

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

1. เรื่องการพยาบาลผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักที่ได้รับการผ่าตัดใส่วัสดุยึดตรึงกระดูกภายในที่มีภาวะความดันโลหิตสูง
2. ระยะเวลาดำเนินการ 29 มีนาคม 2566 ถึงวันที่ 3 เมษายน 2566 รวมวันที่รับไว้ในความดูแล 6 วัน
3. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

บทนำ

วัยสูงอายุจะมีมวลกระดูกที่ลดลงและเสี่ยงต่อภาวะกระดูกหักทั้งชายและหญิงมากกว่าร้อยละ 50 ภาวะกระดูกสะโพกหักพบได้บ่อยในผู้สูงอายุโดยคาดว่าในปี พ.ศ. 2568 และ 2593 จะมีจำนวนถึง 34,246 คน และ 56,443 คน ตามระดับภาวะกระดูกสะโพกหักเป็นภาวะทางศัลยกรรมกระดูกที่มีสถิติสูงอันดับหนึ่งของ การนอนโรงพยาบาลในผู้ป่วยสูงอายุ การรักษาส่วนใหญ่รักษาโดยวิธีการผ่าตัด ซึ่งลดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนติดเตียงนาน ระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาลน้อยกว่า ผู้ป่วยเริ่มเดินลงน้ำหนักได้เร็วกว่า และมีโอกาสกลับไปเดินได้ดีกว่า เมื่อเทียบกับกลุ่มที่รักษาโดยวิธีการไม่ผ่าตัด (สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล, 2563) เช่นเดียวกับสถิติของกลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว ในปี 2563-2565 มีผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหัก (Hip fracture) เข้ารับการรักษาติด 1 ใน 10 อันดับโรคที่พบบ่อยในผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์จำนวน 81,74 และ 78 รายตามลำดับการรักษาส่วนใหญ่รักษาด้วยวิธีการผ่าตัด ประกอบไปด้วยการผ่าตัดใส่ข้อสะโพกเทียม (Hemiarthroplasty), การผ่าตัดใส่เหล็กยึดตรึงกระดูกภายในร่างกาย จำนวน 16, 19 และ 22 ราย ตามลำดับ คิดเป็นร้อยละ 19.75, 25.67 และ 28.20 ตามลำดับและการรักษาโดยไม่ผ่าตัด ได้แก่ การดึงถ่วงน้ำหนักผ่านผิวหนัง (Skin traction) (ศูนย์สารสนเทศ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว, 2566) จึงได้สนใจศึกษาผู้ป่วยรายนี้โดยการทบทวนวรรณกรรม วิเคราะห์และติดตามดูแลต่อเนื่อง เพื่อศึกษาหาแนวทางการพยาบาล เพื่อให้พยาบาลที่ดูแลได้ใช้แนวทางในการดูแลต่อไป

การบาดเจ็บของกระดูก

การบาดเจ็บของรยางค์ส่วนล่างหมายถึงการบาดเจ็บตั้งแต่กระดูกเชิงกรานถึงบริเวณปลายนิ้วเท้าเป็นการบาดเจ็บที่พบได้บ่อยและมีความสำคัญเนื่องจากเป็นส่วนที่ใช้รับน้ำหนักและเคลื่อนไหวมีความสำคัญในการยืนและเดินการบาดเจ็บของรยางค์ส่วนล่างเกิดได้จากอุบัติเหตุทางจราจรเล่นกีฬาหรือการล้มเป็นต้นในกรณีที่เกิดจากอุบัติเหตุทางจราจรจะมีการบาดเจ็บของระบบอื่นๆร่วมด้วยได้เช่นการบาดเจ็บของกระดูกสันหลังและสมองการบาดเจ็บในช่องท้องหรือทรวงอก เป็นต้น (นรเทพ กุลโชติ, 2562)

การบาดเจ็บบริเวณรอบข้อสะโพกแบ่งสาเหตุการเกิดออกเป็นสองชนิดชนิดแรกคือการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุรุนแรงที่พบได้บ่อยคือการเคลื่อนหลุดของข้อสะโพกกระดูกหักชนิด intertrochanteric และ subtrochanteric ชนิดที่สองคือการบาดเจ็บจากการล้มเกิดในผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะกระดูกพรุนร่วมด้วยการบาดเจ็บที่พบได้บ่อยคือคอกระดูกต้นขาหักและกระดูกหักชนิด intertrochanteric

Intertrochanteric fracture (มารยาท ณ นคร, 2557)

Intertrochanteric fracture คือ การหักระหว่าง greater และ lesser trochanters พบได้ร้อยละ 50 ของกระดูกหักบริเวณต้นขาส่วนบน (proximal femoral fracture) มีความสัมพันธ์โดยตรงกับภาวะ

กระดูกพรุนและพบว่าผู้ป่วย intertrochanteric fracture มีอายุและโรคประจำตัวมากกว่าผู้ป่วยคอกระดูกต้นขาหักกลไกการบาดเจ็บ ร้อยละ 90 ของผู้ป่วยเป็นผู้สูงอายุและมีภาวะกระดูกพรุนประสออุบัติเหตุล้มขณะเดินและกระดูก greater trochanter โดยตรงร้อยละ 10 เป็นผู้ป่วยอายุน้อยที่ประสออุบัติเหตุทางการจราจรหรือตกจากที่สูง

อาการแสดง

ในผู้ป่วยที่กระดูกหักชนิดไม่เคลื่อนอาจนั่งและยืนได้ในระยะใกล้แต่ในผู้ป่วยที่กระดูกหักชนิดเคลื่อนจะไม่สามารถขยับสะโพกได้เพราะปวดขาหัดสั้นและบวมออกเนื่องจากการหักเกิดขึ้นภายนอกข้อสะโพกจึงตรวจพบการบวมและรอยจ้ำเลือด (ecchymosis) บริเวณต้นขาจากเลือดที่เซาะมาตามชั้นกล้ามเนื้อ

การตรวจเพิ่มเติม

1. ภาพรังสีท่าตรงและท่า lateral cross table แต่ใน nondisplace fracture รอยหักอาจเห็นไม่ชัด ภาพรังสีในท่าสะโพกบิดเข้าด้านในจะเห็นรอยหักได้ชัดขึ้น
2. เอ็กซเรย์คลื่นแม่เหล็กไฟฟ้าช่วยวินิจฉัยผู้ป่วยที่ปวดสะโพกและสงสัยมีการหักแต่ไม่พบรอยผิดปกติชัดเจนในภาพรังสี

การรักษา

เป้าหมายในการรักษาคือยึดตรึงกระดูกให้เกิดความมั่นคงให้ผู้ป่วยสามารถลุกนั่งและยืนได้เร็วที่สุดลดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนข้อควรระวังในการผ่าตัดผู้ป่วย intertrochanteric fracture คือส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุและมีโรคประจำตัวการประเมินความพร้อมของผู้ป่วยโดยอายุรแพทย์และวิสัญญีแพทย์เป็นสิ่งจำเป็นการผ่าตัดยึดตรึงกระดูกภายใน 72 ชั่วโมงหลังล้มลดภาวะแทรกซ้อนในการรักษาและระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาลได้อย่างมีนัยสำคัญการรักษาแบ่งออกเป็น

