

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

1. เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยโรคกระดูกสันหลังตีบแคบกดทับเส้นประสาทที่ได้รับการผ่าตัด
2. ระยะเวลาที่ดำเนินการ ตั้งแต่วันที่ 25 ตุลาคม 2566 ถึงวันที่ 19 พฤศจิกายน 2566 รวมระยะเวลาดูแล 26 วัน
3. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

บทนำ

โรคโพรงกระดูกสันหลังตีบแคบ (Lumbar degenerative spinal canal stenosis) เกิดจากการเสื่อมสภาพของข้อต่อกระดูกสันหลัง โดยเมื่อมีการเสื่อมสภาพของหมอนรองกระดูกสันหลัง ปริมาณน้ำใน Nucleus pulposus ลดลง เกิดการฉีกขาดและหย่อนตัวของ Annulus fibrosus ปริมาณและความสูงของ Disc ลดลง ทำให้ความสามารถในการดูดซับแรงที่มากกระทำลดลง แรงจึงไปกระทำที่ข้อต่อฟาเซต (Facet joints) มากขึ้นจนเกิดการอักเสบ และเยื่อหุ้มข้อเกิดการเสื่อมสภาพ ของกระดูกอ่อนผิวข้อทำให้เกิดการหลวม หรือไม่มั่นคงของกระดูกสันหลัง ร่างกายจึงพยายามทำให้ กระดูกสันหลังมั่นคงขึ้นโดยเกิดการหนาตัวของ Ligaments (โดยเฉพาะ Ligamentum flavum) เกิดกระดูกงอกตามข้อต่อต่างๆ และไปกดเบียด Central canal และ Lateral canal แคบลงส่งผล ให้ Dural sac และ Nerve root ถูกกด ผู้ป่วยมีอาการปวดหน่วงบริเวณเอว บั้นท้าย สะโพก ร้าวลง ต้นขา อาการปวดจะเป็นมากในขณะที่ยืนหรือเดินนานๆ และจะดีขึ้นหากนั่งพักและก้มตัวไปทางด้านหน้า (Intermittent neurogenic claudication หรือ Pseudoclaudication) บางรายอาจมีอาการขาชาและอ่อนแรง อาการที่รุนแรงที่สุดคือ อาการกลั้นอุจจาระและปัสสาวะลำบาก เรียกว่า Cauda equine compression syndrome (รัตติยา เตยศรี, 2018)

จากสถิติข้อมูลของผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว ในปีงบประมาณ 2564 – 2566 มีจำนวนผู้ป่วยที่มีกระดูกสันหลังตีบแคบ กดทับเส้นประสาทจำนวน 7, 11, 17 ราย และผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดขยายช่องทางออกเส้นประสาทในผู้ป่วยโรคโพรงกระดูกสันหลังระดับเอวตีบแคบจำนวน 0, 1, 3 ราย ตามลำดับ แม้ว่าผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดจะมีจำนวนน้อยแต่ล้วนมีอาการรุนแรงเสี่ยงต่อการเกิดอัมพาต และภาวะแทรกซ้อน เนื่องจากส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ และมีโรคร่วมต่างๆ เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด เป็นต้น พยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญมากในการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่ระยะการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนการผ่าตัด วางแผนร่วมกับทีมในการดูแลผู้ป่วย เพื่อความปลอดภัยในระหว่างผ่าตัด การป้องกันภาวะแทรกซ้อน การดูแล ในระยะหลังผ่าตัด และการฟื้นฟูสภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถกลับไปดำเนินชีวิตตามปกติ หรือใกล้เคียงปกติ มากที่สุด และมีคุณภาพชีวิตที่ดี

โพรงกระดูกสันหลังตีบแคบ(Spinal stenosis)

หมายถึง ภาวะที่ช่องโพรงกระดูกสันหลัง (spinal canal) ตีบแคบลงและเกิดการกดทับเส้นประสาทที่อยู่ภายในช่องโพรงกระดูกสันหลัง อาจเกิดที่กระดูกสันหลังเพียงระดับเดียวหรือหลายระดับ

พยาธิสภาพ

กลไกการตีบแคบของโพรงกระดูกสันหลังส่วนเอวมี 3 ระยะคือ 1) ระยะกระดูกสันหลังสูญเสียหน้าที่ (dysfunction phase) จะเกิดเป็นลำดับแรกสุดเมื่อกระดูกสันหลังเริ่มเสื่อมสภาพจากอายุที่มากขึ้น หรือ ผ่านการใช้เวลานานเป็นระยะเวลายาวนานจะทำให้เกิดการเสื่อมสภาพของกระดูกสันหลังบริเวณที่มีการขยับ ได้แก่ข้อฟาเซต และหมอนรองกระดูกสันหลัง ซึ่งส่งผลให้เกิดการหลวมของข้อต่อ และเกิดการขยับตัวของ กระดูกมากกว่าปกติ ส่งผลให้เกิดอาการปวดหลัง 2) ระยะสูญเสียความมั่นคงของกระดูกสันหลัง (instability phase) เกิดเมื่อมีการหลวมของข้อฟาเซต ร่วมกับการใช้งานของหลังอย่างต่อเนื่อง ทำให้เสียสภาพการทำงาน ของข้อต่อกระดูกสันหลังอย่างถาวร ส่งผลให้ปวดหลังแม้ขยับหลังเพียงเล็กน้อย ถ้าเสื่อมสภาพมากจะมีการ ปวดหลังมากจนไม่สามารถนั่งหรือยืนได้ และ

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

พยาธิสภาพ(ต่อ)

3) ระยะการกลับคืนสู่ความมั่นคงของกระดูกสันหลัง (re-stabilization phase) เป็นระยะหลังสุดที่เกิดขึ้นในกระบวนการเกิดการตีบแคบของโพรงกระดูกสันหลัง ร่างกายจะเกิดกระบวนการซ่อมแซม และเสริมความมั่นคงให้กับกระดูกสันหลังคู่ขนานกันไป กระบวนการซ่อมแซม ทำให้เกิดการหนาตัวของเส้นเอ็น เยื่อหุ้มข้อฟาเซท และกระดูกงอรอบๆ ช่องกระดูกสันหลัง ทำให้เกิดการตีบแคบลง ของโพรงกระดูกสันหลัง และกดทับเส้นประสาทที่ควบคุมการทำงานของขา การกลั่นปัสสาวะและอุจจาระ(วารินทร์ โทษารธรรม, 2567)

สาเหตุ

สาเหตุมีดังนี้ เส้นเอ็นหนาตัวขึ้น การหนาตัวของข้อต่อ เนื้องอก กระดูกสันหลังคดหรือโก่งผิดปกติ โรคกระดูกพรุน หมอนรองกระดูกสันหลังเคลื่อน หรือโป่งพองออก ภาวะกระดูกไม่เติบโต (achondroplasia) ที่เป็นสาเหตุ ของภาวะแคระ (congenital dwarfism) โพรงกระดูกสันหลังตีบแคบจากข้อต่อกระดูกสันหลังเสื่อม การบาดเจ็บบริเวณกระดูกสันหลัง(วิชาญ ยิ่งศักดิ์มงคล, 2560)

