



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ ศูนย์บริหารยุทธศาสตร์ รพ.รร.๖

โทร.๙๓๔๓๙

ที่ กท ๐๔๔๖.๑๖/๒๗๓

วันที่ ๑๗

ส.ค. ๖๓

เรื่อง ขอแก้ไขและปรับปรุงวิธีปฏิบัติ PMK-WOR-035

เรียน ผอ.รพ.รร.๖ (ผ่าน รอง ผอ.รพ.รร.๖ (๑))

สิ่งที่ส่งมาด้วย - หนังสือ กวญ.รพ.รร.๖ ที่ กท ๐๔๔๖.๑๖/๗๕๕ ลง ๔ ส.ค.๖๓ จำนวน ๑ ชุด

๑. ตามที่คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพงานบริการพยาบาลห้องผ่าตัด/วิสัญญี/ห้องคลอด รพ.รร.๖ และผู้เกี่ยวข้องได้ดำเนินการแก้ไขและปรับปรุงวิธีปฏิบัติ PMK-WOR-035 เรื่อง แนวทางปฏิบัติการป้องกันอุปกรณ์หรือสิ่งตกค้างในร่างกายผู้ป่วย (ฉบับแก้ไขครั้งที่ ๔) เพื่อให้การบริการผู้ป่วยในห้องผ่าตัดมีคุณภาพและความปลอดภัย โดยได้รับอนุมัติจาก ผอ.กวญ.รพ.รร.๖ แล้วนั้น (รายละเอียดตามสิ่งที่ส่งมาด้วย)

๒. ศูนย์บริหารยุทธศาสตร์ รพ.รร.๖ พิจารณาแล้วเห็นควรดังนี้

๒.๑ แจ้งทุกห้องผ่าตัด รพ.รร.๖ เพื่อทราบและถือปฏิบัติโดยเคร่งครัด

๒.๒ แจ้ง นขต.รพ.รร.๖ ทาง e-office เพื่อทราบและดำเนินการในส่วนที่เกี่ยวข้อง

๒.๓ นำเรียน รอง ผอ.รพ.รร.๖ (๒), ทน.สง.ผบช.รพ.รร.๖ เพื่อกรุณาทราบ

จึงเรียนมาเพื่อกรุณาพิจารณา หากเห็นสมควรกรุณาอนุมัติในข้อ ๒.

พ.อ.

(วิภู กำเนิดดี)

หน.ศูนย์บริหารยุทธศาสตร์ รพ.รร.๖

อนุมัติ

พล.ต.

(สุพิชัย เมฆะสุวรรณดิษฐ์)

ผอ.รพ.รร.๖

ส.ค. ๖๓

เรียน ผอ.รพ.รร.๖

เพื่อกรุณาพิจารณาอนุมัติในข้อ ๒

พ.อ.หญิง

(ปริญนันท์ จารุจินดา)

รอง ผอ.รพ.รร.๖ (๑)

ส.ค. ๖๓

สำเนาถูกต้อง

เสนอ.....

ร.ท.หญิง

(สมบัติ รุทานนท์)

นายทหารพยาบาล ศูนย์บริหารยุทธศาสตร์ รพ.รร.๖

ส.ค. ๖๓



บันทึกข้อความ

ศูนย์บริหารยุทธศาสตร์ ร.พ.ร.๖
รับที่ 120
วันที่ 4 ธ.ค. 63
เวลา 10.00 น.

