

ผลงานประกอบการพิจารณาประเมินบุคคล
เพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งสำหรับผู้ปฏิบัติงานที่มีประสบการณ์
ตำแหน่งประเภทวิชาชีพเฉพาะ

ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ 7 วช. (ด้านการพยาบาล)

เรื่องที่เสนอให้ประเมิน

1. ผลงานที่เป็นผลการดำเนินงานที่ผ่านมา

เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยกระดูกบริเวณใบหน้าหักที่ได้รับการผ่าตัดจัดกระดูกให้เข้าที่
และใส่เหล็กยึดตามกระดูก

2. ข้อเสนอ แนวคิด วิธีการเพื่อพัฒนางานหรือปรับปรุงงานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

เรื่อง สื่อการสอนเรื่องการปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัด ขณะและหลังผ่าตัดผู้ป่วยไฟไหม้
น้ำร้อนลวก

เสนอโดย

นางสาววันดี ธารา

ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ 6 ว

(ตำแหน่งเลขที่ รพจ.163)

ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์

สำนักงานแพทย์

ผลงานที่เป็นผลการดำเนินงานที่ผ่านมา

1. **ชื่อผลงาน** การพยาบาลผู้ป่วยกระดูกบริเวณใบหน้าหักที่ได้รับการผ่าตัดจัดกระดูกให้เข้าที่และใส่เหล็กยึดตามกระดูก

2. **ระยะเวลาที่ดำเนินการ** 12 วัน (ตั้งแต่วันที่ 15 ตุลาคม 2550 ถึงวันที่ 26 ตุลาคม 2550)

3. **ความรู้ทางวิชาการหรือแนวคิดที่ใช้ในการดำเนินการ**

3.1 ความรู้ทางวิชาการ

เมื่อกระดูกหักจะมีเลือดออกจากกระดูกและเนื้อเยื่อที่ได้รับอันตราย ทำให้บริเวณที่กระดูกหักเกิดก้อนเลือด (hematoma) กระดูกที่หักจะสูญเสียความมั่นคง นอกจากนี้ยังเกิดการสูญเสียหน้าที่ชั่วคราวของเส้นประสาทที่หัก จะเกิดอาการชาในระยะเวลาสั้น ๆ แต่ยังคงมีความปวดอยู่ทำให้กล้ามเนื้อหดเกร็ง

กระดูกใบหน้าแตก กระดูกใบหน้าเป็นกระดูกที่บาง และมีโพรงอากาศในกระดูกบางชั้น กระดูกแต่ละชั้นมีความแข็งแรงต่างกันตามลักษณะของกระดูก และตำแหน่งของกระดูกนั้น การแตกของกระดูกอาจเกิดที่ตำแหน่งถูกกระทบ (direct fracture) หรือแรงอาจส่งผ่านไปตามกระดูก แล้วมีการแตกในส่วนที่กระดูกมีความแข็งแรงน้อย (indirect fracture)

กระดูกขากรรไกรบนหัก การแตกของกระดูกขากรรไกรบนแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ

1. การแตกเฉพาะส่วนของกระดูกขากรรไกรบน เช่น ฟันและเหงือกแตก (alveolar process fracture) มีการแตกเฉพาะส่วนของขอบตาล่าง, ด้านข้างจมูก, หรือผนังด้านหน้าของโพรงอากาศ (maxillary sinus) เป็นต้น เป็นการแตกในบริเวณที่ถูกกระทบโดยตรง การบาดเจ็บไม่รุนแรง

2. การแตกของกระดูกขากรรไกรบนหักหลุดออกจากกระดูกส่วนใหญ่ของกะโหลกศีรษะ (upper jaw fracture หรือ lefort fracture) ซึ่งพบได้บ่อย แบ่งการแตกได้เป็น 3 ระดับ คือ

2.1 Lefort fracture type I หมายถึง กระดูก maxilla หักตามขวาง แบ่งกระดูก maxillary alveolus กับกระดูกหน้าส่วนบน รอยแตกจะผ่านจากด้านข้างของโพรงอากาศ maxillary sinus ผ่านผนังด้านหน้า และหลังเข้ามาในโพรงจมูก

2.2 Lefort fracture type II หมายถึง กระดูก maxilla หักเป็นรูปประมิต แบ่งกระดูก nasomaxillary segment กับ zygoma และ orbital portion รอยแตกจะผ่านจากด้านข้างของโพรงอากาศ maxillary sinus ผ่านผนังด้านหน้าและหลังขึ้นมาที่ผนังด้านบน (พื้นเบ้าตา) ผ่านเข้ามาทาง inferior orbital fissure และเข้ามาในบริเวณกระดูก ethmoid ซึ่งเป็นผนังด้านใกล้กลางของเบ้าตาผ่านจมูกไปอีกข้างหนึ่ง

2.3 Lefort fracture type III หมายถึง กระดูก maxilla หักที่มีความซับซ้อนแบ่งกระดูกหน้ากับกะโหลกศีรษะ (cranial skeleton) ผ่านเบ้าตา รอยแตกจะเริ่มที่การแตกของโค้งซัยโกมา, ผนังด้านข้างของเบ้าตา, inferior orbital fissure, และผนังด้านใกล้กลางของเบ้าตาผ่านจมูกไปอีกข้างเช่นกัน

ลักษณะและอาการที่ตรวจพบ การแตกของกระดูกขากรรไกรบนนี้จะรุนแรงกว่ากระดูกแตกตำแหน่งอื่น การตรวจพบที่สำคัญคือ ขากรรไกรบนขยับได้ และมีการสบของฟันผิดปกติไปจากเดิม กระดูกขากรรไกรบนแตกหลุดออกจากกะโหลกส่วนใหญ่ของใบหน้า หากเคลื่อนไหวไปทางด้านหลังก็จะทำให้มีการอุดกั้นทางเดินหายใจได้ นอกจากนี้เลือดและฟันที่แตกก็เป็นสาเหตุทำให้ทางเดินหายใจอุดตันได้เช่นกัน กรณีมีการหักที่กระดูกจมูกมักมีความผิดปกติในรูปร่างของจมูก และเลือดกำเดาไหลออกทางรูจมูก กระดูกโหนกแก้มหักอาจทำให้เห็นภาพซ้อนและถ้ารุนแรงเกิดการบาดเจ็บต่อเส้นประสาทสมองคู่ที่ 2 (optic nerve) ทำให้ตาบอดได้

การวินิจฉัย

1. ได้จากการซักประวัติร่วมกับการตรวจร่างกาย

1.1 การซักประวัติ เริ่มด้วยการซักถึงสาเหตุของการบาดเจ็บ เพื่อประเมินความรุนแรงของการบาดเจ็บ และกลไกการบาดเจ็บ

1.2 การตรวจร่างกาย ตรวจภายนอกว่าบาดแผลมีตำแหน่งใดบ้าง การมองเห็น ลักษณะม่านตาและปฏิกิริยาต่อแสง ระดับของลูกตาทั้ง 2 ข้าง การเคลื่อนไหวของลูกตา ตรวจจมูกรูปร่างภายนอก ดูว่ามีเลือดหรือน้ำไหลออกมาหรือไม่ อาจเป็นน้ำไขสันหลังและน้ำหล่อเลี้ยงสมองแสดงว่ามีการแตกของแผ่นกระดูกของฐานกะโหลกศีรษะ ตรวจการทำงานของกล้ามเนื้อใบหน้า ซึ่งเป็นการตรวจการทำงานของเส้นประสาทสมองคู่ที่ 7 (facial nerve) คลำบริเวณจมูก ขอบตาและคางเพื่อหาตำแหน่งจุดกดเจ็บ การเคลื่อนไหวของกระดูกหรือเสียงกรอบแกรบ (crepitation) แสดงว่ามีกระดูกหัก ตรวจภายในช่องปาก ให้ผู้ป่วยอ้าปาก ดูว่ามีอาการปวดหรือมีความผิดปกติในการอ้าปากหรือไม่ มีบาดแผลตำแหน่งใด ตรวจสอบดูการสบของฟันว่าผิดปกติหรือไม่

