ต้นฉบับ

ฉบับสมบูรณ์ ๑๕ ม.ค. ๒๕๖๘
(ตามมติ ครั้งที่ ๑/๒๕๖๘ เมื่อวันที่
ลงชื่อประธาน/กรรมการฯ
(นางสาวตวงพร โต๊ะนาค)

คู่มือปฏิบัติงาน
เรื่อง การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการใส่เฝือก

โดยวิธีปกติ

ของ

นางดาวราย พานิชกุล

ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ ระดับชำนาญการ

(ตำแหน่งเลขที่ พวช.11454)

ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล

คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล

มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

ขอประเมินเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่ง

พยาบาลวิชาชีพ ระดับชำนาญการพิเศษ

(ตำแหน่งเลขที่ พวช.11454)

ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล

ส่วนงานคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล

มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

คู่มือปฏิบัติงาน
เรื่อง การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการใส่เฝือก

โดยวิธีปกติ

ของ

นางดาวราย พานิชกุล

ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ ระดับชำนาญการ

(ตำแหน่งเลขที่ พวช.11454)

ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล

คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล

มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

ขอประเมินเพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่ง

พยาบาลวิชาชีพ ระดับชำนาญการพิเศษ

(ตำแหน่งเลขที่ พวช.11454)

ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล

ส่วนงานคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล

มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

คำนำ

การใส่เฝือกเป็นวิธีการรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะกระดูกหักหรือข้อเคลื่อน ภายหลังแพทย์จัดดึงกระดูกให้เข้าที่ เพื่อป้องกันการเคลื่อนของกระดูกและข้อ ให้อวัยวะส่วนที่ได้รับบาดเจ็บและบริเวณใกล้เคียงอยู่นิ่งหรือเคลื่อนไหวน้อยที่สุด (immobilization) ระยะเวลาที่ผู้ป่วยกระดูกหักต้องได้รับการใส่เฝือกประมาณ 3 - 6 สัปดาห์ เพื่อให้กระดูกที่หักกลับมาแข็งแรงเหมือนเดิม บางครั้งต้องใช้เวลานาน 4 - 5 เดือน ขึ้นอยู่กับอายุ ความรุนแรงของการหัก และการปฏิบัติตัว ปัจจุบันผู้ป่วยกระดูกหักที่ได้รับการใส่เฝือก มารับบริการห้องตรวจออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลวชิรพยาบาล มีจำนวนเพิ่มขึ้นทุกปี พบปัญหาผู้ป่วยปฏิบัติตัวหลังใส่เฝือกไม่ถูกต้อง ทำให้มีระยะเวลาการรักษานานขึ้น อีกทั้งเจ้าหน้าที่ขาดการปฏิบัติงานไปในแนวทางเดียวกัน เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการใส่เฝือกเกิดประสิทธิภาพสูงสุด จึงได้จัดทำคู่มือการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการใส่เฝือก ประกอบไปด้วย ขั้นตอนการใส่เฝือก อุปกรณ์ที่ใช้ในการใส่เฝือก วิธีการใส่เฝือกชนิดต่าง ๆ และคำแนะนำการปฏิบัติตัวหลังการใส่เฝือก

ผู้จัดทำหวังเป็นอย่างยิ่งว่าคู่มือการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการใส่เฝือก สามารถเป็นแนวทางปฏิบัติงานสำหรับบุคคลากร และเกิดประโยชน์กับผู้ป่วย เพื่อให้เกิดความปลอดภัย และไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาด้วยวิธีการใส่เฝือก

ดาวราย พานิชกุล

มีนาคม 2567

สารบัญ

	หน้า
คำนำ	ก
สารบัญ	ข
สารบัญแผนภูมิ	ง
บทที่ 1 บทนำ	
ความเป็นมาและความสำคัญ	1
วัตถุประสงค์	2
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	2
ขอบเขตของคู่มือปฏิบัติงาน	2
คำจำกัดความ	3
บทที่ 2 โครงสร้างและหน้าที่ความรับผิดชอบ	
บทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบของตำแหน่ง	4
ลักษณะงานที่ปฏิบัติ	6
โครงสร้างการบริหาร	8
บทที่ 3 หลักเกณฑ์วิธีการปฏิบัติงาน	
หลักเกณฑ์การปฏิบัติงาน	10
วิธีการปฏิบัติงาน	13
เงื่อนไข/ข้อสังเกต/ข้อควรระวัง/สิ่งที่ควรคำนึงในการปฏิบัติงาน	15
แนวคิดที่ใช้ในการจัดทำคู่มือ	15
บทที่ 4 เทคนิคการปฏิบัติงาน	
แผนกลยุทธ์ในการปฏิบัติงาน	17
ขั้นตอนการปฏิบัติงาน (Flow chart)	19
วิธีการติดตามและประเมินผลการปฏิบัติงาน	26
จรรยาบรรณ/คุณธรรม/จริยธรรมในการปฏิบัติงาน	27
บทที่ 5 ปัญหาอุปสรรค แนวทางแก้ไขและข้อเสนอแนะ	
ปัญหาอุปสรรคในการปฏิบัติงาน	29
แนวทางแก้ไขและพัฒนา	29
ข้อเสนอแนะ	29

สารบัญ (ต่อ)

หน้า

บรรณานุกรม 30

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก เอกสารที่เกี่ยวข้อง

- ใบบันทึกหัตถการห้องตรวจออร์โธปิดิกส์ 33
- เครื่องมือประเมินระดับความปวดและเครื่องมือประเมินระดับความง่วงซึม 34

ภาคผนวก ข

- แผ่นพับวิธีการปฏิบัติตัวหลังใส่เฝือก 37
- QR Code คำแนะนำการปฏิบัติตัวหลังใส่เฝือก 38
- ความรู้เรื่องการใส่เฝือก 39

ภาคผนวก ค

- รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ และหนังสือเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ 58
- หนังสือรับรองการนำคู่มือการปฏิบัติงานมาใช้จริง 69

ประวัติผู้เขียน **69**

สารบัญแผนภูมิ

	หน้า
แผนภูมิที่ 1 โครงสร้างการบังคับบัญชา ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล	8
แผนภูมิที่ 2 โครงสร้างการบริหารงาน ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล	9

บทที่ 1
บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญ

สภาพสังคมในกรุงเทพมหานครซึ่งเป็นสังคมเมืองมีการอยู่ร่วมกันของประชากรที่หนาแน่น การเดินทางทั่วไปมักใช้รถยนต์หรือรถจักรยานยนต์อย่างแพร่หลาย ซึ่งทำให้เกิดปัญหาอุบัติเหตุทางจราจรบ่อยครั้ง ปัจจุบันก้าวเข้าสู่สังคมที่มีผู้สูงอายุมีภาวะเสื่อมของระบบกระดูกและข้อ ทำให้มีปัญหาเกี่ยวกับการทรงตัวที่ไม่ดี การเกิดอุบัติเหตุและการพลัดตกหกล้มซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้กระดูกบางแห่งเกิดการหักได้ง่าย และส่งผลกระทบต่ออวัยวะต่าง ๆ ในร่างกาย (คุณาวุฒิ วรรณจักร และ พิมลพรรณ ทวีการ วรรณจักร, 2561) การรักษาโดยวิธีใส่เฝือก (Casting) เป็นการรักษาขั้นพื้นฐานที่เกิดจากอาการบาดเจ็บ ของกระดูกและข้อ ซึ่งอาจเป็นการใส่เฝือกแบบชั่วคราวเพื่อรอรับการรักษาโดยการผ่าตัด หรือใช้เป็นการรักษากระดูกหักแบบปิดซึ่งไม่ต้องผ่าตัด (กุลพัชร จุลสำลี, 2562)

การรักษากระดูกหักด้วยวิธีการใช้เฝือกสามารถแบ่งออกได้เป็น2 ประเภท ได้แก่ การใส่เฝือกกาบหรือเฝือกอ่อน (slab) และการใส่เฝือกรอบ (circular cast) (กุลพัชร จุลสำลี, 2562) การรักษาด้วยการเข้าเฝือกจะช่วยจัดให้กระดูกที่หักอยู่ในท่าที่ถูกต้องและส่งเสริมให้กระดูกสมานได้ดีขึ้น อย่างไรก็ตามผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาแบบใส่เฝือกรอบ (cast) นั้นมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนภายหลังการใส่เฝือก ตั้งแต่ภาวะแทรกซ้อนทั่ว ๆ ไป เช่น อาการคัน ผิวหนังอักเสบระคายเคือง จนถึงภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตราย เช่น ภาวะความดันในช่องกล้ามเนื้อสูง (compartment syndrome) เกิดภาวะขาดออกซิเจนในเนื้อเยื่อ เส้นประสาทตายอย่างถาวร อาจถึงขั้นสูญเสียอวัยวะส่วนนั้น (Drake & Ritzman, 2021) ซึ่งผู้ป่วยจำเป็นต้องปฏิบัติตัวตามคำแนะนำหลังใส่เฝือกอย่างเคร่งครัดเพื่อลดภาวะแทรกซ้อนดังกล่าว

ห้องตรวจออร์โธปิดิกส์ คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช ให้บริการตรวจรักษาผู้ป่วยที่มีปัญหากระดูกหัก ข้อเคลื่อน มีจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการใส่เฝือกที่ห้องตรวจออร์โธปิดิกส์ คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช ระหว่าง ปี พ.ศ. 2564 ถึง 2566 พบว่ามีจำนวน 1,264 1,293 และ 1,319 ราย ตามลำดับ ซึ่งเห็นได้ว่าจำนวนผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้นทุกปี โดยมีขั้นตอนการปฏิบัติงานประกอบด้วย การซักประวัติ ตรวจร่างกาย การวินิจฉัยโรค รวมทั้งหัตถการต่าง ๆ เช่น เมื่อพบว่ามีกระดูกหักหรือมีข้อเคลื่อนและได้รับการรักษาโดยการใส่เฝือก พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการช่วยเตรียมความพร้อมร่างกายของผู้ป่วย ประเมินสภาพผิวหนังบริเวณที่ใส่เฝือก เตรียมสภาพจิตใจ เตรียมอุปกรณ์ในการใส่เฝือก

และช่วยเหลือแพทย์ขณะใส่เฝือก ตลอดจนหลังการใส่เฝือกพยาบาลมีการประเมินผู้ป่วยซ้ำ และแนะนำวิธีการปฏิบัติตัวหลังใส่เฝือก เช่น การออกกำลังกาย อาการผิดปกติหลังใส่เฝือกที่ควรมาพบแพทย์ การเดินด้วยอุปกรณ์พยุงเดินชนิดต่าง ๆ ข้อห้ามในการปฏิบัติตัว นอกจากนี้ยังแนะนำช่องทางติดต่อกับทีมพยาบาลห้องตรวจออร์โธปิดิกส์ที่ผู้ป่วยสามารถสอบถามขอความช่วยเหลือเมื่อเกิดปัญหาหลังการใส่เฝือกได้ ซึ่งปัจจุบันห้องตรวจออร์โธปิดิกส์ คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล ยังไม่มีคู่มือการดูแลผู้ป่วยหลังได้รับการใส่เฝือก เพื่อให้คำแนะนำผู้ป่วยให้เป็นไปในแนวทางเดียวกัน ในบทบาทของหัวหน้าห้องตรวจออร์โธปิดิกส์ มีหน้าที่กำกับดูแลบุคลากรทางการพยาบาลให้มีทักษะ ความรู้ และสมรรถนะที่ถูกต้องในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาโดยการใส่เฝือก ให้เป็นไปในแนวทางเดียวกัน จึงได้จัดทำคู่มือการดูแลผู้ป่วยหลังได้รับการใส่เฝือกขึ้นเพื่อเป็นแนวทางในการปฏิบัติงานและเกิดประโยชน์กับผู้ป่วยอย่างสูงสุด

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเป็นแนวทางการปฏิบัติงานของบุคลากรห้องตรวจออร์โธปิดิกส์ คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช
2. เพื่อให้ผู้ป่วยที่ใส่เฝือก สามารถปฏิบัติการดูแลตนเองได้ถูกต้อง ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนภายหลังได้รับการใส่เฝือก

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ผู้ป่วยที่ได้รับการใส่เฝือก มีความปลอดภัยและปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง
2. ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการใส่เฝือกมีความพึงพอใจต่อการให้บริการและการดูแลที่ได้รับจากพยาบาลในห้องตรวจออร์โธปิดิกส์
3. ใช้ประกอบการนิเทศบุคลากรใหม่ที่มาปฏิบัติงานห้องตรวจออร์โธปิดิกส์

ขอบเขตของคู่มือปฏิบัติงาน

คู่มือการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการใส่เฝือกใช้เป็นแนวทางปฏิบัติงานสำหรับบุคลากรทางการแพทย์และการพยาบาล ตลอดจนเจ้าหน้าที่ห้องตรวจออร์โธปิดิกส์ คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช เริ่มตั้งแต่การวินิจฉัยพบว่ามีกระดูกหัก และมีแผนการรักษาด้วยวิธีการใส่เฝือกปูน หรือเฝือกพลาสติก ซึ่งประกอบด้วยการเตรียมผู้ป่วย การเตรียมอุปกรณ์การใส่เฝือก และการให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวหลังใส่เฝือก

คำจำกัดความ

กระดูกหัก (Bone Fracture) คือภาวะที่มีการแตกหรือหักของกระดูกบริเวณที่หักอาจจะแตกเป็นรอย โดยเคลื่อนออกจากกันหรือไม่ก็ได้ บางครั้งกระดูกแตกเป็นหลายชิ้น ขึ้นอยู่กับลักษณะการบาดเจ็บ และความรุนแรงของอุบัติเหตุหรือการกระแทก

กระดูกหักแบบปิด (Closed bone fracture) คือการแตกของกระดูกที่ไม่มีการฉีกขาดเหนือบริเวณผิวหนัง กระดูกหักชนิดนี้จะไม่มีบาดแผลภายนอก

ผู้ป่วยใส่เฝือก หมายถึงผู้ป่วยที่มีการแตก หรือหักของกระดูกแบบปิด และแพทย์มีแผนการรักษาโดยการใส่เฝือกปูน หรือเฝือกพลาสติกดามกระดูกส่วนที่หักให้อยู่นิ่ง เพื่อให้กระดูกที่หักสามารถเชื่อมติดได้เป็นปกติ

เฝือก (cast) คืออุปกรณ์ที่ใช้ดามกระดูกและข้อเพื่อให้ส่วนที่ถูกหุ้มด้วยเฝือกนั้นอยู่นิ่ง แต่สามารถเคลื่อนไหวร่างกายส่วนอื่น ๆ ที่อยู่นอกเฝือกได้ เพื่อให้กระดูกที่หักเชื่อมติดได้เป็นปกติ

เฝือกปูน (Plaster Cast) หมายถึงเฝือกที่ทำจากปูนพลาสเตอร์ (Plaster of Paris) ซึ่งเป็น anhydrous form ของเกลือ gypsum หรือเกลือ calcium sulfate เมื่อผสมกับน้ำจะเกิดปฏิกิริยาเคมี นำมาเคลือบบนผ้าฝ้าย สามารถปั้นเป็นรูปต่างๆตามที่ต้องการ

เฝือกพลาสติก (Fiber Glass Cast) หมายถึงเฝือกที่ทำจาก Fiber glass ระบายอากาศได้ดี แข็งแรง และเมื่อถ่ายภาพรังสี จะเห็นกระดูกได้ชัดเจน

บทที่ 2
โครงสร้างและหน้าที่ความรับผิดชอบ

บทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบของตำแหน่ง

ห้องตรวจออร์โธปิดิกส์ เป็นหน่วยงานของการพยาบาลผู้ป่วยนอก คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาลมหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช ให้บริการผู้ป่วยที่มีปัญหาเกี่ยวกับระบบกระดูก ข้อ เอ็น เนื้อเยื่อต่าง ๆ ทั้งภายในเขตกรุงเทพมหานครและส่งต่อจากโรงพยาบาลอื่น โดยเริ่มปฏิบัติงานตั้งแต่เวลา 06.00 - 16.00 น. ประกอบด้วย พยาบาลหัวหน้าห้องตรวจออร์โธปิดิกส์ 1 คน พยาบาลวิชาชีพประจำการ 3 คน พยาบาลบุคคลภายนอก 2 คน ผู้ช่วยพยาบาล 3 คน พนักงานช่วยเหลือคนไข้ 1 คน พนักงานทั่วไป 4 คน และเจ้าพนักงานธุรการ 1 คน

หน้าที่ความรับผิดชอบของหัวหน้าห้องตรวจออร์โธปิดิกส์

1. ประเมินคัดกรองผู้ป่วยที่มีปัญหาทางระบบกระดูก กล้ามเนื้อ เอ็น และข้อด้วย Triage และเฝ้าระวังอาการผู้ป่วย โดยประเมินตามระดับความรุนแรง (NEWS)
2. ให้การพยาบาลผู้ป่วยโดยใช้กระบวนการพยาบาล (Nursing Process)
3. บริหารอัตรากำลัง เพื่อแก้ไขปัญหาในการปฏิบัติงานของทีม ทำให้ทีมปฏิบัติงานอย่างมีประสิทธิภาพ
4. นิเทศงานแก่บุคลากรภายในหน่วยงาน และพยาบาลเวรห้วงเวลา พร้อมทั้งมีการประเมินผลการปฏิบัติงาน
5. ประสานงานกับหน่วยงานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้การบริหารงานมีความราบรื่นและมีประสิทธิภาพ
6. เป็นที่ปรึกษาให้แก่บุคลากรในทีมสุขภาพ กรณีที่มีปัญหาซับซ้อน เร่งด่วน ที่ต้องการผู้มีความชำนาญหรือเชี่ยวชาญพิเศษ
7. วิเคราะห์ปัญหา ประสานงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพอย่างถูกต้อง เกี่ยวกับอาการเปลี่ยนแปลงที่ผิดปกติของผู้ป่วย ซึ่งมีผลต่อการวินิจฉัย และการรักษาพยาบาล เพื่อให้ผลลัพธ์การดูแลรักษาที่มีประสิทธิภาพ
8. พิทักษ์สิทธิผู้ป่วยและผู้ให้บริการ
9. สร้างเสริมพลังให้แก่ผู้ป่วยและครอบครัวในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างเหมาะสมถูกต้องกับภาวะของโรค ให้คำแนะนำ สอนสุขศึกษาแก่ผู้ป่วยและญาติในการปฏิบัติตัวที่บ้านเป็นรายบุคคล และจัดกิจกรรมกลุ่มเพื่อสร้างเสริมสุขภาพสู่ประชาชน