ส่วนราชการ กวญ.รพ.ร.๖ (บก.กวญ.รพ.ร.๖ โทร. ๙๓๑๔๑)

ที่ กท ๐๔๔๖.๑๖/ พ๒๕ วันที่ ๔ ส.ค.๖๓

เรื่อง ขอแก้ไขและปรับปรุงวิธีปฏิบัติ PMK - WOR - 035

เรียน ผอ.รพ.ร.๖ (ผ่าน ศูนย์บริหารยุทธศาสตร์ รพ.ร.๖)

สิ่งที่ส่งมาด้วย -แนวทางปฏิบัติPMK-WOR-035 จำนวน ๑ ชุด
-ไฟล์ PMK-WOR-035 จำนวน ๑ แผ่น

๑. ตามที่คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพงานบริการพยาบาลห้องผ่าตัด/วิสัญญี/ห้องคลอด รพ.ร.๖ และผู้เกี่ยวข้องได้ดำเนินการแก้ไขปรับปรุงวิธีปฏิบัติ PMK-WOR- 035 ทั้งนี้เพื่อให้การบริการผู้ป่วยในห้องผ่าตัดมีความปลอดภัยและมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล จึงขออนุมัติแก้ไขปรับปรุงวิธีปฏิบัติ PMK-WOR-035 แนวทางปฏิบัติการป้องกันอุปกรณ์หรือสิ่งตกค้างในร่างกายผู้ป่วย รายละเอียดตามสิ่งที่ส่งมาด้วย

๒. ข้อเสนอ เห็นควรดำเนินการดังนี้

๒.๑ แจกทุกห้องผ่าตัด รพ.ร.๖ ทราบและถือปฏิบัติโดยเคร่งครัด

๒.๒ แจก นขต.รพ.ร.๖ ทราบทาง e-office เพื่อดำเนินการในส่วนที่เกี่ยวข้อง
จึงเรียนมาเพื่อกรุณาพิจารณาดำเนินการต่อไป

พ.อ.

(นพดล ชื่นศิริเกษม)

ผอ.กวญ.รพ.ร.๖



โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

หน่วย : แผนกพยาบาลห้องผ่าตัด รพ.ร.ร.6

วิธีปฏิบัติที่ : PMK-WOR-035

หน้า : 1 / 7

แก้ไขครั้งที่:4 กรกฎาคม พ.ศ.2563

วันที่เริ่มใช้:พ.ศ. 2543

เรื่อง : แนวทางปฏิบัติการป้องกันอุปกรณ์หรือสิ่งตกค้างในร่างกายผู้ป่วย

ผู้ทบทวน : คณะกรรมการห้องผ่าตัด.รพ.ร.ร.6

ผู้จัดทำ : คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพงานบริการพยาบาลห้องผ่าตัด/วิสัญญี/ห้องคลอด

ผู้อนุมัติ : ผอ.กวญ.รพ.ร.ร.6

วัตถุประสงค์

เพื่อให้ผู้รับบริการมีความปลอดภัย โดยไม่พบอุปกรณ์หรือสิ่งตกค้างในร่างกาย

ขอบเขต

ใช้เป็นแนวทางปฏิบัติการป้องกันอุปกรณ์หรือสิ่งตกค้างในร่างกายผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดในห้องผ่าตัด รพ.ร.ร.6

คำจำกัดความ

ห้องผ่าตัด หมายถึง สถานที่ให้บริการรักษาพยาบาลผู้ป่วยที่ต้องรักษาด้วยวิธีผ่าตัดและตรวจพิเศษ

อุปกรณ์หรือสิ่งตกค้าง หมายถึง ผ้าซับโลหิต สิ่งของมีคมและเครื่องมือซึ่งในห้องผ่าตัดจะมีการนับจำนวนและขึ้นส่วน เพื่อป้องกันมิให้เกิดการตกค้างในร่างกายผู้ป่วย การนับกระทำทุกหัตถการ โดยเฝ้าระวังเพิ่มขึ้นในกลุ่มเสี่ยงที่จะเกิดปัญหาการตกค้างของผ้าซับโลหิต สิ่งของมีคมและเครื่องมือ ลงบันทึกเมื่อเริ่มและสิ้นสุดการผ่าตัดทุกครั้ง โดยต้องรายงานให้ศัลยแพทย์รับทราบจำนวนของผ้าซับโลหิต สิ่งของมีคมและเครื่องมือว่าครบหรือไม่ครบทุกครั้ง

