

ผลงานประกอบการพิจารณาประเมินบุคคล
เพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ

ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)

เรื่องที่เสนอให้ประเมิน

1. ผลงานที่เป็นผลการดำเนินการที่ผ่านมา
เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยกระดูกต้นขาซ้ายหักแบบเปิด
2. ข้อเสนอ แนวคิด วิธีการเพื่อพัฒนางานหรือปรับปรุงงานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น
เรื่อง การจัดทำวีดิทัศน์ เรื่อง การใช้ไม้ค้ำยัน

เสนอโดย

นางสาววิไลพร อ่อนละมุล

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)

(ตำแหน่งเลขที่ รพส. 201)

กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลสิรินธร

สำนักการแพทย์

ผลงานที่เป็นผลการดำเนินงานที่ผ่านมา

1. ชื่อผลงาน การพยาบาลผู้ป่วยกระดูกต้นขาหักแบบเปิด
2. ระยะเวลาที่ดำเนินการ 7 วัน (ตั้งแต่วันที่ 13 สิงหาคม 2556 ถึงวันที่ 19 สิงหาคม 2556)
3. ความรู้ทางวิชาการหรือแนวคิดที่ใช้ในการดำเนินการ

ภาวะกระดูกต้นขาหักแบบเปิด (opened fracture femur) เป็นลักษณะการบาดเจ็บที่พบได้บ่อยในหน่วยงานอุบัติเหตุ-ฉุกเฉินเนื่องจากปัจจุบันมีการใช้ยานพาหนะบนท้องถนนเพิ่มมากขึ้นแนวโน้มของการเกิดอุบัติเหตุจราจรจึงมีอุบัติการณ์เพิ่มมากขึ้นการดูแลผู้ป่วยในกลุ่มนี้เป็นสิ่งที่สำคัญ หากผู้ป่วยได้รับการประเมินผิดพลาดให้การพยาบาลล่าช้าไม่ถูกต้อง จะส่งผลให้เกิดการสูญเสียทั้งอวัยวะตลอดจนถึงแก่ชีวิตได้ เนื่องจากกระดูกต้นขาหักแบบเปิดมีโอกาสปัวร่วมกับภาวะอื่นได้เช่น การบาดเจ็บในอุ้งเชิงกรานและช่องท้องทำให้ผู้ป่วยมีการสูญเสียเลือดมากเกิดภาวะช็อก และอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนจากภาวะไขมันอุดตันในเส้นเลือด(fat embolism)ผู้ป่วยอาจเสียชีวิตได้ทันทีนอกจากนี้อาจทำให้เกิดทิวผลภาพแก่ผู้ป่วยได้หรือมีการติดเชื้อของกระดูกทำให้ต้องใช้เวลารักษาที่ยาวนานมากขึ้น

กระดูกต้นขาหักหมายถึงการที่กระดูกต้นขาหักหรือแยกออกจากกัน สาเหตุเกิดจากถูกแรงกระแทกอย่างรุนแรงบริเวณต้นขากระดูกต้นขามีลักษณะเป็นกระดูกท่อนยาวกลวง ด้านหลังเป็นสันซึ่งเป็นที่จับของกล้ามเนื้อในทำขึ้นตรงกระดูกต้นขาทอดโค้งไปทางด้านหน้าและมีแนวตั้งเข้าไปที่บริเวณ เกรทเตอร์โทรเชนเตอร์ (greater trochanter) มีกล้ามเนื้อแอบดักเตอร์ (abductor) ของสะโพกเกาะอยู่ที่เลสเซอร์โทรเชนเตอร์ (lessertrochanter) เลือดที่ไหลเวียนเข้ามาเลี้ยงกระดูกต้นขามี 2 ทางคือ เพอริออสติลเมตาไฟซีส (periosteal metaphyseal)และเอนโดสตีลเซอร์คิวเลชัน (endosteal circulation)กระดูกต้นขา (proximal femur) อาจแบ่งได้เป็น3ส่วนคือfemoral head, neck,intertrochantericและsubtrochanteric area กระดูกต้นขาเป็นที่รับน้ำหนักที่สำคัญของร่างกาย เป็นอวัยวะที่แข็งแรงของร่างกายกระดูกหักแบ่งเป็น 2 ชนิด คือกระดูกหักชนิดธรรมดาหรือชนิดปิด(closed or simple fracture) และกระดูกหักชนิดมีบาดแผลหรือชนิดเปิด (open fracture)

- 1.กระดูกหักชนิดธรรมดาหรือชนิดปิดคือกระดูกหักแล้วไม่แทงทะลุผิวหนังออกมาและไม่มีบาดแผล
- 2.กระดูกหักชนิดมีบาดแผลหรือชนิดเปิด หรือกระดูกหักชนิดผสม (compound fracture) คือกระดูกหักแล้วที่แทงทะลุผิวหนังออกมาทำให้มีแผลตรงบริเวณที่กระดูกหักบางกรณีไม่จำเป็นที่ปลายกระดูกจะต้องโผล่ออกมานอกผิวหนังก็ได้

สาเหตุ

1. เกิดจากแรงกระทำ
 - 1.1 แรงกระทำโดยตรง (direct force) รอยหักจะเกิดขึ้นตรงตำแหน่งที่ปะทะกับแรงทันทีจึงข้อมเกิดการบาดเจ็บต่อเนื้อเยื่ออ่อนที่อยู่ใกล้เคียงได้ค่อนข้างรุนแรงด้วย
 - 1.2 แรงกระทำโดยอ้อม (indirect force) รอยหักจะอยู่ห่างไกลจากตำแหน่งที่ปะทะกระดูกส่วนที่ได้รับความกระทบ โดยตรง ไม่มีการหักแต่จะเป็นส่วนที่ถ่ายทอดแรงนั้น ไปเกิดผลคือ การหักที่กระดูกส่วนอื่นที่อยู่

ห่างไกลออกไปในกรณีนี้มักมีการบาดเจ็บต่อเนื่องอ่อนที่อยู่โดยรอบรอยหักที่ไม่รุนแรงนัก

2. เกิดจากการหดตัวของกล้ามเนื้อ หรือกล้ามเนื้อกระดูกอย่างแรง

3. เกิดจากพยาธิสภาพของกระดูกเองเช่นเนื้องอกของกระดูกทำให้กระดูกท่อนั้นเปราะเมื่อออกแรงหรือถูกแรงกระแทกเพียงเล็กน้อยก็สามารถทำให้หักได้

พยาธิสรีรภาพ

เมื่อมีแรงกระทำที่กระดูกทำให้มีการฉีกขาดของเยื่อหุ้มกระดูกและเนื้อเยื่อกระดูกกล้ามเนื้อบริเวณกระดูกที่หักจะเกร็งตัวมีเลือดออกบริเวณปลายกระดูกที่หักจำนวนเลือดที่ออกแตกต่างกันอาจรุนแรงจนเป็นอันตรายถึงชีวิตได้ เมื่อเลือดหยุดไหลจะเกิดก้อนเลือดรอบๆกระดูกที่หักซึ่งก้อนเลือดนี้ต่อไปจะช่วยในการซ่อมแซมกระดูกที่หักให้ติดกันกระดูกที่หักจะทำให้สูญเสียความมั่นคงทำให้เคลื่อนไหวไม่ได้ตามปกติและการที่เนื้อเยื่อรอบๆกระดูกได้รับบาดเจ็บทำให้เกิดปฏิกิริยาการอักเสบขึ้นมีอาการปวดบวมแดงและอุณหภูมิสูงขึ้นบริเวณที่หักอวัยวะส่วนที่หักจะสั้นลง เนื่องจากแรงดึงของกล้ามเนื้อตามแกนยาวของกระดูกทำให้ชิ้นกระดูกแยกกันเมื่อคลายอาจได้ยินเสียงกรอบแกรบ (crepitus) เนื่องจากปลายชิ้นกระดูกที่หัก (fragment) มีการเสียดสีกันบริเวณกระดูกที่หักถ้ามีการบวมอยู่นานๆจะทำให้เกิดพังผืดขึ้น โดยเฉพาะบริเวณกระดูกที่หักใกล้ข้อพังผืดที่เกิดขึ้นรอบๆข้อจะทำให้ข้อติดแข็งได้นอกจากนี้ปลายของกระดูกที่หักออกจากกันเคลื่อนที่ไปจากตำแหน่งเดิมอาจทำลายอวัยวะใกล้เคียงให้ได้รับบาดเจ็บเพิ่มขึ้น

