

ผลงานประกอบการพิจารณาประเมินบุคคล
เพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ

ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)

เรื่องที่เสนอให้ประเมิน

1. ผลงานที่เป็นผลการดำเนินงานที่ผ่านมา
เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยหลังได้รับการผ่าตัดกระดูกหน้าแข้งหัก
2. ข้อเสนอ แนวคิด วิธีการเพื่อพัฒนางานหรือปรับปรุงงานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น
เรื่อง การเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยไม่ให้เกิดกระดูกหน้าแข้งหักซ้ำ

เสนอโดย

นางสาวไพลิน ลำเจียก

ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

(ตำแหน่งเลขที่ รพจ. 753)

ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์

สำนักการแพทย์

ผลงานประกอบการพิจารณาประเมินบุคคล
เพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ

ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)

เรื่องที่เสนอให้ประเมิน

- ผลงานที่เป็นผลการดำเนินงานที่ผ่านมา
เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยหลังได้รับการผ่าตัดกระดูกหน้าแข้งหัก
- ข้อเสนอ แนวคิด วิธีการเพื่อพัฒนางานหรือปรับปรุงงานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น
เรื่อง การเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยไม่ให้เกิดกระดูกหน้าแข้งหักซ้ำ

เสนอโดย

นางสาวไพลิน ลำเจียก

ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

(ตำแหน่งเลขที่ รพจ. 753)

ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์

ผู้อำนวยการแพทย์

ผลงานที่เป็นผลการดำเนินงานที่ผ่านมา

1. **ชื่อผลงาน** การพยาบาลผู้ป่วยหลังได้รับการผ่าตัดกระดูกหน้าแข้งหัก
2. **ระยะเวลาที่ดำเนินการ** 8 วัน (ตั้งแต่วันที่ 12 สิงหาคม 2553 ถึงวันที่ 19 สิงหาคม 2553)
3. **ความรู้ทางวิชาการหรือแนวคิดที่ใช้ในการดำเนินการ**

กระดูกหน้าแข้งหัก ส่วนมากเกิดจากอุบัติเหตุรถยนต์ จักรยานยนต์ ซึ่งเป็นแรงกระทำโดยตรงต่อกระดูกหน้าแข้ง ส่วนน้อยที่เกิดจากถูกกระสุนปืน การถูกทำร้ายร่างกาย การรักษาและการพยาบาลที่เหมาะสมจะช่วยลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น เช่น การเกิดความดันในช่องกล้ามเนื้อเพิ่ม (compartment syndrome) ป้องกันความพิการของผู้บาดเจ็บ การสูญเสียอวัยวะ สูญเสียสมรรถภาพการทำงานของอวัยวะในร่างกาย รวมทั้งด้านเศรษฐกิจที่ต้องรักษาตัวเป็นระยะเวลานาน

กระดูกหน้าแข้งหัก หมายถึง กระดูกหน้าแข้งที่เปลี่ยนสภาพหรือรูปร่างไปหลังถูกแรงกระทำแล้วเกิดการแตกแยกของชิ้นกระดูกออกจากกัน โดยอาจจะเป็นการแยกจากกันของชิ้นกระดูกโดยสิ้นเชิงหรือการหักที่ยังมีบางส่วนของกระดูกติดกันอยู่

กระดูกหน้าแข้ง เป็นกระดูกยาวทำหน้าที่เป็นตัวแบกรับน้ำหนักของร่างกาย ทางด้านบนของกระดูกเป็นข้อต่อกับกระดูกต้นขา (ที่บริเวณข้อเข่า) และเป็นที่ยึดของเอ็นยึดกระดูกสะบ้า (patellar ligament) ผิวด้านหน้าของกระดูกหน้าแข้ง มีลักษณะค่อนข้างคมเป็นส่วนที่ไม่ถูกปกคลุมโดยกล้ามเนื้อจึงสามารถคลำกระดูกได้ตามแนวยาว ส่วนทางด้านล่างของกระดูกหน้าแข้งส่วนปลายเป็นข้อต่อกับกระดูกข้อเท้า มีส่วนของกระดูกแหลมยื่นไปทางด้านในเรียกว่าตาตุ่มใน (medial malleolus) และยังมีแองเงิ้ลเล็กๆ ติดต่อกับกระดูกน่องทางด้านข้าง

พยาธิสรีรวิทยา

เมื่อมีแรงกระทำต่อกระดูกหน้าแข้ง กระดูกที่หักอาจหักแบบกระดูกไม่แยกจากกันเรียกว่าการหักอย่างไม่สมบูรณ์ (incomplete fracture) ถ้ากระดูกที่หักแยกจากกันเป็นชิ้นส่วนอย่างน้อย 2 ชิ้น เรียกรากหักอย่างสมบูรณ์ (complete fracture) หากกระดูกมีการแตกออกมากกว่า 2 ชิ้น ที่มีขนาดใหญ่และหลายชิ้นที่มีขนาดเล็กเรียกว่า comminuted fracture

ลักษณะรอยหักของกระดูกแบ่งตามทิศทางของการหักจะออกมาเป็นชนิดใดก็ขึ้นอยู่กับแรงที่มากระทำ เช่น ถ้าเกิดจากแรงงอ (bending) จะเป็นการหักขวาง (transverse) หรือเฉียงสั้น (short oblique) ถ้าเกิดจากแรงหมุน (rotating) จะเป็นการหักแบบเกลียว (spiral)

บริเวณปลายกระดูกที่หักหรือเลือดออกจากเนื้อเยื่อที่อยู่รอบๆ ตามความรุนแรงของแรงกระทำ เลือดอาจจะไหลแทรกซึมเข้าไปในกล้ามเนื้อที่อยู่รอบๆกระดูกหัก เกิดรอยช้ำ จำเลือด บวม ในกรณีที่บวมมากอาจเกิดความดันในช่องกล้ามเนื้อเพิ่มขึ้น (compartment syndrome) ถ้าเลือดไหลออกมากจะกระทบกระเทือนต่อการไหลเวียนเลือดในร่างกายทำให้เกิดภาวะช็อก ในผู้ใหญ่อาจเสียเลือดได้มากถึง 0.5-