การรักษา

เป้าหมายของการรักษา คือ ผู้ป่วยสามารถกลับไปใช้ชีวิตได้ปกติ ปราศจากความเจ็บปวดโดยใช้เวลารักษาน้อยที่สุด วิธีการรักษาต้องมีความปลอดภัย การรักษาแบ่งได้ ดังนี้ (ยงศักดิ์ หวังรุ่งทรัพย์, 2557)

1. การรักษาโดยไม่ผ่าตัด (conservative treatment) การปรับเปลี่ยนกิจกรรม ปรับเปลี่ยนอิริยาบถ ให้ถูกต้อง การพัก การสวมเครื่องพยุง การรักษาด้วยยา หรือการทำกายภาพบำบัด
2. การรักษาโดยการผ่าตัด (operative treatment) การผ่าตัดมีหลายวิธีขึ้นอยู่กับพยาธิสภาพของโรค และความสามารถของแพทย์ที่จะรักษา ด้วยการผ่าตัดให้เหมาะสมเป็นราย ๆ ไป มีดังนี้ (พรลีนี เต็งพานิชกุล, 2559)

- 1) laminotomy/laminectomy คือ การผ่าตัดเอากระดูกสันหลังส่วนลามิनाที่กดในโพรงกระดูกสันหลังออก เพื่อเอาพยาธิสภาพในช่อง ไขสันหลังออก
- 2) discectomy คือ การผ่าตัดเอาหมอนรองกระดูกสันหลังส่วนที่กดทับรากประสาทออก
- 3) decompression คือ การผ่าตัดเอาสิ่งที่กดทับเส้นประสาทออก
- 4) spinal instrumentation คือ การผ่าตัดโดยใช้โลหะตามกระดูกสันหลัง
- 5) spinal fusion คือ การผ่าตัดเพื่อเชื่อมต่อกระดูกสันหลัง

การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสันหลัง

การพยาบาลก่อนผ่าตัด

ประเมินความวิตกกังวล ความกลัวการผ่าตัด พุดคุยเพื่อให้กำลังใจ ให้ความรู้เกี่ยวกับเรื่องโรค การปฏิบัติตน ประเมินความผิดปกติของระบบประสาท ทั้งการรับรู้ความรู้สึก และการเคลื่อนไหว การประเมินความปวด และการจัดการความปวด แนะนำการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด เรื่องการหายใจ และไออย่างมีประสิทธิภาพ การออกกำลังกาย ท่าทางที่ต้องหลีกเลี่ยง และการเดินโดยใช้เครื่องช่วยเดิน เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน และทำให้การพักฟื้นหลังผ่าตัดเร็วขึ้น ดูแลให้อาหารและเครื่องดื่มทุกชนิดทางปากตามคำสั่งการรักษาของแพทย์

ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดหลังผ่าตัดกระดูกสันหลัง

อุบัติการณ์เกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้ที่ทำผ่าตัดกระดูกสันหลังพบร้อยละ 16.4 ส่วนใหญ่เกิดที่กระดูกสันหลังส่วนหลัง ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น ได้แก่ ทางเดินหายใจอุดกั้น เยื่อหุ้มน้ำไขสันหลังชั้นดราซิกขาดเป็นการบาดเจ็บของเยื่อหุ้มไขสันหลังชั้นดราซิก ทำให้มีน้ำไขสันหลังไหลออกมา ความผิดปกติของระบบประสาท ได้แก่ การรับรู้ความรู้สึกและการเคลื่อนไหว หากถูกทำลายมากอาจเกิดอัมพาตได้ การติดเชื้อแผลผ่าตัด แผลกดทับ จากการนอนท่าเดียว การเกิดลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำ โดยพบว่าเกิดลิ่มเลือดอุดตันที่หลอดเลือดดำส่วนลึก

3. แบบแสดงสรุปการเสนองาน (ต่อ)

ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดหลังผ่าตัดกระดูกสันหลัง(ต่อ)

และล้มเลือดอุดตันที่ปอด ปัจจัยเสี่ยงพบมากในผู้ที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังมากกว่า 4 ระดับ เวลาในการผ่าตัดนานกว่า 130 นาที ผู้สูงอายุมากกว่า 70 ปี มีโรคประจำตัวเป็นความดันโลหิตสูง และโรคกระดูกสันหลังเสื่อม การพยาบาลหลังผ่าตัด

จัดให้ผู้ป่วยนอนราบโดยให้กระดูกสันหลังอยู่ในแนวตรง หลีกเลี่ยงการบิดเอี้ยวเอว บันทึกสัญญาณชีพเพื่อประเมินการเปลี่ยนแปลงหลังผ่าตัด ประเมินอาการปวดแผลผ่าตัดและให้ยาแก้ปวดตามแผนการรักษาประเมินความผิดปกติของระบบประสาท ทั้งการรับรู้ความรู้สึกและการเคลื่อนไหว เปรียบเทียบกับก่อนผ่าตัด ถ้าผู้ป่วยมีการเคลื่อนไหวหรือการรับรู้ความรู้สึกลดลงจากเดิมให้รายงานแพทย์ สังเกตบริเวณแผลผ่าตัด ถ้าเปื้อนและด้วยน้ำสีเหลืองใส โดยที่ผู้ป่วยไม่ได้ถ่ายปัสสาวะรด หรือในขวด vacuum drain มีน้ำสีเหลืองใสมากกว่าจะเป็นสีเลือดการเคลื่อนไหวหรือการรับรู้ความรู้สึกลดลงจากเดิมให้รายงานแพทย์ สังเกตบริเวณแผลผ่าตัด ถ้าเปื้อนและด้วยน้ำสีเหลืองใส โดยที่ผู้ป่วยไม่ได้ถ่ายปัสสาวะรด หรือในขวด vacuum drain มีน้ำสีเหลืองใสมากกว่าจะเป็นสีเลือด ให้รายงานแพทย์ทันที อาจเป็นน้ำไขสันหลัง (CSF) ถ้าเยื่อหุ้มไขสันหลังชั้นดิวราอีกรขาด (dura tear) มีน้ำไขสันหลังไหลออกมา ดูแลให้นอนพักประมาณ 24-48 ชั่วโมง เพื่อให้รอยรั่วของเยื่อหุ้มไขสันหลังประสานเอง หรือแพทย์อาจจะผ่าตัดซ่อมแซมเยื่อหุ้มไขสันหลัง ประเมินภาวะสูญเสียเลือด โดยสังเกตอาการเสียเลือดหลังผ่าตัด จากสัญญาณชีพ แผลผ่าตัดและสายระบายเลือด (vacuum drain) ถ้าเลือดออกมากกว่า 200 มิลลิลิตรใน 1 ชั่วโมง ให้รายงานแพทย์ ดูแลสายระบายเลือด ให้มีประสิทธิภาพ ประเมินการหายใจ ดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง ให้ออกซิเจนอย่างเพียงพอ กระตุ้นให้บริหารการหายใจ ดูแลให้ได้รับสารน้ำ เลือด และยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษา พร้อมทั้งสังเกตผลข้างเคียง ประเมินการขับถ่ายปัสสาวะ สังเกตสี ปริมาณปัสสาวะ กรณีที่ใส่สายสวนคาปัสสาวะ ถ้าปัสสาวะออกน้อยกว่า 30 มิลลิลิตร/ชั่วโมง รายงานแพทย์ทราบ ดูแลช่วยเหลือให้ผู้ป่วยพลิกตะแคงตัวทุก 2 ชั่วโมง ประเมินผิวหนัง และแผลกดทับทุกครั้งที่พลิกตะแคงตัว ดูแลให้รับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ กระตุ้นให้ออกกำลังกายกล้ามเนื้อและข้อต่างๆป้องกันการเกิดลิ่มเลือดอุดตันที่หลอดเลือดดำส่วนลึก (DVT) หลังผ่าตัด 1-8 สัปดาห์แรก ดูแลและแนะนำให้ใส่อุปกรณ์พยุงหลังเพื่อจำกัดการเคลื่อนไหว โดยแพทย์ผ่าตัดจะเป็นผู้พิจารณาว่าควรใส่เครื่องพยุงหลังชนิดใดและป้องกันการเกิดท้องผูก (อรพรรณ โตสิงห์ และคณะ, 2559)