อาการและอาการแสดง

1. ขาบวม เกิดจากมีเลือดออกจากเนื้อเยื่อรอบกระดูกที่หักมีการสะสมของซีรัมบริเวณที่หัก และมีเขียวช้ำ (ecchymosis) เนื่องจากมีเลือดออกใต้ผิวหนัง
2. ขาผิดรูป (deformity) ขาสั้น ขาบิด หมุนผิดปกติ กระดูกโก่งงอกระดูกซ้อนเกกันเมื่อเปรียบเทียบกับข้างดีเนื่องจากการหดตัวของกล้ามเนื้อที่เกาะยึดเหนือและใต้ตำแหน่งที่หัก
3. ปวดกดเจ็บบริเวณขาที่หักและจะมีอาการปวดมากขึ้นเมื่อมีการเคลื่อนไหว
4. สูญเสียหน้าที่ (loss of function) บริเวณที่หักจะเดินหรือลงน้ำหนักไม่ได้ตามปกติ
5. ถ้าจับบริเวณที่สงสัยว่ากระดูกหักเบาๆจะได้ยินเสียงกระดูกสีกัน หรือเสียงกรอบแกรบ
6. มีแผลบริเวณผิวหนังที่เกิดจากกระดูกที่หักจากภายในมาสู่ภายนอกหรือจากภายนอกเข้าสู่ภายในซึ่งเป็นลักษณะกระดูกหักแบบเปิดทำให้เสี่ยงต่อการติดเชื้อที่กระดูก

การวินิจฉัย

1. การซักประวัติเกี่ยวกับสาเหตุ สถานที่ที่ได้รับบาดเจ็บ การรักษาที่ได้รับก่อน การบาดเจ็บที่อื่นร่วมด้วย ซักถามเกี่ยวกับการใช้งานอวัยวะส่วนนั้นภายหลังการบาดเจ็บ
2. การตรวจร่างกายเกี่ยวกับรูปร่างที่ผิดปกติการเคลื่อนไหวที่ผิดปกติความปวดเมื่อเคลื่อนไหว
3. การตรวจทางห้องปฏิบัติการและอื่นๆ ได้แก่

3.1 การถ่ายภาพรังสีช่วยในการประเมินกระดูกหักได้ โดยการส่งถ่ายภาพรังสีให้ถูกต้อง

3.2 การตรวจด้วย computerized tomography(CT)ใช้ในการวินิจฉัยกระดูกหักบริเวณที่มีโครงสร้างซับซ้อน เช่น กระดูกสันหลัง ในภาวะที่มีการบาดเจ็บของไขสันหลังร่วมด้วย

การรักษา

1. การจัดกระดูกหักให้เข้าที่ (reduction) แบ่งเป็น 2 แบบคือ

1.1 ไม่อาศัยการผ่าตัด (closed reduction หรือ manipulation) ได้แก่การดึงด้วยมือหรือการดึงถ่วงน้ำหนัก(traction)

1.2 การดึงให้เข้าที่โดยการผ่าตัด (open reduction)

2. การทำให้อวัยวะอยู่นิ่ง (retention หรือ immobilization) โดยการยึดตรึงแบ่งเป็น2 แบบ คือ

2.1 การยึดตรึงภายในตรงบริเวณกระดูกหัก(open reduction with internal fixation)โดยการผ่าตัดใส่โลหะเช่น เพลท สกรูว์ แคนโลหะลวดสำหรับผู้สูงอายุที่กระดูกหักบริเวณคอของกระดูกต้นขา การใส่โลหะยึดตรึงภายในจะไม่ได้ผลแพทย์จะรักษาโดยการใส่หัวกระดูกเทียม (hemiarthroplasty)

2.2 การยึดตรึงภายนอก (external fixation) ได้แก่การเข้าเพื่อกปูนการใช้เครื่องมือยึดตรึงภายนอกซึ่งใช้กับผู้ป่วยที่กระดูกหักแบบมีแผล

3. การฟื้นฟูสภาพ (rehabilitation) เพื่อรักษาความแข็งแรงและความคงทนของกล้ามเนื้อ ช่วยให้ข้อมีการเคลื่อนไหวเหมือนเดิมให้ผู้ป่วยกลับสู่ภาวะปกติโดยเร็วที่สุดการฟื้นฟูสภาพควรเริ่มตั้งแต่รับผู้ป่วยไว้รักษาในโรงพยาบาล

ภาวะแทรกซ้อนของกระดูกต้นขาหักภาวะแทรกซ้อนของกระดูกหักเกิดขึ้นได้ในระยะต่างๆดังนี้

1. ภาวะแทรกซ้อนระยะแรก

1.1 ภาวะช็อกจากการเสียเลือดมาก (hypovolemic shock) ในผู้ป่วยกระดูกต้นขาหักจะมีการเสียเลือดทั้งที่มองเห็นจากภายนอก และเลือดที่ออกอยู่ภายในมองไม่เห็น ในรายที่กระดูกต้นขาหักอาจมีการสูญเสียเลือดประมาณ 2-3 ลิตรซึ่งในผู้ใหญ่ถ้าเสียเลือดประมาณ 1-2 ลิตรอาจเกิดภาวะช็อกได้

1.2 การบาดเจ็บบริเวณผิวหนัง อวัยวะภายในถูกทำลายจากการทับแทงของปลายกระดูก หรือถูกยุบลงไปกดทับ ได้แก่ อวัยวะภายในช่องท้อง ช่องอก อุ้งเชิงกราน

1.3 ไขมันอุดตันหลอดเลือด (fat embolism) เป็นภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงทำให้เสียชีวิตได้เนื่องจากอวัยวะที่สำคัญขาดเลือดไปเลี้ยง โดยเฉพาะสมองและปอดภาวะนี้พบในผู้ป่วยที่กระดูกหักหลายแห่ง อาการและอาการแสดงผู้ป่วยจะสับสน ซึม เจ็บหน้าอก เหนื่อย หายใจเร็ว ชีต มีไข้สูง มีผื่นจุดเลือดออกใต้ผิวหนัง บริเวณคอ หน้าอก ไหล่ รักแร้ และเข่าของเปลือกตาล่าง

1.4 ภาวะความดันเพิ่มขึ้นในช่องกล้ามเนื้อ (compartment syndrome) จะพบในบริเวณแขนและขา บ่อยกว่าตำแหน่งอื่น อาการและอาการแสดง ปวด (pain) เป็นมากเมื่อเหยียดกล้ามเนื้อ ให้ยาแก้ปวดไม่ทุเลา การรับความรู้สึกผิดปกติ(paresthesia)ซีด(pallor) จับชีพจรบริเวณที่มีพยาธิสภาพไม่ได้ (pulseless) และเคลื่อนไหวส่วนนั้นไม่ได้ตามปกติ (paresis หรือ paralysis)

