

ผลงานประกอบการพิจารณาประเมินบุคคล

เพื่อขอรับเงินประจำตำแหน่ง

ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)

เรื่อง ที่เสนอให้ประเมิน

1. ผลงานที่เป็นผลการดำเนินการที่ผ่านมา

เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเส้นเอ็นไขว้หน้าข้อเข่าขาด โดยการส่องกล้อง

2. ข้อเสนอ แนวคิด วิธีการเพื่อพัฒนางานหรือปรับปรุงงานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

เรื่อง คู่มือการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเส้นเอ็นไขว้หน้าข้อเข่าขาด โดยการส่องกล้อง

เสนอโดย

นางสาวมะลิวัลย์ จตุรัส

ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)

(ตำแหน่งเลขที่ รพว.210)

ฝ่ายการพยาบาล กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล

โรงพยาบาลเวชการุณย์รัศมี

สำนักการแพทย์

ผลงานที่เป็นผลการดำเนินงานที่ผ่านมา

1. ชื่อผลงาน การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเส้นเอ็นไขว้หน้าข้อเข่าขาด โดยการส่องกล้อง
2. ระยะเวลาที่ดำเนินการ 5 วัน (ตั้งแต่วันที่ 3 มิถุนายน พ.ศ. 2562 ถึงวันที่ 7 มิถุนายน พ.ศ. 2562)
3. ความรู้ทางวิชาการหรือแนวคิดที่ใช้ในการดำเนินการ

ความรู้ทางวิชาการ

ภาวะเอ็นไขว้หน้าข้อเข่าฉีกขาด (anterior cruciate ligament injury) หมายถึง การฉีกขาดของเส้นเอ็นที่อยู่ภายในส่วนกลางของข้อเข่า ตรงส่วนเว้าของส่วนปลายกระดูกต้นขา ยึดเกาะระหว่างกระดูกต้นขาและกระดูกเข่ามีแนวเส้นใยเฉียง ทำให้ไม่มั่นคง มีการเคลื่อนของกระดูกเข่ามาทางด้านหน้าต่อกระดูกต้นขามากขึ้น (พิสิฐฐ์ เลิศวานิช, 2560)

กายวิภาคและสรีรวิทยาของเส้นเอ็นไขว้หน้าข้อเข่า

ข้อเข่าประกอบด้วยกระดูกฟีเมอร์ กระดูกทibia กระดูกสะบ้าด้านหน้าข้อเข่า บริเวณที่กระดูกทั้ง 3 ชิ้นสัมผัสกันซึ่งจะมีผิวข้อเป็นกระดูกอ่อนคลุมอยู่ ความมั่นคงของข้อเข่าเกิดจากเส้นเอ็น 4 เส้น ดังนี้ เอ็นเข่าด้านนอก ด้านในป้องกันไม่ให้เข่าหลวมเอียงไปด้านข้าง เอ็นไขว้หน้าป้องกันไม่ให้เข่าหลวมเลื่อนไปด้านหน้า และเอ็นไขว้หลังป้องกันไม่ให้เข่าหลวมเลื่อนตไปด้านหลัง เอ็นไขว้หน้าของข้อเข่า มีหน้าที่สำคัญคือการควบคุมการเคลื่อนที่แนวด้านหน้า-หลัง หน้าที่หลักคือ การช่วยกันการเคลื่อนที่ของกระดูกเข่าไปด้านหน้า และช่วยให้ความมั่นคงกับข้อเข่าในขณะงอเข่า และขณะที่ข้อเข่ามีการหมุน หากมีแรงมากระทำจนเส้นเอ็นไม่สามารถรับภาระได้ ก็จะทำให้เกิดการฉีกขาดของเอ็นไขว้หน้า (สมภิยา สมถวิล, 2563)

อาการและอาการแสดง

การบาดเจ็บเอ็นไขว้หน้าระยะเฉียบพลัน อาการที่นำมาได้แก่ มีอาการปวดรุนแรงขึ้นทันทีพร้อมกับมีเสียงถันในข้อ (audible pop) ไม่สามารถเดินลงน้ำหนักหรือเหยียดเข่าข้างที่บาดเจ็บได้เต็มที่

การบาดเจ็บเอ็นไขว้หน้าระยะเรื้อรัง อาการปวดข้อเข่าจะลดน้อยลง ผู้ป่วยจะมาด้วยประวัติการบาดเจ็บเอ็นไขว้หน้ามานานมากกว่า 6 สัปดาห์ขึ้นไป มีการหลวมหลุดของข้อต่อ เกิดความไม่มั่นคงของข้อเข่า กลับไปเล่นกีฬาในระดับเดิมไม่ได้ (วันชวิธ อัมพรายน, 2560)

การวินิจฉัยโรค

การวินิจฉัยเอ็นไขว้หน้าฉีกขาดที่สำคัญ ได้แก่ การซักประวัติ การตรวจร่างกาย และการตรวจทางรังสีวิทยา ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้ (ปรียพร วิศาลบูรณ, 2564)

1. การซักประวัติ อาการบาดเจ็บ ทิศทางที่แรงกระทำ ท่าทางของขาอาการปวด ข้อหลวม

2. การตรวจร่างกาย การตรวจพิสัยเคลื่อนไหวของข้อ การตรวจความมั่นคงของข้อเข่าที่สำคัญ ได้แก่

Lachman test Anterior drawer test และ Pivot shift test

3. การถ่ายภาพรังสี ช่วยให้วินิจฉัยการบาดเจ็บของเส้นเอ็นและการหักของกระดูก

4. การตรวจด้วยคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า เป็นการตรวจที่ดีที่สุด ช่วยยืนยันผลการตรวจที่ได้ชัดเจน

5. การส่องกล้อง (arthroscopy) เป็นทั้งการวินิจฉัยการบาดเจ็บและการรักษา

การรักษา

แนวทางการรักษามี 2 วิธีคือ วิธีอนุรักษนิยมและวิธีผ่าตัด โดยพิจารณาวิธีการรักษาจากอายุ ความต้องการในการทำงานข้อเข่า การเล่นกีฬา อาชีพ เป็นต้น (ปรียพร วิชาลบูรณ, 2564)

1. การรักษาโดยวิธีอนุรักษนิยม เป็นการรักษาที่เหมาะสมกับผู้ป่วยที่มีการบาดเจ็บไม่รุนแรง รวมถึงผู้ป่วยมีความต้องการใช้ข้อเข่าไม่มากนัก ใช้หลักการดูแลการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อ “RICE” ได้แก่ Rest คือพักการใช้งานของข้อ Ice คือการประคบเย็น เพื่อลดปวด บวม Compression การพันข้อเข่าที่บาดเจ็บด้วยผ้ายืด Elevation การยกข้อเข่าที่บาดเจ็บให้สูงกว่าระดับหัวใจเพื่อลดบวม การรักษาด้วยยาแก้ปวดเช่น paracetamol และกลุ่มยาต้านการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ เพื่อลดการอักเสบของเนื้อเยื่อ การใช้อุปกรณ์โอบพยุงข้อเข่า เพื่อลดอาการบวม ใช้ไม้ค้ำยันรักแร้ เพื่อเลี่ยงการลงน้ำหนักไปข้างที่บาดเจ็บ

2. การรักษาโดยการผ่าตัด เป็นการผ่าตัดสร้างเอ็นไขว้หน้าข้อเข่าขึ้นมาใหม่ เนื่องจากเส้นเอ็นที่ฉีกขาดจะไม่สามารถเชื่อมต่อกันเองได้ โดยการผ่าตัดแบบแผลเปิด และการผ่าตัดแบบส่องกล้องข้อเข่า

ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด

ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดหลังการผ่าตัด ที่พบได้แก่ (ปรียพร วิชาลบูรณ, 2564)