การพยาบาลระยะวางแผนจำหน่ายและดูแลต่อเนื่อง

1. วางแผนจำหน่าย และการดูแลต่อเนื่อง การประเมินสภาพบ้านและปรับปรุงบ้านเพื่อให้เหมาะสมกับผู้ป่วย เฉพาะราย เตรียมผู้ดูแลที่บ้าน และการดูแลตนเองของผู้ป่วย ให้ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน เช่น การรักษาความสะอาดบริเวณแผลผ่าตัด ภาวะแทรกซ้อน และ อาการผิดปกติของการเคลื่อนไหวร่างกาย การเคลื่อนย้ายตัว การใช้กายอุปกรณ์ การรับประทานยา การทำความสะอาดร่างกาย การฝึกขับถ่ายปัสสาวะ และอุจจาระ ภาวะแทรกซ้อน และการแก้ไขเบื้องต้น รวมถึงอาการผิดปกติที่ต้องพาผู้ป่วยมาโรงพยาบาล เมื่อประเมินแล้วมีความพร้อมกลับบ้าน ประสานการดูแลต่อเนื่องให้สถานบริการสุขภาพปฐมภูมิของผู้ป่วย

2. เพศสัมพันธ์ ภายหลังได้รับบาดเจ็บที่ไขสันหลังมักประสบปัญหาในเรื่องเพศสัมพันธ์ซึ่งผู้ป่วยไม่กล้าปรึกษา ทำให้เกิดความคับข้องใจตามมา พยาบาลควรให้ความช่วยเหลือประสานงานผู้เชี่ยวชาญเพื่อให้ครอบครัวของผู้ป่วยได้ปรึกษา และหาวิธีแก้ไข หรือจัดให้มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นในกลุ่มผู้ป่วยโรคเดียวกัน

3. ด้านจิตใจ อารมณ์ สังคม ให้ข้อมูลที่ถูกต้องและสมบูรณ์ ประเมินและให้การช่วยเหลือภาวะจิตสังคมบกพร่อง ร่วมวางแผนการดูแลรักษา โดยมุ่งเน้นบทบาทในครอบครัว (อภิชนา โฉมวิริยะ, 2557)

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

4. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

4.1 สรุปสาระสำคัญ

ชื่อเรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยโรคกระดูกสันหลังตีบแคบกดทับเส้นประสาทที่ได้รับการผ่าตัด
ข้อมูลทั่วไป

หญิง อายุ 68 ปี 1 เดือน น้ำหนัก 51 กิโลกรัม ได้รับวัคซีนครบตามเกณฑ์อายุ เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย
ศาสนาพุทธ อยู่ในการดูแลของบุตร

การศึกษา จบชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 ภูมิลำเนา จังหวัดสระแก้ว

วันที่รับเข้าโรงพยาบาล 25 ตุลาคม 2566 เวลา 11.29 น.

วันที่รับไว้ดูแล 25 ตุลาคม 2566 เวลา 12.15 น.

วันที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 19 พฤศจิกายน 2566 เวลา 11.00 น.

วันที่จำหน่ายออกจากความดูแล 19 พฤศจิกายน 2566 เวลา 11.00 น.

รวมวันที่รับไว้ในโรงพยาบาล 26 วัน

รวมวันที่รับไว้ดูแล 26 วัน

แหล่งที่มาของข้อมูล การสัมภาษณ์จากผู้ป่วยญาติ และเวชระเบียนผู้ป่วย

อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล

ปวดหลังร้าวลงขา 2 ข้าง 1 วันก่อนมาโรงพยาบาล

ประวัติความเจ็บป่วยในปัจจุบัน

1 ปีก่อนมาโรงพยาบาล มีอาการปวดหลัง เดินได้ปกติ ไม่ได้ไปรักษาที่ไหน

1 สัปดาห์ก่อนมาโรงพยาบาล มีอาการปวดหลัง ร้าวลงขา เดินลำบาก

1 วันก่อนมาโรงพยาบาล มีอาการปวดหลังมากขึ้น ร้าวลงขา 2 ข้าง ขา 2 ข้าง จึงมาโรงพยาบาล

สรุปอาการและอาการแสดงรวมการรักษาของแพทย์ตั้งแต่รับไว้จนถึงจำหน่ายจากความดูแล

ระยะก่อนผ่าตัด

วันที่ 25 ตุลาคม 2566 (รับผู้ป่วยไว้ดูแลวันที่ 1)

แรกรับที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูก เวลา 12.15 น. รับส่งต่อจากแผนกผู้ป่วยนอกศัลยกรรมกระดูก ระดับความรู้สึกตัวปกติ ถามตอบรู้เรื่อง ปวดหลัง ขา 2 ขา เดินลำบาก เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว แพทย์วินิจฉัย Sever spinal stenosis แพทย์สั่งทำการตรวจร่างกายโดยการใช้สนามแม่เหล็กความเข้มสูงและคลื่นวิทยุความถี่จำเพาะ (Magnetic Resonance Imaging : MRI) ประเมินอาการผู้ป่วยแรกรับผู้ป่วยรู้สึกตัวดี หายใจ Room air ไม่มีอาการเหนื่อยหอบ แขน ขา 2 ข้าง motor power grade 5 ไม่มีแขนขาอ่อนแรง ขา 2 ข้าง กลั้นปัสสาวะ อุจจาระเองได้ Pain score 3 สัญญาณชีพแรกรับ อุณหภูมิร่างกาย 37 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 100 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 158/94 มิลลิเมตรปรอท

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

สรุปอาการและอาการแสดงรวมการรักษาของแพทย์ตั้งแต่รับไว้จนถึงจำหน่ายจากความดูแล(ต่อ)
 ระยะก่อนผ่าตัด

วันที่ 26 ตุลาคม 2566 – 6 พฤศจิกายน 2566 (รับผู้ป่วยไว้ดูแลวันที่ 2-12)

แพทย์วินิจฉัย โพรเกรสดูกลสันหลังตีบแคบ แพทย์วางแผนให้ทำกายภาพบำบัด โดยให้ข้อมูลการรักษา อธิบายวัตถุประสงค์ของการรักษา และแนะนำการปฏิบัติตัวแก่ผู้ป่วย และญาติเข้าใจพร้อมลงนามยินยอมให้การ รักษา หลังทำกายภาพบำบัด 12 วัน ตั้งแต่วันที่ 26 ตุลาคม 2566-7 พฤศจิกายน 2566 พบว่าผู้ป่วยอาการปวดหลัง ชาขา 2 ข้างไม่ทุเลาลง แพทย์ตรวจเย็บอาการ และวางแผนการผ่าตัดรักษากระดูกสันหลังกดทับเส้นประสาทด้วยการขยายช่องทางออกเส้นประสาทจากด้านหลังแบบลามิเนกโตมี Laminectomy + fusion L3-S1 แพทย์ให้เจาะ เลือดส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ CBC, Bun, Cr, E'lyte, Anti HIV ,ATK covid ทำ EKG 12 lead เพื่อเตรียมผ่าตัด