2.ภาวะแทรกซ้อนระยะหลัง

2.1 ภาวะติดเชื้อพบในกระดูกหักที่มีแผลเปิดทำให้เกิดกระดูกอักเสบติดเชื้อ(osteomyelitis)

2.2 กระดูกตายจากการขาดเลือดกระดูกที่พบบ่อยได้แก่กระดูก scaphiod กระดูก talus และ หัวของกระดูกคันทา

2.3 ปอดอักเสบติดเชื้อจากการนอนนาน(hypostatic pneumonia)พบในผู้ป่วยที่นอนนาน ไม่ได้เปลี่ยนท่านอนบ่อยๆป้องกันโดยการพลิกตะแคงตัวเสมอๆ ทุก2ชั่วโมง กระตุ้นให้อาหารและหายใจลึกๆ

2.4 ข้อติดแข็งจากการไม่ได้เคลื่อนไหวข้อ ผลกกดทับจากการนอนนาน

2.5 ก้อนนิ้วในไต เนื่องจากการขังหรืออยู่นิ่งของน้ำปัสสาวะ และจากการคั่งน้ำน้อยเกินไป

2.6 แคลเซียมเกาะในกล้ามเนื้อ(myositis ossifican)มักเกิดจากกระดูกหักบริเวณใกล้ข้อ การฉีกขาดของกล้ามเนื้อและ periosteum ทำให้มีแคลเซียมเกาะในกล้ามเนื้อ

2.7 ภาวะกระดูกผิดรูป (malunion) ภาวะกระดูกล่าช้า (delayed union) ภาวะกระดูกไม่ติด(non union)

การพยาบาลผู้ป่วยกระดูกคันทาหักแบบเปิด

การพยาบาลผู้ป่วยก่อนผ่าตัด

1. การพยาบาลเพื่อคลายความวิตกกังวลของผู้ป่วยและญาติโดยการสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและญาติ ด้วยท่าทางที่เป็นมิตรเพื่อให้เกิดความไว้วางใจ เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยระบายความรู้สึกและซักถามข้อสงสัย ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติในเรื่องพยาธิสภาพของกระดูกคันทาหักการปฏิบัติตัวขณะอยู่โรงพยาบาล ให้ผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในขั้นตอนการรักษาพร้อมทั้งเซ็นใบยินยอมการผ่าตัด เพื่อป้องกันการฟ้องร้องที่จะเกิดขึ้นภายหลังได้

2. การเตรียมร่างกายบริเวณผ่าตัด อธิบายการเตรียมตัวทั่วไป เช่นการตรวจเลือดการตรวจคลื่นหัวใจ การถ่ายภาพรังสี การเตรียมเลือดไว้เพื่อป้องกันภาวะฉุกเฉินจากการเสียเลือด ดูแลความสะอาดร่างกายทั่วไป ถ้ามีฟันปลอมให้ถอดออกก่อนไปห้องผ่าตัดการเตรียมงดน้ำงดอาหารทางปากก่อนที่จะทำการผ่าตัด อธิบายสภาพทั่วไปหลังผ่าตัด การให้ยาระงับความรู้สึกก่อนผ่าตัดและวิธีการควบคุมปวดหลังผ่าตัด

การพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัด

1. การพยาบาลเพื่อลดการเกิดภาวะช็อกหลังทำผ่าตัด โดยการวัดสัญญาณชีพจนกว่าจะคงที่ตามแผนการรักษาสังเกตอาการกระสับกระส่าย สับสนตัว เย็นชีพจรเบาเร็วมากกว่า 100 ครั้งต่อนาทีความดันโลหิตลดต่ำลงน้อยกว่า 90/60 มิลลิเมตรปรอทหายใจเร็วมากกว่า 20 ครั้งต่อนาทีปัสสาวะออกน้อยกว่า30 มิลลิลิตรต่อชั่วโมงสังเกตการซึมของบาดแผลและบันทึกปริมาณเลือดที่ออกจากท่อระบาย ดูแลให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำอย่างพอเพียงตามแผนการรักษาของแพทย์

2. การพยาบาลเพื่อลดอาการปวดแผล โดยการใช้ pain scaleให้การพยาบาลด้วยความนุ่มนวลเบา มือ ดูแลจัดทำให้ได้รับความสุขสบายยกขาข้างที่ทำผ่าตัดให้สูงเพื่อให้การไหลเวียนโลหิตดี ดูแลให้ยาแก้

ปวดตามแผนการรักษาของแพทย์ สังเกตอาการข้างเคียงของยา จัดสิ่งแวดล้อมให้เงียบสงบ เหมาะแก่การพักผ่อน

3. การพยาบาลเพื่อลดการติดเชื้อบริเวณแผลผ่าตัด โดย สังเกตลักษณะบวมแดงรอบๆแผลและสารคัดหลั่งที่ซึมจากแผลผ่าตัด ดูแลท่อระบายให้ทำงานอย่างมีประสิทธิภาพบันทึกสัญญาณชีพ โดยเฉพาะอุณหภูมิถ้ามากกว่า 37.5 องศาเซลเซียสให้ประเมินทุก 4 ชั่วโมงดูแลให้ได้รับยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษา

4. การพยาบาลเพื่อลดความวิตกกังวล โดยเปิด โอกาสให้ผู้ป่วยซักถามข้อสงสัย ให้กำลังใจ ให้ผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วมในการรับรู้ข้อมูลการรักษา อธิบายถึงระยะเวลาที่ทำให้เกิดการติคของกระดูกและปัจจัยส่งเสริมการติคของกระดูก การใช้ไม้ค้ำยันห้ามลงน้ำหนักขาข้างที่ผ่าตัด ออกกำลังกายกล้ามเนื้อต่างๆ

4. สรุปสาระสำคัญของเรื่องและขั้นตอนการดำเนินการ

ผู้ป่วยที่มีกระดูกต้นขาหักแบบเปิด ถ้าได้รับการรักษาที่ล่าช้าและไม่ถูกต้อง อาจเกิดอันตรายต่อเส้นเลือดและเส้นประสาท ในบริเวณใกล้เคียงส่วนปลายของกระดูกที่หัก ผู้ป่วยอาจเสียเลือดได้ประมาณ 700 – 1,500 มิลลิลิตร ทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะช็อกจากการเสียเลือด และอาจเกิดภาวะไขมันอุดตันในเส้นเลือด ผู้ป่วยอาจเสียชีวิตได้ นอกจากนี้อาจทำให้เกิดทุพพลภาพแก่ผู้ป่วยหากกระดูกไม่ติค หรือมีการติดเชื้อของกระดูกเกิดขึ้นทำให้ต้องใช้เวลานานในการรักษานานขึ้นส่งผลให้มีค่าใช้จ่ายในการรักษามากขึ้นหากผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้รับการคัดกรองที่ถูกต้องรวดเร็วและได้รับการรักษาตามแนวทางการรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะกระดูกหักได้ถูกวิธี จะสามารถลดอัตราการตายความพิการและความเสี่ยงที่สำคัญของภาวะกระดูกหักได้ รวมถึงลดระยะเวลาการรักษาและสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาน้อยลง