2. การตรวจทางรังสี โดยทั่วไปผู้ป่วยที่มีการบาดเจ็บหลายระบบและบาดเจ็บที่ศีรษะมักได้รับการถ่ายภาพรังสีกะโหลกศีรษะ 3 ท่าคือ ท่า antero-posterior เห็นเงาขอบเบ้าตาข้างบน ข้างบนข้างของโพรงอากาศ maxillary sinus ผนังเบ่งช่องจมูก และกระดูกขากรรไกรล่าง เป็นต้น ท่า lateral จะเห็นกระดูกหน้าผาก ผนังด้านหน้าของโพรงอากาศ maxillary sinus และกระดูกขากรรไกรล่าง ท่า townes ทั่วไปใช้ดูกระดูกกะโหลกศีรษะบริเวณกระดูกออกซิพิทัล สามารถดูโค้งซัยโกมาของกระดูกใบหน้า ส่วนของคอนดัยล์ (condyle) ของกระดูกขากรรไกรล่าง ภาพที่ใช้ดูกระดูกใบหน้าหักได้ดีที่สุดคือ ท่า water สามารถมองเห็นเงาขอบเบ้าตา และขอบบนของกระดูกส่วนกลางใบหน้า ปัจจุบันมีวิวัฒนาการเกี่ยวกับเครื่องมือช่วยในการวินิจฉัยกระดูกหน้าหัก เช่น การตรวจด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์ (CT scan) บางแห่งสามารถสร้างภาพเป็น 3 มิติ (3D-CT scan) มักใช้ในรายที่ต้องทำผ่าตัดแก้ไขความพิการแต่กำเนิด หรือกระดูกหักที่คิดผิดรูปและมีความยุ่งยากในการผ่าตัด

การรักษา

การรักษาผู้ป่วยในห้องฉุกเฉินอันดับแรกคือการช่วยชีวิตผู้ป่วย ได้แก่ การช่วยเหลือ เรื่องการหายใจ และรักษาภาวะช็อก ต่อมาคือการวินิจฉัยการบาดเจ็บของเนื้อเยื่ออ่อน และกระดูกของใบหน้า การบาดเจ็บของเนื้อเยื่ออ่อนส่วนใหญ่ได้รับการรักษาในห้องฉุกเฉิน แต่กระดูกใบหน้าหักจะได้รับการรักษาต่อที่ห้องผ่าตัดโดยแพทย์และพยาบาลผู้ชำนาญ โดยเป้าหมายของการผ่าตัดรักษา คือ ทำให้ผู้ป่วยมีใบหน้ากลับมาเหมือนเดิม หรืออย่างน้อยใกล้เคียงเดิม และอวัยวะต่าง ๆ สามารถทำงานได้ตามปกติ เช่น ขากรรไกรสามารถบดเคี้ยวอาหารได้ นัยน์ตาสามารถมองเห็นภาพได้ปกติ

3.2 บทบาทพยาบาลห้องผ่าตัดในการพยาบาลผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดกระดูกบริเวณใบหน้าหัก

ผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดแต่ละรายล้วนมาด้วยปัญหาทางสุขภาพที่แตกต่างกัน ทั้งทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม พยาบาลห้องผ่าตัดต้องสามารถประเมิน วางแผนให้การพยาบาลได้อย่างถูกต้อง เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยและป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้ การพยาบาลผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดจัดกระดูกและใส่เหล็กยึดตามกระดูกบริเวณใบหน้า แบ่งออกเป็น 3 ระยะ คือ

1.การพยาบาลก่อนการผ่าตัด มีขั้นตอน ดังนี้

1.1 เยี่ยมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด 1 วัน เพื่อประเมินสภาพผู้ป่วยทางร่างกาย และจิตใจ ให้คำแนะนำเรื่อง การปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด และหลังผ่าตัด

ประเมินสภาพร่างกาย เตรียมผู้ป่วยด้านความสะอาดของร่างกายทั่วไป บริเวณที่ทำผ่าตัด ตรวจสอบรายงานประวัติของผู้ป่วย ให้ครบทั้งผลทางห้องปฏิบัติการ และผลการถ่ายภาพรังสี

ประเมินสภาพผู้ป่วยทางด้านจิตใจ จากการพูดคุยและสังเกตพฤติกรรมความวิตกกังวลต่าง ๆ การดูแลเอาใจใส่ผู้ป่วยทางด้านจิตใจเป็นสิ่งสำคัญที่พยาบาลห้องผ่าตัดไม่ควรจะละเลย เพราะผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่มารับการผ่าตัดจะมีความวิตกกังวล กลัวสิ่งที่ตนเองจะต้องเผชิญ กลัวความเจ็บปวด กังวลเรื่องค่าใช้จ่าย ไม่แน่ใจว่าจะหายจากโรค สามารถกลับไปดำรงชีวิตได้ตามปกติหรือไม่ พยาบาลควรให้การต้อนรับผู้ป่วยอย่างอบอุ่น ปลอดภัย ชี้แจงด้วยสีหน้ายิ้มแย้มแจ่มใส ทักทาย ชักถามความต้องการของผู้ป่วยขณะเดินผ่านไปผ่านมาบ้างจะทำให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกว่าตนเองมีคนสนใจ เอาใจใส่ ทำให้เกิดความเชื่อถือและความไว้วางใจในบุคลากรทีมสุขภาพ

1.2 ดูแลทำความสะอาดห้องผ่าตัด เตียง โคมไฟ เครื่องจี้ไฟฟ้า

1.3 จัดเตรียมเครื่องมือ เครื่องใช้ และอุปกรณ์ต่าง ๆ ที่ใช้ในการผ่าตัดให้ครบถ้วน เพียงพอ และพร้อมใช้งานได้อย่างมีประสิทธิภาพ

1.4 จัดเตรียมอุปกรณ์พิเศษที่ใช้ในการผ่าตัด เช่น รถต่อสายแรงดันลม (Mobile Air Drill)

1.5 ดูแลการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยอย่างปลอดภัย ให้ได้รับความกระทบกระเทือนน้อยที่สุด

2. การพยาบาลขณะผ่าตัด

เริ่มเมื่อย้ายผู้ป่วยมาถึงห้องผ่าตัด และสิ้นสุดเมื่อนำผู้ป่วยถึงห้องพักฟื้น โดยปฏิบัติการพยาบาล ในระยะผ่าตัด เริ่มตั้งแต่ย้ายผู้ป่วยลงเตียงผ่าตัดด้วยความระมัดระวัง จัดทำผู้ป่วยร่วมกับทีมผ่าตัด ใช้ผ้าผูกรัดตัวผู้ป่วยเพื่อป้องกันผู้ป่วยตกเตียง และใช้ผ้านุ่ม ๆ รองตามปุ่มกระดูกป้องกันการเกิดแผลกดทับ บอกผู้ป่วยทุกครั้งที่ทำให้การพยาบาล ดูแลให้การพยาบาลตามความรู้ ทักษะ ประสบการณ์ของทีมผ่าตัด ซึ่งมีการปรับเปลี่ยนตามความเหมาะสม มีการตัดสินใจแก้ปัญหาเฉพาะหน้าได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม ทันท่วงที เพื่อให้การผ่าตัดดำเนินต่อไป และเสร็จสิ้นลงด้วยความเรียบร้อย ในเวลาที่เหมาะสม เกิดผลดีต่อผู้ป่วยและทีมงาน พร้อมทั้งลงบันทึกรายงาน การเปลี่ยนแปลงขณะผ่าตัดให้ละเอียด ถูกต้อง ช่วยให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่อง ระหว่างพยาบาลห้องผ่าตัด และพยาบาลประจำหอผู้ป่วย

