

รายงานการศึกษา ฝีกอบรม ประชุม ดูงาน สัมมนา ปฏิบัติการวิจัย ในประเทศ และต่างประเทศ
(ระยะสั้นไม่เกิน ๙๐ วัน และ ระยะยาวตั้งแต่ ๙๐ วันขึ้นไป)

ส่วนที่ ๑ ข้อมูลทั่วไป

๑.๑ ชื่อ - นามสกุล นางสาว ประนัสดา ขานุสิทธิ์

อายุ ๔๖ ปี การศึกษา ปริญญาตรีพยาบาลศาสตรบัณฑิตการพยาบาลและการผดุงครรภ์
ชั้นหนึ่ง

ความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน งานพยาบาลห้องผ่าตัด

๑.๒ ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

หน้าที่ความรับผิดชอบ (โดยย่อ) ให้การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด เยี่ยมผู้ป่วยก่อนและหลังผ่าตัด
ส่งเครื่องมือ บริหารเครื่องมือเตรียมพร้อมสำหรับทำผ่าตัด เข้าช่วยแพทย์ทำผ่าตัด อำนวย
ความสะดวกรอบนอกกับทีมผ่าตัด

๑.๓ ชื่อเรื่อง / หลักสูตร ประชุมวิชาการฟื้นฟูความรู้ทางการพยาบาลห้องผ่าตัด ประจำปี ๒๕๖๕
เพื่อ ศึกษา ฝีกอบรม ประชุม ดูงาน สัมมนา ปฏิบัติการวิจัย
งบประมาณ เงินงบประมาณกรุงเทพมหานคร เงินบำรุงโรงพยาบาล
 ทุนส่วนตัว ไม่มีค่าใช้จ่าย

จำนวนเงิน ๒,๕๐๐ บาท (สองพันห้าร้อยบาทถ้วน)

ระหว่างวันที่ ๘ - ๙ กันยายน ๒๕๖๕ สถานที่ ณ โรงแรมอมารี ดอนเมือง แอร์พอร์ต กรุงเทพฯ
คุณวุฒิ/วุฒิบัตรที่ได้รับ ใบรับรองหลักสูตรเข้าร่วมการประชุมวิชาการฟื้นฟูความรู้ทางการ
พยาบาลห้องผ่าตัด ประจำปี ๒๕๖๕ โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง)

ส่วนที่ ๒ ข้อมูลที่ได้รับจากการศึกษา ฝีกอบรม ประชุม ดูงาน สัมมนา ปฏิบัติการวิจัย

(โปรดให้ข้อมูลในเชิงวิชาการ)

๒.๑ วัตถุประสงค์

เพื่อเพิ่มพูนความรู้ทางวิชาการให้มีความรู้ ความสามารถและทักษะการปฏิบัติการพยาบาล
ตามมาตรฐานโดยมีแนวทางในการพัฒนาคุณภาพบริการที่ทันสมัยร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพและมีโอกาส
แลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์การพยาบาลผ่าตัดร่วมกัน พร้อมทั้งสามารถนำความรู้ที่ได้รับจากการเข้าร่วม
ประชุมในครั้งนี้ไปถ่ายทอดให้กับเพื่อนร่วมงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ

๒.๒ เนื้อหา

ปัจจุบันผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาด้วยการผ่าตัดมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นอีกทั้งยังมีการนำเทคโนโลยี
ขั้นสูงและทันสมัยมาใช้ทางการแพทย์ โดยคำนึงถึงความปลอดภัยสูงสุด ป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิด
ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด โดยมุ่งเน้นผลลัพธ์ที่เพิ่มประสิทธิภาพและคุณภาพแก่ผู้รับบริการ ในมิติของ
การพยาบาลปริศัลยกรรมซึ่งเป็นการพยาบาลดูแลผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัด ๓ ระยะ ก่อน ขณะ หลังผ่าตัด
โดยครอบคลุมถึงการประสานงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพ พยาบาลห้องผ่าตัดจึงจำเป็นต้องมีความรู้
ความสามารถและทักษะการพยาบาลเฉพาะสาขาอย่างมีคุณภาพ รวดเร็ว ปลอดภัย และต่อเนื่อง มีสมรรถนะ
ในการเฝ้าระวังและป้องกันอาการไม่พึงประสงค์ ตลอดจนช่วยเร่งการฟื้นตัวและส่งเสริมการฟื้นฟูสภาพ
เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถกลับไปดำเนินชีวิตในสังคมได้อย่างปกติ มีคุณภาพชีวิตที่ดีเป็นที่พึงพอใจตาม
ความคาดหวังของผู้รับบริการ และยังคงมีจริยธรรม รักษาข้อมูลความลับของผู้ป่วย

๑. Overview of IOL & IOL measurement

๑.๑ เลนส์แก้วตาเทียม คือ เลนส์เทียมที่ใส่ในตาแทนที่เลนส์ธรรมชาติเพื่อหวังผลในการแก้ไขสายตา

๑.๒ การใส่เลนส์แก้วตาเทียมเข้าไปในตา (Implantation)

- Primary implantation เป็นการใส่เลนส์แก้วตาเทียมทันทีหลังจากผ่าตัดเอาต้อกระจกออก

- Secondary implantation เป็นการใส่เลนส์แก้วตาเทียมเพื่อแก้ไขภาวะไม่มีเลนส์ (Aphakia)

จากการผ่าตัดต้อกระจกเมื่อครั้งก่อน จากอุบัติเหตุหรือจากสาเหตุอื่นๆ

๑.๓ ส่วนประกอบของเลนส์แก้วตาเทียม

- ตัวเลนส์ (Optic) เป็นส่วนที่ทำหน้าที่โฟกัสแสงเข้าสู่จอประสาทตา

- ขาเลนส์ (Haptic) เป็นส่วนที่ยื่นจากตัวเลนส์ออกไปโดยทำหน้าที่ประคองเลนส์ตาเทียมให้อยู่ในตำแหน่งที่คงที่ (Stable) ในตา

๑.๔ การแบ่งประเภทของเลนส์แก้วตาเทียม

๑.๔.๑ แบ่งตามตำแหน่งที่ใส่ของเลนส์แก้วตาเทียม (Position IOL)

๑) ใส่ในช่องลูกตาส่วนหน้า (anterior chamber implantation)

- Angle supported IOLs ใส่ในกรณีที่ไม่มีถุงหุ้มเลนส์ให้ใส่เลนส์ และยังมีม่านตาปกติ ร่วมกับช่องหน้าลูกตากว้างพอให้ใส่ โดยคำนวณขนาดเลนส์จากระยะ White to White (mm)

ข้อดี คือ ใส่ง่าย (ถ้าเทียบกับกรณี Scleral fixation)