10.เฝ้าระวังและทบทวนอุบัติการณ์ร่วมกับบุคลากรในทีม เพื่อหาแนวทางพัฒนากระบวนการทำงาน และการให้บริการ เช่น อุบัติการณ์ความเสี่ยงของหน่วยงาน ข้อร้องเรียน อัตราความพึงพอใจและตัวชี้วัดที่สะท้อนคุณภาพของหน่วยงาน

11.ศึกษา อบรม ดูงาน ประชุมวิชาการต่าง ๆ อย่างต่อเนื่องเพื่อพัฒนาตนเองและหน่วยงาน

หน้าที่ความรับผิดชอบของพยาบาลวิชาชีพ

1. ประเมินผู้ป่วย การดูแลเบื้องต้นเพื่อเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนเข้าพบแพทย์ในการวางแผนการรักษา

2. ให้การพยาบาลและทำหัตถการต่าง ๆ การช่วยแพทย์ในการทำหัตถการเฉพาะทาง เช่น การใส่เฝือก การเตรียมอุปกรณ์

3. การดูแลผู้ป่วยทั่วไป ส่งต่อข้อมูลและประสานงานการดูแลภายในทีมเพื่อความต่อเนื่องในการดูแลรักษา

4. ให้ข้อมูลที่เกี่ยวกับภาวะสุขภาพของผู้ป่วย วิธีการปฏิบัติตัว อาการแทรกซ้อนที่ควรเฝ้าระวัง เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถดูแลสุขภาพของตนเองได้

5. ประสานงานกับทีมแพทย์ผู้รักษาเพื่อวางแผนการดูแลผู้ป่วยแต่ละรายอย่างเหมาะสม

6. ให้การดูแลต่อเนื่อง ตั้งแต่แรกรับผู้ป่วยจนกระทั่งกลับบ้านและนัดหมายติดตามเพื่อดูอาการในครั้งถัดไป

7. ส่งเสริม ป้องกัน และฟื้นฟูสุขภาพของประชาชน หรือให้การบริการต่าง ๆ ทางด้านสุขภาพที่เป็นปัญหา

8. ประเมินอาการผู้ป่วยซ้ำก่อนผู้ป่วยจำหน่ายออกจากหน่วยงาน เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัย

9. สอนการใช้อุปกรณ์พยุงร่างกายชนิดต่าง ๆ ให้แก่ผู้ป่วยและญาติ และผู้ป่วยสามารถปฏิบัติได้อย่างถูกต้องก่อนกลับบ้าน

หน้าที่ความรับผิดชอบของผู้ช่วยพยาบาล

1. จัดเตรียมอุปกรณ์ จัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมเพื่อความปลอดภัยของผู้มารับบริการ

2. ดูแลบำรุงรักษาเครื่องมือ อุปกรณ์ต่าง ๆ ให้พร้อมใช้งานอยู่เสมอ

3. ให้การพยาบาลเบื้องต้นที่ไม่ซับซ้อน และเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยและแจ้งให้พยาบาลวิชาชีพรับทราบ เช่น การวัดสัญญาณชีพ คะแนนความปวด เป็นต้น

4. ช่วยแพทย์ในการเตรียมความพร้อมของร่างกายผู้ป่วยก่อนได้รับการใส่เฝือก เช่น การทำความสะอาดผิวหนัง การถอดเครื่องประดับหรือของมีค่าก่อนที่แพทย์ทำการใส่เฝือก

5. ให้บริการจุด Exit Q เพื่อออกใบนัด ใบเอกซเรย์ คิดค่าหัตถการใส่เฝือกประเภทต่าง ๆ รวมทั้งอธิบายการมาตรวจติดตามครั้งต่อไปให้ผู้ป่วยรับทราบ

หน้าที่ความรับผิดชอบของพนักงานทั่วไป

1. ดูแลความสะอาดของสถานที่ จัดเตรียมเครื่องมือที่ใช้ให้พร้อมใช้งาน

2. ช่วยเตรียมอุปกรณ์การใส่เฝือก เช่นภาชนะใส่อุปกรณ์ การเตรียมน้ำและการกำจัดน้ำหลังใส่เฝือก

3. ช่วยยก พยุงอวัยวะที่ต้องได้รับการใส่เฝือกเพื่อให้แพทย์สามารถใส่เฝือกได้อย่างสะดวกและปลอดภัย

4. เคลื่อนย้ายผู้ป่วยก่อนและหลังทำหัตถการ เฝ้าระวังผู้ป่วยเพื่อป้องกันการพลัดตก/หกล้ม

5. ทำงานร่วมกันกับทีมสุขภาพ ให้การดูแลผู้ป่วยทั่วไปในเรื่องความสุขสบายและส่งต่อผู้ป่วยไปยังแผนกต่าง ๆ หรือส่งกลับบ้าน

หน้าที่ความรับผิดชอบของเจ้าพนักงานธุรการ

1. ตรวจสอบสิทธิการรักษาของผู้ป่วย
2. ลงบันทึกข้อมูลผู้ป่วยในระบบคอมพิวเตอร์
3. จัดทำรายงานสถิติผู้ป่วยประจำเดือน
4. ติดต่อประสานงานระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
5. เบิกอุปกรณ์ พัสดุ ครุภัณฑ์ที่ใช้ภายในหน่วยงานให้เพียงพอ
6. เบิกค่าตอบแทนบุคลากรในหน่วยงาน
7. รับ - ส่งเอกสาร ลงทะเบียนหนังสือราชการและประสานงานกับหน่วยงานอื่น ๆ
8. แจ้งเวียนหนังสือราชการ คำสั่ง ประกาศ ให้หน่วยงานและผู้เกี่ยวข้องรับทราบ
9. พิมพ์หนังสือราชการตามที่ได้รับมอบหมาย
10. บันทึกสถิติผู้ป่วยรายวัน รายเดือน รายปี เพื่อจัดทำเป็นฐานข้อมูลประจำหน่วยงาน

ลักษณะงานที่ปฏิบัติ

ห้องตรวจออร์โธปิดิกส์ เป็นหน่วยงานของภาควิชาออร์โธปิดิกส์ ตั้งอยู่ที่อาคารทีปังกรรัศมีโชติ ชั้น B2 แผนกการพยาบาลผู้ป่วยนอก คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาลมหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช ให้บริการดังนี้

1. ให้บริการผู้ป่วยที่มีปัญหาเกี่ยวกับระบบกล้ามเนื้อ กระดูก ข้อ เอ็น เนื้อเยื่อ ยกเว้น กระดูกซี่โครง กะโหลกศีรษะและใบหน้า โดยแบ่งเป็นอนุสาสาขาต่าง ๆ เช่น กระดูกสันหลัง เข่าเสื่อม บาดเจ็บทางกีฬา ออร์โธปิดิกส์อุบัติเหตุ โรคกระดูกในเด็ก เป็นต้น

2. ให้บริการตรวจรักษา ดูแลและป้องกันภาวะแทรกซ้อน

3. ส่งเสริมสุขภาพตามมาตรฐานวิชาชีพแบบองค์รวม

4. มุ่งเน้นความปลอดภัย รวดเร็ว เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความพึงพอใจและไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน

5. เป็นสถานที่ฝึกปฏิบัติงานของนักศึกษาแพทย์ แพทย์ประจำบ้าน แพทย์ต่อยอดเฉพาะทาง นักศึกษาพยาบาล และนักศึกษาปฏิบัติการฉุกเฉินการแพทย์ (Paramedic)

6. ให้บริการผู้ป่วยทั้งในเขตกรุงเทพมหานครและเขตปริมณฑล รวมทั้งรับส่งต่อมารักษาจากโรงพยาบาลอื่น ๆ

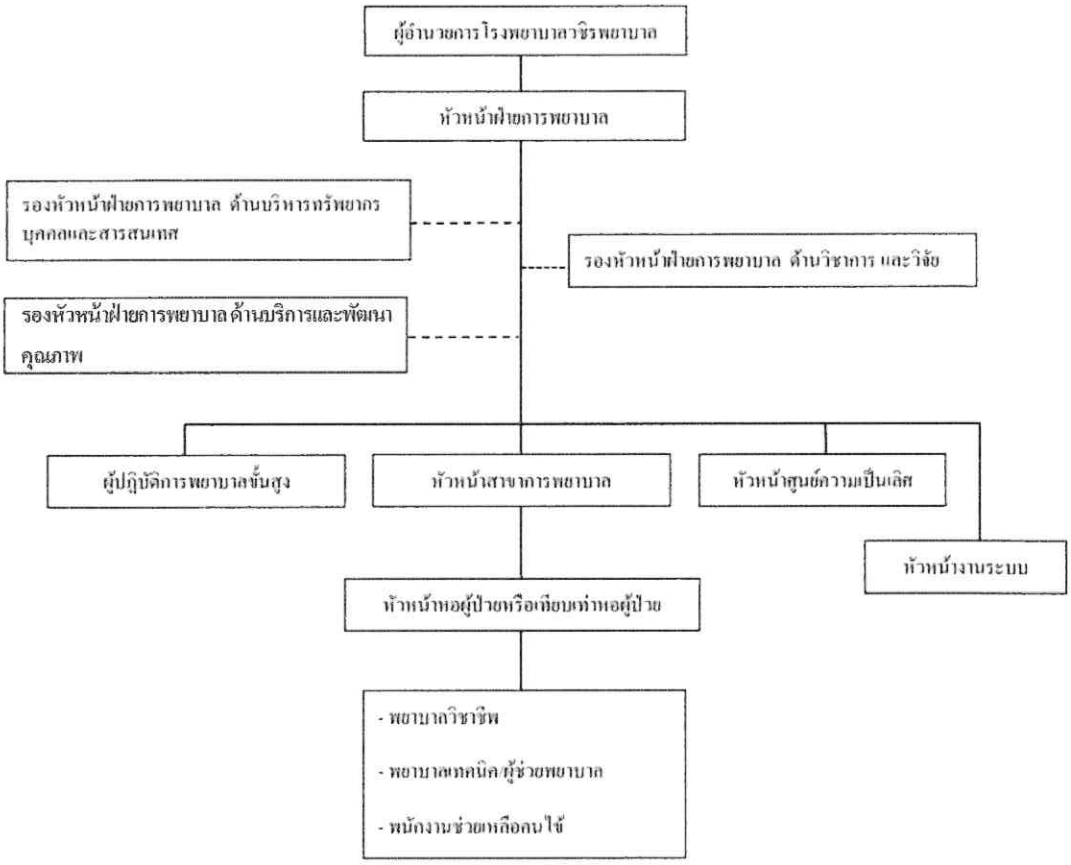
ห้องตรวจออร์โธปิดิกส์ ให้บริการตั้งแต่ 06.00 - 16.00 น. โดยแบ่งการให้บริการเป็น 2 ช่วงเวลาดังนี้

1. คลินิกรุ่งอรุณ เวลา 06.00 - 08.00 น. ให้บริการทุกวันตั้งแต่วันจันทร์ - วันศุกร์ ยกเว้นวันหยุดนักขัตฤกษ์ โดยมีแพทย์เฉพาะทางแต่ละอนุสาขาหมุนเวียนมาปฏิบัติงาน ประกอบด้วย แพทย์ 1 คน พยาบาลวิชาชีพ 1 คน ผู้ช่วยพยาบาล 1 คน พนักงานทั่วไป 1 คน และเจ้าพนักงานธุรการ 1 คน

2. คลินิกปกติเวลา 08.00 - 16.00 น. ให้บริการตั้งแต่วันจันทร์ - วันศุกร์ ยกเว้นวันหยุดนักขัตฤกษ์ ประกอบด้วยแพทย์ 7 คน แพทย์ต่อยอด 2 คน แพทย์ประจำบ้าน 10 คน พยาบาลวิชาชีพ 4 คน พยาบาลบุคคลภายนอก 2 คน ผู้ช่วยพยาบาล 3 คน พนักงานช่วยเหลือคนไข้ 1 คน พนักงานทั่วไป 4 คน และเจ้าพนักงานธุรการ 1 คน มีห้องแพทย์ตรวจทั้งหมด 12 ห้อง ประกอบด้วย ห้องหัตถการ 1 ห้อง ห้องใส่เฝือกและตัดเฝือก 1 ห้อง ห้องเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัด 1 ห้อง โดยมีการประเมิน คัดกรองผู้ป่วย และจัดลำดับเข้าพบแพทย์ตามช่วงเวลาที่นัดหมายด้วยระบบคิวอัตโนมัติ

โครงสร้างการบริหารฝ่ายการพยาบาล

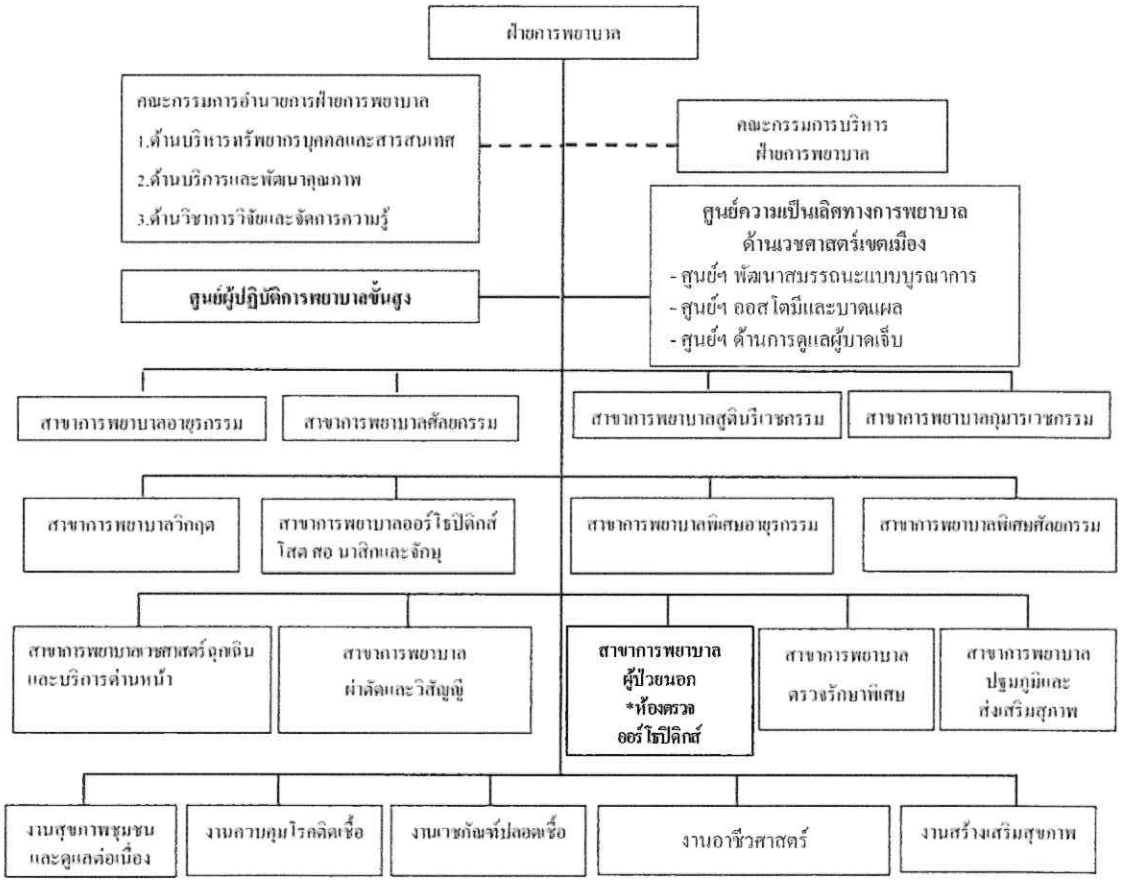
โครงสร้างการบริหารงาน ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช แบ่งออกเป็น 13 สาขา และ 5 งาน โดยหน่วยงานห้องตรวจออร์โธปิดิกส์ อยู่ในความรับผิดชอบของหัวหน้าสาขาการพยาบาลผู้ป่วยนอก ซึ่งมีโครงสร้างดังแสดงในแผนภูมิที่ 1-2



แผนภูมิที่ 1 โครงสร้างการบังคับบัญชา ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล

ที่มา : ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช (2566)

โครงสร้างฝ่ายการพยาบาล



หมายเหตุ : รองหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล มีภาระการปฏิบัติงานตามภาระการดำรงตำแหน่งของหัวหน้าฝ่ายการพยาบาลและเป็นภาระงานคู่ขนานไปกับภาระงานปกติ ประกอบด้วย หัวหน้าสาขาการพยาบาล หัวหน้างาน หัวหน้าฉีดและ นักวิชาการพยาบาล

แผนภูมิที่ 2 โครงสร้างการบริหารงาน ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล

ที่มา : ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช (2566)

บทที่ 3
หลักเกณฑ์วิธีการปฏิบัติงาน

หลักเกณฑ์การปฏิบัติงาน

หลักเกณฑ์การปฏิบัติงานของหน่วยงานห้องตรวจออร์โธปิดิกส์ ได้นำมาตรฐานมาใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติงานดังนี้