ในขณะที่เริ่มผ่าตัด ทีมพยาบาลห้องผ่าตัด ประกอบด้วยพยาบาลส่งเครื่องมือผ่าตัด และพยาบาลที่ทำหน้าที่ช่วยดูแลความสะอาดรอบนอก จะเตรียมห้องผ่าตัด และอุปกรณ์ต่าง ๆ ที่ต้องใช้ เช่น เตียงผ่าตัด โคมไฟผ่าตัด เครื่องดูดเลือดและของเหลว เครื่องจี้ไฟฟ้า รถต่อสายแรงลม ซึ่งจำเป็นต้องใช้ในการผ่าตัด ดังนั้น ทีมพยาบาลห้องผ่าตัดถือว่าเป็นบุคคลที่มีบทบาทสำคัญยิ่งในการทำผ่าตัด เพราะเป็นทีมที่ช่วยให้การผ่าตัดดำเนินไปได้อย่างมีประสิทธิภาพ การปฏิบัติงานด้วยความชำนาญ มีความรู้ ความเข้าใจในหลักการและปฏิบัติงานได้ถูกต้อง ตามเทคนิคปราศจากเชื้อซึ่งเป็นหลักสำคัญของงานในห้องผ่าตัด

3. การพยาบาลระยะหลังผ่าตัด

เป็นระยะที่นำผู้ป่วยออกจากห้องผ่าตัด ไปยังห้องพักฟื้น และหอผู้ป่วย การปฏิบัติการพยาบาล เพื่อเป็นการตรวจสอบผลการปฏิบัติงาน การบริการที่ให้แก่ผู้ป่วย ปัญหาสำคัญที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยภายหลังได้รับการผ่าตัด ได้แก่ เลือดออก แผลติดเชื้อ ความเจ็บปวด และปัญหาเรื่องการติดต่อสื่อสารจากการได้รับการผ่าตัดในช่องปาก ดังนั้นการพยาบาลที่ให้อาจเป็นการพยาบาลตามอาการของผู้ป่วยหลังการผ่าตัด

1. การหายใจ และสัญญาณชีพ ควรตรวจวัดและบันทึกไว้ทุก 15 นาที เพื่อประเมินภาวะการขาดออกซิเจน การตกเลือด และการติดเชื้อ
2. จัดทำนอนที่เหมาะสม จัดให้ผู้ป่วยนอนในท่าศีรษะสูง 20-30 องศา ใน 24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด เพื่อบรรเทาอาการบวมที่ใบหน้าและแผลผ่าตัด
3. อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติใช้ความเย็นประคบใบหน้าเพื่อช่วยในการห้ามเลือด และลดบวมบริเวณใบหน้า
4. ดูแลและกระตุ้นให้ผู้ป่วยพลิกตะแคงตัวด้วยความนุ่มนวลทุก 2 ชั่วโมง เพื่อป้องกันแผลกดทับ เพราะความปวดแผลและอ่อนเพลียหลังผ่าตัดทำให้ผู้ป่วยไม่ยอมขยับเขยื้อนตัว

5. อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติทราบสาเหตุการอักเสบ และปวดลำปาก เนื่องจากได้รับการผ่าตัดในช่องปาก ขณะเดียวกันควรเตรียมอุปกรณ์สื่อสาร เช่น กระดาษ ปากกา วางให้ผู้ป่วยหยิบได้สะดวก และให้เวลาผู้ป่วยในการติดต่อสื่อสาร
6. ทำความสะอาดตาด้วยน้ำเกลือไอโซโทนิกและป้ายยาตามแผนการรักษาของแพทย์ เพื่อป้องกันการติดเชื้อที่ตา และประเมินการมองเห็นทุกวัน
7. เมื่อแพทย์อนุญาตให้กลับบ้าน ให้คำแนะนำก่อนกลับบ้าน เรื่องการสังเกตอาการผิดปกติ เช่น แผลได้รับการกระทบกระเทือน มีเลือดออกที่แผลผ่าตัดเพิ่มขึ้น ความผิดปกติเกี่ยวกับการมองเห็นภาพซ้อน ถ้ามีปัญหาให้พบแพทย์ทันทีก่อนวันนัด พร้อมทั้งอธิบายให้เห็นความสำคัญของการมาตรวจตามนัดหลังออกจากโรงพยาบาล

4. สรุปสาระสำคัญของเรื่องและขั้นตอนการดำเนินการ

การบาดเจ็บบริเวณใบหน้าและศีรษะพบได้บ่อย รองจากการบาดเจ็บที่แขน-ขา การบาดเจ็บบริเวณใบหน้ามีจำนวนน้อยที่ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิต สาเหตุที่ทำให้เสียชีวิต คือทางเดินหายใจอุดตัน ภาวะการเสียเลือดมาก และจากการบาดเจ็บร่วมที่บริเวณส่วนอื่นของร่างกาย ดังนั้นต้องให้ความสำคัญกับสาเหตุทั้ง 3 ข้อนี้ หากตรวจพบต้องรีบให้การรักษายาบาลที่ถูกต้อง เนื่องจากบริเวณใบหน้ามีอวัยวะ และส่วนประกอบที่มีความซับซ้อนจำนวนมาก เป้าหมายของการรักษา คือ ทำให้ผู้ป่วยมีใบหน้ากลับมาเหมือนเดิม หรืออย่างน้อยใกล้เคียงเดิม และอวัยวะต่าง ๆ สามารถทำงานได้ตามปกติ เช่น ขากรรไกรสามารถบดเคี้ยวอาหารได้ นัยน์ตาสามารถมองเห็นภาพได้ปกติ จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่แพทย์และพยาบาลผู้ให้การดูแลรักษาต้องวินิจฉัยกระดูกใบหน้าหักอย่างถูกต้อง ให้การรักษาผ่าตัดได้ครบถ้วนสมบูรณ์ ตลอดจนการดูแลให้การพยาบาลหลังผ่าตัด เพื่อให้ผู้ป่วยฟื้นตัวได้เร็ว

ขั้นตอนการดำเนินงาน คือ

1. ศึกษาแนวคิด ทฤษฎีเกี่ยวกับกระดูกบริเวณใบหน้า ความหมาย อุบัติการณ์ สาเหตุ ชนิดการหัก อาการ และอาการแสดง จากตำราและเอกสารวิชาการต่าง ๆ
2. รวบรวมสถิติของผู้ป่วยกระดูกบริเวณใบหน้าหักที่รักษาด้วยการจัดกระดูกให้เข้าที่ และใส่เหล็กยึดค้ำคานของโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ ปี พ.ศ. 2548 - ปี พ.ศ. 2550 จากห้องสถิติของโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์
3. เลือกรณีศึกษาคือ ผู้ป่วยชายไทยอายุ 39 ปี (H.N.21061/50, A.N.16640/50) แพทย์วินิจฉัยกระดูกบริเวณใบหน้าหัก วางแผนผ่าตัดจัดกระดูกบริเวณใบหน้าหักให้เข้าที่และใส่เหล็กยึดค้ำคาน ระหว่างผู้ป่วยอยู่ในความดูแล พบปัญหาทางการพยาบาลทั้งหมด 10 ข้อ ทุกปัญหาได้รับการแก้ไข ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัด วางแผนจำหน่ายผู้ป่วยร่วมกับพยาบาลประจำหอผู้ป่วย โดยให้คำแนะนำในการปฏิบัติตนเมื่อกลับบ้าน