ข้อเสีย คือ ทำลายมุมของช่องหน้าลูกตาและม่านตา ทำให้เกิดต้อหิน ม่านตาอักเสบและทำลาย Endothelial cell ของกระจกตาทำให้เกิดกระจกตาเสื่อม

- Iris/pupill supported IOL ใส่ในกรณีที่ไม่มีถุงหุ้มเลนส์ให้ใส่เลนส์และยังมีม่านตาปกติ ร่วมกับช่องหน้าลูกตากว้างพอให้ใส่ ปลอดภัยกว่า Angle supported IOLs

ข้อดี คือ ใส่ง่าย (ถ้าเทียบกับกรณี Scleral fixation)

ข้อเสีย คือ ทำลาย Endothelial cell ได้ แต่เกิดน้อยกว่า Angle supported IOLs

๒) ใส่ในช่องลูกตาส่วนหลัง (Posterior chamber implantation)

- In ciliary sulcus fixation ใส่ในกรณีถุงหุ้มเลนส์ด้านหลังฉีกขาดจนไม่สามารถใส่เลนส์ในถุงหุ้มเลนส์ได้ แต่ถุงหุ้มเลนส์ทางด้านหน้ายังปกติ ทำให้สามารถใส่เลนส์ไปที่ Ciliary sulcus โดยวางบนถุงหุ้มเลนส์ส่วนหน้า

- Scleral fixation ใส่ในกรณีถุงหุ้มเลนส์ด้านหลังขาด และถุงหุ้มเลนส์ด้านหน้าไม่มีหรือไม่มั่นคงพอที่จะวางเลนส์ได้

ข้อดี คือ อยู่ในช่องหน้าลูกตาส่วนหลัง ห่างจากกระจกตา

ข้อเสีย คือ วิธีการผ่าตัดยุ่งยาก เสี่ยงต่อเลือดออกในตา จอประสาทตาหลุดใหม่ที่เย็บแผล อาจทำให้เกิดติดเชื้อภายในตา (endophthalmitis) ได้

- In the capsular bag เป็นตำแหน่งที่เหมาะสมที่สุดของการใส่เลนส์เทียมภายในตา เป็นตำแหน่งที่เลนส์จะเคลื่อนหรือไม่อยู่ตรงกลางน้อยมาก ขนาดของภาพใกล้เคียงกับความเป็นจริงที่สุด เมื่อเทียบกับการใส่เลนส์ในตำแหน่งต่างๆ (<๒%เมื่อเทียบกับ AC-IOL ๒-๕%)

๑.๔.๒. แบ่งตามความสามารถในการแก้ไขสายตา (Visual correction)

๑) เลนส์เสริม (Phakic IOL) คือเลนส์ที่ใส่ในตาที่ยังมีเลนส์ตามธรรมชาติอยู่เพื่อแก้ไขสายตาในกรณีที่ไม่ต้องการใส่แว่นตาหรือเลนส์สัมผัส ในปัจจุบันมักใส่ในผู้ที่มีปัญหาสายตาสั้นมากๆ หรือยาวมากๆ หรือผู้ที่กระจกตาบวมมากๆ ที่ไม่สามารถผ่าตัดแก้ไขสายตาที่กระจกตาได้ แก้ไขค่าสายตาสั้นระหว่าง -๓.๐D ถึง -๒๓.๐D ค่าสายตายาวระหว่าง +๓.๐D ถึง +๑๙.๐D ค่าสายตาเอียงระหว่าง ๑ ถึง ๖D มีทั้งแบบ AC-IOL กับ PC-IOL

๒) เลนส์ซ้อน (Piggy back IOL) เป็นเลนส์ที่ใส่ใน Ciliary sulcus ซ้อนด้านหน้าเลนส์เดิมที่ใส่ในถุงหุ้มเลนส์โดยมักใส่เพื่อแก้ไขค่าสายตาที่ยังเหลืออยู่จากเลนส์ที่ใส่ในครั้งก่อนมีทั้งแบบเลนส์โฟกัสระยะเดียวเลนส์โฟกัสหลายระยะเลนส์แก้ไขสายตาเอียง ตัวอย่างเลนส์ Sulcoflex IOL

๓) ชนิดของเลนส์แบ่งตามความสามารถแก้ไขสายตา

๓.๑) เลนส์เทียมชนิดที่มีโฟกัสเดียวสามารถแก้ไขสายตาได้ระยะเดียว (Monofocallens)

- เป็นเลนส์ที่ส่วนใหญ่นิยมใช้
- มีโฟกัสระยะเดียว เห็นภาพในระยะนั้นคมชัด ส่วนใหญ่มักเลือกให้โฟกัสภาพชัดที่ระยะไกล แต่เวลามองระยะกลาง และระยะใกล้ด้วยตาเปล่าจะเห็นไม่ชัดจึงจำเป็นต้องใส่แว่นเพื่อช่วยในการมองเห็นระยะกลางและระยะใกล้

- สามารถเพิ่มระยะการมองด้วยการใช้ Mini-monovise (-๐.๗๕ ถึง -๑.๒๕) หรือ Micro-Monovision (-๐.๕๐) แต่อาจทำให้ความสามารถในการกระดกน้อยลง

ผู้ที่เหมาะสำหรับเลนส์เทียมแบบโฟกัสเดียว

- มีปัญหาเรื่องค่าใช้จ่ายเนื่องจากเลนส์ชนิดนี้ราคาสูงที่สุด
- เป็น Perfectionist ชอบภาพที่มีความคมชัดและยอมที่จะใส่แว่นในบางกิจกรรม
- เป็นคนขี้รำคาญไม่สามารถทนต่อ Glare และ Halo ได้
- มีปัญหาโรคตาอื่นๆ เช่นมีปัญหาที่จอประสาทตาหรือจู้รับภาพ มีผลเป็นที่กระจกตา

กระจกตามีตรูป

- อาชีพที่ต้องการความคมชัดของภาพมาก
- อาชีพที่ต้องใช้สายตาเวลากลางคืนมาก เช่น นักบิน ขับรถกลางคืน
- เคยมีปัญหาเกี่ยวกับการใส่แว่นแบบ Bifocal หรือแว่นแบบ Progressive

๓.๒) เลนส์เทียมชนิดที่มีโฟกัสเดียวแบบโฟกัสยืดยาว (extended depth of focus lens) (EDOF) เป็นการออกแบบเลนส์ให้มีจุดโฟกัสระยะไกลที่ยืดยาวออกทำให้ช่วงการมองเห็นจะกว้างมากกว่าระยะเดียวดังนั้นจึงสามารถมองเห็นได้ตั้งแต่ระยะไกลจนถึงระยะกลาง (๑ - ๒ เมตร) ส่วนระยะใกล้จะมองเห็นไม่ค่อยชัดจึงอาจต้องใส่แว่นช่วยในระยะใกล้