1. ภาวะข้อเข่ายึดติด ผู้ป่วยจะมีปัญหาเหยียดเข่าได้ไม่สุดมากกว่าท่างอเข่า เกิดพังผืดยึดติดในข้อเข่า
2. เจ็บบริเวณด้านหน้าข้อเข่า ปวดมากขึ้นเวลาคุกเข่า เจ็บมากขึ้นเมื่อมีแรงมากกระทำต่อกระดูกสะบ้า
3. อาการชาด้านหน้าของหัวเข่า เกิดจากการบาดเจ็บของเส้นประสาท saphenous ในขณะที่เตรียม graft ต้องประเมินอาการทางระบบประสาทและหลอดเลือดร่วมด้วย
4. ภาวะติดเชื้อ พบในผู้ป่วยที่ได้รับการฉีดยาสเตียรอยด์เข้าภายในข้อเข่า ระยะเวลาผ่าตัดที่ยาวนาน
5. ภาวะหลอดเลือดดำอุดตัน ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้หากมีลิ่มโลหิตไปอุดตันหลอดเลือดที่ปอด
6. ความไม่มั่นคงของเข่า พบได้ในผู้ป่วยที่มีประวัติข้อเข่าหลวมก่อนการผ่าตัดเอ็นไขว้หน้า
7. ภาวะเลือดออก อาจทำให้เกิดก้อนโลหิตใต้ผิวหนังและภายในข้อเข่า

การฟื้นฟูสภาพ

การฟื้นฟูสภาพสามารถให้การพยาบาลได้ตั้งแต่ก่อนการผ่าตัด ให้ข้อมูลการผ่าตัด การฝึกจัดการกับความปวด การบริหารปอด การไออย่างมีประสิทธิภาพ การกระดกข้อเท้าขึ้น-ลง การฝึกงอและเหยียดตามองศาการเคลื่อนไหว การบริหารกล้ามเนื้อต้นขาและข้อเท้า (ปริยพร วิชาลนุรต์, 2564)

1. การฟื้นฟูหลังผ่าตัดวันที่ 0 ให้บริหารปอด การไออย่างมีประสิทธิภาพ ให้เริ่มกระดกข้อเท้าขึ้น-ลง
2. การฟื้นฟูหลังผ่าตัดวันที่ 1 ออกกำลังกายกล้ามเนื้อต้นขาด้านหน้า การฝึกงอเหยียด เข่า
3. การฟื้นฟูหลังผ่าตัดวันที่ 2-3 เริ่มห้อยขาข้างเตียง ฝึกงอเหยียดเข่า ยืนข้างเตียง ใช้ไม้ค้ำยัน
4. การฟื้นฟูหลังผ่าตัดวันที่ 4-6 เน้นควบคุมน้ำหนัก การจัดสิ่งแวดล้อมที่บ้านเพื่อป้องกันการหกล้ม

การพยาบาล

พยาบาลห้องผ่าตัดมิใช่มีหน้าที่เพียงส่งเครื่องมือผ่าตัดหรือช่วยในการทำผ่าตัดเท่านั้น หากยังมีหน้าที่รับผิดชอบในการให้การพยาบาลผู้ป่วยทั้งทางร่างกายและจิตใจอย่างต่อเนื่อง โดยให้การพยาบาลผู้ป่วยครอบคลุมทั้ง 3 ระยะ คือ ระยะก่อนผ่าตัด ระยะผ่าตัด และระยะหลังผ่าตัด (เรณู อาจสาตี, 2553)

การพยาบาลผู้ป่วยระยะก่อนผ่าตัด เริ่มตั้งแต่ผู้ป่วยตัดสินใจทำผ่าตัดและสิ้นสุดเมื่อส่งผู้ป่วยขึ้นเตียงผ่าตัด มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยมีความพร้อมทางด้านร่างกายและจิตใจ สามารถปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง ช่วยลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นในขณะผ่าตัดและหลังผ่าตัดได้

การพยาบาลระยะผ่าตัด เริ่มตั้งแต่ย้ายผู้ป่วยเข้าห้องผ่าตัดสิ้นสุดเมื่อย้ายผู้ป่วยออกจากห้องผ่าตัดไปยังห้องพักฟื้น สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย ชักถามอาการ ตรวจสอบความถูกต้องของเวชระเบียน ถามชื่อนามสกุล โรค หัตถการ ตำแหน่ง ข้างที่ทำหัตถการ ประวัติแพ้ยา แพ้อาหาร โรคประจำตัว ใบเซ็นยินยอมผ่าตัด ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการและผลการถ่ายภาพรังสี เตรียมห้องผ่าตัด เครื่องมือและอุปกรณ์ ส่งเครื่องมือผ่าตัด นับจำนวนเครื่องมือ วัสดุเคมี เครื่องผูกเย็บและจำนวนผ้าซับโลหิตทั้งก่อนผ่าตัดและก่อนเย็บปิดแผลผ่าตัด เพื่อป้องกันการตกค้างในร่างกาย เฝ้าระวังเรื่องความปลอดภัย ปฏิบัติงานตามหลักปราศจากเชื้ออย่างเคร่งครัด

การพยาบาลระยะหลังผ่าตัด เริ่มตั้งแต่เสร็จสิ้นการเย็บปิดแผลผ่าตัดและเคลื่อนย้ายผู้ป่วยออกจากห้องผ่าตัดไปยังห้องพักฟื้น ให้การพยาบาลอย่างต่อเนื่องหลังผ่าตัด เพื่อติดตามประเมินอาการและภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัด เช่น การสูญเสียโลหิต การบาดเจ็บจากการจัดท่า อาการปวดแผลผ่าตัด การให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดและก่อนกลับบ้าน

4. สรุปสาระสำคัญของเรื่องและขั้นตอนการดำเนินการ

4.1 สรุปสาระสำคัญของเรื่อง

เอ็นไซม์หน้าข้อเข่าเป็นเส้นเอ็นที่สำคัญที่อยู่ลึกเข้าไปในส่วนกลางของข้อเข่า ทำหน้าที่สำคัญในการรักษาความมั่นคงของข้อเข่าในการเคลื่อนไหว ภาวะเอ็นไซม์หน้าข้อเข่าฉีกขาด มักพบได้มากในอุบัติเหตุจากการเล่นกีฬา ผู้ป่วยที่มีภาวะเอ็นไซม์หน้าข้อเข่าฉีกขาดและไม่ได้รับการรักษานั้นอาจส่งผลให้เกิดภาวะข้อเข่าเสื่อมตามมา จากสถิติข้อมูลของโรงพยาบาลเวชการุณย์รัศมี (ฝ่ายเวชระเบียน โรงพยาบาลเวชการุณย์รัศมี, 2563) ในปี พ.ศ. 2560-2562 พบผู้ป่วยเส้นเอ็นไซม์หน้าข้อเข่าขาดมารับการรักษา จำนวน 2, 4 และ 3 รายตามลำดับ โดยผู้ป่วยทั้งหมดได้รับการรักษาด้วยวิธีผ่าตัดเส้นเอ็นไซม์หน้าข้อเข่าขาดโดยการส่องกล้อง มีเป้าหมายเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดกระดูกหน้าแข้งเคลื่อนที่ไปข้างหน้ามากเกินไป และเพื่อให้ข้อเข่ากลับมาทำงานได้ตามปกติ ในการผ่าตัดโดยการส่องกล้อง พยาบาลห้องผ่าตัดต้องมีความรู้ความเข้าใจกายวิภาคและสรีรวิทยา การเตรียมเครื่องมือเครื่องใช้ในการผ่าตัดให้ครบถ้วน ถูกต้อง พร้อมใช้ รวมทั้งต้องมีทักษะความชำนาญในการส่งเครื่องมือผ่าตัด สามารถให้การพยาบาลผู้ป่วยทั้งในระยะก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด และหลังผ่าตัดเพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน

4.2 ขั้นตอนการดำเนินการ

1. เลือกกรณีศึกษาเรื่องการพยาบาลผู้ป่วยที่ผ่าตัดเส้นเอ็นไซม์หน้าข้อเข่าขาดโดยการส่องกล้อง
2. ศึกษาและรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเส้นเอ็นไซม์หน้าข้อเข่าขาดโดยการส่องกล้อง จากตำรา เอกสารทางวิชาการ งานวิจัย อินเทอร์เน็ต เพื่อเป็นแนวทางในการดำเนินการกรณีศึกษาเฉพาะราย
3. เลือกกรณีศึกษาเป็นผู้ป่วยชายไทย อายุ 34 ปี มาโรงพยาบาลด้วยอาการปวดบวมบริเวณเข่าขวา โดยให้ประวัติ 7 เดือนก่อนมาโรงพยาบาล เกิดอุบัติเหตุล้มล้มเข่าขวาบิด ขณะเล่นฟุตบอล แพทย์ตรวจและวินิจฉัยเป็นโรคเส้นเอ็นไซม์หน้าข้อเข่า รับไว้ในโรงพยาบาลเพื่อเตรียมผ่าตัดเส้นเอ็นไซม์หน้าข้อเข่าขาดโดยการส่องกล้อง ในวันที่ 4 มิถุนายน พ.ศ. 2562 เวลา 08.30 นาฬิกา เลขที่ผู้ป่วยนอก 3195/62 เลขที่ผู้ป่วยใน 2168/62 ประเมินสภาพร่างกายทุกระบบ จิตใจ อารมณ์ สังคม ชักประวัติที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วย ทั้งปัจจุบัน และอดีต รวมทั้งประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว
4. ประเมินสภาพร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม ชักประวัติการเจ็บป่วยทั้งปัจจุบันและอดีต รวมทั้งประวัติครอบครัวเพื่อวางแผนให้การพยาบาลผ่าตัดเส้นเอ็นไซม์หน้าข้อเข่าขาดโดยการส่องกล้อง
5. วินิจฉัยการพยาบาลเพื่อวางแผนให้การพยาบาลตามลำดับความสำคัญของปัญหา

6. ปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลทั้ง 3 ระยะคือ ระยะก่อนผ่าตัด ระยะผ่าตัดและระยะหลังผ่าตัด เพื่อวางแผนให้การพยาบาล และให้การรักษาพยาบาลตามแผนการรักษาของแพทย์

7. ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยหลังผ่าตัด ประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาล พร้อมทั้งให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน โดยมีการประเมินผลการให้การพยาบาลต่อไปเมื่อปัญหายังไม่สิ้นสุดจนจำหน่าย

8. รวบรวมข้อมูลสรุปกรณีศึกษาเฉพาะราย จัดทำเป็นเอกสารทางวิชาการ นำเสนอผลงานตามลำดับ

5. ผู้ร่วมดำเนินการ ไม่มี

6. ส่วนของงานที่ผู้เสนอเป็นผู้ปฏิบัติ เป็นผู้ดำเนินการทั้งหมดร้อยละ 100 โดยมีรายละเอียดดังนี้

จากกรณีศึกษาผู้ป่วยชายไทย อายุ 34 ปี รูปร่างท้วม ผิวขาวเหลือง มาโรงพยาบาลด้วยอาการปวดบวมบริเวณเข่าขวา โดยให้ประวัติ 7 เดือนก่อนมาโรงพยาบาล เกิดอุบัติเหตุล้มล้มเข่าขวาบิด ขณะเล่นฟุตบอล แพทย์ตรวจและวินิจฉัยเป็นโรคเส้นเอ็นไขว้หน้าขาด รับไว้เป็นผู้ป่วยในที่หอผู้ป่วยพิเศษ เพื่อเตรียมผ่าตัดเส้นเอ็นไขว้หน้าข้อเข่าขวาโดยการส่องกล้อง ในวันที่ 4 มิถุนายน พ.ศ. 2562 เวลา 08.30 นาฬิกา เลขที่ผู้ป่วยนอก 3195/62 เลขที่ผู้ป่วยใน 2168/62

การติดตามเยี่ยมครั้งที่ 1 วันที่ 3 มิถุนายน พ.ศ. 2562 เยี่ยมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด เพื่อให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัดและหลังผ่าตัด ผู้ป่วยปวดเข่าเล็กน้อยสัญญาณชีพแรกรับ อุณหภูมิ 36.6 องศาเซลเซียส ชีพจร 82 ครั้ง/นาที การหายใจ 18 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 133/80 มิลลิเมตรปรอท

การติดตามเยี่ยมครั้งที่ 2 วันที่ 4 มิถุนายน พ.ศ. 2562 เวลา 08.10 นาฬิกา รับผู้ป่วยที่ห้องรอผ่าตัด ผู้ป่วยได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดโลหิตดำชนิด 0.9 % NSS 1,000 มิลลิลิตร ในอัตรา 80 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง ได้รับยาปฏิชีวนะ cefazolin 1 กรัม ทางหลอดเลือดโลหิตดำ 30 นาทีก่อนการทำผ่าตัด แพทย์ได้เริ่มทำผ่าตัดเวลา 09.16 นาฬิกา สิ้นสุดการผ่าตัดเวลา 11.10 นาฬิกา รวมระยะเวลาในการผ่าตัด 1 ชั่วโมง 54 นาที สูญเสียโลหิตขณะผ่าตัด 5 มิลลิลิตร หลังเสร็จสิ้นการผ่าตัดส่งต่อผู้ป่วยไปยังห้องพักฟื้น

การติดตามเยี่ยมครั้งที่ 3 วันที่ 5 มิถุนายน พ.ศ. 2562 เวลา 18.00 นาฬิกา เยี่ยมผู้ป่วยที่หอผู้ป่วยพิเศษ สภาพทั่วไปผู้ป่วยรู้สึกตัวดี บอกปวดตึงแผลผ่าตัด ประเมินความปวดได้ 5 คะแนน ได้รับยาแก้ปวด dynastat 40 มิลลิกรัม ทางหลอดเลือด ทุก 12 ชั่วโมง และยาแก้ปวด tramol ขนาด 50 มิลลิกรัม รับประทานเวลาปวด ทุก 12 ชั่วโมง หลังได้รับยา ประเมินความปวดได้ 2 คะแนน สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.6 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นชีพจร 86 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 18 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 130/84 มิลลิเมตรปรอท แพทย์หยุดการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ ต่อเป็น heparin lock เพื่อให้ยาปฏิชีวนะ บันทึกปริมาณโลหิตที่ระบายจากแผลผ่าตัดออกสู่ขวดรองรับสุญญากาศ จำนวน 150 มิลลิลิตร ผ้าปิดแผลแห้งดี ไม่มีโลหิตซึม

แพทย์ให้รับประทานอาหารธรรมดา และเริ่มให้ขยับขาได้บนเตียง

การติดตามเยี่ยมครั้งที่ 4 วันที่ 6 มิถุนายน พ.ศ. 2562 เวลา 17.00 นาฬิกา เยี่ยมผู้ป่วยที่หอผู้ป่วยพิเศษ ผู้ป่วยนั่งอยู่บนเตียง เหลือตนเองได้ มีสีหน้าสดชื่นขึ้น ได้รับบริการถอดสาย heparin lock มือข้างซ้าย ไม่มีอาการบวม แดง ร้อน ได้รับการถอดสายระบายที่ข้อเท้า เปิดแผลผ่าตัด และเปลี่ยนเป็นผ้าปิดแผลชนิดกันน้ำ แผลผ่าตัดแห้งดี ไม่มีโลหิตซึม ไม่มีอาการปวด บวม แดง ร้อน on cryo cuff ที่เข้าข้างขวา สัญญาณชีพ อุณหภูมิร่างกาย 36.8 องศาเซลเซียส ชีพจร 84 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 18 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 130/82 มิลลิเมตรปรอท

