรวจสอบสัญญาณชีพ ทำแผลให้

8.2.2 เขียนบันทึกในบันทึกทางการพยาบาลผ่าตัดและรายงานพยาบาลที่หอผู้ป่วย หรือหอผู้ป่วยอาการหนักทราบ

8.2.3. รายงานอุบัติการณ์ และเขียนบันทึก แจ้งแก่หัวหน้าหอหรือเวรตรวจการ

8.2.4. ติดตามดูแลผู้ป่วย ตามอาการ เอาใจใส่ ดูแลความสะอาดทศบาย เป็นระยะ ๆ

## 9 มาตรการควบคุมอันตรายต่อบุคลากรจากการใช้เครื่องกระตุกหัวใจด้วยไฟฟ้า

9.1 การป้องกันอันตรายต่อบุคลากร จากการใช้เครื่องกระตุกหัวใจด้วยไฟฟ้า

9.1.1. มีคู่มือเครื่องกระตุกหัวใจด้วยไฟฟ้า

9.1.2 ฝึกอบรมบุคลากรเกี่ยวกับความปลอดภัยในการใช้เครื่องกระตุกหัวใจด้วยไฟฟ้า

9.1.3. ตรวจสอบเครื่องและสายให้อยู่ในสภาพที่สมบูรณ์ก่อนการใช้งาน และมีการบำรุง รักษาเป็นระยะ



9.1.4. การกระตุกหัวใจแบบภายนอกต้องระวังไม่ให้เจลเป็นชิ้นไปที่  
ด้ามถือ

9.1.5. ก่อนการกระตุกหัวใจด้วยไฟฟ้าต้องบอกด้วยเสียงอันดังให้  
บุคลากรที่อยู่ในทีมผ่าตัดอยู่ห่างจากเตียงผ่าตัด ตัวผู้ป่วย โลหะ หรือสื่อนำไฟฟ้าทุกชนิด เช่น ผ้า  
เป็อนเลือด

9.1.6. เมื่อจะทำการกระตุกหัวใจด้วยไฟฟ้าต้องมองไปโดยรอบอีกครั้ง  
เพื่อให้แน่ใจว่าทุกคนถอยห่างเรียบร้อยแล้ว จึงพูดว่า " ช็อก" ขณะกดปุ่ม

## 10. มาตรการควบคุมการติดเชื้อของแผลผ่าตัด

### 10.1. การป้องกันการติดเชื้อของแผลผ่าตัด

10.1.1. มีนโยบายและวิธีปฏิบัติเกี่ยวกับการควบคุมการติดเชื้อ

10.1.2. มีการให้ความรู้แก่เจ้าหน้าที่ห้องผ่าตัดในด้านเทคนิคทางห้องผ่า  
ตัด การปนเปื้อน การควบคุมการติดเชื้อ และหลักของเทคนิคการปลอดเชื้อ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง  
เจ้าหน้าที่ใหม่

10.1.3. การควบคุมป้องกันด้านบุคลากรมีดังนี้

10.1.3.1 บุคลากรรักษาสุขอนามัยส่วนบุคคลที่ดี

10.1.3.2 งดเข้าช่วยผ่าตัด เมื่อติดเชื้อ

10.1.3.3 เปลี่ยนเสื้อผ้าเป็นชุดห้องผ่าตัด สวมหมวกคลุมผมให้  
มิดชิด ใช้ผ้าปิดปากปิดจมูก เปลี่ยนเป็นรองเท้าห้องผ่าตัด ตามเขตที่กำหนด

10.1.3.4 การล้างมือผ่าตัดด้วยน้ำยาอย่างน้อย 5 นาที ต้อง  
ถอดเครื่องประดับออกก่อน มีเล็บสั้นและไม่ทาเล็บ