ชนิดของเลนส์ EDOF

- Small aperture EDOF IOLs เป็นการให้แสงที่เข้ามาผ่านรูแคบ ๆ (Pinhole effect) จะช่วยยืดระยะโฟกัส (depth of focus) และยังเพิ่มความกว้างของความชัด ตื้น ลึก (depth of file) ด้วย เนื่องจากแสงเข้าตาแคบบางส่วนอาจทำให้มีปัญหาเวลาใช้สายตาในที่แสงน้อย แนะนำให้ใส่เลนส์ชนิดนี้แค่ข้างเดียวใน Non dominate eye ส่วน dominate eye แนะนำให้ใส่เป็น Monofocal IOL ในคนที่สายตาเหลือหลังผ่าตัดก็ยังสามารถเห็นได้ดีเหมาะในคนที่เคยผ่านการผ่าตัดสายตามาก่อน (เช่น RK ; Lasik) Irregular astigmatism (เช่น Post PKP ; Keratoconus)

- Diffractive EDOF IOLs ใช้หน้าเลนส์ที่เป็น Diffractive design ในแต่ละวงช่วยโฟกัสให้เห็นระยะที่กว้างขึ้น เนื่องจากเป็น Diffractive design จึงอาจทำให้มี glare และ halo ได้ในเวลากลางคืน

- Beam-shaping EDof IOLs เป็นการปรับส่วนกลางของเลนส์ ประมาณ ๒.๒ mm ใหนูนเมื่อแสงผ่านส่วนกลางก็จะช่วยยึดโฟกัสให้กว้างขึ้นช่วยให้มองเห็นได้ไกลถึง ๖๐ mm. (+๑.๕๓D) โดยที่ขนาดของรูม่านตาไม่ค่อยมีผลไม่เกิด glare และ halo เวลากลางคืน เนื่องจากมีวงของ Diffractive design เป็นการแบ่งแสงมาช่วยในการปรับโฟกัสให้มากขึ้นจึงทำให้การมองเห็นเวลากลางคืนจะมี Contrast ลดลงอาจทำให้มีปัญหาบ้างเวลาขับรถกลางคืนหรือต้องใช้แว่นช่วยในการอ่านระยะใกล้ในที่มืด

ผู้ที่เหมาะจะใส่เลนส์แบบ EDof

- ผู้ที่มีกิจกรรมต้องใช้สายตาหลายระยะ แต่ไม่จำเป็นต้องคมชัดมากและไม่อยากใส่แว่น
- มีความอยากที่จะใส่แว่นให้น้อยที่สุด แต่ก็ยอมรับที่จะใส่แว่นในบางโอกาส
- เข้าใจและยอมรับข้อด้อยบางอย่าง เช่น glare ; halo หรือ contrast sensitivity

ที่ลดลง

- ไม่มีปัญหาเรื่องค่าใช้จ่าย
- ยอมรับที่จะผ่าตัดเพิ่มเติมหากต้องการแก้ไขสายตาที่เหลือ หรือมองไม่สามารถ

ปรับตัวต่อภาพที่เกิดขึ้นจากเลนส์ได้

๓.๓) เลนส์เทียมชนิดที่มีโฟกัสเดียวแต่สามารถปรับให้ดูได้หลายระยะ (Accommodative IOL)

- เป็นเลนส์ที่สามารถปรับกำลังของเลนส์ได้โดยการเคลื่อนตัวของเลนส์ไปข้างหน้าหรือข้างหลังทำให้สามารถมองเห็นภาพในระยะต่างๆได้อย่างคมชัด

- พบว่าการที่เลนส์เคลื่อนที่ไป ๑ mm. จะทำให้กำลังของเลนส์เปลี่ยนไปประมาณ ๒D
- เลนส์ชนิดนี้ช่วยในการมองเห็นระยะไกลและระยะกลางดังนั้นจึงต้องใช้แว่นช่วยใน

ระยะใกล้

- เห็นภาพในเวลากลางคืนได้ดีไม่ค่อยมีปัญหาเรื่อง glare และ halo ในเวลากลางคืน
- เลนส์ชนิดนี้ได้รับความนิยมน้อยเนื่องจากในระยะยาวความสามารถในการเคลื่อนไหว

ของเลนส์จะลดลงจากการขุ่นของถุงหุ้มเลนส์ด้านหลัง (posterior capsular opacification) หรือถุงหุ้มเลนส์มีพังผืดหดตัว (capsular contraction) ทำให้ความสามารถที่จะดูภาพในระยะต่าง ๆ ลดลง

๓.๔) เลนส์เทียมชนิดที่มีโฟกัสเดียวสามารถแก้ไขระยะได้เพิ่มขึ้น (Enhanced monofocal/ monofocal plus lens)

- เป็นเลนส์ที่ปรับรูปร่างตรงกลางเลนส์ประมาณ ๑ mm เพื่อแบ่งแสงตรงกลางมาเพิ่มระยะโฟกัสให้มากขึ้น (depth of focus) ได้ประมาณ +๐.๕ ถึง +๑D โดยความสามารถขึ้นกับขนาดรูม่านตาด้วย

- พบว่าที่ม่านตาขนาด ๒ mm สามารถเพิ่มโฟกัสได้ประมาณ +๐.๕D แต่ที่ม่านตาขนาดใหญ่กว่า ๓.๕ mm. ขึ้นไปพบว่าไม่แตกต่างจากเลนส์โฟกัสระยะเดียวทั่วไป

- เลนส์ชนิดนี้ไม่ถือว่าเป็น EDof เนื่องจากไม่สามารถช่วยให้เห็นได้ถึงมองเห็นระยะกลาง (intermediate vision)

๓.๕) เลนส์เทียมชนิดหลายโฟกัส (Multifocal lens)

๓.๕.๑) เลนส์เทียมชนิดหลายโฟกัสแบบ Diffractive

- เป็นเลนส์ที่มีโฟกัสหลายระยะเนื่องจากพื้นหลังของเลนส์เป็นแบบ Diffractive design (ผิวเลนส์ไม่เรียบ มีลักษณะคล้ายขั้นบันไดเรียงตัวเป็นวงๆ) แบ่งแสงที่เข้าตาให้ไปโฟกัสในระยะต่างๆ ทำให้เห็นได้ทุกระยะแต่อาจทำให้แต่ละระยะไม่คมชัดมาก

- ภาพที่เห็นจากทุกระยะจะเห็นพร้อมกันแต่สมองจะเลือกว่าจะมองภาพไหน (brain adaptation) บางครั้งภาพในระยะอื่นที่เราไม่สนใจ (ghost image) อาจจะทำให้สร้างความรำคาญได้ ซึ่งการปรับตัวที่สมองนี้บางคนอาจจะทำไม่ได้หรือทำได้แต่อาจจะต้องใช้เวลาปรับตัวหลายเดือน