4. นำข้อมูลทั้งหมดมารวบรวมและเรียบเรียงเป็นผลงาน และปรึกษา ผู้ทรงคุณวุฒิ เพื่อตรวจสอบความถูกต้อง และเหมาะสมของผลงาน
5. ตรวจสอบก่อนพิมพ์ และหลังพิมพ์ก่อนนำเสนอ

5. ผู้ร่วมดำเนินการ

ไม่มี

6. ส่วนของงานที่ผู้เสนอเป็นผู้ปฏิบัติ ผู้ขอรับการประเมินเป็นผู้ปฏิบัติร้อยละ 100

สรุปกรณีศึกษา ผู้ป่วยชายไทยอายุ 39 ปี น้ำหนัก 49 กิโลกรัม สูง 165 เซนติเมตร มีภูมิลำเนาอยู่สมุทรปราการ ได้รับอุบัติเหตุพลัดตกจากที่สูง ไม่สลบ หน้ากระแทกพื้น มีแผลที่ใบหน้า ตาทั้งสองข้างมวงคล้ำ การมองเห็นชัดเจน ฟันหัก มีเลือดออกปากและจมูก ได้เข้ารับการตรวจที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน และแพทย์รับไว้เพื่อรักษาที่ตึกศัลยกรรมชายวันที่ 11 ตุลาคม 2550 (H.N.21061/50, A.N.16640/50) แรกเริ่มผู้ป่วยมีแผลที่หน้าผาก ใต้ตาขวา และริมฝีปาก กรามบนหัก ซี่โครงหักได้รับการใส่ท่อระบายลมและสิ่งคัดหลั่งที่ปอด แพทย์ศัลยกรรมตกแต่งวางแผนผ่าตัดจัดกระดูกบริเวณใบหน้าหักให้เข้าที่และใช้เหล็กยึดคานวันที่ 16 ตุลาคม 2550 สัญญาณชีพแรกเริ่ม อุณหภูมิ 37 องศาเซลเซียส ชีพจร 84 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 102/61 มิลลิเมตรปรอท ผู้ป่วยอยู่ในความดูแลวันที่ 15 ตุลาคม 2550 เชิญผู้ป่วยก่อนผ่าตัด เพื่อให้ความรู้และคำแนะนำเกี่ยวกับการผ่าตัด การปฏิบัติตัวก่อน ขณะ และหลังผ่าตัด ปัญหาทางการแพทย์พยาบาลที่พบในผู้ป่วยรายนี้ตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัดจนถึงภายหลังผ่าตัดมีดังต่อไปนี้

ปัญหาทางการแพทย์พยาบาลก่อนการผ่าตัด ดังนี้

ปัญหาที่ 1 ผู้ป่วยวิตกกังวลกลัวการผ่าตัด ขาดความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัด เนื่องจากเป็นการผ่าตัดครั้งแรก

กิจกรรมการพยาบาล

เยี่ยมผู้ป่วย ให้ความรู้เรื่องการเตรียมตัวก่อนเข้ารับการผ่าตัดเช่น งดน้ำ งดอาหารเพื่อเตรียมความพร้อมในการดมยาสลบ อาบน้ำสระผม ทำความสะอาดช่องปาก เพื่อลดการติดเชื้อ

ประเมินผล ผู้ป่วยพร้อมผ่าตัด ลดความวิตกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัด

ปัญหาที่ 2 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ เนื่องจากใส่ท่อระบายลมและสิ่งคัดหลั่งที่ปอดข้างขวา

กิจกรรมการพยาบาล

ติดตามประเมินภาวะการติดเชื้อที่ปอด ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการทำแผลทุกวัน เมื่อมีการเคลื่อนย้ายระวางไม่ให้ขวดอยู่สูงกว่าระดับอก ถ้าจำเป็นให้หนีบสายไว้ชั่วคราว และคลายออกเมื่อหยุดเคลื่อนย้ายป้องกันการไหลย้อนกลับของสิ่งคัดหลั่ง

ประเมินผล ผู้ป่วยไม่มีการติดเชื้อที่ปอด

ปัญหาทางการพยาบาลขณะผ่าตัด ดังนี้

ปัญหาที่ 3 เสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับจากการจัดทำเพื่อผ่าตัด และนอนท่าเดิมนาน ๆ

กิจกรรมการพยาบาล

จัดทำผู้ป่วยให้เหมาะสมกับการผ่าตัด ให้ผู้ป่วยนอนหงายราบ ใช้หมอนนุ่ม ๆ รองคอ หนุนไหล่ ตามปุ่มกระดูกต่าง ๆ เพื่อป้องกันการกดทับของกล้ามเนื้อเส้นประสาท และกระดูก

ประเมินผล ผู้ป่วยไม่มีแผลกดทับ ผิวหนังบริเวณที่ถูกรัดไม่มีรอยแดง

ปัญหาที่ 4 เสี่ยงต่อการเกิดการติดเชื้อเนื่องจากมีแผลผ่าตัดบริเวณใบหน้าและในช่องปาก

กิจกรรมการพยาบาล

ให้การพยาบาลผู้ป่วยตามหลักการปลอดเชื้อ ตั้งแต่ทำความสะอาดห้องผ่าตัด อุปกรณ์เครื่องมือผ่าตัดอยู่ในสภาพปลอดเชื้อ ระวังการปนเปื้อนขณะผ่าตัด หลังผ่าตัดดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษา

ประเมินผล ผู้ป่วยไม่มีการติดเชื้อ แผลผ่าตัดไม่มีบวมแดง ไม่มีภาวะไข้สูง

ปัญหาทางการพยาบาลหลังการผ่าตัด ดังนี้

ปัญหาที่ 5 ผู้ป่วยไม่สุขสบายเนื่องจากอาการปวดแผลหลังผ่าตัดและใบหน้าบวม

กิจกรรมการพยาบาล

ประเมินระดับการปวดแผลถ้ามากกว่า 5 รายงานพยาบาลवरเพื่อให้ยาแก้ปวด ดูแลให้ผู้ป่วยประคบหน้าด้วยความเย็นเพื่อลดบวม และบรรเทาอาการปวดแผล จัดสิ่งแวดล้อมให้สะอาด สงบไม่มีเสียงดัง รบกวนการพักผ่อนของผู้ป่วย

ประเมินผล ผู้ป่วยพักผ่อนได้ อาการปวดแผลลดลง ระดับความเจ็บปวดลดลงจาก 6 เหลือ 4

ปัญหาที่ 6 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อภาวะการขาดน้ำและสารอาหารเนื่องจากมีแผลในปาก เคี้ยวอาหารลำบาก

กิจกรรมการพยาบาล

ประเมินภาวะการขาดน้ำและสารอาหาร สังเกตอาการปากแห้ง ผิวหนังแห้งขาดความยืดหยุ่น ปัสสาวะออกน้อย อ่อนเพลีย ซึมลง น้ำหนักตัวลด หากพบความผิดปกติให้รีบรายงานแพทย์เพื่อให้การรักษาน้ำที่ดื่มและที่ขับถ่ายออกแต่ละวันให้ถูกต้องแน่นอน

ประเมินผล ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะการขาดน้ำและสารอาหาร

ปัญหาที่ 7 ผู้ป่วยมีปัญหาในการพูดติดต๋อสื่อสาร เนื่องจากมีแผลในช่องปาก อ้าปากลำบาก

กิจกรรมการพยาบาล

ประเมินความสามารถในการสื่อสาร ผู้ป่วยอ้าปากได้น้อย เวลาพูดแสดงอาการเจ็บปวด จัดเตรียมอุปกรณ์สื่อสาร เช่น กระดาษ ปากกา วางให้ผู้ป่วยหยิบสะดวก ให้ความเวลาในการพูดคุยกับผู้ป่วย ไม่แสดงอาการเบื่อหน่าย