1. หลักเกณฑ์การปฏิบัติงานตามมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 5 สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล [องค์การมหาชน]. (2564) มาใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยให้เกิดความปลอดภัย ตามมาตรฐานวิชาชีพ โดยมีกระบวนการดูแลผู้ป่วยมีดังนี้

1.1 การเข้าถึงและเข้ารับบริการ (Access & Entry) ทีมผู้ให้บริการสร้างความมั่นใจว่าผู้รับบริการสามารถเข้าถึงบริการที่จำเป็นได้โดยสะดวก มีกระบวนการรับผู้ป่วยที่เหมาะสมกับปัญหาสุขภาพหรือความต้องการของผู้ป่วยอย่างทันเวลา มีการประสานงานที่ดีภายใต้ระบบงาน สิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม และให้มีประสิทธิภาพ

1.2 การประเมินผู้ป่วย (Patient Assessment) ผู้ป่วยทุกรายได้รับการประเมินความต้องการและปัญหาสุขภาพอย่างถูกต้องและเหมาะสม

1.3 การวางแผนการดูแลผู้ป่วย (Planning of Care) ทีมผู้ให้บริการจัดทำแผนการดูแลผู้ป่วยที่มีการประสานงานกันอย่างดี และมีเป้าหมายที่ชัดเจน สอดคล้องกับปัญหาหรือความต้องการด้านสุขภาพของผู้ป่วย

1.4 การดูแลผู้ป่วยทั่วไป (General Care Delivery) ทีมผู้ให้บริการสร้างความมั่นใจว่าจะให้การดูแลผู้ป่วย อย่างทันท่วงที ปลอดภัย เหมาะสม และเป็นไปตามมาตรฐานวิชาชีพ

1.5 การให้ข้อมูลและเสริมพลังแก่ผู้ป่วย หรือครอบครัว (Information and Empowerment for Patient/Families) ทีมผู้ให้บริการให้ข้อมูลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพผู้ป่วยหรือครอบครัว และจัดกิจกรรมที่วางแผนไว้ เพื่อเสริมพลังผู้ป่วยหรือครอบครัวให้มีความสามารถและรับผิดชอบในการดูแลสุขภาพของตนเองได้ รวมทั้งเชื่อมโยงการสร้างเสริมสุขภาพเข้าในทุกขั้นตอนของการดูแล

1.6 การดูแลต่อเนื่อง (Continuity of Care) ทีมผู้ให้บริการสร้างความร่วมมือและประสานงาน เพื่อให้มีการติดตาม และดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องให้ได้ผลดี

สำหรับระบบการให้บริการนั้น ทีมผู้ให้บริการตามมาตรฐานโรงพยาบาลและระบบสุขภาพ ฉบับที่ 5 สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล [องค์การมหาชน], (2564) ซึ่งประกอบด้วยการกำกับดูแลด้านวิชาชีพด้านการพยาบาล การกำกับดูแลด้านวิชาชีพด้านการแพทย์ สำหรับการกำกับดูแลด้านวิชาชีพด้านการพยาบาล (Nursing Governance) มีระบบการบริหารการพยาบาลที่รับผิดชอบต่อการจัดการบริการพยาบาลที่มีคุณภาพสูงเพื่อบรรลุพันธกิจขององค์กร ซึ่งการปฏิบัติการพยาบาลมีเป้าหมาย หรือผลลัพธ์ของการปฏิบัติการพยาบาล คือความปลอดภัยของผู้ป่วย การบรรเทาจากความทุกข์ทรมาน การได้รับข้อมูลและการเรียนรู้ ความสามารถในการดูแลตนเอง การเสริมพลังความพึงพอใจ โดยการมุ่งเน้นผู้ป่วยหรือผู้รับผลงาน ซึ่งประกอบด้วย

- ความรู้เกี่ยวกับผู้ป่วย หรือผู้รับผลงาน (Patient/Customer knowledge) องค์กรเรียนรู้ความต้องการและความคาดหวังที่สำคัญของผู้ป่วย หรือผู้รับผลงานของตน โดยการรับฟังหรือเรียนรู้ด้วยวิธีการที่เหมาะสมกับแต่ละกลุ่ม นำไปวางแผนจัดบริการ ปรับปรุงกระบวนการให้บริการสอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วยหรือ ผู้รับผลงาน นอกจากนี้ยังให้ความสำคัญกับความคิดเห็นและเสียงสะท้อนของผู้ป่วย หรือผู้รับผลงาน เป็นองค์กรที่มุ่งเน้นผู้ป่วย ตอบสนองความต้องการหาโอกาสสร้างนวัตกรรม ให้บริการสอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วยหรือผู้รับผลงาน
- ความสัมพันธ์และความพึงพอใจของผู้รับผลงาน (Customer Relationship and Satisfaction) องค์กรสร้างความสัมพันธ์กับผู้ป่วย หรือผู้รับผลงาน และมีการนำข้อมูลที่เป็นประโยชน์มาปรับปรุงการดำเนินงาน เพื่อสนองความต้องการ ความเชื่อมั่นศรัทธา ความพึงพอใจ และความร่วมมือจากผู้ป่วยหรือผู้รับผลงาน
- สิทธิผู้ป่วย (Patient's Rights) องค์กรตระหนักและให้การคุ้มครองสิทธิผู้ป่วย ซึ่งประกอบด้วยคำประกาศสิทธิผู้ป่วย กระบวนการคุ้มครองและผู้ป่วยมีความต้องการเฉพาะทั้งหมดนี้เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการคุ้มครองสิทธิและศักดิ์ศรี

2. มาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยนอก เป็นการบริการที่บุคลากรทางการพยาบาลให้บริการแก่ผู้ใช้บริการด้านสุขภาพ ครอบคลุมการตรวจรักษาพยาบาล การสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสภาพ สำหรับผู้มีสุขภาพดี และผู้มีปัญหาสุขภาพ โดยการคัดกรองภาวะสุขภาพ แยกประเภทความเจ็บป่วยและความรุนแรงของโรค ช่วยเหลือแพทย์ในการตรวจรักษาโรคและสุขภาพ ให้การพยาบาลก่อน ขณะ และหลังการตรวจรักษา ให้การดูแลรักษาพยาบาลช่วยเหลือปฐมพยาบาลเบื้องต้นในรายที่มีอาการรบกวน อาการไม่คงที่ และอาการรุนแรง หรือมีภาวะเสี่ยงต่ออันตรายถึงชีวิตเฉียบพลัน บริการให้ความรู้แก่ผู้ใช้บริการและครอบครัว เกี่ยวกับการปฏิบัติตน ปรับพฤติกรรมและดูแลสุขภาพตนเอง ตลอดจนการบริการปรึกษาสุขภาพ งานบริการส่วนใหญ่ประกอบด้วย คลินิกตรวจโรคและสุขภาพทั่วไป คลินิกตรวจโรคเฉพาะทาง

แต่ละสาขา คลินิกสุขภาพเด็ก คลินิกตรวจครรภ์ และตรวจหลังคลอด เป็นต้น ซึ่งการจัดให้มีคลินิกใดบ้าง ขึ้นอยู่กับความต้องการและความพร้อมของหน่วยงาน บุคลากรทางการพยาบาลในหน่วยงานบริการผู้ป่วยนอก นอกจากจะต้องใช้ความรู้ ความสามารถ และทักษะทางการพยาบาลพื้นฐานและการพยาบาลเฉพาะทางแล้ว ยังต้องมีทักษะสำคัญที่มุ่งเน้นด้านการสร้างสัมพันธภาพ การสื่อสาร การเจรจาต่อรอง การถ่ายทอดข้อมูลและความรู้ด้านสุขภาพ เพื่อให้ผู้มารับบริการเข้าใจภาวะสุขภาพ และสามารถนำไปปฏิบัติตนเองได้อย่างถูกต้องและเกิดประสิทธิภาพมากที่สุด รวมทั้งเป็นการป้องกันความขัดแย้ง และสร้างความประทับใจในการมารับบริการรักษาพยาบาล มาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยนอกมีดังนี้ (สำนักการพยาบาล กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2550)

2.1 มาตรฐานที่ 1 การพยาบาลในระยะก่อนการตรวจรักษา การตรวจคัดกรอง (Screening) พยาบาลวิชาชีพตรวจคัดกรองผู้ใช้บริการด้วยการประเมินสภาพอาการเบื้องต้น จัดลำดับและทำการคัดแยกความรุนแรงและความเร่งด่วนของการเข้ารับการตรวจรักษาพยาบาลอย่างถูกต้องและปลอดภัย ประเมินปัญหาเพิ่ม ประเมินซ้ำ และเฝ้าระวังเป็นระยะอย่างต่อเนื่องตามความเหมาะสมกับภาวะสุขภาพ ของผู้ใช้บริการตลอดระยะเวลาที่ใช้บริการในหน่วยงาน วินิจฉัยทางการพยาบาล เพื่อให้การดูแลช่วยเหลืออย่างเหมาะสมในเบื้องต้น และปฏิบัติการทางการพยาบาลที่มีความสอดคล้องตามปัญหาและการตอบสนองต่อภาวะสุขภาพของผู้ใช้บริการ เพื่อให้บรรลุเป้าหมายผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่คาดหวัง ประเมินผล การตอบสนองต่อการปฏิบัติการพยาบาล ตามเป้าหมายและผลลัพธ์ที่พึงประสงค์ สอดคล้องกับปัญหา และการวินิจฉัยทางการพยาบาล

2.2 มาตรฐานที่ 2 การพยาบาลในระยะขณะตรวจรักษา พยาบาลวิชาชีพให้การดูแลและเอื้ออำนวยให้กระบวนการตรวจรักษาของแพทย์เป็นไปอย่างสะดวก รวดเร็ว ปลอดภัย มีประสิทธิภาพและเสมอภาค

2.3 มาตรฐานที่ 3 การพยาบาลในระยะหลังการตรวจรักษา พยาบาลวิชาชีพให้การดูแลและประสานการส่งต่อ ให้ผู้ใช้บริการได้รับการบริการสุขภาพตามแนวทางการรักษาพยาบาลต่อเนื่อง อย่างเหมาะสม ชัดเจนและเฉพาะเจาะจง เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพหรือโรคของผู้ใช้บริการในกรณีต่าง ๆ

2.4 มาตรฐานที่ 4 การดูแลต่อเนื่อง พยาบาลวิชาชีพวางแผนการให้การดูแลผู้ใช้บริการในการตรวจรักษาพยาบาลอย่างต่อเนื่อง ตามมาตรฐานหรือแนวทางการส่งต่อและให้การดูแลระหว่างการส่งต่ออย่างเหมาะสม ปลอดภัย

2.5 มาตรฐานที่ 5 การสร้างเสริมสุขภาพ พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลที่มีเป้าหมายเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพของผู้ใช้บริการ โดยมุ่งเน้นการป้องกันปัญหาสุขภาพที่อาจเกิดขึ้น (Potential Health Problem)

2.6 มาตรฐานที่ 6 การคุ้มครองภาวะสุขภาพ พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลที่มีเป้าหมายในการคุ้มครองภาวะสุขภาพของผู้ใช้บริการ เพื่อความปลอดภัยของผู้ใช้บริการอย่างต่อเนื่อง

2.7 มาตรฐานที่ 7 การให้ข้อมูลและความรู้ด้านสุขภาพ พยาบาลวิชาชีพให้ข้อมูลความรู้ที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ใช้บริการอย่างเหมาะสม

2.8 มาตรฐานที่ 8 การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย พยาบาลวิชาชีพให้การดูแลผู้ใช้บริการโดยเคารพศักดิ์ศรีและคุณค่าความเป็นมนุษย์ ตลอดจนการพิทักษ์สิทธิตามขอบเขต บทบาทหน้าที่ ความรับผิดชอบ

2.9 มาตรฐานที่ 9 การบันทึกทางการพยาบาล พยาบาลวิชาชีพบันทึกข้อมูลทางการพยาบาล และข้อมูลเกี่ยวข้องกับผู้ใช้บริการเป็นลายลักษณ์อักษรอย่างเป็นระบบ เพื่อสื่อสารกับทีมงานและทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้อง เพื่อเป็นหลักฐานทางกฎหมาย

วิธีการปฏิบัติงาน

การปฏิบัติงานของห้องตรวจออร์โธปิดิกส์ ในการดูแลผู้ป่วยที่ต้องได้รับการใส่เฝือกโดยมีขั้นตอนดังนี้

1. ก่อนใส่เฝือก

1.1 ประเมินผู้ป่วยก่อนใส่เฝือก

- ประเมินสัญญาณชีพ ได้แก่ วัดอุณหภูมิร่างกาย วัดความดันโลหิต ชั่งน้ำหนักและวัดส่วนสูง
- สอบถามประวัติโรคประจำตัว ประวัติการสูบบุหรี่ และการได้รับบาดเจ็บหรือได้รับอุบัติเหตุ
- สอบถามสิทธิการรักษา กรณีได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุยานยนต์แนะนำให้ยื่นเอกสารเกี่ยวกับ สิทธิพรบ.
- ประเมินความเจ็บปวดโดยใช้เครื่องมือประเมินระดับความปวด และความง่วงซึม
- การได้รับการรักษาเบื้องต้นที่ได้รับจากโรงพยาบาลอื่น

1.2 ให้ข้อมูลผู้ป่วยและญาติ

- อธิบายขั้นตอน และจุดมุ่งหมายของการใส่เฝือก
- ประเมินความพร้อมทางด้านร่างกายและจิตใจ

1.3 การเตรียมผู้ป่วยก่อนใส่เฝือก

- ประเมินความปวด โดยใช้เครื่องมือประเมินระดับความปวด
- ให้ยาแก้ปวดตามแผนการรักษา ประเมินสัญญาณชีพก่อนและหลังให้ยา เฝ้าระวังอาการแพ้ยา บันทึกการให้ยา และอาการหลังได้รับยา

2. การใส่เฝือก

2.1 การเตรียมอุปกรณ์สำหรับใส่เฝือกได้แก่

- กะละมังสำหรับจุ่มน้ำเฝือก
- เฝือกขนาดต่าง ๆ
- สำลีรองเฝือก (Webril)
- ผ้ายางรองบริเวณอวัยวะที่ใส่ หรือพื้นที่ใส่
- ผ้ายืด (Elastic bandage)
- อุปกรณ์ที่ใช้ตกแต่งเฝือก ได้แก่ เครื่องตัดเฝือกไฟฟ้า กรรไกรตัดเฝือก เครื่องมือถ่างเฝือก หมอนรองเฝือก
- กรณีใส่เฝือกพลาสติก เตรียม Stockinette เพื่อใช้ปิดจุดรอยต่อของม้วนเฝือกพลาสติก และกระบอกฉีดน้ำสะอาด 1 อัน เพื่อใช้ฉีดหลังใส่เฝือกเสร็จแล้ว

2.2 การเตรียมผู้ป่วย โดยจัดท่าให้พร้อมในการใส่เฝือกแต่ละชนิด กรณีกระดูกหักผิดรูป มีการจัดดึงกระดูกให้เข้าที่ก่อนใส่เฝือก (Reduction)

2.3 ใส่เฝือก แบ่งออกเป็น 2 ประเภท (รายละเอียดอยู่ในภาคผนวก)

- การใส่เฝือกปูน
- การใส่เฝือกพลาสติก

3. การดูแลผู้ป่วยหลังใส่เฝือก

3.1 ประเมินหลังใส่เฝือก โดยการเอกซเรย์หลังใส่เฝือก กรณีกระดูกไม่เข้าที่ แจ้งแพทย์พิจารณาใส่เฝือกใหม่

3.2 ให้คำแนะนำวิธีการปฏิบัติตัวหลังใส่เฝือก โดยแจกเอกสารแผ่นพับความรู้ในการดูแลตนเองหลังใส่เฝือก หรือ Scan QR Code ได้แก่ การดูแลเฝือก การเฝ้าระวังและสังเกตอาการผิดปกติ การมาพบแพทย์ตามนัดเพื่อติดตามผลการรักษา

3.3 สอนและสาธิตการใช้อุปกรณ์ช่วยหัดเดิน

3.4 บันทึกข้อมูลการให้การรักษาพยาบาล และให้ใบนัดตรวจติดตาม

เงื่อนไข /ข้อสังเกต/ข้อควรระวัง/สิ่งที่ควรคำนึงในการปฏิบัติงาน

การใส่เฝือกในผู้ป่วยกระดูกหัก สิ่งที่ควรคำนึงถึง ได้แก่

1. การใส่เฝือกไม่ควรแน่นมากเกินไป ซึ่งเป็นผลให้มีอาการปวด หรือบวมมากขึ้น

2. ควรแนะนำให้ผู้ป่วยสังเกตอาการปวดมากขึ้น บวม อาการชา ถ้ามีอาการดังกล่าวให้มาพบแพทย์

3. แนะนำผู้ป่วย เรื่องการดูแลตนเองหลังใส่เฝือก โดยเฉพาะห้ามใช้อุปกรณ์สอดใส่ในเฝือกเพื่อเกาหรือทำให้ลดอาการคัน และห้ามตัดเฝือกออกเอง

แนวคิดที่ใช้ในการจัดทำคู่มือ

ผู้จัดทำใช้แนวคิดในการจัดทำคู่มือ ดังนี้

1. แนวคิด 2P Safety มาประยุกต์ใช้ในการทำคู่มือการปฏิบัติงาน รวมทั้งได้นำหลักในการสื่อสารข้อมูลที่มีประสิทธิภาพ (ISBAR) เพื่อใช้ในการสื่อสารระหว่างทีมดูแลมาเป็นแนวคิดประยุกต์ใช้ในการจัดทำคู่มือดังนี้ความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรผู้ให้บริการ (2P Safety Goals) (สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล, 2561) ประกอบด้วย