วันที่ 7 พฤศจิกายน 2566 (รับผู้ป่วยไว้ดูแลวันที่ 13)

ก่อนผ่าตัดเตรียมความพร้อมร่างกาย และจิตใจผู้ป่วย แจ้งให้ผู้ป่วยและญาติทราบ อธิบายวัตถุประสงค์ของ การผ่าตัด การปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด ผู้ป่วย และญาติเข้าใจดี ลงนามยินยอมให้ผ่าตัดใน Inform Consent แพทย์ให้ของเที่ยงห่อผู้ป่วยหนักไว้หลังผ่าตัด ก่อนผ่าตัดแพทย์ให้นั่งน้ำดอาหารหลังเวลา 24.00 นาฬิกา ของวันที่ 7 พฤศจิกายน 2566 หลังดื่มน้ำดอาหารให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำเป็น 0.9% NSS 1,000 มิลลิลิตร ทางหลอดเลือดดำ อัตราการไหล 80 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง เตรียมยา Cefazoline 4 กรัม เลือด 4 ถุง ไปห้องผ่าตัด

ระยะหลังผ่าตัด

วันที่ 8 พฤศจิกายน 2566 (รับผู้ป่วยไว้ดูแลวันที่ 14)

ผู้ป่วยไปห้องผ่าตัดเวลา 08.40 น. ก่อนไปห้องผ่าตัดผู้ป่วยรู้สึกตัวดี สัญญาณชีพอุณหภูมิร่างกาย 36.8 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 102 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 123/75 มิลลิเมตรปรอท ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 100 เปอร์เซ็นต์ ได้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ 0.9% NSS 1,000 มิลลิลิตร ในอัตราไหล 80 มิลลิลิตร/ชั่วโมง เหลือ 500 มิลลิลิตร

รับผู้ป่วยกลับจากห้องผ่าตัดเวลา 13.45 น. ผ่าตัดกระดูกสันหลังกดทับเส้นประสาทด้วยการขยายช่อง ทางออกเส้นประสาทจากด้านหลังแบบลามิเนกโตมี (Laminectomy + fusion L3-S1 c Posterior Lumbar fusion c pedicular screw fixation at L3-S1) เสียเลือดขณะผ่าตัด 400 มิลลิลิตร ได้รับยาระงับความรู้สึกโดยวิธีดมยาสลบ ประเมินสัญญาณชีพหลังกลับจากห้องผ่าตัด แกรับผู้ป่วยรู้สึกตัวดี สัญญาณชีพแกรับ อุณหภูมิร่างกาย 37 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 100 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 149/83 มิลลิเมตรปรอท ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 98 เปอร์เซ็นต์ ได้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ 0.9% NSS 1,000 มิลลิลิตร ในอัตราไหล 80 มิลลิลิตร/ชั่วโมง เหลือ 1000 มิลลิลิตร มีแผลผ่าตัดบริเวณด้านหลังปิด gauze ไว้ ลักษณะภายนอกแห้งดี ไม่มีสารคัดหลั่งซึม มีสายระบายสารคัดหลั่งต่อลงขวดชนิดใช้ความดันแบบสุญญากาศจากแผลผ่าตัด 1 สาย มีสีแดงเข้มจำนวน 150 มิลลิลิตร ปลายเท้าอุ่น ขา 2 ข้างยาวเท่ากัน คลำชีพจรหลังเท้าได้ชัดเจน มีอาการชาที่บริเวณขาทั้ง 2 ข้าง แขน 2 ข้าง motor power grade5 ขา 2 ข้าง motor power grade1 ผู้ป่วยใส่สายสวนปัสสาวะแบบคาสายไว้ ปัสสาวะสีเหลืองใสไม่มีตะกอน ให้ยา cefazolin 1 กรัม ทางหลอดเลือดดำทุก 6 ชั่วโมง หลังให้ยาไม่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน ผื่น คัน บวมตามร่างกาย ผู้ป่วยมีอาการปวดแผลผ่าตัดหลัง Pain score 7 คะแนน ให้ Morphine 4 มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษา เมื่อระงับอาการไม่พึงประสงค์ของยา Pain score เหลือ 3 คะแนน อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที sedation score 0 คะแนน รายงานแพทย์เรื่องสารคัดหลั่งต่อลงขวดลักษณะสีแดงเข้มออกจำนวน 150 มิลลิลิตร ให้ตรวจความเข้มข้นของเลือดตอนเช้า และปิดสายระบายสารคัดหลั่งต่อลงขวดชนิดใช้ความดันแบบสุญญากาศ 3 ชั่วโมง

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

สรุปอาการและอาการแสดงรวมการรักษาของแพทย์ตั้งแต่รับไว้จนถึงจำหน่ายจากความดูแล(ต่อ)

วันที่ 9 พฤศจิกายน 2566 (รับผู้ป่วยไว้ดูแลวันที่ 15) หลังผ่าตัดวันที่ 1

ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี มีปวดแผลผ่าตัดบริเวณหลัง Pain score 7 คะแนนให้ Morphine 4 มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำ หลังให้ยาแก้ปวด Pain score เหลือ 3 คะแนน หายใจสม่ำเสมอ อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที sedation - score 0 คะแนน ประเมินสัญญาณชีพ อุณหภูมิร่างกาย 36.5 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 80 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 107/67 มิลลิเมตรปรอท ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 98 เปอร์เซ็นต์ คลำชีพจรหลังเท้าได้ชัดเจน ปลายเท้าอุ่น ขา 2 ข้างยาวเท่ากัน ไม่มีอาการชาที่ขาทั้ง 2 ข้าง แขน 2 ข้าง motor power grade 5 ขา 2 ข้าง motor power grade 4 ทำความสะอาดแผลผ่าตัดแบบแห้ง แผลบริเวณหลังเย็บ staple ยาว 15 เซนติเมตร มีเลือดซึม gauze ขนาด (4x4 นิ้ว) 1/2 แผ่น ทำความสะอาดสายสวนปัสสาวะ สายระบายสารคัดหลั่งต่อลงขวดชนิดใช้ความดันแบบสุญญากาศ 1 สาย อยู่ในระบบสุญญากาศดี ตรวจความเข้มข้นของเลือด 28 % รายงานแพทย์ ดูแลให้ส่วนประกอบของเลือด 1 ยูนิต หลังให้เลือดไม่มีอาการแพ้เลือด ไม่มีหายใจ หอบเหนื่อย ผื่นคัน ลมพิษ ประเมินสัญญาณชีพ อุณหภูมิร่างกาย 36.5 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 80 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 110/60 มิลลิเมตรปรอท เจาะเลือดหลังเลือดหมดได้ความเข้มข้นของเลือด 31 %

วันที่ 10 - 13 พฤศจิกายน 2566 (รับผู้ป่วยไว้ดูแลวันที่ 16 - 19) หลังผ่าตัดวันที่ 2 - 5

ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ประเมินสัญญาณชีพ อุณหภูมิร่างกาย 36.8 - 38.4 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจอยู่ในช่วง 98-100 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิตอยู่ในช่วง 101/67-124/79 มิลลิเมตรปรอท ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด อยู่ในช่วง 98-100 เปอร์เซ็นต์ ดูแลให้รับประทานยา Paracetamol 500 มิลลิกรัม 1 เม็ด เช็ดตัวลดไข้ ประเมินอุณหภูมิซ้ำ 1 ชั่วโมง ได้ 37 องศาเซลเซียส ปวดแผลผ่าตัดบริเวณหลัง Pain score 8 คะแนนให้ Morphine 3 มิลลิกรัมทางหลอดเลือดดำ หลังให้ยาแก้ปวด Pain score เหลือ 3 คะแนน อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที sedation score 0 คะแนน คลำชีพจรหลังเท้าได้ชัดเจน ปลายเท้าอุ่น ขา 2 ข้างยาวเท่ากัน ไม่มีอาการชาที่ขาทั้ง 2 ข้าง แขน 2 ข้าง motor power grade 5 ขา 2 ข้าง motor power grade 4 ทำความสะอาดแผลผ่าตัดแบบ Dry Dressing wound แผลบริเวณหลังเย็บ staple ยาว 15 เซนติเมตร มีเลือดซึม gauze (4x4 นิ้ว) 1/2 แผ่น รอบแผลไม่บวมแดง ทำความสะอาดสายสวนปัสสาวะ สารคัดหลั่งจากขวดระบายสีแดงจางจำนวน 100 มิลลิลิตร

วันที่ 14 - 18 พฤศจิกายน 2566 (รับผู้ป่วยไว้ดูแลวันที่ 20 - 24) หลังผ่าตัดวันที่ 6 - 10

ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ประเมินสัญญาณชีพ อุณหภูมิร่างกายอยู่ในช่วง 36.5 - 37 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจอยู่ในช่วง 90 - 102 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจอยู่ระหว่าง 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิตอยู่ในช่วง 96/60 - 125/81 มิลลิเมตรปรอท ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 98 - 100 เปอร์เซ็นต์ ปวดแผลผ่าตัดบริเวณหลัง Pain score 7 คะแนนให้ Morphine 3 มิลลิกรัมทางหลอดเลือดดำ หลังให้ยาแก้ปวด Pain score เหลือ 3 คะแนน อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที sedation score 0 คะแนน คลำชีพจรหลังเท้าได้ชัดเจน ปลายเท้าอุ่น ขา 2 ข้างยาวเท่ากัน ไม่มีอาการชาที่ขาทั้ง 2 ข้าง แขน 2 ข้าง motor power grade 5 ขา 2 ข้าง motor power grade 4 ทำความสะอาดแผลผ่าตัดบริเวณหลังแบบ Dry Dressing wound แผลบริเวณหลังเย็บ staple ยาว 15 เซนติเมตร รอบแผลไม่บวมแดง แพทย์ตรวจเย็บอาการให้เอาสายสวนปัสสาวะ สายระบายสารคัดหลั่งต่อลงขวดชนิดใช้ความดันแบบสุญญากาศออกบริเวณแผลไม่มีเลือดซึม และส่งผู้ป่วยฝึกเดิน walker ที่กายภาพบำบัดผู้ป่วยยังเดินได้ไม่คล่อง

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

สรุปอาการและอาการแสดงรวมการรักษาของแพทย์ตั้งแต่รับไว้จนถึงจำหน่ายจากความดูแล(ต่อ)

ระยะวางแผนจำหน่าย

วันที่ 19 พฤศจิกายน 2566 (รับผู้ป่วยไว้ดูแลวันที่ 25)หลังผ่าตัดวันที่ 11

ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ประเมินสัญญาณชีพ อุณหภูมิร่างกาย 36.8 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 100 ครั้ง/นาที่ อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 131/81 มิลลิเมตรปรอท ออกซิเจนในเลือด O2sat (Room Air) 99 เปอร์เซ็นต์ ส่งผู้ป่วยฝึกเดินwalker ที่กายภาพบำบัดผู้ป่วยเดินได้คล่อง พร้อมกลับบ้านส่งมอบเอกสารที่เกี่ยวข้อง ยา และใบนัดติดตามอาการที่โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว ในอีก 2 สัปดาห์ (29 พฤศจิกายน 2566) แก่ญาติ และผู้ป่วย รวมระยะเวลารักษาในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว และรวมอยู่ในความดูแล 26 วัน

สรุปข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

ระยะก่อนผ่าตัด

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 1 : ปวดหลังเนื่องจากกระดูกสันหลังระดับเอวต่อกระดูกก้นกบตีบแคบและประสาทไขสันหลังอาจได้รับบาดเจ็บมากขึ้นจากการถูกกดทับ

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 2 : วิดกกังวลเนื่องจากขาดความรู้เกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด

ระยะหลังผ่าตัด

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 3 : มีโอกาสเกิดภาวะช็อกจากการเสียเลือด

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 4 : มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดเนื่องจากการฉีกขาดของเยื่อหุ้มไขสันหลังชั้นดورا

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 5 : ไม่สุขสบายเนื่องจากปวดแผลผ่าตัดที่หลัง

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 6 : มีภาวะท้องผูกจากการทำหน้าที่ผิดปกติของลำไส้จากการบาดเจ็บของไขสันหลัง

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 7 : มีโอกาสเกิดการติดเชื้อที่แผลผ่าตัด

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 8 : มีการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะจากการคาสายสวนปัสสาวะ

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 9 : มีโอกาสเกิดแผลกดทับ

ระยะวางแผนจำหน่าย

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 10 : ผู้ป่วยและญาติขาดความรู้ในการดูแลตนเองเมื่อกลับบ้าน

4.2 ขั้นตอนการดำเนินการ

4.2.1 ศึกษาสถิติและคัดเลือกเรื่องที่น่าสนใจจากกลุ่มผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูก กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว จำนวน 1 ราย

4.2.2 รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับอาการสำคัญ ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว ประวัติการแพ้ยาและสารเคมี แบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย พร้อมทั้งประเมินสภาพผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ อารมณ์ สังคม และเศรษฐกิจ

4.2.3 ศึกษาค้นคว้าจากตำรา เอกสารทางวิชาการเกี่ยวกับการดูแลรักษา และการพยาบาลผู้ป่วยกระดูก ศัลยกรรมรวมถึงแนวคิดทางการพยาบาลในการประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วย

4.2.4 ศึกษาผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ และแผนการรักษาของแพทย์

4.2.5 นำข้อมูลที่ได้มารวบรวม วิเคราะห์ วางแผนให้การพยาบาล ตามกระบวนการพยาบาล โดยเน้นการให้การพยาบาลครอบคลุมทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

สรุปอาการและอาการแสดงรวมการรักษาของแพทย์ตั้งแต่รับไว้จนถึงจำหน่ายจากความดูแล(ต่อ)

4.2 ขั้นตอนการดำเนินการ(ต่อ)

4.2.6 ปฏิบัติการพยาบาลและประเมินผลการพยาบาลตามแผน รวมทั้งวางแผนจำหน่ายก่อนย้ายผู้ป่วยออกจากหอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูก

4.2.7 สรุปผลการปฏิบัติการพยาบาลและให้ข้อมูล เสนอแนะแก่ผู้ป่วยและญาติก่อนย้ายผู้ป่วยไปพักรักษาตัวต่อที่บ้าน