10.1.3.5 จำกัดบุคคลเข้าออกห้องผ่าตัด

10.1.3.6 ให้ล้างมือบ่อยๆ

10.1.4. มีการควบคุมสิ่งแวดล้อมในห้องผ่าตัดดังนี้

10.1.4.1. กำหนดบริเวณพื้นที่ของห้องผ่าตัด

1) เขตไม่ควบคุม

2) เขตสะอาด บริเวณนี้ต้องเปลี่ยนรองเท้า

3) เขตสะอาดกึ่งปลอดเชื้อ บริเวณนี้ต้องเปลี่ยนรอง

เท้า เสื้อผ้า และสวมหมวก

4) เขตปลอดเชื้อ บริเวณนี้ต้องเปลี่ยนรองเท้า เสื้อผ้า

สวมหมวก และสวมผ้าปิดปากปิดจมูก

- องศาเซลเซียส
- 10.1.4.2. ควบคุมอุณหภูมิห้องผ่าตัดให้อยู่ระหว่าง 20-25
- 10.1.4.3 เปลี่ยนเครื่องกรองอากาศชนิดประสิทธิภาพสูงมาก (HEPA Filter) โดยหน่วยช่างเป็นระยะๆ
- 10.1.4.4. ประตุน้ำต่างของห้องผ่าตัดต้องปิดตลอดเวลา ยกเว้นเมื่อคนหรือสิ่งของเข้าออกเท่านั้น
- 10.1.4.5 แยกทางสัญจรของเครื่องมืออุปกรณ์ปลอดเชื้อออกจากเครื่องมืออุปกรณ์ที่ใช้แล้วและขยะ
- 10.1.4.6 เปลี่ยนรถเป็นรถห้องผ่าตัด ตามเขตกำหนด
- 10.1.4.7 ทำความสะอาดสิ่งแวดล้อมในห้องผ่าตัด ก่อนการผ่าตัด ระหว่างการผ่าตัดหากมีสิ่งสกปรก หลังผ่าตัดแต่ละราย ประจำวัน และประจำเดือน ไม่ใช่วิธีการกวาด
- 10.1.5. การป้องกันด้านผู้ป่วยดังนี้คือ
- 10.1.5.1 ก่อนมาผ่าตัดได้รับการทำความสะอาดร่างกาย
- 10.1.5.2 เสื้อผ้าเป็นชุดห้องผ่าตัดและสวมหมวกให้
- 10.1.5.3 ตรวจสอบการเตรียมผิวหนังของผู้ป่วย ถ้าไม่ได้เตรียม ต้องเตรียมผิวหนังก่อนทำการผ่าตัด
- 10.1.5.4 ดูแลให้ได้รับ ยาปฏิชีวนะ ก่อนผ่าตัดและระหว่างผ่าตัดตามแผนการรักษา
- 10.1.5.5 ทำความสะอาดผิวหนังก่อนผ่าตัดให้กว้างพอ และทายาฆ่าเชื้อโรค
- 10.1.5.6 ปูผ้าปลอดเชื้อถูกต้องตามหลักการโดยไม่สะบัดผ้า
- 10.1.6. การควบคุมเครื่องมือเครื่องใช้ อุปกรณ์และน้ำยา
- 10.1.6.1 เครื่องมือ เครื่องใช้ ผ้าที่ใช้ในบริเวณผ่าตัดต้องทำให้ปลอดเชื้อ ก่อนเก็บเข้าที่ต่องแห้งสนิท
- 10.1.6.2 ต้องตรวจสอบสภาวะปลอดเชื้อก่อนนำมาใช้โดยตรวจสอบวันหมดอายุ เครื่องหมายแสดงการผ่านการปลอดเชื้อ สภาพผ้าหรือวัสดุที่ใช้ห่อของ อยู่ในสภาพดี
- 10.1.6.3 ใช้หลักการของการปราศจากเชื้อ การเปิดของปลอดเชื้อใช้เทคนิคที่ถูกต้อง

10.1.6.4 ตรวจสอบประสิทธิภาพการทำให้ปราศจากเชื้อ ทาง  
เชิงกล ทางเคมีและทางชีวภาพ

10.1.6.5 เครื่องใช้ที่จะนำมาในห้องผ่าตัดต้องผ่านการทำความสะอาด  
สะอาด

10.1.6.6 เครื่องใช้ปลอดเชื้อ จากที่อื่นจะนำมายังห้องผ่าตัด  
ต้องมีการปกคลุมห่อเครื่องมือเครื่องใช้ที่นั้ระหว่างขนส่ง

10.1.7 ใช้หลักการของการปลอดเชื้อ และระวางการปนเปื้อนและ  
แพร่กระจายเชื้อโรค

10.1.8. ทำแผนด้วยเทคนิคถูกต้อง

10.1.9. ชั้นเนื้อและสิ่งส่งตรวจให้ใส่ถุงพลาสติก ข้างนอกถุงต้องสะอาด  
โดยอาจฆ่าเชื้อโรค

10.1.10. เมื่อเสร็จผ่าตัดผ้าซับเลือด ขยะ ถุงมือ เสื้อคลุมต้องใส่ในถุงที่  
กำหนดให้ ในห้องผ่าตัด

10.1.11 เครื่องมือ เครื่องใช้ที่มีการใช้น้ำยาฆ่าเชื้อและการทำลายเชื้อ  
ตามนโยบายของโรงพยาบาล

10.1.12. จัดลำดับการผ่าตัดให้การผ่าตัดแผลสกรปรกและติดเชื้อเป็นราย  
ทำยๆ

10.1.13. เก็บข้อมูล เฝ้าระวังการติดเชื้อ

10.1.14. เพาะเชื้ออุปกรณ์เครื่องมือ-เครื่องใช้ ในห้องผ่าตัด เมื่อเกิดการ  
ติดเชื้อของแผลสะอาด

