

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง)

กรณีศึกษา 2 เรื่อง

กรณีศึกษาที่ 1

1. เรื่อง “การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสันหลังส่วนอกต่อเอว : กรณีศึกษาผู้ป่วยโรงพยาบาลปราสาท”

2. ระยะเวลาที่ดำเนินการ 12 เดือน (กรกฎาคม 2564 – มิถุนายน 2565)

3. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญ และประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

3.1 ความรู้ ความชำนาญงาน

3.1.1 การบาดเจ็บของกระดูกสันหลังส่วนอกต่อเอว (thoracolumbar) (รั้ว ประสาททูทธา, 2557)

พยาธิสภาพ การบาดเจ็บของกระดูกสันหลังส่วนอกต่อเอว (thoracolumbar) พบบ่อยในกลุ่มวัยรุ่นและผู้สูงอายุ สาเหตุเกิดจากอุบัติเหตุเป็นส่วนใหญ่ กระดูกสันหลังส่วนอกต่อเอวเมื่อเกิดการแตกหัก การถูกกดเบียดจากประสาทจากกระดูกที่แตกหักเคลื่อนเข้าไปใน โพรงกระดูกสันหลัง (retropulsed fragment) จึงมีโอกาสที่จะทำให้เกิดการสูญเสียการทำงานของระบบประสาทน้อย อีกทั้งระบบประสาทที่ทอดอยู่ในโพรงกระดูกสันหลังบริเวณนี้ เป็นส่วนของระบบประสาทที่เรียกว่า cauda equina ดังนั้น หากเกิดการบาดเจ็บต่อระบบประสาทดังกล่าว จึง มีพยากรณ์และการฟื้นตัวที่ต่ำกว่า TL-fractures และ T-fractures

อาการ และอาการแสดง ผู้ป่วยมีอาการปวดเอว และหรือ ปวดร้าวลงขา ตามแนวรากประสาท (radicular pain) อาจเกิดอาการอ่อนแรงกล้ามเนื้อแบบ lower motor neuron lesion ชาตามแนวรากประสาทรีเฟล็กซ์ตอบสนองช้าและหรือกล้ามเนื้อหูรูดทวารหนักอ่อนแรง (loose anal sphincter tone) บริเวณกระดูกสันหลังส่วนเอว อาจคลำพบช่องว่าง (interspinous gap) การผิดรูปแบบ stepping และการสูญเสีย lumbar lordosis

การวินิจฉัย มีการการวินิจฉัยการบาดเจ็บของกระดูกสันหลังส่วนอกต่อเอว ดังนี้

1. ควรส่งตรวจภาพรังสี LS-spine ทั้ง AP view และ lateral view ในผู้ป่วย Burst fracture ภาพรังสีทำ AP view จะพบการยุบตัวของกระดูกส่วน vertebral body (anterior wedging หรือ decreased vertebral height) และ vertebral endplates แนวของ spinous process ว่าเรียงตัวในแนวกึ่งกลาง (midline) พบการอ้ากว้างของ pedicle (widening of interpedicular distance) ในทำ lateral view ควรสังเกตการเคลื่อนตัวของกระดูกสันหลัง (vertebral translation) ร้อยละของการ ยุบตัวของกระดูกสันหลัง (percentage of vertebral height loss) มุมโก่ง (kyphotic or Cobb's angle) และอาจพบ retropulsed fragment ภาพรังสีที่บ่งบอกว่าเกิด posterior ligamentous complex ได้แก่ ระยะ interspinous distance กว้าง subluxation มากกว่า 3 มิลลิเมตร และ kyphotic angulation มากกว่า 25 องศา

2. การตรวจ CT scan ใน Burst fracture การตรวจนี้ใช้ประเมิน amount of canal compromise, การแตกหักของ posterior elements เช่น associated laminae & pedicle fractures

3. การตรวจ MRI scan ใช้ประเมินการบาดเจ็บของ neural elements โดยเฉพาะ cauda equina รวมทั้งการฉีกขาดของ posterior ligamentous complex

การรักษา

1. การรักษาโดยวิธีการไม่ผ่าตัด (Nonsurgical treatment) ได้แก่ การนอนพัก (bed rest) การใช้อุปกรณ์พยุงกายภายนอก (external orthosis/ bracing/ casting) ใช้ในผู้ป่วย low lumbar burst fracture ที่ไม่พบความผิดปกติของระบบประสาท แม้เกิด retropulsed fragment ร่วมด้วยหรือไม่ก็ตาม เนื่องจากพบว่ากระดูกที่แตกย้อนเข้าไปในโพรงกระดูกสันหลังนั้นสามารถเปลี่ยนแปลงรูปกลับ (remodel)

ได้ปริมาณหนึ่ง อีกทั้งขนาดเส้นผ่านศูนย์กลางของโพรงกระดูกสันหลังที่กว้างในส่วนเอว การรักษาโดยวิธีการไม่ผ่าตัดจึงมีบทบาทที่สำคัญมาก

2.การรักษาโดยวิธีการผ่าตัด (Surgical treatment) ข้อบ่งชี้ในการผ่าตัดใน low lumbar burst fracture ได้แก่ ผู้ป่วยที่เกิดการสูญเสียการทำงานของระบบประสาทมากกว่า 1 ระดับ, kyphosis > 10° และ anterior height loss > 50% สังเกตได้ว่า degree of canal compromise ไม่ได้เป็นปัจจัยในการรักษาโดยวิธีการผ่าตัด การยึดตรึงกระดูกสันหลังส่วนเอว ปัจจุบันนิยมใช้ pedicle screw instrumentation โดย พยายามยึดตรึงให้น้อยระดับที่สุดที่จะสามารถให้ความมั่นคงต่อกระดูกสันหลังส่วนเอว เพื่อสงวนการเคลื่อนไหวของข้อต่อกระดูกสันหลังส่วนเอวที่เหลือ การผ่าตัดลดการกดทับรากประสาท (neural decompression) สามารถกระทำได้โดยการใช้ posterior, posterolateral, anterior approaches เช่น ผู้ป่วยที่มี associated laminar fractures เป็นต้น

การพยาบาล การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บของกระดูกสันหลังส่วนอกต่อเอว ดังนี้ (อภิขณา ไชวรินทร์, 2557) ระยะเวลาก่อนผ่าตัด

1. ด้านจิตใจ ผู้ป่วยส่วนใหญ่และญาติเมื่อทราบว่า จะต้องได้รับการผ่าตัดมักจะมีอาการวิตกกังวลและกลัวการผ่าตัด จึงควรให้กำลังใจและความมั่นใจแก่ผู้ป่วย และอธิบายโปรแกรมการฟื้นฟูสภาพร่างกายหลังผ่าตัดร่วมด้วย เพื่อให้การพยาบาลและการฟื้นฟูสภาพเป็นไปได้อย่างดี การเตรียมความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตนหลังผ่าตัดจึงมีความสำคัญ ผู้ป่วยจะต้องให้ความร่วมมืออย่างจริงจัง และได้รับการฝึกบริหารร่างกายก่อนการผ่าตัด

2. ด้านร่างกาย ผู้ป่วยควรเข้ามาอยู่โรงพยาบาลก่อนผ่าตัด 1 วัน เพื่อรับการประเมินสภาพ ร่างกายอย่างละเอียดก่อนผ่าตัด รวมทั้งแนะนำเรื่องความสะอาดของร่างกาย ที่สำคัญก่อนการผ่าตัด ผู้ป่วยต้องไม่มีการติดเชื้อหรือมีแหล่งของการติดเชื้ออยู่ในร่างกาย เช่น เป็นหวัด ฟันผุ การดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการพักผ่อน ดูแลให้ได้รับอาหารและน้ำดื่มอย่างเพียงพอ ให้คำแนะนำเรื่องการ ปฏิบัติตัว เช่น การไอและการหายใจเข้าออกลึกๆ การออกกำลังกล้ามเนื้อต่าง ๆ การเคลื่อนไหวด้วยตัวเอง หลังผ่าตัด การหัดเดินด้วยไม้เท้าหรือเครื่องช่วยพยุงเดิน เป็นต้น รวมถึงการอธิบายให้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญของการฝึกบริหารร่างกายเพื่อฟื้นฟูสภาพร่างกายหลังผ่าตัดได้อย่างรวดเร็ว และลดภาวะแทรกซ้อน

ระยะผ่าตัด

การพยาบาลผู้ป่วยในระยะผ่าตัดจะเริ่มตั้งแต่ผู้ป่วยมาถึงห้องผ่าตัด ทำผ่าตัดเสร็จสิ้น จนกระทั่งย้ายผู้ป่วยออกจากห้องผ่าตัดไปยังห้องพักฟื้น หรือหอผู้ป่วยวิกฤต การพยาบาลระยะนี้จะต้องมีการทำงานร่วมกันกับศัลยแพทย์ วิสัญญีแพทย์ เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยได้ครอบคลุมกับปัญหา และความต้องการด้านร่างกาย จิตใจ เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยและไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัด

ระยะหลังผ่าตัด

การประเมินสภาพร่างกายหลังผ่าตัดโดยประเมินสัญญาณชีพ การทำงานของเส้นประสาทและหลอดเลือด ชีพจรหลังเท้า การเคลื่อนไหว และความรู้สึกโดยเปรียบเทียบขาทั้งสองข้าง ตรวจประเมินแผลผ่าตัดว่ามี การซึมของเลือดจากแผลผ่าตัด ท่อระบายเลือด อาการปวดแผล และอาการบวมของขาที่ผ่าตัด อาการชืดและเหนื่อยของผู้ป่วย รวมทั้งการได้รับการระงับความรู้สึกโดยการดมยาสลบหรือยาระงับความรู้สึกทางไขสันหลัง

3.1.2 องค์ความรู้ แนวคิด และทฤษฎีทางการพยาบาลได้แก่

3.1.2.1 กระบวนการพยาบาล 5 ขั้นตอน ประกอบด้วย การประเมิน การวินิจฉัยทางการพยาบาล การวางแผน การปฏิบัติทางการพยาบาล และการประเมินผล