4.2.8 เรียบเรียงผลงาน เขียนรายงาน จัดทำเป็นเอกสารผลงานทางวิชาการ

4.3. เป้าหมายของงาน

เพื่อศึกษาให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคกระดูกสันหลังตีบแคบกดทับเส้นประสาทที่ได้รับการผ่าตัด

5. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

5.1 ผลสำเร็จของงานเชิงปริมาณ

ให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคกระดูกสันหลังตีบแคบกดทับเส้นประสาทที่ได้รับการผ่าตัด จำนวน 1 ราย
รับไว้ในการดูแลตั้งแต่วันที่ 25 ตุลาคม 2566 เวลา 12.15 น. ถึงวันที่ 19 พฤศจิกายน 2566 เวลา 11.00 น.รวม
ระยะเวลาที่อยู่ในความดูแล 26 วัน

5.2 ผลสำเร็จของงานเชิงคุณภาพ

การพยาบาลผู้ป่วยโรคกระดูกสันหลังตีบแคบ กดทับเส้นประสาท ที่ได้รับการผ่าตัด

ผู้ป่วยได้รับการเตรียมความพร้อมทั้งทางด้านร่างกาย และจิตใจก่อนการผ่าตัด และหลังการผ่าตัดรักษา
กระดูกสันหลังกดทับเส้นประสาทด้วยการขยายช่องทางออกเส้นประสาทจากด้วยหลังแบบลามิเนกโตมี
Laminectomy + fusion L3-S1 c Posterior Lumbar fusion c pedicular screw fixation at L3-S1 มีอาการ
ดีขึ้น ไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัด และไม่มีโรคแทรกซ้อนระหว่างการพักรักษาตัว อยู่ในโรงพยาบาล แพทย์
จำหน่ายกลับบ้านได้ โดยมีการวางแผนจำหน่าย ก่อนการย้ายออกจากหอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูก ญาติรับทราบข้อมูล
เกี่ยวกับสถานะของโรค แผนการรักษาของแพทย์ มีความมั่นใจในการดูแลตนเองต่อเนื่องเมื่อกลับไปอยู่บ้าน และม
ความพึงพอใจในการดูแลรักษาพยาบาล

6. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

6.1ใช้เป็นแนวทางปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคกระดูกสันหลังตีบแคบกดทับเส้นประสาท ที่ได้รับการผ่าตัดของ
หน่วยงาน เพื่อเพิ่มสมรรถนะและทักษะในการดูแลผู้ป่วยที่เป็นเฉพาะทางมากยิ่งขึ้น

6.2หน่วยงานมีแบบแผนการปฏิบัติการพยาบาล นำความรู้ไปใช้ในการให้คำแนะนำ เพื่อเตรียมความพร้อมทั้ง
ทางด้านร่างกายและจิตใจ ให้ผู้ป่วยและญาติคลายความกลัว ความวิตกกังวล ได้รับความพึงพอใจในด้านบริการ
พยาบาล และได้รับความร่วมมือที่ดีจากผู้ป่วยและญาติ

7. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

จากกรณีศึกษาเนื่องจากผู้ป่วยเป็นผู้สูงอายุ มีปัญหาด้านการสื่อสารไม่เข้าใจการรักษาต้องอธิบายหลายรอบ
และให้ญาติมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ การผ่าตัดเป็นการผ่าตัดใหญ่ ซึ่งมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนทั้งก่อนและหลัง
การผ่าตัดได้ ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับแนวทางการรักษา การผ่าตัด และผลการรักษาหลังผ่าตัด

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

8. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

การดูแลผู้ป่วยรายนี้เป็นการผ่าตัดใหญ่ มีความอันตรายต่อชีวิต พยาบาลต้องมีทักษะความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับโรคให้มาก เพื่อไม่ให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วย

9. ข้อเสนอแนะ

9.1 ควรมีแบบประเมินผู้ป่วยโรคกระดูกสันหลังตีบแคบกดทับเส้นประสาท ที่เป็นรูปแบบที่ชัดเจน เพื่อเป็นแนวทางในการประเมินสำหรับบุคลากรทางการแพทย์

9.2 ควรพัฒนาสมรรถนะพยาบาล ในการดูแลผู้ป่วยโรคกระดูกสันหลังตีบแคบกดทับเส้นประสาท

9.3 ส่งเสริมให้บุคลากรมีความรู้ด้านการดูแลสภาพจิตใจของผู้ป่วยมากขึ้น เพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยได้ครบ 4 มิติ เช่น สมาธิบำบัด การจัดการความเครียด เป็นต้น

10. การเผยแพร่ผลงาน

ประชุมวิชาการประจำเดือนในหน่วยงาน

11. สัดส่วนผลงานของผู้ขอประเมิน

นางสาวชุติพา แพนลา ผู้เสนอมีส่วนของผลงาน ร้อยละ 100

12. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน

ไม่มี

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....*ชุติพา แพนลา*.....

(นางสาวชุติพา แพนลา)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

(วันที่).....*17*...../*กุมภาพันธ์*...../*2567*.....

ผู้ขอประเมิน

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
นางสาวชุติพา แพนลา	<i>ชุติพา แพนลา</i>

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ)..... 

(นางพิศยา บุปผา)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ (ด้านการพยาบาล)

หัวหน้าหอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูก

(วันที่)..... ๖ / ตุลาคม / ๒๕๖๗

ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ)..... 

(นางสาวรัตนา ด่านปรีดา)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพเชี่ยวชาญ

หัวหน้าพยาบาล

(วันที่)..... ๗ / ตุลาคม / ๒๕๖๗

ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ)..... 

(นายสมคิด ยืนประโคน)

(ตำแหน่ง) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว

(วันที่)..... ๒๕ / ตุลาคม / ๒๕๖๗

ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป

(ลงชื่อ)..... 

(นายธราพงษ์ กัปโก)

(ตำแหน่ง) นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว

(วันที่)..... 30 / ตุลาคม / 2567

แบบเสนอแนวทางการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน (ระดับชำนาญการ)