- เนื่องจากเลนส์กลุ่มนี้ผิวเลนส์รอยต่อของแต่ละระยะโฟกัสอาจทำให้เห็นเป็นวงรอบดวงไฟ (halo) หรืออาจเห็นแสงจากดวงไฟเป็นแฉกๆ (glare)
- แสงแต่ละระยะโฟกัสเห็นไม่เต็ม ๑๐๐ เนื่องจากต้องทอนแสงไปยังโฟกัสอื่นด้วย ทำให้ในเวลากลางคืนสายตาคงจะยิ่งมัวลง Contrast ของภาพลดลง
- เลนส์รุ่นใหม่ ๆ จะมีการปรับผิวเลนส์ให้การเปลี่ยนแปลงระยะโฟกัสค่อนข้างเรียบมากขึ้น เพื่อลดปัญหาเรื่อง Contrast, Glare, Halo

รูปแบบของเลนส์เทียมชนิดหลายโฟกัส

๑. แบบ ๒ โฟกัส (bifocal)

- ระยะไกลและระยะใกล้
- ระยะไกลและระยะกลาง

๒. แบบ ๓ โฟกัส (trifocal) ใช้งานได้ทั้ง ระยะไกล ระยะกลาง ระยะใกล้

- กำลังในระยะการมองใกล้มีตั้งแต่ +๑.๕ ถึง +๔.๐D
- การใช้ค่ากำลังในที่ใกล้มากก็ยิ่งมองเห็นระยะใกล้ชัดมากแต่ก็อาจทำให้แสง

กระจายมากขึ้นหรือ Contrast ของภาพลดลงมากด้วยเช่นกัน ดังนั้นการเลือกค่าสายตาที่ใกล้ก็ต้องเลือกตามกิจกรรมที่ทำ, ค่าสายตาเดิม, ความยาวช่วงแขน, ความกังวลเรื่องแสงกระจาย

๓.๕.๒) เลนส์ชนิดโฟกัสหลายระยะแบบ Refractive

- เป็นเลนส์ที่โฟกัสหลายระยะโดยใช้ลักษณะเป็นวงแหวนหลายๆ วงโดยที่แต่ละวงจะมีค่ากำลังของเลนส์ที่แตกต่างเพื่อที่จะใช้โฟกัสในระยะที่ต่างกัน
- ข้อจำกัดของเลนส์ชนิดนี้คือขนาดรูม่านตาและการวางตำแหน่งกลางเลนส์ให้ตรงกับกลางรูม่านตามีผลกับคุณภาพการมองเห็น
- มีการทำเลนส์ชนิดที่มีการแบ่งกำลังของเลนส์ที่แตกต่างกันในส่วนบน - ล่างของเลนส์ โดยเลนส์ในส่วนบนใช้สำหรับการมองเห็น เลนส์ส่วนล่างใช้สำหรับการมองใกล้
- ขนาดของรูม่านตามีผลต่อการมองเห็นน้อยกว่าในแบบเดิม
- ไม่ค่อยมีปัญหาเรื่อง glare, halo และ contrast ดีกว่าแบบ Diffractive

๓.๖) เลนส์เทียมชนิดที่ช่วยแก้ไขสายตาเอียง (Toric IOL) ภาวะสายตาเอียง คือ ระยะที่โฟกัส

ของแกนสายตาที่องศาต่างกัน ๙๐ องศาอยู่คนละตำแหน่งกัน ดังนั้นเวลาแก้ไขสายตาเอียงจะต้องแก้ไขสายตาด้วยค่ากำลังที่แตกต่างกันในแต่ละแกน

- เลนส์โฟกัสระยะเดียว, เลนส์โฟกัสหลายระยะ เลนส์ EDOF เลนส์

Accommodative มักมีแกนที่แก้ไขสายตาเอียงร่วมด้วย

- เรามักจะวางตำแหน่ง Mark ที่เลนส์ให้ตรงกับแนวองศาที่ค่าเอียงมากที่สุดจุดกระจกตา

(Steep axis)

- ทุกๆ ๑ องศาของเลนส์ที่เคลื่อนไปจากตำแหน่งที่เหมาะสมจะทำให้กำลังที่แก้ไข

สายตาลดลงไป ๓.๓%

- เมื่อเคลื่อนไป ๓๐ องศาเลนส์นั้นจะไม่มีความสามารถในการแก้ไขสายตาเอียง

- ถ้าเคลื่อนไปมากกว่า ๓๐ องศาจะเพิ่มค่าความเอียงให้มากขึ้น

- แนะนำให้เลือกเลนส์แก้ไขสายตาเอียงร่วมด้วยในกรณีที่มีภาวะ Regular corneal

astigmatism มากกว่าหรือเท่ากับ ๑ D

- สามารถแก้ Corneal astigmatism ได้ตั้งแต่ ๐.๗๕ D ถึง ๔.๗๕ (กำลังของเลนส์

๑.๕D ถึง ๖.๐D)

- ในกรณีระหว่างผ่าตัดถ้าพบว่ามีปัญหาเรื่อง Zonule หรือถุงหุ้มเลนส์ไม่แข็งแรงควรเปลี่ยนเป็นเลนส์โฟกัสระยะเดียวแบบไม่แก้อียง

- นิยมใช้ Cohesive OVDs มากกว่าแบบ Dispersive เพราะไม่ค่อยเคลือบผิวเลนส์และเอาออกได้ง่ายกว่า

- ควรเอา OVDs ออกให้หมดเพื่อลดโอกาสการหมุนของเลนส์หลังผ่าตัด
การวางตำแหน่งเลนส์เอียง (Toric alignment)

- Manual Alignment ใช้ปากกาทำตำแหน่งที่ตาในแนว ๑๘๐ องศาในขณะที่นั่งและมองตรงไปในระยะไกล

- Image guide alignment เป็นการถ่ายภาพกระจกตาก่อนผ่าตัดเพื่อวางตำแหน่งที่มีค่าเอียงมากของกระจกตาโดยเทียบกับรูปพรรณลักษณะของม่านตา (Iris fingerprinting) และรูปพรรณบริเวณขอบกระจกตาเทียบกับตำแหน่งเส้นเลือดที่ขอบกระจกตาขณะผ่าตัดตา ขณะผ่าตัดก็จะส่งภาพตำแหน่งที่กระจกตาไปยังกล้องผ่าตัด ตัวอย่าง เช่น Callisto, Verion, TrueVision

- Aberrometry - guided alignment เป็นการวัดค่า aberration แบบ real time แล้วแปลงเป็น ค่าสายตาระยะ ผ่าตัดทำให้สามารถวัดค่าเอียงและองศาที่เอียงได้ขณะผ่าตัด และเมื่อใส่เลนส์แล้วก็สามารถใช้ปรับจูนจนได้ตำแหน่งองศาที่เหมาะสมของเลนส์ ตัวอย่างเช่น ORA, Holos