1.5 ลิตร นอกจากนี้ยังเกิดการสูญเสียหน้าที่ของกล้ามเนื้อที่ยึดกระดูก เอ็นยึดรอบๆกระดูก มีการหดตัวของกล้ามเนื้อรอบๆกระดูกหักลดลงจนเกิดการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อ อาการปวดค่อนข้างมากตรงบริเวณที่หัก เพราะการหดเกร็งของกล้ามเนื้อรอบๆกระดูกที่หักเพิ่มมากขึ้นร่วมกับเส้นประสาทที่อยู่รอบๆบริเวณกระดูกที่หักมีผลกระทบสู่กระแสประสาทความเจ็บปวด มีการผิดรูปจากการ โกงงอบิดหมุนบริเวณที่กระดูกหักแล้ว เกิดการเคลื่อนที่ของชิ้นกระดูก ทำให้ขาข้างที่เกิดกระดูกหักสั้นกว่าปกติ

สาเหตุของการเกิดกระดูกหัก

1. มีแรงกระทำต่อกระดูกโดยตรง เป็นแรงกระทำต่อกระดูกหน้าแข้ง เช่น อุบัติเหตุจากรยานยนต์ ถูกกระสุนปืน ถูกตีหรือถูกของแข็งกระแทกบริเวณหน้าแข้ง
2. มีแรงกระทำต่อกระดูกโดยอ้อม เกิดจากแรงภายนอกที่มากระทำไม่ผ่านกระดูกหน้าแข้งโดยตรง เช่น การหกล้มในขณะที่เท้าติดอยู่กับที่หรือการตกจากที่สูง

อาการและอาการแสดง

1. มีอาการปวดมากตรงบริเวณที่หัก โดยเฉพาะถ้ากดแล้วจะเจ็บ เกิดการหดเกร็งของกล้ามเนื้อที่อยู่รอบๆ กระดูกที่หัก
2. อาจเห็นการผิดรูป การ โกงงอ หรือมีการบิดหมุนที่เท้า
3. อาจพบความยาวของขาข้างที่เกิดกระดูกหักจะสั้นกว่า โดยเฉพาะถ้ากระดูกหักแล้วมีการเคลื่อนที่ของชิ้นกระดูกที่หัก
4. มีรอยฟกช้ำหรือจ้ำเลือด บาดแผลหรือบวม ในกรณีที่มีบวมและตึงมากต้องวัดเส้นรอบวงของขาและบันทึกไว้เพื่อเปรียบเทียบกรณีเกิดความดันในช่องกล้ามเนื้อเพิ่มขึ้น
5. มีเสียงกรอบแกรบของปลายกระดูกที่หักเมื่อมีการเคลื่อนไหว

การตรวจวินิจฉัยโรค

1. การซักประวัติ ประกอบด้วย สาเหตุหรือเหตุการณ์ที่เกี่ยวข้อง ตำแหน่งของอวัยวะที่ถูกแรงกระทำ ระยะเวลาที่ได้รับบาดเจ็บ การรักษาที่เคยได้รับ อาการที่เกิดภายหลังกระดูกหัก เช่น อาการปวด การเคลื่อนไหวหรือการผิดรูปของขา อาการชา การอ่อนแรง

2. การตรวจร่างกาย ประกอบด้วย

- 2.1 การดู สังเกตผิวหนังบริเวณที่มีกระดูกหัก ขนาด ความกว้าง ความลึก การไหลของปลายกระดูกที่หัก บาดแผลและการเสียเลือด รูปทรงของขา ความพิการผิดรูป
- 2.2 การคลำ การคลำตรวจการ โกงงอ นูน โคง บวมของบริเวณที่กระดูกหัก
- 2.3 การขยับ ดูการเคลื่อนไหวโดยให้ผู้ป่วยเคลื่อนไหวเอง
- 2.4 การวัด การวัดเส้นรอบวงเพื่อดูการบวม การวัดความยาวดูความแตกต่างของขา 2 ข้าง

2.5 การประเมินการไหลเวียนเลือดไปเลี้ยงอวัยวะส่วนปลาย (blanching test) โดยใช้นิ้วกดลงบนเล็บที่ใหญ่ที่สุดของอวัยวะที่เกิดพยาธิสภาพ กดแล้วปล่อย ถ้าเป็นสีชมพูหรือสีแดงภายใน 2-3 วินาที แสดงถึงการไหลเวียนเลือดไปเลี้ยงส่วนปลายของอวัยวะปกติ

2.6 การประเมินการทำงานของระบบประสาทและระบบไหลเวียน (neuro vascular status) ประกอบด้วย 6P คือ Pain, Pallor, Polar, Paralysis, Paresthesia และ Pluse

3. การตรวจโดยภาพถ่ายรังสี (X-ray) ช่วยวินิจฉัยและบอกแนวการหักของกระดูกในตำแหน่งที่มีพยาธิสภาพของกระดูกหน้าแข้ง

4. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ เพื่อดูค่าเม็ดเลือดแดง เม็ดเลือดขาวชนิดต่างๆ เกล็ดเลือด (Complete blood count: CBC) เพื่อเตรียมตรวจก่อนทำผ่าตัด

วิธีการรักษา

1. การรักษาแบบไม่ผ่าตัด (non operative management) พิจารณาการเคลื่อนของชิ้นกระดูกที่หัก ต้องไม่มากกว่า 50% มีการโก่งของชิ้นกระดูกไม่เกิน 10 องศา การสั้นของกระดูกที่หักไม่เกิน 5-7.5 มิลลิเมตร โดยจัดกระดูกให้เข้าที่ (closed reduction) และใช้อุปกรณ์ยึดตรึง การดามกระดูกเพื่อรอเวลาให้กระดูกติดและมีการบริหารเพื่อป้องกันภาวะข้อติด

การดามกระดูก ปัจจุบันมี 4 วิธี คือ

1.1 การใส่เฟือกขา (long leg cast)

1.2 การใส่เฟือกแบบ PTB (patellar tendon bearing cast)

1.3 การใช้เครื่องยึดกระดูก (functional bracing)

1.4 การดึงถ่วงน้ำหนัก (traction)

2. การรักษาแบบผ่าตัด (surgery treatment) พิจารณาเมื่อมีการเคลื่อนหรือหลุดของชิ้นกระดูก รอยหักไม่มั่นคง มีอันตรายต่อเนื้อเยื่ออ่อน การหักของกระดูกที่มีการหักผ่านข้อ กระดูกหักแบบมีแผลเปิด กระดูกติดช้า ไม่ติดและติดผิดรูป การผ่าตัดมี 3 แบบ คือ

2.1 การผ่าตัดจัดกระดูกให้เข้าที่และยึดตรึงภายใน (open reduction and internal fixation) วัสดุที่ใช้ยึดตรึงกระดูกหน้าแข้ง เช่น แผ่นเหล็กและสกรูสำหรับดามกระดูก (plate and screw)

