



ประกาศคณะกรรมการประเมินบุคคล
เรื่อง รายชื่อผู้ผ่านการประเมินบุคคลให้ส่งผลงานเพื่อเลื่อนขั้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ
ระดับชำนาญการพิเศษ สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนันทบุรี

ตามหนังสือสำนักงาน ก.พ. ที่ นร ๑๐๐๖/ว ๑๔ ลงวันที่ ๑๑ สิงหาคม ๒๕๖๔ ได้กำหนดให้ อ.ก.พ. กรม กำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการประเมินบุคคลเพื่อเลื่อนขั้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งที่ไม่ใช่ ตำแหน่งระดับควบ ตำแหน่งว่างทุกกรณี และตำแหน่งที่ผู้ครองตำแหน่งอยู่เดิมจะต้องพ้นจากราชการไป กรณีเกษียณอายุ และลาออกจากราชการ ซึ่ง อ.ก.พ. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขกำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการประเมินบุคคล ตามหนังสือสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ที่ สธ ๐๒๐๘.๑๐/ว ๑๒๓ ลงวันที่ ๑๑ มกราคม ๒๕๖๕ โดยมอบให้คณะกรรมการประเมินบุคคล ที่ อ.ก.พ. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขแต่งตั้ง เป็นผู้พิจารณาประเมินบุคคลที่จะเข้ารับการประเมินผลงานตามหลักเกณฑ์และวิธีการ ที่ อ.ก.พ. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขกำหนด นั้น

คณะกรรมการประเมินบุคคล ในการประชุมครั้งที่ ๒/๒๕๖๗ เมื่อวันที่ ๑๒ มกราคม พ.ศ. ๒๕๖๗ มีมติให้ข้าราชการผู้ผ่านการประเมินบุคคลส่งผลงานเพื่อเลื่อนขั้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ ระดับ ข้าราชการพิเศษ สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนันทบุรี จำนวน ๒๙ ราย ดังนี้

ลำดับที่	ชื่อ-สกุล	ตำแหน่งที่ผ่านการประเมิน	ส่วนราชการ
๑.	นางสาวพัชรนันท์ เยาวนิจ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ด้านการพยาบาล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนันทบุรี โรงพยาบาลบางบัวทอง ๒ กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยใน
๒.	นางสาวอสิยา วรรณอ่อน	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ด้านการพยาบาล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนันทบุรี โรงพยาบาลบางบัวทอง ๒ กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยนอก
๓.	นางสาวอมราภรณ์ มณีรัตน์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ด้านการพยาบาล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนันทบุรี โรงพยาบาลบางบัวทอง ๒ กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช
๔.	นางวิยะดา เจริญกิตติวัฒน์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ด้านการพยาบาล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนันทบุรี โรงพยาบาลบางใหญ่ กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม
๕.	นางสาวสุกัญญา ปิ่นแก้ว	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ด้านการพยาบาล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนันทบุรี โรงพยาบาลบางใหญ่ กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยนอก

๖. นางสาว...

๖. นางสาววันทนา หินธารว	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ด้านการพยาบาล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี โรงพยาบาลบางใหญ่ กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช
๗. นางลลิตา จินดามาศย์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ด้านการพยาบาล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี โรงพยาบาลบางใหญ่ กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยใน
๘. นางสาวปราณี ปานเฉ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ด้านการพยาบาลห้องผ่าตัด	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี โรงพยาบาลบางใหญ่ กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดและวิสัญญีพยาบาล
๙. นางปณณช ฉิมชั้น	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ด้านการพยาบาลห้องคลอด	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี โรงพยาบาลบางใหญ่ กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้คลอด
๑๐. นางสาวธนาธิป มาพุดม	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ด้านการพยาบาลห้องคลอด	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี โรงพยาบาลบางกรวย กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้คลอด
๑๑. นางดอกไม้ บุตรตา	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ด้านการพยาบาล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี โรงพยาบาลบางกรวย กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช
๑๒. นางสาวอรพรรณ เห่งนาเลน	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ด้านการพยาบาล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี โรงพยาบาลบางกรวย กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม
๑๓. นางทิพย์วัลย์ ขำเจริญ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ด้านการพยาบาล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี โรงพยาบาลบางกรวย กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยใน
๑๔. นางศิริรัตน์ พรจรัสสมณี	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ด้านการพยาบาล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี โรงพยาบาลไทรน้อย กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม

๑๕. นางสาวศศิวิมล อยู่ทอง	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ด้านการพยาบาล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี โรงพยาบาลไทรน้อย กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยนอก
๑๖. นางอำภา กิตติเดชชัย	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ด้านการพยาบาล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี โรงพยาบาลไทรน้อย กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช
๑๗. นางศิริกาญจน์ โภคะสวัสดิ์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ด้านการพยาบาล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี โรงพยาบาลบางบัวทอง กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยนอก
๑๘. นางรัชดาพร พงษ์อิศราพันธ์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ด้านการพยาบาลวิสัญญี	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี โรงพยาบาลบางบัวทอง กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดและวิสัญญีพยาบาล
๑๙. นางสาวนิศาตร์ตัน ธรรมวัฒนา	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ด้านการพยาบาล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี โรงพยาบาลบางบัวทอง กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยใน
๒๐. นางพิมพ์ภัสร์ บัวศรี	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ด้านการพยาบาล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี โรงพยาบาลบางบัวทอง กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม
๒๑. นางสุรีย์รัตน์ สดาร์ตัน	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ด้านการพยาบาล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี โรงพยาบาลบางบัวทอง กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช
๒๒. นางสาววิภาวรรณ รัตนพิทักษ์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ด้านการพยาบาลห้องคลอด	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี โรงพยาบาลบางบัวทอง กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้คลอด
๒๓. นางธิดารัตน์ บุญประกาศรี	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ด้านการพยาบาล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี โรงพยาบาลปากเกร็ด กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยใน

๒๔. นางสาว...

๒๔. นางจิตาภา รอดโพธิ์ทอง	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ด้านการพยาบาลห้องผ่าตัด	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี โรงพยาบาลปากเกร็ด กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดและวิสัญญีพยาบาล
๒๕. นางจิราพร ศิลาเลิศ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ด้านการพยาบาล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี โรงพยาบาลปากเกร็ด กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม
๒๖. นางชวิศสินี สุทธิวัฒน์ธนากุล	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ด้านการพยาบาล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี โรงพยาบาลปากเกร็ด กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยนอก
๒๗. นางสาวลักษณ ถาน้อย	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ด้านการพยาบาลผู้ป่วยหนัก	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี โรงพยาบาลปากเกร็ด กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยหนัก
๒๘. นางสาวลักษมีพร หอมคำ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ด้านการพยาบาล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี โรงพยาบาลปากเกร็ด กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช
๒๙. นางสาวชมศา คัชชาพงษ์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ด้านการพยาบาลห้องคลอด	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี โรงพยาบาลปากเกร็ด กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้คลอด

รายละเอียดแนบท้ายประกาศนี้

ทั้งนี้ ให้ผู้ผ่านการประเมินบุคคล จัดส่งผลงานประเมินตามจำนวนและเงื่อนไขที่คณะกรรมการประเมินผลงานกำหนด ภายใน ๑๘๐ วัน นับแต่วันที่ประกาศรายชื่อผู้ผ่านการประเมินบุคคล หากพ้นระยะเวลาดังกล่าวแล้ว ผู้ที่ผ่านการประเมินบุคคลยังไม่ส่งผลงานจะต้องขอรับการประเมินบุคคลใหม่ อนึ่ง หากมีผู้ใดจะทักท้วงให้ทักท้วงได้ ภายใน ๓๐ วัน นับตั้งแต่วันที่ประกาศ

ประกาศ ณ วันที่ ๒๙ มกราคม พ.ศ. ๒๕๖๗

(ลงชื่อ)

๕๖, ๗

(นายรุ่งฤทัย มวลประสิทธิ์พร)
ประธานคณะกรรมการประเมินบุคคล

บัญชีรายละเอียดแนบท้ายประกาศคณะกรรมการประเมินบุคคล
เรื่อง รายชื่อผู้ที่ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อเลื่อนขั้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ
ระดับชำนาญการพิเศษ สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี

ลำดับ ที่	ชื่อ - สกุล	ส่วนราชการ/ตำแหน่งเดิม	ตำแหน่ง เลขที่	ส่วนราชการ/ตำแหน่ง ที่ผ่านการประเมินบุคคล	ตำแหน่ง เลขที่	หมายเหตุ
๑๘	นางรัชดาพร พงษ์อิศราพันธ์	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี โรงพยาบาลบางบัวทอง กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดและ วิสัญญีพยาบาล	๕๓๓๒๙	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี โรงพยาบาลบางบัวทอง กลุ่มงานการพยาบาล งานการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดและ วิสัญญีพยาบาล	๕๓๓๒๙	เลื่อน ระดับ
	ชื่อผลงานส่งประเมิน	“การพยาบาลและการรับความรู้สึผู้ป่วยสูงอายุที่มีโรคอ้วนและโรคความดันโลหิตสูง เพื่อผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม”				๑๐๐ %
	ชื่อแนวคิดในการพัฒนางาน	“การพัฒนาแนวทางป้องกันภาวะลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำชั้นลึกในผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัด”				
	รายละเอียดเค้าโครงผลงาน	“แนบท้ายประกาศ”				

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

1. เรื่อง การพยาบาลและการระงับความรู้สึกผู้ป่วยสูงอายุที่มีโรคอ้วนและโรคความดันโลหิตสูงเพื่อผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม
2. ระยะเวลาที่ดำเนินการ 1 สิงหาคม 2566 – 13 กันยายน 2566

3. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

3.1 ความรู้เรื่องผู้สูงอายุผู้สูงอายุความหมายผู้ที่มีอายุมากกว่า 65 ปี ขึ้นไป ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา จากการเสื่อมสภาพของระบบต่างๆ ในร่างกายและมี Functional reserve ลดลงโดยการเสื่อมที่เกิดขึ้นจะเกิดมากขึ้นเรื่อยๆ แตกต่างแต่ละบุคคล นอกจากนี้ยังมีการเปลี่ยนแปลงทางเภสัชจลนศาสตร์ในร่างกาย ทำให้เพิ่มความเสี่ยงต่อการระงับความรู้สึก

3.1.1 สรีรวิทยาผู้สูงอายุที่เปลี่ยนแปลงและผลต่อการระงับความรู้สึก

- ระบบประสาท

สมองของผู้สูงอายุจะมีการเปลี่ยนแปลงทางชีวเคมี (biochemical) ได้แก่ สมองฝ่อ (brain atrophy) ความจำระยะสั้นแย่งแต่เมตาบอลิซึมและ auto regurgitation ยังคงทำงานปกติ การมองเห็น การได้ยินการรับรู้ความเจ็บปวดลดลง มี reflex บริเวณ Larynx และ pharynx ทำให้ผู้สูงอายุเสี่ยงต่อการสำลักมากกว่าคนหนุ่มสาว ผู้สูงอายุมีความไวต่อยาชาเฉพาะที่และ มีค่า minimal alveolar concentration (MAC) ของยาชาลดลง ทำให้ไวต่อยาระงับความรู้สึกมากขึ้น ผู้สูงอายุยังมีความเสี่ยงต่อการเกิด delirium และ congestive dysfunction หลังผ่าตัดมากขึ้น นอกจากนี้ epidural space ในผู้สูงอายุแคบลง มีการเพิ่ม permeability ของ dura และมีปริมาณไขสันหลังลดลง ทำให้การทำ epidural anesthesia หรือ spinal anesthesia มีการกระจายยาขึ้นสูงกว่าระดับที่ต้องการได้ง่าย

- หัวใจและระบบไหลเวียนเลือด

กล้ามเนื้อหัวใจของผู้สูงอายุลดจำนวนลงและถูกแทนที่ด้วยเนื้อเยื่อพังผืดร่วมกับมีแคลเซียมเกาะตามลิ้นหัวใจ ทำให้หัวใจมีความยืดหยุ่นลดลง ร่วมกับสูญเสีย elastin และการเสื่อมสภาพของคอลลาเจนทำให้ผนังหลอดเลือดแข็งขึ้น มีผลให้ความดัน systolic สูงขึ้นและความดัน diastolic ต่ำลง ส่งผลให้ pulse pressure กว้างขึ้น ค่าความดันเฉลี่ย (mean arterial pressure) เพิ่มขึ้น นอกจากนี้ยังเพิ่มแรงต้านต่อการบีบตัวของหัวใจ (after load) ทำให้ผนังหัวใจห้องล่างซ้ายหนาตัว (ventricular hypertrophy) กล้ามเนื้อหัวใจคลายตัวไม่ดี เลือดไหลออกจากหัวใจห้องบนสู่ล่างซ้ายได้ช้า เลือดต้องอาศัยการบีบตัวของหัวใจห้องบนเพื่อช่วยไล่เลือด (atrial kick) ดังนั้นถ้าผู้สูงอายุมีหัวใจเต้นผิดจังหวะจะทำให้ cardiac output ลดลงอย่างมาก และระบบไหลเวียนเลือดล้มเหลวตามมาได้

ผู้สูงอายุ มี vagal tone สูง และมีการตอบสนองต่อ adrenergic receptors ลดลง ทำให้อัตราการเต้นของหัวใจช้าลง ร่วมกับมี conduction fiber และมีจำนวนเซลล์ของ sinus node ลดลง ทำให้เสี่ยงต่อหัวใจเต้นผิดจังหวะ โดยเฉพาะเกิด atrial fibrillation และ flutter ได้ง่าย นอกจากนี้ผู้สูงอายุยังไม่สามารถเพิ่มอัตราการเต้นของหัวใจในการตอบสนองต่อภาวะความดันเลือดต่ำ ภาวะพร่องน้ำ/พร่องเลือด (hypovolemia) หรือภาวะขาดออกซิเจนได้

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

- ระบบทางเดินอาหาร

ผู้สูงอายุจะมีตับขนาดเล็กลงและเลือดไปเลี้ยงตับลดลงตามสัดส่วนตับที่เล็กลงทำให้ผู้สูงอายุมีความสามารถในการขจัดยาต่างๆในร่างกายลดลง

- ระบบหายใจ

ผู้สูงอายุมีความสามารถในการแลกเปลี่ยนก๊าซลดลง เนื่องจากพื้นที่ผิวของ alveolar ลดลง กล้ามเนื้อที่เกี่ยวข้องกับการหายใจทำงานลดลง ความสามารถในการไอลดลง ปอดมี elastic recoil ลดลง ถุงลมขนาดเล็กแฟบได้ง่าย ปริมาตรอากาศที่เหลือค้างในปอดหลังหายใจออกเต็มที่ (residual volume) และปริมาตรอากาศที่เหลือค้างในปอดหลังจากถุงลมขนาดเล็กเริ่มปิด (closing capacity) เพิ่มขึ้นทำให้เกิด ventilation/perfusion mismatch เพิ่มขึ้น ค่าความดันออกซิเจนในเลือด (PaO₂) ลดลง ผู้สูงอายุจะตอบสนองต่อภาวะขาดออกซิเจน และคาร์บอนไดออกไซด์ในเลือดค้างได้ลดลง เนื่องจากระบบประสาทส่วนกลางทำงานลดลง ทำให้เสี่ยงต่อการถูกกดการหายใจจากยา benzodiazepine, opioid และยาดมสลบง่ายและเกิดภาวะแทรกซ้อนเช่นการหายใจล้มเหลวหลังผ่าตัดได้มากกว่าปกติ ดังนั้นขณะรับความรู้สึกควรให้ออกซิเจนในความเข้มข้นสูงกว่าปกติ