1.1 ความปลอดภัยของผู้ป่วย (Patient Safety Goals) ได้แก่

1.1.1 Safe Surgery

1.1.2 Infection Prevention and Control

1.1.3 Medication and Blood Safety

1.1.4 Patient Care Process

1.1.5 Line, Tube and Catheter & Laboratory.

1.1.6 Emergency response

1.2 ความปลอดภัยของผู้ให้บริการ (Personal Safety Goals) ได้แก่

1.2.1 security and privacy of information and social media

1.2.2 Infection and exposure

1.2.3 mental health and medication

1.2.4 process of work

1.2.5 lane and legal issues

1.2.6 environment and working condition

2. การสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ ตามหลักแนวคิด ISBAR (สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล, 2661) ในการสื่อสารระหว่างทีมดูแล กรณีผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนจากภาวะกระดูกหักหรือการแพ้ยาฉีดแก้ปวดก่อนได้รับการใส่เฝือก มีรายละเอียดดังนี้

I = Identification ข้อมูลผู้ป่วย ชื่อ-นามสกุล อายุ เลขบัตรประจำตัวประชาชนของผู้รับบริการ

S = Situation ข้อมูลเกี่ยวกับการเกิดอุบัติเหตุหรือการเกิดการบาดเจ็บของกระดูก ได้แก่

1) วันที่ เดือน เวลา ที่เกิดอุบัติเหตุ หรือที่ได้รับบาดเจ็บ

2) สิทธิการรักษา

3) การประเมินความเสี่ยงตาม ESI / NEWS

4) ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

5) การรักษาพยาบาลเบื้องต้นที่ผู้ป่วยได้รับ

B = Background ข้อมูลเกี่ยวกับประวัติการเจ็บป่วยของผู้รับบริการได้แก่

1) ประวัติส่วนตัว

2) ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต ประวัติการได้รับการผ่าตัด ประวัติการได้รับบาดเจ็บ

3) ประวัติการแพ้ยาหรือได้รับยาก่อนมาโรงพยาบาล (ถ้ามี)

A = Assessment ข้อมูลการประเมินสถานการณ์ของพยาบาลวิชาชีพ วิเคราะห์ประเมินปัญหา ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ภาวะแทรกซ้อนความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นกับผู้รับบริการ

R = Recommendation ข้อเสนอแนะที่ต้องการให้ผู้รับบริการได้รับการติดตามดูแลอย่างต่อเนื่องและได้รับการเฝ้าระวังความเสี่ยงต่าง ๆ

บทที่ 4
เทคนิคการปฏิบัติงาน

แผนกลยุทธ์ในการปฏิบัติงาน

การปฏิบัติงานการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการใส่เฝือก ปฏิบัติตามแผนกลยุทธ์การปฏิบัติงานของคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช ปี 2565-2568 ซึ่งประกอบไปด้วยยุทธศาสตร์ (HEROES) 6 ด้าน (คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาลปี2565) ดังนี้

ยุทธศาสตร์ที่ 1 การบริการเพื่อความเป็นเลิศ (Health care Excellence) : โดยมีวัตถุประสงค์

1. เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพประสิทธิผลและความปลอดภัยของระบบบริการ
2. เพื่อขยายและเพิ่มขีดความสามารถด้านบริการวิชาการแก่สังคม

ยุทธศาสตร์ที่ 2 การศึกษาที่เป็นเลิศ (Education Excellent) : โดยมีวัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนาหลักสูตรการศึกษาและฝึกอบรมให้มีมาตรฐาน
2. ผลิตบัณฑิตที่มีเอกลักษณ์และสมรรถนะสอดคล้องกับแนวโน้มใหม่บนพื้นฐานด้านเวชศาสตร์เขตเมือง
3. ผลิตบัณฑิตแพทย์ที่มีคุณภาพ
4. พัฒนาศักยภาพอาจารย์และบุคลากรกลุ่มสนับสนุนการจัดการศึกษา
5. ยกระดับการพัฒนาคุณภาพด้านการศึกษาโดยใช้เกณฑ์คุณภาพ การศึกษาเพื่อการดำเนินการที่เป็นเลิศ

ยุทธศาสตร์ที่ 3 การวิจัยที่เป็นเลิศด้านเวชศาสตร์เขตเมือง (Research Excellent in Medical Urbanology) : โดยมีวัตถุประสงค์

1. เพื่อการพัฒนาศักยภาพอาจารย์และนักวิจัยในด้านวิจัยและนวัตกรรม
2. เพื่อการพัฒนาระบบส่งเสริม สนับสนุนการวิจัยและนวัตกรรม

ยุทธศาสตร์ที่ 4 องค์กรเข้มแข็งปลอดภัย และเติบโตอย่างยั่งยืน (Organizational Strength) : โดยมีวัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนาขีดความสามารถขององค์กรด้านเวชศาสตร์เขตเมือง
2. เพื่อยกระดับการพัฒนาองค์กรโดยใช้เกณฑ์รางวัลคุณภาพแห่งชาติ (TQA) เพื่อมุ่งสู่ความเป็นเลิศ
3. เพื่อเพิ่มรายได้ด้านการบริการสุขภาพ
4. มีระบบการบริหารรายได้ และค่าใช้จ่ายอย่างมีประสิทธิภาพ

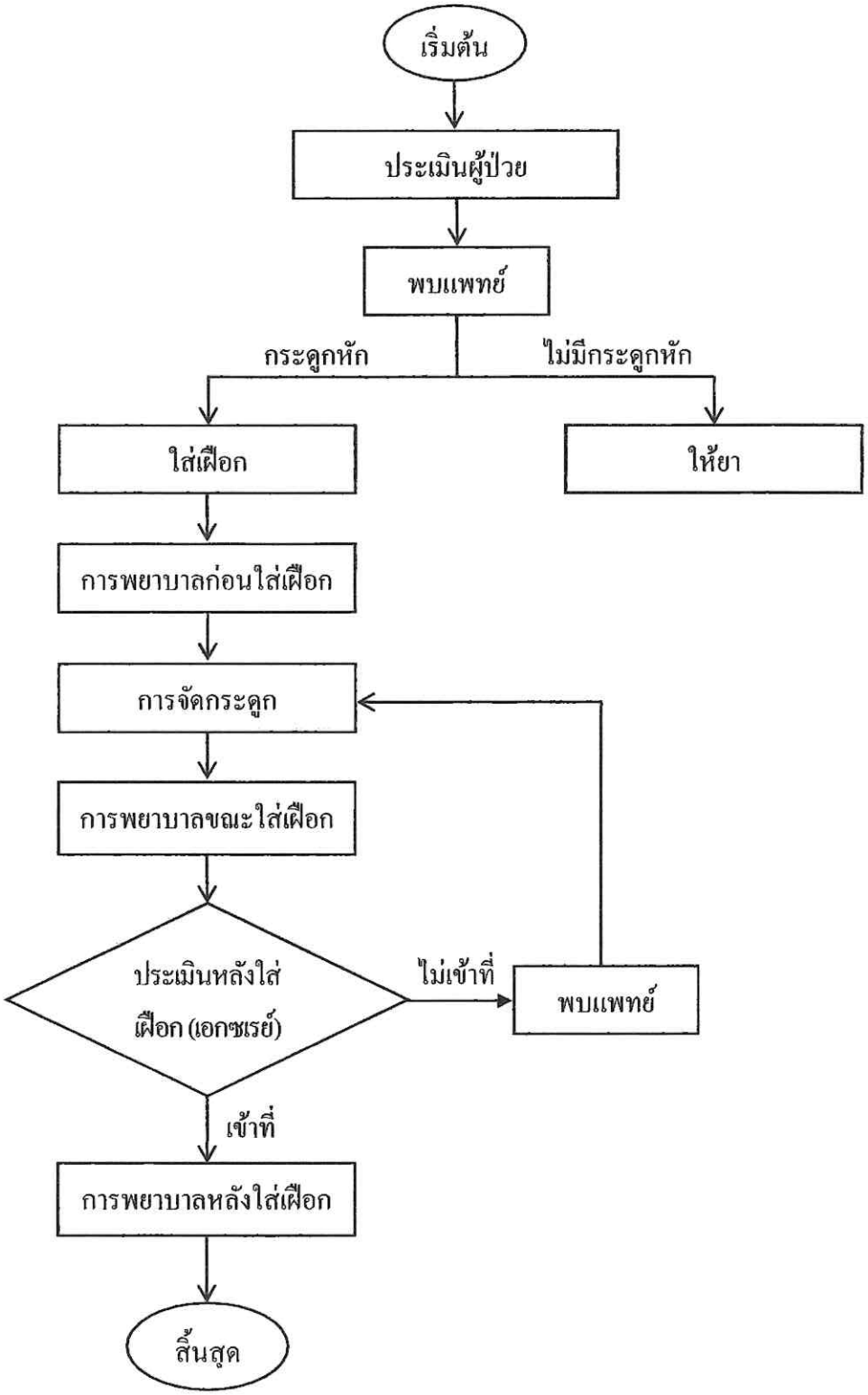
ยุทธศาสตร์ที่ 5 ความผูกพันของลูกค้า : (Engagement of customers) : โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อการสร้างความผูกพันกับลูกค้าในทุกพันธกิจ

ยุทธศาสตร์ที่ 6 คณะแพทย์ที่ทันสมัยในยุคดิจิทัล (Smart Medical Faculty) : โดยมีวัตถุประสงค์

1. เพื่อให้บุคลากรทุกสายงานมีสมรรถนะด้านดิจิทัล
2. เพื่อพัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศให้มีศักยภาพและมีประสิทธิภาพรองรับการเติบโตขององค์กรและการดำเนินการทุกพันธกิจ

การจัดทำคู่มือการปฏิบัติงาน การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการใส่เฝือก ตอบสนองแผนยุทธศาสตร์ของโรงพยาบาลวชิรพยาบาลและฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช โดยเฉพาะแผนยุทธศาสตร์ที่ 1ที่มีการเพิ่มประสิทธิผลและความปลอดภัยของระบบบริการ มีการเพิ่มขีดความสามารถด้านบริการใหม่ ๆ ในหน่วยงานอย่างต่อเนื่อง แผนยุทธศาสตร์ที่ 5 การสร้างความผูกพันของลูกค้า ผู้รับบริการด้วยคุณค่า และบริการที่เป็นเลิศเกินกว่าความคาดหวัง และแผนยุทธศาสตร์ที่ 6 การนำเทคโนโลยีเข้ามาใช้ในการจัดทำ QR code คำแนะนำการปฏิบัติตัวหลังใส่เฝือกเพื่อลดการส่งต่อข้อมูลด้วยกระดาษซึ่งอาจสูญหายและเพิ่มความสิ้นเปลืองในการใช้วัสดุในหน่วยงาน

ขั้นตอนการปฏิบัติงาน (Flow chart)



ขั้นตอนการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการใส่เฝือก มีรายละเอียดดังนี้

ลำดับ	กระบวนการ	การปฏิบัติ	แบบฟอร์ม	ผู้รับผิดชอบ
1	เริ่มต้น	ผู้ป่วยกระดูกหักมาตรวจที่ห้องตรวจออร์โธปิดิกส์จากหน่วยคัดกรองหรือห้องตรวจเวชศาสตร์ฉุกเฉิน จัดลำดับคิวเข้าพบแพทย์		
2	ประเมินผู้ป่วย	1. ประเมินอาการผู้ป่วยกระดูกหักตามลำดับความรุนแรง (ESI) และ NEWS 2. ประเมินสัญญาณชีพ ได้แก่ วัดอุณหภูมิร่างกาย วัดความดันโลหิต ชั่งน้ำหนัก และวัดส่วนสูง 3. สอบถามประวัติโรคประจำตัว ประวัติการสูบบุหรี่ และการได้รับบาดเจ็บหรือได้รับอุบัติเหตุ ลักษณะ ของอุบัติเหตุ ระยะเวลาที่เกิดเหตุ 4. สอบถามสิทธิการรักษา กรณีได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุยานยนต์ ยื่นเอกสารเกี่ยวกับ พรบ. ก่อน เข้ารับการตรวจรักษา	เครื่องมือประเมินระดับความปวดและเครื่องมือประเมินระดับความง่วงซึม	พยาบาลวิชาชีพ
3	พบแพทย์	แพทย์วินิจฉัยและรักษาด้วยวิธีการใส่เฝือกโดยการส่งเอกซเรย์ - กรณีที่ไม่มีกระดูกหัก แพทย์ให้การรักษาโดยการให้ยา และกลับบ้าน - กรณีที่พบว่ามีกระดูกหัก อยู่ในระดับ ESI 3 ขึ้นไป แพทย์มีแผนการรักษาโดยการใส่เฝือก แจ้งให้ผู้ป่วยและญาติรับทราบถึงเหตุผลความจำเป็นที่ต้องรักษาด้วยการใส่เฝือก		แพทย์
4	การพยาบาลก่อนใส่เฝือก	เตรียมความพร้อมการใส่เฝือก 1. เตรียมผู้ป่วยโดยแจ้งและให้ข้อมูลความจำเป็นของการใส่เฝือกเพื่อทำให้กระดูกเข้าที่ 2. ประเมินระดับความปวด ถ้าผู้ป่วยมีระดับ Pain scale คะแนน $\geq$ 7 แพทย์พิจารณาให้ยาแก้ปวดก่อนการจัดดึงกระดูก	-แบบประเมินระดับความปวดและเครื่องมือประเมินระดับความง่วงซึม	พยาบาลวิชาชีพ

ขั้นตอนการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการใส่เฝือก มีรายละเอียดดังนี้ (ต่อ)

ลำดับ	กระบวนการ	การปฏิบัติ	แบบฟอร์ม	ผู้รับผิดชอบ
		3. ประเมิน Vital Sign ก่อนฉีดยาแก้ปวด ยาที่ใช้ระงับปวด ได้แก่ -Morphine Sulphate ขนาดที่ใช้ $\leq$3 mg ฉีดเข้าทางหลอดเลือดดำโดยผสมด้วย Sterile Water จำนวน 10 cc. Slow push วัดสัญญาณชีพทุก 15 นาที จำนวน 2 ครั้ง และเฝ้าระวังโดยประเมินระดับ Sedative score การหายใจ ถ้า <10 ครั้ง/นาที BP < 90/60 mmHg. O2 Saturation < 95% รายงานแพทย์ - Tramadol HCI ขนาด 50 Mg ฉีดเข้าทางหลอดเลือดดำ ผสมกับ NSS หรือ 5 D/W 9 cc. Slow push หรือฉีดทางกล้ามเนื้อ และเฝ้าระวังอาการ เช่น แน่นหน้าอก หน้ามืด เวียนศีรษะ เจ็บหน้าอก ชัก หัวใจเต้นผิดจังหวะ มีผื่นขึ้น หายใจไม่ออก คลื่นไส้ อาเจียน -Ketorolac (ketolac) 30mg/ml ฉีดเข้าทางหลอดเลือดดำผสมกับ NSS 5 cc. Slow push หรือฉีดทางกล้ามเนื้อ ให้ลึกถึงชั้นกล้ามเนื้อ และเฝ้าระวังอาการ เช่น หน้ามืด เป็นลม แน่นหน้าอก หายใจไม่ออก ลมพิษ ใบหน้าบวม ผื่นแดง ตุ่มพอง ปวดศีรษะรุนแรงมีเลือดออกที่ผิวหนัง ปวดท้อง - Dynastat 40 mg ฉีดทางหลอดเลือดดำ โดยผสมกับ NSS, D5W และ D5/2 จำนวน 5 cc. หรือฉีดเข้าทางกล้ามเนื้อ เฝ้าระวังอาการ เช่น ผื่นลมพิษ คัน บวมตามเยื่อบุต่าง ๆในรายที่แพ้รุนแรงอาจเกิด Anaphylaxis	- ใบหัตถการห้องตรวจออร์โธปิดิกส์	

ขั้นตอนการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการใส่เฝือก มีรายละเอียดดังนี้ (ต่อ)

ลำดับ	กระบวนการ	การปฏิบัติ	แบบฟอร์ม	ผู้รับผิดชอบ
		- Fentanyl ฉีดเข้าทางหลอดเลือดดำผสมกับ NSS 9 cc. Slow push และเฝ้าระวังอาการ เช่น คลื่นไส้อาเจียน ปวดศีรษะ หรือเวียนศีรษะ 4. กรณีผู้ป่วยได้รับยาแก้ปวดตามแผนการรักษา อาการปวดทุเลาลง ไม่เกิดอาการข้างเคียง แพทย์ดำเนินการจัดกระดูก 5. เจ้าหน้าที่จัดเตรียมอุปกรณ์ ดังนี้ - ใส่น้ำประมาณ 3/4 ของกะละมังสำหรับจุ่มน้ำเฝือก - เฝือกขนาดต่าง ๆ 3นิ้ว 4นิ้ว 6นิ้ว ตามอวัยวะที่ใส่ - Webril ขนาดต่าง ๆ 3นิ้ว 4นิ้ว 6นิ้ว - ผ้ายางรองบริเวณอวัยวะที่ใส่ และที่พื้นเพื่อป้องกันการเปรอะเปื้อน - ผ้ายืด (Elastic bandage) ขนาดต่าง ๆ - อุปกรณ์ที่ใช้ตกแต่งเฝือก ได้แก่ เครื่องตัดเฝือกไฟฟ้า กรรไกรตัดเฝือก เครื่องมือถ่างเฝือก มีดตัดเฝือก เครื่องมือแต่งขอบเฝือก หมอนรองใต้เฝือก - กรณีใส่เฝือกพลาสติก เตรียม Stockinette ขนาดต่าง ๆ 3 นิ้ว 4 นิ้ว 6 นิ้ว ตามอวัยวะที่ใส่ - เตรียมวาสลีน เพื่อใช้ปิดจุดรอยต่อของม้วนเฝือกพลาสติก - กระบอกฉีดน้ำสะอาด 1 อัน เพื่อใช้ฉีดบนเฝือกหลังใส่เฝือกเสร็จแล้ว		