ประเมินผล ผู้ป่วยใช้การเขียนหนังสือในการสื่อสาร และพยายามพูดซ้ำ ๆ ในบางครั้ง

ปัญหาที่ 8 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุเนื่องจากมองเห็นภาพไม่ชัด จากการได้รับความกระทบกระเทือนที่ตา

กิจกรรมการพยาบาล

ประเมินการมองเห็นของผู้ป่วยทุกวัน ให้ผู้ป่วยกลอกตาขึ้น ลง เพื่อดูการเกิดภาพซ้อนถ้ามี รายงานแพทย์เพื่อทำการรักษาต่อไป เช็ดตาทำความสะอาดเข้า-เย็น จัดสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัยกับผู้ป่วย มีแสงสว่างเพียงพอ ของใช้วางเป็นระเบียบ ป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ

ประเมินผล ผู้ป่วยไม่เกิดอุบัติเหตุ การมองเห็นชัดขึ้น ไม่เกิดภาพซ้อนขณะกลอกตาขึ้น-ลง

ปัญหาที่ 9 ผู้ป่วยวิตกกังวลเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงสภาพลักษณะบริเวณใบหน้า

กิจกรรมการพยาบาล

ดูแลให้ผู้ป่วยทำความสะอาดร่างกาย แปรงฟัน บ้วนปากด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อ เช็ดหน้า ทำแผล ผ่าตัด ป้ายยา cogetin ointment เพื่อส่งเสริมการหายของแผล บอกขั้นตอนการรักษาพยาบาลบาดแผลและ ระวังการหัก เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจการหายของแผล และยอมรับภาพลักษณะที่เปลี่ยนแปลง

ประเมินผล ผู้ป่วยยอมรับภาพลักษณะที่เปลี่ยนแปลง ไม่มีภาวะซึมเศร้า

ปัญหาที่ 10 ผู้ป่วยขาดความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด และเมื่อกลับบ้าน

กิจกรรมการพยาบาล

แนะนำเรื่องการดูแลแผลผ่าตัด ห้ามถูกน้ำจนกว่าจะตัดไหมหมด ห้ามแกะ เกาแผล ดูแลทำความสะอาดช่องปากด้วยการแปรงฟัน บ้วนด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อทุกครั้งหลังทานอาหาร รับประทานอาหารประเภท เนื้อสัตว์ นม ไข่ ผักผลไม้ พักผ่อนวันละ 6-8 ชั่วโมง รับประทานอาหารตามแผนการรักษา และสังเกต อาการผิดปกติ เช่น เห็นภาพซ้อน มีเลือดออกที่แผลผ่าตัด ให้รีบมาพบแพทย์ทันที

ประเมินผล ผู้ป่วยเข้าใจและตอบคำถามเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง

ปัญหาทางการพยาบาลที่เกิดขึ้นได้รับการแก้ไขให้หมดไป

จนกระทั่งแพทย์อนุญาตให้ผู้ป่วยกลับบ้านวันที่ 26 ตุลาคม 2550 ไม่พบภาวะแทรกซ้อนใด ๆ หลังผ่าตัด รวมระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาล 16 วัน

7. ผลสำเร็จของงาน

ได้ให้การพยาบาลในการบริการผู้ป่วยผ่าตัด รวมถึงศึกษาติดตามและประเมินผลการพยาบาลเป็นเวลา 12 วัน ทำการเยี่ยมประเมินสภาพผู้ป่วยก่อนผ่าตัด 1 ครั้ง และติดตามเยี่ยมหลังผ่าตัดผู้ป่วย 1 ครั้ง พบปัญหาทางการพยาบาลทั้งหมด 10 ข้อ ทุกปัญหาได้รับการแก้ไข ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัด กลับบ้านได้ในวันที่ 10 หลังผ่าตัด ได้ให้คำแนะนำในการปฏิบัติตนเมื่อกลับบ้าน ผู้ป่วยเข้าใจและสามารถปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้อง จึงทำให้มีผลสัมฤทธิ์

8. การนำไปใช้ประโยชน์

1. เพื่อเป็นประโยชน์ต่อห้องผ่าตัดใช้เป็นแนวทางในการวางแผนให้การพยาบาล ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกใบหน้าหัก
2. เพื่อเป็นแนวทางประกอบในการนิเทศงานบุคลากรทางการพยาบาลและพยาบาลห้องผ่าตัดที่จบใหม่
3. เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลด้านผ่าตัด


9. ความยุ่งยาก ปัญหา อุปสรรคในการดำเนินการ

1. การเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดต้องมีความพร้อมทั้งร่างกายและจิตใจ เนื่องจากผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัด
2. การผ่าตัดกระดูกบริเวณใบหน้าเป็นเรื่องซับซ้อนต้องอาศัยความรู้ ความชำนาญในการดูแลผู้ป่วย การเตรียมอุปกรณ์ เครื่องมือที่ใช้ในการผ่าตัด
3. การช่วยแพทย์ในการผ่าตัดต้องทำด้วยความระมัดระวังเนื่องจากอวัยวะบริเวณใบหน้านั้นบอบบาง ใกล้ดวงตาซึ่งอาจกระทบกระเทือนต่อการมองเห็น
4. การใช้อุปกรณ์ในการผ่าตัดต้องอาศัยความชำนาญและมีการทดสอบก่อนใช้เสมอ เนื่องจากอุปกรณ์เครื่องมือมีจำนวนจำกัด ราคาแพง และดูแลหลังใช้งานอย่างถูกวิธีป้องกันการชำรุด

10. ข้อเสนอแนะ


- 1.ด้านผู้ป่วยควรมีการเตรียมให้ความรู้ก่อนการผ่าตัดและหลังผ่าตัด โดยการให้อ่านคำแนะนำ ซึ่งมีภาพประกอบ เข้าใจง่าย หรือฉายวิดีโอเรื่องเกี่ยวกับโรคของผู้ป่วย
- 2.ควรจัดทำเอกสารแนะนำการปฏิบัติตัว และการสังเกตอาการผิดปกติที่อาจเกิดหลังผู้ป่วยได้รับการผ่าตัด ให้ผู้ป่วยก่อนกลับบ้าน เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างถูกต้อง และต่อเนื่องอย่างมีประสิทธิภาพ
- 3.การผ่าตัดใส่เหล็กยึดตามกระดูกบริเวณใบหน้า เป็นเรื่องซับซ้อน พยาบาลห้องผ่าตัดจำเป็นต้องมีความรู้ในเรื่องเครื่องมือ อุปกรณ์ผ่าตัด เป็นอย่างดี เพื่อช่วยในการส่งเครื่องมือผ่าตัด หรือช่วยแพทย์ผ่าตัด ทำให้การผ่าตัดดำเนินไปด้วยดี มีประสิทธิภาพ ผู้ป่วยปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด
- 4.ห้องผ่าตัดควรมีการจัดอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับเครื่องมือผ่าตัดชนิดใหม่ ๆ แก่พยาบาลห้องผ่าตัด หรือให้ศึกษาดูงานนอกสถานที่เพื่อเพิ่มพูนความรู้ เกี่ยวกับเทคโนโลยีใหม่ ๆ อันก่อให้เกิดประโยชน์แก่ผู้ป่วยมากที่สุด
- 5.ควรมีการจัดสรร และใช้อุปกรณ์ เครื่องมือ เครื่องใช้ในห้องผ่าตัดอย่างมีประสิทธิภาพ พร้อมใช้งานอยู่เสมอ ด้วยการกำหนดวันตรวจสอบ ดูแล ซ่อมแซมให้อยู่ในสภาพที่ดี และพร้อมใช้