- ไตและทางเดินปัสสาวะ

ผู้สูงอายุจะมีไตขนาดเล็กลงเนื่องจากจำนวน glomeruli ลดลง โดยจะลดลงมากบริเวณ cortex เนื้อไตส่วนที่หายไปจะแทนด้วยไขมันและพังผืด ปริมาณเลือดที่ไปเลี้ยงไตลดลงร้อยละ 10 ทุก 10 ปี ค่าของ creatinine clearance จะลดลงตามอายุ แต่เนื่องจากผู้สูงอายุมีปริมาณกล้ามเนื้อในร่างกายลดลง ทำให้ระดับ creatinine ในเลือดไม่เปลี่ยนแปลง แต่จะมีค่า blood urea nitrogen (BUN) เพิ่มขึ้น ความสามารถในการควบคุมระดับโซเดียมและการทำให้ปัสสาวะเจือจางหรือเข้มข้นเสียไป ผู้สูงอายุจึงเสี่ยงต่อภาวะ dehydration หรือน้ำและเกลือแร่ในร่างกายคั่ง ผู้สูงอายุมี glomerular filtration rate ลดลงทำให้สามารถในการขับถ่ายยา ลดลง จึงต้องมีการปรับยาระงับความรู้สึกให้เหมาะสม

- น้ำและส่วนประกอบของร่างกาย

ปริมาณน้ำในเซลล์ร่างกายลดลง ทำให้ยาที่บริหารทางหลอดเลือดมีความเข้มข้นสูงกว่าปกติ ขณะที่ผู้สูงอายุมีปริมาณกล้ามเนื้อลดลงทำให้ต้องการยาหย่อนกล้ามเนื้อลดลง แต่มีไขมันเพิ่มขึ้น ทำให้ยาที่ละลายในไขมันได้ดีสะสมในร่างกายมากขึ้นและออกฤทธิ์นานขึ้น

- เมตาบอลิซึมและอุณหภูมิกาย

ผู้สูงอายุมี metabolic rate และ oxygen consumption ลดลง สร้างพลังงานความร้อนลดลง ร้อยละ 10 - 15 ของวัยหนุ่มสาวร่วมกับสูญเสียฉนวนป้องกันความร้อนทำให้ผู้สูงอายุไม่สามารถรักษาอุณหภูมิภายในสภาพแวดล้อมที่เย็นได้ จึงต้องเฝ้าระวังการสูญเสียความร้อนขณะให้ยาระงับความรู้สึก เพื่อป้องกันไม่ให้ผู้สูงอายุตื่นช้ำและเกิดภาวะหนาวสั่น (shivering)

- ระบบต่อมไร้ท่อ

ผู้สูงอายุจะมีภาวะดื้ออินซูลิน (insulin resistance) ทำให้ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ จึงไม่ควรให้สารน้ำที่มีกลูโคสมากเกินไป และควรเฝ้าระวังน้ำตาลในเลือดอย่างใกล้ชิด โดยเฉพาะผู้ป่วยเบาหวาน

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

- ระบบกล้ามเนื้อและกระดูก

ผู้สูงอายุจะมีมวลกล้ามเนื้อลดลง มีผิวหนังบางลงจนเกิดการหลุดลอกออก หลอดเลือดผู้สูงอายุจะเปราะบางและแตกง่าย

3.1.2 การเปลี่ยนแปลงด้านสังคมของผู้สูงอายุ

การเปลี่ยนแปลงทางสังคมเป็นสิ่งที่ผู้สูงอายุต้องประสบ ภาระและบทบาทหน้าที่ลดลง มีข้อจำกัดทางด้านร่างกายทำให้ความคิด การกระทำ การสื่อสารลดลง

3.1.3 การเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจ

การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจและอารมณ์ของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายและสังคมเนื่องจากความเสื่อมต่างๆของร่างกาย

3.2 ความรู้เรื่องโรคอ้วน องค์การอนามัยโลก (WHO) ได้ให้นิยามของโรคอ้วน (Obesity) เอาไว้ว่าเป็นภาวะความผิดปกติของร่างกายที่สะสมไขมันมากเกินไปจนส่งผลเสียต่อสุขภาพ โดยภาวะอ้วน เป็นส่วนสำคัญที่ทำให้เกิดโรคภัยต่างๆ ตามมาได้แก่โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non - Communicable Diseases; CDs) อย่างโรคเบาหวานชนิดที่ 2, โรคมะเร็ง, โรคความดันโลหิตสูง, โรคหลอดเลือดสมองตีบหรือแตก (Stroke) ตลอดจนโรคหลอดเลือดแดงแข็งที่หัวใจ (Atherosclerotic Cardiovascular Disease; ASCVD)

ตารางแสดงการจำแนกค่าดัชนีมวลกายตามเกณฑ์ขององค์การอนามัยโลก

ภาวะน้ำหนักตัว	ค่าดัชนีมวลกาย (กก./ตร.เมตร)	
	เกณฑ์สำหรับประชากรเอเชีย	เกณฑ์ขององค์การอนามัยโลก (1998)
น้ำหนักน้อย	< 18.5	< 18.5
น้ำหนักปกติ	18.5 - 22.99	18.5 - 24.99
น้ำหนักเกิน (Over weight)	23.0 - 24.99	25 - 29.92
โรคอ้วน (Obesity)	25.0 - 29.99	30.0 - 39.92
โรคอ้วนอันตราย (Morbid obesity)	> 30	> 40

สรีรวิทยาที่เปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยโรคอ้วน

- การเปลี่ยนแปลงของระบบหัวใจและหลอดเลือด

1. ภาวะอ้วนส่งผลให้มี intravascular blood volume , stroke volume และ systemic vascular resistance เพิ่มขึ้น ส่งผลให้การทำงานของหัวใจห้องล่างซ้ายเพิ่มขึ้น เกิดความดันเลือดสูงและหัวใจห้องล่างซ้ายโต รวมถึงภาวะหัวใจล้มเหลวตามมา
2. โรคหลอดเลือดหัวใจโคโรนารี (coronary artery disease) มักสัมพันธ์กับปัจจัยเสี่ยงหลายอย่างซึ่งมักพบในผู้ป่วยโรคอ้วน เช่น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไขมันสูง
3. ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ (arrhythmia) ในผู้ป่วยโรคอ้วนอาจเกิดจาก ภาวะ hypoxia, hypercarbia หัวใจโต หรือจากการกระตุ้น sympathetic nervous system พบโรคอ้วน สัมพันธ์กับการเกิด atrial fibrillation (AF)
4. ภาวะความดันโลหิตสูง (hypertension) ในผู้ป่วยโรคอ้วนเกิดจากหลายปัจจัยทั้งจากกระตุ้นระบบ renin – angiotensin, aldosterone, การกระตุ้นระบบประสาท sympathetic, ภาวะ insulin resistance ถ้าผู้ป่วยมี OSA ร่วมด้วยมักทำให้ภาวะความดันเลือดสูงควบคุมยากขึ้น

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

- การเปลี่ยนแปลงระบบหายใจ

1. ลักษณะกายภาพของทางเดินหายใจ(airway) มีการเปลี่ยนแปลงเนื้อเยื่อไขมันที่มากขึ้น ทำให้ทางเดินหายใจแคบลงเพิ่มความเสี่ยงที่จะเกิดทางเดินหายใจอุดกั้น
2. ในผู้ป่วยบางรายพบภาวะ OSA ได้ถึงร้อยละ 40-90 ซึ่งจะเพิ่มโอกาส ในการเกิดภาวะ แทรกซ้อนทางการหายใจระหว่างผ่าตัดและหลังผ่าตัด
3. บางรายอาจพบภาวะ obesity hypoventilation syndrome คือมีการหายใจไม่เพียงพอในขณะตื่นช่วงกลางวัน จึงมีความเสี่ยงสูงทำให้เกิด pulmonary hypertension, congestive heart failure, ระบบหายใจล้มเหลว ความดันเลือดไม่คงที่ระหว่างการผ่าตัด ภาวะ pulmonary hypertension ที่พบในผู้ป่วยโรคอ้วนอาจพบได้หลายปัจจัย เช่น OSA, OHS , หัวใจห้องซ้ายทำงานผิดปกติ หรือลิ้นเลือดอุดตันปอด

- การเปลี่ยนแปลงของระบบต่อมไร้ท่อสารอาหาร

ผู้ป่วยโรคอ้วนจะเกิดภาวะ insulin resistance ส่งผลให้เกิดโรคเบาหวาน เพิ่มความเสี่ยงการติดเชื้อที่แผล ไตวายเฉียบพลัน ในผู้ป่วยโรคอ้วนอาจพบภาวะขาดสารอาหารบางชนิด เช่น ธาตุเหล็ก, โฟเลต ส่งผลให้เกิดภาวะซีด การขาดวิตามินดีอาจทำให้การผ่าตัดกระดูกได้ผลไม่ดี และสัมพันธ์กับโรคความดันโลหิตสูง เบาหวานและหัวใจ

- การเปลี่ยนแปลงระบบทางเดินอาหาร

การเปลี่ยนแปลงทางกายภาพและฮอร์โมนจะทำให้ผู้ป่วยโรคอ้วนเกิดโรคกรดไหลย้อน ได้มากกว่าคนปกติ ภาวะmetabolic syndromeเป็นปัจจัยเสี่ยงในการก่อโรค nonalcoholic liver disease และเมื่อมีการอักเสบอาจทำให้เกิดภาวะตับแข็งตามมาได้

- การเปลี่ยนแปลงของระบบการแข็งตัวของเลือด

American College of Chest Physician (ACCP) จัดให้ผู้ป่วยโรคอ้วนเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงในการเกิดหลอดเลือดดำอุดตัน (deep vein thrombosis DVT) เนื่องจากการผิดปกติของกระบวนการ fibrinolysis

- การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ

ผู้ป่วยโรคอ้วนมักพบโรคทางจิตเวช เช่นโรคซึมเศร้า โรควิตกกังวล หรือโรคทางบุคลิกภาพได้มากกว่าผู้ที่ มีน้ำหนักปกติร้อยละ 25

3.3 ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง (hypertension) หมายถึงค่าความดันโลหิตตัวบนเท่ากับหรือสูงกว่า 140 มิลลิเมตรปรอทและค่าความดันโลหิตตัวล่างเท่ากับหรือสูงกว่า 90 มิลลิเมตรปรอท สำหรับผู้สูงอายุ 50 - 60 ปี ขึ้นไปมีความดันโลหิตสูงถึงร้อยละ 45 โดยมีค่าความดันโลหิตตัวบนเท่ากับหรือสูงกว่า 160 มิลลิเมตรปรอท และค่าความดันโลหิตตัวล่างเท่ากับหรือสูงกว่า 95 มิลลิเมตรปรอท เนื่องจากผู้สูงอายุมีความเสื่อมของหลอดเลือดแดง เรียกว่าความดันโลหิตสูง (systolic hypertension)

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน(ต่อ)

ค่าความดันโลหิตตัวล่างเท่ากับหรือสูงกว่า 95 มิลลิเมตรปรอท เนื่องจากผู้สูงอายุมีความเสื่อมของหลอดเลือดแดง เรียกว่าความดันโลหิตสูง (systolic hypertension)

3.3.1 ความดันโลหิตตัวบนหรือความดันซิสโตลิก (Systolic blood Pressure) คือ ค่าของแรงดันเลือดขณะที่หัวใจมีการบีบตัว เมื่อส่งเลือดไปเลี้ยงอวัยวะต่างๆ ของร่างกายจะมีค่าสูง ซึ่งอาจจะสูงขึ้นตามอายุ ความดันช่วงบนในคนๆ เดียวกันอาจมีค่าแตกต่างกันบ้างเล็กน้อย ตามท่าของร่างกาย การเปลี่ยนแปลงของอารมณ์ และปริมาณของการออกกำลังกาย

3.3.2 ค่าความดันโลหิตตัวล่างหรือความดันไดแอสโตลิก (Diastolic blood pressure) คือ ค่าของแรงดันเลือดในขณะที่หัวใจมีการคลายตัว เพื่อรับเลือดที่กลับจากไปเลี้ยงอวัยวะต่างๆ ของร่างกายมาแล้ว ความหมายของความดันโลหิตสูงวิกฤต ภาวะความดันโลหิตสูงวิกฤต (Hypertensive crisis) เป็นภาวะที่มีความดันเลือดสูงขึ้นมากอย่างเฉียบพลัน จนถึงระดับอันตราย มีระยะการดำเนินโรคสั้น ต้องลดความดันเลือดลงอย่างรวดเร็ว มิฉะนั้นจะเกิดอันตรายต่อระบบอวัยวะที่สำคัญ เช่นระบบประสาทกลาง, ระบบหัวใจ การไหลเวียนเลือดและไต อาจถึงแก่ชีวิตได้ สาเหตุโรคความดันโลหิตสูง แบ่งออกเป็น 2 ชนิด

1. ความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ (Essential hypertension หรือ primary hypertension) ซึ่งพบได้ร้อยละ 95 ของจำนวนผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงทั้งหมด ปัจจัยส่งเสริมให้เกิดได้แก่กรรมพันธุ์, ความอ้วน, การสูบบุหรี่, การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์, ความเครียด
2. ความดันโลหิตชนิดทราบสาเหตุ (Secondary hypertension) จะพบได้น้อย ร้อยละ 10 อาจเกิดจากการที่มีพยาธิสภาพของไต ต่อมหมวกไต ความผิดปกติของระบบประสาทและความผิดปกติของฮอร์โมน โรคของต่อมไร้ท่อ ครรภ์เป็นพิษ การบาดเจ็บศีรษะเป็นต้น อาการและอาการแสดงของโรคความดันโลหิตสูงผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่ มักไม่มีอาการเฉพาะเจาะจง เมื่อปล่อยให้โรคดำเนินต่อไปเรื่อยๆ จะพบอาการปวดศีรษะบริเวณท้ายทอย โดยเฉพาะหลังตื่นนอนตอนเช้า ตามัว เลือดกำเดาไหล เวียนศีรษะ ใจสั่น อ่อนเพลีย เมื่อความดันโลหิตสูงในระยะนานและอวัยวะเป้าหมายถูกทำลาย อาจพบอาการปัสสาวะมากผิดปกติ อาการใจสั่นและแน่นหน้าอกร่วมด้วย พยาธิสรีรวิทยา ความดันโลหิตสูงมี 2 ชนิด คือ ชนิดที่ทราบสาเหตุ เช่น จากโรคของเนื้อไตและหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงไตจากความผิดปกติของต่อมไร้ท่อ หรือจากความผิดปกติทางระบบประสาท และจากภาวะตั้งครรภ์ และชนิดที่ไม่ทราบสาเหตุ ซึ่ง ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่ ร้อยละ 92 - 94 เป็นผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดที่ไม่ทราบสาเหตุ (Primary hypertension) ซึ่งมีทฤษฎีที่พยายามอธิบาย สาเหตุการเกิดมากมาย พบว่ามักจะมีญาติสายตรงในครอบครัวเป็นความดันโลหิตสูงด้วย กลไกการเกิดอาจจะเกี่ยวข้องกับการที่ Sympathetic nervous System มี activity มากขึ้น การสร้างฮอร์โมนบางชนิดที่มีผลต่อการเก็บเกลือโซเดียมมากผิดปกติ การรับประทานเกลือโซเดียมมากผิดปกติ การรับประทานเกลือโซเดียมมากเป็นเวลานานการรับประทานไปแตสเทียมและแคลเซียมเพียงพอ การหลังเรตินามากผิดปกติ การขาดสารขยายหลอดเลือด เช่น prostaglandins ความผิดปกติแต่กำเนิดของเส้นเลือด ความอ้วน ซึ่ง ปัจจัยต่างๆ เหล่านี้จะมีผลต่อความดันโลหิตโดยการเพิ่มปริมาตรเลือดที่หัวใจสูบฉีดใน 1 นาที และ หรือการเพิ่มแรงต้านของหลอดเลือด จึงทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้นเนื่องจาก $BP \text{ (Blood Pressure)} = \text{Cardiac out put} = \text{Blood Volume} \times \text{Total}$

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน(ต่อ)

peripheral Resistance) ดังนั้นถ้ามีสาเหตุใดทำปัจจัยในสมการนี้เปลี่ยนแปลงไปก็จะทำให้ค่า Cardiac Output เปลี่ยนไปด้วยทั้งนี้ถ้าค่า Cardiac Output มากขึ้นจะทำให้ความดันโลหิตสูงตามไปด้วย อ้างอิงจากหลักการที่ว่า การสูบฉีดโลหิตของหัวใจจะแปรผันตามกัน ปริมาตรเลือดที่ไหลกลับสู่หัวใจถ้าปริมาตรเลือดนี้เพิ่มมากขึ้น หัวใจจะบีบตัวแรงขึ้นตามกลไกของ Frank starling นอกจากนั้นระบบประสาทก็มีความเกี่ยวข้องในการเกิดโรค เช่นกัน โดยระบบประสาทส่วนกลางนั้น ถ้ากระตุ้นบริเวณ Hypothalamus ความดันจะสูงขึ้น เพราะเป็นการกระตุ้น การทำงานของระบบประสาท Sympathetic ซึ่งจะส่งผลต่อหัวใจ ทำให้หัวใจเต้นเร็วขึ้น และส่งผลต่อหลอดเลือดทำให้หลอดเลือดเกิด Vasoconstriction มากขึ้น เป็นการเพิ่ม Total Resistance ถ้าการกระตุ้นนี้เกิดขึ้นต่อเนื่องเป็น ระยะเวลาหลายๆ จะมีผลให้เกิดความดันโลหิตสูงอย่างถาวร ส่วนระบบประสาทอัตโนมัติที่มีหน้าที่ในการปรับค่าความดันให้ค่าที่สลายละลาย Electrolyte เช่น Na , K ก็สามารถทำให้เกิด Hypertension ได้เช่นกัน ถ้าไตไม่สามารถขับ Na ออกได้ในปริมาณที่เพียงพอ Na ที่เหลืออยู่มากจะทำให้เกิดการเพิ่ม plasma และ Extracellular fluid และจะส่งผล ทำให้เกิด Cardiac Output เพิ่มขึ้นจนเป็น Hypertension นอกจากนี้ Hormonal Factors ต่างๆ เช่น Renin, Angiotensin, และ Aldosterone Steroid ต่างๆ เช่น Deoxycorticosterone, Hydroxy deoxy, Corticosterone และ Prostaglandin เป็นต้น ก็มีผลเช่นเดียวกัน การรักษา เป้าหมายของการรักษาความดันโลหิตสูง คือการลดความดันโลหิตให้ลงมาสู่ปกติ และลดปัจจัยเสี่ยงของการ เกิดภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ การรักษาความดันโลหิตจึงมีทั้งการรักษาด้วยยาและการรักษาที่ไม่ใช่ยา ซึ่งเป็นการ ปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิต

3.4 ความรู้เรื่องโรคข้อเข่าเสื่อม (Osteoarthritis of knee) หมายถึง โรคที่มีการสึกกร่อนหรือเสื่อมสภาพของกระดูกอ่อนของข้อเข่า (degenerative-articular cartilage disease) ซึ่งกระบวนการสึกกร่อนเกิดขึ้นอย่างช้าๆ บริเวณกระดูกอ่อนที่ปลายกระดูกข้อเข่าหอนรองกระดูกและเนื้อเยื่อระหว่างข้อต่อกระดูกข้อเข่า ทำให้กระดูกอ่อนบางลง มีสูญเสียกระดูกอ่อนที่ปกคลุมเนื้อกระดูกแข็ง (exposed bone) ส่งผลให้กระดูกที่อยู่ใต้กระดูกอ่อน (subchondral bone) หนาตัวและเกิดกระดูกงอกใหม่ (bone spur หรือ osteophyte) ลักษณะเป็นก้อนแข็ง ขรุขระเหมือนเดือยกระดูก ร่วมกับเยื่อข้อ (synovial membrane) สร้างน้ำไขข้อลดลง ส่งผลให้เกิดแรงเสียดสีต่อกระดูกข้อเข่ามากขึ้น ต่อมาทำให้ช่องว่างระหว่างกระดูกข้อเข่าแคบลง (joint space narrowing) ดังนั้น ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมจึงมีอาการปวดเมื่อยข้อ ข้อฝืดมีเสียงดังในข้อเมื่อเคลื่อนไหว และข้อผิดรูป (สุวรรณี สร้อยสงค์, อังคณา เรือนก้อน , ภัณฑิรา เฟื่องทอง , ผุสดี สระทอง 2562)

ชนิดของโรคข้อเข่าเสื่อม

1. **โรคข้อเข่าเสื่อมปฐมภูมิ (Primary หรือ Idiopathic osteoarthritis)** หมายถึงข้อเข่าเสื่อม ที่เกิดขึ้นโดยไม่ทราบสาเหตุ มักเกิดขึ้นเองตามธรรมชาติของอายุและลักษณะการใช้งานของข้อ โดยไม่เคยมีประวัติของโรคหรือการเจ็บป่วยที่เกี่ยวข้องข้อเข่ามาก่อน ไม่ทราบสาเหตุที่ชัดเจนซึ่งมีปัจจัยส่งเสริมร่วมกันหลายประการ เช่น พันธุกรรมน้ำหนักตัว อายุที่มากขึ้น รูปร่างลักษณะของขาที่ผิดปกติ เช่น ขาโก่งออกนอก (Genu varum) หรือขาโก่งเข้าใน (Genu valgum)

2. **โรคข้อเข่าเสื่อมทุติยภูมิ (Secondary osteoarthritis)** หมายถึง ข้อเข่าเสื่อมที่มีสาเหตุจาก

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

2. โรคข้อเข่าเสื่อมทุติยภูมิ (Secondary osteoarthritis) หมายถึง ข้อเข่าเสื่อมที่มีสาเหตุจากภาวะหรือปัจจัยอื่นๆ ทำให้มีพยาธิสภาพเกิดขึ้น เช่น กระดูกหักที่มีรอยผ่านผิวข้อ ทำให้กระดูกอ่อนผิวข้อเรียงตัวไม่เรียบเหมือนเดิม (Intraarticular fracture) การติดเชื้อภายในข้อ (Pyogenic and tuberculous arthritis) ความผิดปกติของข้อกำเนิด เป็นต้น

สาเหตุของโรคข้อเข่าเสื่อม

1. จากการใช้งาน เช่น การนั่งยองๆ นั่งพับเพียบ เป็นการสร้างแรงกดให้กับข้อเข่ายิ่งถ้านั่งงอเข่ามากๆเป็นเวลานานยิ่งทำให้ข้อเข่าสึกกร่อนเร็วขึ้น สำหรับในผู้ที่มีน้ำหนักตัวมาก เข่าต้องรับน้ำหนัก มากขึ้นทำให้เพิ่มโอกาสในการทำให้เข่าเสื่อมมากขึ้น
2. อายุ โรคข้อเสื่อมพบได้สูงมากในวัยสูงอายุ โดยผู้ที่อายุ 60 ปีขึ้นไป พบโรคนี้ร้อยละ 50 ในช่วงอายุมากกว่า 54 ปีขึ้นไปพบในเพศหญิงมากกว่า เพศชายจากสาเหตุของหญิงวัยทองที่ทำให้กระดูกพรุนอย่างรวดเร็ว
3. อุบัติเหตุ ข้อเข่าอาจเสื่อมได้ เมื่อได้รับบาดเจ็บจากการเกิดอุบัติเหตุ
4. การขาดเลือดไปเลี้ยงกระดูก ส่วนที่อยู่ใต้ผิวกระดูกอ่อน เป็นส่วนสำคัญ ที่ได้รับผลกระทบจากการขาดเลือดไปเลี้ยง ทำให้กระดูกส่วนนี้เสียไปและเมื่อกระดูกที่เป็นฐานของกระดูกอ่อนทรุดตัวลงข้อเข่าจึงไม่สามารถทำงานได้ตามปกติ
5. ข้ออักเสบ (Arthritis) ข้ออักเสบในที่นี้หมายถึง ฟันผิวข้อค่อยๆถูกทำลาย ที่พบบ่อยมี 2 แบบ คือโรคข้ออักเสบจากการสึกกร่อน (Osteoarthritis) หรือที่เรียกโดยทั่วไปว่า โรคข้อเสื่อมและโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ (Rheumatoid Arthritis)

อาการของข้อเข่าเสื่อม

1. อาการปวดข้อเข่า (knee pain) ปวดเมื่อยข้อเข่า เดินขึ้น - ลงบันได หรือยืนกิจกรรมนานหรือขณะวิ่ง ลักษณะการปวดแบบตื้อๆ (dull pain) ปวดในข้อเข่าอาการปวดจะค่อยเป็นค่อยไป (progressive pain) เป็นการปวดแบบเรื้อรัง (chronic pain) จะปวดมากขึ้นเมื่อเคลื่อนไหว และปวดขณะนอนหลับ (night pain) หรือปวดมากขึ้นเมื่ออากาศเย็นหรือฝนตก
2. อาการข้อฝืด (stiffness) มักมีอาการหลังตื่นนอนตอนเช้า หรือหลังจากนั่งพักนานๆ (after prolong inactivity) หากขยับข้อสักครู่ จะสามารถขยับได้คล่องขึ้น
3. อาการเข่าบวม (Swelling) อาการนี้เป็นๆหายๆ
4. อาการข้อเข่าอ่อนแรงและไม่มั่นคง (weakness and instability) กล้ามเนื้อรอบๆ เข่าไม่มีแรงและข้อเข่าโยก และกล้ามเนื้อมีความแข็งแรงลดลง
5. อาการมีเสียงดังในข้อ (crepitus) เกิดเสียงดังกรอบแกรบภายในข้อเข่า โดยเฉพาะขณะเดินเคลื่อนไหว งอเข่าหรือเหยียดเข่า

การรักษาโรคข้อเข่าเสื่อม

1. รักษาด้วยยา (Medication) ยาที่ใช้เป็นยาแก้อักเสบที่เรียกว่าเอ็นเสด (NSAID) หรือยาแก้ปวด

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน(ต่อ)

การรักษาโรคข้อเข่าเสื่อม

1. รักษาด้วยยา (Medication) ยาที่ใช้เป็นยาแก้อักเสบที่เรียกว่าเอ็นเสด (NSAID) หรือยาแก้ปวด
2. การออกกำลังกาย (Exercise) ทำให้กล้ามเนื้อแข็งแรง ช่วยผ่อนแรงกระดูกที่กระทบกับข้อโดยตรง ทำให้ข้อสึกช้าลง
3. การทำกายภาพ (Physical therapy) เป็นวิธีที่ทำให้อาการเจ็บปวดลดลงได้ เช่น การประคบร้อน
4. การรักษาโดยการผ่าตัด เป็นการรักษาที่ควรใช้กับผู้ป่วยโรคข้อเสื่อมที่ปวดมากขณะเดินหรือเคลื่อนไหว ข้อเข่าผิดรูป หรือไม่สามารถทำกิจกรรมได้ปกติ ซึ่งการผ่าตัดที่มีประสิทธิภาพและเหมาะสมที่สุด

การผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม (total knee arthroplasty)

เป็นการผ่าตัดที่ต้องเปลี่ยนผิวข้อทั้งหมด ทั้งกระดูกต้นขา กระดูกขาและอาจรวมกระดูกสะบ้าด้วย โดยอาศัยการนำข้อเทียมเข้าไปครอบกระดูกที่เสื่อมไว้

วิธีผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม การผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม เป็นการเปิดแผลผ่าตัด ยาวประมาณ 17 -20 เซนติเมตร บริเวณ medial patellar แล้วตัดเนื้อเยื่อที่ข้ามข้อเข่าออก เพื่อประมาณขนาดข้อเข่า เมื่อเปิดเห็นข้อเข่าแล้วจะวัดขนาดข้อเข่าด้วยเครื่องมือทางการแพทย์ เพื่อเตรียมขนาดข้อเข่าเทียมให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย ก่อนการทำการตัดผิวกระดูกหน้าแข้ง (tibia) ตัดออกประมาณ 10 มิลลิเมตรและตัดส่วนปลายกระดูกต้นขา (femur) ตัดออกหน้าประมาณ 9 - 10 มิลลิเมตร ตัดผิวกระดูกสะบ้าออกประมาณ 8 มิลลิเมตรในการตัดกระดูกออกเพื่อให้เป็นรูปร่างเข้าได้กับข้อเข่าเทียมที่เลือกไว้ภายหลังตัดปลายกระดูกหน้าแข้งและปลายกระดูกต้นขาออกจะต้องเตรียมผิวหน้าของกระดูกเพื่อรองรับข้อเทียมที่จะใส่เข้าไปแทนที่ส่วนที่ตัดออกอาจใช้สารยึดกระดูก/ซีเมนต์กระดูก ช่วยยึดหรือไม่ใช้สารยึดกระดูกช่วยยึด ขึ้นอยู่กับชนิดของข้อเข่าเทียมแบบใด สำหรับผิวของกระดูกสะบ้าจะถูกแทนที่ด้วยแผ่นพลาสติก ภายหลังที่แพทย์ทดสอบเกี่ยวกับการเคลื่อนไหวของข้อเทียมเกี่ยวกับการงอและการเหยียดขาเรียบร้อยแล้ว จะใส่ท่อระบายเลือดไว้ที่แผลผ่าตัดก่อนจะเย็บแผลสำหรับแผลปิดด้วยผ้าปิดแผลที่ฆ่าเชื้อโรคแล้วใส่ Jones's Bandage ไว้เพื่อให้ข้อเข่าอยู่นิ่ง โดยทั่วไประยะเวลาในการผ่าตัดประมาณ 2 ชั่วโมง

ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม

1. การติดเชื้อโดยเฉพาะในผู้ป่วยเบาหวาน ทำให้มีอาการเปลี่ยนแปลงต่อระบบสมดุล ของร่างกาย มีการหลั่งฮอร์โมนหลายชนิดที่มีผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลของผู้ป่วยและมีผลต่อเนื่องกับการหายของแผลรวมถึงการติดเชื้อ
2. หลอดเลือดดำส่วนลึกอุดตัน (deep vein thrombosis) และการมีเลือดอุดตันที่ปอด (pulmonary embolism) ผู้ที่มีข้อเสี่ยงคือสูงอายุ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง
3. ภาวะไขมันเล็กๆหลุดเข้ากระแสเลือดก่อให้เกิดการอุดตัน (fat embolism)
4. ข้อไม่มั่นคง (joint instability) ข้อยึดติด (contracture)
5. การเคลื่อนไหวของสะบ้า (patellar subluxation)
6. การได้รับบาดเจ็บต่อเส้นเลือดเส้นประสาท (neurovascular injuries) เส้นประสาทโพเรอเนียล

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน(ต่อ)

อาจได้รับบาดเจ็บจากการยึดของเส้นประสาทนี้มากเกินไป ขณะทำการผ่าตัดเพื่อแก้ไขขาที่โก่งออกมากเกินไป

7. ข้อเข้าเทียมหลวม หลุด สีก่อนกำหนด ข้อเข้าเทียมติด

8. อื่นๆเช่น แผลกดทับ ท้องอืด ปัญหาด้านจิตสังคมเช่น ความเครียด ความวิตกกังวล

3.5 ความรู้เรื่องการระงับความรู้สึกเฉพาะส่วน (Regional anesthesia) การระงับความรู้สึกเฉพาะส่วน หรือ Regional anesthesia (RA) คือการฉีดยาชาเฉพาะที่เพื่อยับยั้งการทำงานของเส้นประสาททำให้ผู้ป่วยหมดความรู้สึกเพียงบางส่วนของร่างกายโดยไม่ส่งผลถึงการทำงานของสมองแต่ในบางครั้งการระงับความรู้สึกเฉพาะส่วนอาจต้องทำร่วมกับการให้ยาเพื่อให้ผู้ป่วยอยู่ในภาวะสงบ (sedation) เพื่อลดความกลัวและวิตกกังวลของผู้ป่วยระหว่างผ่าตัด

Regional anesthesia สามารถแบ่งได้ 4 ประเภทดังนี้

1. local blocks คือการฉีดยาชาเฉพาะที่บริเวณผิวหนังที่จะทำการผ่าตัดโดยตรง
2. Neuraxial Blocks เช่น spinal, epidural และ caudal blocks คือการฉีดยาชาเฉพาะที่บริเวณหลังเพื่อระงับความรู้สึก ที่ระดับไขสันหลัง (spinal cord) ทำให้ผู้ป่วยหมดความรู้สึกของร่างกาย เฉพาะ dermatome ของรากประสาท (nerve root) ที่ยาชาเฉพาะที่ออกฤทธิ์เช่นทำให้หมดความรู้สึกของขาทั้งสองข้างขึ้นมาถึงระดับเอว (จะกล่าวถึงรายละเอียดต่อไป) เป็นต้น
3. Peripheral nerve blocks คือการฉีดยาชาเฉพาะที่บริเวณเส้นประสาทส่วนปลาย หรือกลุ่มเส้นประสาทที่เปลี่ยนส่วนต่างๆของร่างกายเช่นการทำ brachial plexus block จะทำให้แขนเฉพาะข้างที่ฉีดยาชาเฉพาะที่หมดความรู้สึก เป็นต้น
4. Intravenous blocks เป็นอีกวิธีที่สามารถทำให้ปลายแขนหรือปลายขา หมดความรู้สึกได้โดยการฉีดยาชาเฉพาะที่บางชนิด เข้าไปในหลอดเลือดดำของร่างกาย ส่วนที่ต้องการทำการผ่าตัดในขณะที่ยึดต้นขาไม่ให้มีเลือดไหลผ่าน โดยต้องมีเครื่องมือพิเศษและมีความรู้เพิ่มเติมด้านนี้เป็นอย่างดี เพราะมีความเสี่ยงต่อการเกิดพิษของยาชาโดยเฉพาะที่ได้ง่าย

ผลของ neuraxial block ต่อระบบต่างๆ ของร่างกาย

1. ผลต่อระบบหัวใจและหลอดเลือด ส่วนใหญ่เป็นผลจากการยับยั้งการทำงานของระบบประสาทซิมพาเทติก การเปลี่ยนแปลงจะเกิดขึ้นมากขึ้นอยู่กับระดับ dermatome ของ neuraxial block ผลกระทบที่เด่นๆคือหลอดเลือดส่วนล่างของร่างกายที่ถูกระงับความรู้สึกจะขยายตัว (vasodilatation) ทำให้เกิดความดันเลือดต่ำได้หากระดับการ block สูงถึง sympathetic cardiac acceleration fibers (T1 - T4) จะทำให้เกิดภาวะหัวใจเต้นช้า (bradycardia) รวมด้วย ดังนั้นการทำ neuraxial block จึงอาจทำให้เกิดความดันเลือดต่ำอย่างรุนแรง จนเป็นอันตรายแก่ผู้ป่วยได้หากไม่ได้รับการป้องกันหรือรักษาได้ทันเวลาที่ ทั้งนี้สามารถป้องกันโดยการให้สารน้ำให้เพียงพอประมาณ 10 - 20 มล./กก. และมียารักษาภาวะหัวใจเต้นช้าและยาเพิ่มความดันเลือดเช่น atropine หรือ phenylephrine เตรียมไว้ให้พร้อมก่อนทำการผ่าตัด
2. ผลต่อระบบหายใจ neuraxial block ในระดับที่เหมาะสมมีผลต่อระบบหายใจน้อยมากการทำ neuraxial block จึงมีข้อดีเหนือกว่าการให้ยาระงับความรู้สึกแบบทั้งตัว (general anesthesia; GA) คือไม่ต้อง

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน(ต่อ)

รบกวนทางหายใจและปอดโดยตรงนอกจากนั้นการทำ epidural analgesia สามารถช่วยระงับปวดหลังการผ่าตัดช่องอก และช่องท้องส่วนบนได้ดีจึงส่งเสริมให้ผู้ป่วยหายใจได้เต็มที่และฟื้นตัวได้เร็วขึ้น แต่ในผู้ป่วยที่มีสมรรถภาพการทำงานของปอดลดลง (limited respiratory reserve) ควรทำด้วยความระมัดระวังเพราะหากเกิด motor blockade ที่ระดับ dermatome สูงเกินไปจนยับยั้งการทำงานของกล้ามเนื้อ intercostal จะทำให้ผู้ป่วยหายใจเองได้ไม่เพียงพอ ดังนั้นการผ่าตัดบริเวณสูงกว่าระดับสะดือ จึงไม่แนะนำให้ทำเฉพาะ neuraxial block อย่างเดียวเนื่องจากต้องใช้ความเข้มข้นของยาชาเฉพาะที่มากและอาจยับยั้งการทำงานของกล้ามเนื้อร่วมด้วยทำให้ผู้ป่วยหายใจได้เองไม่เพียงพอ

3. ผลต่อระบบทางเดินอาหารและระบบทางเดินปัสสาวะ ถ้าใส่จะมีการบีบตัวเพิ่มขึ้น เนื่องจากระบบประสาทพาราซิมพาเทติกทำงานดีขึ้น จึงควรระมัดระวังในผู้ป่วยที่มีลำไส้อุดตันเพราะการบีบตัวที่เพิ่มขึ้นอาจทำให้ลำไส้แตกได้ ส่วนการทำงานของกระเพาะปัสสาวะจะลดลง จากการยับยั้งการทำงานของระบบประสาทซิมพาเทติกและพาราซิมพาเทติกจึงอาจเกิด urinary retention ได้ในผู้ป่วยบางราย

ปัจจัยที่มีผลต่อระดับการระงับความรู้สึกของ spinal block

ปัจจัยต่อไปนี้มีผลต่อระดับการระงับความรู้สึกของ spinal block ผู้ทำหัตถการจึงควรคำนึงถึงและเลือกให้ยาให้เหมาะสมกับผู้ป่วยและการผ่าตัด

1. ปริมาณยาชาเฉพาะที่ที่ใช้เลือกปริมาณให้เหมาะสมกับผู้ป่วยชนิดและเวลาในการผ่าตัด
2. ลักษณะผู้ป่วยเช่นคนอ้วนและคนสูงอายุจะมีไขมันหรือผังผืดใน spinal canal มากขึ้นจึงเบียด arachnoid space ให้แคบลงรวมถึงผู้ป่วยรูปร่างเตี้ยหรือมีความผิดปกติของกระดูกสันหลังด้วยความผิดปกตินี้ทำให้การกระจายขึ้นสูงกว่าคนปกติได้เมื่อให้ยาในปริมาณเท่าเดิม
3. ชนิดของยาชาที่ใช้เช่นยาชาเฉพาะที่ชนิด heavy หรือ hyperbaric จะมีความถ่วงจำเพาะสูงกว่า CSF ดังนั้นเมื่อฉีดเข้าไปแล้วยามีแนวโน้มตกลงตามแรงโน้มถ่วง ดังนั้นจึงต้องคำนึงถึงค่าทางของผู้ป่วยขณะที่ฉีดยาหรือหลังฉีดยาในช่วง 15 นาทีแรกเช่นหากมีการจัดท่านอนหงาย ให้ศีรษะต่ำกว่าสะโพกหลังการฉีดยาจะทำให้ระดับการระงับความรู้สึกของ spinal block สูงกว่าที่คนจะเป็นได้หรือการจัดท่านอนตะแคง จะทำให้ขาข้างที่อยู่ล่างกว่าขามากกว่าขาข้างที่อยู่ด้านบนเป็นต้น ส่วนยาชาเฉพาะที่ isobaric ยาจะมีความสูงเฉพาะเท่าหรือต่ำกว่า CSF เล็กน้อยยาจึงมีแนวโน้มกระจายอยู่บริเวณที่ฉีดยา หรือลอยขึ้นไปในทิศทางตรงข้ามกับแรงโน้มถ่วง

4. เทคนิคในการฉีดยาการฉีดยาที่เร็วหรือใช้เทคนิค barbotage อาจทำให้ยากระจายได้มากขึ้นได้ ข้อดีของ neuraxial block ที่เหนือกว่า general anesthesia มีดังนี้

1. ลดอัตราการเกิดคลื่นไส้อาเจียนหลังการผ่าตัด
2. ลดการเสียเลือดจากการผ่าตัดแบบชนิดเช่นการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพก (total hip replacement) หรือการผ่าตัดต่อมลูกหมากเป็นต้น
3. ลดการหลั่ง catecholamines ที่เป็นผลจาก stress response จากการผ่าตัด
4. สามารถประเมินระดับความรู้สึกตัวซึ่งจะเป็นบ้าง ในบางหัตถการ เช่นผ่าตัดต่อมลูกหมากโดยการ

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน(ต่อ)

ส่องกล้อง (transurethral resection - prostatectomy: TUR - P) ที่ต้องการเฝ้าระวังภาวะ TUR-P syndrome เป็นต้น

5. ลดความต้องการยาแก้ปวดหลังการผ่าตัด

3.6 ทฤษฎีทางการพยาบาลที่เกี่ยวข้อง

1. แบบแผนสุขภาพ (Functional Health Pattern) เป็นกรอบแนวคิด ของ มาร์จอรี่กอร์ดอนใช้เป็นแนวทางในการประเมินภาวะสุขภาพของบุคคล โดยการมองแบบแผนพฤติกรรมของบุคคลที่เกิดขึ้นช่วงระยะเวลาหนึ่ง และมีผลต่อสุขภาพ และปัจจัยส่งเสริม หรือปัจจัยที่เป็นอุปสรรตต่อการทำหน้าที่ของแบบแผนสุขภาพ จะเห็นว่า ในแต่ละแบบแผนจะกล่าวถึงลักษณะพฤติกรรม และปัจจัยส่งเสริม หรือปัจจัยเสี่ยงต่อการทำงานของร่างกายที่อาจปกติ หรือผิดปกติในแต่ละแบบแผนจะมีความสัมพันธ์กัน หากมีความผิดปกติในแบบแผนหนึ่งอาจมีผลกระทบต่อแบบแผนอื่น กรอบแนวคิด เกี่ยวกับแบบแผนสุขภาพ สามารถนำไปใช้อย่างกว้างขวางในการปฏิบัติการพยาบาล เพราะมองคน ในรูปแบบการปฏิบัติกิจกรรม เพื่อการดำรงชีวิต ในแบบแผนต่าง ๆ สามารถมองปัญหาได้เบ็ดเสร็จ ในแต่ละแบบแผน หรืออาจมีการคาบเกี่ยวกันในระหว่างแบบแผนที่นำไปสู่ปัญหาสุขภาพอนามัยของ ผู้รับบริการ สามารถใช้ได้กับคนสุขภาพดี และเจ็บป่วย เพราะมองคนตามลักษณะพฤติกรรมสุขภาพ ไม่ได้ มองที่การเจ็บป่วยอย่างเดียว (จันทร์เพ็ญ สันตวาจา, 2556)

2. ทฤษฎีการดูแลสุขภาพของโอเร็ม (The theory of self - care) คือ บุคคลต้องกระทำการดูแลตนเอง แต่เมื่อบุคคลไม่สามารถดูแลตนเองได้ย่อมต้องการความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น ครอบครัว ซึ่งพยาบาลสามารถให้ความช่วยเหลือโดยการให้ความรู้ อธิบาย แนะนำ สนับสนุน ให้กำลังใจ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ (จันทร์เพ็ญ สันตวาจา, 2556) และเน้นครอบครัวให้มีส่วนร่วมในการดูแล จากทฤษฎีทางการพยาบาลของโอเร็ม พบว่า ผู้ป่วยสามารถรับรู้ได้ว่ามีภาวะเจ็บป่วยที่ต้องได้รับการรักษาในโรงพยาบาล เพื่อป้องกันการเกิดอันตรายที่คุกคามต่อการดำรงชีวิต ก่อนการเจ็บป่วยครั้งนี้ผู้ป่วยมีสุขภาพแข็งแรง สามารถดูแลตนเองได้ การเจ็บป่วยครั้งนี้ มีผลกระทบต่อแผนการดำเนินชีวิตของตนเอง และครอบครัว ทำให้ช่วยเหลือตนเองได้น้อยลงต้องพึ่งพาผู้อื่น ผู้ป่วยยินยอมที่จะรักษาโดยการผ่าตัดยินยอมรับการให้ยาระงับความรู้สึก และการพยาบาล ส่งผลต่อการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของผู้ป่วย การลดภาวะแทรกซ้อนลดระยะเวลาการนอนในโรงพยาบาล ลดค่าใช้จ่าย การปฏิบัติตัวได้ตามคำแนะนำ และส่งเสริมการฟื้นฟูเข้าสู่ภาวะสุขภาพปกติหรือใกล้เคียงให้เร็วที่สุด (พารุณี วงษ์ศรี, 2561)