ขั้นตอนการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการใส่เฝือก มีรายละเอียดดังนี้ (ต่อ)

ลำดับ	กระบวนการ	การปฏิบัติ	แบบฟอร์ม	ผู้รับผิดชอบ
5	การจัดกระดูก	แพทย์จัดดึงกระดูกให้เข้าที่ก่อนใส่เฝือก (Reduction) ในกรณีข้อมือหัก โดยใช้ Finger trap traction ดึงแนวกระดูกให้อยู่ในแนวตรงก่อนถ่วงน้ำหนักและใช้ลูกตุ้มเหล็กถ่วงน้ำหนัก 5 lbs หรือ 10 lbs เป็นเวลา 5-10 นาที		1. แพทย์ 2. ผู้ช่วยพยาบาล
6	การพยาบาลขณะใส่เฝือก	1. จัดท่าผู้ป่วย - จัดให้ผู้ป่วยอยู่ในท่านอนราบหรือท่านั่งและจัดส่วนที่ต้องการใส่เฝือกให้อยู่ในตำแหน่งที่ถูกต้องและนิ่งตลอดเวลาที่ใส่เฝือก - ยกแขนหรือขาของผู้ป่วย เพื่อลดอาการเกร็งกล้ามเนื้อของแขนหรือขา - การเข้าเฝือกระดับต่ำกว่าเข่า ให้จับปลายนิ้วเท้าและอีกมือรองบริเวณน่องผู้ป่วย - การเข้าเฝือกระดับเหนือเข่าและมีกระดูก Tibia หัก ให้ผู้ป่วยห้อยขาลงจากเตียงอยู่ในแนวดิ่ง ใช้มือจับปลายนิ้วเท้าและเข้าเฝือกจากปลายนิ้วเท้าจนถึงข้อเท้า - การใส่เฝือกแขน ให้จับนิ้วหัวแม่มือผู้ป่วยแยกออก อีกมือหนึ่งจับนิ้วชี้ นิ้วกลางและนิ้วนางของผู้ป่วยโดยไม่รวบนิ้วก้อยเพื่อลดความเจ็บปวด และการรวบนิ้วทุกนิ้วขณะใส่เฝือกจะมีผลทำให้เฝือกคับและบีบรัดมากเกินไป 2. การใส่เฝือก มี 2 ประเภท (อยู่ในภาคผนวก ข) 2.1 การใส่เฝือกปูน - ควรจุ่มหรือยกเฝือกปูนในขณะที่เฝือกยังเปียก ควรใช้ฝ่ามือช้อนส่วนล่างของเฝือกไม่ให้ห้อย แล้วยกพร้อมกันให้ได้ระดับเดียวกัน		1. พยาบาลวิชาชีพ 2. ผู้ช่วยพยาบาล 3. พนักงานทั่วไป

ขั้นตอนการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการใส่เฝือก มีรายละเอียดดังนี้ (ต่อ)

ลำดับ	กระบวนการ	การปฏิบัติ	แบบฟอร์ม	ผู้รับผิดชอบ
		ตลอดเวลาจนวางเรียบร้อย ห้ามเอานิ้วมือหรือของแหลมคมไปขูดเฝือกเพราะจะทำให้เกิดรอยย่น ทำให้เฝือกเสียหน้าที่ หรือเกิดแรงกดทับต่อผิวหนังได้ 2.2 การใส่เฝือกพลาสติก - ควรจัดแต่งรูปทรงของเฝือกพลาสติกควรทำอย่างรวดเร็วเพราะเฝือกแห้งเร็ว ถ้าจัดแต่งแนวกระดูกที่ใส่ช้าจะทำให้ต้องใส่เฝือกใหม่ - หลังพันเฝือกพลาสติก ลูบเฝือกที่ใส่ให้เรียบเนียนด้วยการฉีดน้ำลงบนเฝือก และลูบเฝือกขึ้นลงเบา ๆ เพื่อให้เฝือกแข็งตัว และแห้งใช้เวลาประมาณครึ่งชั่วโมงหลังใส่ 3. ประเมินหลังใส่เฝือก โดยแพทย์ส่งเอกซเรย์ - กรณีกระดูกไม่เข้าที่ เข้าพบแพทย์เพื่อดำเนินการจัดกระดูก และใส่เฝือกซ้ำ - กรณีกระดูกเข้าที่ ให้การพยาบาลหลังใส่เฝือก		
7	การพยาบาลหลังใส่เฝือก	พยาบาลให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวหลังใส่เฝือกกับผู้ป่วยและญาติ ดังนี้ 1. แนะนำไม่ให้เฝือกเปียกน้ำหรือสกปรก ห้ามขีดเขียนข้อความลงบนเฝือก และไม่ให้นำวัตถุแปลกปลอม ต่าง ๆ สอดเข้าไปในเฝือก เพราะอาจทำให้ผิวหนังเป็นแผลถลอก เกิดการติดเชื้อ 2. กรณีใส่เฝือกขา หลังใส่เฝือก 24 ชั่วโมงแรก ไม่ควรเดินลงน้ำหนักขาข้างที่ใส่เฝือก ควรใช้อุปกรณ์ช่วยพยุงร่างกายเพราะเฝือกยังไม่แห้งสนิทหรือแข็งแรงพอ	1. แผ่นพับวิธีการปฏิบัติตัวหลังใส่เฝือก 2. QR Code คำแนะนำการปฏิบัติตัวหลังใส่เฝือก	พยาบาลวิชาชีพ

ขั้นตอนการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการใส่เฝือก มีรายละเอียดดังนี้ (ต่อ)

ลำดับ	กระบวนการ	การปฏิบัติ	แบบฟอร์ม	ผู้รับผิดชอบ
		3. ยกปลายมือ ปลายเท้าให้สูงกว่าระดับหัวใจ โดยใช้หมอนหนุนบริเวณที่ใส่เฝือก 4. แนะนำการออกกำลังกาย โดยการเกร็งกล้ามเนื้อภายในเฝือก (Isometric Exercise) และขยับนิ้วมือ นิ้วเท้าภายนอกเฝือกบ่อย ๆ เพื่อให้เลือดไหลเวียนดี 5. ไม่ถอดเฝือกหรือตัดเฝือกออกเอง ควรมาพบแพทย์ตามนัดทุกครั้ง 6. รับประทานอาหารที่มีประโยชน์ให้ครบทั้ง 5 หมู่ เช่น เนื้อสัตว์ทุกชนิด ไข่ นม ผักและผลไม้ เพื่อช่วยให้กระดูกติดเร็ว ควรงดสูบบุหรี่ หรือเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ทุกชนิด 7. ถ้ามีอาการผิดปกติให้รีบมาพบแพทย์ทันที ไม่ต้องรอจนถึงวันนัด เช่น มีไข้ อวัยวะนอกเฝือกบวม ปวดมาก เฝือกหัก เฝือกหลวม หรือกรณีมีเลือด หนอง ซึมออกมานอกเฝือก หรือเฝือกมีกลิ่นเหม็นมาก 8. แนะนำให้ผู้ป่วยสังเกตอาการ ปวด บวม ชา ปลายมือ ปลายเท้า มีสีซีดกว่าปกติหรือมีสีคล้ำ มีอาการปวดมาก ได้รับยาแก้ปวดแล้วอาการไม่ทุเลา รู้สึกชาเพิ่มมากขึ้น กระดิกนิ้วมือนิ้วเท้าไม่ได้ให้รีบมาพบแพทย์ทันที 9. สอนการเดินโดยใช้อุปกรณ์ต่าง ๆ เช่น Walker Crutches และให้ผู้ป่วยปฏิบัติตาม เมื่อผู้ป่วยใช้อุปกรณ์ได้แล้วจึงจำหน่ายกลับบ้าน 10. กรณีใส่เฝือกที่แขน แพทย์ให้ใส่ Arm Sling เพื่อประคองแขนส่วนที่ใส่เฝือก		

ขั้นตอนการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการใส่เฝือก มีรายละเอียดดังนี้ (ต่อ)

ลำดับ	กระบวนการ	การปฏิบัติ	แบบฟอร์ม	ผู้รับผิดชอบ
		และเพื่อลดอาการปวด บวม แนะนำให้ใส่ Arm Sling เวลาลุก นั่ง ยืน เดิน เวลานอนสามารถถอดออกได้และใช้หมอนรองบริเวณแขนเพื่อให้แขนสูงเหนือระดับหัวใจช่วยลดอาการปวดและบวม 11. ให้แผ่นพับ หรือ Scan QR Code เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวหลังใส่เฝือก		
8	สิ้นสุด	- ให้ใบนัดเพื่อตรวจติดตามการรักษา - บันทึกข้อมูลการรักษาและการพยาบาล ในระบบ Ephis		1. พยาบาลวิชาชีพ 2. ผู้ช่วยพยาบาล

วิธีการติดตามและประเมินผลการปฏิบัติงาน

ห้องตรวจออร์โธปิดิกส์ มีการติดตามและประเมินผลการปฏิบัติงาน โดยการติดตามจากตัวชี้วัดทุก 1 เดือน ตั้งแต่วันที่ 5 มีนาคม 2567 ถึงวันที่ 31 พฤษภาคม 2567 ดังนี้

1. การเกิดภาวะเฝือกกดรัดหลังใส่เฝือก

เป้าหมาย 0 %

ผลลัพธ์ 0 %

2. การเกิดแผลกดทับภายหลังการใส่เฝือก

เป้าหมาย 0 %

ผลลัพธ์ 0 %

กรณีพบปัญหาจากการใช้คู่มือการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการใส่เฝือก ปฏิบัติดังนี้

1. พยาบาลหัวหน้าห้องตรวจออร์โธปิดิกส์ และทีมบุคลากรร่วมกันทบทวนการปฏิบัติงาน หาสาเหตุของปัญหาที่เกิดขึ้น และนำผลที่ได้มาวิเคราะห์ และวางแผนการดูแล ปรับปรุงกระบวนการทำงาน เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดซ้ำ

2. ประชุมร่วมกันในทีมทุกครั้งที่มีอุบัติการณ์ความเสี่ยงที่เกิดจากการใส่เฝือก เพื่อหาแนวทางแก้ไขปัญหา

จรรยาบรรณ /คุณธรรม/จริยธรรม ในการปฏิบัติงาน

การจัดทำคู่มือการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการใส่เฝือก ได้นำคำอธิบายมาตรฐานการพยาบาล พ.ศ. 2562 มาใช้ในการกำกับดูแลการปฏิบัติงานของบุคลากรทางการพยาบาล กล่าวคือ พยาบาลผู้ประกอบวิชาชีพต้องปฏิบัติงานโดยรักษามาตรฐานวิชาชีพและต้องคำนึงถึงความปลอดภัยในการปฏิบัติต่อผู้ป่วย หรือผู้ใช้บริการ และในการปฏิบัติต่อผู้ร่วมวิชาชีพหรือผู้ร่วมงานต้องให้เกียรติในศักดิ์ศรีซึ่งกันและกัน ครอบคลุมประเด็นจริยธรรม 6 ประการ และจรรยาบรรณวิชาชีพ 9 ประการ (วรัฐกานต์ อัศวพรวิพุธ:2559)

จริยธรรม

จริยธรรม 6 ประการ (กองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข., 2561)

1. สิทธิของผู้ป่วยในการตัดสินใจอย่างเป็นอิสระ (Autonomy)

2. กระทำเพื่อประโยชน์ของผู้ป่วยเป็นสำคัญ (Beneficence)

3. การกระทำเพื่อหลีกเลี่ยงสาเหตุ หรืออันตรายที่อาจเกิดขึ้น (Non-maleficence) ได้แก่ การระบุตัวผู้ป่วย (Patient Identification)

4. การกระทำด้วยความซื่อสัตย์ ตามพันธะสัญญาของวิชาชีพ ได้แก่ การปฏิบัติตามมาตรฐานวิชาชีพ การรายงานอุบัติการณ์ตามความจริง การไม่เปิดเผยความลับของผู้ป่วย การเพิ่มพูนความรู้ความสามารถ ทักษะในการทำงานเพื่อให้การปฏิบัติหน้าที่มีประสิทธิภาพ และประสิทธิผลดียิ่งขึ้น

5. การกระทำผู้ป่วยและครอบครัวด้วยความยุติธรรม (Justice) ได้แก่การดูแลด้วยมาตรฐานเดียวกัน การจัดระบบคิว การมีระบบนัดหมายล่วงหน้า

6. การบอกความจริง (Veracity) ได้แก่ ประเมินความพร้อมของผู้ป่วย ในกรณีที่ข้อมูลบางอย่างเป็นข่าวร้ายหรือข้อมูลการเจ็บป่วย จัดทีมให้คำปรึกษา (Team counseling)

จรรยาบรรณวิชาชีพ

จรรยาบรรณวิชาชีพ 9 ข้อ คือ (กองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข., 2561)

ข้อที่ 1 พยาบาลรับผิดชอบต่อประชาชน ผู้ต้องการการพยาบาลและบริการสุขภาพ

ข้อที่ 2 พยาบาลประกอบวิชาชีพด้วยความเมตตา กรุณา เคารพในคุณค่าของชีวิต ความมีสุขภาพดี และความผาสุกของเพื่อนมนุษย์

ข้อที่ 3 พยาบาลมีปฏิสัมพันธ์ทางวิชาชีพกับผู้ใช้บริการ ผู้ร่วมงาน และประชาชนด้วยความเคารพในศักดิ์ศรี และสิทธิมนุษยชนของบุคคล

ข้อที่ 4 พยาบาลยึดหลักความยุติธรรม และความเสมอภาคในสังคมมนุษย์

ข้อที่ 5 พยาบาลประกอบวิชาชีพโดยมุ่งความเป็นเลิศ

ข้อที่ 6 พยาบาลพึงป้องกันอันตรายต่อสุขภาพ และชีวิตของผู้ใช้บริการ

ข้อที่ 7 พยาบาลรับผิดชอบการปฏิบัติให้สังคมเกิดความเชื่อถือ ไว้วางใจต่อพยาบาล และต่อวิชาชีพการพยาบาล

ข้อที่ 8 พยาบาลพึงร่วมในการทำความเจริญก้าวหน้าให้แก่วิชาชีพการพยาบาล

ข้อที่ 9 พยาบาลพึงรับผิดชอบต่อตนเอง เช่นเดียวกับรับผิดชอบต่อผู้อื่น

สรุปว่า พยาบาลวิชาชีพทุกคนต้องมีจริยธรรม และจรรยาบรรณในการปฏิบัติการพยาบาล ต้องรักษามาตรฐานวิชาชีพ คำนึงถึงความปลอดภัยของผู้รับบริการเป็นสำคัญ ให้เกียรติและเคารพในศักดิ์ศรีของผู้ร่วมงาน

บทที่ 5
ปัญหาอุปสรรค แนวทางแก้ไขและข้อเสนอแนะ

ปัญหาอุปสรรคในการปฏิบัติงาน

จากการนำคู่มือการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการใส่เฝือกมาใช้กับพยาบาลวิชาชีพในหน่วยงานห้องตรวจออร์โธปิดิกส์ ตั้งแต่ 5 มีนาคม พ.ศ.2567 ถึง 31 พฤษภาคม พ.ศ.2567 พบอุปสรรคในการปฏิบัติงานดังนี้

1. พยาบาลวิชาชีพบางราย ขาดการอธิบายเหตุผลของการใส่เฝือก และคำแนะนำวิธีการดูแลหลังใส่เฝือก อาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่อผู้ป่วยได้

2. พยาบาลวิชาชีพที่เป็นบุคคลภายนอก (Outsource) บางราย ขาดทักษะในการจัดเตรียมอุปกรณ์ ให้คำแนะนำเกี่ยวกับอาการแทรกซ้อนที่อาจจะเกิดขึ้นได้

3. พนักงานทั่วไป มีภาวะงานมาก ทำให้เกิดความล่าช้า ในการเตรียมอุปกรณ์สำหรับการใส่เฝือก

แนวทางแก้ไขและพัฒนา

1. ประชุมชี้แจง เรื่องการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการใส่เฝือก ในเรื่องขั้นตอนการเตรียมเครื่องมือ และการปฏิบัติตัวภายหลังการใส่เฝือก

2. แนะนำให้พยาบาลที่เป็นบุคคลภายนอก (Outsource) ศึกษาคู่มือในการดูแลผู้ป่วยหลังใส่เฝือก ก่อนปฏิบัติงาน

3. จัดหน้าที่ของพนักงานทั่วไป ให้มีการหมุนเวียนและทดแทนการปฏิบัติงาน กรณีที่มีภาระงานฉุกเฉิน เพื่อให้การปฏิบัติงานมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะ

1. การจัดเวรพยาบาลที่เป็นบุคคลภายนอก (Outsource) ควรเป็นพยาบาลที่เคยมาปฏิบัติงานเป็นประจำ

2. ควรนำคู่มือเข้าสู่ระบบฐานข้อมูลการจัดการความรู้ (Knowledge Management) ของคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล เพื่อการเข้าถึงของการใช้คู่มือได้สะดวกและรวดเร็ว

3. ควรมีการปรับปรุงคู่มือการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการใส่เฝือกทุกปีเพื่อให้มีความทันสมัยและก้าวทันกับเทคโนโลยี

บรรณานุกรม

กองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2561). *จรรยาบรรณวิชาชีพสำหรับพยาบาล*. กรุงเทพฯ : กระทรวงสาธารณสุข.

กุลพัชร จุลสำลี (2562). *พื้นฐานการใส่เฝือกในรยางค์ล่าง (Basic Immobilization Technique in lower Extremity)*.สืบค้นจาก https://www.rama.mahidol.ac.th/ortho/sites/default/files/public/education/textbook/pdf/OrthopaedicTrauma2019/17%20OrthoTrauma%20P254-272.pdf

คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช. (2564). Vajira 2P Safety Goals *มาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัย*. เฟมัส แอนด์ ซัคเซ็สฟูล.

คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช. (2565). *แผนพัฒนาคณะแพทยศาสตร์ วชิรพยาบาล 4 ปี* (ปี งบประมาณ 2565-2568). (ม.ป.ท.)

คุณาวุฒิ วรรณจักร และ พิมลพรรณ ทวีการ วรรณจักร (2561). การหกล้มในผู้สูงอายุที่กระดูกพรุน: สาเหตุและการป้องกันด้วยการออกกำลังกาย. *วารสารสาธารณสุขมหาวิทยาลัยบูรพา*, 13(2). 141-150.

จันทร์เพ็ญ พาหงษ์, วีระ สถิรอังกูร (2555). การพยาบาลผู้ป่วยเข้าเฝือกและใส่อุปกรณ์ดาม. ใน ธวัช ประสาทฤทธา, พรทิพย์ ลยานันท์ และ สุขใจ ศรีเพียรเอม (บรรณาธิการ). *การพยาบาลออร์โธปิดิกส์* (น.7-28). สำนักพิมพ์ สหมิตรพริ้นติ้งแอนด์พับลิสซิ่ง จำกัด.

ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช. (2566). *แผนปฏิบัติการ ฝ่ายการพยาบาล ประจำปี 2566*.

วรัฐกานต์ อัศวพรวิพุธ. (2559). มาตรฐานการพยาบาล: กระบวนการพยาบาล และจริยธรรมวิชาชีพ. *วารสารกฎหมายสุขภาพและสาธารณสุข*, 2(3), 393-400.

สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล. (2561). *ความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรผู้ให้บริการ*. สืบค้นจาก https://www.ha.or.th/TH/Home.

สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล. (2564). *มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 5*. การพิมพ์เทียนกวง.

สำนักการพยาบาล กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2550). *มาตรฐานการพยาบาลในโรงพยาบาล*. (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์องค์การสงเคราะหทหารผ่านศึก.

บรรณานุกรม (ต่อ)

Drake, D. F., & Ritzman, T. F. (2021). Cast-related complications. *Orthopedic Clinics*, 52(3), 231-240.

Dresing K, Trafton PG. (2014). Casts, splints, and support bandages: nonoperative treatment and perioperative protection: *Georg Thieme Verlag*.

McCue JY. (2024). How To Apply a Cast MSD Manual Professional Edition: *MSD Manual*; [updated 2024/03. Available from: https://www.msdmanuals.com/professional/injuries-poisoning/how-to-do-casting-procedures/how-to-apply-a-cast.

ภาคผนวก ก
เอกสารที่เกี่ยวข้อง

- ใบบันทึกหัตถการห้องตรวจออร์โธปิดิกส์
- เครื่องมือประเมินระดับความปวดและเครื่องมือประเมินระดับความง่วงซึม

ใบหัตถการห้องตรวจออร์โธปิดิกส์ คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

HN..... ชื่อผู้ป่วย..... วันที่.....

<table>
<tr><td colspan="6"><u>หัตถการที่ต้องได้รับการยินยอมจากผู้ป่วยและญาติ</u></td></tr>
<tr><td colspan="2"><u>จีดยาแก้ปวด</u>
☐ Diclofenac 75 mg IM
☐ Tramadol 50 mg ☐ IM ☐IV
☐ Dynastat 40 mg ☐ IM ☐IV
☐ Ketolac 30 mg ☐ IM ☐IV
☐อื่นๆ.....</td><td colspan="2"><u>จีดยารักษาจุดเฉพาะที่</u> ☐ซ้าย ☐ขวา
ตำแหน่งที่จีด .....
☐ Shincort (Triamcinolone)
☐ 10 mg/ml ☐ 40 mg/ml
ปริมาณ..... cc + xylocaine.....cc
ใช้เข็มเบอร์ ☐ 24 ☐ 25 ☐ 27</td><td><u>จีดยาเข้าข้อเข่า</u> ☐ซ้าย ☐ขวา
☐ SYNVISC 2 ml.....
☐ GO-ON 25 mg.....
☐ Hyalgan 20 mg.....
☐ ATRI-III 20 mg.....</td><td><u>เจาะดูด (Tappine)</u> ☐ ซ้าย ☐ ขวา
☐ ข้อเข่า ☐ ข้อมือ
☐ ข้อไหล่ ☐ ข้อเท้า
☐ ข้อศอก</td></tr>
<tr><td colspan="4"><u>เข้าฝือก</u> ☐ซ้าย ☐ขวา เลือกชนิดอื่นๆระบุ.....</td><td colspan="2" rowspan="2"><u>จีดยารักษากระดูกพรุน</u>
☐ Prolia 60mg subcutaneous injection
☐ Ostex.....
☐ Aclasta5mg infusion at least 15 minutes</td></tr>
<tr><td>☐ Short
☐ Long</td><td>☐ Arm
☐ Leg</td><td>☐ Slab
☐ Cast</td><td>☐ Volar
☐ Dorsal
☐ AP
☐ Posterior</td><td>☐ Ulnar Gutter
☐ Thumb spica
☐ Radial Gutter</td><td>☐ U-Slab
☐ Forearm
☐ Humerus
☐ Ankle</td></tr>
<tr><td colspan="6">☐ ผ่าตัดนิ้วล็อกใช้เข็ม (Percutaneous A1 pulley release) ☐ อื่นๆ.....</td><td rowspan="2">ลงชื่อแพทย์ผู้รักษา</td></tr>
<tr><td colspan="6"><u>หัตถการที่ไม่ต้องได้รับการยินยอมจากผู้ป่วยและญาติ</u>
☐ ทำแผล..... ☐ ตัดไหม..... ☐ตัดเฝือก..... ☐ ถอดลวด/เหล็ก</td></tr>
</table>

.....

ใบหัตถการห้องตรวจออร์โธปิดิกส์ คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

HN..... ชื่อผู้ป่วย..... วันที่.....

<table>
<tr><td colspan="6"><u>หัตถการที่ต้องได้รับการยินยอมจากผู้ป่วยและญาติ</u></td></tr>
<tr><td colspan="2"><u>จีดยาแก้ปวด</u>
☐ Diclofenac 75 mg IM
☐ Tramadol 50 mg ☐ IM ☐IV
☐ Dynastat 40 mg ☐ IM ☐IV
☐ Ketolac 30 mg ☐ IM ☐IV
☐อื่นๆ.....</td><td colspan="2"><u>จีดยารักษาจุดเฉพาะที่</u> ☐ซ้าย ☐ขวา
ตำแหน่งที่จีด .....
☐ Shincort (Triamcinolone)
☐ 10 mg/ml ☐ 40 mg/ml
ปริมาณ..... cc + xylocaine.....cc
ใช้เข็มเบอร์ ☐ 24 ☐ 25 ☐ 27</td><td><u>จีดยาเข้าข้อเข่า</u> ☐ซ้าย ☐ขวา
☐ SYNVISC 2 ml.....
☐ GO-ON 25 mg.....
☐ Hyalgan 20 mg.....
☐ ATRI-III 20 mg.....</td><td><u>เจาะดูด (Tappine)</u> ☐ ซ้าย ☐ ขวา
☐ ข้อเข่า ☐ ข้อมือ
☐ ข้อไหล่ ☐ ข้อเท้า
☐ ข้อศอก</td></tr>
<tr><td colspan="4"><u>เข้าฝือก</u> ☐ซ้าย ☐ขวา เลือกชนิดอื่นๆระบุ.....</td><td colspan="2" rowspan="2"><u>จีดยารักษากระดูกพรุน</u>
☐ Prolia 60mg subcutaneous injection
☐ Ostex.....
☐ Aclasta5mg infusion at least 15 minutes</td></tr>
<tr><td>☐ Short
☐ Long</td><td>☐ Arm
☐ Leg</td><td>☐ Slab
☐ Cast</td><td>☐ Volar
☐ Dorsal
☐ AP
☐ Posterior</td><td>☐ Ulnar Gutter
☐ Thumb spica
☐ Radial Gutter</td><td>☐ U-Slab
☐ Forearm
☐ Humerus
☐ Ankle</td></tr>
<tr><td colspan="6">☐ ผ่าตัดนิ้วล็อกใช้เข็ม (Percutaneous A1 pulley release) ☐ อื่นๆ.....</td><td rowspan="2">ลงชื่อแพทย์ผู้รักษา</td></tr>
<tr><td colspan="6"><u>หัตถการที่ไม่ต้องได้รับการยินยอมจากผู้ป่วยและญาติ</u>
☐ ทำแผล..... ☐ ตัดไหม..... ☐ตัดเฝือก..... ☐ ถอดลวด/เหล็ก</td></tr>
</table>

เครื่องมือประเมินระดับความปวด และเครื่องมือประเมินระดับความง่วงซึม

เครื่องมือประเมินระดับความปวดสำหรับผู้ใหญ่

PAIN SCORE 0 - 10 Cut of point = 4 ☆ ผู้ป่วยสื่อสารได้ ★ ผู้ป่วยสื่อสารได้จำกัด

☆ NRS (Numerical RatingScale) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

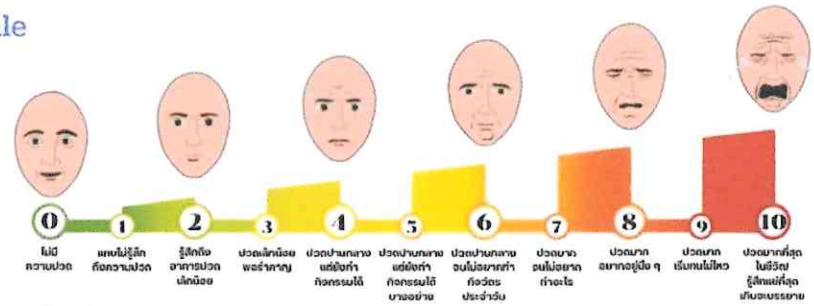
☆ VRS (Verbal Rating Scale)

ไม่ปวด ปวดน้อย ปวดปานกลาง ปวดมาก ปวดรุนแรงมาก ปวดรุนแรงมากที่สุด

☆ VAS (Visual Analog Scale)

ไม่ปวด ปวดมากที่สุด

★ Face Pain Scale



★ Behavior Pain Scale

ผู้ป่วยไม่รู้สึกตัวและไม่ใส่เครื่องช่วยหายใจ

การสังเกต	การอธิบาย	คะแนน
สีหน้า Facial Expression	- สีหน้าผ่อนคลาย สงบ หลับ	1
	- บึ้งหน้าเล็กน้อย ขมวดคิ้ว	2
	- ขมวดคิ้วแน่นริมฝีปาก หลับตาหรือตาย่นเล็กน้อย	3
	- ขมวดคิ้วตึงติดกัน เม้มปากแน่น	4
การเคลื่อนไหว Upper Limbs	- ไม่มีการเคลื่อนไหว	1
	- มีการเคลื่อนไหวเล็กน้อย เคลื่อนไหวเป็นบางครั้ง	2
	- เคลื่อนไหวรุนแรง นิ้วงองุ้ม หรือเกร็งแขน ขา	3
	- ดิ้นไปมา เกร็งตัว	4
การหายใจ Ventilation	- หายใจสงบ ราบเรียบ	1
	- มีอาการไอ การหายใจติดขัด	2
	- หายใจไม่สม่ำเสมอ มีสะอึกบางเล็กน้อย	3
	- กระสับกระส่าย หายใจแรงถี่ ดิ้นไปมา	4

ผู้ป่วยใส่เครื่องช่วยหายใจ

การสังเกต	การอธิบาย	คะแนน
สีหน้า Facial Expression	- สีหน้าผ่อนคลาย สงบ หลับ	1
	- บึ้งหน้าเล็กน้อย ขมวดคิ้ว	2
	- ขมวดคิ้วแน่นริมฝีปาก หลับตาหรือตาย่นเล็กน้อย	3
	- ขมวดคิ้วตึงติดกัน เม้มปากแน่น	4
การเคลื่อนไหว Upper Limbs	- ไม่มีการเคลื่อนไหว	1
	- มีการเคลื่อนไหวเล็กน้อย เคลื่อนไหวเป็นบางครั้ง	2
	- เคลื่อนไหวรุนแรง นิ้วงองุ้ม หรือเกร็งแขน ขา	3
	- เกร็งทั้งตัว	4
การต่อต้านเครื่องช่วยหายใจ Compliance with Ventilation	- หายใจตามเครื่องช่วยหายใจ	1
	- มีอาการไอ พร้อมกับมีการเคลื่อนไหวร่างกาย	2
	- หายใจไม่สัมพันธ์กับเครื่องช่วยหายใจบ้าง	3
	- ต่อต้านเครื่องช่วยหายใจ	4

คะแนน 0 - 3 ไม่ปวด , คะแนน 4 - 6 ปวดเล็กน้อย , คะแนน 7 - 9 ปวดปานกลาง , คะแนน 10 - 12 ปวดมาก ถึง มากที่สุด

*** 7 คะแนน ขึ้นไปต้องมี Intervention ***

SEDATION SCORE	การแสดงออก
0	ตื่นรู้สึกตัวดี
1	ง่วงเล็กน้อย
2	ง่วงปานกลาง ง่วงบ่อย แต่ยังปลุกตื่นง่าย
3	ง่วงมาก ปลุกไม่ตื่น
5	หลับปกติ

เครื่องมือประเมินความง่วงซึม

การให้ยาแก้ปวดกลุ่ม Opioid จะให้เมื่อ Sedation Score 0 หรือ 1 เท่านั้น

ฝ่ายการพยาบาล version 2 มีนาคม 2567

เครื่องมือประเมินระดับความปวดสำหรับเด็ก

คะแนน NIPS

	0	1	2
สีหน้า	เฉยๆสบายๆ	หน้าแสยะ เบะปาก อมุกย่น คิ้วย่น ปิดตาแน่น (สีหน้าแสดงความไม่สุขสบาย)	●
ร้องไห้	ไม่ร้อง	ร้องคราง	กรีดร้อง
การหายใจ	หายใจสม่ำเสมอ เป็นปกติ	หายใจเร็วขึ้น ช้าลง หรือกลั้นหายใจ	●
แขน	วางสบายๆ	งอแขนหรือแขนเหยียดเกร็ง	●
ขา	วางสบายๆ	งอขาหรือขาเหยียดเกร็ง	●
ระดับการตื่น	หลับหรือตื่น	กระสับกระส่าย วุ่นวาย	●

Newborn & Infant Pain Scale
ทารกแรกเกิด - 1 ปี
Score 0-7
Cut of point = 4

ไม่เจ็บปวด 0
เล็กน้อย 1 – 3
ปานกลาง 4 – 5
รุนแรง 6 – 7

(Face,Legs,Activity,Cry; Consolability)
อายุ 3 เดือน - 6 ปี
ไม่รู้สึกตัว,มีความผิดปกติทางสมอง
Score 0–10
Cut of point = 3

ไม่เจ็บปวด 0
เล็กน้อย 1 – 3
ปานกลาง 4 – 6
รุนแรง 7 – 10

คะแนน FLACC

	0	1	2
ใบหน้า	สีหน้าปกติหรือยิ้ม สบตา สนใจสิ่งแวดล้อม	หน้ายิ้ง หน้าตาเบะ หรือแสดงสีหน้าไม่พึงพอใจ แยกตัว ไม่สนใจอะไร สีหน้าวิตกกังวล ขมวดคิ้ว ตาหลับไม่สนิท เม้มปาก เป็นครั้งคราว	กัดฟัน คางสั่น หรือหน้าหดย่น หน้านิ่วคิ้วขมวด เป็นตลอดเวลา หรือบ่อยๆ
ขา	อยู่ในท่าปกติ ผ่อนคลาย สบายๆ	อยู่ในท่าไม่สบาย กระสับกระส่าย กล้ามเนื้อตึงแข็ง งอหรือเหยียดเกร็งขา เป็นพักๆ	เตะ หรืองอขึ้น กล้ามเนื้อตึงเกร็ง สั่น งอหรือเหยียดขามากกว่าปกติ เป็นบ่อยๆ หรือตลอดเวลา
การเคลื่อนไหว	นอนเงียบ ๆ นิ่งๆ ท่าปกติ เคลื่อนไหวสบาย ๆ ง่ายและอิสระ	บิดตัวไปมา แอ่นหน้า แอ่นหลัง เกร็ง ลังเลที่จะขยับตัว ระมัดระวัง	ตัวงอ เกร็งจนแข็ง อยู่ในท่าเดิมไม่กล้าขยับตัว หรือสั่นกระตุก
ร้องไห้	ไม่ร้อง/ไม่คราง (ตื่นหรือหลับ)	คราง/ครวญ ๆ สร่างเบา ๆ หรือบ่นเป็นบางครั้ง ถอนหายใจ บ่นปวดเป็นบางครั้ง	ร้องไห้ตลอด หวีดร้อง สะอึกสะอื้นหลอดเสียง ร้องตะเบ็ง ตะคอก บ่นปวดบ่อย ๆ
การตอบสนองต่อการปลอบโยน	เชื่อฟังดี สบายๆ สงบนิ่ง ดูมีความสุข ผ่อนคลาย ไม่ต้องการการปลอบโยน	ปลอบโยนได้ด้วยการสัมผัส โอบกอด พูดคุย	ยากที่จะปลอบโยน

CHEOPS
(Children Hospital of Eastern Ontario Pain Scale)

สีหน้า	ร้องไห้	การส่งเสียง	ท่าทาง (ลำตัว)	การสัมผัสแผล	ขา
0	1	0	1	1	1
ยิ้ม	ไม่ร้อง	พูดสนุกสนาน ร่าเริง ไม่พูด	ธรรมดา, สบายๆ	ไม่สัมผัส	ท่าสบาย
1	2	1	2	2	2
เฉย	คราง, ร้องไห้	บ่นอื่นๆ /หิว, หาแม่	ดิ้น,เกร็ง, สั่น, ยืน, ดิ้นจนถูกตรึงไว้	เอื้อมมือมาแตะ,ตะปบ, เอื้อมมือจนต้องจับมือหรือแขนไว้	บิดตัว, เตะ, ดึงขาหนี, เกร็ง, ยืน, ดิ้นจนถูกจับหรือตรึงไว้
2	3	2			
เบ้	หวีดร้อง	บ่นปวด, บ่น,อื่นๆ			