ผ้าซับโลหิต หมายถึง ผ้าที่ใช้ในการผ่าตัด เช่น Large swab, Medium swab, Stick sponge, Gauze 4x4, 2x2, 2x8, Cottonoid, Kitner

สิ่งของมีคม หมายถึง ใบมีดผ่าตัด รวมถึงเข็มฉีดยาและเข็มเย็บต่างๆ

เครื่องมือ หมายถึง เครื่องมือและชิ้นส่วนทุกชนิด รวมทั้งเวชภัณฑ์พิเศษที่ใช้ในการผ่าตัด เช่น คีมจับเส้นเลือด, vascular sling, ด้ามมีด, เครื่องมือสำหรับดึงหรือถ่าง เป็นต้น

กลุ่มเสี่ยงที่มีโอกาสเกิดปัญหาการตกค้างของผ้าซับโลหิต สิ่งของมีคมและเครื่องมือในร่างกายผู้ป่วย ซึ่งจะขอใช้คำว่า “กลุ่มเสี่ยงฯ” ให้เฝ้าระวังเพิ่มมากขึ้น ได้แก่

- 1) ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดบริเวณที่มีช่อง/โพรงลึก (Body cavity)
- 2) ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดระยะเวลามากกว่า 6 ชั่วโมง
- 3) ผู้ป่วยที่มีโอกาสเสี่ยงที่จะเกิด severe bleeding, GI contamination เช่น bowel perforation
- 4) ผู้ป่วยที่มีแพทย์หลายสาขาเข้าร่วมผ่าตัด
- 5) ผู้ป่วยที่เข้าผ่าตัด Explore laparotomy, Thoracotomy หรือมีน้ำหนักเกินหรือโรคอ้วนมาก (morbid obesity)

6) ผู้ป่วยที่นอกเหนือจากข้อ 1 - 5 แต่เป็นผู้ป่วยที่ศัลยแพทย์ได้ตั้งใจทำการ pack swab ไว้ในการผ่าตัดครั้งก่อนหน้า เช่น ผู้ป่วยที่มีการตกเลือด



โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

หน่วย : แผนกพยาบาลห้องผ่าตัด รพ.ร.ร.6

วิธีปฏิบัติที่ : PMK-WOR-035

หน้า : 2 / 7

แก้ไขครั้งที่:4 กรกฎาคม พ.ศ.2563

วันที่เริ่มใช้:พ.ศ. 2543

เรื่อง : แนวทางปฏิบัติการป้องกันอุปกรณ์หรือสิ่งตกค้างในร่างกายผู้ป่วย	ผู้ทบทวน : คณะกรรมการห้องผ่าตัด.รพ.ร.ร.6
ผู้จัดทำ : คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพงานบริการพยาบาลห้องผ่าตัด/วิสัญญี/ห้องคลอด	ผู้อนุมัติ : ผอ.กฤษฎ.รพ.ร.ร.6

หน้าที่ความรับผิดชอบ

ศัลยแพทย์ พยาบาลส่งเครื่องมือผ่าตัด(Scrub nurse) และพยาบาลช่วยรอบนอก (Circulating nurse)

อุปกรณ์และเครื่องมือ

- 1) ผ้ายาง
- 2) คีมสำหรับจับนับผ้าซับโลหิต
- 3) White board พร้อมปากกาสำหรับ White board
- 4) Perioperative nursing record
- 5) Magnetic pad
- 6) Instrument set card

ขั้นตอนการปฏิบัติ(ตามภาคผนวก ก)