1. การรักษาด้วยวิธีอนุรักษ์มีข้อบ่งชี้ในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงไม่สามารถผ่าตัดได้และผู้ป่วยที่ไม่สามารถลุกนั่งหรือยืนเอง (nonambulator) ตั้งแต่อ่อนกระดูกหักเมื่ออาการปวดลดลงควรรีบให้ผู้ป่วยลุกนั่งเพื่อลดภาวะแทรกซ้อนจากการติดเชื้อในระบบต่างๆ
2. การรักษาโดยใช้โลหะยึดตรึงกระดูกเป็นการรักษาหลักใน intertrochanteric fracture เพื่อให้ผู้ป่วยลุกยืนได้เร็วป้องกันกระดูกติดผิดรูป (malunion) ชนิดของโลหะยึดตรึงกระดูกแบ่งเป็นสองชนิดคือ Dynamic hip screw เป็น plate and screw system มีความมั่นคงและเหมาะสมกับ Evan type I และ intramedullary hip screw เป็น nail system มีความแข็งแรงเชิงกลมากกว่า dynamic hip screw และเหมาะสมกับ Evan type II
3. ผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม (hemiarthroplasty or total hip replacement) เหมาะสมในผู้ป่วยที่มีภาวะกระดูกพรุนรุนแรงและมีการแตกละเอียดของกระดูกบริเวณ greater และ lesser trochanter หรือผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดยึดตรึงกระดูกด้วยโลหะเท่านั้น

ภาวะแทรกซ้อน

1. กระดูกติดผิดรูป (malunion) เกิดจากการรักษาโดยวิธีอนุรักษ์หรือการผ่าตัดยึดตรึงกระดูกที่จัดเรียงกระดูกไม่เข้าตำแหน่งเดิม

2. กระดูกไม่ติด (nonunion) พบได้น้อยกว่าร้อยละ 2 เพราะกระดูกหักเกิดนอกข้อสะโพกและมีเลือดมาเลี้ยงมากแตกต่างจากคอกระดูกต้นขาหัก

3. กระดูกทรุดหลังผ่าตัดตามกระดูก (loss of fixation) เป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยสุดและเจอได้ถึงร้อยละ 15 ในกระดูกหักชนิดไม่มั่นคงต้องแก้ไขโดยการผ่าตัดยึดตรึงกระดูกใหม่หรือเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม

4. Compartment syndrome ซึ่งเกิดจากการเพิ่มขึ้นของความดันภายในเนื้อที่จำกัดทำให้มีผลต่อการไหลเวียนของเลือดและหน้าที่ของเนื้อเยื่อบริเวณนั้นๆ

5. การติดเชื้อมักพบในกรณีที่มีบาดแผลร่วมด้วย

6. ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดตามมาภายหลัง เช่น กล้ามเนื้ออ่อนแรงกล้ามเนื้อลึบข้อเสื่อมสภาพข้อติดแข็ง กระดูกติดช้ากระดูกติดผิดรูปและกระดูกไม่ติดมีการติดเชื้อมีแผลกดทับมีนิวไนโตและปอดบวมเฉพาะที่ เป็นต้น

การประเมินสภาพผู้ป่วยเบื้องต้นโดยใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่แรกได้รับได้ถูกต้อง รวดเร็ว เป็นเรื่องสำคัญมาก พยาบาลจำเป็นต้องมีทักษะในการประเมินปัญหาผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักได้ถูกต้องรวดเร็วเพื่อที่จะได้คัดกรองผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง รวดเร็ว และดำเนินการดูแลรักษาได้อย่างเหมาะสม เพื่อช่วยบรรเทาความทุกข์ทรมานและลดความวิตกกังวลจากปัญหาที่เกิดขึ้น ตลอดจนสามารถป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นเพื่อลดความพิการและลดปัญหาทางเศรษฐกิจ สังคมและครอบครัวเพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นทำให้อายุขัยนั้นกลับมาทำงานได้ใกล้เคียงกับปกติมากที่สุด

การพยาบาล

1. การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการดึงถ่วงน้ำหนัก (skin traction)
 - 1.1 ถ่วงน้ำหนักตามแผนการรักษาของแพทย์จัดให้อยู่ในแนวแรงอิสระ
 - 1.2 ประเมินผิวหนังบริเวณที่ on skin traction เฝาระวังอาการแพ้พลาสติก(adhesive tape)
 - 1.3 ให้ผู้ป่วยกระดกข้อเท้าขึ้นลงบ่อยๆ เพื่อประเมินเส้นประสาท peroneal nerve
2. การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดแบ่งตามระยะ ได้แก่
 - 2.1 การพยาบาลระยะก่อนผ่าตัด
 - 2.1.1 เตรียมผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการได้แก่การตรวจเลือดปัสสาวะการถ่ายภาพรังสี
 - 2.1.2 การเตรียมร่างกายได้แก่ดูแลความสะอาดร่างกายผิวหนังบริเวณสะโพกข้างที่ผ่าตัดเพื่อป้องกันความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ
 - 2.1.3 การบันทึกสัญญาณชีพ
 - 2.1.4 การเตรียมทางด้านจิตใจอธิบายให้ผู้ป่วยและญาติทราบถึงวิธีการและขั้นตอนการผ่าตัดเพื่อให้ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวลและเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติซักถาม
 - 2.1.5 ให้คำแนะนำถึงการปฏิบัติตัวทั้งก่อนและหลังผ่าตัดเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนเช่นการพลิกตะแคงตัว การเฝาระวังภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดการฟื้นฟูสภาพร่างกายหลังผ่าตัด
 - 2.2 การพยาบาลระยะหลังผ่าตัด
 - 2.2.1 ตรวจและบันทึกสัญญาณชีพ (vital signs) ความสมดุลของสารน้ำ ในร่างกาย(intake output)

ปริมาณเลือดจากสายระบาย (drain) สารคัดหลั่งจากแผลผ่าตัดออกมากกว่า 200 มิลลิลิตร/ชั่วโมง ควรรีบรายงานแพทย์

2.2.2 ประเมินอาการปวด จากการสอบถามโดยใช้ตารางประเมินอาการปวดเป็นตัวเลข หรือประเมินจากสีหน้า ให้ยาบรรเทาอาการปวดตามแผนการรักษา เฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนและผลข้างเคียงของยา

2.2.3 ดูแลความสะอาดโดยทั่วไป เฝ้าระวังการติดเชื้อหลังผ่าตัด โดยทำความสะอาดแผลใช้หลักปราศจากเชื้อ (sterile dressing) และให้ยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษา

2.2.4 ประเมินการเกิดลิ่มเลือดในหลอดเลือดดำ และผนังหลอดเลือดอักเสบ (venous thrombosis and thrombophlebitis) สังเกตอาการเริ่มแรกของการเกิดภาวะก้อนเลือดอุดตัน เช่น อ่อนหภูมิ ความผิดปกติของสีผิวและเล็บเท้า ซีฟจรบริเวณขา 2 ข้าง ความรู้สึกและการเคลื่อนไหวของขาข้างที่ผ่าตัด ถ้ามีอาการกดเจ็บบริเวณน่อง/ขาหนีบ ขาและมีอาการบวม รีบรายงานแพทย์

2.2.5 กระตุ้นให้มีการเคลื่อนไหว กระดกข้อเท้าบ่อยๆ เกร็งกล้ามเนื้อต้นขา ให้ลูกนั่งบนเตียงแนะนำญาติทำกายภาพบำบัด

2.2.6 แนะนำญาติจัดเตรียมอาหารที่เหมาะสม ควรเป็นอาหารที่ให้แคลอรีสูง โปรตีนสูง คากใยสูง

2.2.7 ประเมินสภาพจิตใจ ให้กำลังใจผู้ป่วย เนื่องจากการถูกจำกัดการเคลื่อนไหว เป็นความเจ็บป่วยที่ต้องพึ่งพาและเป็นภาระผู้อื่น ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความต้อยค่า และสูญเสียคุณค่าในตัวเอง ก่อให้เกิดความเครียด

2.2.8 การวางแผนการจำหน่าย เริ่มหลังจากผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลประเมินความสามารถในการดูแลตนเอง ความสามารถของผู้ดูแล แหล่งประโยชน์สภาพครอบครัว การส่งต่อที่จำเป็น โรคความดันโลหิตสูง(รัตนา พึ่งเสมา, 2564)

ความดันโลหิตสูง หมายถึง ภาวะที่ความดันเลือดแดง (systemic arterial pressure) สูงกว่าปกติ ในขณะที่พักและยังคงสูงตลอดเวลา การวินิจฉัยว่าผู้ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงจะพิจารณาจากค่าความดันโลหิตต้องมากกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท โดยวัดอย่างน้อย 3 ครั้ง ในขณะที่พักและห่างกันอย่างน้อย 20 นาที หรือในภาวะที่ต่างกันจึงตัดสินว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง

ชนิดสาเหตุของภาวะความดันโลหิตสูง

1. ความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ (primary or essential hypertension) สาเหตุยังไม่ทราบแน่ชัดแต่เชื่อว่าเกี่ยวข้องกับการรักษาสมดุลของร่างกาย พบได้ 90-95%

2. ความดันโลหิตสูงที่มีสาเหตุนำ (secondary hypertension) โดยมีโรคประจำตัวมาก่อน พบได้ 5-10% เช่น ความผิดปกติของไต การไ้ยาหรือสารเคมี เป็นต้น

พยาธิสรีรวิทยาของภาวะความดันโลหิตสูง

พยาธิสรีรวิทยาของความดันโลหิตสูงไม่สามารถที่จะอธิบายกลไกได้อย่างชัดเจน อย่างไรก็ตาม ภาวะนี้เป็นความผิดปกติของการควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในระดับปกติได้ ฉะนั้นปัจจัยใดก็ตามที่มีผลกระทบต่อความดันโลหิตจะเกี่ยวข้องกับปริมาณเลือดที่ถูกบีบออกจากหัวใจต่อนาที และความต้านทานปลายทางของหลอดเลือดเป็นสำคัญ พอสรุปได้คือ

1. ค่าของปริมาตรเลือดที่หัวใจสูบฉีดและความต้านทานปลายทางรวมของหลอดเลือดอย่างไรอย่างหนึ่งสูงกว่าปกติ ทำให้หัวใจบีบตัวแรงขึ้น เพื่อให้เลือดไหลผ่านได้เป็นผลให้ความดันโลหิตสูง
2. การทำหน้าที่ของระบบประสาทซิมพาเทติกมากกว่าปกติทำให้เพิ่มการทำงานของหัวใจและการหดตัวของเลือดมีผลให้ความดันโลหิตสูงขึ้น
3. ระดับเรนินในหลอดเลือดสูงมีผลให้ angiotensin II สูง มีผลกระตุ้นให้หลอดเลือดตีบตัวอย่างแรง เป็นการเพิ่มความต้านทานปลายทาง นอกจากนี้มีผลให้หลอดเลือดดำหดตัวทำให้ปริมาตรเลือดไหลกลับเข้าหัวใจเพิ่มขึ้น ความดันโลหิตจึงสูงขึ้น
4. การเพิ่มการหลั่งของ aldosterone ทำให้เพิ่มการดูดกลับของโซเดียมที่ไตเป็นผลให้ปริมาตรน้ำในร่างกายเพิ่มขึ้น ให้ความดันโลหิตสูงขึ้น
5. ภาวะของโรคที่มีผลกระทบทำให้เกิดการทำหน้าที่ของระบบไหลเวียนเลือดผิดปกติ เช่น ความผิดปกติที่ไต พยาธิสภาพของโรคจะไปกระตุ้นการทำงานของ rennin angiotensin aldosterone system (RAA) มีผลทำให้มีการคั่งของโซเดียมและน้ำเพิ่มขึ้น เป็นผลให้เพิ่มปริมาตรน้ำในร่างกาย ทำให้หลอดเลือดแดงหดตัว ความต้านทานปลายทางเพิ่มขึ้น เช่น ไตวายเป็นผลให้ความดันโลหิตสูงขึ้น

ปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อความดันโลหิตสูง

1. พันธุกรรม อายุ เชื้อชาติ และเพศ สาเหตุเหล่านี้ยังอธิบายไม่ได้
2. การรับประทานอาหารเค็ม เชื่อว่า เกลือมีผลทำให้เพิ่มปริมาตรเลือดในร่างกายทำให้กลไกของไตต่อระบบประสาทซิมพาเทติกสูงขึ้น
3. แอลกอฮอล์ คนที่ดื่ม 2-3 แก้วต่อวัน จะทำให้ความดันเลือดสูงขึ้น
4. ความเครียด มีผลต่อประสาทซิมพาเทติกไปกระตุ้นระบบประสาทอัตโนมัติมีผลให้ความดันโลหิตสูงขึ้น

อาการและอาการแสดง

อาการเริ่มแรกที่พบ คือ ปวดศีรษะเนื่องจากการขยายตัวของหลอดเลือดอย่างมาก ซึ่งผู้ป่วยมักรู้สึกหลังตื่นนอนและเป็นบริเวณท้ายทอย มีเลือดกำเดาออก อาจมีอาการสับสน งุนงง คลื่นไส้ อาเจียน อาการเหล่านี้เป็นอาการเตือนซึ่งควรจะได้รับ การรักษา ถ้าความดันโลหิตสูงเป็นเวลานานจะมีผลต่อระบบต่าง ๆ ในร่างกายได้ภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ ได้แก่