หลักการผ่าตัดในการใส่เลนส์แก้อียง

๑. ใส่เลนส์ในตำแหน่งห่างจากองศาที่ต้องการจะใส่เลนส์ประมาณ ๑๐ - ๑๕ องศา
๒. จำเป็นต้องเอา OVDs หลัง IOL ออก
๓. หมุนเลนส์ไปในตำแหน่งองศาที่ตั้งใจไว้
๔. ไม่ควรหมุนเกินตำแหน่ง
๕. กด IOL ให้ติดกับถุงหุ้มเลนส์ด้านหลัง
๖. ปิดตาให้นิ่มกว่าปกติเล็กน้อย
๗. พยายามไม่เคลื่อนไหวใน ๑ ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด
๘. งดการวิ่งจ็อกกิ้ง หรือทำให้ตาสะเทือนหรือดขยี้ตาประมาณ ๒ อาทิตย์แรกหลังผ่าตัด

เครื่องมือที่ช่วยให้เลือกเลนส์ได้เหมาะสม

- SimVis เป็นเครื่องมือที่ใส่แล้วจำลองภาพที่จะเกิดขึ้นเมื่อใส่เลนส์โฟกัส หลายระยะเปรียบเทียบเมื่อมองภาพจากเลนส์โฟกัสระยะเดียวเหมาะกับผู้ที่เลนส์ธรรมชาติยังไม่ขุ่นมาก

- Vivior monitor ใส่อุปกรณ์กับแว่นที่ใส่อยู่เดิมหรือใส่กับแว่นเปล่าใส่โดยใส่แว่นนี้ต่อเนื่องอย่างน้อย ๓๖ ชั่วโมง ทั้งวันทำงานและพักผ่อนเพื่อเก็บข้อมูลเวลาที่ใช้ในการมองภาพระยะไกล กลางใกล้ แล้วนำมาประมวลผลในการเลือกเลนส์แก้วตาเทียม

๒. Update in Oculoplastic surgery

Common procedure in Oculoplastic (หัตถการของเปลือกตา ท่อน้ำตาและเบ้าตา)

๑. Eyelid (เปลือกตา)

๑.๑ Dermatochalasis คือภาวะผิวหนังเปลือกตาท่อน้ำตาหย่อน แก้ไขโดยการผ่าตัดตกแต่งเปลือกตา (Blepharoplasty)

๑.๒ Ptosis คือ ภาวะหนังตาตกโดยขอบของเปลือกตาทกลงมามากกว่าปกติต้องหาสาเหตุ ได้แก่ หนังตาตกตั้งแต่กำเนิด กล้ามเนื้อยกเปลือกตาทหลุดจากตำแหน่งที่เกาะ กล้ามเนื้อมีการฉีกขาด เส้นประสาทหรือสารสื่อประสาททำงานผิดปกติหรือมีเนื้องอกตึงรั้งเปลือกตา การแก้ไข

- การผ่าตัดแก้ไขกล้ามเนื้อเยื้องหน้าตา (Correction)
- การผ่าตัดเปลี่ยนที่เกาะกล้ามเนื้อlevator (Levator advancement)
- การแก้ไขหนังตาตกแต่กำเนิดโดยใช้กล้ามเนื้อหน้าผากมาดึงหนังตา (Frontalis sling)

๒. Orbit (เบ้าตา)

๒.๑ Orbitotomy with mass removal (Incision or Excision) การตัดก้อนเนื้องอกหรือมะเร็ง
ในเบ้าตา

๒.๒ Orbital Decompression การผ่าตัดกระดูกเบ้าตา

๓. Dacryocystorhinostomy (DCR) การผ่าตัดเปิดทางเชื่อมระหว่างถุงน้ำตาที่ช่องจมูก

๓.๑ Endoscopic Endonasal DCR การผ่าตัดโดยวิธีส่องกล้องไม่มีแผลเปิด

๓.๒ External DCR การผ่าตัดแบบมีแผลเปิดภายนอก

Update lasers in ophthalmology

๑. CO₂ laser เลเซอร์ชนิดคาร์บอนไดออกไซด์

- incisional surgery สำหรับการตัดกล้ามเนื้อ
- blepharoplasty สำหรับการผ่าตัดตกแต่งเปลือกตา
- skin resurfacing สำหรับการลอกผิวหน้าด้วยเลเซอร์

๒. Argon laser เลเซอร์ชนิดอาร์กอน

- Trichiasis แก้ไขภาวะขนตาที่มตา

๓. Holmium; YAG laser เลเซอร์ชนิดโฮเลียม

- Laser Assisted Dacryocystorhinostomy ใช้ในการผ่าตัดเปิดทางเชื่อมระหว่างถุงน้ำตาที่ช่องจมูก

๔. Tunable dye laser เลเซอร์ชนิดเพาซ์ดาายด์

- Cutaneous Capillary hemangiomas ใช้รักษาความผิดปกติของเส้นเลือดโดยไม่ทำลายเนื้อเยื่อ

หรือผิวหนังบริเวณที่ทำการรักษา

๓. Update in Cornea and Cataract surgery

๓.๑ Conjunctival surgery การผ่าตัดเยื่อบุตา

- Pterygium excision การผ่าตัดต้อเนื้อ
- Conjunctival tumor excision การตัดก้อนเนื้องอกหรือมะเร็งที่เยื่อบุตา
- Amniotic membrane graft การปลูกถ่ายเยื่อหุ้มรกที่เยื่อบุตา
- Amniotic membrane patch การปะเยื่อหุ้มรกที่เยื่อบุตา

๓.๒ Corneal surgery การผ่าตัดกระจกตา

- Corneal gluing การผ่าตัดโดยใช้กาวปะเนื้อเยื่อ
- Tectonic corneal transplantation การผ่าตัดเปลี่ยนกระจกตา
- Band keratopathy removal การเกิดแคลเซียมที่กระจกตาส่วนกลาง
- Intracorneal rings segment implantation การฝังวงแหวนในเนื้อกระจกตาเพื่อรักษาโรคกระจก

ตาโป่งนูน

๓.๒.๑ Corneal transplant surgery วิธีการผ่าตัดเปลี่ยนกระจกตา

- Penetrating keratoplasty การเปลี่ยนกระจกตาทั้งชั้นความหนา
- Lamellar keratoplasty การเปลี่ยนเนื้อเยื่อกระจกตาเฉพาะชั้นด้านหน้าที่มีปัญหาออก
- DALK การเปลี่ยนกระจกตาเฉพาะตำแหน่งเท่านั้น