1. ก่อนเริ่มผ่าตัด :ศัลยแพทย์และทีมห้องผ่าตัด พิจารณาว่าผู้ป่วยอยู่ในกลุ่มเสี่ยงหรือไม่ และมีการสื่อสารเรื่องผ้าซับโลหิต สิ่งของมีคมและเครื่องมือ โดยมีขั้นตอนปฏิบัติดังนี้
 - 1.1scrub nurse แยกชนิดและประเภทผ้าซับโลหิต สิ่งของมีคมและเครื่องมือ
 - 1.2circulating nurse และ scrub nurse ตรวจสอบและนับผ้าซับโลหิต สิ่งของมีคมและเครื่องมือพร้อมกันด้วยเสียงที่ได้ยินชัดเจนระบุชื่อ/ ชนิด และจำนวนของผ้าซับโลหิต สิ่งของมีคมและเครื่องมือที่นับอย่างน้อย 2 ครั้ง
 - 1.3 circulating nurse ลงบันทึกในใบ Perioperative nursing record และ White board พร้อมลงชื่อกำกับ
2. ระหว่างผ่าตัด :มีขั้นตอนปฏิบัติดังนี้
 - 2.1 ผ้าซับโลหิต สิ่งของมีคมและเครื่องมือที่มีการเปิดเพิ่มจะต้องตรวจสอบและนับร่วมกันระหว่าง circulating nurse และ scrub nurse ด้วยเสียงที่ได้ยินชัดเจน มีการระบุชื่อ/ ชนิด และจำนวนของผ้าซับโลหิตอย่างน้อย 2 ครั้งและบันทึกลงในใบ Perioperative nursing record และ White board พร้อมลงชื่อกำกับ
 - 2.2 ผ้าซับโลหิตที่มีการ packing ใน operation field ศัลยแพทย์ต้องสื่อสาร/ บอกกล่าวแก่ scrub nurse และcirculating nurse ทั้งชนิดและจำนวนของผ้าซับโลหิต และตำแหน่งที่ packingโดยเฉพาะผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง ให้ circulating nurse จดบันทึกบน White board ทุกครั้ง และเมื่อศัลยแพทย์ได้นำผ้าซับโลหิตออกจากตำแหน่งที่ packing ไว้ให้ศัลยแพทย์แจ้งแก่ scrub nurse และ circulating nurse ด้วยทุกครั้ง

หมายเหตุ : scrub nurse และ circulating nurse ต้องนับผ้าซับโลหิตที่ออกจากตำแหน่งที่ packing พร้อมกัน ด้วยเสียงที่ได้ยินชัดเจน ระบุชื่อ/ ชนิด และจำนวนของผ้าซับโลหิต อีกครั้ง

 - 2.3 เข็มเย็บที่ใช้แล้วให้ scrub nurse วางเรียงบน Magnetic pad หรือภาชนะที่เหมาะสม ง่ายต่อการมองเห็น และตรวจนับ
 - 2.4 ระหว่างการผ่าตัดห้ามนำผ้าซับโลหิตสิ่งของมีคมและเครื่องมือ รวมทั้งถังขยะและถังทิ้งผ้าออกจากห้องผ่าตัด



โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

หน้า : 3 / 7

หน่วย : แผนกพยาบาลห้องผ่าตัด รพ.รร.6

แก้ไขครั้งที่:4 กรกฎาคม พ.ศ.2563

วิธีปฏิบัติที่ : PMK-WOR-035

วันที่เริ่มใช้:พ.ศ. 2543

เรื่อง : แนวทางปฏิบัติการป้องกันอุปกรณ์หรือสิ่งตกค้างในร่างกายผู้ป่วย

ผู้ทบทวน : คณะกรรมการห้องผ่าตัด.รพ.รร.6

ผู้จัดทำ : คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพงานบริการพยาบาลห้องผ่าตัด/วิสัญญี/ห้องคลอด