10.2. การลดความสูญเสียหลังแผลผ่าตัดมีการติดเชื้อ

10.2.1. ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่มีอาการแทรกซ้อน

10.2.2 รายงานการติดเชื้อให้พยาบาลควบคุมการติดเชื้อ ของ  
โรงพยาบาลทราบเพื่อเก็บสถิติและเฝ้าระวังการติดเชื้อ

## 11. มาตรการควบคุมผู้ป่วยได้รับอันตรายจากการจัดทำ

11.1. การป้องกันผู้ป่วยจากอันตรายจากการจัดทำ

11.1.1. มีนโยบาย คู่มือการจัดทำ อุปกรณ์ในการจัดทำ พร้อมรูป รวมถึง  
ข้อปฏิบัติและข้อพึงระมัดระวัง

11.1.2. จัดการอบรมเรื่องการจัดท่าที่ถูกต้องแก่เจ้าหน้าที่ ที่เกี่ยวข้อง  
 ซองทั้งเจ้าหน้าที่เก่าและเจ้าหน้าที่ใหม่

11.1.3. มีการจัดระบบการทำงานแบบมีระบบที่เลี้ยงสำหรับเจ้าหน้าที่  
 ใหม่

11.1.4. ให้ความรู้ผู้ป่วยเกี่ยวกับท่าที่จำเป็นในการผ่าตัด เช่น ผู้ป่วย  
 ในรายผ่าตัดเล็ก หรือ ฉีดยาชาเฉพาะที่เพื่อความร่วมมือของผู้ป่วย

11.1.5. การจัดทำผู้ป่วยนั้นต้องคำนึงถึงชนิดการผ่าตัด ประเภทของการ  
 ดมยา อายุ ขนาด สภาพผิวหนัง ข้อจำกัดทางร่างกายของผู้ป่วย ระยะเวลาผ่าตัด ความต้องการ  
 ของศัลยแพทย์ และวางแผนป้องกันอันตราย

11.1.6. ติดต่อให้ศัลยแพทย์มาช่วยกันจัดทำ ถ้าไม่แน่ใจ สงสัย หรือ  
 เมื่อต้องการความช่วยเหลือ

11.1.7. ผู้ป่วยที่ดมยาสลบให้ปรึกษากับวิสัญญีแพทย์ หากต้องเลื่อน  
 ขยับตัวผู้ป่วยต้องมีผู้ช่วยเหลือพร้อมก่อนเลื่อน

11.1.8. การจัดท่านอนหงาย (Dorsal Recumbent or Supine  
 position) มีการปฏิบัติดังนี้

11.1.8.1. เตรียมอุปกรณ์ในการจัดทำให้พร้อมก่อน

11.1.8.2. ผู้ป่วยที่รู้สึกตัวต้องบอกก่อนการจัดท่า

11.1.8.3. ให้ผู้ป่วยนอนหงายหนุนหมอนที่ศีรษะ ถ้าทำผ่าตัด  
 นานให้หนุนด้วยหมอนห่วงชนิดแบบเจล อาจรองบริเวณปุ่มกระดูกก้นกบ และสันเท้า

11.1.8.4. ถ้าต้องวางแขนไว้ข้างลำตัวให้จัดดังนี้

1) คว่ำฝ่ามือลงพื้น

2). รองบริเวณข้อศอกด้วยฟองน้ำ

3). เก็บแขนไว้ใต้ผ้ายกตัว ระวังไม่ให้นิ้วมืออยู่  
 ใต้ต้นขา หรือสัมผัสต้นขาโดยตรง

4) อาจใส่ที่กันแขน(Arm Sled)โดยมีฟองน้ำหรือผ้า

วางรองก้นกลางบริเวณข้อศอก

11.1.8.5. ถ้ากางแขนให้ไว้ที่วางแขนซึ่งมีเบาะรอง ที่วางแขน  
 ต้องได้ระดับเดียวกับเบาะของเตียง ไม่กางแขนเกิน 90 องศา ให้รัดแขนให้อยู่กับที่ ถ้ากางแขน  
 ออกทั้ง 2 ข้าง ต้องปรับให้อยู่ในระดับเดียวกัน

11.1.8.6. ในรายที่ต้องยกขาของผู้ป่วย ต้องยกทั้ง 2 ข้างพร้อม  
 กัน

11.1.8.8 ขาทั้งสองข้างไม่ไขว้กันและผูกมัดที่ขาบริเวณเหนือเข่า ประมาณ 2 นิ้ว ใต้สายรัดมีผ้านุ่มรองรับ

