



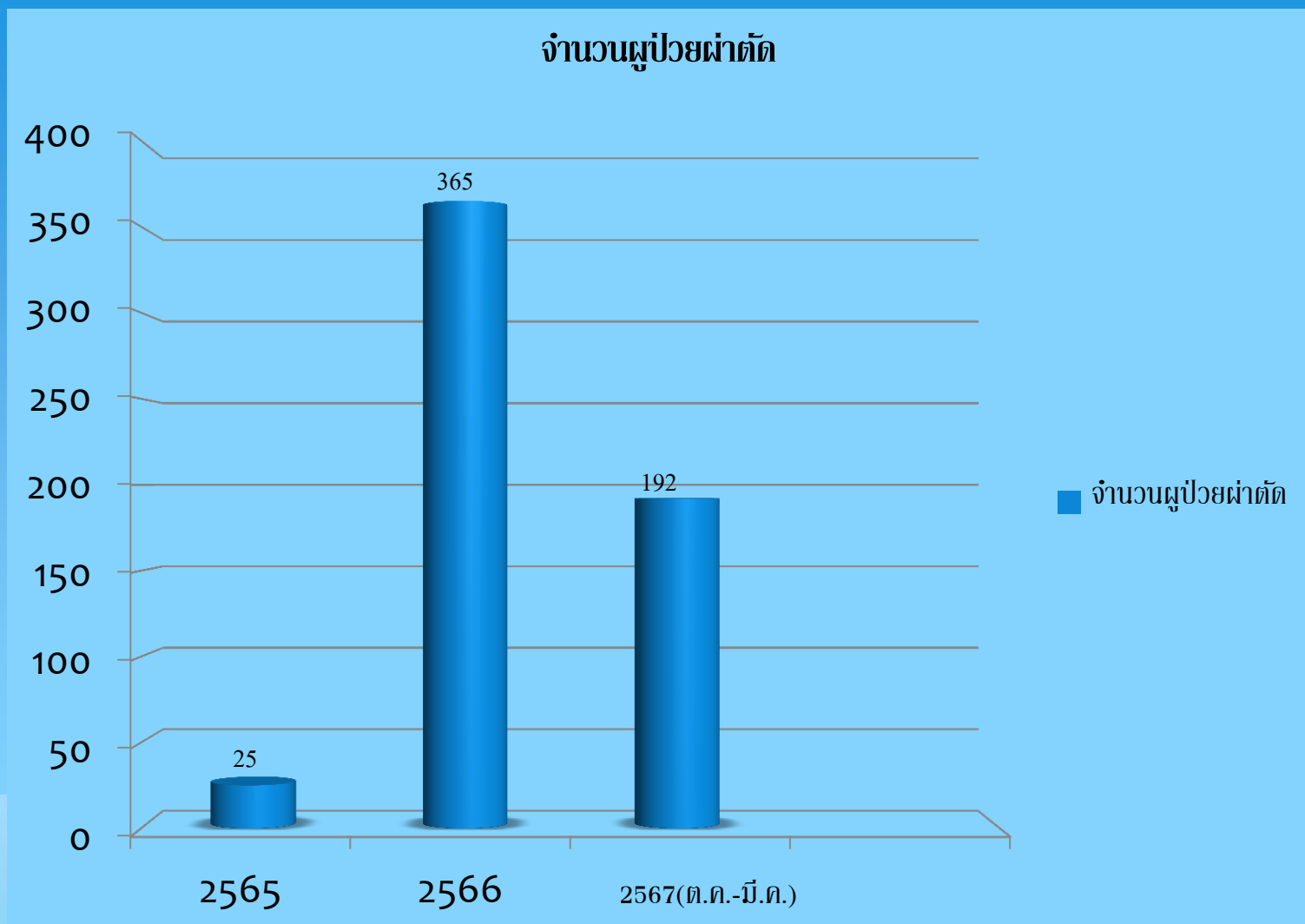
ผลงานห้องผ่าตัด

และวิสัญญี

ประจำปี 2567

(ต.ค.-มี.ค.)