ผู้อนุมัติ : ผอ.กฤษฎ.รพ.รร.6

3. ก่อนเย็บปิดแผล :ก่อนศัลยแพทย์เริ่มเย็บปิดแผลผ่าตัด ต้องมีการตรวจสอบจำนวนของผ้าซับโลहित สิ่งของมีคมและเครื่องมือ โดย scrub nurse และ circulating nurse ตรวจสอบและนับผ้าซับโลहित สิ่งของมีคมและเครื่องมือพร้อมกันด้วยเสียงที่ได้ยินชัดเจนระบุชื่อ/ ชนิด และจำนวนของผ้าซับโลहित สิ่งของมีคมและเครื่องมือให้ทีมผ่าตัดรับทราบอย่างน้อย 2 ครั้ง โดยมีขั้นตอนปฏิบัติดังนี้

3.1 scrub nurse และ circulating nurse เตรียมผ้าซับโลहित สิ่งของมีคมและเครื่องมือ สำหรับการตรวจนับ

3.2 scrub nurse และ circulating nurse ตรวจนับพร้อมกัน ด้วยเสียงที่ได้ยินชัดเจนโดยเริ่มนับจากบริเวณที่ทำผ่าตัด ไปยัง mayo tray, Instrument table และถังขยะที่ทิ้งผ้าซับโลहित ตามลำดับ

3.3 จำนวนที่นับทุกครั้งจะต้องตรงกับจำนวนที่นับครั้งแรกในขั้นตอนก่อนเริ่มผ่าตัดรวมกับจำนวนที่นับเพิ่มในระหว่างผ่าตัด จากนั้น scrub nurse แจ้งให้ศัลยแพทย์รับทราบศัลยแพทย์และcirculating nurse ลงนามในใบ surgical safety checklist

3.4 circulating nurse ลงบันทึกจำนวนผ้าซับโลहित สิ่งของมีคมและเครื่องมือในใบ Perioperative nursing record พร้อมลงชื่อกำกับทุกครั้งของการตรวจนับ

หมายเหตุ :-ปฏิบัติตามขั้นตอนที่ 3.1 – 3.4 รวมมีการตรวจนับอย่างน้อย 3 ครั้งจนการเย็บปิดแผลผ่าตัดเสร็จเรียบร้อย

-กรณีผู้ป่วยทำการผ่าตัดที่มี cavity in cavity จะต้องมี การนับก่อนเย็บปิดแต่ละ cavity

ขั้นตอนปฏิบัติ : กรณีนับสิ่งอุปกรณ์ไม่ครบ ให้ปฏิบัติตามภาคผนวก ข

ขั้นตอนปฏิบัติ : การรายงานเหตุการณ์และการติดตามผู้ป่วยกรณีนับสิ่งอุปกรณ์ไม่ครบ ให้ปฏิบัติตามภาคผนวก ค