การติดตามเยี่ยมครั้งที่ 5 วันที่ 7 มิถุนายน พ.ศ. 2562 เวลา 09.00 นาฬิกา เยี่ยมผู้ป่วยที่หอผู้ป่วยพิเศษ ผู้ป่วยฝึกเดินด้วยไม้ค้ำยันรักแร้แบบลงน้ำหนักบนเท้าข้างที่ผ่าตัดได้บางส่วน แพทย์อนุญาตให้กลับบ้าน ได้นัดติดตามอาการที่คลินิกศัลยกรรมกระดูกและข้อ แผนกผู้ป่วยนอก ในวันพุธที่ 19 มิถุนายน 2562 เวลา 09.00 นาฬิกา ในระหว่างที่รับผู้ป่วยไว้ในความดูแลและแก้ไขปัญหาทางการพยาบาล โดยมีการวางแผนการพยาบาล กิจกรรมการพยาบาล และการประเมินผลการพยาบาล ตั้งแต่วันที่ 3 มิถุนายน พ.ศ. 2562 ถึงวันที่ 7 มิถุนายน พ.ศ. 2562 รวมเป็นเวลา 5 วัน พบปัญหาทางการพยาบาลทั้งหมด 13 ข้อ ได้รับการดูแลและแก้ไขทั้งหมด โดยปัญหาทางการพยาบาลที่พบในระยะก่อนผ่าตัด ระยะผ่าตัด และระยะหลังผ่าตัดมีดังต่อไปนี้

ปัญหาที่ 1 ผู้ป่วยขาดความรู้เกี่ยวกับการผ่าตัด

เป้าหมายการพยาบาล มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการผ่าตัด

กิจกรรมการพยาบาล สร้างสัมพันธภาพที่ดีด้วยการพูดคุยให้คำแนะนำเกี่ยวกับการเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด การปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด การออกกำลังกล้ามเนื้อหลังผ่าตัด อธิบายสภาพหลังผ่าตัด เช่นการมีแผลผ่าตัดที่เข้า มีสายระบายจากข้อเท้า การได้รับยาปฏิชีวนะ ยาบรรเทาปวด แนะนำการดูแลแผลผ่าตัดและอาการผิดปกติอื่นๆ เช่น มีเลือดหรือหนองออกจากแผลผ่าตัด ต้องรีบมาพบแพทย์

การประเมินผล ปัญหานี้ได้รับการแก้ไขจากการเยี่ยมครั้งที่ 1 ในวันที่ 3 มิถุนายน พ.ศ. 2562

ปัญหาที่ 2 ผู้ป่วยปวดเข่าเนื่องจากพยาธิสภาพของโรคเส้นเอ็นไขว้หน้าข้อเข่าขาด

เป้าหมายการพยาบาล ไม่ปวดเข่า

กิจกรรมการพยาบาล ประเมินความเจ็บปวดโดยใช้มาตรวัดแบบตัวเลข แนะนำให้ออนพักผ่อนในท่าเข่าเหยียดตรง โดยใช้หมอนหรือผ้านุ่มๆรองใต้เข่า แนะนำญาติช่วยเหลือในการเปลี่ยนอิริยาบถ จัดสภาพแวดล้อมให้บรรยากาศสงบ ดูแลให้แสงสว่างพอเหมาะ ปรับอุณหภูมิของห้องพักให้เหมาะสม

การประเมินผล ปัญหานี้ได้รับการแก้ไขจากการเยี่ยมครั้งที่ 1 ในวันที่ 3 มิถุนายน พ.ศ. 2562

ปัญหาที่ 3 เสี่ยงต่อการเกิดข้อเข่ายึดติดและกล้ามเนื้อลีบหลังการผ่าตัด

เป้าหมายการพยาบาล ไม่เกิดภาวะข้อเข่ายึดติดและกล้ามเนื้อลีบหลังการผ่าตัด

กิจกรรมการพยาบาล สอนบริหารกล้ามเนื้อขาและข้อเข่าเพื่อเสริมสร้างความแข็งแรงของกล้ามเนื้อต้นขา เพื่อเพิ่มพิสัยการเคลื่อนไหวของข้อ การเดินด้วยไม้ค้ำยันรัดแบริเบบลงน้ำหนักบนเท้าข้างที่ผ่าตัดได้บางส่วน การเดินขึ้น-ลงบันได

การประเมินผล ปัญหาได้รับการแก้ไขจากการเยี่ยมครั้งที่ 5 ในวันที่ 7 มิถุนายน พ.ศ. 2562

ปัญหาที่ 4 เสี่ยงต่อการพลัดตกเตียงขณะเคลื่อนย้ายจากรถเข็นนอน

เป้าหมายการพยาบาล ไม่พลัดตกเตียงขณะเคลื่อนย้าย

กิจกรรมการพยาบาล ประเมินสภาพของผู้ป่วย เคลื่อนย้ายผู้ป่วยด้วยความระมัดระวัง ใช้แผ่นสไลด์ในการเคลื่อนย้าย บอกผู้ป่วยรับทราบก่อนการเคลื่อนย้ายทุกครั้ง ยกขาขึ้นเตียงขึ้นทั้ง 2 ข้าง ภายหลังให้การพยาบาลแล้วทุกครั้ง ไม่ละทิ้งให้ผู้ป่วยอยู่ตามลำพัง

การประเมินผล ปัญหาไม่เกิดขึ้นเนื่องจากได้รับการเฝ้าระวังและป้องกันก่อน

ปัญหาที่ 5 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการผ่าตัดผิดคน ผิดข้าง ผิดตำแหน่ง

เป้าหมายการพยาบาล ได้รับการผ่าตัดถูกคน ถูกข้าง ถูกตำแหน่ง

กิจกรรมการพยาบาล ตรวจสอบเอกสารต่าง ๆ ที่มากับผู้ป่วยให้ตรงกับชื่อ นามสกุล ขอเวลานอกก่อนการระงับความรู้สึก เพื่อระบุตัวผู้ป่วย ตำแหน่งที่ทำผ่าตัด หัตถการ ร่วมกับผู้ป่วย ศัลยแพทย์ ทีมผ่าตัดและทีมวิสัญญี sign out โดยทวนสอบหัตถการร่วมกับทีมผ่าตัดหลังสิ้นสุดการผ่าตัด

การประเมินผล ปัญหาไม่เกิดขึ้นเนื่องจากได้รับการเฝ้าระวังและป้องกันก่อน

ปัญหาที่ 6 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการติดเชื้อที่แผลผ่าตัด

เป้าหมายการพยาบาล แผลผ่าตัดไม่ติดเชื้อ

กิจกรรมการพยาบาล ทำความสะอาดห้องผ่าตัด อุปกรณ์และเครื่องใช้ ตรวจสอบสภาพเครื่องมือเครื่องใช้ให้อยู่ในสภาพปราศจากเชื้อ ส่งเครื่องมือผ่าตัดได้ถูกต้องตามเทคนิคปราศจากเชื้อ ใช้น้ำยา 10 % povidine solution ทาแผลผ่าตัดก่อนปิดแผลด้วยผ้าก๊อชปราศจากเชื้อ ประเมินแผลผ่าตัด วัตถุประสงค์พิพทุก 4 ชั่วโมง แนะนำไม่ให้แกะเกาแผล ตรวจสอบการได้รับยา cefazolin และตรวจสอบอาการแพ้ยาจากเวชระเบียน