2.2 การผ่าตัดร้อยเหล็กผ่านโพรงกระดูก (intramedullary nailing) ใช้ในการรักษากระดูกหักแบบขวางหรือแนวเฉียงในตำแหน่ง 1/3 ของกระดูกหน้าแข้ง

1.3 การผ่าตัดจัดกระดูกให้เข้าที่และยึดตรึงภายนอก (external fixation) ใช้ในกระดูกหักชนิดมีแผลเปิดที่มีการหักของกระดูกไม่มั่นคง

การพยาบาลผู้ป่วยก่อนการผ่าตัด

1. การเตรียมด้านร่างกาย

1.1 การเตรียมร่างกาย ได้แก่ การทำความสะอาดร่างกาย เพื่อป้องกันการติดเชื้อขณะผ่าตัดและหลังผ่าตัด การเตรียมผู้ป่วยให้พร้อมสำหรับการให้ยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย ได้แก่ การงดน้ำและงดอาหารเพื่อป้องกันการสำลักเศษอาหารเข้าปอด

1.2 เตรียมผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ และผลการถ่ายภาพรังสี

1.3 ใส่สายสวนปัสสาวะ การให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ และการให้ยาฆ่าเชื้อก่อนการผ่าตัดตามแผนการรักษา

2. การเตรียมทางด้านจิตใจ

2.1 อธิบายให้ผู้ป่วยทราบถึงวิธีการและขั้นตอนการผ่าตัด เพื่อให้ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวล และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามปัญหา หรือข้อข้องใจต่าง ๆ

2.2 อธิบายให้ผู้ป่วยทราบเกี่ยวกับสภาพของตนเองหลังผ่าตัด เช่น การมีแผลผ่าตัดที่ขา การให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ การคาสายสวนปัสสาวะ และความรู้สึกปวดแผล เป็นต้น

2.3 ให้คำแนะนำถึงการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดเพื่อป้องกันโรคแทรกซ้อนทางปอด เช่น การบริหารปอดโดยหายใจเข้าออกยาว ๆ ลึก ๆ การไอเอาเสมหะออกมาอย่างมีประสิทธิภาพ เป็นต้น

การพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัด

1. การตกเลือด พบได้บ่อยในระยะ 24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด การพยาบาลที่สำคัญในระยะนี้ ได้แก่ การประเมินภาวะช็อกโดยประเมินและเฝ้าระวังสัญญาณชีพ เฝ้าระวังอาการเริ่มแรกของการตกเลือด สังเกตสีและสิ่งคัดหลั่งที่ออกจากแผล สีและปริมาณ ประเมินระดับความรู้สึกตัว ภาวะซีดของผู้ป่วย และบันทึกจำนวน สี ลักษณะของปัสสาวะทุกชั่วโมงใน 24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด

2. อาการปวดแผล ประเมินอาการปวดโดยใช้การวัดระดับความเจ็บปวด (pain score) จัดให้ผู้ป่วยนอนโดยยกขาข้างที่มีพยาธิสภาพให้สูงโดยวางบนหมอนเพื่อให้การไหลเวียนเลือดดีขึ้น ไม่เกิดการคั่งของเลือดและให้ยาแก้ปวดตามแผนการรักษาของแพทย์และประเมินอาการปวดแผลซ้ำหลังได้รับยาแก้ปวด

3. การติดเชื้อ อาจมีการติดเชื้อแผลผ่าตัด ให้การพยาบาลโดยตรวจวัดสัญญาณชีพ ประเมินอาการปวด บวม แดง ร้อน มีสิ่งคัดหลั่งบริเวณแผลผ่าตัด ทำแผลโดยใช้หลักปราศจากเชื้อ ดูแลให้ยาฆ่าเชื้อตามแผนการรักษา แนะนำไม่ให้ผู้ป่วยแกะเกาแผล เปิดแผลและไม่ให้แผลเปียกน้ำ

4. การเกิดภาวะความดันในช่องกล้ามเนื้อเพิ่มขึ้น (compartment syndrome) โดยให้เหยียดกล้ามเนื้อส่วนที่สงสัยผู้ป่วยจะมีอาการปวดมากขึ้นเรื่อยๆและปวดแบบไม่มีขอบเขต อาจมีการเขียวคล้ำแต่สามารถคลำชีพจรหลังเท้าได้ ดูแลให้พักขาข้างที่เกิดพยาธิสภาพ ยกขาให้สูงกว่าหัวใจ แต่ถ้าพบอาการซีดให้วางขาลงในแนวราบทันทีเพื่อให้การไหลเวียนเลือดสะดวกขึ้น หากพบอาการผิดปกติให้รายงานแพทย์ทันที

4. สรุปสาระสำคัญของเรื่องและขั้นตอนการดำเนินการ

สรุปสาระสำคัญของเรื่อง

การประเมินและการพยาบาลผู้ป่วยกระดูกหน้าแข้งหัก โดยเฉพาะในระยะหลังเกิดอุบัติเหตุจนถึงระยะหลังผ่าตัด 72 ชั่วโมงสามารถลดระยะเวลาในการรักษาพยาบาล ลดภาวะแทรกซ้อน หรือการสูญเสียอวัยวะ และอัตราการเสียชีวิตได้ พยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยปลอดภัย ให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและญาติเพื่อปฏิบัติตัวได้ถูกต้องปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด กลับไปดำเนินชีวิตประจำวันได้ด้วยคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

กรณีศึกษา ผู้ป่วยหญิงไทยอายุ 16 ปี มาด้วยขาซ้ายปวดบวม เดินไม่ได้จากอุบัติเหตุ แพทย์ส่งเอกซเรย์ให้การวินิจฉัยว่ากระดูกหน้าแข้งซ้ายหักและได้ให้การรักษาโดยการผ่าตัดตามเหล็กที่กระดูกหน้าแข้งซ้าย หลังผ่าตัดผู้ป่วยมีสภาพร่างกายอ่อนเพลีย ประเมินสัญญาณชีพและเฝ้าระวังภาวะตกเลือดหลังผ่าตัด ให้สารน้ำตามแผนการรักษา ผู้ป่วยไม่สุขสบายเนื่องจากปวดแผล ประเมินระดับความเจ็บปวดและให้ยาแก้ปวดตามแผนการรักษา หลังได้ยาแก้ปวดผู้ป่วยบรรเทาอาการปวด ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดภาวะติดเชื้อ โดยการทำควมสะอาดแผลด้วยเทคนิคปราศจากเชื้อ และดูแลให้ยาฆ่าเชื้อตามแผนการรักษา แผลผ่าตัดแห้ง ไม่บวมแดง ผู้ป่วยอาจเกิดภาวะความดันในช่องกล้ามเนื้อเพิ่มขึ้น โดยคลำชีพจรบริเวณข้อเท้าด้านในและหลังเท้าได้ ไม่มีอาการปวด บวมมากขึ้น ไม่มีซีสต์ และขา ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะความดันในช่องกล้ามเนื้อเพิ่มขึ้น ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการและโรค อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติรับทราบเกี่ยวกับโรค การรักษา ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตนเองได้ดี เดินโดยใช้ไม้ยันรักแร้โดยลงน้ำหนักขาข้างซ้ายบางส่วน ผู้ป่วยรับการรักษาอยู่ในหอผู้ป่วยหญิง 12 เป็นเวลา 8 วัน และได้ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ดี เดินได้ดี แผลผ่าตัดแห้งดี แพทย์อนุญาตให้ผู้ป่วยกลับบ้านได้เมื่อวันที่ 19 สิงหาคม พ.ศ. 2553 รวมเวลารักษาในโรงพยาบาล 8 วัน