1. หัวใจและหลอดเลือดส่งเสริมให้ผนังหลอดเลือดแดงแข็งและหนาตัว มีการเกาะของสารไขมันที่ผนังหลอดเลือด หัวใจทำงานหนักมากขึ้น มีผลทำให้เกิดหัวใจโต, หัวใจข้างซ้ายล้มเหลว, กล้ามเนื้อหัวใจตายทำให้เกิดอาการ เหนื่อยหอบ แน่นหรือเจ็บหน้าอก หัวใจหยุดทำงานในที่สุด
2. ผลต่อระบบประสาทและสมอง อาการทางระบบประสาทส่วนใหญ่เกี่ยวข้องกับความผิดปกติของระบบประสาทอัตโนมัติ ทำให้มีอาการปวดศีรษะ ตาพร่าชัดเกร็ง ส่วนอาการทางสมองอาจเกิดภาวะหลอดเลือดในสมองตีบตันหรือแตกกลายเป็นโรคอัมพาตหรือชักหมดสติได้
3. ผลต่อไต เกิดภาวะไตวายซึ่งเป็นผลมาจากมีการตีบแข็งของหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงไต ทำให้มีอาการบวม ปัสสาวะออกน้อย ซึม สับสน หมดสติ

4. ผลต่อตา มีการเปลี่ยนแปลงของจอภาพนัยน์ตา หลอดเลือดแดงที่เรตินาจะมีการตีบตัวลง ถ้าเป็นมากจะมีการบวมและเลือดออกทำให้การมองเห็นเสียไป ผู้ป่วยจะมีอาการปวดตา ตามัว และมองไม่เห็นในที่มืด

การรักษาโดยทั่วไปแบ่งได้เป็น 2 แบบ คือ

1. การควบคุมความดันโลหิตโดยไม่ใช้ยา

1.1 ควบคุมน้ำหนัก

1.2 การจำกัดเกลือในอาหาร

1.3 การจำกัดแอลกอฮอล์ กาแฟ

1.4 การออกกำลังกาย

1.5 การพักผ่อนและลดความเครียด

2. การรักษาด้วยยาที่นิยมกันมากคือ

- ยาขับปัสสาวะ เพื่อลดปริมาณเลือดในร่างกาย

- ยาขยายหลอดเลือด เพื่อลดความต้านทานในหลอดเลือด

- ยากลุ่ม beta blockers ทำให้หัวใจทำงานลดลง

- ยากลุ่ม angiotensin converting enzymc เพื่อลดการหลั่ง angiotensin(อภิวาต สุกนธสรรรพ์,

2562)

การพยาบาล

1. สังเกตการเปลี่ยนแปลงของอาการแสดงและติดตามประเมินผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด

- ประเมินความดันโลหิตทุก 1 – 5 นาที ในระยะแรก

2. การดูแลเกี่ยวกับการทำงานของหัวใจ

- ประเมินการไหลเวียนอย่างต่อเนื่อง เช่น ความดันเลือด ชีพจร

- ดูแลให้ได้รับยาปรับระดับความดันโลหิต

3. การดูแลเกี่ยวกับการทำงานสมอง

- บันทึกการเปลี่ยนแปลงของระบบประสาททุกชั่วโมง

4. การดูแลเกี่ยวกับการทำงานของไต

- บันทึกจำนวนสารน้ำที่ร่างกายได้รับ การขับออก

5. ติดตามการเปลี่ยนแปลงของภาพนัยน์ตาเป็นระยะ ๆ

6. ดูแลเกี่ยวกับความสุขสบายของผู้ป่วย เช่น จัดให้ผู้ป่วยพักผ่อนให้มากที่สุด งดยา

7. ดูแลให้ผู้ป่วยและครอบครัวคลายความวิตกกังวล เช่น เปิดโอกาสให้ระบายความรู้สึก และให้

ซักถามข้อสงสัย

8. ดูแลและให้คำแนะนำเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตนในขณะที่เจ็บป่วยและกลับไปอยู่บ้านได้ถูกต้อง

เช่น

- อาหาร ควรเป็นอาหารรสจืด ย่อยง่าย

- การออกกำลังกาย ในระยะที่เป็นรุนแรงควรพักผ่อนให้มากที่สุด แต่เมื่อกลับบ้านให้ออกกำลังกาย เล็ก ๆ น้อย ๆ เช่น เดินเล่น เป็นต้น
- หลีกเลี่ยงการเบ่งอุจจาระอาจทำให้เส้นเลือดสมองแตกได้
- ให้คำแนะนำเรื่องการรับประทานยาต่อเนื่อง ห้ามหยุดยาเอง และมาตรวจตามแพทย์นัด

4. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนดำเนินงานและเป้าหมายของงาน

4.1 สรุปสาระสำคัญ

ชื่อกรณีศึกษา: การพยาบาลผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักที่ได้รับการผ่าตัดใส่วัสดุยึดตรึงกระดูกภายในที่มีภาวะความดันโลหิตสูง

ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 87 ปี สะดุดล้ม ปวดสะโพกข้างขวา เดินไม่ไหว เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลวังน้ำเย็น แพทย์วินิจฉัย Cx Intertrochanter Rt femur. รักษาด้วยการดึงถ่วงน้ำหนักผ่านผิวหนัง (on skin traction) 5 กิโลกรัม มีโรคประจำตัวเป็น Hypertension รับการรักษาที่โรงพยาบาลวังน้ำเย็นต่อเนื่อง ด้วยยา Hydralazine 25 มิลลิกรัม 1 เม็ด หลังอาหาร 3 เวลา แพทย์นำส่งโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้วเพื่อรับการรักษาต่อ

แรกรับที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูก ประเมินอาการผู้ป่วยแรกรับผู้ป่วยรู้สึกตัวดี หายใจ Room air ไม่มีอาการเหนื่อยหอบ ขาข้างขวา on skin traction สะโพกข้างขวาบวมเล็กน้อย ขาข้างขวาสั้นกว่าขาข้างซ้าย ผู้ป่วยกระดูกข้อเท้าได้ดี ปลายเท้าอุ่น คลำชีพจรหลังเท้าได้ชัดเจน Pain score 3 คะแนนดึงถ่วงน้ำหนัก skin traction 5 กิโลกรัมที่ขาขวาสัญญาณชีพแรกรับ อุณหภูมิ 36.9 องศาเซลเซียส ชีพจร 82 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 155/72 มิลลิเมตรปรอท ใส่สายสวนปัสสาวะแบบคาสาย ปัสสาวะสีเหลืองใส แพทย์วินิจฉัย กระดูกสะโพกขวาหัก (Close displaced intertrochanteric fracture of Right proximal femur) ให้ส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ CBC, Bun, Cr, PT, PTT, INR, Anti HIV ทำ EKG 12 lead แพทย์วางแผนการผ่าตัด CRIF with PFNA at Right proximal femur วันที่ 30 มีนาคม 2566 เวลา 09.00 น. ให้งดน้ำงดอาหารเป็นเวลา 24.00 น. ของวันที่ 29 มีนาคม 2566 ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำชนิด 0.9% NSS 1,000 มิลลิลิตร อัตราการไหล 80 มิลลิลิตร/ชั่วโมง เตรียม ยา cefazolin 2 กรัม ไปห้องผ่าตัด และให้รับประทานยาลดความดันโลหิตสูง Hydralazine 25 มิลลิกรัม 1 เม็ด ตอนเช้าวันผ่าตัดพยาบาลเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดทั้งด้านร่างกายและจิตใจ โดยให้ข้อมูลการผ่าตัด อธิบายวัตถุประสงค์ของการผ่าตัดและแนะนำการปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัดและหลังผ่าตัด ผู้ป่วยและญาติเข้าใจ พร้อมลงนามยินยอมให้ผ่าตัด

ติดตามผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ พบค่า Hematocrit 27 เปอร์เซ็นต์ รายงานแพทย์รับทราบ ให้จอง Pack red cell 2 ยูนิต และให้ Pack red cell 1 ยูนิต หมูเลือดโอ ทันที ทางหลอดเลือดดำ ในเวลา 4 ชั่วโมง ขณะผู้ได้รับ Pack red cell ไม่มีอาการผิดปกติจากการได้รับเลือด ไม่มีไข้ ไม่หนาวสั่น ไม่เหนื่อย ไม่แน่นหน้าอก ไม่มีผื่นคันตามร่างกาย สัญญาณชีพอุณหภูมิ 36.9 องศาเซลเซียส ชีพจร 78 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 140/65 มิลลิเมตรปรอท ติดตามค่า Hematocrit หลังเลือดหมดเท่ากับ 33 เปอร์เซ็นต์ ก่อนผ่าตัดผู้ป่วยปวดสะโพกด้านขวา Pain score 7 คะแนน ให้ Morphine 3 มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำ ประเมินอาการผู้ป่วยหลังให้ยาแก้ปวด Pain score เหลือ 3 คะแนน หายใจสม่ำเสมอ อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที sedation score 0 คะแนน

แพทย์ทำการผ่าตัด CRIF with PFNA at Right proximal femur. เสียเลือดระหว่างผ่าตัด 50 มิลลิลิตร ได้รับยาระงับความรู้สึกโดยวิธีฉีดยาชาเข้าช่องไขสันหลัง (Spinal block) ดูแลให้นอนราบ 6 ชั่วโมง ป้องกันอาการหน้ามืด วิงเวียน ปวดศีรษะ ประเมินสัญญาณชีพหลังกลับจากห้องผ่าตัด แรกรับ อุณหภูมิ 36.5

องศาเซลเซียส ชีพจร 82 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 147/71 มิลลิเมตรปรอท O₂ sat(Room Air) 97 เปอร์เซ็นต์ ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ได้สารน้ำชนิด 0.9% NSS 1,000 มิลลิลิตร อัตราการไหล 80 มิลลิลิตร/ชั่วโมง เหลือ 800 มิลลิลิตร มีแผลผ่าตัดต้นขาขวาปิด gauze ไว้ ไม่มีเลือดซึมออกด้านนอก ปลายเท้าอุ่น ขา 2 ข้างยาวเท่ากัน คลำชีพจรหลังเท้าได้ชัดเจน มีอาการชาที่ขาทั้ง 2 ข้าง ผู้ป่วยใส่สายสวน ปัสสาวะแบบคาสายไว้ ปัสสาวะสีเหลืองใสไม่มีตะกอน ให้ยา cefazolin 1 กรัม ทางหลอดเลือดดำ ทุก 6 ชั่วโมง หลังให้ยา ไม่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน ผื่น คัน บวมตามร่างกาย (ตั้งแต่วันที่ 30 มีนาคม 2566-2 เมษายน 2566) และให้รับประทานยาโรคความดันโลหิตสูง Hydralazine 25 มิลลิกรัม 1 เม็ด หลังอาหาร 3 เวลา หลังให้รับประทานยาไม่มีอาการใจสั่น อาการบวม อาการชา หลังผ่าตัดผู้ป่วยมีอาการปวดแผลผ่าตัด สะโพกขวา Pain score 7 คะแนน ให้ Morphine 3 มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำ หลังให้ยาแก้ปวด Pain score เหลือ 3 คะแนน หายใจสม่ำเสมอ อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที sedation score 0 คะแนน

หลังผ่าตัดวันแรก ผู้ป่วยมีอาการปวดแผลผ่าตัดสะโพกขวา Pain score 7 คะแนน ให้ Morphine 3 มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำ หลังให้ยาแก้ปวด Pain score เหลือ 3 คะแนน หายใจสม่ำเสมอ อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที sedation score 0 คะแนน ประเมินสัญญาณชีพ อุณหภูมิ 37.9 องศาเซลเซียส ชีพจร 94 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 114/60 มิลลิเมตรปรอท O₂sat(Room Air) 98 เปอร์เซ็นต์ ดูแลให้รับประทานยา Paracetamol 500 มิลลิกรัม 1 เม็ด เช็ดตัวลดไข้ กระตุ้นดื่ม น้ำบ่อยๆ ประเมินอุณหภูมิซ้ำ 1 ชั่วโมง เท่ากับ 37.5 องศาเซลเซียส ทำความสะอาดแผลผ่าตัด (Dry Dressing wound) แผลบริเวณสะโพกขวา staple 2 ตำแหน่ง ขนาด 5,10 เซนติเมตร มีเลือดซึม gauze(4x4 นิ้ว) ½ แผ่น รอบแผลไม่บวมแดงทำการถอดสายสวนปัสสาวะ หลังถอดสายสวนปัสสาวะผู้ป่วยไม่สามารถปัสสาวะเองได้ รายงานแพทย์ให้สวนปัสสาวะทิ้ง ได้ปัสสาวะลักษณะสีเหลืองเข้ม 200 มิลลิลิตร