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ และได้ดำเนินการปรับปรุงแก้ไข
เป็นไปตามคำแนะนำของคณะกรรมการ

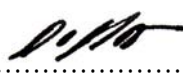
(ลงชื่อ) 

(นางสาววันดี ธารา)
ผู้ขอรับการประเมิน
(วันที่) 9/พ.ย. / 2552

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) 

(นางสาวพริ้มเพรา ทศกร)
(ตำแหน่ง) หัวหน้าพยาบาล ฝ่ายการพยาบาล
โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์
(วันที่)9/พ.ย./ 2552

(ลงชื่อ) 

(นายสุรินทร์ กู้เจริญประสิทธิ์)
(ตำแหน่ง) ผู้อำนวยการ
โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์
(วันที่)9/พ.ย./ 2552

เอกสารอ้างอิง

กฤษฎา รัตนโอฬาร และคณะ. ศัลยศาสตร์ประยุกต์. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์กรุงเทพเวชสาร, 2551.
ขวัญตา เกิดชูชื่น และ สุจินดา ริมศรีทอง. การพยาบาลจักษุวิทยา. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ธรรมสาร
, 2540.

สภาการพยาบาล. แนวปฏิบัติการพยาบาลคลินิก. กรุงเทพฯ: บริษัท จุดทอง จำกัด, 2550.
สมาคมแพทยอุบัติเหตุแห่งประเทศไทย. ศัลยศาสตร์อุบัติเหตุ 12. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ:
เรือนแก้วการพิมพ์, 2545.

สิระยา สัมมาวาจ และ สมพร ชีโนรส. การพยาบาลทางศัลยศาสตร์ เล่ม 2 .กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์
ธรรมสาร, 2539.

ตีโรจน์ กาญจนปัญญาพล และคณะ. ศัลยศาสตร์ทั่วไป. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์กรุงเทพเวชสาร, 2548
Schultz, R.C. **Facial injury**.^{3rd}.Chicago: Year Book Medical Publishers, 2000.

**ข้อเสนอ แนวคิด วิธีการเพื่อพัฒนางานหรือปรับปรุงให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น
ของ นางสาววันดี ธาธา**

เพื่อประกอบการแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพ 7 วช. (ด้านการพยาบาล)

(ตำแหน่งเลขที่ รพจ. 163) สังกัด โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์

เรื่อง สื่อการสอนเรื่องการปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัด ขณะและหลังผ่าตัดผู้ป่วยไฟไหม้ น้ำร้อนลวก

หลักการและเหตุผล

บาดแผลไหม้เป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดการเสียชีวิตหรือทุพพลภาพ ดังนั้นจึงควรมีการช่วยเหลืออย่างถูกต้องตั้งแต่ระยะแรกที่มีการบาดเจ็บ ซึ่งจะทำให้ลดอัตราการตายและความพิการได้ ผู้ป่วยที่เกิดการบาดเจ็บจากความร้อนและเกิดปัญหาแผลไหม้ระดับปานกลางถึงรุนแรง จะเกิดปัญหาที่คุกคามชีวิต พยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยแผลไหม้จึงต้องมีความรู้พื้นฐานที่ดีในกระบวนการเปลี่ยนแปลงเฉพาะที่ของผิวหนัง และการเปลี่ยนแปลงทางพยาธิสภาพที่เกิดขึ้นทั่วร่างกาย สามารถประเมินปัญหา จำแนกระดับความรุนแรง ให้การพยาบาลในระยะฉุกเฉิน และวิกฤต และตัดสินใจเพื่อการส่งต่อการรักษาอย่างเหมาะสม

ผู้ป่วยแผลไฟไหม้ น้ำร้อนลวกที่มารับบริการในโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์มีจำนวนเพิ่มขึ้นทุกปี (ปี พ.ศ. 2548-2550 จำนวน 12,16,20 ราย) แต่เนื่องจากทางโรงพยาบาลไม่มีหอผู้ป่วยที่ดูแลเฉพาะทาง การดูแลทำความสะอาดแผลจะต้องทำด้วยเทคนิคปลอดเชื้อ และแยกผู้ป่วยอยู่ในเขตสะอาดปลอดเชื้อมากที่สุด ดังนั้นส่วนใหญ่ผู้ป่วยจึงต้องมาล้างตักแต่งแผลที่ห้องผ่าตัด และต่อเนื่องถึงการผ่าตัดตกแต่งประณีตที่สูญหายไป และจากการซักถามและพูดคุยกับผู้ป่วย ทำให้ทราบว่าส่วนใหญ่ผู้ป่วยและญาติไม่มีความรู้เกี่ยวกับการผ่าตัด ขาดความรู้เรื่องการปฏิบัติตัว และมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัดและการระงับความรู้สึก โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ไม่เคยได้รับการผ่าตัดมาก่อน การให้ความรู้กับผู้ป่วยหรือญาติจะทำให้เข้าใจเกี่ยวกับโรค การผ่าตัด การปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด ช่วยลดความวิตกกังวล ปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง ให้ความร่วมมือในการดูแลแผลหลังผ่าตัด ช่วยป้องกันภาวะแทรกซ้อน เกิดความพึงพอใจต่อการบริการ

วัตถุประสงค์และหรือเป้าหมาย

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ความรู้เกี่ยวกับการผ่าตัด การปฏิบัติตัวก่อน ขณะและหลังผ่าตัด แก่ผู้ป่วยและญาติ
2. เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัดและหลังผ่าตัด ได้อย่างถูกต้อง
3. เพื่อลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยและญาติต่อการผ่าตัด

เป้าหมาย

1. ผู้ป่วยไฟไหม้น้ำร้อนลวกได้รับการสอนเรื่องการปฏิบัติตัวก่อน ขณะ และหลังผ่าตัด โดยใช้สื่อการสอนทุกราย
2. ผู้ป่วยไฟไหม้น้ำร้อนลวกเข้าใจ และปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัด ขณะและหลังผ่าตัด ได้อย่างถูกต้อง

กรอบการวิเคราะห์ แนวคิด ข้อเสนอ

แผลไหม้ หมายถึง การที่ผิวหนังถูกทำลายด้วยความร้อนหรือสารเคมี อาจเกิดตั้งแต่หนังกำพร้า หนังแท้ หรือลึกลงไปถึงกระดูกได้ การบาดเจ็บจากแผลไหม้พบได้ทุกเพศ ทุกวัย สาเหตุส่วนใหญ่เนื่องจากถูกเปลวไฟลวก ถูกของเหลวร้อนลวก กระแสไฟฟ้าแรงสูง และสารเคมี ผู้ป่วยที่เกิดการบาดเจ็บจากความร้อนและเกิดปัญหาแผลไหม้ระดับปานกลางถึงรุนแรง จะเกิดปัญหาที่คุกคามชีวิต

ปัญหาและการพยาบาลผู้ป่วยแผลไหม้ การให้การพยาบาลผู้ป่วยแผลไหม้ แบ่งเป็น 3 ระยะคือ

1. ระยะฉุกเฉิน (Resuscitative phase)

ปัญหาที่พบในระยะ 24-72 ชั่วโมงแรก ซึ่งเสี่ยงต่อการเกิดอันตรายต่อชีวิต มีดังนี้

1. มีการสูญเสียสารน้ำจำนวนมากจนอาจเกิดภาวะ hypovolemic shock ได้
2. การหายใจบกพร่อง
3. ความเจ็บปวดทั้งจากร่างกายและจิตใจ

2. ระยะวิกฤต (Acute phase)