การประเมินผล ปัญหาได้รับการแก้ไขจากการเยี่ยมครั้งที่ 4 ในวันที่ 6 มิถุนายน พ.ศ. 2562

ปัญหาที่ 7 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการบาดเจ็บจากการใช้เครื่องตัดและจี้ห้ามโลหิตด้วยไฟฟ้า

เป้าหมายการพยาบาล ไม่เกิดการบาดเจ็บจากการใช้เครื่องตัดและจี้ห้ามโลหิตด้วยไฟฟ้า

กิจกรรมการพยาบาล ประเมินสภาพผิวหนังบริเวณที่จะติดแผ่นสื่อนำไฟฟ้า เลือกบริเวณกล้ามเนื้อต้นขาที่เรียบไม่มีขน ปรับระดับกระแสไฟฟ้าให้เหมาะสมกับชนิดของเนื้อเยื่อที่จะทำผ่าตัด ประเมินสภาพผิวหนังก่อนและหลังการใช้แผ่นสื่อนำไฟฟ้า พร้อมบันทึกในแบบบันทึกการพยาบาลผ่าตัด

การประเมินผล ปัญหาไม่เกิดขึ้นเนื่องจากได้รับการเฝ้าระวังและป้องกันก่อน

ปัญหาที่ 8 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อ หลอดโลหิต เส้นประสาท จากการใช้เครื่องห้ามโลหิตด้วยแรงดัน

เป้าหมายการพยาบาล ไม่เกิดอันตรายต่อเนื้อเยื่อ หลอดโลหิต เส้นประสาท

กิจกรรมการพยาบาล ประเมินผิวหนังบริเวณต้นขาข้างที่ผ่าตัด เลือก cuff ขนาดที่เหมาะสมกับขนาดต้นขา ตั้งค่าแรงดันอยู่ระหว่าง 300-350 มิลลิเมตรปรอท ระยะเวลาไม่เกิน 2 ชั่วโมง บันทึกตำแหน่ง แรงดัน ระยะเวลาและสภาพผิวหนัง คลำชีพจรที่ปลายเท้าเพื่อประเมินภาวะแทรกซ้อนลงข้อมูลในแบบบันทึกการพยาบาลผ่าตัด ยกขาให้สูงด้วยการวางบนหมอนเพื่อเพิ่มการไหลเวียนกลับของโลหิต สอนให้กระดกปลายเท้าขึ้น-ลง 20-30 ครั้งต่อชั่วโมงขณะตื่น

การประเมินผล ปัญหาได้รับการแก้ไขจากการเยี่ยมครั้งที่ 3 ในวันที่ 5 มิถุนายน พ.ศ. 2562

ปัญหาที่ 9 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการมีสิ่งตกค้างภายในร่างกาย

เป้าหมายการพยาบาล ไม่มีสิ่งตกค้างภายในร่างกาย

กิจกรรมการพยาบาล ตรวจสอบเครื่องมือผ่าตัด ผ้าซับ โลหิต ของมีคม ก่อนเริ่มการผ่าตัด ก่อนปิดชั้นช่องหรือโพรงชั้นใน และก่อนเย็บปิดชั้นผิวหนัง โดยตรวจสอบร่วมกันกับพยาบาลช่วยรอบนอก แจ้งผลการตรวจนับให้ศัลยแพทย์รับทราบ ลงบันทึกผลและชื่อผู้นับในแบบบันทึกการพยาบาลผ่าตัด

การประเมินผล ปัญหาไม่เกิดขึ้นเนื่องจากได้รับการเฝ้าระวังและป้องกันก่อน

ปัญหาที่ 10 ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำเนื่องจากกลไกการปรับตัวและการสูญเสียความร้อนจากร่างกาย

เป้าหมายการพยาบาล ไม่เกิดภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำ

กิจกรรมการพยาบาล ให้ความอบอุ่นร่างกาย ห่มผ้าห่มลมร้อน เปิดผصر่างกายเฉพาะบริเวณที่ทำผ่าตัด หลังเสร็จการผ่าตัดปิดเครื่องปรับอากาศ เซ็ดตัวให้แห้ง สวมชุดและห่มผ้าเพื่อเพิ่มความอบอุ่นแก่ร่างกาย

การประเมินผล ปัญหาไม่เกิดขึ้นเนื่องจากได้รับการป้องกันตลอดเวลาที่อยู่ในห้องผ่าตัดและห้องพักฟื้น

ปัญหาที่ 11 ผู้ป่วยปวดแผลผ่าตัด

เป้าหมายการพยาบาล ไม่ปวดแผลผ่าตัด

กิจกรรมการพยาบาล ประเมินความเจ็บปวด ประคบความเย็นด้วย cryo cuff เพื่อลดอาการปวดบวม ให้ยาแก้ปวดตามแผนการรักษา ดูแลสุขวิทยาทั่วไปเพื่อให้เกิดความสบาย

การประเมินผล ปัญหาที่ได้รับการแก้ไขจากการเยี่ยมครั้งที่ 4 ในวันที่ 6 มิถุนายน พ.ศ. 2562

ปัญหาที่ 12 ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดภาวะหลอดเลือดโลหิตดำอักเสบและอุดตันบริเวณขา

เป้าหมายการพยาบาล ไม่เกิดภาวะหลอดเลือดโลหิตดำอักเสบและอุดตันบริเวณขาข้างขวาที่ทำผ่าตัด

กิจกรรมการพยาบาล ตรวจวัดสัญญาณชีพ สังเกตอาการบวมตึงบริเวณขา น่อง อุณหภูมิ สีผิวชีพจรบริเวณปลายเท้าทั้ง 2 ข้าง แนะนำผู้ป่วยให้กระดกข้อเท้าขึ้น-ลง เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการไหลเวียนโลหิตให้ดีขึ้น

การประเมินผล ปัญหาไม่เกิดขึ้นเนื่องจากได้รับการป้องกันและดูแลอย่างต่อเนื่อง

ปัญหาที่ 13 ผู้ป่วยขาดความรู้ในการดูแลตนเองเมื่อกลับบ้าน

เป้าหมายการพยาบาล มีความรู้ความเข้าใจในการดูแลตนเองที่บ้าน

กิจกรรมการพยาบาล ประเมินความสามารถของผู้ป่วยในเรื่องออกกำลังกล้ามเนื้อและการเคลื่อนไหวข้อเข่า สอนให้ผู้ป่วยบริหารข้อเท้า สอนให้บริหารข้อเข่าและกล้ามเนื้อต้นขา ให้ความรู้เรื่องการดูแลแผล การออกกำลังกาย การใช้ไม้ค้ำยัน การรับประทาน อาหารที่มีประโยชน์และอาการผิดปกติที่ต้องรีบมาพบแพทย์ เช่น ปวดข้อเข่า ข้อเข่าบวม แดง ร้อน มีไข้สูง

การประเมินผล ปัญหาได้รับการแก้ไขหมดไปในการเยี่ยมครั้งที่ 5 ในวันที่ 7 มิถุนายน พ.ศ. 2562

ได้ให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวอย่างถูกต้องนัดมาพบแพทย์ เพื่อติดตามอาการหลังผ่าตัดในวันที่ 19 มิถุนายน พ.ศ. 2562 เวลา 09.00 นาฬิกา ที่คลินิกศัลยกรรมกระดูกและข้อ แผนกผู้ป่วยนอก