3.1.2.2 การวินิจฉัยการพยาบาลของสมาคมวินิจฉัยการพยาบาลแห่งอเมริกาเหนือ (NANDA) เพื่อกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลตามสภาพปัญหาของผู้ป่วย

3.1.2.3 มาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด (สำนักการพยาบาล, 2556)

มาตรฐานที่ 1 การพยาบาลระยะก่อนผ่าตัด

1. การประเมินปัญหา ความต้องการ และเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด

พยาบาลผ่าตัดประเมินปัญหาและความต้องการ ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และปฏิบัติการเพื่อเตรียมความพร้อมผู้ป่วยและครอบครัวก่อนผ่าตัด

2. เยี่ยมผู้ป่วยก่อนวันผ่าตัด เพื่อสร้างสัมพันธภาพ พร้อมทั้งทำความรู้จัก ชื่อ สกุล และตัวผู้ป่วย เพื่อป้องกันการผ่าตัดผิดคน ตรวจสอบความถูกต้องของเอกสารในเรื่องการลงนามยินยอมผ่าตัด ผลการตรวจร่างกาย ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย ทั้งความพร้อมด้านร่างกาย จิตใจ และอารมณ์ของผู้ป่วย ก่อนผ่าตัด ให้คำแนะนำผู้ป่วยและครอบครัว ทบทวนการปฏิบัติตนก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด หลังผ่าตัด ประเมินความพร้อมของผู้ป่วยก่อนเคลื่อนย้ายเข้าห้องผ่าตัด

3. ตรวจสอบความพร้อมของห้องผ่าตัด ได้แก่ ความสะอาดภายใน ห้องผ่าตัด แสงสว่าง และอุณหภูมิตามมาตรฐานโครงสร้างของหน่วยงาน

4. ตรวจสอบความพร้อมของอุปกรณ์ เครื่องมือเครื่องใช้ และเครื่องมือ สำรองในภาวะฉุกเฉิน เช่น เครื่องจี้ไฟฟ้า (Electro Surgery) เครื่องดูดสารคัดหลั่ง (Suction) ไฟผ่าตัด เครื่องมือช่วยฟื้นคืนชีพ และยา เครื่องมือที่ใช้ในภาวะฉุกเฉิน ไฟฉุกเฉิน ให้สามารถ ใช้งานได้อย่างมีประสิทธิภาพและปลอดภัย

5. เตรียมเครื่องมือผ่าตัด เครื่องผ้าที่ปราศจากเชื้อ และเตรียมเครื่องมือ ครบตามชนิดของการผ่าตัดนั้น ๆ

6. ตรวจสอบกระบวนการทำให้ปราศจากเชื้อครบตามขั้นตอน และ มาตรฐาน ทั้งวันผลิต วันหมดอายุ/และเปิดเครื่องมือผ่าตัดด้วยวิธี Sterile Technique

7. ตรวจสอบนับเครื่องมือ ผ้าซับโลหิต ผ้า Gauze, NSS เข็มเย็บแผลหรือ วัสดุที่อาจคงค้างพร้อมบันทึกจำนวนไว้เพื่อใช้ตรวจสอบ เมื่อเสร็จสิ้นการผ่าตัดร่วมกับพยาบาล ส่งผ่าตัด

มาตรฐานที่ 2 การพยาบาลระยะผ่าตัด

1. ตรวจสอบความถูกต้องของตัวบุคคล ประวัติการรักษา ผลการตรวจทาง ห้องปฏิบัติการ ผลการตรวจทางรังสีหรือผลการตรวจพิเศษอื่น ๆ ก่อนเคลื่อนย้ายผู้ป่วยเข้าห้องผ่าตัด

2. อธิบายให้ผู้ป่วยร่วมมือในการผ่าตัด ไม่สัมผัสบริเวณผ่าตัด ผ้า และเครื่องมือที่สะอาดปราศจากเชื้อแล้ว (กรณีผู้ป่วยได้รับยาระงับความรู้สึกเฉพาะที่)

3. แนะนำการปฏิบัติตน และวิธีสื่อสารกับทีมผ่าตัดในระหว่างการผ่าตัด (กรณีผู้ป่วยได้รับยาระงับความรู้สึกเฉพาะที่)

4. จัดทำผู้ป่วยให้เหมาะสมกับประเภทของการผ่าตัดและระวางการเปิดเผย ร่างกายส่วนที่ควรปกปิด

5. ทำความสะอาดผิวหนังเฉพาะที่ ให้ถูกต้องตามหลักเทคนิคปลอดเชื้อ

6. ร่วมตรวจนับและเป็นพยานยืนยันในการตรวจสอบจำนวนอุปกรณ์เครื่องมือ ผ้าซับโลหิต ก่อนผ่าตัด และก่อนปิดแผลผ่าตัดร่วมกับพยาบาลส่งผ่าตัดและบันทึกไว้เป็นหลักฐาน

7. อำนวยความสะดวกในการจัดเตรียมอุปกรณ์และเครื่องมือก่อนการผ่าตัด และปฏิบัติการดูแลให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากการใช้อุปกรณ์และเครื่องมือ

8. สังเกตความก้าวหน้าของกระบวนการผ่าตัด คาดการณ์ถึงความต้องการ ของทีมผ่าตัด และจัดหาเครื่องมือเครื่องใช้ที่จำเป็นได้ทันเวลา

9. เตรียมความพร้อมในการช่วยเหลือผู้ป่วยในภาวะฉุกเฉิน เช่น อุปกรณ์ ช่วยฟื้นคืนชีพ การจัดการกับอุปกรณ์ เครื่องมือที่อาจชำรุดหรือการใช้เครื่องมือเพิ่ม

10. ตรวจสอบยืนยันจำนวนอุปกรณ์ เครื่องมือ ผ้าซับโลหิต ก่อนเย็บปิดแผลตาม Count Procedure และบันทึกไว้เป็นหลักฐาน

11. ดูแลความอบอุ่นของร่างกายผู้ป่วย/การใช้สารน้ำและอุปกรณ์ที่มีความ อบอุ่นในร่างกายผู้ป่วยตลอดระยะเวลาการผ่าตัด เพื่อป้องกันภาวะ Hypothermia หลังผ่าตัด

มาตรฐานที่ 3 การพยาบาลระยะหลังผ่าตัด

พยาบาลผ่าตัดให้การพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัด เพื่อให้ผู้ป่วยสุขสบาย และปลอดภัย จากภาวะแทรกซ้อน

1. ตรวจสอบแผลผ่าตัด/ท่อระบาย/สายสวนปัสสาวะ/NG tube และอุปกรณ์ที่ติดร่างกายผู้ป่วยก่อนเคลื่อนย้ายผู้ป่วยจากเตียงผ่าตัด

2. ตรวจสอบบริเวณที่ติดแผ่นสื่อน้ำ และส่วนของร่างกายผู้ป่วย ที่อาจมี ผลกระทบจากการใช้เครื่องจีไฟฟ้า เครื่องมือ อุปกรณ์ และรอยกดทับที่อาจเกิดจากการจัดทำ

3. ดูแลความสะอาดและความพร้อมของผู้ป่วยก่อนเคลื่อนย้าย

4. ประสานงานกับวิสัญญีพยาบาล/แพทย์และพนักงานเวรเปล เพื่อเตรียม ความพร้อมผู้ป่วยในการเคลื่อนย้ายออกจากห้องผ่าตัด

5. ช่วยเหลือเคลื่อนย้ายผู้ป่วยจากห้องผ่าตัดด้วยความปลอดภัย

6. บันทึกข้อมูลทางการพยาบาลและบันทึกข้อมูลอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง

7. รวบรวมอุปกรณ์ เครื่องมือ เพื่อทำความสะอาด และทำให้ปราศจากเชื้อ ตามมาตรฐานการทำลายเชื้อและการทำให้ปราศจากเชื้อ

8. ตรวจสอบ/ส่งตรวจ Specimen ตามแนวทางปฏิบัติของหน่วยงาน

9. ช่วยเคลื่อนย้ายผู้ป่วยไปยังห้องพักฟื้นหรือหอผู้ป่วยหนักตามความจำเป็น

10. ส่งต่อข้อมูลระหว่างผ่าตัดให้กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

3.1.2.4 แบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัย (surgical safety checklist) สามารถแบ่งออกได้เป็น 3 องค์ประกอบหรือ 3 ระยะคือ ระยะก่อนเริ่มให้การระงับความรู้สึก (sign in) ระยะก่อนที่จะลงมีด (time out) และระยะก่อนผู้ป่วยออกจากห้องผ่าตัด (sign out) ดังนี้ (นงเยาว์ เกษตร์ภิบาล ยอดยิ่ง ปัญจสวัสดิ์วงศ์ นเรนทร์ โชติรสนิรมิต สมใจ ศิระกมล และปาริชาติ ภัควิภาส, 2558)

1. ก่อนที่จะเริ่มให้การระงับความรู้สึก (sign in) ทีมผ่าตัดทำร่วมกัน โดยอย่างน้อยต้องมีพยาบาลห้องผ่าตัดและวิสัญญี ประกอบด้วยหัวข้อต่างๆ ดังนี้

1) การยืนยันความถูกต้องของชื่อ-นามสกุลผู้ป่วย ตำแหน่งผ่าตัด ชนิดของการผ่าตัด และใบยินยอมผ่าตัด

2) การทำเครื่องหมายบริเวณที่จะทำผ่าตัด

3) การตรวจสอบความครบถ้วนของอุปกรณ์และยาที่ใช้ในการระงับความรู้สึก

4) การตรวจสอบว่ามี pulse oximeter ติดให้ผู้ป่วยและใช้งานได้

5) การตรวจสอบประวัติการแพ้ยา

6) การตรวจสอบประวัติการใส่ท่อช่วยหายใจลาบหรือเสียงที่จะเกิดอาการ สำลักขณะใส่ท่อช่วยหายใจ