- DSAEK การเปลี่ยนกระจกตาส่วนหลังแบบใส่ด้านหลังของกระจกตาส่วนหน้าเข้าไปด้วย
- DMEK การเปลี่ยนกระจกตาเฉพาะส่วนด้านหลังเท่านั้น

๓.๓ Cataract surgery การผ่าตัดต้อกระจก

- Phacoemulsification การผ่าตัดสลายต้อกระจกโดยใช้คลื่นอัลตราซาวด์
- Extracapsular cataract extraction (ECCE) การผ่าตัดต้อกระจกแบบแผลเปิดแล้วคลอดเลนส์ทั้งชิ้นออกจากแผลเปิดโดยคงค้างแคปซูลด้านหลังไว้ทั้งหมดและไม่ไปยุ่งเกี่ยวกับเอ็นยึดแก้วตา (lens zonule)
- Intracapsular cataract extraction (ICCE) การผ่าตัดต้อกระจกแบบแผลเปิดแล้วนำเลนส์ออกโดยใช้ปากคีบหรือใช้ความเย็นผ่าน Cryoprobe ดูดเลนส์ออกมา
- Manual small incision cataract surgery (MSICS) การผ่าตัดต้อกระจกแบบแผลเล็กโดยไม่ใช้เครื่องสลายต้อกระจก

๓.๔ What's new in cataract surgery

- Femtosecond laser-assisted cataract surgery การใช้เลเซอร์ช่วยเปิดแผลแยกชั้นที่กระจกตา
- Astigmatism management in cataract surgery การผ่าตัดต้อกระจกแก้ไขภาวะสายตาสั้นเอียง
- Imaged guided system การฉายรังสี
- Scleral-fixated intraocular lens; suture – less การใส่เลนส์แก้วตาเทียมจากภาวะถุงหุ้มเลนส์ฉีกขาดหรือไม่มีถุงหุ้มเลนส์

Fibrin Glue (กาวปะเนื้อเยื่อ)

Decreased total surgical time ช่วยลดระยะเวลาในการผ่าตัด

- Well tolerated การติดเนื้อเยื่อคงทน
- Biocompatible เข้ากันได้ดีกับเนื้อเยื่อ
- Smooth sealed for the wound edge ติดแผลได้เรียบเนียน
- Control bleeding ห้ามเลือดได้ดี
- Drug delivery ใช้งานง่าย
- Lower risk of postop wound Infection อัตราการติดเชื้อต่ำ

Disadvantages ข้อเสีย

- Risk of transmitted disease from pooled/ single donor เสี่ยงต่อการติดเชื้อถ้าใช้ร่วมกัน
- Allergic reactions มีภาวะผื่นแพ้ทางผิวหนังได้
- Reported of anaphylaxis มีรายงานการแพ้รุนแรงเฉียบพลัน
- reaction to aprotinin in fibrin glue
- Cost ราคาสูง

๔. Glaucoma

ต้อหิน (Glaucoma) โรคของดวงตานิ่วหนึ่งเกิดจากความเสื่อมของเส้นประสาทตา หรือประสาทตาถูกทำลาย มีปัจจัยหลักมาจากการที่ความดันลูกตาส่งเกิดการกดทับขั้วประสาทตาจนทำลายประสาทตาจะมีผลทำให้สูญเสียลานสายตาเมื่อเป็นมาากๆ ก็สูญเสียการมองเห็นในที่สุดซึ่งเป็นการสูญเสียชนิดถาวร ไม่สามารถรักษาให้กลับคืนมามองเห็นได้

ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคต้อหิน

- อายุคนที่มียาอายุมากจะมีโอกาสเป็นต้อหินมากกว่าคนที่มียาอายุน้อย
- ความดันในลูกตา คนที่มีความดันในลูกตาส่งจะมีโอกาสเกิดโรคต้อหินได้มาก
- ประวัติครอบครัว หากมีสมาชิกภายในครอบครัว หรือบรรพบุรุษเป็นต้อหิน ก็จะมีโอกาสเป็นต้อหินมากขึ้น

- สายตาสั้นมากหรือยาวมาก พบว่าคนที่มียาสายตาสั้นมากๆ จะมีโอกาสเสี่ยงเป็นโรคต้อหินชนิดมุมเปิดมากกว่าคนปกติ และในคนที่สายตาวาวมากๆ โดยมีขนาดของลูกตาลีกลงกว่าปกติ ก็จะมีโอกาสเป็นต้อหินชนิดมุมปิด

- โรคเบาหวาน โรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง และความผิดปกติทางเลือดและเส้นเลือด ปัจจุบันมีหลักฐานชี้บ่งว่าความเข้มข้นของเลือดที่ผิดปกติอาจสัมพันธ์กับโรคต้อหิน

- ผู้ที่ใช้ยาสเตียรอยด์ติดต่อกันเป็นเวลานาน
- การได้รับอุบัติเหตุที่ลูกตามาก่อน และโรคตาบางชนิด
- Central corneal thickness (CCT) < ๕๕๐ microns
- เชื้อชาติ
- คนเอเชีย พบต้อหินมุมปิดในคนผิวขาวมากกว่า
- คนอาฟริกาผิวดำ พบต้อหินมุมเปิดมากกว่า
- คนญี่ปุ่น พบต้อหินมุมเปิดที่มีความดันลูกตาปกติ

ภาวะต้อหินเฉียบพลัน (Acute attack glaucoma)

- High IOP มีภาวะความดันในลูกตาสสูง
- Cloudy cornea กระจกตาขุ่น
- Conjunctival injection มีภาวะตาแดง
- Semidilate pupil ม่านตาขยาย
- Pupil not react to light ม่านตาไม่ตอบสนองต่อแสง

การแก้ไขภาวะต้อหินเฉียบพลัน (Management of acute glaucoma)

- เป็นภาวะฉุกเฉินทางตา
- ต้องการลดความดันในลูกตาให้ glycerine ๑gm/kg oral stat หรือ ๒๐% Mannitol IV drip in ๓๐ - ๔๕ min
- ๒% Pilocarpine หยอดทุก ๑๕ นาที จนม่านตาหด
- ให้อายลดบวม (Anti-inflammatory agents)
- ใช้เลเซอร์เปิดมุมม่านตาทั้งสองข้าง (Laser iridotomy of both eyes)

การใช้เลเซอร์รักษาต้อหิน (Laser treatment in glaucoma)

๑. Laser trabeculoplasty (ALT) เลเซอร์ใช้รักษาต้อหินมุมเปิดโดยใช้พลังงานแสงเลเซอร์สร้างรูทางเปิดเล็กๆ ที่มุมระบายของลูกตาช่วยระบายน้ำลดความดันลูกตา