เรื่อง : แนวทางปฏิบัติการป้องกันอุปกรณ์หรือสิ่งตกค้างในร่างกายผู้ป่วย

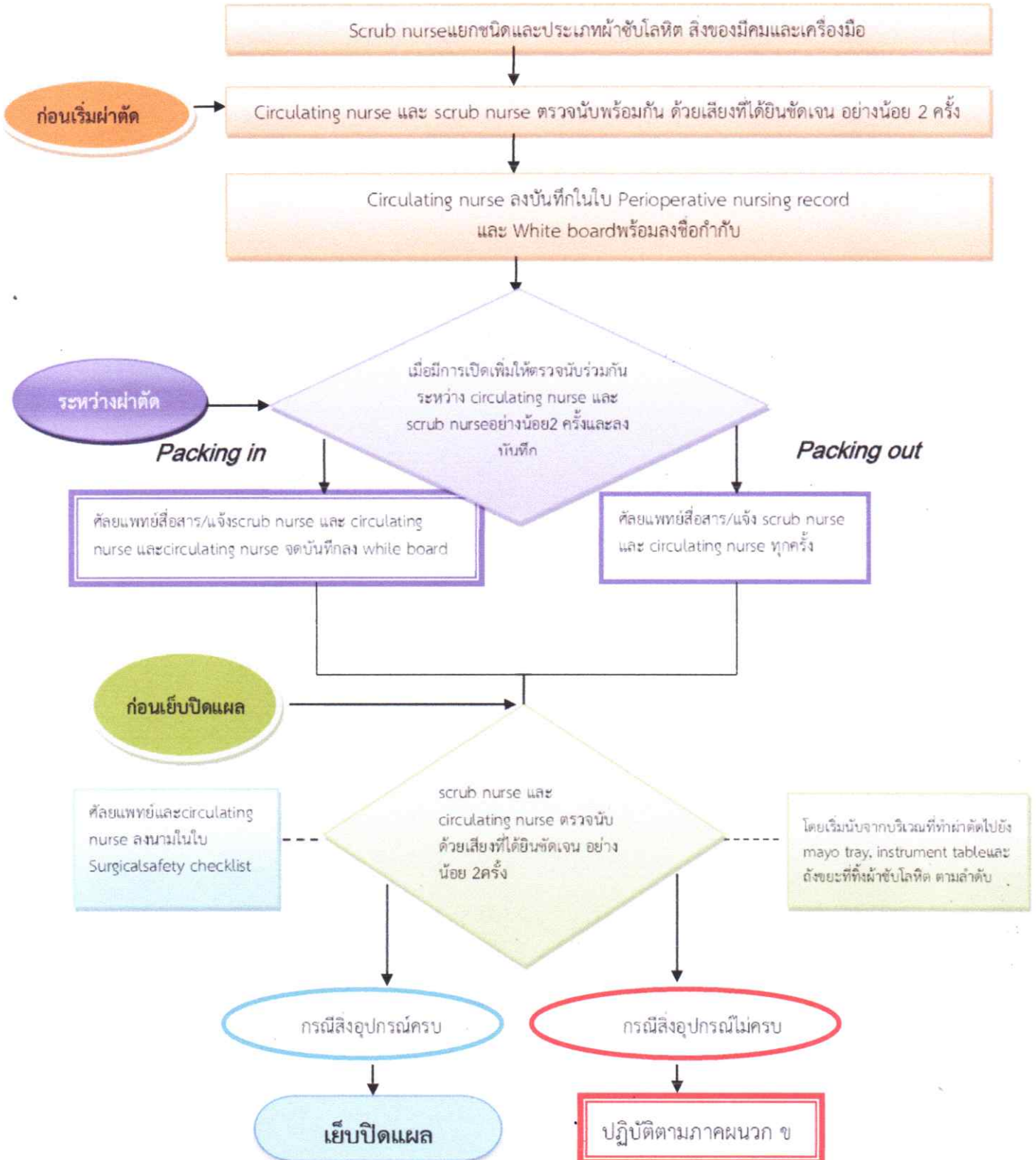
ผู้ทบทวน : คณะกรรมการห้องผ่าตัด.รพ.ร.ร.6

ผู้จัดทำ : คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพงานบริการพยาบาลห้องผ่าตัด/วิสัญญี/ห้องคลอด

ผู้อนุมัติ : ผอ.กาวญ.รพ.ร.ร.6

ภาคผนวก ก

แนวทางปฏิบัติการป้องกันอุปกรณ์หรือสิ่งตกค้างในร่างกายผู้ป่วย





เรื่อง : แนวทางปฏิบัติการป้องกันอุปกรณ์หรือสิ่งตกค้างในร่างกายผู้ป่วย

ผู้ทบทวน : คณะกรรมการห้องผ่าตัด.รพ.ร.ร.6

ผู้จัดทำ : คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพงานบริการพยาบาลห้องผ่าตัด/วิสัญญี/ห้องคลอด

ผู้อนุมัติ : ผอ.กวญ.รพ.ร.ร.6

ภาคผนวก ข
แนวทางปฏิบัติกรณีนับสิ่งอุปกรณ์ไม่ครบ

Circulating nurse แจ้งให้ศัลยแพทย์และทีมผ่าตัดทราบทันที
เพื่อช่วยกันตรวจสอบและค้นหา