11.1.8.8 ระวังบริเวณผิวหนังของผู้ป่วย เช่น มือหรือเท้าและ บริเวณอื่นต้องไม่สัมผัสกับโลหะ เดียง

11.1.9 การจัดท่านอนตะแคง (Full Lateral Chest Position) ให้ปฏิบัติ ดังนี้

11.1.9.1 เตรียมอุปกรณ์ในการจัดทำให้อยู่ในสภาพพร้อมใช้ ครบถ้วน

11.1.9.2 ก่อนจัดทำผู้ป่วยผู้ใหญ่ต้องมีเจ้าหน้าที่อย่างน้อย 4 คนเข้าประจำที่ดังนี้

1) ทัศนวิสัยแพทย์/และทัศนวิสัยพยาบาลดูแลศีรษะ คอ และทางเดินหายใจ

2) แพทย์และ/ หรือเจ้าหน้าที่ 1 คน ยืนข้างที่จะทำ ผ่าตัดยื่นบริเวณสะโพก ไหล่

3) เจ้าหน้าที่ 1 คนอยู่ด้านตรงข้าม

4) เจ้าหน้าที่ 1 คน อยู่บริเวณเท้า

11.1.9.3 ผู้ป่วย อยู่ในท่าที่แขนอยู่ข้างลำตัวเมื่อพร้อมแล้วส่ง สัญญาณบอกผู้ร่วมทีมจัดท่า

11.1.9.4 เลื่อนตัวผู้ป่วยมาริมเตียงข้างที่จะผ่าตัด

11.1.9.5 พลิกตะแคงตัวผู้ป่วยโดยยกไหล่ สะโพกและขาผู้ป่วย เอาด้านที่จะทำผ่าตัดขึ้น

11.1.9.6 วางแขนล่างของผู้ป่วยไว้ที่วางแขนโดยหงายมือขึ้น ส่วนแขนบนให้งอข้อศอกวางแขนไว้ที่พักแขนโดยคว่ำมือลง

11.1.9.7 ยกหน้าอกผู้ป่วยขึ้นสอดม้วนผ้าหนุนบริเวณหน้าอก

11.1.9.8 ขาส่างให้งอ 90 องศา ส่วนขาข้างบนให้เหยียดตรง มีหมอนรองระหว่างขาทั้งสองข้าง ติดพลาสติกที่สะโพกให้ยึดติดกับเตียงทั้ง 2 ข้าง

11.1.9.9 ตรวจสอบความถูกต้องของการจัดท่าก่อนคลุมผ้า ผ่าตัด

11.1.10 ขณะปรับเตียงผ่าตัดให้ระมัดระวังการกดทับส่วนล่างของ ร่างกายผู้ป่วย

11.1.11 ตรวจสอบประเมินผู้ป่วยขณะ และหลังผ่าตัด

11.1.12. ลงบันทึกการประเมินผู้ป่วยก่อนการจัดทำ ทำที่ผ่าตัดและอุปกรณ์ที่ใช้ในการจัด และการประเมินหลังผ่าตัด ในใบบันทึกทางการแพทย์บาดแผลผ่าตัด

11.2. การถ่ายโอนความเสี่ยงผู้ป่วยได้รับอันตรายจากการจัดทำ

ในผู้ป่วยที่ข้อมือมีการวัดความดันจากเส้นเลือดแดงโดยตรงให้วิสัญญีแพทย์ และวิสัญญีพยาบาลรับผิดชอบในการจัดวางแขนผู้ป่วย แต่เจ้าหน้าที่ของห้องผ่าตัดอาจช่วยเหลือได้

11.3 การลดความสูญเสียหลังผู้ป่วยได้รับอันตรายจากการจัดทำ

11.3.1. ทำแผลให้ ( ถ้ามี)

11.3.2. ผู้ป่วยในรายที่เกิดปัญหาในห้องผ่าตัด รีบแจ้งให้แพทย์เจ้าของไข้ และรายงานต่อพยาบาลที่หอผู้ป่วยหรือหอผู้ป่วยหนักแล้วแต่กรณี

11.3.3 เขียนรายงานอุบัติการณ์เสนอหัวหน้าหอ

11.3.4. ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยหลังผ่าตัด ประมาณอย่างน้อย 1 ครั้ง เมื่อผู้ป่วยอยู่ในหอผู้ป่วยหนักหรือหอผู้ป่วย

11.3.5. กำหนดผู้ที่จะให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและญาติ

ต้นฉบับ หน้าขาดหาย

ต้นฉบับ หน้าขาดหาย



ต้นฉบับ หน้าขาดหาย

ต้นฉบับ หน้าขาดหาย