4.สรุปสาระสำคัญขั้นตอนการดำเนินงานและเป้าหมายของงาน

4.1 หลักการและเหตุผล

จำนวนผู้สูงอายุในประเทศไทยปี 2565 มีจำนวนทั้งสิ้น 12,698,362 คน จากสถิติของกรมกิจการผู้สูงอายุ ซึ่งเพิ่มขึ้นจากเดิม 456,820 คน คิดเป็น 3.5% ทำให้จำนวนผู้สูงอายุที่เข้ารับการผ่าตัดและระงับความรู้สึกมีมากขึ้นเช่นกัน ซึ่งประชากรผู้สูงอายุจะมีสรีรวิทยาที่เปลี่ยนแปลงไปจากปกติและมีโรคประจำตัวร่วมด้วยเพิ่มขึ้น มีแนวโน้มที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อนอย่างรุนแรง จากการทำผ่าตัดและให้ยาระงับความรู้สึก อัตราการเสียชีวิตสูงสุดถึง

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน(ต่อ)

13 ต่อเสนอประชากร (ราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์, 2562) โรคข้อเข่าเสื่อมเป็นโรคที่พบในผู้สูงอายุ ไม่สามารถรักษาหายขาดได้และรบกวนชีวิตประจำวัน การผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมเป็นการรักษาที่มีประสิทธิภาพสูงสุด จากสถิติโรงพยาบาลบางบัวทอง มีผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม มารับการรักษา ปี 2564 - 2566 จำนวน 601, 908 และ 597 ราย ตามลำดับ ได้เริ่มทำการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม ในปี 2565 จำนวน 1 ราย และ ปี 2566 จำนวน 17 ราย ตามลำดับ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวเรื้อรัง ได้แก่ โรคกระดูกและข้อ โรคความดันโลหิตสูงโรคเบาหวาน โรคหัวใจและหลอดเลือด อุบัติการณ์ที่นำไปสู่การเสียชีวิต คือ ระบบหัวใจและการไหลเวียนเลือดเนื่องจากความเสื่อมหน้าที่ของอวัยวะต่าง ๆ และกลไกการปรับตัวเมื่อเผชิญภาวะวิกฤตของผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดและระงับความรู้สึก และจะพบอัตราการตายจากการผ่าตัดชนิดที่ไม่เร่งด่วนสูงเป็น 10 เท่าของคนหนุ่มสาว (วิทยา เลิศวิริยะกุล, 2566) ซึ่งวิสัญญีพยาบาลจึงต้องมีความรู้ความเข้าใจในการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาการเสื่อมสภาพของอวัยวะต่างๆ เพื่อให้สามารถประเมินสภาพร่างกายที่เสื่อมลงและให้ยาระงับความรู้สึก การเฝ้าระวังที่มีมาตรฐาน ซึ่งมีส่วนทำให้ภาวะแทรกซ้อนและอัตราการตายลดลงได้

ดังนั้นจึงนำมาสู่การศึกษาการพยาบาลและการระงับความรู้สึกผู้ป่วยสูงอายุที่มีโรคอ้วนและโรคความดันโลหิตสูงเพื่อผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม ซึ่งวิสัญญีพยาบาลต้องมีความรู้ความเข้าใจ การวางแผนการพยาบาลผู้ป่วยระยะก่อนให้บริการวิสัญญี ระยะให้บริการวิสัญญี ระยะหลังให้บริการวิสัญญี ที่ครอบคลุมทั้งร่างกาย จิตใจอารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณ เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ฟื้นตัวได้เร็ว สามารถกลับไปใช้ชีวิตได้อย่างปกติ

4.2 วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาการพยาบาลและการระงับความรู้สึกผู้ป่วยสูงอายุที่มีโรคอ้วนและโรคความดันโลหิตสูงเพื่อผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม

4.3 เป้าหมาย

เพื่อให้ผู้ป่วยสูงอายุที่มีโรคอ้วนและโรคความดันโลหิตสูงได้รับการระงับความรู้สึกเพื่อผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม ได้รับการดูแลให้การพยาบาลตามมาตรฐาน มีความปลอดภัย ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน

4.4 ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไป ผู้ป่วยหญิงไทยอายุ 72 ปี อาชีพแม่บ้าน เลขที่ภายนอก HN : 5000056498 เลขที่ภายใน AN : 660003696 สถานภาพ สมรส นับถือศาสนาพุทธ จบการศึกษาระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 ใช้สิทธิ์บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า โรงพยาบาลบางบัวทอง น้ำหนัก 70 กิโลกรัม ส่วนสูง 150 เซนติเมตร ดัชนีมวลกาย 31.11 ปฏิเสธการแพ้ยา อาหาร สารเคมี ประวัติการผ่าตัดและการได้ยาระงับความรู้สึก เคยผ่าตัดคลอด เมื่อ 24 ปีที่แล้ว ภายใต้การระงับความรู้สึกแบบทั่วตัว ไม่พบปัญหาใดๆหลังผ่าตัด ปฏิเสธการดื่มเหล้า สูบบุหรี่ มีโรคประจำตัว โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และโรคอ้วน รักษาต่อเนื่องลงที่โรงพยาบาลบางบัวทอง ไม่ประวัติขาดยา ยาที่รับประทาน Losartan (50) 2 เม็ดหลังอาหารเช้า, Metformin (500) 2 เม็ดหลังอาหารเช้าเย็น, Glipizide (5) 1 เม็ดหลังอาหารเช้าเย็น, Simvastatin (20) 1 เม็ดก่อนนอน ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลบางบัวทอง วันที่ 24 สิงหาคม 2566 ให้ประวัติว่า ปวดเข่าข้างซ้ายเป็นๆ หายๆ มา 10 ปี รับการรักษาโดยการรับประทานยาและกายภาพบำบัด 1 เดือนก่อนมารพ ปวดมากขึ้น เข่าข้างซ้ายบวม เดินลำบาก ขึ้นบันไดไม่ได้ เดินไกลไม่ได้ จึงตัดสินใจรักษาโดยการผ่าตัดตามคำแนะนำของแพทย์การวินิจฉัยเบื้องต้น โรคข้อเข่าเสื่อมข้างซ้าย (Osteoarthritis of knee) แกร่งรับรู้สักรั้วดี ความดันโลหิต 140/80 มิลลิเมตรปรอท, ชีพจร 90 ครั้ง/นาที งอเข่าซ้ายได้น้อย ปวดเข่าซ้าย เดินลำบาก ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่เกี่ยวข้อง Hct 38% , HB 12.4g/dl,

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน(ต่อ)

WBC 7,240 cell/mm³, PT14.2, INR 1.16, BUN 15.5 mg/dl, Cr 0.64 mg/dl, HbA1C 6.0%, Na 134.7, K3.85, Cl103.3, Co2 27.6, Anti-HIV = Negative ผลเอ็กซเรย์ปอด ปกติ ผลตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ ปกติโดยผู้ป่วยได้รับการดูแลจากสหวิชาชีพ 1 เดือนก่อนผ่าตัด มีการร่วมประเมินก่อนการผ่าตัดจาก อายุรแพทย์ วิสัญญีแพทย์ ประเมินมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง อาจเสียชีวิต 3% ญาติและผู้ป่วยยินยอมรับความเสี่ยง พบทันตแพทย์ ไม่มีฟันผุและได้รับคำแนะนำเรื่องการปฏิบัติก่อนและหลังผ่าตัดข้อเข้าเทียมจากนักกายภาพบำบัด ประเมินความพร้อมทั้งด้านร่างกายและจิตใจ เตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดไม่พบแหล่งติดเชื้อในร่างกาย 1 วันก่อนการผ่าตัดมีการเยี่ยมผู้ป่วยอีกครั้งโดยวิสัญญีพยาบาล ตรวจร่างกาย พบเข้าข้างซ้ายบวม ปวดเวลาเคลื่อนไหว ประเมินสภาพผู้ป่วยตาม ASA physical status class III ได้แนะนำเรื่องการปฏิบัติตัวก่อนการให้ยาระงับความรู้สึกและผ่าตัด แนะนำงดน้ำงดอาหารหลังเที่ยงคืน อาบน้ำทำความสะอาดร่างกายก่อนเข้าห้องผ่าตัด วางแผนให้ยาระงับความรู้สึกแบบฉีดยาชาเข้าทางช่องไขสันหลัง (spinal block) วันที่ผ่าตัด 25 สิงหาคม 2566 ได้รับยา losartan (50) 1 เม็ด และจำกัดน้ำ 30 cc เวลา 6.00น ได้รับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดตามแนวทางของอายุรแพทย์ ก่อนเข้าห้องผ่าตัด ระดับน้ำตาลในเลือดที่ปลายนิ้ว 112 mg% ประเมินผู้ป่วย ติดอุปกรณ์เฝ้าระวังตามมาตรฐาน sign in time out ก่อนการผ่าตัดและระงับความรู้สึก แกรับที่ห้องผ่าตัด ประเมินสัญญาณชีพ ความดันโลหิต 165/86 มิลลิเมตรปรอท, อัตราการเต้นของหัวใจ 80 ครั้ง/นาที, อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที, ระดับความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 98% คลื่นไฟฟ้าหัวใจปกติ ผู้ป่วยยังมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัด แพทย์ได้ให้ยา fentanyl 50 mcg ทางหลอดเลือดดำเพื่อคลายกังวล ดูแลให้ oxygen canular 3 LPM วิสัญญีพยาบาลพูดคุยด้วยท่าที่เป็นมิตรเพื่อให้ผู้ป่วยสบายใจคลายความกังวล จัดทำให้ผู้ป่วยนอนตะแคงขวา วิสัญญีแพทย์ ฉีดยาชา 0.5% Isobaric Marcaine 3.2 cc หลังจากนั้นนอนหงายทดสอบระดับยาชา T10 หลังได้ยาระงับความรู้สึกประมาณ 10 นาที พบปัญหาความดันโลหิตต่ำ 90/50 มิลลิเมตรปรอท, อัตราการเต้นของหัวใจ 90 ครั้ง/นาที ผู้ป่วยได้รับยาตีบลอดเลือด Ephedrine ครั้งละ 6 mg รวมทั้งสิ้น 36 mg ในระหว่างการทำผ่าตัด พบปัญหาความดันโลหิตสูงร่วมด้วย ความดันโลหิต 90/50 มิลลิเมตรปรอท -180/90 มิลลิเมตรปรอท ได้รับยาลดความดันโลหิต Nicardipine 0.2 mg ทางหลอดเลือดดำ รวมทั้งสิ้น 20 mg และได้ให้ความอบอุ่นแก่ร่างกายผู้ป่วยด้วยเครื่องให้ความอุ่นและติดตั้งเครื่องบีบคั้นแรงลมเป็นระยะเพื่อป้องกันการเกิดหลอดเลือดดำส่วนลึกอุดตัน (Intermittent Pneumatic compression) ที่ขาและเท้าข้างขวา ก่อนลงมีด ได้รับยา Cefazolin 2 gm ทางหลอดเลือดดำและหลัง off Tourniquets 350 mmHg ที่ต้นขาซ้าย ได้รับยา Cefazolin 1 gm ทางหลอดเลือดดำ และ Transamine 500 mg ทางหลอดเลือดดำ ได้รับยา 0.5% Marcaine 10 cc ฉีดที่ผิวหนังโดยศัลยแพทย์ตลอดการผ่าตัด ผู้ป่วยเสียเลือด 200 cc ได้รับสารน้ำทดแทน 0.9% NSS 400 cc และ Acetar Ringer Solution 400 cc ไม่มีภาวะหนาวสั่น หรือคลื่นไส้อาเจียน สัญญาณชีพ ก่อนย้ายเข้าที่ห้องพักฟื้น ความดันโลหิต 165/80 มิลลิเมตรปรอท, อัตราการเต้นของหัวใจ 90 ครั้ง/นาที ขณะอยู่ห้องพักฟื้น ผู้ป่วยได้รับการดูแลตามมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยหลังระงับความรู้สึก พบปัญหาความดันโลหิตสูงและปวดแผล Modified Aldrete Scoring system = 9 คะแนน ได้รับยาลดปวด fentanyl 100 mcg ทางหลอดเลือดดำ และ ยาลดความดัน nicardipine ครั้งละ 0.2 mg ทางหลอดเลือดดำ รวมทั้งสิ้น 1 mg สัญญาณชีพก่อนย้ายกลับหอผู้ป่วย ความดันโลหิต 140/80 มิลลิเมตรปรอท, ชีพจร 90 ครั้ง/นาที ระดับความเจ็บปวด 3 คะแนน ระดับความอิ่มตัวของออกซิเจน 99% ติดตามเยี่ยมอาการที่หอผู้ป่วย พบปัญหาเรื่องปวดแผล ไม่ค่อยเคลื่อนไหว ได้แนะนำเรื่องการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด แนะนำให้มี early ambulation ไม่มีอาการแน่นหน้าอก เหนื่อย ปวดบวมขา หรือจุดเลือดที่รักแร้ เยื่อบุตา ผู้ป่วยได้รับการดูแลจากนักกายภาพบำบัดฝึกเดิน แผลผ่าตัดแห้งดี ไม่บวมแดง ไม่มีไข้ ผู้ป่วยได้รับคำแนะนำเรื่องการปฏิบัติตัวที่บ้าน การดูแลแผล การออกกำลังกาย และการมาตรวจตาม

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน(ต่อ)

นัด แพทย์อนุญาตให้กลับบ้าน วันที่ 30 สิงหาคม 2566 รวมระยะเวลาอนโรพยาบาล 6 วัน นัดมาพบแพทย์ 13 กันยายน 2566 เพื่อติดตามอาการและตัดไหม แผลติดดี ผู้ป่วยสามารถใช้ชีวิตได้อย่างมีความสุข คุณภาพชีวิตดีขึ้นกว่าเดิม

สรุปข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

1. การพยาบาลระยะก่อนการให้ยาระงับความรู้สึก

วินิจฉัยการพยาบาลที่ 1

- เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน จากการระงับความรู้สึก เนื่องจากเป็นผู้สูงอายุ และมีโรคร่วม

วัตถุประสงค์การพยาบาล

- 1) เพื่อประเมินและเตรียมผู้ป่วยให้พร้อมสำหรับการผ่าตัดและระงับความรู้สึก
- 2) ป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการให้ยาระงับความรู้สึก

เกณฑ์การประเมินผล

- 1) ผู้ป่วยได้รับการประเมินและเตรียมความพร้อมก่อนการผ่าตัดก่อนการให้ยาระงับความรู้สึก
- 2) ผู้ป่วยปลอดภัยไม่มีภาวะแทรกซ้อน