7. ความสำเร็จของงาน

จากกรณีศึกษาผู้ป่วยชายไทย แพทย์วินิจฉัยว่าเส้นเอ็นไขว้หน้าข้อเข่าขวาขาด ได้รับการผ่าตัดเส้นเอ็นไขว้หน้าข้อเข่าขาด โดยการส่องกล้อง ประเมินผลการพยาบาลเป็นเวลา 5 วัน เยี่ยม จำนวน 5 ครั้ง พบปัญหาทางการพยาบาล 13 ข้อ ได้รับการแก้ไขทั้งหมด ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาลเป็นอย่างดี ไม่พบภาวะแทรกซ้อน แผลผ่าตัดแห้งดี ไม่มีบวมแดง เดินได้โดยใช้ไม้ค้ำยันรักแร้ ผู้ป่วยบอกถึงข้อปฏิบัติตนหลังการผ่าตัดได้ถูกต้อง แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านวันที่ 7 มิถุนายน พ.ศ. 2562 นัดติดตามอาการหลังผ่าตัด ในวันที่ 19 มิถุนายน พ.ศ. 2562 เวลา 09.00 นาฬิกา ที่คลินิกศัลยกรรมกระดูกและข้อ แผนกผู้ป่วยนอก

8. การนำไปใช้ประโยชน์

เพื่อใช้เป็นแนวทางแก่บุคลากรห้องผ่าตัดในการวางแผนให้การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเส้นเอ็นไขว้หน้าข้อเข่าขาด โดยการส่องกล้อง เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับบริการผ่าตัดที่มีประสิทธิภาพและปลอดภัย

ทั้งในระยะก่อนผ่าตัด ระยะผ่าตัดและระยะหลังผ่าตัด สามารถกลับไปดำเนินชีวิตตามปกติ

9. ความยุ่งยาก ปัญหา อุปสรรคในการดำเนินการ

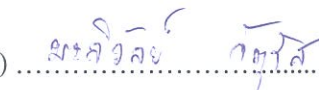
พยาบาลห้องผ่าตัดขาดความรู้ ในการให้การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเส้นเอ็นไขว้หน้าข้อเข่าขาด โดยการส่งก๊อกลงเนื่องจากในแต่ละปีมีผู้ป่วยมารับการผ่าตัดเส้นเอ็นไขว้หน้าข้อเข่าขาดโดยการส่งก๊อกลงจำนวนน้อยราย

10. ข้อเสนอแนะ

1. ห้องผ่าตัดควรจัดทำคู่มือการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเส้นเอ็นไขว้หน้าข้อเข่าขาดโดยการส่งก๊อกลงไว้ในหน่วยงานใช้ศึกษาและทบทวนความรู้ เพื่อจะได้ให้การพยาบาลผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ

2. ควรมีการจัดอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับการให้การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเส้นเอ็นไขว้หน้าข้อเข่าขาดโดยการส่งก๊อกลงแก่บุคลากรภายในหน่วยงานห้องผ่าตัด

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการและได้ดำเนินการปรับปรุงแก้ไขเป็นไปตามคำแนะนำของคณะกรรมการ

(ลงชื่อ)


(นางสาวมะลิวัลย์ จิตร์ธ)

ผู้ขอรับการประเมิน

(วันที่) ๒๓ ก.ค. ๒๕๖๔

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ)


(นางสาวน้ำค้าง ว่องเกษญา)

(ตำแหน่ง) หัวหน้าพยาบาล ฝ่ายการพยาบาล

กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล

โรงพยาบาลเวชการุณย์รัศมี

(วันที่) ๒๓ ก.ค. ๒๕๖๔

(ลงชื่อ)


(นายสุรชัย ภูมิพัฒน์ผล)

(ตำแหน่ง) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเวชการุณย์รัศมี

(วันที่) ๒๓ ก.ค. ๒๕๖๔

หมายเหตุ 1. ผู้บังคับบัญชาเหนือขึ้นไป 1 ระดับ ในช่วงเวลาตั้งแต่วันที่ 3 มิถุนายน 2562 ถึงวันที่ 7 มิถุนายน 2562 คือนายชาติชาย วงษ์อารี รักษาการในตำแหน่งผู้อำนวยการโรงพยาบาลเวชการุณย์รัศมี ปัจจุบันเกษียณอายุราชการ

เอกสารอ้างอิง

- จิรวรรณ กิจสมานมิตร. (2560). การผ่าตัดสร้างเอ็นแกนไขว้หน้าในตำแหน่งที่ใกล้เคียงกับเอ็นแกนไขว้หน้าเดิม. *วารสารโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์*, 13(1), 74-85.
- เฉลิมศรี สุวรรณเจดีย์และจุฬารัตน์ สมรูป. (2553). *คู่มือการใช้ยาและการจัดการพยาบาล* (พิมพ์ครั้งที่ 6). กรุงเทพฯ: บพิธการพิมพ์.
- นงเยาว์ สมพิทยานุรักษ์. (2553). *การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่ง จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ปราณี ทัฬหีไพเราะ. (2551). *คู่มือยา* (พิมพ์ครั้งที่ 9). กรุงเทพฯ: N P Press Limited Partnership.
- ปรียาพร วิศาลบุรณ, นวพรรษ สีมารักษ์, อภิลิทธิ ตามสัตย์, ชลดา ดิษรัชกิจ และ ยิ่งลักษณ์ วุฒิกุล. (2564). การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเอ็นไขว้หน้าข้อเข่า Nursing Care for Patients Underwent Anterior Cruciate Ligament Reconstruction. *วารสารเกื้อการุณย์*, 28(1), 108-119.
- ฝ่ายเวชระเบียน โรงพยาบาลเวชการุณย์รัศมี. (2563). สถิติผู้ป่วยเส้นเอ็นไขว้หน้าข้อเข่าขาด. พิสิษฐ เลิศวานิช. (2560, 21 สิงหาคม). *เอ็นไขว้หน้าของข้อเข่าขาด*. [เว็บบล็อก]. สืบค้นจาก <http://www.si.mahidol.ac.th>
- เฟิร์สฟิสิโอคลินิกกายภาพบำบัด. (2560). *เอ็นไขว้หน้าข้อเข่า*. [เว็บบล็อก]. สืบค้นจาก <http://www.firstphysioclinic.com>
- มานี รักษาเกียรติศักดิ์. (2560). การระงับความรู้สึกศัลยกรรมกระดูกและข้อ. ใน *เบญจรัตน์ หยกอุบล, กำแพง วัชรรักษา, ขนิษฐา ไกรสิทธิ์ และ ปาริชาติ อภิเลขากุล (บรรณาธิการ), ตำราวิสัญญีพื้นฐานและหน่วยงานปฏิบัติ*: กรุงเทพฯ: พี.เอ.ดีฟวิ้ง จำกัด.
- เรณู อาจสาลี. (2553). *การพยาบาลผู้ที่มารับการผ่าตัด* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: เอ็น พี เพรส.
- วันรัช อัมพรายน. (2560, 25 สิงหาคม). *เส้นเอ็นไขว้หน้าข้อเข่าหักขาด*. [เว็บบล็อก]. สืบค้นจาก <http://somdej.or.th>
- วิจิตรา กุสุมภ์. (2552). *กระบวนการพยาบาลและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล: การนำไปใช้ในคลินิก* (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ: บพิธการพิมพ์.
- สมภิษา สมถวิล, อรุณา บุญขารมย์ และกนกวรรณ ศรีสุภกรกุล. (2563). การฟื้นฟูภายหลังการผ่าตัดสร้างเอ็นไขว้หน้า. *ศรีนครินทร์เวชสาร*, 35(3), 353-361.