7) การตรวจสอบการมีโอกาสเสียเลือดมากกว่า 500 มิลลิลิตร ในผู้ป่วยผู้ใหญ่ หรือ 7 มิลลิลิตรต่อกิโลกรัม ในผู้ป่วยเด็ก กรณีที่มีความเสี่ยงมีการเตรียมพร้อมหลอดเลือดดำ 2 ตำแหน่งหรือหลอดเลือดดำส่วนกลาง และเตรียมสารน้ำที่จะให้ทดแทน

2. ก่อนที่จะลงมีด (time out) ทีมผ่าตัดทาร่วมกัน ทั้งพยาบาลห้องผ่าตัด วิสัญญี และ ศัลยแพทย์ ประกอบด้วยหัวข้อต่างๆ ดังนี้

1) สมาชิกทีมผ่าตัดทุกคนมีการแนะนำชื่อและบทบาทของตนเอง

2) ศัลยแพทย์ วิสัญญี และพยาบาล กล่าวยืนยันชื่อ-นามสกุลผู้ป่วย ชนิดของการผ่าตัด และ ตำแหน่งที่จะผ่าตัด

3) การให้ยาปฏิชีวนะเพื่อป้องกันการติดเชื้อภายใน 60 นาที ก่อนลงมีด

4) ศัลยแพทย์ทบทวนขั้นตอนการผ่าตัดที่สำคัญหรือขั้นตอนที่อาจเกิดโดยไม่คาดคิด คาดคะเน ระยะเวลาผ่าตัด และการสูญเสียเลือด

5) วิสัญญีทบทวนปัญหาที่ต้องระมัดระวังในผู้ป่วยเฉพาะราย

6) พยาบาลทบทวนประสิทธิภาพการทำให้ปราศจากเชื้อของเครื่องมือ (ตัวบ่งชี้ทางเคมี) ความพร้อมของเครื่องมือผ่าตัด และอื่นๆ

7) การติดภาพรังสีที่ต้องใช้ระหว่างผ่าตัด

3. ก่อนผู้ป่วยออกจากห้องผ่าตัด (sign out) ทีมผ่าตัดทาร่วมกัน ทั้งพยาบาลห้องผ่าตัด วิสัญญี และศัลยแพทย์ ประกอบด้วยหัวข้อต่างๆ ดังนี้

1) ชนิดของการผ่าตัดที่บันทึกในแบบบันทึกการผ่าตัดถูกต้อง

2) การตรวจนับเครื่องมือผ่าตัด ผ้าซับเลือด และเข็มเย็บ ครบถ้วน

3) การเขียนป้ายสิ่งส่งตรวจถูกต้อง (อ่านการเขียนป้ายสิ่งส่งตรวจรวมถึงชื่อผู้ป่วย โดยแปลงเสียงดัง)

4) ปัญหาเกี่ยวกับเครื่องมือผ่าตัด ถ้ามีให้ระบุปัญหาที่พบ

5) ศัลยแพทย์ วิสัญญี และพยาบาล ทบทวนเหตุการณ์สำคัญที่เกิดขึ้นระหว่างการผ่าตัด ซึ่งต้องแจ้งให้ทีมห้องพักรักษาตัวผู้ป่วยต่อเนื่อง

3.1.2.5 หน้าที่หลักทางคลินิกของพยาบาลวิชาชีพ (7 Aspect of Care) ได้แก่ เสาวลักษณ์ เกษมสุข, 2562)

1) Assessment คือ การประเมินผู้ป่วยเพื่อการวางแผนให้การพยาบาลเพื่อสอดคล้องกับการรักษา

2) Symptom distress management คือ การจัดการอาการรบกวนต่างๆ เช่น ความปวด

3) Safety คือ การปฏิบัติตามมาตรฐานเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความปลอดภัย และมีอุปกรณ์เพียงพอต่อการใช้งาน

4) Disease specific clinical risk คือ การเฝ้าระวังความเสี่ยงเฉพาะโรค

5) Continuing of care คือ การดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องได้มาตรฐาน

6) Empowerment คือ การสนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้หรือให้ผู้ดูแลสามารถดูแลผู้ป่วยได้

7) Satisfaction คือ ความพึงพอใจ สัมพันธภาพและความเชื่อมั่นศรัทธาจากผู้ป่วย

3.1.2.6 การพยาบาลผู้ป่วยในสถานการณ์ระบาดของโรคอุบัติใหม่ อุตบัติซ้ำ เพื่อป้องกันและควบคุม

การแพร่กระจายเชื้อ เช่น แนวทางปฏิบัติทางการพยาบาลในสถานการณ์ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID - 19)

3.2 ความเชี่ยวชาญ และประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

3.2.1 กระบวนหลักในการดูแลผู้ป่วย ประกอบด้วย

3.2.2 การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด ได้แก่ ระยะเวลาก่อนผ่าตัด ระยะเวลาผ่าตัด และระยะหลังผ่าตัด ที่มีปัญหายุ่งยากซับซ้อน ให้ปลอดภัยปราศจากภาวะแทรกซ้อน

3.2.2 การประเมินภาวะคุกคามชีวิต และให้การดูแลช่วยเหลือตามขอบเขตพระราชบัญญัติวิชาชีพการพยาบาลและผดุงครรภ์ในผู้ป่วยผ่าตัด หรือผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อน เพื่อการรักษพยาบาลเป็นไปด้วยความคล่องตัว และรวดเร็วถูกต้อง

3.2.3 การเตรียมอุปกรณ์ เครื่องมือผ่าตัด เครื่องมือพิเศษ และเป็นผู้ช่วยแพทย์ผ่าตัด ทำหัตถการทางการพยาบาลตามขอบเขตพระราชบัญญัติวิชาชีพการพยาบาลและผดุงครรภ์

3.2.4 การบริหารจัดการห้องผ่าตัดให้เป็นไปตามมาตรฐาน

3.2.5 การให้ข้อมูลที่เป็นผลจากการดูแลผู้ป่วยมาประกอบการตัดสินใจแก้ปัญหา ร่วมกับทีมพยาบาลและทีมสุขภาพอื่น ๆ เพื่อหาทางเลือกที่ปฏิบัติได้ดีที่สุด โดยอาศัยองค์ความรู้ ทักษะ และประสบการณ์ทางการพยาบาล

3.2.6 การปฏิบัติเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ

4. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

4.1 หลักการและเหตุผล

ปัจจุบันอุบัติการณ์การบาดเจ็บกระดูกสันหลังแตกหักเป็นปัญหาสำคัญสำหรับประเทศไทยปัญหาหนึ่ง ตำแหน่งการบาดเจ็บ ร้อยละ 15 เป็นส่วนของกระดูกสันหลังส่วนอกต่อเอว (thoracolumbar) กลไกการบาดเจ็บร้อยละ 67 เกิดจากอุบัติเหตุจราจร พบมากในกลุ่มวัยรุ่น และผู้สูงอายุ การบาดเจ็บกระดูกสันหลังส่วนอกต่อเอว เป็นกระดูกสันหลังที่ได้รับบาดเจ็บมีแนวโน้มมากขึ้นเรื่อย ๆ เนื่องจากเป็นตำแหน่งที่เชื่อมระหว่าง thoracic และ Lumbar spine ทำให้ผู้ป่วยเกิดความทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวด สูญเสียความสามารถในการดำรงชีวิตประจำวัน มีความพิการและอาจเสียชีวิตจากภาวะแทรกซ้อนของโรค พบได้ประมาณ 64 คนต่อประชากร 100,000 คนต่อปี (กระทรวงสาธารณสุข, 2560)

จากสถิติผู้มารับบริการที่โรงพยาบาลปราสาท ในปี พ.ศ. 2562 - 2564 การบาดเจ็บบริเวณกระดูกสันหลังจำนวน 164, 195, 174 ตามลำดับ ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดระดับอกต่อเอว จำนวน 15 ราย 17 ราย จำนวน 13 ราย คิดเป็นร้อยละ 9.14, 8.71 และ 7.47 ตามลำดับ(ข้อมูลเวชระเบียนโรงพยาบาลปราสาท, 2564) จากอาการของโรคทำให้เกิดความไม่สุขสบายจากอาการเจ็บปวดกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน ภาพลักษณ์ของผู้ป่วย แม้ว่าการผ่าตัดจะเป็นวิธีรักษาที่มีประสิทธิภาพ แต่อาจส่งผลให้ไม่สุขสบายจากการปวดแผลผ่าตัด บางรายที่นอนนานอาจส่งผลทำให้ระบบขับถ่ายผิดปกติจากการได้รับยาระงับความรู้สึก สูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาและค่าเดินทาง ทำให้ผู้ป่วย ครอบครัว เครียดวิตกกังวล ผู้ศึกษาจึงเห็นความสำคัญของการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสันหลังส่วนอกต่อเอว เพื่อเป็นแนวทางในการปฏิบัติงานทำให้ผู้ป่วยปลอดภัย ลดภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัด ส่งผลให้ผู้ป่วยฟื้นฟูสภาพ สามารถดูแลตนเองได้เมื่อกลับไปอยู่บ้าน มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น จึงได้ศึกษาพัฒนาแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสันหลังส่วนอกต่อเอวซึ่งเป็นการศึกษารายกรณี

4.2 เป้าหมายของงาน

เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกหลังส่วนอกต่อเอว โดยการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยให้เข้าถึงการผ่าตัดได้อย่างรวดเร็ว ปลอดภัย ลดภาวะแทรกซ้อนขณะผ่าตัด และส่งเสริมการดูแลตนเองขณะพักรักษาตัวในโรงพยาบาลและกลับไปพักฟื้นต่อที่บ้าน