1.เรื่อง พัฒนารูปแบบการให้ความรู้ผู้ป่วยก่อน และหลังผ่าตัดใส่เหล็กที่ต้นขา

2.หลักการและเหตุผล

กระดูกต้นขาส່วนปลายหัก (distal femur fracture) พบประมาณร้อยละ 7 ของกระดูกต้นขาหักมักพบ ในผู้ ที่อายุน้อย และเป็นเพศชาย สาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากอุบัติเหตุจราจร ส่งผลให้เกิดแรงมากกระทำต่อกระดูกที่รุนแรง (high energy injury) ลักษณะของกระดูกต้นขาส່วนปลายหักจึงมีรอยหักเข้าข้อ (intraarticular) และมีชิ้นกระดูก แตกหักหลายชิ้น (comminuted) กระดูกต้นขาส່วนปลายหัก ส่งผลต่อการทำหน้าที่ และความทนทานของข้อเข่า ผู้ป่วยจะทุกข์ทรมานกับอาการปวดต้นขาและเข่าอย่างมากในขณะลงน้ำหนัก และขา บวมผิดรูป ภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ ได้แก่ การบาดเจ็บต่อหลอดเลือดการบาดเจ็บต่อเส้นประสาทการบาดเจ็บ ต่อเส้นเอ็นโดยเฉพาะเอ็นไขว้หน้า การติดเชื้อ และการเกิดภาวะลิ่มไขมันอุดตัน การรักษากระดูกต้นขาส่วน ปลายหัก ส่วนใหญ่แล้วจะได้รับการรักษา ด้วยการผ่าตัด โดยมีเป้าหมายเพื่อการจัดเรียงกระดูก (reduction) และการยึดตามกระดูกแข็งแรง (immobilize) โดยเฉพาะอย่างยิ่งหากเป็นการแตกหักเข้าข้อจะต้องจัดเรียง ผิข้อให้ใกล้เคียงกับสภาพปกติ (anatomic reduction) ให้มากที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ การรักษากระดูกต้นขาส่วนปลายหัก ค่อนข้างจะมีความยุ่งยากซับซ้อน และมีโอกาสเกิด ภาวะแทรกซ้อนสูงโดยทั่วไปจะเลือกวิธีการรักษา โดยการผ่าตัดยึดตรึงกระดูกด้วยแผ่นเหล็ก และน๊อต ภาวะแทรกซ้อนที่ อาจเกิดขึ้นในระหว่างผ่าตัด และหลังผ่าตัด ที่พบได้บ่อย ได้แก่ ภาวะช็อกจากการเสียเลือด ภาวะลิ่มไขมันอุดตันที่ ปอด ภาวะหลอดเลือดดำอุดตัน การติดเชื้อ ที่แผลผ่าตัด การเกิดแผลกดทับ การเกิดภาวะข้อเข่าติด และมีข้อจำกัดใน การงอข้อเข่า (ณรัฐญา รสานนท์, 2567)

การพยาบาลผู้ป่วยกระดูกต้นขาส່วนปลายหักมีความยุ่งยากและซับซ้อน เนื่องจากเป็นการหักของกระดูก ที่ใกล้ข้อทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่ตามมา คือ การบาดเจ็บต่อเส้นเอ็น เส้นประสาท และหลอดเลือดฉีกขาดทำให้เกิด ผลร้ายแรงถึงขั้นสูญเสียอวัยวะ และเสียชีวิตได้ อีกทั้งผู้ป่วยต้องทุกข์ทรมานจากความปวด โดยเฉพาะ ผู้ป่วยที่มี การหักของกระดูกที่มีรอยหักเข้าข้อ และมีชิ้นกระดูกแตกหักหลายชิ้น การพยาบาลกระดูกต้นขาส່วนปลายหักมี เป้าหมาย เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาพยาบาลตามมาตรฐานอย่างเหมาะสม ปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน สามารถ กลับไปเดินได้ตามปกติหรือใกล้เคียงปกติมากที่สุด พยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญมากในการพยาบาล ตั้งแต่ระยะก่อน ผ่าตัด เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน ลดความรุนแรงของการบาดเจ็บ ลดความทุกข์ทรมานจาก ความปวด และเตรียม ความพร้อมผู้ป่วยทั้งทางร่างกาย และด้านจิตใจเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดตามเวลา ปลอดภัยในระหว่างผ่าตัด การพยาบาลในระยะหลังผ่าตัด โดยเฉพาะอย่างยิ่งในระยะ 24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน การ จัดการกับความปวด การฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด และการพยาบาลระยะหลังจำหน่าย เพื่อฟื้นฟูสภาพอย่างต่อเนื่อง และการป้องกันกระดูกหักซ้ำ

หอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้วในปีงบประมาณ 2564-2566 มีจำนวน ผู้ป่วยที่มีการบาดเจ็บของกระดูกต้นขาหักจำนวน 155, 115, 109 ราย ตามลำดับ (ศูนย์สารสนเทศ โรงพยาบาล สมเด็จพระยุพราชสระแก้ว, 2566) และมีผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดทั้งหมด 147 ,96 ,97 ราย ตามลำดับ คิดเป็นร้อยละ 94.83 ,83.47 ,88.99 ตามลำดับ พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกต้นขาหักทุกรายในหอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูก ได้รับการดูแลก่อน และหลังผ่าตัดกระดูกต้นขาหักตามมาตรฐานการพยาบาล ซึ่งพยาบาลมีบทบาทสำคัญในการให้ การพยาบาล การให้ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อน และหลังผ่าตัดกระดูกต้นขาหัก โดยการแนะนำการแสดง ท่าทาง และการแจกเอกสารประกอบ ในรูปแบบแผ่นพับที่มีภาพประกอบไม่ชัดเจน อีกทั้งผู้ป่วยบางรายเป็นผู้สูงอายุ

2. หลักการและเหตุผล(ต่อ)

ที่มีปัญหาการมองเห็น การอ่าน ผู้ป่วยไม่สามารถจดจำเนื้อหาความรู้ในการดูแลตนเองก่อน และหลังผ่าตัดกระดูกต้นขาหักได้ทั้งหมด บางรายมีความวิตกกังวลตั้งแต่ช่วงก่อนผ่าตัดว่าตนเองจะปฏิบัติตัวถูกต้องหรือไม่ เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวทั้งก่อน และหลังการผ่าตัด และมีการประเมินความพึงพอใจเรื่องเอกสารแนะนำผู้ป่วยบอกไม่ชัดเจน หรือแม้ได้จำหน่ายกลับบ้านมีการโทรกลับมาสอบถามการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด

ผู้เสนอผลงานจึงเห็นถึงความสำคัญในการพัฒนาคุณภาพการบริการ และมีความสนใจที่จะจัดทำสื่อการสอนเรื่อง พัฒนารูปแบบการให้ความรู้ผู้ป่วยก่อน และหลังผ่าตัดใส่เหล็กที่ต้นขา เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าถึงเนื้อหาได้มากขึ้น ทั้งด้านภาพ และเสียงประกอบ และมีเอกสารในรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์ สำหรับเตรียมความพร้อมระหว่างรอผ่าตัด และทบทวนความรู้ในการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดได้เมื่อจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล ป้องกันการกลับมาอน락ขาซ้ำในโรงพยาบาลอีกทั้งช่วยลดค่าใช้จ่ายของหอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูก ในการผลิตแผ่นพับให้ความรู้ และเพื่อให้สอดคล้องกับนโยบายของทางโรงพยาบาลในลดการใช้กระดาษตามวิสัยทัศน์ของโรงพยาบาลมุ่งสู่โรงพยาบาลดิจิทัล

3. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

แนวความคิด บทวิเคราะห์ / แนวคิดข้อเสนอ

เมื่อพบผู้ป่วยบาดเจ็บบริเวณกระดูกต้นขาหัก อาการเจ็บปวดมีผลกระทบต่อการทำกิจวัตรประจำวันและความสามารถในการทำงานของผู้ป่วย ทำให้สูญเสียรายได้ และเกิดค่าใช้จ่ายเพื่อการรักษาพยาบาล สำหรับเป้าหมายของการรักษา คือ ผู้ป่วยสามารถกลับไปใช้ชีวิตได้ปกติ วิธีการรักษาแบ่งได้ ดังนี้ การรักษาโดยไม่ผ่าตัด และการรักษาโดยการผ่าตัด ซึ่งส่วนใหญ่อาการปวดไม่ทุเลาทำให้ผู้ป่วยต้องรักษาด้วยการผ่าตัด ดังนั้นจึงต้องมีการเตรียมผู้ป่วยให้พร้อมในการดูแลตนเองตั้งแต่ขณะรักษาตัวในโรงพยาบาลเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อน และหลังผ่าตัด

จากจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกต้นขาหักร้อยละ 94.83 ในปี 2564 ,ร้อยละ83.47 ในปี 2565 และร้อยละ 94.99 ในปี 2566 มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ซึ่งสำหรับผู้ป่วยสูงอายุหรือผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านการมองเห็น การอ่าน จำเป็นต้องมีสื่อที่เหมาะสมกับสภาพผู้ป่วย ให้ผู้ป่วย และญาติสามารถเรียนรู้เข้าใจการปฏิบัติตัวก่อน และหลังผ่าตัดได้ และด้วยรูปแบบของสื่อที่เป็นอิเล็กทรอนิกส์สามารถนำมาทบทวนความรู้ได้ง่ายด้วยตนเอง โดยใช้แนวคิดหลักการของวงจรคุณภาพ PDCA หรือวงจรเดมมิง PDCA ย่อมาจาก Plan, Do, Check, Act เป็นแนวคิดที่เน้นให้การดำเนินงานเป็นไปอย่างมีระบบ โดยมีเป้าหมายให้เกิดการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง โดยผ่านความเชื่อว่า “คุณภาพสามารถปรับปรุงพัฒนาได้” โดยการจัดการอย่างมีคุณภาพเป็นกระบวนการที่ดำเนินการต่อเนื่องเพื่อให้เกิดผลผลิตและบริการที่มีคุณภาพขึ้น ซึ่ง PDCA ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ดังนี้ 1. P (Plan) คือ กำหนดสาเหตุของปัญหาจากนั้นวางแผนเพื่อการเปลี่ยนแปลงหรือทดสอบเพื่อการปรับปรุงให้ดีขึ้น 2. D (Do) คือ การปฏิบัติตามแผนหรือทดลองปฏิบัติเป็นการนำร่องในส่วนย่อย 3. C (Check) คือ ตรวจสอบเพื่อทราบ ว่า บรรลุผลตามแผนหรือหากมีสิ่งใดที่ทำผิดพลาดหรือได้เรียนรู้อะไรมาบ้าง 4. A (Act) คือ ยอมรับการเปลี่ยนแปลงหากบรรลุผลเป็นที่น่าพอใจ หรือหากผลการปฏิบัติไม่เป็นไปตามแผนให้ทำซ้ำวงจรโดยใช้การเรียนรู้จากการกระทำในวงจรที่ได้ปฏิบัติไปแล้ว (พีรพงศ์ บุญฤกษ์ และ นลิตา สอนวารี, 2566)

ดังนั้น ผู้เสนอผลงานจึงมีแนวคิดศึกษาพัฒนารูปแบบการให้ความรู้ผู้ป่วยก่อน และหลังผ่าตัดใส่เหล็กที่ต้นขา โดยจัดทำเป็นสื่อให้ความรู้ที่ประกอบไปด้วย 1) การดูแลผู้ป่วยก่อน และหลังผ่าตัดใส่เหล็กที่ต้นขา โดยอธิบายความสำคัญ และความจำเป็นในการรักษาเพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจวัตถุประสงค์ และให้ความร่วมมือ 2) ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด 3) การปฏิบัติตัวเพื่อกลับบ้าน เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้และสามารถปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง เข้าถึงเนื้อหาได้สะดวกมากขึ้น

3.บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข(ต่อ)

วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการให้ความรู้ผู้ป่วยก่อน และหลังผ่าตัดใส่เหล็กที่ต้นขาแบบคิวอาร์โค้ด
2. เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับความรู้ในการปฏิบัติตัวก่อน และหลังผ่าตัดใส่เหล็กที่ต้นขาปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง
3. เพื่อเพิ่มความพึงพอใจให้ผู้ป่วยที่รับการผ่าตัดใส่เหล็กที่ต้นขาที่ได้รับสื่อการสอนแบบคิวอาร์โค้ด

ระยะเวลาดำเนินการ

เดือน ตุลาคม 2567 – มีนาคม 2568

กลุ่มเป้าหมาย

1. ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดใส่เหล็กที่ต้นขา
2. พยาบาลวิชาชีพ ในหอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูก

ขั้นตอนการดำเนินการ

1. ศึกษาและค้นคว้า รวบรวมข้อมูล การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกต้นขาจากตำรา งานวิจัย ต่างๆ
2. ปรึกษาหัวหน้างานการพยาบาลผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ เพื่อขอความคิดเห็นและคำแนะนำ
3. ศึกษาวิธีการสร้างคิวอาร์โค้ด
4. นำข้อมูลที่ได้จากการศึกษาและค้นคว้ามารวบรวมสื่อการสอนในรูปแบบคิวอาร์โค้ด เพื่อให้ความรู้ผู้ป่วยเกี่ยวกับโรค และการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัดใส่เหล็กที่ต้นขาโดยแบ่งเนื้อหาเป็นหัวข้อพร้อมคำอธิบาย ภาพประกอบ เพื่อให้เข้าใจได้ชัดเจนยิ่งขึ้น ดังนี้
 - 4.1 ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับการผ่าตัดใส่เหล็กที่ต้นขา และข้อบ่งชี้ในการผ่าตัดใส่เหล็กที่ต้นขา
 - 4.2 การปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัด
 - 4.3 การปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด
5. ประชุมชี้แจงทีมบุคลากรทางการพยาบาลให้รับรู้และให้ทราบวิธีการปฏิบัติให้เป็นแนวทางเดียวกัน
6. นำไปใช้ในหน่วยงาน
7. วิเคราะห์ปัญหา อุปสรรค และนำมาปรับปรุงแก้ไขให้ดีขึ้น

4.ผลที่คาดว่าจะได้รับ

1. ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี สามารถกลับไปดำเนินชีวิตได้ใกล้เคียงสภาวะปกติมากที่สุด
2. บุคลากรทางการพยาบาลทุกคนในกลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ มีการใช้สื่อการสอนเรื่องพัฒนารูปแบบการให้ความรู้ผู้ป่วยก่อน และหลังผ่าตัดใส่เหล็กที่ต้นขา ในรูปแบบคิวอาร์โค้ด
3. ประหยัดลดค่าใช้จ่ายในการใช้กระดาษ (ทำแผ่นพับ)

5. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

1. มีสื่อการสอนการให้ความรู้ผู้ป่วยก่อน และหลังผ่าตัดผ่าตัดใส่เหล็กที่ต้นขาแบบคิวอาร์โค้ด จำนวน 1 ฉบับ
2. ร้อยละผู้ป่วยที่ได้รับความความรู้ในการปฏิบัติตัวก่อน และหลังผ่าตัดผ่าตัดใส่เหล็กที่ต้นขาแบบคิวอาร์โค้ด ปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง มากกว่าร้อยละ 90
3. ร้อยละความพึงพอใจของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดใส่เหล็กที่ต้นขา ที่ได้รับสื่อการสอนแบบคิวอาร์โค้ด มากกว่าร้อยละ 90

(ลงชื่อ) ^{อ.สุภา} ^{11 พ.ค.}

(นางสาวชุดิพา แพนลา)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

(วันที่) ¹¹ / ^{พ.ค.} / ²⁵⁶⁷

ผู้ขอประเมิน