กิจกรรมการพยาบาล

- 1) เยี่ยมผู้ป่วยล่วงหน้าก่อนการผ่าตัด 1 วัน ให้คำแนะนำเรื่องการผ่าตัดและระงับความรู้สึก
- 2) ประเมินและรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับประวัติการเจ็บป่วยในอดีต การใช้ยาที่มีผลต่อการให้ยาระงับความรู้สึก การแพ้ยา แพ้อาหาร การดื่มสุรา ประวัติการผ่าตัดและการระงับความรู้สึกภาวะแทรกซ้อนที่เกิดประวัติครอบครัวที่ผ่าตัดชักถามอาการเจ็บแน่นหน้าอก ใจสั่น นอนราบไม่ได้ การไอเรื้อรัง หอบหืด ภูมิแพ้ โรคปอดผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ปัญหาและความต้องการ สภาพความพร้อมด้านร่างกายจิตใจอารมณ์ และสังคมของผู้ป่วย
- 3) ประเมินสภาพผู้ป่วยตาม ASA Classes เพื่อทราบความแข็งแรง สมบูรณ์ และความเสี่ยงของผู้ป่วยต่อการให้ยาระงับความรู้สึก
- 4) ตรวจสอบความถูกต้อง สมบูรณ์ของการลงนามยินยอมในการรับบริการทางวิสัญญีและการผ่าตัด
- 5) ให้ข้อมูลและคำแนะนำการปฏิบัติตนและความเสี่ยงขณะและหลัง ให้ยาระงับความรู้สึก
- 6) ประสานงานและให้ข้อมูลการเตรียมผู้ป่วยก่อนการให้ยาระงับความรู้สึกกับพยาบาลประจำหอผู้ป่วย
- 7) ประสานงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องในการให้บริการทางวิสัญญี เพื่อวางแผนการให้ยาระงับความรู้สึกข้อมูลการเตรียมผู้ป่วยก่อนการให้ยาระงับความรู้สึกกับพยาบาลประจำหอผู้ป่วยพยาบาลการให้บริการทางวิสัญญี เพื่อวางแผนการให้ยาระงับความรู้สึกระยะขณะการให้ยาระงับความรู้สึก

ประเมินผลการพยาบาล

ผู้ป่วยได้รับการประเมินและมีความพร้อมในการทำผ่าตัด วิสัญญีแพทย์วางแผนระงับความรู้สึกด้วยวิธีฉีดยาทางช่องไขสันหลัง ได้รับประทานยา lorsatan 50 mg 1 tab เข้าวันผ่าตัดและได้ดูแลเรื่องเบาหวานตามแนวทางการเตรียมผู้ป่วยเบาหวานก่อนผ่าตัด DTX เข้าวันผ่าตัด 112 mg%

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน(ต่อ)

วินิจฉัยการพยาบาลที่ 2

- ผู้ป่วยและญาติมีความกังวลเกี่ยวกับการระงับความรู้สึกและการผ่าตัด
วัตถุประสงค์การพยาบาล

- 1) เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติคลายความวิตกกังวล
- 2) เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติมีความมั่นใจและให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล

เกณฑ์การประเมินผล

- ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวลลดลง และปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง

กิจกรรมการพยาบาล

- 1) ทักทายผู้ป่วย พูดคุยด้วยท่าที่เป็นกันเอง สุภาพอ่อนโยน สีนํ้ายิ้มแย้มแจ่มใส ให้กำลังใจและตอบคำถามของผู้ป่วยและญาติ ด้วยความเต็มใจ
- 2) ให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวก่อนการระงับความรู้สึก และการผ่าตัดเช่นการงดน้ำงดอาหาร การตรวจน้ำตาลในเลือด การทำความสะอาดร่างกาย
- 3) อธิบายขั้นตอนการให้ยาระงับความรู้สึกและการผ่าตัด แก่ผู้ป่วยและญาติพร้อมทั้งเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย
- 4) แนะนำสภาพแวดล้อมในห้องผ่าตัดที่ผู้ป่วยไม่เคย ที่ต้องพบในวันผ่าตัด รวมทั้งอุปกรณ์ต่างๆ และแจ้งรายละเอียดให้ทราบถึงการแต่งกายของเจ้าหน้าที่ห้องผ่าตัด สวมหมวกคลุมผมและสวมหน้ากากอนามัย เพื่อป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อโรค
- 5) ให้คำแนะนำเรื่องการปฏิบัติตัวหลังได้ยาระงับความรู้สึกทางช่องไขสันหลัง
- 6) สร้างความคุ้นเคยให้ผู้ป่วยไว้วางใจและลดความวิตกกังวล

ประเมินผลการพยาบาล

- ผู้ป่วยและญาติ มีสีหน้าคลายความวิตกกังวล มีความรู้ ความเข้าใจ และบอกวิธีการปฏิบัติตัวเมื่อต้องได้รับการระงับความรู้สึกและการผ่าตัดได้ถูกต้อง และให้ความร่วมมือในการรักษาด้วยดี

2. การพยาบาลระยะให้ยาระงับความรู้สึก

วินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 3

- เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองและโรคหัวใจขาดเลือดขณะผ่าตัด

วัตถุประสงค์การพยาบาล

- เพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองและกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดขณะผ่าตัดและระงับความรู้สึก

เกณฑ์การประเมินผล

- ผู้ป่วยปลอดภัย ไม่เกิดโรคหลอดเลือดสมองและกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดขณะผ่าตัด

กิจกรรมการพยาบาล

- 1) ดูแลการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ 0.9%NSS 1000 ml IV 15 - 20 cc/kg ก่อนเริ่มทำหัตถการ 15 - 20 นาที (pre - loading) ปริมาณ 500 ml ก่อนเริ่มระงับความรู้สึกเพื่อป้องกันภาวะความดันโลหิตต่ำ
- 2) เฝาระวังผู้ป่วยก่อน ระหว่างและหลังทำ spinal anesthesia เฝาระวังสัญญาณชีพอย่างใกล้ชิดทุก 1 นาที เมื่อคงที่วัดสัญญาณชีพทุก 5 นาทีพร้อมบันทึกข้อมูลผู้ป่วย เนื่องจากอาจพบภาวะความดันโลหิตสูงร่วมด้วยในขณะที่ทำผ่าตัดเนื่องจากผู้ป่วยมีภาวะโรคอ้วนทำให้ควบคุมระดับความดันได้ยาก

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน(ต่อ)

- 3) ประเมินภาวะของออกซิเจน ในร่างกายผู้ป่วย โดยสังเกตสีผิวร่วมกับการใช้เครื่อง pulse oximeter ฝ้าดู และประเมินการหายใจ ติดตามคลื่นไฟฟ้าหัวใจ บันทึกทุก 15 นาที สอบถามอาการผิดปกติ ที่บ่งถึงอาการออกซิเจนไปเลี้ยงสมองไม่เพียงพอ เช่น เวียนหน้าจะเป็นลม หายใจไม่อิ่ม มือการคลื่นไส้อาเจียน
- 4) ดูแลให้ยาตีบหลอดเลือด ephedrine 6 mg ทันทีหลังได้ยาระงับความรู้สึก เนื่องจากยายายหลอดเลือดจากการทำ spinal block (กษณา รักษาณ, 2560)
- 5) ดูแลให้ยาลดความดันเลือดขณะทำผ่าตัด (antihypertensive drug) nicadipine ทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษาของแพทย์ เมื่อมีภาวะความดันโลหิตสูง
- 6) ติดตามคลื่นไฟฟ้าหัวใจ เนื่องจากผู้ป่วยสูงอายุที่โรคอ้วนได้รับการฉีดยาเข้าช่องน้ำไขสันหลัง มีโอกาสเกิดภาวะหัวใจเต้นผิดปกติได้ถ้ามีลักษณะผิดปกติ ให้รายงานแพทย์
- 7) ตรวจสอบอุปกรณ์ เตรียมเครื่องดมยาสลบ อุปกรณ์การใส่ท่อช่วยหายใจ ยาemergency

ประเมินผลการพยาบาล

- สัญญาณชีพหลังจากที่ผู้ป่วยได้รับยาระงับความรู้สึกทางไขสันหลัง ความดันโลหิต 90/50 มิลลิเมตรปรอท, ชีพจร 90 ครั้ง/นาที วิสัญญีแพทย์ให้ยา Ephedrine ครั้งละ 6 mg รวมทั้งสิ้น 36 mg และได้รับยา nicadipine 1 mg ความดันโลหิต 150/70 - 160/70 มิลลิเมตรปรอท, ชีพจร 80 - 90 ครั้ง/นาที ปัญหานี้เฝ้าระวังจนกว่ายาจะหมดฤทธิ์ ใช้เวลาประมาณ 6 ชั่วโมง

วินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 4

- เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนจากระดับยาชาสูงมากจากการให้ยาระงับความรู้สึกทางช่องไขสันหลัง

วัตถุประสงค์ทางการพยาบาล

- เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากระดับยาชาสูงมาก

เกณฑ์การประเมินผล

- ระดับการชาที่ระดับ thoracic dermatomes ที่ 8

กิจกรรมการพยาบาล

- 1) จัดทำนอนของผู้ป่วย เพื่อเตรียมให้ยาระงับความรู้สึกทางช่องไขสันหลัง จัดทำนอนตะแคงขวา ก้มศีรษะค้างชิดเพื่อให้วิสัญญีแพทย์ฉีดยาระงับความรู้สึกทางช่องไขสันหลัง
- 2) เมื่อฉีดยาระงับความรู้สึกทางไขสันหลัง โดยจัดทำนอน นอนหงาย และทดสอบระดับยาชาของผู้ป่วยให้อยู่ในระดับเหมาะสมสำหรับผ่าตัด
- 3) เตรียมทีมวิสัญญี เครื่องดมยาสลบ อุปกรณ์ช่วยชีวิต ยา emergency พร้อมใช้
- 4) สังเกตอาการที่บ่งบอกว่าผิดปกติว่าระดับยาชาสูงเกินไป เช่น ความดันโลหิตต่ำ คลื่นไส้อาเจียน อึดอัด แน่นหน้าอกหายใจไม่อิ่ม กำมือไม่ได้

ประเมินผลการพยาบาล

- ทดสอบระดับยาชา ระดับการชาอกที่ 10 (Thoracic 7) ไม่เกิดระดับยาชาที่สูงมาก สัญญาณชีพปกติ

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน(ต่อ)

วินิจฉัยพยาบาลข้อที่ 5

- มีโอกาสเกิดภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำจากการสูญเสียความร้อน

วัตถุประสงค์ทางการพยาบาล

- เพื่อป้องกันการเกิดอุณหภูมิร่างกายต่ำ

กิจกรรมการพยาบาล

- 1) คลุมผ้าและใช้เครื่องให้ความอบอุ่น เพื่อให้ความอบอุ่นแก่ร่างกาย
- 2) อุ่นสารน้ำที่ให้ทางหลอดเลือดดำ
- 3) ฝ้าระวังภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำ โดยสอบถามอาการ สังเกตอาการหนาวสั่น
- 4) หากมีอาการสั่น ดูแลให้ยา Pethidine ทางหลอดเลือดดำ ตามแผนการรักษาของแพทย์

ประเมินผลการพยาบาล

- ผู้ป่วยได้รับการดูแลให้ความอบอุ่นในห้องผ่าตัด ไม่มีอาการตัวเย็น ไม่มีอาการหนาวสั่น ขณะทำ และหลังการผ่าตัด

วินิจฉัยพยาบาลข้อที่ 6

- เสี่ยงต่อการติดเชื้อในร่างกายเนื่องจากการได้รับการทำหัตถการ spinal anesthesia

วัตถุประสงค์ทางการพยาบาล

- เพื่อป้องกันการติดเชื้อ

เกณฑ์การประเมินผล

- สัญญาณชีพปกติ บริเวณที่แทงเข็มบริเวณหลังผู้ป่วยไม่มีบวมแดง

กิจกรรมการพยาบาล

- 1) แนะนำเรื่องการเตรียมตัวก่อนผ่าตัด อาบน้ำทำความสะอาดร่างกายก่อนผ่าตัด
- 2) ดูแลให้ยา cefazolin 2 gm ทางหลอดเลือดดำก่อนการผ่าตัด 30 นาที ตามแผนการรักษา
- 3) การช่วยแพทย์ทำหัตถการ spinal anesthesia ด้วยเทคนิคปลอดเชื้อ
- 4) ฝ้าระวังเรื่องการปนเปื้อนต่อบริเวณปลอดเชื้อของการทำผ่าตัดระหว่างการดูแลผู้ป่วย

ประเมินผลการพยาบาล

- เยี่ยมหลังผ่าตัด บริเวณฉีดยาที่หลังไม่มีบวมแดง แผลผ่าตัดไม่มีบวมแดง

3. การพยาบาลระยะหลังให้ยาระงับความรู้สึก

วินิจฉัยการพยาบาลที่ 7

- เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนหลังการได้ยาระงับความรู้สึกขณะอยู่ห้องพักฟื้น

วัตถุประสงค์การพยาบาล

- เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยไม่พบภาวะแทรกซ้อนหลังการให้ยาระงับความรู้สึกทางไขสันหลัง

เกณฑ์การประเมินผล

- 1) Modified Aldrete Scoring system เท่ากับ 9 คะแนน
- 2) ไม่มีภาวะความดันโลหิตต่ำหรือโลหิตสูง ไม่มีอาการหนาวสั่น ไม่มีคลื่นไส้อาเจียน

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน(ต่อ)

กิจกรรมการพยาบาล

1) พยาบาลวิสัญญีเตรียมความพร้อมผู้ป่วยจากเตียงผ่าตัดไปห้องพักฟื้น โดยวิสัญญีฯ ประเมินว่าต้องเตรียมอุปกรณ์อะไรในการเคลื่อนย้าย นำผู้ป่วยส่งไปห้องพักฟื้น และอยู่ในตำแหน่งศีรษะผู้ป่วย เพื่อเฝ้าระวังอาการอย่างใกล้ชิด และส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยต่อพยาบาลประจำห้องพักฟื้น เพื่อดูแลที่ต่อเนื่อง ดังนี้ ชื่อ สกุล อายุผู้ป่วย การผ่าตัดที่ได้รับ ระยะเวลาผ่าตัด และชื่อศัลยแพทย์ผู้รับผิดชอบ ยา และขนาดของยา ที่ผู้ป่วยได้รับมาก่อนผ่าตัด ระหว่างผ่าตัด ปัญหา ก่อนผ่าตัดของผู้ป่วย สัญญาณชีพก่อนผ่าตัด การแพ้ยา การเปลี่ยนแปลงในระหว่างผ่าตัด และการให้ยารักษา และภาวะที่จะต้องดูแลแก้ไขต่อในระยะหลังผ่าตัด การประเมินปริมาณเลือดที่เสียไปในระหว่างผ่าตัดและการให้สารน้ำ เลือด ทางหลอดเลือดดำ เพื่อทดแทนทั้งนี้ เพื่อให้ผู้ดูแลต่อทราบว่า จะต้องทดแทนด้วยอะไร