4.3 สรุปสาระสำคัญ

หญิงไทย อายุ 24 ปี HN 35184 AN 7865/64 ภูมิลำเนา ตำบลปรีอ อำเภอปราสาท จังหวัดสุรินทร์ อาชีพ รับจ้างทั่วไป มาโรงพยาบาลปราสาทวันที่ 28 มิถุนายน 2564 เวลา 20.44 น. มาโรงพยาบาลด้วยอาการสำคัญ มีอาการปวดหลัง ก่อนมาโรงพยาบาล 30 นาที ให้ประวัติว่า 30 นาทีก่อนมาโรงพยาบาล ชีรถักกรยายนต์ชนท้ายรถพ่วงที่จอดข้างทาง ไม่สลบ ปวดสะโพก ปวดหลัง และข้อศอกซ้าย แรกรับที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลปราสาท ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี อุณหภูมิ 36.5 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 90 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 140/66 มิลลิเมตรปรอท รูปร่างสมส่วน น้ำหนัก 55.8 กิโลกรัม สูง 153 เซนติเมตร BMI 21.36 กิโลกรัมต่อตารางเมตร ร่างกายพบมีอาการปวดหลัง ประเมินคะแนนความปวดได้ 8 คะแนน มีแผลถลอกที่ข้อศอกซ้ายขนาดเส้นผ่าศูนย์กลาง 5 เซนติเมตรกำลังของกล้ามเนื้อแขน ขาทั้ง 2 ข้าง grade 5 ผลการตรวจเอกซเรย์ พบกระดูกสันหลังส่วนอกต่อเอวหักแบบแตกกระจายของ T12-L1 (Unstable Burst Fractures of L1) ได้รับการวินิจฉัย กระดูกส่วนอกต่อเอวหักแบบแตกกระจาย (Unstable Burst Fractures of L1) ได้รับการรักษาโดยได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ เป็น 0.9% NSS 1,000 มิลลิลิตร ในอัตราหยด 80 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง ใส่ Jewett brace และ Arm -sling ที่แขนซ้ายการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน ระดับน้ำตาลในกระแสเลือด 156 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ ผลตรวจระดับแอลกอฮอล์ในกระแสเลือด ปกติ รับไว้ในอนโรงพยาบาลปราสาท วันที่ 28 มิถุนายน 2564 เวลา 23.47 น. ที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง เพื่อเตรียมตัวรับการผ่าตัด แรกรับที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี อุณหภูมิ 36.5 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 90 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 140/66 มิลลิเมตรปรอท ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ความเข้มข้นเลือด 32.7 ปริมาณเม็ดเลือดขาว 18,7000 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร Neutrophil 88.90 เปอร์เซ็นต์ Blood urea nitrogen= 13.51 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร Creatinine=0.59 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร เกลือแร่ในร่างกาย (Electrolytes) ผลปกติ ระยะเวลาการแข็งตัวของเลือด (PT, PTT, INR) ผลปกติ ตรวจปัสสาวะ ผลปกติ การตรวจเลือด Anti -HIV ผลเป็นลบ (negative) ผลตรวจหาเชื้อ Covid -19 ไม่พบการติดเชื้อ ผลตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ พบ Burst fracture involving L1 vertebral body, bilateral L1 pedicles and left-sided L1 lamina with retropulsed fragments causing severe spinal canal stenosis Mild inflammatory change at L1 prevertebral region การเยี่ยมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับการผ่าตัด การปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด ประเมินปัญหาและความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นระหว่างผ่าตัด และหลังผ่าตัด ผู้รวมทั้งแนะนำเรื่องความสะอาดของร่างกาย ที่สำคัญก่อนการผ่าตัดผู้ป่วยต้องไม่มีการติดเชื้อหรือมีแหล่งของการติดเชื้ออยู่ในร่างกาย เช่น เป็นหวัด ฟันผุ เป็นต้น การดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการพักผ่อน ดูแลให้ได้รับอาหารและน้ำดื่มอย่างเพียงพอ ให้คำแนะนำเรื่องการปฏิบัติตัว เช่น การไอและการหายใจเข้าออกลึกๆ การออกกำลังกายกล้ามเนื้อต่าง ๆ ประเมินสภาพจิตใจ ควรให้กำลังใจและความมั่นใจแก่ผู้ป่วย และอธิบายโปรแกรมการฟื้นฟูสภาพร่างกายหลังผ่าตัดร่วมด้วย เพื่อให้การพยาบาลและการฟื้นฟูสภาพเป็นไปได้อย่างดี ผู้ป่วยเข้าใจในคำอธิบายแต่ยังมีความวิตกกังวล มีสัมพันธภาพที่ดีกับเจ้าหน้าที่ ให้ความร่วมมือปฏิบัติตัว จัดลงตารางห้องผ่าตัด และประสานบริษัทเครื่องมือแพทย์เรื่องการเตรียมเครื่องมือพิเศษสำหรับผู้ป่วย การพยาบาลก่อนเข้าห้องผ่าตัด Identify, Mark site ทวนสอบก่อนผ่าตัด รวมทั้งมีการ

ทำ Sign in และ Time out ในห้องผ่าตัด ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัด ถูกคน ถูกข้าง คือ และได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดลดการกดทับเส้นประสาทโดยเชื่อมข้อกระดูกสันหลังและยึดตรึงด้วยโลหะตามกระดูกของ T12-L1 (Decompressive laminectomy with posterolateral fusion with posterior instrumentation T12 - L1) ก่อนนำผู้ป่วยเข้าห้องผ่าตัด ผู้ป่วยได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ เป็น 5 %D/ NSS 1,000 มิลลิลิตร ในอัตราหยด 80 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง ยาและเวชภัณฑ์มิใช่ยาที่เตรียมมาพร้อมผู้ป่วย ประกอบด้วย Cefazoline 2 กรัม Transamine 1 กรัม การเตรียมเครื่องมือผ่าตัดที่ผ่านการทำให้ปราศจากเชื้อ เครื่องมือพื้นฐานประจำห้องผ่าตัดตรวจสอบความพร้อมใช้ เครื่องมือพิเศษ นำผู้ป่วยเข้าห้องผ่าตัด Time out เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของผู้ป่วย ความพร้อมของเจ้าหน้าที่ที่ร่วมทีมผ่าตัด ก่อนผู้ป่วยได้รับการระงับความรู้สึก ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด Decompressive laminectomy with posterolateral fusion with posterior instrumentation T12- L1 เมื่อวันที่ 14 กรกฎาคม 2564 รับผู้ป่วยมาห้องผ่าตัดเวลา 12.20 น. เริ่มผ่าตัดเวลา 12.56-14.16 น. รวมระยะเวลาผ่าตัด 2 ชั่วโมง 24 นาที การส่งผ้าและเครื่องมือปราศจากเชื้อตามลำดับของแพทย์อย่างถูกวิธีสังเกตการณ์การผ่าตัด สามารถส่งเครื่องมือได้อย่างถูกต้องรวดเร็วเครื่องมือถูกต้องตามมาตรฐาน ไม่มีอุบัติการณ์ส่งเครื่องมือผิดพลาด การช่วยผ่าตัด ผู้ป่วยได้รับการจัดท่านอนหงายอย่างถูกต้อง ผู้ป่วยไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากการจัดทำผ่าตัดผู้ป่วย ไม่มีภาวะ Shock, เสียเลือดขณะผ่าตัด 400 มิลลิลิตร ตรวจสอบความถูกต้อง Sign out การตรวจนับ ผ้าซับ โลหิต เครื่องมือ อุปกรณ์ต่าง ๆ ที่ใช้ในการผ่าตัดครบถ้วนทุกรายการ ไม่ตกค้างในร่างกายผู้ป่วย ย้ายผู้ป่วยออกจากห้องผ่าตัด หลังผ่าตัดฟื้นตัวจากการระงับความรู้สึกตัวดี ดูแลในห้องพักฟื้น 1 ชั่วโมง ส่งดูแลต่อที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง เวลา 15.30 น. สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.7 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ สม่ำเสมอ 96 ครั้งต่อนาที หายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 120/79 มิลลิเมตรปรอท

ติดตามเยี่ยมผู้ป่วย ครั้งที่ 1 วันที่ 15 กรกฎาคม พ.ศ. 2564 ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี อุณหภูมิ 37.1- 37.4 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 90- 100 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 118/70 - 124/ 74 มิลลิเมตรปรอท SpO₂ 99 เปอร์เซ็นต์ แผลผ่าตัดไม่บวมแดง ปวดแผลผ่าตัดประเมินคะแนนความปวด 3-6 คะแนนได้ยาแก้ปวด Morphine 4 มิลลิกรัม ฉีดเข้าเส้นเลือดดำทุก 6 ชั่วโมง ไม่พบอาการข้างเคียงของยาปวด เช่น คลื่นไส้ อาเจียน มึนงง ประเมินผลผู้ป่วยปวดแผลผ่าตัดลดลง Pain score 3 คะแนน Redivac drain มี Discharge 200 มิลลิลิตร นักกายภาพสอนญาติใส่ L-S support ญาติเข้าใจในคำอธิบายสามารถใส่ L-S support ได้

ติดตามเยี่ยมผู้ป่วย ครั้งที่ 2 วันที่ 16 กรกฎาคม พ.ศ. 2564 ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี อุณหภูมิ 37.5- 38.0 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 90- 102 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 110/74 - 124/ 79 มิลลิเมตรปรอท SpO₂ 98 เปอร์เซ็นต์ ผู้ป่วยสามารถลุกนั่งได้ แผลผ่าตัดบวมแดง แพทย์ส่งเลือดตรวจทางห้องปฏิบัติการ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ความเข้มข้นเลือด 26.7 ปริมาณเม็ดเลือดขาว 11,870 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร Neutrophil 66.30 เปอร์เซ็นต์ ผลตรวจปัสสาวะปกติ ปวดแผลผ่าตัดประเมินคะแนนความปวด 3-6 คะแนนได้ยาแก้ปวด Morphine 4 มิลลิกรัม ฉีดเข้าเส้นเลือดดำทุก 6-8 ชั่วโมง ไม่พบอาการข้างเคียงของยาปวด เช่น คลื่นไส้ อาเจียน มึนงง ประเมินผลผู้ป่วยปวดแผลผ่าตัดลดลง Pain score 3 คะแนน Redivac drain มี Discharge 60 มิลลิลิตร ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ความเข้มข้นเลือด 26.7 เปอร์เซ็นต์ มีภาวะชืด ได้รับเลือด PRC 1 unit หลังให้เลือดความเข้มข้นเลือด 32 เปอร์เซ็นต์