ขั้นตอนการดำเนินการ

1. รับใหม่ผู้ป่วยที่หอผู้ป่วยหญิง 12 เวลา 02.45 น. วันที่ 12 สิงหาคม พ.ศ.2553 ผู้ป่วยมาด้วยอาการขาซ้ายปวดบวม ผิดรูป เดินไม่ได้ 1 ชั่วโมง แพทย์ส่งเอกซเรย์ให้การวินิจฉัยว่ากระดูกหน้าแข้งซ้ายหัก
2. ได้รับการผ่าตัดตามเหล็กที่กระดูกหน้าแข้งซ้าย (ORIF left tibia with narrow DCP with Screw)
3. ดูแลให้ได้รับสารน้ำ 5% DN/2 1,000 มิลลิลิตร ทางหลอดเลือดดำในอัตรา 80 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง ให้ยาฆ่าเชื้อ Cefazolin 1 กรัมทางหลอดเลือดดำทุก 6 ชั่วโมงและยาปรับปรุชาน ดังนี้ Danzen ครั้งละ 1 เม็ดหลังอาหารเช้า-กลางวัน-เย็น Brufen ครั้งละ 1 เม็ดหลังอาหารเช้า-กลางวัน-เย็นและ Folic acid ครั้งละ 1 เม็ดหลังอาหารเช้า
4. แผลผ่าตัดที่ขาซ้ายพันผ้ายึดไว้ไม่มีสิ่งคัดหลั่งซึมออกจากแผล แผลไม่บวมแดง ไม่มีไข้

5. ให้การพยาบาลเพื่อป้องกันการติดเชื้อแผลผ่าตัด อาการปวดแผลและภาวะความดันในช่อง กล้ามเนื้อเพิ่มขึ้น เป็นเวลา 8 วัน

6. แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้ ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน การดูแลแผล การรับประทานยา การเดินโดยใช้ไม้ยันรักแร้ และการมาตรวจตามนัดวันที่ 27 สิงหาคม พ.ศ.2553

5. ผู้ร่วมดำเนินการ

ไม่มี

6. ส่วนของงานที่ผู้เสนอเป็นผู้ปฏิบัติ เป็นผู้ดำเนินการทั้งหมดร้อยละ 100

ผู้ป่วยหญิงไทยอายุ 16 ปี สถานภาพสมรสโสด อาชีพรับจ้าง นับถือศาสนาพุทธ HN:50924-52 AN:15831-53 ผู้ป่วยมาด้วยปวดบวมขาซ้าย ขาซ้ายผิดรูป เดินไม่ได้ 1 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล ผู้ป่วยประสบอุบัติเหตุรถจักรยานยนต์ชนกับรถแท็กซี่ รถจักรยานยนต์ล้ม ขาซ้ายกระแทกพื้น ขาซ้ายบวม ปวดมาก ขาผิดรูป ยืนและเดินไม่ได้ รอดมุนิธิรนาส่งโรงพยาบาล แพทย์ส่งเอกซเรย์ให้การวินิจฉัยว่ากระดูก หน้าแข้งซ้ายหัก รับไว้ในโรงพยาบาลวันที่ 12 สิงหาคม พ.ศ. 2553 เวลา 02.45 น. ที่หอผู้ป่วยหญิง 12 ประเมินแรกรับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาล ผู้ป่วยมีความรู้สึกตัวดี มีอาการปวดขาซ้ายเป็นพักๆ ประเมินระดับ ความเจ็บปวดได้ 4-5 คะแนน ความดันโลหิต 150/90 มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นของชีพจร 88 ครั้ง ต่อนาที อุณหภูมิร่างกาย 36.1 องศาเซลเซียส อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ผลการตรวจทาง ห้องปฏิบัติการโลหิตวิทยาปกติ แพทย์ได้วางแผนทำการผ่าตัดตามเหล็กที่กระดูกหน้าแข้งซ้าย เวลา 20.30 น. ภายใต้อาการระงับความรู้สึกทางไขสันหลัง ก่อนผ่าตัดผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนและ หลังผ่าตัดและผลของการผ่าตัด กลัวเดินไม่ได้ มีสีหน้ากังวล ได้สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยและญาติ อธิบายให้ความรู้เกี่ยวกับการผ่าตัด สอนการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด การหายใจและไออย่างมี ประสิทธิภาพ การลุกเดินและบริหารกล้ามเนื้อหลังผ่าตัดตามแผนการรักษา ให้ข้อมูลเกี่ยวกับสภาพหลัง ผ่าตัด เปิดโอกาสให้ผู้ผู้ป่วยสอบถาม ประเมินหลังจากให้ความรู้และข้อมูลการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด ผู้ป่วยสีหน้าผ่อนคลาย บอกถึงการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัดได้ สามารถไออย่างมีประสิทธิภาพและ หายใจได้ถูกวิธี งดน้ำและอาหารทางปาก หลังเวลา 12.00 น. และให้ยาฆ่าเชื้อ Cefazolin 1 กรัมทางหลอดเลือดดำก่อนไปห้องผ่าตัด

ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดตามเหล็กที่กระดูกหน้าแข้งซ้าย ภายใต้อาการระงับความรู้สึกทางไขสันหลัง ขณะผ่าตัดเสียเลือด 100 มิลลิลิตร หลังผ่าตัดผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ปลุกตื่นลืมตา ตามตอบรู้เรื่องแต่ยังอ่อนเพลีย ดูแลการหายใจให้ได้รับออกซิเจนทางหน้ากาก อัตราการไหล 6 ลิตรต่อนาที ประเมินสัญญาณชีพความดัน โลหิตวัดได้ 120/60 มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นของหัวใจ 98 ครั้งต่อนาที อัตราหายใจ 20 ครั้งต่อนาที วัดค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในหลอดเลือดแดงที่ปลายนิ้วได้ร้อยละ 98-100 อุณหภูมิร่างกาย 37.1 องศา เซลเซียส ได้ให้การพยาบาลป้องกันภาวะช็อกผู้ป่วยหลังผ่าตัดดังนี้ประเมินสัญญาณชีพอย่างใกล้ชิดทุก