จำนวนผู้ป่วยผ่าตัดย้อนหลัง 3 ปี



ประเภทของการผ่าตัด

การผ่าตัด	2565	2566	2567
ผ่าตัดใหญ่	1	15	3
ผ่าตัดเล็ก	24	350	189
รวม	25	365	192

สาขาของการผ่าตัด	2565	2566	2567(ต.ถ.-มี.ถ.)
ศัลยกรรมทั่วไป	24	253	113
ศัลยกรรมกระดูก	0	0	2
จักษุ	0	97	74
สูติกรรม	1	15	3
รวม	23	365	192

TOP 5 ของการผ่าตัด

อันดับ	2565	2566	2567(ต.ค.-มี.ค.)
1	Excision 8	Colonoscopy 99	ลอกท่อกระຈก 74
2	Off Norplant 7	ลอกท่อกระຈก 93	Excision 48
3	DB 6	Excision 72	Colonoscopy 27
4	TR,I&D,จ ^๒ 1	DB 31	DB 15
5		Off Norplant 27	Off Norplant 11

การระงับความรู้สึกล

ชนิดของการ ระงับความรู้สึกล	2565	2566	2567(ต.ค.-มี.ค.)
IVA	10	119	36
LA	22	249	160
LA with MAC	0	2	2
รวม	32	370	198

IVA รวมนอกสถานที่ : OPD

ตัวชี้วัดผลงานห้องผ่าตัดและวิสัญญี

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2565	2566	2567(ต.ค.-มี.ค.)
1. อัตราการติดเชื้อที่แผลผ่าตัดสะอาด	0.5%	0	0	0
2. จำนวนอุบัติการณ์ผ่าตัดผิดคน/ผิดข้าง/ผิดตำแหน่ง/ผิดหัตถการ	0 ราย	0	0	0
3. อัตราการทำ Mark site ในผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัด	100%	86.67%	95.92%	100%
4. อัตราการตรวจสอบความถูกต้องตาม Surgical Safety Checklist	100%	100%	100%	100%
5. จำนวนอุบัติการณ์มีสิ่งตกค้างในร่างกายผู้ป่วยจากการผ่าตัด	0 ราย	0	0	0
6. อุบัติการณ์ผู้ป่วยบาดเจ็บจากการผ่าตัด/เคลื่อนย้าย/จัดท่า	<2%	0	0	0
7. จำนวนการเสียชีวิตในห้องผ่าตัดหรือภายใน 48 ชม. หลังผ่าตัด	0 ราย	0	0	0
8. อัตราความพึงพอใจของผู้ป่วย	≥80%	98.83%	95.53%	92.87%
9. ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการเยี่ยมก่อนและหลังผ่าตัด	≥80%	100%	100%	100%

ตัวชี้วัดผลงานห้องผ่าตัดและวิสัญญี

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2565	2566	2567(ต.ค.-มี.ค.)
8.จำนวนครั้งของการให้ยาระงับความรู้สึกชนิด	0 ครั้ง	0	0	0
9. จำนวนครั้งของการประเมิน ASA classification ต่ำกว่าความเป็นจริง	0 ครั้ง	0	0	0
10.อัตราความสมบูรณ์ของเวชระเบียน	100%	98.65%	100%	100%

แนวทางการระบุตำแหน่งที่จะทำหัตถ์ (Mark site) โรคมะเร็งบ่อทวาร

1. ระบุข้างที่จะทำหัตถ์ให้ชัดเจนในใบ ๒๐๐ คำศัพท์ข้อ ๖
2. ทำ 3.5x๓.๕ cm บริเวณที่จะทำหัตถ์ หักคางที่จะใช้ทำให้เอวหรือข้อมือด้านข้างแล้ววาง, เอวหรือข้อมือของส่วนบน นิ้วมือ นิ้วเท้า
3. ซ้อมกัน
 - 3.1 อธิบายข้อมือของแขนง เช่น ใต้คาง
 - 3.2 อธิบายข้อมือ 2 ข้าง แต่ทำการหัตถ์ข้อ 2 ข้าง ในการหัตถ์อวัยวะอื่น เช่น การหัตถ์ที่ข้อมือหน้าอก
 - 3.3 ตำแหน่งหัตถ์มีรอยโรคหรือชัดเจน เช่น Cloacal wound, Abscess, Ganglionocystic
 - 3.4 การส่งของเครื่องใช้ทางการแพทย์ ส่งของสิ่งสำคัญ
 - 3.5 ผู้ป่วยไม่ยินยอม ให้ทำ 3.5x๓.๕ cm (ให้ระบุเหตุผลในประวัติผู้ป่วย)
 - 3.6 แพทย์ผู้ทำหัตถ์ไม่ยินยอม ให้ทำ 3.5x๓.๕ cm (ให้ระบุเหตุผลในประวัติผู้ป่วย)

ข้อมูลก

กำหนดให้ทำข้อมูลกตามขั้นตอนที่กำหนดตำแหน่งที่จะทำหัตถ์อย่างชัดเจน โดยกำหนด ส่วนหัวของข้อมูลกผู้ป่วยตรงทำให้ข้อมูลกผู้ป่วยที่ข้อมูลกที่มีรอยโรค (Amoxicillin และ Amoxicillin) มีข้อมูลกดังนี้