ติดตามเยี่ยมผู้ป่วย ครั้งที่ 3 วันที่ 18 กรกฎาคม พ.ศ. 2564 ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี อุณหภูมิ 36.8- 37.2

องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 80- 86 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 102/70 - 122/ 80 มิลลิเมตรปรอท SpO₂ 99 เปอร์เซ็นต์ แผลผ่าตัดไม่บวมแดง ปวดแผลผ่าตัดประเมน คะแนนความปวด 2- 3 คะแนนได้ยาแก้ปวด Paracetamol (500) 2 เม็ด เวลาปวดทุก 6 ชั่วโมง Off Redivac drain ฟีกลูกนั่งและเดินรอบเตียง ผู้ป่วยสามารถลุกนั่งและเดินรอบเตียงได้ปลอดภัย

ติดตามเยี่ยมผู้ป่วย ครั้งที่ 4 วันที่ 20 กรกฎาคม พ.ศ. 2564 ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี อุณหภูมิ 36.8- 37.3 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 80- 84 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 100/65 - 127/ 85 มิลลิเมตรปรอท SpO₂ 99 เปอร์เซ็นต์ ผู้ป่วยลุกนั่งได้ ยืนได้ เดินรอบเตียงได้ ปวดแผลลดลง คะแนนความปวด 2- 3 คะแนนได้ยาแก้ปวด Paracetamol (500) 2 เม็ด เวลาปวดทุก 6 ชั่วโมง

ติดตามเยี่ยมผู้ป่วย ครั้งที่ 5 วันที่ 22 กรกฎาคม พ.ศ. 2564 ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี อุณหภูมิ 36.8- 37.2 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 80- 86 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 100/70 - 124/ 70 มิลลิเมตรปรอท SpO₂ 99 เปอร์เซ็นต์ ลุกนั่งและเดินรอบเตียง ผู้ป่วยสามารถลุกนั่งและเดินรอบเตียงได้ปลอดภัยปวดแผลประเมนคะแนนความปวด 1-3 คะแนน เดินเองได้ แผลไม่ซึมน้ำ จำหน่ายโดยแพทย์อนุญาต เวลา 12.00 น.

ให้คำแนะนำติดตามอาการผู้ป่วยหลังผ่าตัด ผู้ป่วยได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ เป็น 5 %D/N/2 1,000 มิลลิตร ในอัตราหยด 100 มิลลิตรต่อชั่วโมง และเปลี่ยนเป็นอัตราหยด 60 มิลลิตรต่อชั่วโมง เป็นเวลา 1 วัน Dexamethasone 4 มิลลิกรัมทุก 8 ทุก 8 ชั่วโมง คะแนนความปวด 6 คะแนน ได้รับ Morphine 4 มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำทุก 6 ชั่วโมง เป็นเวลา 1 วัน Morphine 4 มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำทุก 6 ชั่วโมง เป็นเวลา 1 วัน Morphine 4 มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำทุก 12 ชั่วโมง เป็นเวลา 1 วัน ต่อมาเปลี่ยนเป็น Paracetamol (500) 2 เม็ด ทุก 6 ชั่วโมง เป็นเวลา 8 วัน วันที่ 16 กรกฎาคม 2565 ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ความเข้มข้นเลือด 26.7 เปอร์เซ็นต์ มีภาวะซีด ได้รับเลือด PRC 1 unit หลังให้เลือดความเข้มข้นเลือด 32 เปอร์เซ็นต์ แพทย์รักษาตัวในโรงพยาบาลทั้งหมด 24 วัน จำหน่ายกลับบ้านผู้ป่วยเดินได้โดยใช้อุปกรณ์ช่วยชนิด walker และมีนัดติดตามอาการหลังจำหน่าย 1 เดือน ในบทบาทพยาบาลการดูแลผู้ป่วยทุกระยะในโรงพยาบาล มีการวางแผนจำหน่ายเมื่อผู้ป่วยกลับไปอยู่บ้านเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถกลับมาใช้ชีวิตใกล้เคียงปกติได้มากที่สุด ร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ พยาบาลชุมชน ในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ปัจจุบันผู้ป่วยเดินได้เองโดยใช้อุปกรณ์ช่วยเดินชนิด walker เป็นบางครั้ง และสามารถทำกิจกรรมด้วยตัวเองได้มากขึ้น นอกจากนี้ผู้ป่วยมีความรู้ ทักษะในการดูแลตนเอง และปฏิบัติกิจกรรมในการฟื้นฟูสภาพร่างกายของตนเองตามที่แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูวางแผนใช้โปรแกรมได้เป็นอย่างดี และจำหน่ายกลับบ้านวันที่ 22 กรกฎาคม 2564 รวมระยะเวลาในโรงพยาบาล จำนวน 24 วัน ระหว่างรับไว้ในความดูแลผู้ป่วยมีปัญหาที่นำมาใช้กระบวนการพยาบาลในการให้การพยาบาล โดยมีข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล 3 ระยะ ดังนี้

ระยะก่อนผ่าตัด

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล 1 ไม่สุขสบายเนื่องจากอาการปวดสะโพกปวดหลัง จากการมีพยาธิสภาพของโรคที่กระดูกสันหลังส่วนอกต่อเอวหักแบบแตกกระจาย

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล 2 ผู้ป่วยและญาติมีวิตกกังวลเนื่องจากขาดความรู้ในเรื่องโรคและการปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัด

ระยะผ่าตัด

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล 3 ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดอันตรายจากการจัดทำขณะผ่าตัดเนื่องจากการผ่าตัดใช้เวลานาน

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล 4 ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดอันตราย เนื้อเยื่อได้รับการบาดเจ็บจากการใช้อุปกรณ์ และเครื่องมือขณะผ่าตัดเนื่องจากมีการใช้เครื่องมือมีคมในการผ่าตัด

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล 5 ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดอันตรายเนื้อเยื่อบาดเจ็บจากการใช้อุปกรณ์ที่ทำให้ ความร้อนและเครื่องจี้ไฟฟ้าเนื่องจากมีการใช้เครื่องจี้ไฟฟ้าในการตัดเนื้อเยื่อและห้ามเลือด

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล 6 ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดอันตรายเนื้อเยื่อบาดเจ็บจากสารเคมีเนื่องจากมีการใช้ สารเคมีในการเตรียมผิวหนังสำหรับผ่าตัด

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล 7 ผู้ป่วยมีโอกาสติดเชื้อของแผลผ่าตัดเนื่องจากมีการเปิดผิวหนังเพื่อการผ่าตัด ระยะเวลาหลังผ่าตัด (ขณะอยู่ในห้องพักฟื้น)

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล 8 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อภาวะช็อคเนื่องจากสูญเสียเลือดจากการผ่าตัด

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล 9 ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดอันตรายขณะเคลื่อนย้ายเนื่องจากมีการเคลื่อนย้าย ผู้ป่วยมาดูแลต่อที่ห้องพักฟื้น

การพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล 1 ไม่สุขสบายเนื่องจากอาการปวดสะโพกปวดหลัง จากการมีพยาธิสภาพ ของโรคที่กระดูกสันหลังส่วนอกต่อเอวหักแบบแตกกระจาย ข้อมูลสนับสนุน ผู้ป่วยบอกว่า “ปวดเอวมาก” ไม่สามารถลุกนั่งได้ มีอาการปวดหลัง Pain score 8 คะแนน ผลตรวจเอกซเรย์ พบ burst Fracture of L วัตถุประสงค์ทางการพยาบาล เพื่อบรรเทาอาการปวดสะโพกปวดหลัง กิจกรรมการพยาบาล ประเมินความ ปวดโดยใช้ pain scale ถ้าปวดแผลผ่าตัดให้แจ้งพยาบาลทราบ พร้อมทั้งอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจสาเหตุของ การปวดและการรักษา จัดท่านอนให้อยู่ในท่าที่สุขสบาย ให้นอนพักบนเตียง จัดพยาธิสภาพให้อยู่ในแนวที่ ถูกต้อง แนะนำและฝึกปฏิบัติการขึ้น-ลงเตียง การพลิกตะแคงตัว การฝึกหายใจ และไออย่างมีประสิทธิภาพ ให้ กำลังใจ แนะนำและฝึกปฏิบัติการขึ้น-ลงเตียง การพลิกตะแคงตัว การฝึกหายใจ และไออย่างมีประสิทธิภาพ เปียงเบนความสนใจของผู้ป่วยจากความปวด เช่น การทำสมาธิ ให้อาบบรรเทาอาการปวดตามแผนการรักษา ของแพทย์ คือ Morphine 3 มิลลิกรัมทางหลอดเลือดดำเวลาปวดทุก 6 ชั่วโมง Tramol 1 เม็ดรับประทาน หลังอาหาร เข้า เทียง เย็น Naproxen 250 มิลลิกรัม 1 เม็ดรับประทานหลังอาหาร หลังอาหาร เข้า เย็น Gabapentin 300 มิลลิกรัม 1 เม็ด รับประทานหลังอาหาร หลังอาหาร เข้า เย็น ประเมินผล สีหน้าสดชื่น ขึ้น ผู้ป่วยนอนหลับพักผ่อนได้ ปวดหลังลดลงจาก Pain score 8 ลงมาเป็น Pain score 3 คะแนน นอน หลับพักผ่อนได้ อุณหภูมิ 37.0 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจสม่ำเสมอ 80 ครั้งต่อนาที หายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 100/60 มิลลิเมตรปรอท ปัญหาได้รับการแก้ไขบางส่วน เนื่องจากยังไม่ได้รับ การผ่าตัด ยังมีอาการปวดอยู่ต้องให้การพยาบาลอย่างต่อเนื่องในหอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล 2 วิตกกังวลเนื่องจากขาดความรู้ในเรื่องโรคและการปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัด ให้ ข้อมูลเกี่ยวกับโรคที่เป็น การผ่าตัด ข้อมูลสนับสนุน ผู้ป่วยกังวล กลัวการผ่าตัด เพราะไม่เคยผ่าตัดอะไรมา ก่อน ไม่ทราบว่าต้องทำอะไร ระหว่างการผ่าตัดจะต้องทำอะไร สังเกตสีหน้าวิตกกังวล ตาม ตอบ ตัดสินใจเกี่ยวกับการผ่าตัดไม่ได้ วัตถุประสงค์ทางการพยาบาล คลายวิตกกังวล กิจกรรมการพยาบาล แนะนำการปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัด ให้ข้อมูลเกี่ยวกับสถานที่ผ่าตัด สภาพที่ผู้ป่วยจะได้พบขณะนอนรอผ่าตัด แนะนำวิธีการสื่อสารของผู้ป่วยหลังการผ่าตัด และสอนเทคนิคผ่อนคลาย การประเมินผล ผู้ป่วยสีหน้าดีขึ้น ท่าทางผ่อนคลาย และตัดสินใจในการทำการผ่าตัด โดยการรักษาการผ่าตัดลดการกดทับเส้นประสาทโดย เชื่อมข้อกระดูกสันหลังและยึดตรึงด้วยโลหะตามกระดูกของ T12-L1 ปัญหาได้รับการแก้ไขจนหมดไปเมื่อ ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดกระดูกส่วนอกต่อเอวหัก เมื่อวันที่ 14 กรกฎาคม 2565