เริ่มจากผู้ป่วยผ่านพ้นระยะ resuscitative phase จนกระทั่งแผลหายพร้อมที่จะทำ skin graft ปัญหาที่พบได้ในระยะนี้เป็นผลต่อเนื่องมาจากระยะแรก ได้แก่ การติดเชื้อของแผล ภาวะทุโภชนาการ ความเจ็บปวด ปัญหาทางด้านจิตใจ รวมไปถึงจนถึงภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้น เช่น ความไม่สมดุลของสารน้ำและเกลือแร่ การติดเชื้อในระบบต่างๆของร่างกาย ในระยะนี้ผู้ป่วยต้องการการดูแลอย่างต่อเนื่อง

3. ระยะฟื้นฟู (Rehabilitative phase)

เป็นระยะที่แผลหาย ผู้ป่วยพร้อมที่จะกลับบ้าน เริ่มทำงานหรือเข้าสังคมเดิม ปัญหาที่พบในช่วงนี้ ส่วนใหญ่จะเกี่ยวข้องกับการทำหน้าที่ของส่วนต่างๆของร่างกายที่ไม่เหมือนเดิม อาจเกิดจากการหดรั้งของแผล เช่น บริเวณข้อต่างๆจากแผลเป็น (keloid หรือ hypertrophic scare) หรือจากความพิการ การสูญเสียอวัยวะจากการบาดเจ็บ และก่อให้เกิดปัญหาทางด้านจิตใจเกี่ยวกับภาพลักษณ์ที่เปลี่ยนไปอย่างมาก จนบางครั้งอาจต้องปรึกษาจิตแพทย์ ระยะนี้ผู้ป่วยต้องใช้เวลาในการรักษานาน เพื่อฟื้นฟูสุขภาพและอาจจะต้องทำศัลยกรรมตกแต่งเพื่อแก้ไขความพิการ การพยาบาลเพื่อป้องกันปัญหาในระยะนี้จึงควรเริ่มต้นวางแผนตั้งแต่ระยะ 27 – 48 ชั่วโมง และให้ การดูแลร่วมไปในระยะ acute phase เพื่อให้ได้ผลดี ทำให้ผู้ป่วยสามารถกลับไปสู่ภาวะปกติ หรือใกล้เคียงปกติได้มากที่สุด

ผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดทุกรายกลัวและวิตกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัดและการระงับความรู้สึก ดังนั้น
 พยาบาลห้องผ่าตัดจำเป็นต้องให้ความรู้ และคำแนะนำเกี่ยวกับการผ่าตัด การให้ความรู้มีหลายวิธี เช่น การ
 อธิบายรายบุคคล รายกลุ่ม การให้ดูแผ่นพับ คู่มือวีดีโอ แต่ละวิธีมีข้อดีแตกต่างกัน ในที่นี้ผู้ขอรับการประเมิน
 ขอเสนอในรูปของแผ่นพับเสนอห้องผ่าตัดในเรื่องการให้ความรู้เรื่องแผลไฟไหม้ น้ำร้อนลวก

ขั้นตอนการดำเนินงานและวิธีปฏิบัติงาน

- 1.เก็บรวบรวมข้อมูลที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยเมื่อตรวจเยี่ยมผู้ป่วยก่อนการผ่าตัดของผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก
 ที่มารับการผ่าตัด
- 2.ศึกษาและค้นคว้าหาข้อมูลต่างๆที่จะจัดทำสื่อในตำรา เอกสารวิชาการ และอินเทอร์เน็ต
- 3.เสนอแนวคิดที่จะทำแผ่นพับให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลแผลไฟไหม้ น้ำร้อนลวกกับหัวหน้าห้องผ่าตัด
- 4.ออกแบบแผ่นพับให้มีรูปภาพจริงและมีเนื้อหา โดยที่เนื้อหาจะต้องครอบคลุมถึงดังที่กล่าวมาแล้วข้างต้น
- 5.นำสื่อให้ความรู้ให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบความถูกต้องครอบคลุมเนื้อหาแล้วนำไปปรับปรุงแก้ไข
- 6.จัดทำสื่อเกี่ยวกับการผ่าตัด นำรูปแบบที่เรียบร้อยแล้วเสนอต่อหัวหน้าห้องผ่าตัด
- 7.ทดลองใช้ในห้องผ่าตัดเป็นระยะเวลา 3 เดือน
- 8.ประเมินผลการใช้และปรับปรุงแก้ไข แล้วนำมาทดลองใช้ซ้ำอีก 3 เดือน
- 9.ประเมินผลและปรับปรุงแก้ไขอีกครั้ง เมื่อไม่พบปัญหาจึงทำข้อตกลงในการใช้สื่อ
- 10.กำหนดให้มีบุคลากรให้คำแนะนำและใช้สื่อ

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ผู้ป่วยและญาติมีความรู้เกี่ยวกับการผ่าตัด ช่วยลดความวิตกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัด
2. ผู้ป่วยได้รับการเตรียมความพร้อมก่อนการผ่าตัดได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม ช่วยลดการเกิด

ภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัด

3. ผู้ป่วยและญาติเกิดความพึงพอใจและมั่นใจในการให้บริการของห้องผ่าตัด

ตัวชี้วัดความสำเร็จ

- 1.ผู้ป่วยที่เข้ารับบริการผ่าตัดบาดแผลไฟไหม้ ได้รับการสอนโดยใช้สื่อการสอนทุกราย
- 2.อัตราความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติต่อการบริการของห้องผ่าตัดโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์
 มากกว่าร้อยละ 80

(ลงชื่อ)

(นางสาววันดี ธารา)

ผู้ขอรับการประเมิน

(วันที่)9/พ.ย./2552.....

เอกสารประกอบความรู้เกี่ยวกับการดูแลแผลไฟไหม้และการผ่าตัดตกแต่งปลูกผิวหนัง

• ความหมายของแผลไหม้

แผลไหม้ หมายถึง การที่ผิวหนังถูกทำลายด้วยความร้อนหรือสารเคมี อาจเกิดตั้งแต่หนังกำพร้า หนังแท้ หรือลึกลงไปถึงกระดูกได้ การบาดเจ็บจากแผลไหม้พบได้ทุกเพศ ทุกวัย สาเหตุส่วนใหญ่เนื่องจากถูกเปลวไฟ ลวก ถูกของเหลวร้อนลวก กระแสไฟฟ้าแรงสูง และสารเคมี การเกิดแผลไหม้ในวัยเด็กหรือวัยรุ่น มักเกิดจากอุบัติเหตุภายในบ้าน เช่น ในเต็กรักเกิดจากน้ำร้อนลวก การเล่นไม้ขีดไฟ วัยชรา มักเกิดจากน้ำร้อนลวก หรือไฟไหม้บ้าน ส่วนในวัยทำงาน 21-40 ปี สาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากอุบัติเหตุในการทำงาน เช่น กลุ่มทำงานก่อสร้าง กลุ่มทำงานโรงงาน จะเป็นความร้อนแห้ง ไฟฟ้า และสารเคมี

หลักการโดยทั่วไปในการดูแลรักษาผู้ป่วยคือ

- รีบพาผู้ป่วยออกจากบริเวณนั้น หรือรีบกำจัดสาเหตุของความร้อน

ควบคุมอุณหภูมิร่างกายของผู้ป่วยและสิ่งแวดล้อม

ให้สารน้ำ

ป้องกันและรักษาผลแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น

การประเมินความลึกของบาดแผลไหม้



แผลไหม้ระดับแรก(First degree burn)