15 นาที จำนวน 4 ครั้ง ทุก 30 นาที จำนวน 2 ครั้ง หลังจากนั้นประหมื่นทุก 1 ชั่วโมง จนสัญญาณชีพคงที่จึงเปลี่ยนเป็นทุก 4 ชั่วโมง ดูแลให้ได้รับออกซิเจนทางหน้ากาก อัตราการไหล 6 ลิตรต่อนาที วัดค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในหลอดเลือดแดงที่ปลายนิ้วได้ร้อยละ 100 ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับ 5% DN/2 1,000 มิลลิลิตร ทางหลอดเลือดดำในอัตรา 80 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะช็อก ความดันโลหิตวัดได้ 110/70 มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นของหัวใจ 92 ครั้งต่อนาที อัตราหายใจ 20 ครั้งต่อนาที วัดค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในหลอดเลือดแดงที่ปลายนิ้วได้ร้อยละ 100 อุณหภูมิร่างกาย 37.1 องศา ผู้ป่วยอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาระงับความรู้สึกทางไขสันหลัง ดูแลให้ผู้ป่วยนอนราบ 8 ชั่วโมงหลังผ่าตัดครบเวลา 05.00 น. ประหมื่นและบันทึกสัญญาณชีพ สังเกตระดับความรู้สึกตัว อาการคลื่นไส้ อาเจียน ผื่นคัน สัญญาณชีพผู้ป่วยคงที่ ไม่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียนหรือผื่นคัน ปัสสาวะได้ปกติ ขาไม่ชา ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะช็อคเนื่องจากการเสียเลือดขณะผ่าตัด 100 มิลลิลิตร แผลผ่าตัดที่ขาซ้ายพันผ้ายืด (elastic bandage) ไม่มีเลือดซึมต่อท่อระบายเลือดลงขวดสุญญากาศเพื่อระบายเลือดและสารคัดหลั่งปริมาณคาสาย ดูแลให้ขวดระบายเลือดทำงานเป็นระบบปิด ปริมาณเลือดออกน้อยกว่า 100 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะช็อค แผลไม่มีเลือดซึม สารคัดหลั่งปริมาณคาสาย ผู้ป่วยมีภาวะไม่สุขสบายเนื่องจากปวดแผลผ่าตัดประหมื่นระดับความเจ็บปวดได้ 4-5 คะแนน ดูแลให้ยาแก้ปวด paracetamol 500 มิลลิกรัม 2 เม็ด จัดให้นอนยกขาซ้ายสูงหนุนหมอนได้ขา 1 ใบ หลังได้รับยา 30 นาที ประหมื่นระดับความเจ็บปวดได้ 2 คะแนน ผู้ป่วยอาจเกิดการติดเชื้อจากการมีแผลผ่าตัด การใส่ท่อระบายเลือด และใส่โลหะคานกระดูก ดูแลให้ยาฆ่าเชื้อ Cefazolin 1 กรัม นิดทางหลอดเลือดดำทุก 6 ชั่วโมง ดูแลความสะอาด แนะนำไม่ให้แผลเปียกน้ำและไม่แกะหรือเกาแผล แผลผู้ป่วยแห้งดี ไม่มีเลือดซึม ผู้ป่วยอาจเกิดภาวะความดันในช่องกล้ามเนื้อเพิ่มขึ้น ขาและหลังเท้าชาขยับเขยื้อนเล็กน้อย ไม่ปวดเพิ่มขึ้น คลำชีพจรหลังเท้าได้ ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะความดันในช่องกล้ามเนื้อเพิ่มขึ้น ผู้ป่วยมีয়ারับประทาน ดังนี้ Danzen ครั้งละ 1 เม็ดหลังอาหารเช้า-กลางวัน-เย็น Brufen ครั้งละ 1 เม็ดหลังอาหารเช้า-กลางวัน-เย็นและ Folic acid ครั้งละ 1 เม็ดหลังอาหารเช้า ตรวจสอบการให้ยาให้ถูกต้องตามแผนการรักษาก่อนให้ทุกครั้ง พร้อมทั้งประเมินอาการแพ้ยาและผลข้างเคียงของยา ไม่มีผื่นคัน

วันที่ 13 สิงหาคม พ.ศ. 2553 เวลา 10.00 น. เยี่ยมผู้ป่วยหลังผ่าตัดวันแรก ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ทำตามสั่งได้ ผู้ป่วยหายใจเอง ประหมื่นสัญญาณชีพ อุณหภูมิร่างกาย 36 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 94 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิตวัดได้ 150/80 มิลลิเมตรปรอท ผู้ป่วยแสดงสีหน้าเจ็บปวด วัดระดับความเจ็บปวดได้ 7 คะแนน ดูแลให้ยาแก้ปวด Tramal 50 มิลลิกรัมทางหลอดเลือดดำโดยทันที หลังได้ยาแก้ปวดอาการปวดทุเลาลง ผู้ป่วยเริ่มพักนอนนอนหลับได้และวัดระดับความเจ็บปวดได้ 1 คะแนน ไม่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียนหลังได้รับยา ผู้ป่วยมีแผลผ่าตัดที่ขาซ้าย แผลปิดด้วยผ้าปิดแผลพันด้วยผ้ายืด ไม่มีเลือดซึมต่อท่อระบายเลือดลงขวดสุญญากาศ 1 ขวด ปริมาณเลือดออกเพิ่มรวม 150 มิลลิลิตร แพทย์ตรวจเยี่ยมให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำเป็น 5%DN/2 1,000 มิลลิลิตร หยดเข้าทางหลอดเลือดดำในอัตรา 80 มิลลิลิตร