๒. Selective Laser Trabeculoplasty (SLT) เลเซอร์สำหรับรักษาต้อหินมุมเปิดกรณีรักษาด้วยยาหยอดแล้วไม่ได้ผล

๓. Laser Peripheral Iridotomy for angle closure glaucoma เลเซอร์สำหรับเปิดมุมม่านตาในต้อหินมุมปิด

ข้อบ่งชี้สำหรับการผ่าตัดใส่ท่อระบายน้ำออกจากตา (Indications for GDD Implantation)

- การเจาะรูช่องระบายน้ำภายในลูกตาไม่ได้ผลในต้อหินมุมเปิด
- การสร้างเส้นเลือดผิดปกติในจอประสาทตา
- การเปลี่ยนกระจกตาจากภาวะต้อหิน
- จอประสาทตาลอกจากภาวะต้อหิน
- โรคความผิดปกติของม่านตา

- ภาวะต้อหินจากอุบัติเหตุ
- ภาวะต้อหินจากโรคม่านตาอักเสบ

๕. Update in Retinal surgery

๕.๑ Subretinal injection การฉีดยาใต้จอประสาทตาด้วยคอร์ติโคสเตียรอยด์

Corticosteroid in ophthalmology

- triamcinolone ไตรแอมซิโนโลน คุณสมบัติต้านการอักเสบ
- fluocinolone ฟลูโอซิโนโลน ลดอาการบวม อาการคันและรอยแดง
- dexamethasone เด็กซาเมทาโซน ป้องกันการหลังสารที่ทำให้เกิดการอักเสบในร่างกาย

๕.๒ Dex - Implant Indication

- จุตรีภาพชัดบวมจากโรคเบาหวาน (Diabetic Macular Edema:DME)
- จุตรีภาพชัดบวม จากการอุดตันของหลอดเลือดดำที่ > จอตา (Macular oedema following either branch retinal vein occlusion (BRVO) or central retinal vein occlusion (CRVO)
- โรคม่านตาอักเสบแบบไม่ติดเชื้อบริเวณส่วนหลังของลูกตา Non Infectious Posterior Segment Uveitis

๕.๓ Watch 'new in intravitreal injection

intravitreal injection เป็นการฉีดยาเข้าในช่องน้ำวุ้นตาโดยตรงเพื่อรักษาโรคของจอประสาทตา บางประเภท ได้แก่ จุตรีภาพชัดเสื่อมชนิดเปียกในผู้สูงอายุ ภาวะจอตาบวมเนื่องจากเบาหวานขึ้นจอประสาทตา หลอดเลือดดำที่จอประสาทตาอุดตัน ภาวะหลอดเลือดผิดปกติที่จอตา ภาวะติดเชื้อในลูกตาเป็นต้น เพื่อลดอาการตามัว มองภาพบิดเบี้ยวหรือมีจุดมืดในบางบริเวณของภาพและลดโอกาสสูญเสียสายตาของผู้ป่วย ปัจจุบันมียาที่ใช้ในการรักษาหลายชนิดขึ้นอยู่กับโรคของผู้ป่วยแต่ละราย ดังนี้

- ๒๐๐๔ Pegatanip Bevacizumab
- ๒๐๐๖ Ranibizumab
- ๒๐๐๙ DEX implant
- ๒๐๑๑ Aflibercept
- ๒๐๑๒ Ocriplasmin
- ๒๐๑๙ Brolocizumab
- ๒๐๒๒ Faricimab

๖. Update ๓ P Safety with Perioperative Nursing Role in new normal Situation

๖.๑. Update ๓ P Safety New Normal Situation ได้เข้าสู่มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ ๕ โดยมาตรฐานนั้น People คือ People ในโรงพยาบาลทั้งผู้ป่วยญาติที่เข้ามาในโรงพยาบาล โดยมีมาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัยมีทั้งหมด ๙ ข้อ ประกอบด้วย

- ๖.๑.๑. ผ่าตัดผิดคนผิดข้าง ผิดตำแหน่ง ผิดหัตถการ
- ๖.๑.๒. การติดเชื้อที่สำคัญตามบริบทขององค์กรในกลุ่ม SSI VAP CAUIT CABSII
- ๖.๑.๓. บุคลากรติดเชื้อจากการปฏิบัติหน้าที่
- ๖.๑.๔. การเกิด Medication Error และ Advance Drug Event
- ๖.๑.๕. การให้เลือดผิดคน ผิดหมู่ ผิดชนิด
- ๖.๑.๖. การระบุตัวผู้ป่วยผิดพลาด
- ๖.๑.๗. ความคลาดเคลื่อนในการวินิจฉัยโรค

๖.๑.๘. การรายงานผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ พยาธิวิทยาคลาดเคลื่อน

๖.๑.๙. การคัดกรองที่ห้องฉุกเฉินคลาดเคลื่อน

ซึ่งทั้งหมดเป็นเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่สามารถป้องกันได้ ทั้งนี้การขับเคลื่อนเรื่องความปลอดภัย ๓ P Safety เป็นเรื่องที่ไม่ใช่แค่การกำหนดมาตรฐาน หากแต่เป็นเรื่องที่ทุกฝ่ายต้องใช้ “หัวใจ” ในการปฏิบัติ จึงจะบรรลุเป้าหมาย ความปลอดภัยอย่างแท้จริง

๖.๒. Best Practice Sharing Experience Beyond New Normal Perioperative care in Covid 19 Patients แนวทางการปฏิบัติการใช้ห้องผ่าตัดในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัส โควิด 2019

- ทุกโรงพยาบาลเริ่มให้บริการผ่าตัดในผู้ป่วย Urgency และ elective case ตามลำดับโดยพิจารณาตามศักยภาพ

- การผ่าตัดรักษาต้องคำนึงถึงความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์

- โรงพยาบาลมีมาตรการป้องกันที่เหมาะสมไม่ใช่ทรัพยากรที่สิ้นเปลืองมากเกินไปจนจำเป็น

- การบริหารจัดการในโรงพยาบาลที่มีการผ่าตัดหลายสาขา การมีคณะกรรมการกลางในการกลั่นกรองและตัดสินใจในการดำเนินการโดยโรงพยาบาลที่สำรวจแล้วว่าไม่มีความพร้อมในการป้องกันกับบุคลากรได้อย่างเหมาะสม ไม่ควรจัดให้มีการทำผ่าตัดที่ไม่จำเป็นเร่งด่วน