ขั้นตอนการดำเนินการ

1. ศึกษาค้นคว้าเรื่องกระดูกต้นขาหักจากตำราวิชาการต่างๆเพื่อนำมาเป็นแนวทางในการวางแผนให้การพยาบาลผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ โดยครอบคลุมทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ
2. เลือกกรณีศึกษาผู้ป่วยหญิงไทยอายุ 22 ปี มุลินธิร่วมกัตัญญและญาตินำส่งโรงพยาบาลด้วยสาเหตุขับรถจักรยานยนต์ไม่สวมหมวกกันน็อกชนกับรถกระบะมีบาดแผลถลอกตามร่างกาย ต้นขาซ้ายบวมผิดรูปและมีแผลฉีกขาดบริเวณต้นขาซ้าย มีเลือดซึมออกมาตลอด แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นกระดูกต้นขาซ้ายหักแบบเปิดรับไว้รักษาตัวที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิงวันที่ 13 สิงหาคม 2556 HN 26970/56 AN 11269/56
3. ประเมินสภาพร่างกายทุกระบบ จิตใจ อารมณ์ สังคม และประวัติที่เกี่ยวข้องกับอาการเจ็บป่วยปัจจุบัน ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต รวมทั้งประวัติครอบครัว
4. วินิจฉัยการพยาบาลเพื่อวางแผนในการพยาบาลตามลำดับความสำคัญและเร่งด่วนของโรคเพื่อให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ
5. ปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลให้สอดคล้องตามแผนการรักษาของแพทย์ ประเมินผลการพยาบาลและปัญหาทางการพยาบาลเพื่อนำมาแก้ไขและดูแลผู้ป่วยรวมทั้งให้คำแนะนำผู้ป่วยให้มีความรู้ในการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง

6. สรุปกรณีศึกษาเฉพาะราย นำข้อมูลมาสรุป จัดทำเป็นเอกสาร ตรวจสอบความถูกต้องและนำเสนอ ข้อมูลตามลำดับ

5. ผู้ร่วมดำเนินการ ไม่มี

6. ส่วนของงานที่ผู้เสนอเป็นผู้ปฏิบัติ เป็นผู้ดำเนินการทั้งหมด ร้อยละ 100 โดยดำเนินการดังนี้

กรณีศึกษาผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 22 ปี มารับการรักษาเมื่อวันที่ 13 สิงหาคม 2556 เวลา 16.20 นาฬิกา มูลนิธิร่วมกตัญญูพร้อมญาตินำส่งด้วยสาเหตุข้อรถจักรยานยนต์ไม่สวมหมวกกันน็อกชนกับรถกระบะ เวลาเกิดเหตุประมาณ 15.50 นาฬิกา หลังเกิดเหตุผู้ป่วยจำเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นไม่ได้ จากการประเมินสภาพ ผู้ป่วยแรกรับ ที่หน่วยงานอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ใบหน้าซีด เหงื่อออก ปวดต้นขาซ้าย บริเวณ ต้นขาซ้ายบวมผิดปกติและมีเลือดซึมออกมาตลอด สำรวจบริเวณต้นขาพบบาดแผลฉีกขาดขนาดกว้าง 0.5 เซนติเมตร ยาว 0.5 เซนติเมตร สัญญาณชีพแรกรับความดันโลหิต 86/46 มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นของ หัวใจ 116 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที วัดค่าความอิ่มตัวออกซิเจนของหลอดเลือดแดงปลาย นิ้วได้ 99 เปอร์เซ็นต์ ผู้ป่วยมีภาวะช็อกเนื่องจากการสูญเสียเลือดบริเวณกระดูกต้นขาซ้ายหัก จัดให้ผู้ป่วยนอนราบเพื่อให้เลือดไปเลี้ยงสมองได้เพียงพอ พร้อมทั้งรายงานให้แพทย์ทราบ จัดให้ขาข้างซ้ายอยู่หนึ่งด้วยการค้ำด้วยไม้ค้ำ เพื่อป้องกันการเคลื่อนไหวของกระดูกไม่ให้เกิดการที่มแทงหลอดเลือดหรือเนื้อเยื่อเพิ่มมากขึ้นแพทย์มีคำสั่งการรักษาให้สารน้ำชนิด 0.9% NSS 1,000 มิลลิลิตร อัตรา 200 มิลลิลิตรในเวลา 15 นาที วัดสัญญาณชีพหลังจากให้สารน้ำ 15 นาทีความดันโลหิต 114/62 มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นของหัวใจ 100 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ใบหน้าซีดลดลง ไม่มีเหงื่อออก ตัวเย็น

หลังจากนั้นดูแลให้สารน้ำ 0.9% NSS 1,000 มิลลิลิตร อัตรา 120 มิลลิลิตรต่อชั่วโมงสังเกตบริเวณ แขนที่ให้สารน้ำไม่มีบวมแดงอักเสบ บันทึกสัญญาณชีพทุก 15 นาที 4 ครั้ง สัญญาณชีพผู้ป่วยอยู่ในช่วงปกติ ระดับความดันโลหิต 110/60 มิลลิเมตรปรอทถึง 120/70 มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นของหัวใจอยู่ในช่วง 90-100 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ค่าความอิ่มตัวออกซิเจนของหลอดเลือดแดงปลายนิ้วอยู่ในช่วง 98-100 เปอร์เซ็นต์ ดูแลใส่สายสวนปัสสาวะชนิดคาสาย เพื่อประเมินการไหลเวียนของหลอดเลือด ไปเลี้ยงเนื้อเยื่อส่วนปลายได้เพียงพอ ปริมาณปัสสาวะที่ออกมาหลังใส่สายสวนมีปัสสาวะออกคาสาย เล็กน้อยสีเหลืองใส ไม่มีเลือดปน บันทึกสีและปริมาณปัสสาวะที่ออกมา 15 นาทีหลังจากใส่สายสวน ปัสสาวะมีปริมาณ 100 มิลลิลิตรสีเหลืองใส ผู้ป่วยปวดต้นขาซ้ายให้การพยาบาลโดยประเมินระดับการ ปวด pain scale เท่ากับ 10 (scale 0 -10)จัดผู้ป่วยอยู่ในท่าสุขสบายให้ขาข้างซ้ายวางอยู่หนึ่งด้วยการค้ำด้วยไม้ ค้ำ ให้การพยาบาลด้วยความนุ่มนวลเบามือ แนะนำวิธีการหายใจเข้าออก-ลึกๆ รายงานแพทย์มีคำสั่งการ รักษาให้ยาแก้ปวด pethidine 50 มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำดูแลให้ยาแก้ปวดตามแผนการรักษา งดยาเข้า หลอดเลือดดำอื่นๆเพื่อลดภาวะแทรกซ้อนของยาคือความดันโลหิตต่ำ คลื่นไส้ อาเจียน และอาการแพ้ยา วัด สัญญาณชีพหลังได้รับยาความดันโลหิตเท่ากับ 110/63 มิลลิเมตรปรอทอัตราการเต้นของหัวใจ 86 ครั้งต่อ นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาทีผู้ป่วยไม่มีอาการคลื่นไส้อาเจียน ไม่มีอาการแน่นหน้าอกผื่นขึ้นจากการ

แพทย์ประเมินระดับการปวดหลังได้รับยาแก้ปวด 15 นาทีผู้ป่วยมีระดับความปวด pain scale ลดลงเท่ากับ 5 รายงานแพทย์รับทราบแต่ยังไม่มีคำสั่งการรักษาให้ยาแก้ปวดเพิ่ม อธิบายให้ผู้ป่วยรับทราบถึงระยะเวลาที่จะฉีดยาแก้ปวดได้อีกและให้การพยาบาลเพื่อลดอาการปวดต้นขาโดยดูแลความดันขาด้านซ้ายด้วยไม้คานชนิดยาว โดยให้ต้นขาอยู่นิ่งในแนวตรง พร้อมทั้งบอกเหตุผลของการคามต้นขาว่าการคามต้นขาจะช่วยลดอาการปวดและภาวะแทรกซ้อนจากปลายกระดูกที่หักไปที่มีแทงเนื้อเยื่อและเส้นเลือดให้ผู้ป่วยรับทราบหลังได้รับข้อมูลผู้ป่วยรับทราบและให้ความร่วมมือในการให้การพยาบาลเป็นอย่างดี ทำความสะอาดบาดแผลที่ต้นขาด้านซ้ายเพื่อลดอาการติดเชื้อ หลังจากนั้นได้ปิดแผลและพันรอบแผลด้วยผ้ายึดพันแผลเพื่อห้ามเลือด ดูแลให้ยาฆ่าเชื้อ Cefazolin ขนาด 1 กรัมทางหลอดเลือดดำทันทีเพื่อป้องกันการติดเชื้อโรคและติดตามฝ้าระวังในระหว่างและหลังให้ยาผู้ป่วยหลังผู้ป่วยได้รับยาฆ่าเชื้อ ไม่มีอาการแพ้ยาให้การพยาบาลเพื่อลดการติดเชื้อบริเวณแผล โดยการสังเกตลักษณะบวมแดงรอบๆแผลและสารคัดหลั่งที่ซึมออกจากแผลรอบๆแผลมีบวมแดงและมีเลือดสีแสดซึมผ่านผ้าพันแผลเล็กน้อย ไม่มีไข้วัดอุณหภูมิได้ 37 องศาเซลเซียส