อายุ 1-6 ปี
Score 4 – 13
Cut of point = 8

ไม่เจ็บปวด 4
เล็กน้อย 5 – 7
ปานกลาง 8 – 10
รุนแรง 11 – 13

ผู้ป่วยเด็กอายุตั้งแต่ 6 ปีขึ้นไป สามารถใช้เครื่องมือประเมินความปวดที่มีค่าคะแนน 0 – 10 ร่วมกับของผู้ใหญ่ได้ตามความเหมาะสม

ภาคผนวก ข

- แผ่นพับวิธีการปฏิบัติตัวหลังใส่เฝือก
- QR Code แนะนำวิธีการปฏิบัติตัวหลังใส่เฝือก
- ความรู้เรื่องการใส่เฝือก

ข้อควรปฏิบัติหลังถอดเฝือก

1. ทำความสะอาดผิวหนังบริเวณที่ใส่เฝือกเบาๆ ด้วยสบู่และน้ำ อาจทาน้ำมันหรือโลชั่น เพื่อให้ผิวหนังชุ่มชื้น
2. เริ่มเคลื่อนไหวข้อที่ถอดเฝือกออกทันทีที่ทำได้
3. ถ้ามีอาการบวมหลังจากการเดิน หรือทำกิจกรรม ควรยกแขน ขา ให้สูงกว่าลำตัว โดยให้วางบนหมอน และขยับข้อบริเวณใกล้เคียงบ่อย ๆ เช่น ถ้าใส่เฝือกที่แขนให้ กำแบมือบ่อยๆ ถ้าใส่เฝือกที่ขา ให้กระดกข้อเท้า ขึ้น ลง บ่อยๆ
4. สามารถใช้งานในกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ แต่ควรหลีกเลี่ยงพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการกระทบกระแทกหรือพลัดตกหกล้ม
5. สามารถออกกำลังกายได้ภายหลังกระดูกติดประมาณ 1-2 เดือน ขึ้นอยู่กับดุลยพินิจของแพทย์

เฝือก (cast)

คืออุปกรณ์ที่ใช้ตามกระดูกและข้อ เพื่อให้ส่วนที่ถูกหุ้มด้วยเฝือกนั้นอยู่นิ่ง ช่วยลดอาการปวด บวม และป้องกันบริเวณที่ได้รับบาดเจ็บจากอันตรายอื่น ๆ

คำแนะนำขณะใส่เฝือก

1. ควรหายใจลึกๆ ออกกล้ามเนื้อที่อยู่ภายในเฝือก และขยับนิ้วมือ นิ้วเท้าภายนอกเฝือกบ่อย ๆ
2. ห้ามตัด ทำลายเฝือก หรือนำสำลี และวัสดุรองด้านในเฝือกออกเอง
3. หลังใส่เฝือกไม่ควรเดินลงน้ำหนักขาข้างที่ใส่เฝือก ควรใช้อุปกรณ์พยุงร่างกาย เช่น ไม้ค้ำยันหรือ walker
4. ห้ามทำให้เฝือกเปียกน้ำหรือสกปรก
5. หากมีอาการคัน ไม่ควรใช้ไม้ หรือสิ่งแปลกปลอมใส่เข้าไปในเฝือกเพื่อเกา เพราะอาจเกิดแผลถลอก หรือติดเชื้อ แนะนำให้ใช้แอลกอฮอล์หยอดในเฝือก หรือรับประทานยาแก้คันตามการรักษาของแพทย์
6. ยกส่วนแขนหรือขาที่เข้าเฝือกให้อยู่เหนือระดับหัวใจเสมอ เพื่อช่วยเพิ่มไหลเวียนโลหิต ลดอาการบวม
7. ควรมาพบแพทย์ตามนัด

ห้องตรวจออร์โธปิดิกส์

จัดทำโดย

พว. ดาวราย นาษิชกุล

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

ที่ปรึกษา

พว. ชูเมตร มัยธิต

หัวหน้าสาขาการพยาบาลออร์โธปิดิกส์ โสต ศอ นาสิก และจักษุ

พว. นงเยาว์ นาคงาม

หัวหน้าสาขาการพยาบาลผู้ป่วยนอก

อ.นพ. อิทธิวัฒน์ อ่อนกลิ่น

อาจารย์ภาควิชาออร์โธปิดิกส์

สอบถามข้อมูลเพิ่มเติม

โทร. 02-244-3380-1

(ในเวลาราชการ)

จันทร์-ศุกร์ (8.00 น. - 16.00 น.)

อาคารพีปิงกรัตมีโยติ ชั้น B2

ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดจากการใส่เฝือก

1. เฝือกหลวม เนื่องจากอวัยวะในเฝือกยุบบวมลง
2. เฝือกคับหรือแน่นเกินไปจากการบวมที่เกิดหลังใส่เฝือก
3. ข้อยึดติดจากการใส่เฝือกนานเกินไป
4. กระดูกติดผิดรูป ติดช้า หรือไม่ติดจากการถอดเฝือกออกเร็วเกินไป
5. แผลกดทับบริเวณเฝือก
6. ภาวะความดันในช่องของกล้ามเนื้อสูงเกินปกติ การไหลเวียนเลือดลดลง เกิดภาวะขาดออกซิเจน ทำให้เนื้อเยื่อบริเวณนั้นตาย

การปฏิบัติตัวผู้ป่วยหลังใส่เฝือก

จัดทำโดย

ห้องตรวจออร์โธปิดิกส์

ฝ่ายการพยาบาล

โรงพยาบาลวชิรพยาบาล

คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล

มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

อาการผิดปกติที่ควรมาพบแพทย์ทันที

1. ปวดบริเวณที่ใส่เฝือกมากขึ้น รับประทานยา อาการไม่ทุเลา
2. นิ้วมือหรือนิ้วเท้าข้างที่ใส่เฝือกมีสีเขียวคล้ำ ซีด บวมมากขึ้น มีอาการชา มีเลือด น้ำเหลือง หรือมีหนองไหลซึมออกมาจากเฝือก และมีกลิ่นเหม็น
3. ไม่สามารถขยับเขยื้อนนิ้วมือหรือนิ้วเท้าข้างที่ใส่เฝือกได้
4. มีวัสดุแปลกปลอมหลุดเข้าไปในเฝือก
5. เฝือกหลวม แตกร้าว หรือ หลุด

การปฏิบัติตัวผู้ป่วยหลังใส่เฝือก

ความรู้เรื่องการใส่เฝือก

1. การใส่เฝือกปูน

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้กระดูก ข้อ และเนื้อเยื่อที่ได้รับอันตรายอยู่นิ่ง (Immobilization) ในตำแหน่งที่ต้องการให้เกิดการสมาน (Healing)
2. เพื่อป้องกันไม่ให้อวัยวะผิดรูป (Prevent Deformity)
3. เพื่อแก้ไขความผิดรูปหรือความพิการของอวัยวะ (Correct Deformity) ให้กลับเป็นปกติมากที่สุด
4. เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเคลื่อนไหวได้เร็ว ช่วยให้แขนขาข้างที่หักทำหน้าที่ดีขึ้น

หลักการใส่เฝือกปูน

1. การปั้นเฝือกเพื่อให้เกิดจุดสมดุล (Three-Point Pressure) ร่างกายคนเรามีลักษณะเป็นรูปทรงกระบอก การเข้าเฝือกเพื่อให้เกิดความกระชับจำเป็นต้องอาศัยหลักการเข้าเฝือกให้มีจุดเน้น 3 จุด (จุดเน้น 2 จุด อยู่ตรงบริเวณส่วนปลายของเฝือก จุดที่ 3 จะอยู่ตรงกลางของคนละด้านกัน) เพื่อป้องกันการเคลื่อนของชิ้นกระดูกที่ถูกจัดเข้าที่แล้ว
2. การเข้าเฝือกให้ครอบคลุมข้อที่อยู่เหนือและต่ำกว่าอวัยวะที่ต้องการให้อยู่นิ่ง
3. วัสดุที่ใช้รองพื้นหรือซับใน (Padding) ต้องไม่หนาเกินไปเพราะจะทำให้ไม่กระชับ
4. เฝือกต้องมีความแข็งแรง คือไม่บุบสลาย ไม่หักง่าย ไม่อ่อนนิ่ม ดังนั้นต้องคำนึงถึง ความหนาของชั้นเฝือก

อุปกรณ์การใส่เฝือกปูน

อุปกรณ์การใส่เฝือกมี 2 ประเภท ได้แก่

1. ประเภทที่ใช้ประจำในการใส่เฝือก
   - 1.1 เตียงสำหรับใส่เฝือกทั่วไปใช้เป็นเตียงที่ตรวจรักษาผู้ป่วย
   - 1.2 เตียงสำหรับใส่เฝือกเฉพาะ เช่น เตียงสำหรับใส่เฝือกลำตัว
   - 1.3 หมอนหุ้มด้วยพลาสติก
   - 1.4 ผ้ายางและผ้ากันเปื้อนพลาสติก
   - 1.5 อุปกรณ์ดึงถ่วงน้ำหนักในรายที่ต้องการจัดดึงกระดูกให้เข้าที่ก่อนใส่เฝือก
   - 1.6 โต๊ะเตรียมเฝือก
   - 1.7 อ่างน้ำ หรือถังน้ำสำหรับชุบเฝือก
   - 1.8 กรรไกรตัดเฝือก เครื่องมือถ่างเฝือก
   - 1.9 เครื่องตัดเฝือกไฟฟ้า
   - 1.10 ชุดทำแผล

1.11 จอดูฟิล์มเอกซเรย์

2. ประเภทที่ต้องใส่กับตัวผู้ป่วย

2.1 ม้วนเฝือกขนาดต่าง ๆ

2.2 รองพื้นหรือซับใน (Pendding) ที่ใช้ในปัจจุบัน คือม้วนสำลี (Webril) และ Stockinette

2.3 ผ้าพันแผล (Gauze Bandage)

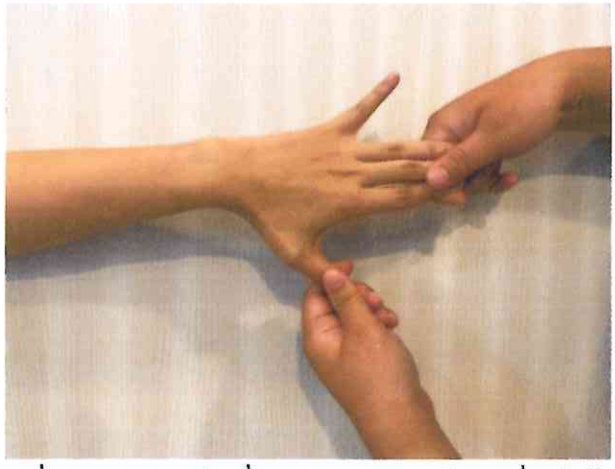
2.4 ผ้ายืด (Elastic Bandage)

2.5 ส้นเท้ายาง (Heel)

ขั้นตอนการใส่เฝือก

1. อธิบายให้ผู้ป่วยทราบถึงขั้นตอนต่าง ๆ ของการเข้าเฝือก (Anticipation) เพื่อให้ผู้ป่วยผ่อนคลายและให้ความร่วมมือ

2. จัดให้ส่วนที่ต้องการเข้าเฝือกอยู่ในตำแหน่งที่ถูกต้อง และนิ่งตลอดระยะเวลาที่เข้าเฝือกโดยไม่มีการเลื่อน หรือเปลี่ยนตำแหน่ง (Stabilization) ในการจัดให้อยู่นิ่งต้องให้ผู้ป่วยนอนราบหรือนั่งให้มั่นคง และมีผู้ช่วยในการยกแขน หรือขาผู้ป่วยทุกครั้ง เพื่อลดการเกร็งกล้ามเนื้อของแขนหรือขา และลดความเจ็บปวดวิธีการจับปลายนิ้วให้ผู้ช่วยใช้มือหนึ่งจับนิ้วหัวแม่มือผู้ป่วยแยกออกอีกมือหนึ่งจับนิ้วชี้ นิ้วกลาง และนิ้วนางของผู้ป่วยไว้โดยไม่รวมนิ้วก้อย (ภาพที่ 1) เพราะการรวบนิ้วทุกนิ้วจะมีผลทำให้เฝือกคับ และบีบรัดมากเกินไป



ภาพที่ 1 ลักษณะฝ่ามือเมื่อ Stabilize แขนผู้ป่วยเพื่อเข้าเฝือก

การเข้าเฝือกระดับต่ำกว่าเข่าให้ผู้ช่วยเข้าเฝือกใช้มือหนึ่งจับปลายนิ้วเท้า อีกมือหนึ่งรองรับบริเวณน่อง ถ้าเป็นการเข้าเฝือกระดับเหนือเข่าในกรณีกระดูก Tibia หัก ควรให้ผู้ป่วยห้อยขาลงจากเตียง เพื่อให้กระดูก Tibia อยู่ในแนวดิ่ง ผู้ช่วยเข้าเฝือกใช้มือจับปลายนิ้วเท้า และเข้าเฝือกจากปลายนิ้วเท้าถึงข้อเท้าก่อน เมื่อเฝือกแห้ง ให้ผู้ช่วยเข้าเฝือกจับเฝือกที่เท้าผู้ป่วยดึงลงมาตรง ๆ

ตามแนวกระดูก Tibia และทำการเข้าเฝือกต่อไป ถึงระดับใต้เข่า เมื่อเฝือกแห้งให้ผู้ช่วยเข้าเฝือก ยกเฝือกที่เข้าเรียบร้อยขึ้น ให้ข้อเข่างอประมาณ 20 องศา ถึง 30 องศา จัดให้แนวของขาอยู่ในแนวเส้นตรง ที่ลากระหว่างนิ้วหัวแม่เท้า ลูกสะบ้า และ Superior Anterior Iliac Spine พันเฝือกต่อขึ้นไปจนถึงขาหนีบ

3. การใช้วัสดุรองก่อนที่จะพันเฝือก (Padding) การพันผืนสำลี (Webril) ต้องพันจากส่วนเล็กไปหาใหญ่โดยจับม้วนผืนสำลีให้ม้วนหงายออกขณะพัน ต้องระวังไม่ให้เกิดรอยย่นของผืนสำลี เพราะรอยย่นอาจกดผิวหนังจนเป็นแผลกดทับ ในการพันผืนสำลีควรพันให้ขอบซ้อนกันประมาณครึ่งหนึ่ง และบริเวณปุมนูนกระดูกได้แก่ บริเวณ Medial Epicondyle ของ Humerus ซึ่งมี Ulnar Nerve และบริเวณ Head ของ Fibula ซึ่งมี Common Peroneal Nerve ทอดผ่าน ให้รองด้วยผืนสำลีหนาประมาณ 1/4 นิ้ว

4. การพันเฝือก (Plaster Application) มี 3 ขั้นตอน

4.1 การจุ่มเฝือก (Dipping) ก่อนจุ่มเฝือก ให้คลี่ชายม้วนเฝือกออกประมาณ 1 คืบ แล้วจับม้วนเฝือกหงายขึ้น แช่ม้วนเฝือกลงในน้ำอุ่น (ภาพที่ 2) รอจนเฝือกเปียกทั้งหมด โดยสังเกตได้จากฟองอากาศที่ถูกไล่ออกมาจนหมด จึงยกเอาม้วนเฝือกขึ้นมาบีบน้ำที่เกินออก (ภาพที่3) เฝือกสามารถจุ่มในน้ำได้นาน 4 นาที โดยไม่ทำให้ความแข็งแรงของเฝือกเสียไป แต่ระยะเวลาการแข็งตัวจะลดลง เมื่อจุ่มไว้นาน ไม่ควรใช้วิธีบิดเฝือกเพื่อเอาน้ำออก เพราะจะทำให้น้ำออกมากเกินไป เฝือกที่แห้งเกินไปเนื่องจากจุ่มเฝือกในน้ำเร็วเกินไปเมื่อนำมาพันจะทำให้ผ้าแต่ละชั้นไม่กลมกลืนกันสนิท เฝือกจะไม่แข็งแรง