ขนาดข้อมูลกที่เหมาะสมกับขนาดข้อมูลกของลูก

1. ให้ข้อมูลกผู้ป่วยและญาติผู้ปกครอง (กรณีผู้ป่วยเล็ก) ให้ข้อมูลก
 - 2.1 ข้อมูลกหรือญาติผู้ปกครอง (กรณีผู้ป่วยเล็ก) ให้ข้อมูลก
 - 2.2 Investigation Film / CT
 - 2.3 OPD card / ประวัติผู้ป่วย
 - 2.4 ฉ่ารังสีการวินิจฉัยของแพทย์
3. การระบุตำแหน่งที่จะทำหัตถ์โดยทำหัตถ์ผู้ป่วย หรือจุดจุดหรือแผนกผู้ป่วยนอก และให้ผู้ป่วย / ญาติมีส่วนร่วม

4. ใช้ปากกา Permanent สีดำหรือสีน้ำเงิน เขียนเป็นรูปกากบาท (X) ขนาดกว้าง/ยาว ๑.๕ - ๒ นิ้ว ทำจากขอบคิ้วหรือข้อมือทำหัตถ์ ๑-๒ ซม.



หมายเหตุ

1. การให้ข้อมูลกผู้ป่วย ควรทำข้อมูลกก่อนกับขนาดข้อมูลกของข้อมูลกผู้ป่วยไปและข้อมูลกของข้อมูลก
2. ใช้ 3.5x๓.๕ cm ขนาด 1 นิ้วโดยบริเวณเอวหรือข้อมือข้างที่จะทำหัตถ์ คือ ข้อมูลกบริเวณข้อมูลกข้อมือ ขวามือ ขวามือ
 - กรณีทำหัตถ์ข้อ 2 ข้าง ให้ 3.5x๓.๕ cm ข้อ 2 ข้าง



*** กรณีไม่ปฏิบัติตามแนวทาง**

1. ห้องทำหัตถ์ ไม่รับ ๒๐๐ คำหัตถ์
2. กรณีผู้ป่วยไม่ยินยอมที่จะทำหัตถ์แล้วรับจำไม่มีการทำ 3.5x๓.๕ cm มีพื้นที่ที่จะทำหัตถ์ชัดเจนตามแนวทางข้อมูลกผู้ป่วยที่ข้อมูลกผู้ป่วยทำหัตถ์ 3.5x๓.๕ cm ให้ชัดเจน ก่อนการทำหัตถ์
3. เขียนใบข้อมูลกการแจ้งข้อคิดคำนึงเป็นเอกสาร

SURGICAL SAFETY CHECKLIST

โรงพยาบาลบ่อพลอย

ก่อนการระับความรู้สึกล ก่อนลงมีดผ่าตัด ก่อนออกจากรองผ่าตัด

ก่อนการระับความรู้สึกล → ก่อนลงมีดผ่าตัด → ก่อนออกจากรองผ่าตัด

Sign in	Time out	Sign out
ทบทางเดินเกี่ยวกับผู้ป่วยเวลา..... <input type="checkbox"/> ยืนยันชื่อ-นามสกุล อายุ <input type="checkbox"/> ตำแหน่งที่จะผ่าตัด <input type="checkbox"/> การผ่าตัด <input type="checkbox"/> การเซ็น ใบยินยอม มีการ Mark site (ถ้าทำไม่ได้) <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ต้องการ อุปกรณ์ดมยา และยาได้รับการ ตรวจสอบพร้อมใช้ <input type="checkbox"/> พร้อม <input type="checkbox"/> ไม่พร้อม..... มี Pulse oximeter ติดไว้ผู้ป่วยและใช้ การได้ <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี ผู้ป่วยมีการเพียร สารเคมี และอื่นๆ <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ ประวัติการใส่ท่อช่วยหายใจลำบาก <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ มีโอกาสสูญเสียเลือดมากกว่า 500 ml ในผู้ป่วยผู้ใหญ่ หรือ 7 ml/kg ในผู้ป่วย เด็ก <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มีการวางแผนการให้สารน้ำ เลือด	<input type="checkbox"/> ทีมผ่าตัดขานชื่อตนเองและ นบทบาท <input type="checkbox"/> ศัลยแพทย์วิสัญญีพยาบาล/ พยาบาลห้องผ่าตัดขานยืนยัน เกี่ยวกับ HN ชื่อ-นามสกุล อายุ การผ่าตัด ตำแหน่งผ่าตัด การ สาครการณ์การผ่าตัดที่สำคัญ ความเห็นของแพทย์ในเรื่อง Implant เครื่องมือพิเศษอื่นคอนส่าคัญ เหตุการณ์ ไม่คาดคิด การสูญเสียเลือด ระยะเวลา การผ่าตัด <input type="checkbox"/> ทำ <input type="checkbox"/> ไม่ทำ เพราะ..... ความเห็นของทีมวิสัญญี-สิ่งสำคัญที่ ต้องกังวลเกี่ยวกับผู้ป่วย <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี..... ความเห็นของทีมพยาบาล:ยืนยันการ Sterility (รวมถึง Indicator) ในอุทหาของ อุปกรณ์ผ่าตัดและข้อกังวลอื่นๆ <input type="checkbox"/> พร้อมใช้ <input type="checkbox"/> ไม่พร้อมใช้ การได้รับยาปฏิชีวนะ Antibiotic prophylaxis ภายใน 60 นาที <input type="checkbox"/> ยังไม่ได้รับ <input type="checkbox"/> ได้รับ..... ความพร้อมของยาหลังสี <input type="checkbox"/> พร้อม <input type="checkbox"/> ไม่พร้อม <input type="checkbox"/> ไม่ใช้	.สิ่งที่พยาบาลต้องขานยืนยันกับทีมผ่าตัด จำนวนเครื่องมือ <input type="checkbox"/> ครบ <input type="checkbox"/> ไม่ครบ..... หัวเข็มเลือด <input type="checkbox"/> ครบ <input type="checkbox"/> ไม่ครบ เข็มเย็บแผลของมีด <input type="checkbox"/> ครบ <input type="checkbox"/> ไม่ครบ ชนิดของสิ่งส่งตรวจ(ระบุชนิดและชื่อ ผู้ป่วยบนฉลาก) <input type="checkbox"/> มี จำนวน.....ชิ้น <input type="checkbox"/> ไม่มีสิ่งส่งตรวจ สิ่งผิดปกติของอุปกรณ์การผ่าตัดที่มี ปัญหาระหว่างกรผ่าตัด <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี ระบุ.....