๗. ความก้าวหน้าของพยาบาลห้องผ่าตัด

การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด เป็นบริการพยาบาลดูแลผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดและผู้ป่วยที่มารับการรักษาด้วย Invasive Procedure ต่างๆ ที่ต้องกระทำในห้องผ่าตัดให้การดูแลตั้งแต่ ระยะเวลาก่อนผ่าตัด ระหว่างผ่าตัด และหลังผ่าตัด โดยครอบคลุมถึงการประสานงานกับทีมพยาบาลวิสัญญีในการให้ยาระงับความรู้สึกเพื่อให้การผ่าตัดดำเนินไปได้ด้วยดี รวมทั้งประสานกับทีมพยาบาลในหอผู้ป่วยหรือหน่วยบริการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดอีกด้วย พยาบาลผ่าตัดนอกจากมีความรู้พื้นฐานทางการพยาบาลแล้ว ยังต้องมีความรู้เกี่ยวกับขั้นตอนและวิธีการผ่าตัด และมีความชำนาญเฉพาะทางด้านอุปกรณ์ หรือเครื่องมือพิเศษที่ได้รับการฝึกฝนพิเศษในการช่วยผ่าตัด เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดอย่างปลอดภัย ฉะนั้นพยาบาลห้องผ่าตัดจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ควรจะมีการพัฒนา และศึกษาหาความรู้เพิ่มเติมอยู่เสมอ ซึ่งโดยส่วนใหญ่แล้วการพัฒนาการปฏิบัติงานของพยาบาลห้องผ่าตัดนั้น มักจะอาศัยประสบการณ์ในการทำงานเป็นหลัก การชวนหาหาความรู้เพิ่มเติมจากแหล่งความรู้อื่นๆ เพียงเพื่อนำมาเป็นแนวทางเพิ่มเติมในการปฏิบัติงานเท่านั้น

๘. ภาวะเครียดและการจัดการความเครียดของพยาบาลห้องผ่าตัดในสถานการณ์ COVID 19

ความเครียดเกิดจากการปรับตัวใหม่ของบุคคลที่มีต่อการเปลี่ยนแปลง ไม่ว่าจะพอใจหรือไม่จึงนับได้ว่าความเครียดเป็นกระบวนการของชีวิตเป็นสิ่งที่บุคคลไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ เช่นเดียวกับสถานการณ์ปัจจุบันจากการระบาดของไวรัส COVID 19 ทำให้พยาบาลห้องผ่าตัดต้องมีการปรับตัวเป็นอย่างมาก จึงหลีกเลี่ยงไม่ได้ที่จะก่อให้เกิดภาวะเครียดในการปฏิบัติงานมากขึ้นในแต่ละวัน ดังนั้นหากต้องจัดการ กับความเครียดที่เกิดขึ้น ต้องเริ่มจากยอมรับปัญหาในการปฏิบัติงานที่เกิดขึ้นตามความเป็นจริงให้ได้ก่อนและพิจารณาปัญหาพยายามแก้ไข โดยใช้ประสบการณ์การทำงานที่ผ่านมา หรือปรึกษาหารือกับผู้ที่เรารู้สึกไว้วางใจ พยายามปรับตัวให้เข้ากับสถานการณ์ และฝึกการลดความเครียดด้วยวิธีการของแต่ละบุคคล

๒.๓ ประโยชน์ที่ได้รับ

๒.๓.๑ ต่อตนเอง ได้เพิ่มพูนความรู้ที่ทันสมัยเกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยฉุกเฉินในสถานการณ์ปกติและในช่วง COVID 19 ตลอดจนได้พัฒนาทักษะในการดูแลผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดได้อย่างมีประสิทธิภาพ

มีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการบริหารจัดการอย่างเหมาะสมในสถานการณ์ที่เร่งด่วนฉุกเฉิน ตลอดจนการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยออกจากห้องผ่าตัดได้อย่างมีประสิทธิภาพ

๒.๓.๒ ต่อหน่วยงาน บุคลากรในหน่วยงานมีความรู้ที่ทันสมัยเกี่ยวกับการพยาบาลจักษุ เพื่อให้เข้าช่วยแพทย์ผ่าตัดได้อย่างมีประสิทธิภาพ ลดความเสี่ยงหรือภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นและสามารถบริหารจัดการอย่างเหมาะสมในสถานการณ์เร่งด่วนฉุกเฉิน

๒.๓.๓ อื่น ๆ ได้แก่แนวคิดและประสบการณ์ในการปฏิบัติงานจากโรงพยาบาลต่างๆ ที่ได้ส่งสมาชิกเข้าร่วมประชุมในครั้งนี เช่น การทำผ่าตัดกรณีผู้ป่วยติดเชื้อ COVID 19 และการทำความสะอาดห้องผ่าตัดหลังทำหัตถการ หัตถการที่มีความยุ่งยาก ซับซ้อนที่ยังไม่เคยทำในโรงพยาบาลหลวงพ่อดำอีกด้วย จากความพร้อมของเครื่องมือและบุคลากร

ส่วนที่ ๓ ปัญหาและอุปสรรค

๓.๑ การปรับปรุง หัตถการที่มีความยุ่งยากซับซ้อน ที่ยังไม่เคยทำ ต้องใช้ระยะเวลาในการเรียนรู้

๓.๒ การพัฒนา ควรจัด Work shop เพื่อแนะนำทักษะและการใช้เครื่องมือเนื่องจากบางหัตถการโรงพยาบาลเล็กยังไม่เคยทำ

ส่วนที่ ๔ ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะ

- พยาบาลควรมีความรู้ ความเข้าใจอย่างถูกต้องและมีการสั่งสมประสบการณ์เกี่ยวกับการเข้าช่วยแพทย์ผ่าตัดได้ในทุกหัตถการ

- ควรมีการจัดส่งบุคลากรเข้าฟื้นฟูความรู้อย่างสม่ำเสมอเพื่อ Update ประสบการณ์และเพิ่มพูนทักษะจากเพื่อนต่างสถาบัน

ลงชื่อ.....ผู้รายงาน
(นางสาวประนัสดา ชานุสิทธิ์)
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

ลงชื่อ.....หัวหน้าฝ่าย/หัวหน้ากลุ่มงาน
(นางสาววิไล เตียรบรรพต)
หัวหน้าพยาบาล
โรงพยาบาลหลวงพ่อดำ ๒๕๖๕

ส่วนที่ ๕ ความคิดเห็นของผู้บังคับบัญชา

ผู้บังคับบัญชา ลงนาม ๑๓/๕/๒๕๖๕
ในพินิจสภาฯ โรงพยาบาลหลวงพ่อดำ ๒๕๖๕

ลงชื่อ.....หัวหน้าส่วนราชการ
(นายอดิศร วิตตางกูร)
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลหลวงพ่อดำ ๒๕๖๕

รายงานการประชุมวิชาการฟื้นฟูความรู้ทางการพยาบาลห้องผ่าตัด ประจำปี ๒๕๖๕
ระหว่างวันที่ ๘ - ๙ กันยายน ๒๕๖๕ ของข้าราชการราย นางสาวประนัสดา ชานุสิทธิ์
ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลหลวงพ่อดำ ๓๓๓ ชูติณโร อุทิศ

<https://shorturl.asia/OYZw7>