เตรียมเคลื่อนย้ายผู้ป่วยไปแผนกรังสีเพื่อถ่ายภาพรังสีที่ทรวงอกและต้นขาด้านซ้ายฝ้าระวังภาวะช็อกในระหว่างเคลื่อนย้ายโดยบันทึกสัญญาณชีพในระหว่างทำการเคลื่อนย้าย สัญญาณชีพในระหว่างเคลื่อนย้าย ความดันโลหิต 124/70 มิลลิเมตรปรอทอัตราการเต้นของหัวใจ 92 ครั้งต่อนาทีอัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความอิ่มตัวออกซิเจนของหลอดเลือดแดงปลายนิ้ว 99 เปอร์เซ็นต์ความรู้สึกตัวดี ไม่มีเหงื่อออก ตัวเย็น ปริมาณปัสสาวะ 250 มิลลิลิตรสีเหลืองใส ขกราวกันเตียงขึ้นตลอดเวลาเพื่อป้องกันการพลัดตกเตียง เคลื่อนย้ายผู้ป่วยด้วยความระมัดระวังและถูกวิธี โดยมีเจ้าหน้าที่ไปกับผู้ป่วย 2 คนเพื่อประคองขาข้างที่หักให้อยู่ในแนวตรง ขณะเคลื่อนย้าย แนะนำเจ้าหน้าที่ศูนย์เคลื่อนย้ายให้ระวังขณะเคลื่อนย้ายผู้ป่วยไปแผนกรังสี ตลอดจนคอยสังเกตอาการผิดปกติเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยจากการฝ้าระวังทำให้ผู้ป่วยรายนี้ไม่เกิดอุบัติเหตุซ้ำและภาวะช็อกในขณะเคลื่อนย้ายจากผลถ่ายภาพรังสีและตรวจร่างกายแพทย์วินิจฉัยว่าเป็น open fracture left shaft of femur หลังจากแพทย์เวรห้องอุบัติเหตุ-ฉุกเฉินได้แจ้งอาการและการรักษาให้ผู้ป่วยและญาติทราบผู้ป่วยนั่งเจ็บพักหน้าเบาๆแสดงสีหน้ากังวลแต่ไม่ได้พูดหรือซักถามอะไรต่อสังเกตเห็นญาติผู้ป่วยมีท่าทางกระวนกระวาย เดินเข้าออก 2-3 ครั้งพยาบาลจึงได้สอบถามญาติว่ามีข้อขัดข้องสงสัยอะไรหรืออยากทราบข้อมูลอะไรเพิ่มเติมหรือไม่ ญาติผู้ป่วยได้ตอบว่าไม่รู้จะต้องเสียค่าใช้จ่ายแพงไหมเนื่องจากตอนนี้ยังไม่ได้เตรียมเงินมาเลย และตอนนี้ญาติต้องทำอะไรบ้างได้อธิบายให้ผู้ป่วยทราบว่าเบื้องต้นสิทธิการรักษาที่สามารถใช้ได้คือสิทธิ์พระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ประสบภัยบนท้องถนนหากค่าใช้จ่ายเกินวงเงิน 15,000 บาทผู้ป่วยสามารถใช้สิทธิ์บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าต่อได้เลยมอาจจะมีค่าใช้จ่ายส่วนเกินในส่วนที่ไม่สามารถเบิกจ่ายได้ ซึ่งจะแจ้งให้ผู้ป่วยได้ทราบก่อนผู้ป่วยได้รับทราบข้อมูลแล้วสีหน้าดีขึ้นพักหน้าแสดงความเข้าใจ แนะนำให้ญาติเตรียมเอกสารสำหรับการรออนุมัติสิทธิในการนอนโรงพยาบาลญาติรับทราบ และได้เตรียมเอกสารมาเรียบร้อยแล้ว

ส่งเลือดตรวจทางห้องปฏิบัติการผลการตรวจพบ Blood Urea Nitrogen(BUN)24มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์(ค่าปกติ 8-20) creatinine 0.54 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์(ค่าปกติ 0.8-2)sodium (Na)136.8 มิลลิโมลต่อลิตร (ค่าปกติ135-145) potassium (K) 3.25 มิลลิโมลต่อลิตร (ค่าปกติ 3.5-5) chloride 108.3 มิลลิโมลต่อลิตร (ค่าปกติ100-110) carbondioxide(CO₂) 21มิลลิโมลต่อลิตร (ค่าปกติ 24-32) hematocrit (Hct) 34.3 เปอร์เซ็นต์ (ค่าปกติ 40-51) hemoglobin (Hb) 11 กรัมเปอร์เซ็นต์ (ค่าปกติ14-17) platelet count 254,000 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร (ค่าปกติ140,00-450,000) white blood cell count (WBC)สูง 17,740 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร (ค่าปกติ 4,500-10,700) ของเลือดชนิด Pack Red Cell สูงละ 450 มิลลิลิตรจำนวน 2 ถุง จากผลการตรวจเลือดพบว่า ผู้ป่วยมีปริมาณเม็ดเลือดขาว(WBC)ในเลือดสูงกว่าค่าปกติคือจำนวน 17,740 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร เพราะเม็ดเลือดขาวทำหน้าที่ป้องกันการติดเชื้อเมื่อมีการติดเชื้อร่างกายจะสร้างเม็ดเลือดขาวอย่างรวดเร็วเพื่อไปทำลายเชื้อโรค ส่วนการตรวจทางเคมีวิทยาตัวอื่นมีผลปกติ

ฉีดวัคซีนป้องกันบาดทะยักขนาด 0.5มิลลิลิตรเข้ากล้ามเนื้อต้นแขนแนะนำประคบเย็นบริเวณที่ฉีด เนื่องจากวัคซีนทำให้ปวดต้นแขน แจ้งให้ผู้ป่วยคนน้ำและอาหารทางปากในระหว่างรอเข้ารับการผ่าตัด ผู้ป่วยรับทราบและปฏิบัติตามที่แนะนำประสานงานกับห้องผ่าตัดเพื่อส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยและวิธีการผ่าตัดตามแผนการรักษาของแพทย์ เวลา 17.30 นาฬิกาส่งต่อผู้ป่วยเข้าเป็นผู้ป่วยในที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิงส่งต่อข้อมูลให้ฝ่ายระวางภาวะช็อกจากกระดูกต้นขาหักและบอกการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับระหว่างอยู่ที่หน่วยงาน อุบัติเหตุ-ฉุกเฉินให้ผู้ป่วยและญาติลงลายมือชื่อในใบยินยอมเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลและการผ่าตัด รวบรวมระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย ตั้งแต่แรกรับที่หน่วยงานอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน ถึงส่งต่อเป็นผู้ป่วยใน เป็นระยะเวลา 1 ชั่วโมง 10 นาที