ชื่อ-นามสกุล.....
 น. น.
 ผู้บันทึก..... พยาบาลวิสัญญี / วันที่ผ่าตัด.....
 Operation.....

แบบบันทึกการประเมินระดับความปวดหลังผ่าตัด ห้องฟักฟื้น โรงพยาบาลบ่อพลอย

ชื่อผู้ป่วย..... อายุ..... ปี ASA CLASS 1 2 3 4 E
 Post-Op.Dx..... Operation..... T2

สัญญาณชีพ	วันที่	
	เวลา	
BP	120	120
V	38	38
A	36	36
Pulse	34	34
	32	32
Respiration	18	18
การประเมินระดับ ความปวด NRS 0-10 Sedative Score (X)	10	10
อัตราการช่วยเหลือ (/)		
1. สายให้ออกซิเจน	/	/
2. สายดูด	/	/
3. การใส่ท่อ	/	/
4. เครื่องวัด	/	/
5. สายบันทึกการตรวจทาง - Morphine - Distress	/	/
อื่นๆ.....		
ภาวะแทรกซ้อนจากการบริหารยาบรรเทาปวด (/)		
1. คลื่นไส้/อาเจียน		
2. ท้องเสีย		
3. อื่นๆ.....		
อื่นที่ผู้ป่วยมี		

Anest.note.....
 Sign: [Signature] AN

ปัญหา/อุปสรรคและแนวทางแก้ไข

ปัญหา/อุปสรรค	แนวทางแก้ไข
<p>1. โครงสร้างห้องผ่าตัด</p> <p>1.1 Negative Pressure</p> <p>1.2 พัดลมดูดอากาศติดฝัดที่</p> <p>1.3 เครื่องปรับอากาศเสียงดังมากและอุณหภูมิไม่สม่ำเสมอ(ร้อน)</p> <p>1.4 ไม่มีระบบดูดแก๊สทิ้ง</p> <p>1.5 ค่าฝุ่นเกินมาตรฐาน</p>	<p>ได้งบประมาณจากปตท.สผ.อยู่ระหว่างดำเนินการ</p> <p>- ปรับปรุงระบบดูด –จ่ายอากาศ และเปลี่ยน HEPA filter</p> <p>- ย้ายพัดลมระบายอากาศมาอยู่เหนือพื้นห้อง</p> <p>- ย้าย compressure Air ไปไว้ที่ระเบียงตึก</p> <p>- ติดตั้งระบบดูดแก๊สทิ้ง</p> <p><u>ความคืบหน้า</u> : มี AHU และคอยล์เย็นมาแล้ว</p>
<p>2. Colonoscope</p>	<p>1. แผนส่งอบรมเฉพาะทาง</p> <p>2. ปัญหาสถานที่ทำความสะอาดกล้อง, ขาดอ่างแช่/ล้าง , Printer ลี</p>
<p>3. บุคลากร : หัวหน้าทำงานหลาย Job</p>	

ขอบคุณครับ