ห้องผ่าตัด

Fluoroscope

พบสิ่งอุปกรณ์

ไม่พบสิ่งอุปกรณ์

พบสิ่งอุปกรณ์

Retained Surgical Items Removal

เย็บปิดแผล

-ส่งใบ Consult ขอ Portable X-ray# อย่างน้อย 2 views *และ
โทรประสานเบอร์ 93040
- เจ้าหน้าที่ Portable ขึ้นไป Portable X-ray ใน OR
และ ส่งภาพลงระบบ PACS

ทีมศัลยแพทย์และแพทย์ประจำบ้าน
รังสีร่วมตรวจสอบ Film ในระบบ
PACS ที่ห้องอ่านฟิล์ม ชั้น 2 กรส.**

ไม่พบสิ่งอุปกรณ์

พิจารณาส่ง CT

ศัลยแพทย์รายงาน ผอ.กองฯเพื่อ
พิจารณาเย็บปิดแผลผ่าตัด

*ใบ Consultบันทึกข้อมูลรายละเอียดลงชื่อ ศัลยแพทย์เจ้าของไข้
**อ่านผลเอกซเรย์ และลงนามร่วมกัน ทั้งรังสีแพทย์ และศัลยแพทย์



เรื่อง : แนวทางปฏิบัติการป้องกันอุปกรณ์หรือสิ่งตกค้างในร่างกายผู้ป่วย

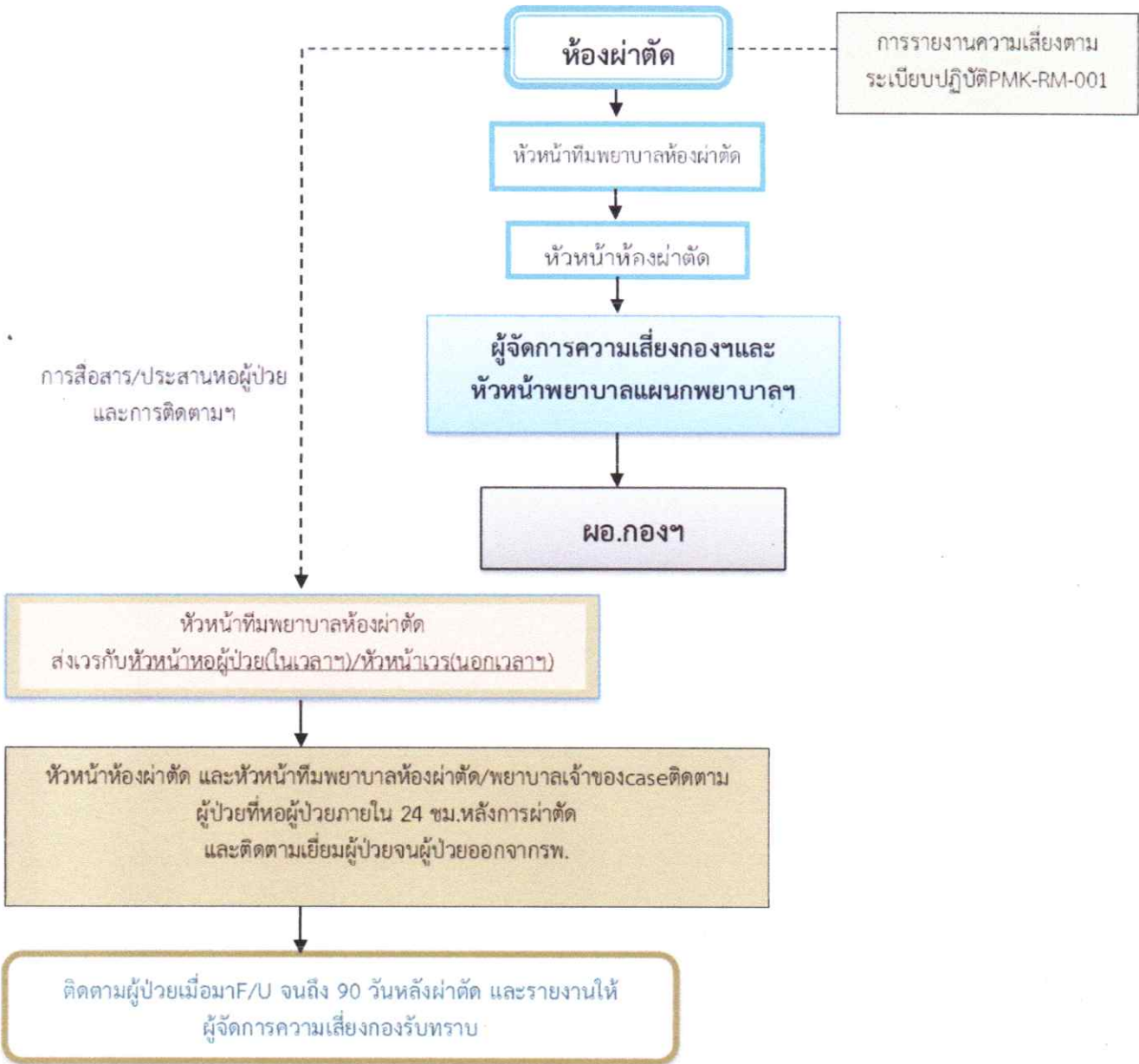
ผู้ทบทวน : คณะกรรมการห้องผ่าตัด.รพ.ร.ร.6