หลังผ่าตัดวันที่ 2 ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ประเมินสัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.5 องศาเซลเซียส ชีพจร 92 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 113/69 มิลลิเมตรปรอท O₂sat(Room Air) 98 เปอร์เซ็นต์ ปวดแผลผ่าตัดสะโพกขวา Pain score 8 คะแนน ให้ Morphine 3 มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำ หลังให้ยาแก้ปวด Pain score เหลือ 3 คะแนน ผู้ป่วยหายใจสม่ำเสมอ อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที sedation score 0 คะแนน ทำความสะอาดแผลผ่าตัด (Dry Dressing wound) แผลบริเวณสะโพกขวา staple 2 ตำแหน่ง ขนาด 5,10 เซนติเมตร มีเลือดซึม gauze(4x4 นิ้ว) ½ แผ่น รอบแผลไม่บวมแดง แพทย์ตรวจเย็บอาการ สอนบริหารกำลังแขน กระตุ้นลุกนั่งข้างเตียง ไม่อนุญาตให้ลุกเดิน เนื่องจากผู้ป่วยเป็นผู้สูงอายุ ป้องกันเกิดอุบัติเหตุ ประเมิน Barthel Activities of Daily Living : ADL เท่ากับ 11 คะแนน ส่งปรึกษาแผนกกายภาพบำบัด เพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพโดยการทำให้โปรแกรม Intermediate care : IMC และให้กลับไปรักษาตัวต่อที่โรงพยาบาลชุมชน เพื่อให้ยาฆ่าเชื้อทางหลอดเลือดดำ จนครบ 7 วัน และทำความสะอาดแผลต่อ พร้อมนัดติดตามอาการ 2 สัปดาห์ ทำการติดต่อประสานโรงพยาบาลชุมชนเพื่อส่งตัวผู้ป่วยกลับไปดูแลต่อ

หลังผ่าตัดวันที่ 3 ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ประเมินสัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.7 องศาเซลเซียส ชีพจร 78 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 105/61 มิลลิเมตรปรอท O₂sat(Room Air) 98

เปอร์เซ็นต์ ทำความสะอาดแผลผ่าตัด (Dry Dressing wound) สะโพกขวา staple 2 ตำแหน่ง ขนาด 5,10 เซนติเมตร ไม่มีเลือดซึม gauze รอบแผลไม่บวมแดง กระตุ้นผู้ป่วย ambulate ลูกนั่งห้อยขาข้างเดียว ออกกำลังแขน สามารถทำได้

หลังผ่าตัดวันที่ 4 ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ประเมินสัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.8 องศาเซลเซียส ชีพจร 80 ครั้ง/นาที่ อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 110/65 มิลลิเมตรปรอท O₂sat(Room Air) 98 เปอร์เซ็นต์ ทำความสะอาดแผลผ่าตัด (Dry Dressing wound) สะโพกขวา staple 2 ตำแหน่ง ขนาด 5,10 เซนติเมตร แผลแห้ง ไม่มีเลือดซึม gauze รอบแผลไม่บวมแดง กระตุ้นผู้ป่วย ambulate ลูกนั่งห้อยขาข้างเดียว ออกกำลังแขนผู้ป่วย สามารถทำได้ รถโรงพยาบาลชุมชนมารับผู้ป่วยกลับไปดูแลต่อ รายงานอาการผู้ป่วย ส่งมอบเอกสารที่เกี่ยวข้อง ยา และใบนัดติดตามอาการที่โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว ในอีก 2 สัปดาห์ แก่พยาบาล Refer รวมระยะเวลาอนรรักษ์ในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้วและรวมอยู่ในความดูแล 6 วัน

4.2 ขั้นตอนดำเนินการ

1. ศึกษาสถิติ ข้อมูลการเจ็บป่วยด้วยโรคต่างๆ
2. เลือกเรื่องที่จะศึกษา และกรณีศึกษาจากผู้ป่วยที่มารับบริการ
3. ศึกษารวบรวมข้อมูลพื้นฐานที่เกี่ยวกับกรณีศึกษา ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ การตรวจร่างกาย ประเมินสภาพผู้ป่วย และแผนการดูแลรักษาของแพทย์
4. ศึกษาค้นคว้าจากตำรา เอกสารวิชาการ การวิจัย สื่ออิเล็กทรอนิกส์ที่เกี่ยวข้อง และประสบการณ์
5. ปรึกษาพยาบาลชำนาญการและแพทย์กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยออโรปิติกส์
6. นำข้อมูลที่ได้มารวบรวม และวิเคราะห์ปัญหา
7. วางแผนให้การพยาบาลตามกระบวนการพยาบาล โดยเน้นให้การพยาบาลแบบองค์รวม
8. ปฏิบัติการพยาบาลตามแผนการพยาบาล และประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาลตามแผนการพยาบาลที่กำหนดไว้
9. สรุปกรณีศึกษา วิเคราะห์ และให้ข้อเสนอแนะ
10. จัดทำเอกสาร พิมพ์ตรวจสอบความถูกต้อง

4.3 เป้าหมายของงาน

1. เพื่อให้ผู้ป่วยที่มีภาวะกระดูกสะโพกหัก ได้รับการดูแลรักษา การพยาบาล ได้อย่างเต็มที่และเหมาะสม สามารถกลับไปดำเนินชีวิตต่อได้ด้วยความปลอดภัย
2. เพื่อเพิ่มทักษะการพยาบาลผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูก

5. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

5.1 ผลสำเร็จของงานเชิงปริมาณ

ให้การพยาบาลผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักที่ได้รับการผ่าตัดใส่วัสดุยึดตรึงกระดูกภายในที่มีภาวะความดันโลหิตสูง จำนวน 1 ราย ตั้งแต่วันที่ วันที่ 29 มีนาคม 2566 ถึง วันที่ 3 เมษายน 2566 รวมระยะเวลาที่อยู่ในความดูแล 6 วัน

5.2 ผลสำเร็จของงานเชิงคุณภาพ

กรณีศึกษาได้รับการพยาบาล โดยใช้กระบวนการพยาบาลที่มีความรู้ และมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้การดูแลรักษาพยาบาลได้ผลดี ผู้ป่วยปลอดภัย ผลลัพธ์ของการดูแลด้านการรักษาพยาบาล

1. ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ถูกต้องตามมาตรฐานการพยาบาลในการเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงอย่างใกล้ชิดตั้งแต่แรกเริ่ม การดูแลหลังผ่าตัด เพื่อไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนสามารถกลับไปใช้ชีวิตต่อที่บ้านได้
2. ผู้ป่วยและญาติได้รับการให้ข้อมูลการรักษาพยาบาลอย่างต่อเนื่อง รวมถึงการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยและญาติเพื่อดูแลต่อเนืองที่บ้าน ก่อให้เกิดความพึงพอใจในการให้การพยาบาล

6. การนำไปใช้ประโยชน์ / ผลกระทบ

1. เพื่อเป็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักร่วมกับมีภาวะความดันโลหิตสูง
2. ใช้ในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยกระดูกสะโพกหัก ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง ให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

3. เป็นแนวทางประกอบการนิเทศงานบุคลากรทางการพยาบาล

7. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

จากกรณีศึกษาเนื่องจากผู้ป่วยเป็นผู้สูงอายุ มีปัญหาด้านการสื่อสารไม่เข้าใจการรักษาต้องอธิบายหลายรอบและให้ญาติมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ และมีโรคประจำตัวที่มีภาวะเสี่ยงต่อการผ่าตัด ซึ่งมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนทั้งก่อนและหลังการผ่าตัดได้ ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับแนวทางการรักษา การผ่าตัด และผลการรักษาหลังผ่าตัด

8. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

การดูแลผู้ป่วยรายนี้ที่มีโรคประจำตัวเป็น Hypertension นับเป็นกลุ่มโรคที่มีความอันตรายต่อชีวิตพยาบาลต้องมีทักษะความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับโรคให้มาก เพื่อไม่ให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วย

9. ข้อเสนอแนะ

ควรมีแนวทางการรักษาผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักในผู้สูงอายุ การให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและญาติและการประเมินความเข้าใจซ้ำหลังให้คำแนะนำ เป็นสิ่งสำคัญ เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติลดความวิตกกังวล เกิดความพึงพอใจในด้านการรักษาพยาบาล ทั้งนี้การปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ในตึกศัลยกรรมกระดูกในการเตรียมผู้ป่วยก่อนจำหน่ายสามารถทำได้ตั้งแต่ผู้ป่วยนอนโรงพยาบาลวันแรกจนถึงกลับบ้าน เพื่อป้องกัน และลดความเสี่ยงต่างๆ ที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วย

10. การเผยแพร่ผลงาน

ประชุมวิชาการประจำเดือนในหน่วยงาน

11. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน

1.)นางสาวกิตติยา ทาปลัด ผู้เสนอมีส่วนส่วนของผลงาน ร้อยละ100

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) กิตติยา ทาปลัด


(นางสาวกิตติยา ทาปลัด)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

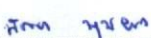
(วันที่) 7 / มีนาคม / 2566

ผู้ขอประเมิน

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
นางสาวกิตติยา ทาปลัด	

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) 

(นางพิศยา บุปผา)

(ตำแหน่ง) หัวหน้าหอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูก

(วันที่) 15 / ธันวาคม / 2566

ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ) 

(นางสาวรัตนา ด่านปรีดา)

(ตำแหน่ง) หัวหน้าพยาบาล (พยาบาลวิชาชีพเชี่ยวชาญ)

(วันที่) 15 / ธันวาคม / 2566

ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล


(ลงชื่อ) 

(นายสมคิด ยืนประโคน)

(ตำแหน่ง) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว

(วันที่) 17 ม.ค. 2567

ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป

(ลงชื่อ) 

(นายธราพงษ์ กัปโก)

(ตำแหน่ง) นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว

(วันที่) 24 ม.ค. 2567

แบบเสนอแนวความคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน (ระดับชำนาญการ)

1. เรื่องการพัฒนารูปแบบการให้ความรู้ผู้ป่วยก่อนและหลังผ่าตัดกระดูกสันหลัง
2. หลักการและเหตุผล

กระดูกสันหลัง (spine) เป็นโครงสร้างที่มีความสำคัญ เป็นแกนของร่างกาย มีความแข็งแรงทำหน้าที่ป้องกันอันตรายให้แก่ไขสันหลัง (spine cord) และรากประสาท (spine nerve root) เป็นจุดยึดเกาะของกล้ามเนื้อ เอ็นกล้ามเนื้อ และเอ็นกระดูก ช่วยให้เกิดการเคลื่อนไหวและความมั่นคงแก่ร่างกาย นอกจากนั้นยังเป็นแหล่งสร้างไขกระดูก เป็นแหล่งกำเนิดของเม็ดเลือดต่างๆ และเป็นแหล่งสะสมแร่ธาตุที่มีประโยชน์ กระดูกสันหลังเป็นกระดูกแกนกลางของร่างกายมีลักษณะเป็นข้อ 33 ชิ้นต่อกันเป็นแนวตั้ง อยู่ระหว่างกระดูกไหปลาร้ากับกระดูกเชิงกราน ทำหน้าที่ป้องกันไขสันหลังและรากประสาทจากอันตรายต่างๆ เมื่อมีอายุมากขึ้นจะเกิดความเสื่อมสภาพและทำหน้าที่ด้อยลง จนเกิดอาการปวดหลัง ปวดร้าวไปยังอวัยวะส่วนอื่นๆ ซากเสื่อมกล้ามเนื้ออ่อนแรง และเป็นอัมพาตได้ เป้าหมายหลักของการรักษาเพื่อช่วยลดความเจ็บปวดฟื้นฟูสมรรถนะร่างกาย ป้องกันการหวนกลับมาของโรค และเก็บรักษาหรือถนอมอวัยวะส่วนนั้นไว้โดยคาดหวังว่าผลการรักษาจะดีขึ้น ซึ่งการผ่าตัดให้ผลดีกว่าที่จะปล่อยให้โรคดำเนินไปตามธรรมชาติโดยไม่รักษาการผ่าตัดกระดูกสันหลังเป็นการผ่าตัดใหญ่ที่มีความหมายและสำคัญต่อชีวิต เนื่องจากการรักษาที่ก่อให้เกิดความเจ็บปวด ทุกข์ทรมานและเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรงภายหลังได้รับการผ่าตัด ผู้ป่วยบางรายอาจไม่ฟื้นหายจากโรค หรืออาจจะกลับมาเป็นซ้ำ ซึ่งส่วนใหญ่เกิดจากการดูแลตนเองหลังการผ่าตัดที่ไม่ถูกต้อง รวมถึงการขาดความรู้ความเข้าใจในการดูแลตนเอง จึงจำเป็นต้องได้รับความช่วยเหลือในการพัฒนา ความรู้ความสามารถ การฝึกกิจกรรมการดูแลตนเองตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัด (ยงศักดิ์ หวังรุ่งทรัพย์, 2557)

หอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้วในปีงบประมาณ 2564-2566 มีจำนวนผู้ป่วยที่มีการบาดเจ็บของกระดูกสันหลังจำนวน 102, 103, 65 ราย ตามลำดับ (ศูนย์สารสนเทศโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว, 2566) และมีผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดทั้งหมด 3, 11, 9 ราย ตามลำดับ คิดเป็นร้อยละ 2.94, 10.67, 13.85 ตามลำดับ พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังทุกรายในหอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกได้รับการดูแลก่อนและหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังตามมาตรฐานการพยาบาล ซึ่งพยาบาลมีบทบาทสำคัญในการให้การพยาบาล การให้ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัดกระดูกสันหลัง โดยการแนะนำ การแสดงท่าทาง และการแจกเอกสารประกอบ(แผ่นพับ) ในรูปแบบเดิมที่มีภาพประกอบไม่ชัดเจน อีกทั้งผู้ป่วยบางรายเป็นผู้สูงอายุที่มีปัญหาการมองเห็น การอ่าน ผู้ป่วยไม่สามารถจดจำเนื้อหาความรู้ในการดูแลตนเองก่อนและหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังได้ทั้งหมด บางรายมีความวิตกกังวลตั้งแต่ช่วงก่อนผ่าตัดว่าตนเองจะปฏิบัติตัวถูกต้องหรือไม่ เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวทั้งก่อนและหลังการผ่าตัด หรือแม้ได้จำหน่ายกลับบ้านมีการโทรกลับมาสอบถามการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด

ผู้เสนอผลงานจึงเห็นถึงความสำคัญในการพัฒนาคุณภาพการบริการและมีความสนใจที่จะจัดทำสื่อการสอนเรื่อง พัฒนาแนวทางการให้ความรู้ผู้ป่วยก่อนและหลังผ่าตัดกระดูกสันหลัง เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าถึงเนื้อหา

ได้มากขึ้น ทั้งด้านภาพและเสียงประกอบ และมีเอกสารในรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์ ใช้สำหรับเตรียมความพร้อมระหว่างรอผ่าตัดและทบทวนความรู้ในการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดได้เมื่อจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล ป้องกันการกลับมาอนค้ำในโรงพยาบาลอีกทั้งช่วยลดค่าใช้จ่ายของหอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูก ในการผลิตแผ่นพับให้ความรู้ และเพื่อให้สอดคล้องกับนโยบายของทางโรงพยาบาลในลดการใช้กระดาษ

3.บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

แนวความคิด บทวิเคราะห์/แนวคิดข้อเสนอ

เมื่อพบผู้ป่วยบาดเจ็บบริเวณกระดูกสันหลัง อาการเจ็บปวดมีผลกระทบต่อการทำงานประจำวันและความสามารถในการทำงานของผู้ป่วย ทำให้สูญเสียรายได้และเกิดค่าใช้จ่ายเพื่อการรักษาพยาบาล สำหรับเป้าหมายของการรักษา คือ ผู้ป่วยสามารถกลับไปใช้ชีวิตได้ปกติ วิธีการรักษาแบ่งได้ ดังนี้ การรักษาโดยไม่ผ่าตัด และการรักษาโดยการผ่าตัด ซึ่งส่วนใหญ่อาการปวดไม่ทุเลาทำให้ผู้ป่วยต้องรักษาด้วยการผ่าตัด ดังนั้นจึงต้องมีการเตรียมผู้ป่วยให้พร้อมในการดูแลตนเองตั้งแต่ขณะรักษาตัวในโรงพยาบาลเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด

จากจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลัง ร้อยละ 2.94 ในปี 2564, ร้อยละ 10.67 ในปี 2565 และร้อยละ 13.85 ในปี 2566 มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ซึ่งสำหรับผู้ป่วยสูงอายุหรือผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านการมองเห็น การอ่าน จำเป็นต้องมีสื่อที่เหมาะสมกับสภาพผู้ป่วย ให้ผู้ป่วยและญาติสามารถเรียนรู้เข้าใจการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัดได้ และด้วยรูปแบบของสื่อที่เป็นอิเล็กทรอนิกส์สามารถนำมาทบทวนความรู้ได้ง่ายด้วยตนเอง ใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีของโอเร็มมาปรับใช้ เพื่อเป็นสื่อการสอนให้ความรู้และสามารถปฏิบัติได้จริงแก่ผู้ป่วยและญาติ ซึ่งโอเร็มได้อธิบายมโนทัศน์ของการดูแลไว้ว่า “การดูแลตนเองเป็นการปฏิบัติกิจกรรมที่บุคคลริเริ่มและกระทำเพื่อเกิดประโยชน์แก่ตนเองในการดำรงชีวิตมีสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดี” ทั้งนี้หากบุคคลไม่สามารถดูแลตนเองได้ย่อมต้องการความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น (OREM, TAYLOR, & RENPENNING, 2001 อ้างตาม พารุณี วงษ์ศรี, ทีปทัศน์ ชินตาปัญญากุล, 2561)

ดังนั้นผู้เสนอผลงานจึงเห็นความสำคัญในการพัฒนาแนวทางการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยก่อนและหลังผ่าตัดกระดูกสันหลัง เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้และสามารถปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง เข้าถึงเนื้อหาได้สะดวกมากขึ้น

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้มีสื่อการสอนในการให้ความรู้ผู้ป่วยก่อนและหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังแบบคิวอาร์โค้ดเพิ่ม
2. เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับความรู้ในการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง
3. เพื่อเพิ่มความพึงพอใจให้ผู้ป่วยที่รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังที่ได้รับสื่อการสอนแบบคิวอาร์โค้ด

ระยะเวลาดำเนินการ

เดือนมีนาคม 2567 – สิงหาคม 2567

กลุ่มเป้าหมาย

1. ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลัง
2. พยาบาลวิชาชีพ ในหอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูก

ขั้นตอนการดำเนินการ

1. ศึกษาและค้นคว้า รวบรวมข้อมูล การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลัง จากตำรา งานวิจัยต่างๆ
2. ปรึกษาหัวหน้างานการพยาบาลผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ เพื่อขอความคิดเห็นและคำแนะนำ
3. ศึกษาวิธีการสร้างคิวอาร์โค้ด
4. นำข้อมูลที่ได้จากการศึกษาและค้นคว้ามารวบรวมจัดทำสื่อการสอนในรูปแบบคิวอาร์โค้ด เพื่อให้ความรู้ผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัดกระดูกสันหลัง โดยแบ่งเนื้อหาเป็นหัวข้อพร้อมคำอธิบาย ภาพประกอบ เพื่อให้เข้าใจได้ชัดเจนยิ่งขึ้น ดังนี้
 - 4.1 ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับการผ่าตัดกระดูกสันหลัง และข้อบ่งชี้ในการผ่าตัดกระดูกสันหลัง
 - 4.2 การปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัด
 - 4.3 การปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด
5. ประชุมชี้แจงทีมบุคลากรทางการพยาบาลให้รับรู้และให้ทราบวิธีการปฏิบัติให้เป็นแนวทางเดียวกัน
6. นำไปใช้ในหน่วยงาน
7. วิเคราะห์ปัญหา อุปสรรค และนำมาปรับปรุงแก้ไขให้ดีขึ้น

4. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

1. ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี สามารถกลับไปดำเนินชีวิตได้ใกล้เคียงสภาวะปกติมากที่สุด
2. บุคลากรทางการพยาบาลทุกคนในกลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ มีการใช้สื่อการสอน เรื่องการดูแลผู้ป่วยก่อนและหลังผ่าตัดกระดูกสันหลัง ในรูปแบบคิวอาร์โค้ด
3. ประหยัดลดค่าใช้จ่ายในการใช้กระดาษ(ทำแผ่นพับ)

5. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

1. มีสื่อการสอนในการให้ความรู้ผู้ป่วยก่อนและหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังแบบคิวอาร์โค้ด จำนวน 1 ฉบับ
2. ร้อยละผู้ป่วยที่ได้รับความความรู้ในการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง มากกว่าร้อยละ 90
3. ร้อยละความพึงพอใจของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังที่ได้รับสื่อการสอนแบบคิวอาร์โค้ด มากกว่าร้อยละ 90

(ลงชื่อ) กิษิณี ทาปลัด

(นางสาวกิตติยา ทาปลัด)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

(วันที่) 7 / ธันวาคม 2566

ผู้ขอประเมิน