วันที่ 15 สิงหาคม 2556 ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิงผู้ป่วยนอนอยู่บนเตียงรู้สึกตัวดี ขาข้างซ้ายมีแผลจากการทำผ่าตัด Debridement + ORIF with locking plateในวันที่ 13สิงหาคม 2556 เวลา 19.00 นาฬิกาจากการสอบถามพยาบาลประจำหอผู้ป่วยและศึกษาจากรายงานเวชระเบียนขณะผ่าตัดเสียเลือดไป 300 มิลลิลิตร สัญญาณชีพระหว่างผ่าตัดอยู่ในอัตราปกติปริมาณปัสสาวะ 150 มิลลิลิตร ระยะเวลาในการผ่าตัด 1 ชั่วโมง 35 นาที ไม่มีภาวะแทรกซ้อนในระหว่างผ่าตัดและส่งต่อมาที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง ในเวลา 22.30 นาฬิกา แรกรับผู้ป่วยรู้สึกตัวดี สัญญาณชีพความดันโลหิต 118/80 มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นของหัวใจ 90 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาทีอุณหภูมิ 37 องศา ได้รับยาฆ่าเชื้อ Cefazolin ขนาด 1 กรัมทางหลอดเลือดดำทุก 6 ชั่วโมง เพื่อป้องกันการติดเชื้อโรค มีอาการปวดแผลระดับ pain scale เท่ากับ 5 ผู้ป่วยได้รับยาแก้ปวดชนิดรับประทานคือ Tramal 50 มิลลิกรัมครั้งละ1 เม็ดหลังอาหารเช้า กลางวัน เย็นให้คำแนะนำเทคนิคการหายใจเข้าออก-ลึกๆเพื่อให้ผ่อนคลายความเจ็บปวดลงแนะนำผู้ป่วยแจ้งให้พยาบาลประจำหอผู้ป่วยทราบในกรณีปวดแผลผ่าตัดมากหรือต้องการความช่วยเหลือ

วันที่ 18 สิงหาคม 2556 ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิงผู้ป่วยรู้สึกตัวดีนั่งบนเตียง ความดันโลหิตปกติ113/70มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นของหัวใจ 90 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ20 ครั้ง

ต่อมาที่ อุณหภูมิ 37 องศาเซลเซียสอาการปวดแผลลดลง pain scale เท่ากับ 3 แผลผ่าตัดไม่มีเลือดซึม รับประทานอาหารได้ปกติผู้ป่วยได้รับการถอดสายสวนปัสสาวะในวันที่ 16 สิงหาคม 2558 หลังถอดสายสวน สามารถปัสสาวะได้ปกติแพทย์มีคำสั่งการรักษาห้ามลงน้ำหน้าขาข้างซ้ายที่ผ่าตัด สามารถเคลื่อนไหว ร่างกายโดยใช้ไม้ค้ำยัน สอบถามผู้ป่วยในการใช้ไม้ค้ำยันผู้ป่วยบอกว่าแพทย์ไม่ให้ลงน้ำหน้าขาซ้ายให้ใช้ไม้ ค้ำยันช่วยพยุงตัวและพยาบาลได้มาสอนการเดินว่าให้ยกไม้ค้ำยันสองข้างไปข้างหน้าก่อนแล้วจับไม้ค้ำยัน ให้กระชับมือทั้งสองข้างทิ้งน้ำหนักไปที่ไม้ค้ำยันแล้วค่อยก้าวขาข้างขวาตาม สอบถามผู้ป่วยเพิ่มเติมว่า หลังจากฝึกเดินด้วยไม้ค้ำยันแล้วเป็นอย่างไรผู้ป่วยบอกว่าวันแรกยังไม่กล้าขยับขาจากลัวแผลและกลัวหกล้ม เพราะไม่เคยใช้ไม้ค้ำยันมาก่อน แต่เมื่อวานเริ่มใช้ได้คล่องขึ้นเดินเข้าห้องน้ำได้เองคนเดียวไม่ล้มและ ตอนนี้ก็ไม่ปวดแผล จึงกล่าวชมและให้กำลังใจผู้ป่วย

หลังจากแพทย์ตรวจเยี่ยมอาการผู้ป่วย แผลผ่าตัดแห้งดี สัญญาณชีพปกติ ไม่มีไข้ เริ่มฝึกเดินโดยใช้ ไม้ค้ำยันได้ และไม่มีภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดอย่างอื่น แพทย์มีแผนการรักษาให้กลับบ้านได้วันที่ 19 สิงหาคม 2556 สอบถามผู้ป่วยเรื่องเตรียมเอกสารที่ต้องใช้ก่อนกลับบ้าน ผู้ป่วยบอกว่าญาติได้ยื่นเอกสาร เรียบร้อย และย้ำให้ผู้ป่วยมาตรวจตามนัดอย่างต่อเนื่องรวมถึงแนะนำอาการผิดปกติต่างๆที่ควรมาพบแพทย์ มีนัดตรวจที่แผนกผู้ป่วยนอกศัลยกรรมกระดูกวันที่ 28 สิงหาคม 2556 เวลา 8.00 นาฬิกา รวมพักรักษาตัว ในโรงพยาบาลเป็นเวลา 7 วัน

7. ผลสำเร็จของงาน

กรณีศึกษาผู้ป่วยเพศหญิง อายุ 22 ปีมา โรงพยาบาลด้วยสาเหตุ ขั้บรถจักรยานยนต์ไม่สวมหมวก กันน็อก ชนกับรถกระบะ ตรวจร่างกายพบกระดูกต้นขาซ้ายผิกรูมีแผลเปิดเลือดซึมตลอดแพทย์วินิจฉัยเป็น open fracture left shaft of femur ขณะอยู่ที่หน่วยงานอุบัติเหตุ-ฉุกเฉินแรกรับผู้ป่วยมีภาวะช็อกจากการเสีย เลือดได้รับการแก้ไขภาวะช็อกดูแลให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำผู้ป่วยปวดแผลได้รับยาฉีดแก้ปวดคือ pethidine ขนาด 50 มิลลิกรัมและบันทึกสัญญาณชีพเฝ้าระวังผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดผู้ป่วยนอนรักษาตัวที่หอผู้ป่วย ศัลยกรรมหญิงแพทย์ให้การรักษาดูแลด้วยการผ่าตัด debridement +ORIF with locking plate หลังผ่าตัดผู้ป่วย อาการทุเลาและไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนใดๆ แผลผ่าตัดแห้งดี ฝึกเดินด้วยการใช้ไม้ค้ำยันผู้ป่วยบอกวิธีการใช้ ไม้ค้ำยันแบบไม่ลงน้ำหน้าขาข้างที่ผ่าตัดได้ เข้าห้องน้ำได้เองไม่เกิดอุบัติเหตุซ้ำแพทย์อนุญาตให้กลับบ้าน ได้ในวันที่ 19 สิงหาคม 2556 ค่ารักษาใช้สิทธิ์พระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ประสบภัยบนท้องถนนและต่อด้วย ใช้สิทธิ์ประกันสุขภาพถ้วนหน้าไม่มีค่าใช้จ่ายส่วนเกิน รวมระยะเวลาอนโรงพยาบาล 7 วัน มีนัดตรวจ ติดตามอาการวันที่ 28 สิงหาคม 2556 เวลา 08.00 นาฬิกา ที่แผนกผู้ป่วยนอกศัลยกรรมกระดูก