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล 3 ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดอันตรายจากการจัดทำขณะผ่าตัดเนื่องจากการผ่าตัดใช้เวลานาน ข้อมูลสนับสนุน ผู้ป่วยได้รับการระงับความรู้สึกทั่วร่างกายและการผ่าตัดที่ต้องใช้ระยะเวลา นอนกดทับปุ่มกระดูกต่าง ๆ ไม่มีการเคลื่อนไหวร่างกายเป็นเวลานาน วัตถุประสงค์ทางการพยาบาล ผู้ป่วยปลอดภัยจากการจัดทำ กิจกรรมการพยาบาล ประเมินปัจจัยเสี่ยงของผู้ป่วยเพื่อเตรียมความพร้อมของอุปกรณ์ในการจัดทำเตรียมเตียงและอุปกรณ์รองรับปุ่มกระดูก ตรวจสอบตำแหน่งและท่าที่จะใช้ในการผ่าตัดให้ถูกต้อง ขณะปรับเตียงให้ระมัดระวังการกดทับส่วนต่างๆของร่างกายและตรวจดูความเรียบร้อยของการจัดทำอีกครั้งก่อนคลุมผ้าผ่าตัด การประเมินผลผู้ป่วยไม่มีอาการบาดเจ็บจากการจัดทำ ปัญหานี้หมดไปเมื่อวันที่ 14 กรกฎาคม พ.ศ. 2564

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล 4 ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดอันตราย เนื้อเยื่อได้รับการบาดเจ็บจากการใช้อุปกรณ์ และเครื่องมือขณะผ่าตัดเนื่องจากมีการใช้เครื่องมือมีคมในการผ่าตัดผู้ป่วยมีโอกาสเกิดอันตราย เนื้อเยื่อได้รับการบาดเจ็บจากการใช้อุปกรณ์และเครื่องมือขณะผ่าตัดเนื่องจากมีการใช้เครื่องมือมีคมในการผ่าตัด ข้อมูลสนับสนุน มีการใช้เครื่องมือมีคมในผ่าตัดและขณะผ่าตัดเสียเลือด 400 มิลลิลิตร วัตถุประสงค์ทางการพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากการใช้อุปกรณ์และเครื่องมือขณะผ่าตัด กิจกรรมการพยาบาล จัดเตรียมเครื่องมือเครื่องใช้ รวมทั้งอุปกรณ์ห้ามเลือดให้ ตรวจสอบนับเครื่องมือ อุปกรณ์ให้ครบถ้วนก่อนการเริ่มผ่าตัด ขณะผ่าตัดหลังผ่าตัด ส่งเครื่องมือผ่าตัดตามลำดับของการผ่าตัด ประเมินการสูญเสียโลหิตของผู้ป่วยจากจำนวนผ้าซับโลหิต ปริมาณโลหิตในขวด Suction และปริมาณโลหิตบริเวณรอบ ๆ แผล บันทึกผลการตรวจนับเครื่องมือและผ้าซับโลหิต การประเมินผลผู้ป่วยปลอดภัยจากการใช้อุปกรณ์และเครื่องมือขณะผ่าตัด ปัญหานี้หมดไปเมื่อวันที่ 14 กรกฎาคม 2565

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล 5 ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดอันตรายเนื้อเยื่อบาดเจ็บจากการใช้อุปกรณ์ที่ให้ความร้อนและเครื่องจีไฟฟ้าเนื่องจากมีการใช้เครื่องจีไฟฟ้าในการตัดเนื้อเยื่อและห้ามเลือด ข้อมูลสนับสนุน การผ่าตัดมีการใช้เครื่องจีไฟฟ้าชนิด Bipolar, Monopolar และมีการชะล้างบาดแผลด้วย 0.9% NSS ทำให้เกิดความเปื่อยขึ้นของผิวหนัง วัตถุประสงค์ทางการพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากการใช้อุปกรณ์ที่ให้ความร้อนและเครื่องจีไฟฟ้า กิจกรรมการพยาบาล ประเมินสภาพผิวหนังบริเวณที่จะติดแผ่นสื่อนำไฟฟ้าอย่างถูกต้องเหมาะสมเลือกบริเวณที่มีกล้ามเนื้อ ไกลบริเวณที่ทำผ่าตัดและเป็นส่วนที่ห่างป้องกันการเปื่อยน้ำจากการทำผ่าตัด ระมัดระวังไม่ให้ผิวหนังผู้ป่วยสัมผัสกับโลหะเช่น เตียง การประเมินผลผู้ป่วยไม่ได้รับอันตรายจากการใช้อุปกรณ์ที่ให้ความร้อนและเครื่องจีไฟฟ้า ปัญหานี้หมดไปเมื่อวันที่ 14 กรกฎาคม 2565

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล 6 ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดอันตรายเนื้อเยื่อบาดเจ็บจากสารเคมีเนื่องจากการใช้สารเคมีในการเตรียมผิวหนังสำหรับผ่าตัด ข้อมูลสนับสนุน การเตรียมผิวหนังก่อนผ่าตัดมีการใช้ Providine Scrub, Providine solution และมีการใช้เครื่องมือที่ทำให้ปราศจากเชื้อโดยกระบวนการอบแก๊ส วัตถุประสงค์ทางการพยาบาลผู้ป่วยปลอดภัยจากการใช้สารเคมี กิจกรรมการพยาบาล ชักประวัติการแพ้ยา และสารเคมีหลีกเลี่ยงน้ำยาและสารเคมีที่ผู้ป่วยมีประวัติแพ้ สังเกตอาการผิดปกติหลังการใช้น้ำยาหรือสารเคมี ก่อนปิดแผล ให้เช็ดทำความสะอาดบริเวณที่สัมผัสน้ำยาหรือสารเคมี เมื่อผ่าตัดเสร็จ เช็ดผิวหนังให้แห้งก่อนปิดแผล การประเมินผลผู้ป่วยไม่ได้รับอันตรายจากการใช้สารเคมี ปัญหานี้หมดไปเมื่อวันที่ 14 กรกฎาคม 2565

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล 7 เสี่ยงต่อการติดเชื้อของแผลผ่าตัด ข้อมูลสนับสนุน ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัด Operation DCL with PLF with PI T12-L2 วันที่ 14 กรกฎาคม 2565 เวลา 12.56 - 14.16 น. วัตถุประสงค์ทางการพยาบาล ผู้ป่วยได้รับการป้องกันจากการติดเชื้อของแผลผ่าตัด กิจกรรมการพยาบาล ทำ

ความสะอาดห้องผ่าตัด อุปกรณ์และเครื่องใช้อย่างถูกต้องรวมทั้งตรวจสอบความพร้อมใช้งาน เปลี่ยนรถนอน จากภายนอกเป็นรถนอนภายในที่ใช้ในห้องผ่าตัดเตรียมและตรวจสอบสภาพปลอดภัยของเครื่องมือ เครื่องใช้ ในการผ่าตัด ฟอกทำความสะอาดผิวหนังบริเวณสะโพกข้างขวาตั้งแต่ใต้เอวลงมาจนถึงปลายเท้าข้างขวา บริเวณที่จะผ่าตัด กือสชุบน้ำยา Providine scrub ฤทธิ์ประมาณ 5 นาทีและใช้ผ้าแห้งปราศจากเชื้อซับออก ที่มผ่าตัดล้างฟอกมือ เช็ดมือ สวมเสื้อคลุมผ่าตัดและถุงมือด้วยเทคนิคปลอดเชื้อ เตรียมชุดผ้ากือสชุบน้ำยา Providine solution ทาผิวหนังบริเวณตั้งแต่กลางหลังลงมาจนถึงครึ่งสะโพก เตรียมและส่งผ้าคลุมผ่าตัด ปลอดเชื้อให้แพทย์และพยาบาลช่วยผ่าตัดใช้คลุมร่างกายผู้ป่วย จะเปิดเผยเฉพาะส่วนที่จำเป็น โดยเริ่มที่ผ้าปู ล่าง ปูบน ผ้าข้าง และผ้าสี่เหลี่ยมเจาะกลาง แล้วปิดทับด้วย loban (Antimicrobial incise Drape) ตรวจสอบสภาพความปลอดภัยของเครื่องมือ เครื่องใช้ในการผ่าตัด ตรวจสอบเครื่องมือ ผ้าซับเพื่อป้องกันการติดเชื้อหลังผ่าตัด การประเมินผล ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี แผลไม่มีหนองซึม ท่อระบาย (radivac drain) สารคัดหลั่ง ออก 60 มิลลิลิตร ไม่อุดตัน สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.5 องศาเซลเซียส ชีพจร 80 ครั้งต่อนาที อัตราการ หายใจ 18 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 110/80 มิลลิเมตรปรอท ปัญหานี้ยังคงเฝ้าระวัง สังเกตอาการต่อเนื่อง ในหอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง

ระยะหลังผ่าตัด (ขณะอยู่ในห้องพักฟื้น)

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล 8 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อภาวะช็อคเนื่องจากสูญเสียเลือดจากการผ่าตัด ข้อมูล สนับสนุน สัญญาณชีพ อัตราเต้นของหัวใจ 80 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 18 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 140/80 มิลลิเมตรปรอท SpO₂ 100 เปอร์เซ็นต์ สูญเสียเลือดระหว่างผ่าตัด 400 มิลลิลิตร ต่อท่อระบาย เลือดลงขวดสุญญากาศ 50 มิลลิลิตร วัตถุประสงค์ทางการพยาบาล เพื่อป้องกันการภาวะ shock จากการเสีย เลือดขณะผ่าตัด กิจกรรมการพยาบาล สังเกตอาการกระสับกระส่าย การหายใจเหนื่อยหอบ เหงื่อออก ตัว เย็นริมฝีปาก เล็บมือ เล็บเท้าอาจเขียว ระดับความรู้สึกลดลง ความดันโลหิตลดลงกว่าที่เป็นอยู่ ดูแลได้รับ สารน้ำ 0.9% NSS 1,000 มิลลิลิตร ในอัตราหดยด 100 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง 5 %D/N/2 1,000 มิลลิลิตร ใน อัตราหดยด 80 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง เพื่อชดเชยสารน้ำที่สูญเสียไป บันทึกจำนวนสารน้ำที่เข้าและออกจากร่างกาย เพื่อเปรียบเทียบ โดยเฉพาะปริมาณปัสสาวะหลังผ่าตัดทุก 4 ชั่วโมง ถ้าปัสสาวะออกน้อยกว่า 30 มิลลิเมตร ต่อชั่วโมง ให้รายงานแพทย์ทราบและดูแลให้ความอบอุ่นแก่ร่างกายผู้ป่วย การประเมินผล อุณหภูมิ 37.0 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจสม่ำเสมอ 70 ครั้งต่อนาที หายใจ 18 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 130/60 มิลลิเมตรปรอท SpO₂ 99 เปอร์เซ็นต์ ปัสสาวะออก 150 มิลลิลิตร บริเวณแผลผ่าตัดไม่มี bleeding ซึม ผิวหนังผู้ป่วยดูไม่ซีด และไม่เย็นเมื่อสัมผัสปัญหานี้ยังคงเฝ้าระวัง สังเกตอาการต่อเนื่องในหอผู้ป่วย ศัลยกรรมหญิง

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล 9 ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดอันตรายขณะเคลื่อนย้ายเนื่องจากการเคลื่อนย้าย ผู้ป่วยมาดูแลต่อที่ห้องพักฟื้นผู้ป่วยมีโอกาสเกิดอันตรายจากการเกิดอุบัติเหตุหลังผ่าตัดทันทีและขณะ เคลื่อนย้ายเนื่องจากการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยมาดูแลต่อที่ห้องพักฟื้น ข้อมูลสนับสนุน ผู้ป่วยหลังได้รับการระงับ ความรู้สึกทั่วร่างกาย ย้ายผู้ป่วยหลังผ่าตัดไปดูแลต่อที่ห้องพักฟื้นก่อนส่งกลับหอผู้ป่วย วัตถุประสงค์ทางการ พยาบาล ผู้ป่วยปลอดภัยจากอุบัติเหตุขณะเคลื่อนย้าย กิจกรรมการพยาบาล ประเมินระดับความรู้สึกตัวของ ผู้ป่วยหลังได้รับยาระงับความรู้สึก เคลื่อนย้ายผู้ป่วยด้วยอุปกรณ์ที่เหมาะสม ระมัดระวังสายที่ติดกับตัวผู้ป่วย ได้แก่ สายให้สายน้ำทางหลอดเลือดดำ สายสวนปัสสาวะ สาย Redivac drain ดูแลช่วยเหลืออย่างใกล้ชิด เมื่อผู้ป่วยขยับตัว หรือเคลื่อนย้าย ดูแลอวัยวะแขนขาของผู้ป่วยไม่ให้ยื่นออกนอกเตียงในขณะเคลื่อนย้าย ดูแลจัดท่านอนหงาย ตรวจสอบระบบเตียงให้พร้อมและอยู่ในสภาพพร้อมใช้งาน ยกราวเตียงขึ้นทุกครั้งก่อน

การเคลื่อนย้าย ประคองศีรษะผู้ป่วยทุกครั้งก่อนการเคลื่อนย้ายและดูแลการเซ็นเตียงด้วยความระมัดระวัง การประเมินผลผู้ป่วยไม่ได้รับอุบัติเหตุจากการเคลื่อนย้าย ปัญหาทั้งหมดไปเมื่อวันที่ 14 กรกฎาคม 2565

ซึ่งแต่ละปัญหาของผู้ป่วยได้วางแผนให้การพยาบาล เพื่อให้สอดคล้องกับแผนการรักษาของแพทย์ แนวทางการดูแลผู้ป่วยการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกหลังส่วนนอกต่อเอว พยาบาลต้องมีความรู้ ความเข้าใจ ทักษะ สามารถประเมินปัญหา ให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย ญาติและครอบครัวได้ ปัญหาต่าง ๆ ได้รับการแก้ไขจนหมด ผู้ป่วยสามารถกลับไปดูแลตัวเองที่บ้านได้ โดยรวมระยะเวลาพักรักษาตัวใน โรงพยาบาล 24 วัน โดยแพทย์วินิจฉัยโรค Close fracture of lumbar of L 1 with Decompressive laminectomy with posterolateral fusion with posterior instrumentation T12- L1 ได้รับยา Paracetamol 500 มิลลิกรัม รับประทานครั้งละ 1 เม็ด ทุก 6 ชั่วโมง เวลาที่มีไข้หรืออาการปวด Dicloxacillin 250 มิลลิกรัม รับประทานครั้งละ 1 เม็ด ก่อนอาหารเช้า เที่ยง เย็น ก่อนนอน Omeprazole 20 มิลลิกรัม รับประทานครั้งละ 1 เม็ด ก่อนอาหารเช้า และนัดติดตามอาการวันที่ 24 สิงหาคม 2564 ที่ แผนกผู้ป่วยนอกศัลยกรรมกระดูก โรงพยาบาลปราสาท

บทสรุปของกรณีศึกษา

ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 24 ปี มาโรงพยาบาลด้วยอาการสำคัญ มีอาการปวดหลัง ก่อนมาโรงพยาบาล 30 นาที ให้ประวัติว่า 30 นาทีก่อนมาโรงพยาบาล ชี้อาการบาดเจ็บขณะทำรถพ่วงที่จอดข้างทาง ไม่สลบ ปวด สะโพก ปวดหลัง และข้อศอกซ้าย แรกวันที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลปราสาท ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี อุณหภูมิ 36.5 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 90 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 140/66 มิลลิเมตรปรอท กำลังของกล้ามเนื้อแขน ขาทั้ง 2 ข้าง grade 5 ผลการตรวจเอกซเรย์ พบ กระดูกสันหลังส่วนนอกต่อเอวหักแบบแตกกระจายของ T12-L1 (Unstable Burst Fractures of L1) การเยี่ยมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับการผ่าตัด การปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด ประเมินปัญหา และความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นระหว่างผ่าตัด และหลังผ่าตัด ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดลดการกดทับ เส้นประสาทโดยเชื่อมข้อกระดูกสันหลังและยึดตรึงด้วยโลหะตามกระดูกของ T12-L1 (Decompressive laminectomy with posterolateral fusion with posterior instrumentation T12 - L1) ขณะผ่าตัดผู้ป่วย ปลอดภัย ไม่มีภาวะ Shock, เสียเลือดขณะผ่าตัด 400 มิลลิลิตร ให้คำแนะนำติดตามอาการผู้ป่วยหลังผ่าตัด ผู้ป่วยได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ เป็น 5 %D/N/2 1,000 มิลลิลิตร ในอัตราหยด 100 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง และเปลี่ยนเป็นอัตราหยด 60 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง เป็นเวลา 1 วัน Dexamethasone 4 มิลลิกรัมทุก 8 ชั่วโมง คะแนนความปวด 6 คะแนน ได้รับ Morphine 4 มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำทุก 6 ชั่วโมง เป็นเวลา 1 วัน Morphine 4 มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำทุก 6 ชั่วโมง เป็นเวลา 1 วัน Morphine 4 มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำทุก 12 ชั่วโมง เป็นเวลา 1 วัน ต่อมาเปลี่ยนเป็น Paracetamol (500) 2 เม็ด ทุก 6 ชั่วโมง เป็นเวลา 8 วัน วันที่ 16 กรกฎาคม 2565 หลังผ่าตัดผู้ป่วยมีภาวะช็อค ได้รับเลือด PRC 1 unit หลังให้เลือดความเข้มข้นเลือด 32 เปอร์เซนต์ พักรักษาตัวในโรงพยาบาลทั้งหมด 24 วัน จำหน่ายกลับบ้านผู้ป่วยเดินได้โดยใช้อุปกรณ์ช่วย ชนิด walker และมีนัดติดตามอาการหลังจำหน่าย 1 เดือน ในบทบาทพยาบาลการดูแลผู้ป่วยทุกระยะใน โรงพยาบาล มีการวางแผนจำหน่ายเมื่อผู้ป่วยกลับไปอยู่บ้านเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถกลับมาใช้ชีวิตใกล้เคียงปกติ ได้มากที่สุด ร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ พยาบาลชุมชน คำแนะนำก่อนกลับบ้าน ควรใช้ส้วมชักโครกชนิดโถ สูงหรือเก้าอี้เจาะรูครอบโถส้วม นั่งไม่ควรนานเกิน 15-20 นาทีแรกภายในสัปดาห์แรกของการผ่าตัด สวม อุปกรณ์พยุงหลังก่อนที่จะยืนหรือนั่ง ยกเว้นเวลานอนอย่างน้อย 4-6 สัปดาห์ ยกของหนักได้ไม่เกิน 2 กิโลกรัมภายใน 3-4 สัปดาห์แรกโดยแบ่งน้ำหนักให้ออกแรงเท่า ๆ กันของแขนทั้ง 2 ข้าง ขึ้นบันไดไม่เกิน 2