2) วิสัญญีประจำหน้าห้องพักฟื้น ตรวจสอบอุปกรณ์ที่จำเป็นในห้องพักฟื้น ประกอบด้วย อุปกรณ์กู้ชีพ ได้แก่ Laryngoscope, Endotracheal tube, Self – inflating bag, Nasal airway, Oral airway, Defibrillator อุปกรณ์เฝ้าระวัง ได้แก่ เครื่อง Monitor ที่ประกอบด้วย Noninvasive blood pressure, Pulse oximeter คลื่นหัวใจไฟฟ้าปรอทวัดอุณหภูมิกายอุปกรณ์ให้ความอบอุ่นผู้ป่วย ได้แก่ Warming blanket ออกซิเจนพร้อมอุปกรณ์เครื่องดูดเสมหะพร้อมสายดูดเสมหะเครื่องดมยาที่จำเป็น ได้แก่ ยาระงับปวดยาแก้ คลื่นไส้อาเจียนยาด้านฤทธิ์ยาลดกรด ยาลดกรด ยานอนหลับ ยาแก้ปวด ยาแก้แพ้ ยาแก้ไอ ยาแก้คลื่นไส้ อาเจียน ยาต้านฤทธิ์ยาหย่อนกล้ามเนื้อ ยานอนหลับ ยาแก้ปวด ยาแก้แพ้ ยาแก้ไอ ยาแก้คลื่นไส้ อาเจียน ยาต้านฤทธิ์ยาหย่อนกล้ามเนื้อ ยาแก้ปวด ยาแก้แพ้ ยาแก้ไอ ยาแก้คลื่นไส้ อาเจียน ยาต้านฤทธิ์ยาหย่อนกล้ามเนื้อ

3) ดูแลผู้ป่วยในห้องพักฟื้น 1 - 2 ชม วิสัญญีฯ ทุก 5 นาที ประเมินผู้ป่วยโดยใช้ Modified Aldrete Scoring system ถ้าผู้ป่วยมีคะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 9 สามารถย้ายจากห้องพักฟื้นได้

4) ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยา nicardipine 0.2 mg iv จำนวน 2 dose เนื่องจากมีความดันโลหิตสูง 180/94 - 197/86 มิลลิเมตรปรอท, ชีพจร 80 - 100 ครั้ง/นาทีและประเมินอาการปวดศีรษะตาพร่ามัว

ประเมินผลการพยาบาล

- หลังจากที่ได้รับยา nicardipine ความดันโลหิตลดลงเหลือ 163/77 มิลลิเมตรปรอท ไม่มีอาการปวดศีรษะ ไม่มีตาพร่ามัว ไม่มีอาการหนาวสั่น DTX 110 mg% On Acetar 1000 cc IV drip rate 100 cc/hr Modified Aldrete Scoring system 9 คะแนน

วินิจฉัยการพยาบาลที่ 8

- ไม่สุขสบายจากการปวดแผลผ่าตัด

วัตถุประสงค์การพยาบาล

- เพื่อให้ผู้ป่วยสุขสบาย ลดอาการปวดแผลผ่าตัด

เกณฑ์การประเมินผล

- ไม่ปวดแผล หรือปวดแผลลดลง Pain score น้อยกว่า 4 คะแนน

กิจกรรมการพยาบาล

1) ประเมินระดับคะแนนความปวด สังเกตพฤติกรรม และการเปลี่ยนสัญญาณชีพ

2) ดูแลให้ได้รับยาแก้ปวด fentanyl ตามแผนการรักษาของแพทย์

3) ประเมินความเจ็บปวดเป็นระยะเพื่อให้ยาตามแผนการรักษาแนะนำเทคนิคผ่อนคลายความปวด

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน(ต่อ)

4) ประคบเย็น จนครบ 24 ชั่วโมง ตามแผนการรักษา

5) สังเกตและดูแลเท้าอย่างใกล้ชิดเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากยาระงับปวดเนื่องผู้ป่วยมีโรคอ้วน

ประเมินผลการพยาบาล

- หลังจากได้รับยา อาการปวดลดลง ระดับความเจ็บปวด 3 คะแนน ย้ายกลับไปสังเกตอาการที่หอผู้ป่วย

วินิจฉัยพยาบาลข้อที่ 9

- อาจเกิดภาวะ Deep vein thrombosis , Fat embolism , Pulmonary edema

วัตถุประสงค์การพยาบาล

- เพื่อป้องกันการเกิดภาวะ Deep vein thrombosis , Fat embolism , Pulmonary edema

เกณฑ์การประเมินผล

- ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี สัญญาณชีพปกติ

กิจกรรมการพยาบาล

- 1) ดูแล Early Ambulation หลังผ่าตัด
- 2) ดูแลให้สารน้ำในปริมาณเพียงพอตามแผนการรักษา
- 3) กระตุ้นการออกกำลังกาย ankle pumping เริ่มเร็วเท่าที่สามารถปฏิบัติได้
- 4) ดูแลใช้เครื่องมือที่ใช้ลมบีบให้เกิดแรงกดเป็นระยะ (Intermittent Pneumatic compression) ในระหว่างผ่าตัดจนถึงหอผู้ป่วย จนกระทั่งสามารถลุกเคลื่อนไหวได้
- 5) สังเกตอาการเหนื่อยแน่นหน้าอกมีจุดเลือดออกบริเวณรักแร้หรือที่ตา อาการบวมแดงที่ขา
- 6) สังเกตอาการทั่วไป และติดตามวัดสัญญาณชีพ

ประเมินผลการพยาบาล

- หลังผ่าตัดผู้ป่วยได้ติดเครื่องมือที่ใช้ลมบีบให้เกิดแรงกดเป็นระยะ 1 วัน และสามารถเคลื่อนไหวรอบๆเตียง สามารถออกกำลังกายแบบ ankle pumping บนเตียงได้ สัญญาณชีพปกติ ไม่มีอาการเหนื่อยแน่นหน้าอกหรือเจ็บหน้าอก ไม่มีอาการบวมแดง

วินิจฉัยพยาบาลข้อที่ 10

- ขาดความรู้ในการดูแลตนเอง เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวที่หอผู้ป่วย และขณะกลับบ้าน

วัตถุประสงค์การพยาบาล

- เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติคลายความวิตกกังวลและมีความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด

เกณฑ์การประเมินผล

- 1) ผู้ป่วยและญาติมีความรู้ในการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด
- 2) ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเอง และญาติมีความรู้สามารถดูแลผู้ป่วยได้

กิจกรรมการพยาบาล

- 1) ให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวอย่างถูกต้องหลังผ่าตัด และมีการติดตามเยี่ยมเป็นระยะ
- 2) กำหนดแผนจำหน่ายก่อนกลับบ้านดังนี้

2.1 พุดคุยให้กำลังใจเสริมความมั่นใจให้แก่ผู้ป่วยและญาติแนะนำให้รับประทานยา ตาม

แผนการรักษา

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน(ต่อ)

2.2 ทบทวนวิธีการประคบเย็นด้วย cold pack เพื่อลดอาการปวด โดยใช้ผ้านุ่มรอง cold pack เพื่อป้องกันบริเวณแผลเปื่อยขึ้น ประคบครั้งละ 15 - 30 นาที

2.3 แนะนำไม่ให้แผลผ่าตัดเปียกน้ำ ไม่ให้แกะเกาบริเวณแผล ถ้ามีสะเก็ดแผล ปล่ยให้ลอกหลุดเอง หลังอาบน้ำ ใช้ผ้าเช็ดตัวที่สะอาดซับน้ำ บริเวณแผลให้แห้ง หลีกเลี่ยงการถูแรง ๆ

2.4 รับประทานอาหารเคี้ยว น้อย หวานน้อย ไขมันต่ำ หลีกเลี่ยงอาหารทอด อาหารที่มีกะทิ รับประทานอาหารประเภท นึ่งหรือต้ม รับประทานอาหารประเภทแป้งน้อยลง ควรรับประทานผักใบเขียว ปลาเล็กปลาน้อยเต้าหู้ งาดำ ฯลฯ ควบคุมน้ำหนักไม่ให้อ้วน

2.5 แนะนำให้รักษาสุขภาพให้แข็งแรงอยู่เสมอ หลีกเลี่ยงการอยู่ในที่ชุมชนหรือผู้คนเจ็บป่วย กรณีถ้ามีการเจ็บป่วยเช่นเป็นหวัด เจ็บคอ ปวดฟัน ฯลฯ ต้องรีบไปพบแพทย์ ไม่ซื้อยารับประทานเอง และแจ้งแพทย์ทราบทุกครั้งว่าได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม เพื่อแพทย์จะได้พิจารณาให้ยาปฏิชีวนะป้องกันการติดเชื้อที่ข้อเทียม

2.6 บริหารกล้ามเนื้อต้นขา ข้อเท้าฝึกงอเหยียดเข่า อย่างสม่ำเสมอทุกวันใน 6 สัปดาห์แรกหลังผ่าตัด

2.7 ให้ใช้ Walker ช่วยเดิน หลีกเลี่ยงการเดินบนพื้นขรุขระการขึ้นลงบันไดในช่วง 2 สัปดาห์แรกหลังผ่าตัด

2.8 ไม่ให้นั่งไขว่ห้าง คุกเข่า นั่งเก้าอี้เตี้ยๆ นั่งยองๆ นั่งพับเพียบ ให้นั่งขับถ่ายบนโถนั่งแบบชักโครก

2.9 หลีกเลี่ยงการยกของหนัก แบกของหนัก หัวของหนัก ผลักของหนัก เพราะจะทำให้ข้อเข่าเสื่อมเร็ว

2.10 หลีกเลี่ยงการวิ่ง การกระโดดต่อเนื่อง การเคลื่อนไหวเร็ว การหมุนตัวเร็ว

2.11 การขึ้นลงบันได ทำได้เมื่องอเข่าได้มากกว่า 90 องศา บันไดควมมีราวจับ ขึ้นบันไดทีละขั้นขาขึ้น ให้ใช้ขาข้างดีขึ้นไปก่อนแล้วตามด้วยขาข้างที่ผ่าตัด ไปยืนบนบันไดขั้นเดียวกันก่อน แล้วค่อยขึ้นขั้นต่อไป ขาลงให้ใช้ขาข้างทำผ่าตัดก้าวลงก่อน แล้วตามด้วยขาข้างดี เมื่อยืนบนบันไดขั้นเดียวกันแล้วค่อยก้าวข้ามบันไดขั้นต่อไป ถ้าก้าวขึ้นลงไม่ถนัดให้นั่งบนชั้นบันได โดยหันหลังให้บันได แล้วถัดกันขึ้นบันไดทีละขั้นใช้แขนสองข้างและขาข้างดีพยุงตัวขึ้นไป หลีกเลี่ยงการขึ้น - ลงบันไดที่สูงชัน บันไดมากชั้น

2.12 ระวังระวังเกี่ยวกับอุบัติเหตุ การลื่นล้มและการกระทบกระแทกที่บริเวณหัวเข่า

2.13 มาตรฐานตามแพทย์นัดให้สังเกตสิ่งผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์ก่อนวันนัด ได้แก่ปวดเข่ามาก มีน้ำเหลืองหรือเลือดไหลมาจากแผลผ่าตัด มีไข้สูง ข้อเข่าบวม แดง ร้อน เข่าผิดรูป หายใจลำบาก เหงื่อเย็น หน้าอก เจ็บหน้าอกเวลาไอ เป็นต้น

ประเมินผลการพยาบาล

- ผู้ป่วยมีความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตัว ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ถูกต้อง สามารถบอกอาการผิดปกติที่ต้องรีบมาพบแพทย์ได้ถูกต้อง ญาติสีหน้าแจ่มใส มีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง เมื่อกลับไปอยู่บ้าน

4.5 ขั้นตอนการดำเนินงาน

1. เลือกกรณีศึกษาผู้ป่วยผู้ป่วยสูงอายุ ที่มีโรคอ้วนและโรคความดันโลหิตสูง ที่เข้ารับผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมโรงพยาบาลบางบัวทอง จังหวัดนนทบุรี

2. แนะนำตัวกับผู้ป่วยและญาติ ขออนุญาตผู้ป่วยเพื่อนำมาเป็นกรณีศึกษา อธิบายวัตถุประสงค์และประเมินสภาพผู้ป่วย

3. รวบรวมข้อมูล ประวัติการรักษาจากเวชระเบียน สัมภาษณ์ สังเกตพฤติกรรม การแสดงออกของ

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ผู้ป่วยและญาติที่เป็นผู้ดูแล รวมทั้งศึกษาค้นคว้าจากตำราและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

4. ประเมินปัญหาความต้องการพยาบาล วินิจฉัยปัญหาทางการพยาบาล วางแผนการพยาบาลในระยะก่อนให้ยาระงับความรู้สึก ระยะระหว่างให้ยาระงับความรู้สึก ระยะหลังให้ยาระงับความรู้สึกจนถึงจำหน่ายกลับบ้าน

5. สรุปผลการนิเทศศึกษาผู้ป่วย จัดพิมพ์เข้าสู่รูปแบบ ทำเป็นเอกสารวิชาการ

6. นำเสนอผลงานทางวิชาการ โครงการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ด้านวิชาการ และนำเสนอผลงานทางวิชาการของบุคลากรทางการแพทย์จังหวัดนนทบุรี ประจำปีงบประมาณ 2566 ระหว่างวันที่ 16-17 พฤศจิกายน 2566 ณ ห้องประชุมดอกป๊อบ โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า

5. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/เชิงคุณภาพ)

5.1 เชิงปริมาณ

กรณีศึกษา การพยาบาลและการระงับความรู้สึกผู้ป่วยสูงอายุที่มีโรคอ้วนและโรคความดันโลหิตสูงเพื่อผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม จำนวน 1 เรื่อง

5.2 เชิงคุณภาพ

การพยาบาลและการระงับความรู้สึกผู้ป่วยสูงอายุที่มีโรคอ้วนและโรคความดันโลหิตสูงเพื่อผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมผู้ป่วยได้รับการพยาบาลตามมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับยาระงับความรู้สึก ระยะก่อนการให้ยาระงับความรู้สึกพบปัญหาผู้ป่วยและญาติมีความกังวลสูงมากทำผ่าตัดเนื่องจากในรายนี้ มีความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองและหัวใจอาจถึงแก่ชีวิต 3% ระยะให้ยาระงับความรู้สึก และระยะหลังให้ยาระงับความรู้สึกพบปัญหาความดันโลหิตต่ำและความดันโลหิตสูงซึ่งอาจจะทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมอง และโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดซึ่งเป็นสาเหตุทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ จึงได้มีการเตรียมความพร้อมและเฝ้าระวังขณะให้ยาระงับความรู้สึก และหลังให้ยาระงับความรู้สึก ทำให้แก้ปัญหาได้ทันทั่วๆไปที่ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงหลังผ่าตัดผู้ป่วยได้รับการดูแลโดยสหวิชาชีพ ทั้งด้านโรคร่วมจากอายุรแพทย์ การปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัดจากศัลยแพทย์ วิสัญญีแพทย์ วิสัญญีพยาบาล พยาบาลห้องผ่าตัด พยาบาลประจำหอผู้ป่วย ระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาล 6 วัน สามารถจำหน่ายกลับบ้าน แพทย์นัดติดตามอาการ 2 อาทิตย์ ผู้ป่วยมาพบแพทย์ตามนัดเพื่อตัดไหม แผลดีดี ไม่พบภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ

6. การนำไปใช้ประโยชน์ / ผลกระทบ

6.1 เป็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุ ที่เข้ารับการระงับความรู้สึกเพื่อการผ่าตัด

6.2 เป็นเอกสารประกอบการนิเทศพยาบาลวิสัญญีที่ขาดความรู้และประสบการณ์ในการระงับความรู้สึกผู้ป่วยสูงอายุที่มารับการระงับความรู้สึกเพื่อผ่าตัด

6.3 เพิ่มพูนความรู้แก่ผู้ศึกษา ในการพัฒนาคุณภาพการให้บริการทางการพยาบาล และการระงับความรู้สึกผู้ป่วยสูงอายุที่มีโรคอ้วนและโรคความดันโลหิตสูงเพื่อผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม

7. ความยุ่งยากซับซ้อนในการดำเนินการ

ผู้ป่วยรายนี้เป็นผู้สูงอายุ เพศหญิงและมีโรคประจำตัว คือ โรคอ้วน BMI 31.11 โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน ซึ่งเป็นปัจจัยทำให้เกิดโรคข้อเข่าเสื่อม การผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมเป็นการรักษาที่มีประสิทธิภาพที่สุด การระงับความรู้สึกเพื่อการผ่าตัดสามารถทำได้ทั้งการระงับความรู้สึกแบบทั่วไป และแบบเฉพาะส่วน

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน(ต่อ)

เนื่องจากผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีความเสื่อมทุกระบบของร่างกาย ทำให้มีผลต่อยาที่ใช้ระงับความรู้สึกเนื่องจาก มีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดสมอง และกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ขณะรับบริการวิสัญญีซึ่งภาวะแทรกซ้อนที่อันตรายอาจถึงแก่ชีวิตได้ บทบาทของวิสัญญีพยาบาล จึงต้องมีความรู้ในทุกกระบวนการให้การพยาบาล เพื่อที่จะประเมินและค้นหาความเสี่ยง และป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้น ซึ่งในผู้ป่วยรายนี้ได้มีการวางแผนร่วมกับวิสัญญีแพทย์เลือกวิธีการระงับความรู้สึกแบบเฉพาะส่วน ฉีดยาชาเข้าช่องไขสันหลัง เนื่องจาก พบว่าผู้ป่วยสามารถฟื้นตัวได้เร็ว ลดการเสียเลือด ลดอุบัติการณ์การเกิด DVT ได้ และเตรียมอุปกรณ์ ยา ช่วยชีวิตฉุกเฉินให้พร้อมใช้เสมอ

8. ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินการ ผู้ป่วยรายนี้เป็นผู้ป่วยสูงอายุและมีโรคร่วม คือโรค ความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และโรคอ้วน BMI 31.11 การให้ความรู้ในการปฏิบัติตัวเป็นสิ่งสำคัญ แนะนำเรื่องการรับประทานอาหาร ควบคุมน้ำหนักเนื่องจากผู้ป่วยมีโรคอ้วนส่งเสริมให้เกิดโรคข้อเข่าเสื่อมอีก1ข้าง หลีกเลี่ยงการเกิดอุบัติเหตุโดยเฉพาะการลื่นล้มอาจเกิดการหักของรอยต่อกระดูกและเหล็กของข้อเข่าเทียมได้ และเน้นย้ำเรื่องอาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์

9. ข้อเสนอแนะ

9.1 ด้านบริหารจัดการ จัดซื้ออุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ทันสมัย พัฒนาสมรรถนะวิสัญญีพยาบาลและพยาบาลห้องผ่าตัด ในการผ่าตัดและระงับความรู้สึกเพื่อการผ่าตัดข้อเข่าเทียม อย่างต่อเนื่อง

9.2 ด้านบริการ พัฒนารูปแบบการให้ข้อมูลการเตรียมความพร้อมก่อนการได้รับการระงับความรู้สึก และผ่าตัด แก่ผู้ป่วยทุกรายที่มารับบริการวิสัญญี

9.3 ด้านวิชาการ

9.3.1 จัดทำแนวทางปฏิบัติการระงับความรู้สึกผู้ป่วยสูงอายุ ที่มารับการผ่าตัด เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย ไม่มีภาวะแทรกซ้อน

9.3.2. จัดอบรมเรื่องการพยาบาล ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม เพื่อพัฒนาสมรรถนะของบุคลากรพยาบาลทุกแผนกที่เกี่ยวข้อง ให้ความรู้ความเข้าใจ กระบวนการพยาบาลดูแลผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับ จนถึงแพทย์จำหน่ายกลับบ้าน

9.3.3. พัฒนารูปแบบการให้ข้อมูลการเตรียมความพร้อมก่อนการได้รับการระงับความรู้สึกและผ่าตัด แก่ผู้ป่วยทุกรายที่มารับบริการวิสัญญี

10. การเผยแพร่ผลงาน

นำเสนอผลงานวิชาการ เรื่องการพยาบาลและการระงับความรู้สึกผู้ป่วยสูงอายุที่มีโรคอ้วนและโรคความดันโลหิตสูงเพื่อผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม ในงาน โครงการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ด้านวิชาการและนำเสนอผลงานทางวิชาการของบุคลากรทางการพยาบาล จังหวัดนนทบุรี ประจำปีงบประมาณ 2567 รุ่นที่ 1/2 วันที่ 17 พฤศจิกายน 2566ณ โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า จ. นนทบุรี

3.แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน(ต่อ)

11. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน

1) นางรัชดาพร พงษ์อิศราพันธ์

สัดส่วนของผลงาน 100%

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ)
 (นางรัชดาพร พงษ์อิศราพันธ์)
 (ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
 (วันที่) ๒๗ / ธันวาคม / ๒๕๖๖
 ผู้ขอประเมิน

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลงลายมือชื่อ
1. นางรัชดาพร พงษ์อิศราพันธ์	

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ)
 (นางสาวจินตนา ภูมาลี)

หัวหน้าพยาบาลโรงพยาบาลบางบัวทอง
 (วันที่) ๒๗ / ธันวาคม / ๒๕๖๖

ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ)
 (นายวิทยา วิริยะมนต์ชัย)

นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ รักษาการในตำแหน่ง

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบางบัวทอง

(วันที่) ๒๗ / ธันวาคม / ๒๕๖๖

(นายรุ่งฤทธิ์ มวลประสิทธิ์พร)

นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี

๒๙ มี.ค. ๒๕๖๗

ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป

หมายเหตุ : คำรับรองจากผู้บังคับบัญชาอย่างน้อยสองระดับ คือ ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล และผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไปอีกหนึ่งระดับ เว้นแต่ในกรณีที่ผู้บังคับบัญชาดังกล่าวเป็นบุคคลคนเดียวกัน ก็ให้คำรับรองหนึ่งระดับได้

แบบเสนอแนวทางการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน

(ระดับชำนาญการพิเศษ)

1. เรื่อง การพัฒนาแนวทางป้องกันภาวะลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำชั้นลึกในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด
2. หลักการและเหตุผล

ภาวะลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำชั้นลึก (Deep vein thrombosis) เป็นภาวะแทรกซ้อนที่ฉับพลันและรุนแรง อาจทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้เกิดจากการสะสมของก้อนเลือดหรือมีลิ่มเลือด (thrombus) อุดตันในหลอดเลือดดำ ภาวะลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำชั้นลึก เป็นส่วนหนึ่งของภาวะลิ่มเลือดอุดตันหลอดเลือดดำ (venous thromboembolism : PE) ทั้งสองภาวะเป็นสาเหตุการเสียชีวิตที่ป้องกันได้ ในปัจจุบันการเกิดภาวะลิ่มเลือดอุดตันเป็นส่วนหนึ่งที่ต้องประเมินเพื่อรับรองคุณภาพโรงพยาบาล อุบัติการณ์การเกิดภาวะลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำชั้นลึก 1 จะสูงขึ้นตามอายุ อุบัติการณ์การเกิดลิ่มเลือดอุดตันหลอดเลือดดำทั่วโลก พบประชากร 1 รายต่อประชากร 1000 คน หรือประมาณ 104 - 183 รายต่อประชากร 100,000 คน ในประเทศไทยมีรายงานอุบัติการณ์ผู้ป่วยบางกลุ่ม เช่นผู้ป่วยมะเร็งทางนรีเวช พบ DVT ที่ไม่แสดงอาการในผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งรังไข่หรือมะเร็งมดลูกประมาณร้อยละ 2.1 - 7 ส่วนผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม พบ DVT ร้อยละ 3.6 โดยส่วนใหญ่ไม่แสดงอาการ จากสถิติการภาวะลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำชั้นลึกที่ได้รับการผ่าตัดปีงบประมาณ 2566 พบทั้งสิ้น 4 ราย ซึ่งเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดด้านกระดูกและข้อ 3 ราย และผ่าตัดด้านสูตินรีเวช 1 ราย เมื่อเกิดภาวะแทรกซ้อนจะทำให้ฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดช้าลง มีผลกระทบต่อผู้ป่วยด้านร่างกาย จิตใจ ครอบครัว สังคม เศรษฐกิจและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยตามมา ดังนั้นในฐานะพยาบาลวิสัญญีจึงเล็งเห็นความสำคัญของการประเมินปัจจัยเสี่ยงผู้ป่วยก่อนการผ่าตัดและแนวทางในการป้องกัน เพื่อลดและป้องกันอุบัติการณ์การเกิดภาวะลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำชั้นลึกในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด

วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนาแนวทางการประเมินปัจจัยเสี่ยงต่อการป้องกันภาวะลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำชั้นลึกในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด
2. เพื่อให้ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงภาวะลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำชั้นลึกได้รับการป้องกันและดูแลตามมาตรฐานการพยาบาล
3. เพื่อให้ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดปลอดภัยไม่เกิดภาวะลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำลึกรวมถึงภาวะแทรกซ้อนจากภาวะดังกล่าว

3. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

ปัญหาและการเกิดภาวะลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดชั้นลึกในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดที่โรงพยาบาลบางบัวทอง จากสถิติการเกิดภาวะลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำชั้นลึก ในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดที่โรงพยาบาลบางบัวทองในปีงบประมาณ 2566 จำนวนทั้งสิ้น 4 ราย ผู้ศึกษาได้วิเคราะห์หาสาเหตุของปัญหาอาจเกิดจาก ขาดการประเมินความเสี่ยงการเกิดภาวะลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดชั้นลึกใน ทำให้ไม่มีแนว

ทางการป้องกันในผู้ป่วยเหล่านี้ จึงมีโอกาที่จะเกิดภาวะลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำลึก รวมถึงภาวะแทรกซ้อนจากภาวะดังกล่าว ตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัด ระยะผ่าตัด ระยะหลังผ่าตัด

จากปัญหาและความสำคัญดังกล่าวข้างต้น ผู้ศึกษาจึงมีแนวคิดที่จะพัฒนาแนวทางป้องกันภาวะลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำชั้นลึกในผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดค้นหาผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง โดยใช้วงล้อคุณภาพของเดมมิง Deming Cycle หรือ PDCA (Plan Do Check Act) เป็นวงล้อของการพัฒนาให้มีความสำคัญในทุกขั้นตอน ตั้งแต่การวางแผน (Plan) ขั้นตอนการปฏิบัติ (Do) ขั้นตอนการตรวจสอบ (Check) และขั้นตอนการดำเนินการให้เหมาะสม มีระบบ (Act) โดยมีเป้าหมายให้เกิดการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง การตรวจสอบการประเมินผลเป็นระยะ มีการปรับปรุงวิธีดำเนินการอย่างเหมาะสมแล้วจึงนำมาจัดทำแนวทางเป็นมาตรฐานวิธีปฏิบัติในหน่วยงาน ซึ่งถือเป็นพื้นฐานของการยกระดับคุณภาพ ภายใต้วงล้อคุณภาพนี้ โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. วางแผน (Plan)
 - 1.1 กำหนดขอบเขตของปัญหา โดยการทบทวนอุบัติการณ์การเกิดภาวะลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำชั้นลึกในผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัด
 - 1.2 การวิเคราะห์ข้อมูลจากความคิดเห็นของวิสัญญีแพทย์ วิสัญญีพยาบาลที่เข้าร่วมประชุม
2. ขั้นตอนการปฏิบัติ (Do)
 - 2.1 จัดประชุมร่วมกับบุคลากรในหน่วยงาน ทีมสหสาขาที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัด
 - 2.2 ให้ความรู้แก่เจ้าหน้าที่เรื่องภาวะลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำชั้นลึก
 - 2.3 จัดทำแนวทางการประเมินปัจจัยเสี่ยงในผู้ป่วยที่รับไว้ในโรงพยาบาลเพื่อการผ่าตัด
 - 2.4 นำแนวทางการประเมินการเกิดภาวะลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำลึกประเมินผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัด
 - 2.5 กลุ่มผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดภาวะลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำลึก ได้รับการดูแลเพื่อป้องกันการเกิดภาวะลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำลึกตามมาตรฐาน ตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัดและ หลังผ่าตัด
3. ขั้นตอนการตรวจสอบ (Check)
 - 3.1 ติดตาม และประเมินผลแนวทางการประเมินปัจจัยเสี่ยงการเกิดภาวะลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำลึกในผู้ป่วยที่รับการผ่าตัด
 - 3.2 เก็บรวบรวมความพึงพอใจของเจ้าหน้าที่ในหน่วยงาน ต่อการใช้แนวทางการประเมินปัจจัยเสี่ยงการเกิดภาวะลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำลึกในผู้ป่วยที่รับการผ่าตัด
4. ขั้นตอนการแก้ไขปรับปรุง (Act)
 - 4.1 วิเคราะห์ปัญหาอุปสรรคในการใช้แบบประเมินปัจจัยเสี่ยงการเกิดภาวะลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำลึกในผู้ป่วยที่รับการผ่าตัด เพื่อปรับปรุงและพัฒนาให้เหมาะสมสำหรับใช้ในโรงพยาบาลบางบัวทอง

4. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

1. ผู้ป่วยทุกรายที่เข้ารับการผ่าตัดได้รับการประเมินปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำชั้นลึก
2. ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดปลอดภัยไม่เกิดภาวะลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำชั้นลึกรวมถึงภาวะแทรกซ้อนจากภาวะดังกล่าว

5. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

1. อัตราการเกิดภาวะลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำชั้นลึกในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด ไม่เกิน 0.1%
2. ร้อยละของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงได้รับการประเมินก่อนผ่าตัด 100%
3. ร้อยละของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงได้รับการป้องกันการเกิดภาวะลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำชั้นลึก 100%

(ลงชื่อ) *Prmwr*
 (นางรัชดาพร พงษ์อิศราพันธ์)
 (ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
 (วันที่) *17* / *ธันวาคม* / *2566*
 ผู้ขอประเมิน