8. การนำไปใช้ประโยชน์

1. นำความรู้จากการศึกษาค้นคว้าเรื่องการดูแลผู้ป่วยกระดูกหักแบบเปิดมาใช้ในการปฏิบัติงานได้ อย่างมีประสิทธิภาพ ถูกต้อง ปลอดภัย ไม่เกิดภาวะทุพพลภาพ และเสียชีวิตจากภาวะแทรกซ้อน

9. ความยุ่งยาก ปัญหา อุปสรรคในการดำเนินการ

ผู้ป่วยรายนี้ประสบอุบัติเหตุขับรถจักรยานยนต์ชนกับรถกระบะได้รับบาดเจ็บมีกระดูกต้นขาซ้ายหักแบบเปิดนำส่งโรงพยาบาลสิรินธรปัญหาคือผู้ป่วยมีภาวะช็อกต้องมีการเฝ้าระวังภาวะช็อกอย่างใกล้ชิด การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยต้องใช้บุคลากรอย่างน้อย 2 คน ขณะเดียวกันต้องเฝ้าระวังภาวะช็อกขณะเคลื่อนย้ายไปแผนกเร่งสีทำให้ต้องใช้บุคลากรในการดูแลผู้ป่วยรายนี้มากขึ้น

10. ข้อเสนอแนะ

1. โรงพยาบาลและหน่วยงานห้องอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน ควรร่วมกันจัด โครงการอบรมบุคลากรอาสาผู้เกี่ยวข้องดูแลผู้ป่วยที่จุดเกิดเหตุให้มีความรู้และทักษะการปฐมพยาบาลผู้ป่วยที่ถูกต้อง เพื่อความปลอดภัยต่อผู้ป่วยและลดการเกิดทุพพลภาพก่อนนำส่งโรงพยาบาล
2. ควรมีการจัดทำ CPG แนวทางในการดูแลผู้ป่วยกระดูกหักร่วมกัน เพื่อเพิ่มมาตรฐานในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องและมีคุณภาพ
3. จัดให้มีการอบรมบุคลากรในการดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุ เพื่อให้มีความรู้ความสามารถในการดูแลและประเมินอาการ และให้การพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุได้ครอบคลุม
4. โรงพยาบาลควรมีส่วนร่วมในการรณรงค์เพื่อป้องกันอุบัติเหตุในโอกาสต่างตามความเหมาะสม
5. มีการเตรียมผู้ป่วยก่อนกลับบ้าน โดยการสอนหลักในการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องเมื่อผู้ป่วยกลับบ้าน แนะนำการใช้อุปกรณ์ต่างๆ ที่ช่วยในการดำเนินชีวิต และภาวะผิดปกติต่างๆ ที่ควรมารับการตรวจซ้ำ ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการและได้ดำเนินการปรับปรุงแก้ไขเป็นไปตามคำแนะนำของคณะกรรมการ

(ลงชื่อ).....

(นางสาววิไลพร อ่อนละมุล)

ผู้ขอรับการประเมิน

(วันที่)..... - ๘ ต.ค. ๒๕๕๘

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองผลงานว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....

(นางสุวลักษณ์ อัครเดชา)

(ตำแหน่ง) หัวหน้าพยาบาล

กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล

ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลสิรินธร

(วันที่)...../...../.....

(ลงชื่อ).....

(นายแพทย์ทรงเกียรติ ปัญญจเร)

(ตำแหน่ง) รองผู้อำนวยการ โรงพยาบาล

ฝ่ายการแพทย์ รักษาการในตำแหน่ง

ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลสิรินธร

(วันที่)...../...../.....

หมายเหตุ : ผู้บังคับบัญชาที่ควบคุมดูแลการปฏิบัติงานของผู้ขอรับการประเมิน โดยตรงระหว่างวันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2558 ถึงวันที่ 30 กันยายน พ.ศ. 2558คือนายพิพัฒน์ เกรียงวัฒนศิริปัจจุบันเกษียณอายุราชการ

ข้อเสนอ แนวคิด วิธีการเพื่อพัฒนางานหรือปรับปรุงงานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

ของ นางสาววิไลพร อ่อนละมุล

เพื่อประกอบการแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)

(ตำแหน่งเลขที่ รพส.201)กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลสิรินธร สำนักงานแพทย์
เรื่อง การจัดทำวีดิทัศน์เรื่องการใช้ไม้ค้ำยัน

หลักการและเหตุผล

ภาวะกระดูกสันหลังแบบเปิด เป็นปัญหาที่พบได้บ่อย จากสถิติผู้ป่วยกระดูกสันหลังที่เข้ามารักษาในโรงพยาบาลสิรินธรมีอัตราเฉลี่ย 81 รายต่อปีและมีอัตราการเกิดอุบัติเหตุซ้ำหลังจากกลับไปดำเนินชีวิตที่บ้านเฉลี่ยจำนวน 10 รายต่อปี คิดเป็นร้อยละ 12.3 ถึงแม้ตัวเลขทางสถิติจะน้อย แต่ผู้ป่วยมีอาการเกิดทุพพลภาพ และเสียชีวิตจากภาวะแทรกซ้อนที่ตามมาสูง สูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาสูง เป็นภาระที่ตามมาของครอบครัวและสังคม จากการผ่าตัดแล้วผู้ป่วยจะต้องกลับไปดำเนินชีวิตที่บ้าน จึงเป็นส่วนสำคัญ ไม่แพ้กับการนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล ในการให้ความรู้เกี่ยวกับอุปกรณ์ที่ช่วยพยุงเวลาเคลื่อนไหวร่างกายให้กับผู้ป่วยก่อนกลับบ้าน เนื่องจากเมื่อผู้ป่วยกลับไปดำเนินชีวิตที่บ้าน จำเป็นจะต้องมีอุปกรณ์ในการช่วยพยุงร่างกายเวลาเคลื่อนไหว เพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุซ้ำ หากเกิดภาวะกระดูกหัก และผู้ป่วยขาดความรู้ในการดูแลตนเองภายหลังจากกลับบ้าน ก็อาจทำให้ได้รับอุบัติเหตุซ้ำหลังจากผ่าตัดได้ ส่งผลให้เกิดภาวะกระดูกผิดรูป กระดูกหักซ้ำ การไม่เชื่อมติดกันของกระดูกส่วนที่หัก รวมทั้งยังเกิดอันตรายต่อเส้นประสาทหรือเส้นเลือดที่อยู่ใกล้เคียงตำแหน่งกระดูกหัก กระดูกติดเชื้อ ถึงแม้จะพบได้ไม่บ่อย แต่เมื่อเกิดขึ้นแล้วมีผลต่อผู้ป่วยอย่างรุนแรง ผู้ป่วยอาจทุพพลภาพ หรือเสียชีวิตได้ ดังนั้นอุปกรณ์สำหรับช่วยค้ำยันร่างกายในภาวะที่กระดูกสันหลังหัก จึงมีความจำเป็นต่อผู้ป่วยอย่างมากเพื่อลดอัตราการเกิดอุบัติเหตุซ้ำ พยาบาลมีบทบาทในการสอนและฝึกการใช้อุปกรณ์ไม้ค้ำยันให้กับผู้ป่วยที่มีภาวะกระดูกสันหลังหัก ไม้ค้ำยัน เป็นอุปกรณ์ช่วยในการเดินที่รับน้ำหนักของร่างกายได้ประมาณร้อยละ 70 วัสดุที่ใช้ อาจทำด้วยไม้ หรืออะลูมิเนียม ไม้ค้ำยันควรปรับระดับได้ และส่วนปลายควรมียางสวมกันลื่น ขนาดความยาวพอดี ไม่สั้นหรือยาวเกินไป ไม้ค้ำยันจะช่วยเพิ่มความมั่นคงในการทรงตัวขณะเดิน ช่วยแบ่งเบาภาระการลงน้ำหนัก และการรับน้ำหนักของขาทั้งสองข้าง การจัดทำวีดิทัศน์เรื่องการใช้ไม้ค้ำยัน จะช่วยให้ผู้ป่วย เข้าใจ และสามารถฝึกการใช้ไม้ค้ำยันได้ด้วยตัวเองอย่างถูกวิธี