ต่อชั่วโมง อธิบายให้ข้อมูลผู้ป่วยรับทราบถึงแผนการรักษาและการฝึกเดินด้วยเครื่องช่วยเดิน ผู้ป่วยรับฟังเข้าใจ ผู้ป่วยมีสีหน้ากังวล กลัวจะฝึกเดินไม่ได้ให้เหตุผลว่าปวดแผลเมื่อมีการเคลื่อนไหว พวดคุยให้กำลังใจในการเคลื่อนไหว ผู้ป่วยรับฟังเข้าใจ สีหน้าผ่อนคลาย ประสานงานกับนักกายภาพบำบัดฝึกการบริหารกล้ามเนื้อหลังผ่าตัด ฝึกการหายใจพร้อมทั้งแนะนำการบริหารปอดโดยการหายใจเข้าออกลึก ๆ ยาว ๆ และไอเอาเสมหะออก หลังอธิบายผู้ป่วยสามารถหายใจเองได้ดี วัดค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดที่ปลายนิ้วได้ ร้อยละ 100

วันที่ 14 สิงหาคม พ.ศ. 2553 เวลา 10.00 น. เยี่ยมผู้ป่วยหลังผ่าตัดวันที่ 2 ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี สีหน้าสดชื่นขึ้น หายใจเอง รับประทานอาหารได้ดี ไม่พบภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ประเมินสัญญาณชีพ โดยวัดอุณหภูมิร่างกาย 36 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 100 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิตวัดได้ 120/80 มิลลิเมตรปรอท แผลผ่าตัดขาซ้ายแห้งดีต่อท่อระบายเลือดลงขวดสูญญากาศ 1 ขวด ปริมาณเลือดออกเพิ่มรวม 210 มิลลิลิตร แพทย์ตรวจเยี่ยมหยุดให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำและให้ทำความสะอาดแผลและเอาท่อระบายเลือดต่อลงขวดสูญญากาศออก บริเวณแผลผ่าตัดแห้งดี ไม่มีอาการบวม แดง ร้อน ไม่มีเลือดซึม ขาและปลายเท้าซ้ายบวมเล็กน้อย กระจกปายเท้าได้ ให้นอนยกขาสูง ประเมินระดับความเจ็บปวดได้ 3 คะแนน ดูแผลรอมอนใต้ขาซ้าย 1 ใบ ระดับความเจ็บปวดลดลงเหลือ 1 คะแนน ส่งเสริมฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายหลังผ่าตัดโดยอธิบายการฝึกบริหารกล้ามเนื้อต้นขา น่องและข้อต่างๆ ให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแล และฟื้นฟูสมรรถภาพ ผู้ป่วยสามารถบริหารกล้ามเนื้อต้นขา น่องและข้อเท้าได้

วันที่ 15 สิงหาคม พ.ศ. 2553 เวลา 08.00 น. เยี่ยมผู้ป่วยหลังผ่าตัดวันที่ 3 ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี สามารถทำกิจวัตรประจำวันบางส่วนด้วยตัวเองได้ สัญญาณชีพโดยวัดอุณหภูมิได้ 37.1 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 80 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที และความดันโลหิตวัดได้ 130/60 มิลลิเมตรปรอท แผลผ่าตัดแห้งดี ดูแลทำความสะอาดและปิดผ้าปิดแผลพันด้วยผ้ายึดไว้ ไม่มีเลือดซึม ขาซ้ายและปลายเท้าบวม กระจกปายเท้าบ่งๆ ประเมินระดับความเจ็บปวดได้ 2-3 คะแนน ปวดแผลเล็กน้อย ไม่ขอยาแก้ปวดเพิ่ม ดูแลให้ผู้ป่วยฝึกบริหารกล้ามเนื้อต้นขา น่องและข้อเท้า ผู้ป่วยสามารถยืนข้างเตียงด้วยขาข้างดีได้

วันที่ 16 สิงหาคม พ.ศ. 2553 เวลา 08.00 น. เยี่ยมผู้ป่วยหลังผ่าตัดวันที่ 4 ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี สามารถทำกิจวัตรประจำวันบางส่วนด้วยตัวเองได้ ปวดแผลบางครั้ง สีหน้าแจ่มใส แผลขาซ้ายแห้งไม่มีเลือดซึม ยุบบวม แพทย์ให้ปรึกษานักกายภาพบำบัดสอนผู้ป่วยบริหารกล้ามเนื้อขาและข้อต่อต่างๆ ฝึกเดินด้วยเครื่องพยุงเดิน โดยใช้ไม้ค้ำยันรักแร้เน้นการลงน้ำหนักขาซ้ายได้บางส่วน ไม่ให้ลงน้ำหนักเต็มที่ จนกว่าแพทย์จะอนุญาตเพื่อป้องกันโลหะตามกระดูกหรือกระดูกหักซ้ำ ผู้ป่วยสามารถเดินได้ดีและไม่เกิดพลัดตกหกล้ม แนะนำการดูแลแผลผ่าตัด การสังเกตอาการผิดปกติต่างๆ ผู้ป่วยเข้าใจดี แพทย์อนุญาตให้

ผู้ป่วยกลับบ้านได้ในวันที่ 19 สิงหาคม พ.ศ. 2553 เวลา 16.30 น. นัดติดตามอาการ วันที่ 27 สิงหาคม พ.ศ. 2553 เวลา 8.00 น. ห้องตรวจศัลยกรรมกระดูก รวมเวลาที่ผู้ป่วยนอนโรงพยาบาลทั้งหมด 8 วัน