ผู้จัดทำ : คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพงานบริการพยาบาลห้องผ่าตัด/วิสัญญี/ห้องคลอด

ผู้อนุมัติ : ผอ.กวญ.รพ.ร.ร.6

ภาคผนวก ค

แนวปฏิบัติการรายงานเหตุการณ์และการติดตามผู้ป่วยกรณีนับสิ่งอุปกรณ์ไม่ครบ



หมายเหตุ โดยยึดตามคำจำกัดความการเฝ้าระวังบริเวณแผลผ่าตัดติดเชื้อ (SSI) กรณีมีอุปกรณ์ในร่างกาย



โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

หน่วย : แผนกพยาบาลห้องผ่าตัด รพ.รร.6

วิธีปฏิบัติที่ : PMK-WOR-035

หน้า : 7 / 7

แก้ไขครั้งที่:4 กรกฎาคม พ.ศ.2563

วันที่เริ่มใช้:พ.ศ. 2543

เรื่อง : แนวทางปฏิบัติการป้องกันอุปกรณ์หรือสิ่งตกค้างในร่างกายผู้ป่วย

ผู้ทบทวน : คณะกรรมการห้องผ่าตัด.รพ.รร.6

ผู้จัดทำ : คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพงานบริการพยาบาลห้องผ่าตัด/วิสัญญี/ห้องคลอด

ผู้อนุมัติ : ผอ.กฤษฎ.รพ.รร.6

อ้างอิง

เรณู อางสาลี. 2553. การพยาบาลผู้ที่มารับการผ่าตัด.กรุงเทพ.

AORN Inc., (1995), Recommendation Practices for sponge, sharp and Instrument counts, standards Recommended Practices 261-265.

Fair S., (1998), Perioperative Nursing Principles and Practice, Little & Brown, Boston, USA.

United states Centers for disease Control and Prevention.

<https://www.cdc.gov/HAI/ssi/ssi.html>, accessed 1 December 2017

ประกาศ ณ วันที่ ๓๑ กรกฎาคม พ.ศ. 2563

พ.อ.

(นพดล ชื่นศิริเกษม)

ผอ.กฤษฎ.รพ.รร.6