วัตถุประสงค์และหรือเป้าหมาย

1. เพื่อเผยแพร่ความรู้เกี่ยวกับการเคลื่อนไหวร่างกายด้วยการใช้ไม้ค้ำยัน ให้แก่ผู้ป่วย ที่มารับบริการที่หน่วยงานอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน โรงพยาบาลสิรินธร
2. เพื่อให้ผู้ป่วยมีแนวทางในการปฏิบัติตนในการใช้ไม้ค้ำยัน ได้ถูกต้อง ลดการเกิดอุบัติเหตุซ้ำ

กรอบการวิเคราะห์ แนวคิด ข้อเสนอ

1. จากทฤษฎีการปรับตัวของรอย (Roy's Adaptation Model) บุคคลเป็นระบบของการปรับตัวซึ่งจะต้องมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม การกำหนดกิจกรรมการพยาบาลเป็นการส่งเสริมการปรับตัวของผู้ป่วยได้ดียิ่งขึ้น ผู้ป่วยกระดูกหัก ยังต้องมีการดำเนินชีวิตต่อไปในสังคม การช่วยแนะนำให้ความรู้และข้อมูลในการปรับตัวเมื่อกลับไปรักษาตัวต่อที่บ้าน จะช่วยเสริมให้ผู้ผู้ป่วยมีความมั่นใจและสามารถปรับตัวต่อการเผชิญกับความเจ็บป่วยได้

2. ทฤษฎีความบกพร่องในการดูแลตัวเองของ โอเร็ม (Orem) เมื่อความต้องการดูแลตนเองมากกว่าความสามารถที่จะตอบสนองได้ บุคคลจะมีความบกพร่องในการดูแลตนเอง และต้องการการพยาบาลทั้งนี้ความสามารถเพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดของบุคคลถูกกระทบได้เนื่องจากภาวะด้านสุขภาพ พยาบาลเป็นผู้ที่ส่งเสริมให้ผู้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจและเข้มแข็งในการเผชิญปัญหาในผู้ป่วยภาวะกระดูกต้นขาหักซึ่งเป็นกระดูกที่สำคัญในการช่วยพยุง โครงสร้างของร่างกายในการเคลื่อนไหวหรือทำกิจกรรมต่างๆ ผู้ป่วยกระดูกต้นขาหักมีความพร้อมในการทำกิจกรรมต่างๆในการดำเนินชีวิต พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการให้ความรู้และคำแนะนำในการใช้อุปกรณ์เพื่อช่วยในการเดิน หรือเคลื่อนไหวร่างกายให้มั่นคงมากที่สุด

ขั้นตอนการดำเนินงาน

1. นำเสนอปัญหาและขออนุมัติจัดทำ วิดีทัศน์การใช้ไม้ค้ำยันต่อหัวหน้าหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน
2. ประชุมปรึกษาหารือกับบุคลากรในหน่วยงานอุบัติเหตุ-ฉุกเฉินในการขอความร่วมมือในการจัดทำ
3. ศึกษาค้นคว้า จากตำราวิชาการ เกี่ยวกับการใช้ไม้ค้ำยัน และสอบถามข้อมูลจากผู้เชี่ยวชาญ
4. รวบรวมและกำหนดเนื้อหาในการจัดทำวีดีทัศน์ ประกอบด้วย
 1. ประโยชน์ของไม้ค้ำยัน
 2. การวัดขนาดไม้ค้ำยัน
 3. ข้อควรปฏิบัติในการใช้ไม้ค้ำยัน
 4. วิธีการเดินด้วยไม้ค้ำยัน 4 วิธี คือ
 - 4.1 เดิน โดยใช้ไม้ค้ำยัน 1 คู่ และขาจับน้ำหนัก 4 จุด (Four point gait)
 - 4.2 เดิน โดยใช้ไม้ค้ำยัน 1 คู่ และขาจับน้ำหนัก 2 จุด (Two point gait)
 - 4.3 เดิน โดยขาข้างผิดปกติไม่รับน้ำหนักตัว ใช้ข้างปกติและไม้ค้ำยัน 1 คู่รับน้ำหนัก รวม 3 จุด (Three point gait)
 - 4.4 โหนตัวผ่านเลยไม้ค้ำยัน (swing through gait)
5. แบบประเมินผลการใช้ไม้ค้ำยันจากวีดีทัศน์

5. ขอความร่วมมือจากบุคลากรในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินในการเป็นต้นแบบในการจัดทำ
6. ประสานงานกับเจ้าหน้าที่ศูนย์วิชาการ โรงพยาบาลเพื่อนัดหมายถ่ายทำและตัดต่อวีดิทัศน์การใช้ไม้ค้ำยัน
7. นำวีดิทัศน์ที่ถ่ายทำตัดต่อเสร็จเรียบร้อยแล้วและแบบประเมินผลการใช้ไม้ค้ำยันจากวีดิทัศน์มาให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบ ได้แก่ หัวหน้าหน่วยงานอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน แพทย์เฉพาะทางด้านศัลยกรรมกระดูก หัวหน้าหอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย หัวหน้าหอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง เจ้าหน้าที่กายภาพบำบัด
8. ประสานงานกับหอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิงและศัลยกรรมชาย นำวีดิทัศน์ที่ผ่านการตรวจสอบแล้วมาใช้กับผู้ป่วยที่มีภาวะกระดูกขาหักลงฝักปฏิบัติตามในการเตรียมตัวก่อนกลับบ้าน และขอความร่วมมือในการประเมินผลหลังการใช้
9. นำผลการประเมินการใช้ไม้ค้ำยันจากวีดิทัศน์ ของผู้ป่วยของหอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิงและศัลยกรรมชายมาประชุมร่วมกันในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินและปรึกษาผู้ทรงคุณวุฒิผู้เชี่ยวชาญเพื่อปรับปรุงแก้ไขให้ถูกต้องเหมาะสม
10. นำวีดิทัศน์ที่ได้รับการปรับปรุงแล้ว มาประกาศใช้ในหน่วยงานที่เกี่ยวข้องและดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะกระดูกขาหักของโรงพยาบาลสิรินธร และขอความร่วมมือในการประเมินผล
11. ประเมินผลการใช้ไม้ค้ำยันจากวีดิทัศน์ของผู้ป่วย

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ผู้ป่วยและญาติมีความรู้ความเข้าใจในการเคลื่อนไหวร่างกายโดยใช้ไม้ค้ำยันได้ถูกต้อง
 2. ลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการใช้ไม้ค้ำยันที่ผิดวิธี เช่นการเกิดอุบัติเหตุซ้ำ
- ตัวชี้วัดความสำเร็จ**
1. อัตราผู้ป่วยมาตรวจรักษาซ้ำในหน่วยงานอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน โรงพยาบาลสิรินธรด้วยสาเหตุการเกิดอุบัติเหตุซ้ำจากการใช้ไม้ค้ำยันลดลงเหลือร้อยละ 10
 2. ผู้ป่วยสามารถตอบแบบประเมินผลได้ 8 ข้อขึ้นไป มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80

(ลงชื่อ).....

(นางสาววิไลพร อ่อนละมุล)

ผู้ขอรับการประเมิน
0 ๘ ต.ค. ๒๕๕๘
(วันที่).....