7. ผลสำเร็จของงาน

กรณีศึกษา ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 16 ปี มาโรงพยาบาลเนื่องจากปวดบวมขาซ้าย ขาซ้ายผิดรูป เดินไม่ได้ 1 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล ผู้ป่วยประสบอุบัติเหตุรถจักรยานยนต์ชนกับรถแท็กซี่ แพทย์ส่งเอกซเรย์ให้การวินิจฉัยว่ากระดูกหน้าแข้งซ้ายหักและรับไว้ดูแลที่หอผู้ป่วยหญิง 12 อุณหภูมิร่างกาย 36.1 องศาเซลเซียส ชีพจร 88 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 150/90 มิลลิเมตรปรอท ผู้ป่วยได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดตามหลักที่กระดูกหน้าแข้งซ้าย ภายใต้การระงับความรู้สึกทางไขสันหลัง ก่อนผ่าตัดผู้ป่วยมีอาการปวด วัดระดับความเจ็บปวดได้ 4-5 คะแนน ให้ยาบรรเทาปวดตามแผนการรักษา ผู้ป่วยมีอาการปวดลดลง วัดระดับความเจ็บปวดได้ 2-3 คะแนน ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด อธิบายให้ข้อมูลผู้ป่วยเรื่องการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด ผู้ป่วยคลายความกังวลลง ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะความดันในช่องกล้ามเนื้อเพิ่มขึ้น โดยคลำชีพจรบริเวณข้อเท้าด้านใน และหลังเท้าทุกชั่วโมง สังเกตอาการปวดมาก บวมเพิ่มมากขึ้น สีของเนื้อเยื่อซีด ซา ขาซ้ายปวด บวมเล็กน้อย ไม่มีซันด์และซา คลำชีพจรหลังเท้าได้ ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะความดันในช่องกล้ามเนื้อเพิ่มขึ้น หลังทำผ่าตัดผู้ป่วยอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาระงับความรู้สึกทางไขสันหลัง ดูแลให้ผู้ป่วยนอนราบครบ 8 ชั่วโมง สัญญาณชีพผู้ป่วยปกติ ไม่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน ผู้ป่วยมีอาการปวดแผลผ่าตัด วัดระดับความเจ็บปวดได้ 5 คะแนน ให้นอนยกขาสูง และให้ยา Paracetamol 500 mg 2 เม็ด ประเมินอาการปวดซ้ำหลังได้รับยา วัดระดับความเจ็บปวดได้ 2 คะแนน นอกจากนี้ผู้ป่วยมีภาวะเสี่ยงต่อการติดเชื้อ ให้การพยาบาลโดยใช้เทคนิคปลอดเชื้อ แนะนำการดูแลแผลไม่ให้ถูกน้ำ และดูแลให้ยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษา ไม่เกิดการติดเชื้อที่แผลผ่าตัด แผลแห้งดี ไม่มีไข้ แนะนำและกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้ออกกำลังกายส่งเสริมฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายหลังผ่าตัด โดยปรึกษานักกายภาพบำบัดสอนผู้ป่วยบริหารกล้ามเนื้อขาและข้อต่อต่างๆ ฝึกเดินด้วยเครื่องพยุงเดิน โดยใช้ไม้ยันรักแร้ เน้นการลงน้ำหนักขาข้างที่ผ่าตัด ไม่ให้ลงน้ำหนักเต็มที่ จนกว่าแพทย์จะอนุญาต เพื่อป้องกันโลหคตามกระดูกหรือกระดูกหักซ้ำ ส่วนปัญหาด้านจิตสังคม ได้เปิดโอกาสให้ญาติและครอบครัวเข้าเยี่ยมชมอย่างใกล้ชิดรวมทั้งให้ข้อมูลเรื่องโรค การติดต่อให้ญาติได้พูดคุยอาการกับแพทย์อย่างต่อเนื่อง

สรุปการดูแลในหอผู้ป่วยหญิง 12 ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด สามารถเดิน โดยใช้ไม้ยันรักแร้ได้อย่างดีในวันที่ 4 หลังการผ่าตัด อาการปวดลดลง แผลผ่าตัดแห้งดี และผู้ป่วย ได้กลับบ้านในวันที่ 19 สิงหาคม พ.ศ. 2553 เวลา 16.30 น. รวมระยะเวลาอยู่ในการดูแล 8 วัน ผู้ศึกษาติดตามและประเมินผลการพยาบาลรวมเป็นเวลา 8 วัน เยี่ยมจำนวน 4 ครั้ง ซึ่งปัญหาทั้งหมดได้รับการแก้ไขไปแล้ว

8. การนำไปใช้ประโยชน์

1. เพื่อเพิ่มพูนความรู้ ทักษะ และแนวคิดใหม่ๆ เกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยที่ผ่าตัดกระดูกหน้าแข้งหัก ซึ่งเป็นการพัฒนาตนเองให้ทันต่อวิวัฒนาการทางการแพทย์ และในการรักษาโรค
2. เพื่อเป็นแนวทางในการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกหน้าแข้งหักให้มีคุณภาพยิ่งขึ้น ป้องกันและแก้ไขภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ

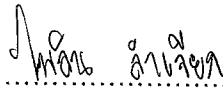
9. ความยุ่งยาก ปัญหา อุปสรรคในการดำเนินการ

ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัดและผลของการผ่าตัด กลัวเดินไม่ได้ ต้องให้ข้อมูลซ้ำๆ และสอนการเดินโดยใช้ไม้ยันรักแร้และให้ผู้ป่วยฝึกเดินบ่อยๆ

10. ข้อเสนอแนะ

ควรมีการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยร่วมกันระหว่างสหสาขาวิชาชีพและจัดให้มีการเยี่ยมบ้าน เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลต่อเนื่อง

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการและได้ดำเนินการปรับปรุงแก้ไข
เป็นไปตามคำแนะนำของคณะกรรมการ

ลงชื่อ..... 

(นางสาวไพติน ลำเจียก)

ผู้ขอรับการประเมิน

วันที่..... 19 เม.ย. 2555

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

ลงชื่อ..... 

(นางสุภาณี นาควิเชียร)

ตำแหน่ง หัวหน้าพยาบาล ฝ่ายการพยาบาล
โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์

วันที่..... 19 เม.ย. 2555

ลงชื่อ..... 

(นายประพาศน์ รัชตะสัมฤทธิ์)

ตำแหน่ง ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์

วันที่..... 19 เม.ย. 2555

ข้อเสนอ แนวคิด วิธีการเพื่อพัฒนางานหรือปรับปรุงงานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

ของ นางสาวไพลิน ลำเจียก

เพื่อประกอบการแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)

(ตำแหน่งเลขที่ รพจ. 753) สังกัดฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ สำนักงานแพทย์

เรื่อง การเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยไม่ให้เกิดกระดูกหน้าแข้งหักซ้ำ

หลักการและเหตุผล

การบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ มีนโยบายในการบริหารความเสี่ยงทั่วทั้งองค์กรและในกระบวนการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล ได้ก่อให้เกิดความตื่นตัวและความตระหนักใน ความสำคัญเรื่องความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยเพิ่มขึ้นเป็นลำดับ โรงพยาบาลต่างๆ เริ่มมีการกำหนด เป้าหมายความปลอดภัย มีการรณรงค์เพื่อให้เจ้าหน้าที่รับทราบแนวทางปฏิบัติที่ปลอดภัยและมีการติดตาม วัตถุประสงค์ หอผู้ป่วยหญิง 12 จึงได้ปฏิบัติตามนโยบายกระบวนการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาล จากสถิติหอผู้ป่วยหญิง 12 โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ พบว่าผู้ป่วยกระดูกหน้าแข้งหักส่วนมากเกิดจากอุบัติเหตุ การรักษาคือการผ่าตัดใส่เหล็กดามกระดูก จากการศึกษาผู้ป่วยกระดูกหน้าแข้งหักที่ได้รับการผ่าตัด ยังมี ความวิตกกังวลเรื่องผลของการผ่าตัด ขาดความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด และการฟื้นฟูสมรรถภาพหลังผ่าตัด ซึ่งอาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดได้ ถ้าผู้ป่วยปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดไม่ ถูกต้องก็จะทำให้เกิดกระดูกหน้าแข้งหรือโลหะดามกระดูกหักซ้ำได้ ผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาโดยการ ผ่าตัดซ้ำอีก ทำให้มีผลต่อระยะเวลาในการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลเพิ่มขึ้นและเพิ่มค่าใช้จ่ายใน การรักษาพยาบาล โรงพยาบาลต้องสูญเสียทรัพยากรโดยไม่จำเป็น จึงได้จัดทำแนวทางการเพิ่มประสิทธิภาพ การดูแลผู้ป่วยไม่ให้เกิดกระดูกหน้าแข้งหักซ้ำ เพื่อใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยซึ่งเป็นหนึ่งใน กิจกรรมการพัฒนาคุณภาพและการบริหารความเสี่ยง เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยสูงสุดและไม่เกิดเหตุการณ์ไม่พึง ประสงค์