ข้อเสนอ แนวคิด วิธีการเพื่อพัฒนางานหรือปรับปรุงงานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

ของ นางสาวมะลิวัลย์ จิตร์ธ

เพื่อประกอบการประเมินเพื่อขอรับเงินประจำตำแหน่ง ประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการ

ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ด้านการพยาบาล (ตำแหน่งเลขที่ รพว. 210)

สังกัด ฝ่ายการพยาบาล กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล โรงพยาบาลเวชการุณย์รัศมี สำนักการแพทย์

เรื่อง คู่มือการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเส้นเอ็นไขว้หน้าข้อเข่าขาดโดยการส่องกล้อง

หลักการและเหตุผล

ห้องผ่าตัดเป็นหน่วยงานหนึ่งที่มีความสำคัญกับมาตรฐานการให้บริการที่สอดคล้องกับนโยบายของโรงพยาบาล โดยมุ่งเน้นประเด็นคุณภาพและความปลอดภัยในการบริการ การพัฒนางานอย่างต่อเนื่องในมิติของกระบวนการพัฒนา เพื่อสร้างคุณค่าแก่ผู้รับบริการ ดังนั้นบทบาทของพยาบาลห้องผ่าตัดจำเป็นต้องมีความรู้ ความเข้าใจในด้านการดูแลรักษา การพยาบาล การฟื้นฟูสภาพ และการสร้างเสริมสุขภาพ โดยในแต่ละปีมีผู้ป่วยมารับบริการผ่าตัดเส้นเอ็นไขว้หน้าข้อเข่าขาดโดยการส่องกล้องจำนวนน้อยราย แต่การผ่าตัดเส้นเอ็นไขว้หน้าข้อเข่าขาดโดยการส่องกล้องเป็นหัตถการที่ต้องให้การพยาบาลอย่างต่อเนื่อง เพื่อส่งเสริมและฟื้นฟูสภาพร่างกายให้ผู้ป่วยสามารถกลับไปดำเนินชีวิตประจำวันได้ และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ดังนั้นหากบุคลากรทางการพยาบาลของห้องผ่าตัด มีคู่มือการให้การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเส้นเอ็นไขว้หน้าข้อเข่าขาดโดยการส่องกล้อง ก็จะทำให้เกิดความพร้อม ความมั่นใจในการปฏิบัติการพยาบาลมากขึ้น ผู้ศึกษาจึงคิดจัดทำคู่มือการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเส้นเอ็นไขว้หน้าข้อเข่าขาดโดยการส่องกล้องนี้ขึ้น เพื่อให้บุคลากรทางการพยาบาลของห้องผ่าตัด มีแนวทางปฏิบัติเป็นไปในทางเดียวกัน ทั้งยังเป็นข้อมูลให้พยาบาลจบใหม่ได้ศึกษา ซึ่งจะส่งผลให้เกิดการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง

วัตถุประสงค์และหรือเป้าหมาย

วัตถุประสงค์

เพื่อเป็นแนวทางแก่บุคลากรทางการพยาบาลของห้องผ่าตัด ในการให้การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเส้นเอ็นไขว้หน้าข้อเข่าขาดโดยการส่องกล้อง

เป้าหมาย

มีแนวทางในการให้การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเส้นเอ็นไขว้หน้าข้อเข่าขาดโดยการส่องกล้องได้รับการพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพ

กรอบการวิเคราะห์ แนวคิด ข้อเสนอ

การบาดเจ็บบริเวณข้อเข่าในผู้ใหญ่เกิดจากการประสบอุบัติเหตุหรือบาดเจ็บจากการเล่นกีฬาบริเวณที่ได้รับบาดเจ็บมักเป็นเอ็นไขว้หน้าข้อเข่า ในประเทศสหรัฐอเมริกา พบผู้ที่ได้รับบาดเจ็บบริเวณเอ็นไขว้หน้าข้อเข่าประมาณ 70 คนต่อประชากร 100,000 คน พบมากในเพศชายมากกว่าเพศหญิงบ่อยในช่วงอายุ 18-35 ปี (ปรียพร วิชาลบุญ, 2564) จากสถิติข้อมูลของ โรงพยาบาลเวชการุณย์รัศมี (ฝ่ายเวชระเบียน โรงพยาบาลเวชการุณย์รัศมี, 2563) ในปี พ.ศ. 2560, 2561 และปี พ.ศ. 2562 พบผู้ป่วยเส้นเอ็นไขว้หน้าข้อเข่าขาดมารับการรักษา จำนวน 2, 4 และ 3 รายตามลำดับ โดยผู้ป่วยทั้งหมดได้รับการรักษาด้วยวิธีผ่าตัดเส้นเอ็นไขว้หน้าข้อเข่าขาด โดยการส่องกล้อง การผ่าตัดส่องกล้องเป็นวิธีการรักษาที่ใช้บ่อยในกรณีที่เส้นเอ็นไขว้หน้าข้อเข่าฉีกขาด มีเป้าหมายเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดกระดูกหน้าแข้งเคลื่อนที่ไปข้างหน้ามากเกินไป

การบาดเจ็บของเอ็นไขว้หน้าข้อเข่า

การบาดเจ็บของเอ็นไขว้หน้าข้อเข่าส่งผลกระทบต่อการทำงานของข้อและการเคลื่อนไหวร่างกาย ซึ่งแบ่งการบาดเจ็บออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้ (ปรียพร วิชาลบุญ, 2564)

1. การบาดเจ็บของเส้นเอ็นบางส่วน
2. การบาดเจ็บบางส่วนของเส้นเอ็นที่ทำให้สูญเสียความสามารถในการทำน้ำที่
3. การบาดเจ็บของเส้นเอ็นที่มีการฉีกขาดอย่างสมบูรณ์

อาการ

ผู้ป่วยจะปวดบริเวณข้อเข่าข้างที่ได้รับบาดเจ็บ บางรายอาจเดินไม่ได้ รู้สึกว่ามีกระดูกขยับ “ป๊อบ” และข้อเข่าอาจบวมที่เกิดจากมีเลือดออกในข้อเข่า

การวินิจฉัย

1. การตรวจน้ำหรือโลหิตในข้อเข่าจะได้ผลบวกในผู้ป่วยที่ได้รับการบาดเจ็บของข้อเข่า
2. การตรวจความมั่นคงของข้อเข่าภายหลังการบาดเจ็บได้ผลบวก
3. การเอกซเรย์ ใช้ประเมินการเคลื่อนของข้อเข่า หรือกระดูกหัก
4. การตรวจด้วยคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า มีความละเอียดแม่นยำ สามารถมองเห็นพยาธิสภาพของเส้นเอ็นในข้อเข่า กระดูกอ่อน หมอนรองข้อเข่ารวมทั้งกระดูกและกล้ามเนื้อ

การรักษา

การรักษาขึ้นอยู่กับลักษณะการบาดเจ็บและจำนวนของแพทย์โดยแบ่งการรักษาออกเป็น 2 ประเภท คือ (ปริยพร วิศาลบุรณ, 2564)

1. การรักษาแบบอนุรักษ์นิยม โดยไม่ผ่าตัดเป็นการรักษาทางเลือกใช้ในผู้ป่วยที่มีการบาดเจ็บระดับ 1 และ 2 เน้นการบรรเทาการบาดเจ็บเพื่อลดอาการปวดบวม
2. การรักษาโดยการผ่าตัดซ่อมแซมเอ็นไขว้หน้า ทำในรายที่มีการบาดเจ็บในระยะที่ 3 ที่ต้องใช้งานข้อเข่าหรือเล่นกีฬา เพื่อให้สามารถกลับมาใช้งานข้อเข่าได้เป็นปกติ

ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดเอ็นไขว้หน้า

ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดเอ็นไขว้หน้าที่พบได้แก่ (ปริยพร วิศาลบุรณ, 2564)