การไหม้จะจำกัดอยู่เฉพาะชั้นหนังกำพร้าเท่านั้น โดยบาดแผลจะแดง

(Erythema) แต่ไม่มีตุ่มพอง (Blister) มีความรู้สึกเจ็บปวดหรือแสบร้อน

ตัวอย่างที่เห็นชัดที่สุดได้แก่แผลไหม้จากแสงอาทิตย์ โดยแผลประเภทนี้จะ

ใช้เวลารักษาประมาณ 7 วัน โดยไม่ทิ้งรอยแผลเป็นเอาไว้



การ

แผลไหม้ระดับที่สอง(Second degree burn)



การไหม้จะลามลงไปถึงชั้นหนังแท้บางส่วน บาดแผลจะมีสีแดง มีตุ่ม

น้ำพอง ผิวหนังบริเวณนี้จะดูเปียกชื้นและไวต่อความรู้สึกเจ็บปวด โดย

จะใช้เวลารักษาตั้งแต่ 2 สัปดาห์ถึง 2 เดือน โดยที่แผลประเภทนี้

ส่วนมากจะเกิดแผลเป็น

แผลไหม้ระดับที่สาม(Third degree burn)

บาดแผลไหม้จะลึกลงไปจนทำลายหนังแท้ทั้งหมดทำให้บาดแผลจะมีสีเข้มหรือซีด แห้งและแข็งเหมือนหนัง และเนื่องจากเส้นประสาทที่อยู่บริเวณผิวหนังแท้ถูกทำลายไปหมดทำให้แผลนี้จะไม่มีความรู้สึกเจ็บปวด บาดแผลประเภทนี้จะไม่หายเองจำเป็นต้องรักษาด้วยการผ่าตัดปลูกผิวหนัง

การรักษาแผลไหม้เฉพาะอย่าง

- แผลไหม้จากสารเคมี (Chemical burns) กรด ด่าง หรือสารปิโตรเลียม
 - รีบกำจัดสารเคมีออกจากบาดแผล
 - ล้างแผลด้วยน้ำสะอาดจำนวนมากอย่างน้อย 20-30 นาที
 - แผลไหม้จากด่างจะรุนแรงกว่าแผลไหม้จากกรด
 - ถ้าสารเคมีเป็นผงให้ปัดออกจากผิวหนังก่อนล้างด้วยน้ำสะอาด
 - ไม่ใช่สารที่ทำให้เป็นกลางล้างแผล
 - ปัจจัยที่มีผลโดยตรงต่อความรุนแรงของบาดแผลคือ ระยะเวลาที่สัมผัสถูกสารเคมี ยิ่งล้างออกเร็วยิ่งดี
- แผลไหม้จากกระแสไฟฟ้า (Electrical burns)
 - มักจะมีความรุนแรงกว่าบาดแผลที่มองเห็นภายนอก เพราะกล้ามเนื้อที่ตายอาจอยู่ลึกลงไปภายใต้บาดแผลเล็กน้อยที่ผิวหนัง
 - ภาวะกล้ามเนื้อสลายตัว (rhabdomyolysis) ซึ่งจะทำให้เกิดไตวายเฉียบพลัน และหัวใจเต้นผิดจังหวะตามมาได้
 - ถ้าปัสสาวะมีสีเข้มกว่าปกติ ให้เพิ่มสารน้ำที่ให้อินมีปริมาณปัสสาวะประมาณ 100 ml/hr



การผ่าตัดตกแต่งปลูกผิวหนัง

การผ่าตัดปลูกหนังหมายถึงการย้ายส่วนของผิวหนังที่มีความหนาในระดับต่างกัน โดยแยกเด็ดขาดจากบริเวณที่ให้ (donor area) แล้วนำไปปลูกบริเวณที่รับ (recipient area)

การปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัด

- เตรียมร่างกายทั่วไป เช่น ดูแลทำความสะอาดร่างกายป้องกันการติดเชื้อหลังผ่าตัด พักผ่อนให้เพียงพอ
- เตรียมร่างกายเฉพาะที่ เช่น การโกนขน และทำความสะอาดบริเวณที่ให้ คือ ต้นขา หน้าอก ก้น

- เตรียมผ่าตัดทั่วไป เช่น การตรวจเลือด ตรวจปัสสาวะ ถ่ายภาพรังสีปอด การงดน้ำงดอาหาร
- แนะนำสถานที่ในห้องผ่าตัด สภาพหลังผ่าตัดมีแผลผ่าตัดทั้งบริเวณที่ให้ และบริเวณที่รับ บริเวณห้องรอผ่าตัด บรรยากาศภายในห้องผ่าตัด



การปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด

- ให้บริเวณที่ปลูกหนังอยู่นิ่ง ระวังผิวหนังที่ปลูกไม่ให้เลื่อนหลุด
- สังเกตแผลทั้ง 2 ตำแหน่งว่ามีเลือดออก อาการผิดปกติ เช่น แผลติดเชื้อ ชื่นแฉะ มีหนอง รีบรายงานแพทย์
- จัดวางส่วนที่มีแผลให้อยู่ในท่าที่ถูกต้อง เช่น บริเวณเท้าวางหนุนหมอนไม่ให้กดแผล บริหารแขนขา ข้อต่างๆ ป้องกันการแข็งตัวของข้อ
- ให้ความร่วมมือกับพยาบาลในการดูแลแผล ห้ามแกะ เกา นอนทับ หรือนำผ้ามาปิดทับบริเวณแผลผ่าตัด

ลักษณะแผลผ่าตัด



- ดูแลทำความสะอาดร่างกาย อยู่ในที่สะอาด มีแสงสว่างเพียงพอ อากาศถ่ายเทสะดวก เพื่อให้ผู้ป่วยผ่อนคลาย และป้องกันแผลติดเชื้อ

คำแนะนำการดูแลตนเองเมื่อกลับไปอยู่บ้าน

เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ และดูแลตนเองได้อย่างถูกต้องเมื่อกลับไปอยู่บ้าน ดังนี้

1. การดูแลผิวหนัง ผู้ป่วยอาบน้ำได้ตามปกติ หลังอาบน้ำควรทาด้วยน้ำมันมะกอกเพื่อให้ผิวหนังชุ่มชื้น ไม่แห้งแตก ระวังแผลถูกแสงแดดจัด ถ้ามีอาการคันควรมาพบแพทย์ หรือใช้ยาแก้คันตามแผนการรักษา ห้ามเกาผิวหนังเนื่องจากผิวหนังบอบบางและเป็นตุ่มพองได้ง่าย
2. ควรใช้ผ้ายึดรัดแผลสม่ำเสมอ 1-2 ปี เพื่อป้องกันการเกิดแผลเป็นขนาดใหญ่ เมื่อใช้ผ้ายึดรัดแผลจะทำให้แผลเป็นมีลักษณะแบนราบและอ่อนนุ่ม
3. ออกกำลังกายบริเวณที่ทำผ่าตัดป้องกันการแผลกดทับ และบริหารข้างที่ไม่ได้ทำผ่าตัดป้องกันการดึงรั้งของข้อ



4. บริโภคอาหารที่มีประโยชน์ มีสารอาหารครบถ้วนและสัดส่วนเหมาะสม โดยเฉพาะอาหารที่ให้พลังงาน และมีโปรตีนสูงจนกว่าแผลจะหาย



5. สังเกตอาการและอาการแสดงที่ควรพบแพทย์ เช่น มีไข้หนาวสั่น แผลมีลักษณะแดงหรือปวด แผลมีสี กลิ่นผิดปกติ แผลเป็นไม่ยุบหรือมีขนาดใหญ่ขึ้น มีการดึงรั้งของผิวหนัง ข้อต่างๆ น้ำหนักลด ควรรีบมาพบแพทย์ทันที

6. มาพบแพทย์ตามนัด

อ้างอิง

สมาคมแพทย์อุบัติเหตุแห่งประเทศไทย. ศัลยศาสตร์อุบัติเหตุ 12. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์, 2545.