วัตถุประสงค์และหรือเป้าหมาย

1. เพื่อเพิ่มมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยของหอผู้ป่วยหญิง12 ในการดูแลให้ได้รับความปลอดภัยมากขึ้น
2. เพื่อป้องกันการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์
3. เพื่อสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยในหน่วยงาน

กรอบการวิเคราะห์ แนวคิด ข้อเสนอ

ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดกระดูกหน้าแข้งหัก ป้องกัน ได้โดยทีมสุขภาพต้องเตรียมผู้ป่วยให้พร้อมใน การทำผ่าตัด หลักการดูแลผู้ป่วยต้องดูแลแบบองค์รวม โดยดูแลให้ผู้ป่วยมีความพร้อมทั้งด้านร่างกายและ จิตใจทั้งก่อนและหลังผ่าตัด

เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ (adverse event) เป็นเหตุการณ์ที่ไม่เป็นไปตามความคาดหวังจากการดูแลรักษา เป็นผลลัพธ์ที่ทำให้มีการบาดเจ็บ อันตราย สูญเสียทางร่างกาย จิตใจกับผู้ป่วย เกิดเกี่ยวเนื่องกับกระบวนการดูแลรักษาผู้ป่วย ไม่ได้เกิดจากกระบวนการของโรค ไม่ใช่ผลโดยตรงที่ต้องเกิดขึ้นเมื่อมีการดูแลรักษา เช่น พลัดตกหกล้ม ผ่าตัดซ้ำ

ทฤษฎีการดูแลตนเองของ โอเรม เน้นความสามารถและความต้องการการดูแลตนเองของบุคคล มุ่งช่วยเหลือให้บุคคลที่มีความพร่องในการดูแลตนเองให้สามารถสนองความต้องการการดูแลตนเองได้อย่างพอเพียงและคงอยู่ตลอดไปอย่างต่อเนื่อง เพื่อรักษาไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพและความผาสุกของบุคคลนั้น

แนวทางการวางแผนจำหน่ายตามระบบ M-E-T-H-O-D กองการพยาบาล สำนักปลัดกระทรวงกระทรวงสาธารณสุข เป็นแนวทางที่ใช้ในการประเมินความบกพร่องของผู้ป่วยในการดูแลตนเองภายหลังการจำหน่าย เป็นการเตรียมผู้ป่วยก่อนการจำหน่าย ซึ่งมีความแตกต่างกันตามปัญหาของผู้ป่วยแต่ละราย หรือเป็นแบบแผนการให้ความรู้และฝึกทักษะผู้ป่วยก่อนจำหน่าย สำหรับกลุ่มผู้ป่วยที่มีปัญหาคล้ายคลึงกัน อีกทั้งเป็นการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม

ดังนั้นเพื่อให้ผู้ป่วยและญาติลดความวิตกกังวล มีความรู้ในการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด สามารถปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด การฟื้นฟูสมรรถภาพหลังผ่าตัดได้ถูกต้อง ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน จึงจัดทำแนวทางการเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยไม่ให้เกิดกระดูกหน้าแข้งหักซ้ำขึ้น

ขั้นตอนการดำเนินงาน

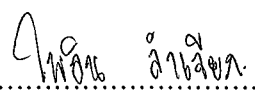
1. ขอความเห็นชอบต่อหัวหน้าหอผู้ป่วยหญิง 12 ในการจัดทำแนวทางการเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยไม่ให้เกิดกระดูกหน้าแข้งหักซ้ำและแผ่นพับการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกหน้าแข้งหัก
2. ประชุมสมาชิกเพื่อชี้แจงหลักการและเหตุผลในการทำและขอความร่วมมือกับสมาชิก
3. จัดทำแนวทางการเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยไม่ให้เกิดกระดูกหน้าแข้งหักซ้ำ ประกอบด้วย
 - 3.1 แนวทางการดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันการเกิดกระดูกหักซ้ำ โดยมีหัวข้อดังนี้
 - ขั้นตอนการดูแลผู้ป่วยก่อนและหลังผ่าตัด
 - การปฏิบัติตนเมื่อกลับบ้าน
 - 3.2 จัดทำแผ่นพับการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกหน้าแข้งหัก
4. ปรึกษาผู้ทรงคุณวุฒิเพื่อตรวจสอบความถูกต้อง
5. ประชุมเจ้าหน้าที่ในหน่วยงานเรื่องการใช้แนวทางการเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยไม่ให้เกิดกระดูกหน้าแข้งหักซ้ำและแผ่นพับการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกหน้าแข้งหัก
6. ทดลองใช้แนวทางการเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยไม่ให้เกิดกระดูกหน้าแข้งหักซ้ำและแผ่นพับการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกหน้าแข้งหัก
7. รวบรวมข้อมูล ปัญหามาพัฒนาแก้ไข

8. ติดตามประเมินผลและสรุปผลลัพธ์

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ลดการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์
2. ผู้ป่วยปลอดภัยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน
3. บุคลากรในหน่วยงานมีส่วนร่วมในกิจกรรมพัฒนาคุณภาพร่วมกัน
4. เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัยขณะดูแลรักษา

ตัวชี้วัดความสำเร็จ อัตราการเกิดการหักของกระดูกหน้าแข้งซ้ำ ร้อยละ 0

ลงชื่อ..... .....

(นางสาวไพลิน ลำเจียก)

ผู้ขอรับการประเมิน

วันที่..... 19 เม.ย. 2555.....