1. การติดเชื้อ พบได้แต่ไม่มาก เนื่องจากแผลผ่าตัดส่วนใหญ่เป็นสะเก็ด
2. ภาวะเลือดออก จากการผ่าตัดเอ็นไขว้หน้า
3. อุณหภูมิร่างกายต่ำ เนื่องจากการผ่าตัดมีการสูญเสียโลหิต น้ำ ทำให้ขาดสมดุลในร่างกาย
4. อาการปวด ชา ข้างผ่าตัดอ่อนแรง เกิดจากเส้นประสาทได้รับบาดเจ็บจากการผ่าตัด
5. ข้อยึดติด เป็นปัญหาที่พบบ่อย ในผู้ป่วยที่ไม่มีการฝึกงข้อเข่า หรือจำกัดการเคลื่อนไหวนาน ๆ
6. การเกิดลิ่มโลหิตอุดตัน เป็นภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ เป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยเสียชีวิตเฉียบพลันได้

การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเอ็นไขว้หน้าข้อเข่า

ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลแบบองค์รวมครอบคลุมทั้งทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และมีส่วนร่วมในแผนการรักษา ให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้อย่างถูกต้องและพร้อมที่จะรับการผ่าตัด โดยให้การดูแลผู้ป่วยและให้การพยาบาล แบ่งออกเป็น 3 ระยะคือ (เรณู อาจสาถิ, 2553)

1. ระยะก่อนผ่าตัด การให้ข้อมูลก่อนการผ่าตัด โดยประเมินความพร้อมของผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ ให้การพยาบาลเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัด เน้นการเตรียมความพร้อมตั้งแต่ การให้ความรู้เกี่ยวกับโรค การผ่าตัด การบริหารปวด การจัดการความปวด การไอ การกระดกเท้าขึ้น-ลง การดูแลตนเองหลังผ่าตัด การฟื้นฟูสภาพร่างกาย การฝึกบริหารกล้ามเนื้อข้อเข่า การใช้อุปกรณ์ช่วยเดิน ซึ่งการเตรียมความพร้อมเหล่านี้จะช่วยให้ผู้ป่วยฟื้นฟูสภาพร่างกายในระยะหลังผ่าตัดได้เร็ว
2. ระยะผ่าตัด เริ่มตั้งแต่ย้ายผู้ป่วยเข้าห้องผ่าตัดสิ้นสุดเมื่อย้ายผู้ป่วยออกจากห้องผ่าตัด ไปยังห้องพักฟื้น เมื่อรับผู้ป่วยมาห้องผ่าตัด สร้างสัมพันธภาพ พูดคุยสอบถามอาการ ตรวจสอบความถูกต้องของผู้ป่วยและ

เวชระเบียน เตรียมความพร้อมของห้องผ่าตัด เครื่องมือที่ใช้ในการผ่าตัด พยาบาลส่งเครื่องมือศึกษาขั้นตอน การผ่าตัด เตรียมเครื่องมือพิเศษให้พร้อมใช้ให้การพยาบาลเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัยตลอดระยะเวลาที่ทำผ่าตัด ช่วยเหลือทีมผ่าตัดเพื่อให้การผ่าตัดสำเร็จตามเป้าหมาย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนขณะทำ ผ่าตัด

3. ระยะเวลาหลังผ่าตัด ให้การพยาบาลเพื่อเน้นการป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด เพราะอาจมีปัญหา แผลผ่าตัดติดเชื้อ ภาวะโลหิตออก อาการปวด ชาขา การเกิดลิ่มโลหิตอุดตัน ข้อยึดติด และทำการฟื้นฟูสภาพร่างกายโดยการกระตุ้นการเคลื่อนไหว การฝึกงอและเหยียดเข่าตามองศาการเคลื่อนไหว ยืนข้างเดียว การฝึก เดินลงน้ำหนักได้บางส่วนโดยใช้ไม้ค้ำยันรักแร้ รวมทั้งเน้นการควบคุมอาหารเพื่อการควบคุมน้ำหนักเพราะ จะมีผลต่อการทรงตัว การรับน้ำหนักของข้อเข่า (ปริยพร วิศาลบุรณ, 2564)

ขั้นตอนการดำเนินการ

1. นำเสนอโครงการจัดทำคู่มือการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเส้นเอ็นไขว้หน้าข้อเข่าขาต โดย การส่งกล้องกับหัวหน้าห้องผ่าตัด และร่วมปรึกษานหาแนวทางร่วมกันในหน่วยงาน
2. ศึกษา ค้นคว้า และรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับการเตรียมเครื่องมือ อุปกรณ์ผ่าตัดเส้นเอ็น ไขว้ หน้าขาต โดยการส่งกล้องข้อเข่า ขั้นตอนการผ่าตัด การฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด
3. วางแผนการจัดทำคู่มือการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเส้นเอ็นไขว้หน้าข้อเข่าขาต โดยการส่ง กล้องและจัดตั้งคณะกรรมการเพื่อดำเนินงาน
4. ดำเนินการจัดทำคู่มือการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเส้นเอ็นไขว้หน้าข้อเข่าขาต โดยการส่ง กล้อง ตามแผนที่ได้วางไว้ และนำไปให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบความถูกต้อง พร้อมแก้ไขตามข้อเสนอแนะ
5. นำเสนอคู่มือการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเส้นเอ็นไขว้หน้าข้อเข่าขาต โดยการส่งกล้องต่อ ผู้บริหารเพื่อใช้ในหน่วยงาน
6. ประเมินการใช้งานคู่มือการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเส้นเอ็นไขว้หน้าข้อเข่าขาต โดยการส่ง กล้อง ทุก 3 เดือน

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดเส้นเอ็นไขว้หน้าข้อเข่าขาต โดยการส่งกล้อง
2. เพื่อเป็นการพัฒนาหน่วยงานให้สอดคล้องกับนโยบายโรงพยาบาลคุณภาพ

ตัวชี้วัดความสำเร็จ

มีคู่มือการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเส้นเอ็นไขว้หน้าข้อเข่าขาดโดยการส่องกล้องภายในปี พ.ศ. 2564

ลงชื่อ มะลิวัลย์ จตุรัส

(นางสาวมะลิวัลย์ จตุรัส)

ผู้ขอรับประเมิน

(วันที่) ๒๓ ก.ค. ๒๕๖๔

เอกสารอ้างอิง

จุฑารัตน์ บันดาลสิน. (2557). การพัฒนาความคิดสร้างสรรค์สู่นวัตกรรมบริการพยาบาล.

วารสารพยาบาลทหารบก,15(3).

ปรีชพร วิศาลบุรณ์, นวพรรษ สีมาร์กษ์, อภิสิทธิ์ ตามสัตย์, ชลดา ดิษรัชกิจ, และชิ่งลักษณ์ วุฒิกุล. (2564).

การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเอ็นไขว้หน้าข้อเข่า Nursing Care for Patients Underwent Anterior Cruciate Ligament Recostruction. *วารสารเกื้อการุณย์*, 28(1), 108-119.

ฝ้ายเวชระเบียน โรงพยาบาลเวชการุณย์รัศมี. (2563). สถิติผู้ป่วยเอ็นไขว้หน้าข้อเข่าขาด.

เรณู อาจสาถี. (2553). *การพยาบาลผู้ที่มารับการผ่าตัด* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: เอ็น พี เพรส.

สมาคมพยาบาลห้องผ่าตัดแห่งประเทศไทย. (2555). *สมรรถนะพยาบาลห้องผ่าตัด*. กรุงเทพฯ :

กรุงเทพเวชสาร.

สมุดบันทึกการทำหัตถการศัลยกรรมกระดูกและข้อ โรงพยาบาลเวชการุณย์รัศมี