ครั้งต่อวันภายใน 1-2 สัปดาห์แรกหลังผ่าตัด มาตรวจตามนัด การรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง เปลี่ยนทำนอนทุก 2 ชั่วโมง เพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับกิจกรรมที่ควรหลีกเลี่ยง ได้แก่ ขี่หรือซ้อนมอเตอร์ไซค์อย่างน้อย 6-8 สัปดาห์หลังผ่าตัด การเอื้อมหยิบของบนที่สูงอย่างน้อย 4 สัปดาห์หลังผ่าตัด ขับรถทางไกลอย่างน้อย 6-8 สัปดาห์หลังผ่าตัด อาบน้ำที่ใช้ขันตักอย่างน้อย 6-8 สัปดาห์หลังผ่าตัด แนะนำอาการผิดปกติที่ควรมาพบแพทย์ก่อนกำหนด เช่น แผลมีหนอง บวม แดง ปวดแผลมากขึ้นหรือแผลแยกมีใช้หนาวสัน ปัสสาวะขัด ปัสสาวะไม่ออก ผู้ปวดเสียวขาหรืออ่อนแรงของไหล่ แขน ขา มากขึ้น จำหน่ายกลับบ้านวันที่ 22 กรกฎาคม 2564 รวมระยะเวลานอนโรงพยาบาล จำนวน 24 วัน นัดตรวจที่แผนกออโรโธปิดิกส์ โรงพยาบาลปราสาท ในวันที่ 24 สิงหาคม 2564 ยาที่ได้รับกลับบ้าน 1) Paracetamal (500) 2 เม็ด รับประทานเวลาปวดทุก 6 ชั่วโมง 2) Dicloxacillin (250) รับประทานวันละ 4 ครั้งก่อนอาหารเช้า กลางวัน เย็น และก่อนนอน 3) Omeprazole (20) รับประทานวันละ 1 ครั้งก่อนอาหารเช้า

4.4 วิธีและขั้นตอนในการดำเนินงาน

1. เลือกกรณีศึกษา โดยพิจารณาจากความสำคัญของการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสันหลังส่วนอกต่อเอว ภาวะกระดูกเงินที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย ซึ่งอาจส่งผลเสียและอันตรายถึงแก่ชีวิตผู้ป่วยได้ ทำให้คุณภาพชีวิตไม่ดี เกิดปัญหาในการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยในภาวะกระดูกเงินและค่าใช้จ่ายที่สูงสูญเสียไป ผู้ศึกษามีความสนใจมากที่สุด 1 เรื่อง

2. ศึกษาค้นคว้ารายละเอียดของการพยาบาล แนวทางการดูแลให้การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกหลังส่วนอกต่อเอว จากตำราเอกสารวิชาการเช่นงานวิจัย/งานวิทยานิพนธ์ที่เกี่ยวข้องและจากผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางเกี่ยวกับเรื่องที่ศึกษา

3. ปรีกษาแพทย์ และพยาบาลที่มีส่วนร่วมในการให้การพยาบาลผู้ป่วย

4. การรวบรวมข้อมูลกรณีศึกษา การประเมินปัญหาผู้ป่วย เพื่อค้นหาปัญหาของตัวผู้ป่วย โดยมีรายละเอียด ดังนี้

4.1 รวบรวมข้อมูล เพื่อค้นหาปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ โดยการตรวจร่างกายและซักถามถึงประวัติครอบครัว ประวัติการรักษาพยาบาล ประวัติการแพ้ยาหรือสารเคมี ประวัติการเจ็บป่วยทั้งในอดีต และปัจจุบัน ข้อมูลส่วนตัวด้านสังคม เศรษฐกิจ อุปนิสัย กิจวัตรประจำวัน

4.2 การประเมินปัญหาผู้ป่วยโดยใช้แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน (การสังเกต การซักประวัติ การตรวจร่างกาย การตรวจทางห้องปฏิบัติการ/การตรวจพิเศษอื่น ๆ) รวมแผนการรักษาของแพทย์

4.3 นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ ค้นหาสาเหตุของปัญหาในแต่ละแบบแผนสุขภาพ

4.4 วินิจฉัยการพยาบาลโดยกำหนดปัญหาของผู้ป่วย ตามสภาพการณ์ที่เป็นอยู่โดยจัดลำดับความสำคัญของปัญหาที่ต้องได้รับการพยาบาลเร่งด่วน

4.5 วางแผนการพยาบาล กำหนดจุดประสงค์ของการแก้ปัญหา จัดทำแผนการพยาบาล

4.6 ปฏิบัติการพยาบาล ตามแผนการพยาบาล โดยเน้นการพยาบาลแบบองค์รวม รวมถึงการบันทึกทางการพยาบาล เพื่อทราบถึงเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย

4.7 ประเมินผลการพยาบาล เพื่อประเมินว่าผู้ป่วยได้รับการดูแล เพื่อบรรลุเป้าหมายของการพยาบาลหรือไม่

4.8 สรุปผลการปฏิบัติการพยาบาลและให้ข้อเสนอแนะแก่ผู้ป่วยและครอบครัว

5. ดำเนินการเรียบเรียงผลงานจากกรณีศึกษา ตรวจสอบและแก้ไขให้ถูกต้อง ครบถ้วนตามหลักวิชาการ

6. จัดทำเป็นเอกสารวิชาการไปไว้ยังตึกผู้ป่วยต่าง ๆ เพื่อเป็นแนวทางในการศึกษาผู้ป่วย

5. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

5.1 เชิงปริมาณ ได้ศึกษาผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกหลังส่วนอกต่อเอว จำนวน 1 ราย จากการศึกษาข้อมูลในเวชระเบียน และการปฏิบัติพยาบาลในขณะที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาระหว่างจำหน่าย และติดตามเยี่ยมเมื่อผู้ป่วยมาตรวจติดตามอาการ สามารถนำไปใช้เป็นแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลที่มีประสิทธิภาพ ปลอดภัยจาก ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น สามารถฟื้นฟูสภาพได้เร็ว และมีพฤติกรรม การดูแลตนเองที่ถูกต้องเหมาะสม

5.2 เชิงคุณภาพ ผู้ป่วยปลอดภัย ได้รับการประเมินอาการและอาการแสดงเป็นระยะๆ มีการวางแผน และทำการรักษาพยาบาลอย่างทันที่ รวมถึงการปฏิบัติตัวอย่างถูกต้องของผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วย ปลอดภัย ปราศจากภาวะแทรกซ้อน ผู้ป่วยสามารถกลับไปดำรงชีวิตตามปกติได้ ครอบครัวพึงพอใจ

6. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

- 6.1. นำไปเป็นแนวทางปฏิบัติการพยาบาลในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกหลังส่วนอกต่อเอว
- 6.2. เป็นเอกสารวิชาการสำหรับพยาบาลจบใหม่และนักศึกษาพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหน่วยงาน
- 6.3. นำไปจัดทำสื่อการให้ความรู้สำหรับผู้ป่วยและญาติในการดูแลตนเอง สำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกหลังส่วนอกต่อเอว
- 6.4. เป็นแนวทางในการศึกษาผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม

7. ความยุ่งยากซับซ้อนในการดำเนินการ

ระยะก่อนผ่าตัด

1. เนื่องจากผู้ป่วยไม่เคยได้รับการผ่าตัดมาก่อน ทำให้ไม่ทราบการปฏิบัติตัวเมื่อต้องรับการผ่าตัดและมีความวิตกกังวล เนื่องจากเป็นการผ่าตัดที่ยุ่งยากซับซ้อน ใช้ทักษะและเทคโนโลยีขั้นสูง การเตรียมตัวผู้ป่วยก่อนผ่าตัด โดยการประเมินความพร้อมของผู้ป่วยต้องให้ความรู้ ประเมินภาวะเครียดของผู้ป่วยที่จะต้องเผชิญกับปัญหาหรือภาวะแทรกซ้อนขณะผ่าตัด และหลังผ่าตัด
2. ผู้ป่วยมีอาการปวดหลัง และต้องจำกัดกิจกรรมในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน
3. ต้องมีการประสานแพทย์เฉพาะทางจากโรงพยาบาลสุรินทร์ที่มีความเชี่ยวชาญในการผ่าตัด เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย ไม่มีภาวะแทรกซ้อน
4. การเตรียมอุปกรณ์ต่างๆ และประสานความร่วมมือกับทีมสุขภาพให้ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดตามแผนการรักษา ลดภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้

ระยะผ่าตัด

1. อาจมีภาวะแทรกซ้อนขณะผ่าตัด เนื่องจากต้องใช้เวลาในการผ่าตัดนาน โดยใช้เวลาในการผ่าตัด 2 ชั่วโมง 24 นาที ต้องตรวจสอบจำนวนและความถูกต้องของการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ บันทึกเปรียบเทียบปริมาณสารน้ำที่ผู้ป่วยได้รับและสูญเสียเลือดจากการผ่าตัดเพื่อให้ทดแทน บันทึกจำนวนน้ำและเลือดในขวด Suction

ระยะหลังผ่าตัด

1. ผู้ป่วยมีอาการช็อค ความเข้มข้นเลือด 26.7 เปอร์เซนต์ ได้รับเลือด PRC 1 unit ต้องเฝ้าระวังปฏิกิริยาจากการให้เลือด หลังให้เลือดความเข้มข้นเลือดเพิ่มขึ้นเป็น 32 เปอร์เซนต์
2. หลังผ่าตัด ต้องมีการประสานทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อฝึกการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และการส่งต่อ