ภาพที่ 2 วิธีการจุ่มเฝือก

ภาพที่ 3 วิธีการเอาน้ำที่เปียกเกินไปออกจากเฝือก

4.2 การพัน และการลูบเฝือก (Molding) การพันเฝือกให้เริ่มพันจากส่วนเล็กไปหาส่วนใหญ่ เช่นเดียวกับการพันผืนสำลี ถ้าเป็นที่แขนให้เริ่มต้นที่ข้อมือก่อนพันไปยังฝ่ามือ แล้วพันย้อนกลับมายังแขน ถ้าเป็นที่ขาให้เริ่มพันจากปลายนิ้วเท้าขึ้นมายังข้อเท้า และขา ขณะพันเฝือกควรพันให้แน่นกระชับพอควรด้วยแรงเท่ากันตลอดโดยจับม้วนผ้าด้วยแรงดึงสม่ำเสมอ อย่าดึงขอบใดขอบหนึ่งมากเกินไป เพราะจะทำให้ขอบเฝือกกดรัดผิวหนังที่อยู่ข้างใต้ วิธีพันที่ถูกต้องใช้วิธีกลิ้งเฝือกไปบนแขน หรือขาผู้ป่วย อย่ายกม้วนเฝือกออกมาห่างแขน หรือขาผู้ป่วย เพราะจะทำให้เกิดแรงรัดแน่นเกินไป ขณะที่ใช้มือข้างหนึ่งพันเฝือก อีกมือหนึ่งต้องลูบเฝือกไปด้วยในทิศทางตรงข้ามโดยพยายามลูบเฝือกให้เรียบ และแนบสนิทกับรูปร่างแขน หรือขา โดยใช้อุ้งมือ ระวังอย่ากดลงบนปุ่มกระดูกนูน และห้ามใช้นิ้วมือกดลงบนส่วนใดส่วนหนึ่งของเฝือก ในกรณีที่ต้องการเปลี่ยนทิศทางของการพันเฝือกให้ใช้วิธีจีบเฝือกโดยดึงชายเฝือกออกแล้วพับชายเฝือกให้แนบลงไปบนตัวเฝือกโดยไม่ทำให้มีสันเกิดขึ้น และพันต่อไปในทิศทางใหม่ เมื่อพันเฝือกจนหมดแล้วต้องใช้มือทั้ง 2 ข้างลูบเฝือกที่พันไว้ให้เรียบเป็นเนื้อเดียวกัน หมั่นใช้มือชุบน้ำขณะลูบจนกระทั่งเฝือกแข็งตัว ระหว่างการพันเฝือกเมื่อถึงปลายล่าง หรือบนเฝือกให้ม้วนพับผืนสำลีกลับมาทับบนเฝือก และพันเฝือกทับอีกครั้ง เพื่อไม่ให้ส่วนที่แข็งของขอบเฝือกไปกดบนผิวหนัง การเลือกเฝือกที่ใช้พันควรใช้เฝือกม้วนใหญ่ที่สุด โดยทั่วไปใช้เฝือกขนาด 3 และ 4 นิ้ว สำหรับแขน และ 4 หรือ 6 นิ้ว สำหรับขา เพราะจะทำให้พันได้ง่าย และเร็ว ทำให้มีเวลาพอที่จะลูบเฝือก เฝือกควรมีความหนา 6 หรือ 7 ชั้น และหนาเท่ากันโดยตลอด (หนา 7 ชั้น หรือ 1/4 นิ้ว) ไม่ควรเจาะจงพันเฝือกให้หนาบริเวณตำแหน่งที่กระดูกหัก หรือตอนกลางของเฝือก และหลีกเลี่ยงการพันเฝือกซ้อนกัน 2 ม้วนในตำแหน่งเดียวกัน ถ้าต้องการความแข็งแรงของเฝือกบริเวณข้อ ควรวางแผ่นเฝือกเสริมก่อนพันเฝือก เมื่อเฝือกเริ่มแห้งแข็ง (Critical Setting Period) ต้องหยุดการลูบเฝือก และการเคลื่อนไหวทั้งหมด จนกระทั่งเฝือกแข็งเต็มที่ การเคลื่อนไหวในช่วงนี้จะรบกวนการเรียงตัวของ Crystal ทำให้ความแข็งแรงลดลงถึงร้อยละ 77

4.3 การตัดขอบเฝือก (Cast Trimming) เป็นขั้นตอนสุดท้ายของการเข้าเฝือก ควรทำขณะที่เฝือกเริ่มแข็งตัวใหม่ โดยใช้มีดคม ๆ ตัดขอบเฝือก บริเวณมือ ต้องตัดขอบเฝือกเพื่อให้สามารถงอข้อนิ้วมือ (Metacarpophalangeal Joint : MCP joint) ของนิ้วมือทั้ง 4 ได้เต็มที่ และสามารถเคลื่อนไหวข้อต่อคาร์โปเมตาคาร์ปอล (Carpometacarpal joint) ของนิ้วหัวแม่มือได้โดยการขยับนิ้วหัวแม่มือ (Opposition) ไปสัมผัสนิ้วชี้ และนิ้วก้อยได้ การแต่งเฝือกด้านหลังมือ ต้องตัดเฝือกออกจนกระทั่งผู้ป่วยกำมือแล้วสามารถเห็นปุ่มนูน 4 ปุ่ม (Knuckle) บนหลังมือ (ภาพที่ 4)

ภาพที่ 4 การแต่งเฝือกที่ฝ่ามือ

บริเวณเท้า การตกแต่งเฝือกที่เท้าต้องตัดเฝือกให้เห็นปลายนิ้วเท้าทั้ง 5 นิ้วโผล่ออกมาจากเฝือก ซึ่งทำให้ผู้ป่วยสามารถออกกำลังเคลื่อนไหวนิ้วเท้าได้ดี ยกเว้นกรณีที่นิ้วเท้ามีปัญหา เช่น กระดูกนิ้วหัวแม่เท้าหักหรือกระดูก Metatarsal หัก หรือมีความผิดปกติในการเคลื่อนไหวของนิ้วเท้า ควรยื่นยาวออกถึงปลายนิ้วเท้าเพื่อเป็นฐานรองรับ และปกป้องนิ้วเท้า (ภาพที่ 5) กระบวนการสุดท้ายหลังการพันเฝือกคือ ทำความสะอาดผิวหนังไม่ให้มีเศษเฝือกติด

ภาพที่ 5 การแต่งเฝือกที่บริเวณเท้า

เฝือกที่ใช้พันโดยทั่วไปจะแข็งตัวภายใน 3 ถึง 5 นาที แต่เฝือกจะแห้งสนิท และแข็งเต็มที่จะต้องใช้เวลานาน 36 ถึง 72 ชั่วโมง แล้วแต่ขนาดของเฝือก และความชื้นของอากาศ เฝือกที่เข้าบริเวณแขนจะแห้งภายใน 36 ชั่วโมง บริเวณขาจะแห้งภายใน 48 ชั่วโมง สำหรับเฝือกตัวจะแห้งภายใน 72 ชั่วโมง

การใส่เฝือกชนิดต่าง ๆ

1. Upper Limb Cast

1.1 Short Arm Cast

เข้าเฝือกชนิดนี้ในรายที่มีกระดูกหัก หรือข้อเคลื่อนบริเวณข้อมือ เช่น Colles' fracture. Smith's fracture. Barton's fracture, Lunate และ Peri lunate dislocation เป็นต้น

ความยาวของเฝือกคลุมตั้งแต่ขอบปลายเส้นลายมือ (distal palmar crease) และหัวกระดูก metacarpal จนถึงข้อศอก โดยด้านหลังถึง olecranon แต่ควรจะตัดขอบเฝือกด้านหน้าเพื่อให้งอข้อศอกได้เต็มที่และที่สำคัญนิ้วต่าง ๆ และนิ้วหัวแม่มือควรเคลื่อนที่ได้อิสระ (ภาพที่ 6)

Colles'fracture ควรเข้าเฝือกให้ข้อมืออยู่ในท่างอ - คว่ำมือ (volar - flexion) และมีการเอียงออก (ulna deviation) เพื่อเพิ่มความยาวของกระดูกเรเดียส ถ้าเป็น Smith's fracture ควรเข้าเฝือกให้ข้อมืออยู่ในท่ากระดก (dorsiflexion) แต่ในรายทั่ว ๆ ไปที่กระดูกหักไม่เคลื่อนที่ควรเข้าเฝือกในท่าปกติ (Neutral) หรือกระดกข้อมือเล็กน้อย (Slight dorsiflexion)

ภาพที่ 6 Short Arm Cast

1.2 Long Arm Cast

ใช้ดามกระดูกหัก หรือข้อเคลื่อนบริเวณข้อศอก เช่น Supracondylar Fracture ของ Humerus และกระดูกแขนหัก (Both-Bone Forearm Fracture)

ความยาวของเฝือก ควรเข้าเฝือกคลุมจากขอบปลายเส้นลายมือ (distal palmar crease) และหัวกระดูก metacarpal จนถึงขอบล่างของรักแร้ ขอบบนของเฝือกควรจะอยู่เหนือตรงที่เกาะของกล้ามเนื้อ deltoid (ภาพที่ 7)

การจัดทำโดยทั่วไปให้งอข้อศอก 90 องศา แขนอยู่ในท่ากลาง (mid position) ระหว่างหงายมือ (supination) กับคว่ำมือ (pronation) ข้อมืออยู่ในท่าปกติ (neutral) หรือกระดกเล็กน้อย แต่ท่าอาจเปลี่ยนแปลงได้ เช่น กระดูกแขนส่วนต้น 1/3 หัก ควรเข้าเฝือกในท่าหงายแขน (forearm supinate) ถ้าหักที่ส่วนปลาย 1/3 เข้าเฝือกในท่าคว่ำแขน (forearm pronate) เป็นต้น

ภาพที่ 7 Long Arm Cast

1.3 Hanging Cast

ใช้ในรายกระดูก Humerus หัก ความยาวของเฝือกขอบบนให้สูงกว่ารอยหักอย่างน้อย 1 นิ้ว ขอบล่างยาวถึงปลายเส้นลายมือ (ภาพที่ 8)

การจัดท่าให้งอข้อศอก 90 องศา และข้อมือกระดกเล็กน้อย อยู่ในท่ากลาง (mid position) เฝือกชนิดนี้ไม่ได้เป็นการดามเพื่อให้อยู่นิ่ง ๆ (rigid immobilization) แต่อาศัยแรงถ่วงของเฝือกเพื่อรักษาแนวกระดูก ผู้ป่วยจำเป็นต้องนอนในท่านั่ง หรือครึ่งนอนครึ่งนั่ง น้ำหนักเฝือกต้องไม่หนักเกินไป มิฉะนั้นปลายกระดูกแยกห่างจากกันทำให้กระดูกไม่ติด (nonunion) ได้ นอกจากนี้อาจจัดความยาวของสายคล้องคอ (sling) และห่วงคล้องบริเวณข้อมือ (wrist loop) เพื่อให้กระดูกเข้าที่ถ้ามีการโก่งด้านหลัง (posterior bowing) แก้โดยจัดให้สายคล้องคอ (sling) ยาวขึ้น ถ้ามีการโก่งไปข้างหน้า (anterior bowing) แก้ไขโดยจัดให้สายคล้องคอ (sling) สั้นลง และถ้ามีการโก่งออกของปลายชิ้นกระดูกที่หัก (valgus ของ distal fragment) อาจแก้ไขโดยเปลี่ยนห่วงที่ข้อมือ (wrist loop) ไปทางด้านหน้า (volar) แต่ถ้ามีการโก่งเข้าของปลายชิ้นกระดูกที่หัก (varus ของ distal fragments) ให้ปรับตำแหน่งห่วงที่ข้อมือไปทางด้านหลัง (dorsum)

ภาพที่ 8 Hanging Cast

2. Lower Limb Cast

2.1 Short Leg Cast

ใช้ในรายกระดูกหักบริเวณข้อเท้า และเท้า เช่น malleolar fracture, talus fracture, calcaneum fracture เป็นต้น

ความยาวของเฝือกคลุมตั้งแต่นิ้วเท้า หรือบางคนนิยมเข้าคลุมปลายนิ้วเท้าด้านฝ่าเท้าส่วนบนของเฝือกทางด้านหน้ายาวถึง tibial tuberosity ขอบบนด้านหลังถึงใต้เข่าโดยสามารถงอเข้าได้เต็มที่ ต้องระวังอย่าให้ขอบเฝือกอยู่บริเวณส่วนคอของ fibula เพราะจะกด common peroneal nerve ทำให้เกิด ปลายเท้าตกได้ควรให้ขอบเฝือกคลุมหัวกระดูก fibula เลย (ภาพที่ 9)

เข้าเฝือกให้ข้อเท้าอยู่ในท่าปกติ (neutral) ไม่มีการกระดกข้อเท้า (dorsiflexion) หรือเหยียดข้อเท้า (plantar flexion) ฝ่าเท้าอยู่ในท่าปกติ ไม่มีการหมุนฝ่าเท้าเข้าหาลำตัว (inversion) หรือหมุนฝ่าเท้าออกนอกลำตัว (eversion) หากต้องการให้เดินลงน้ำหนักขาข้างนั้น ควรรองพื้นเฝือกให้แข็งแรง และใส่ส้นยางด้วยเรียกว่า short leg walking cast (ภาพที่ 10)

ภาพที่ 9 Short Leg Cast

ภาพที่ 10 Short Leg Walking Cast

2.2 Long leg cast

ใช้ในรายกระดูก Tibia และ Fibula หัก หรือข้อเข่าเคลื่อน

ความยาวของเฝือกคลุมตั้งแต่นิ้วเท้า ส่วนขอบบนด้านในยาวถึงขาหนีบ และขอบบนด้านนอก ถึง Greater trochanter (ภาพที่ 11)

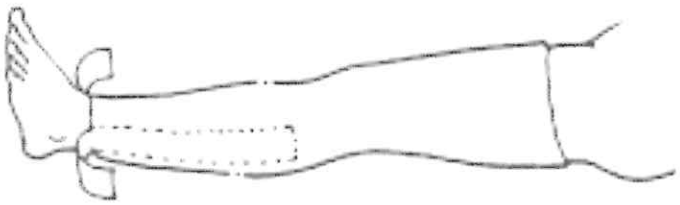
ภาพที่ 11 Long Leg Cast

เข้าเฝือกให้เข่างอเล็กน้อยประมาณ 10 องศา เพื่อลดการตึงของเอ็นร้อยหวายข้อเท้าอยู่ในท่าตั้งฉาก เท้าอยู่ในท่าปกติ และต้องไม่มีการบิดหมุนของเท้าเกินปกติ สังเกตได้โดยให้นิ้วเท้าที่ 2 สะบ้า และ anterior superior iliac spine อยู่ในแนวเส้นตรงเดียวกัน ในกรณีที่ต้องการให้เดินลงน้ำหนักขาข้างนั้นให้ใส่ส้นยางเรียกว่า Long Leg Walking Cast

2.3 Cylinder Cast

ใช้ในรายที่เอ็นบริเวณเข่าฉีกขาด ให้เดินลงน้ำหนักขาข้างนั้นได้ เฝือกยาวจาก 11/2 นิ้ว เหนือข้อเท้าจนถึงขาหนีบ และ Greater Trochanter (ภาพที่ 12) ควรจัดท่าให้เข่างอเล็กน้อย

สำหรับข้อเสียของเฝือกชนิดนี้ ซึ่งมักมีปัญหา คือเมื่อเฝือกหลวมเฝือกมักเลื่อนลงมากด และบาดบริเวณตาตุ่ม (malleolus) ทำให้เกิดแผล แต่อาจแก้ไข หรือป้องกันได้โดยใช้เทปเหนียวติดตามยาวของขาตั้งแต่น่องลงมาทางด้านใน และด้านนอก เหลือชายไว้เล็กน้อย แล้วพันเฝือกทับไปอีก 2-3 ชั้น แล้วจึงตลบชายเทปเหนียวขึ้นมาพร้อมกับพันเฝือกทับอีกชั้น



ภาพที่ 12 Cylinder Cast

2.4 Patella Tendon Bearing (PTB) Cast

ใช้ในรายกระดูก tibia และ fibula หัก แต่เดิมมักนิยมเข้าเป็น long leg cast แต่มีปัญหาคือ tibia เป็นกระดูกที่ติดช้า เมื่อเข้าเฝือกขายาวจนกระทั่งกระดูกติดมักจะมีปัญหาเรื่องข้อเข่าติด และกล้ามเนื้อขาลีบ Sarmiento จึงแนะนำให้เข้าเฝือก PTB Cast นี้แทน โดยแนะนำให้เข้าเมื่อขายุบบวมแล้ว คือประมาณ 7-10 วันหลังจากกระดูกหัก หรือถ้าจะให้ปลอดภัยก็ใช้ในรายที่กระดูกเริ่มมีการติดแล้วคือประมาณ 4-6 สัปดาห์

วิธีการพันเฝือกให้ผู้ป่วยนั่งห้อยขาลงมาโดยงอเข่า 90 องศา ใช้ถุงทอยืดได้ (stockinette) คลุมจากปลายเท้าถึงระดับเหนือเข่าต่อขอบบนของกระดูกสะบ้า ถ้าไม่มีถุงทอยืดให้ใช้ผืนผ้าสำลี (webril) บาง ๆ อย่าพันหนามิฉะนั้นเฝือกจะหลวม ใช้เฝือกขนาด 4 นิ้ว พันจากปลายเท้าจนถึงข้อเท้าก่อน จับข้อเท้า และเท้าให้อยู่ในท่าปกติ เมื่อเฝือกช่วงนี้แห้งแล้ว จึงใช้เฝือกขนาด 6 นิ้ว พันต่อขึ้นไปถึงระดับต่ำกว่า tibia tubercle ช่วงนี้พยายามลูบเฝือกบริเวณหน้าแข้ง ด้านข้าง และด้านหลังของขาให้กระชับเป็นรูปสามเหลี่ยม เพื่อป้องกันการบิดหมุนของกระดูกที่หัก เมื่อเฝือกช่วงที่สองแห้งแล้ว ให้งอเข่า 45 องศา และต้องให้กล้ามเนื้อ quadriceps หย่อน แล้วจึงใช้เฝือกขนาด 4 นิ้ว พันต่อขึ้นไปจนถึงขอบบนของ patella และคลุมปุ่มกระดูก (condyle) ทั้ง 2 ข้างของ femur และลูบเฝือกรอบ ๆ tibial condyle และ popliteal space และเมื่อเฝือกเริ่มแข็งตัวให้ใช้นิ้วหัวแม่มือ 2 ข้าง กดที่ patella tendon ให้เป็นร่องตามแนวขวางให้ลึก ส่วนนิ้วทั้ง 4 ที่เหลือให้โอบไปด้านหลัง popliteal fossa ทั้ง 2 ข้าง แล้วบีบเข้าหานิ้วหัวแม่มือ งามนิ้วมือทั้ง 2 ให้รัดบริเวณปุ่มกระดูกของ femur ให้มืออยู่นิ่งในท่านี้จนเฝือกแห้ง และตัดแต่งขอบเฝือกให้เรียบร้อย โดยขอบเฝือกด้านหนึ่งให้อยู่ตรงกับระดับขอบบนหรือส่วนกลางของ patella แล้วโค้งผ่านบริเวณปุ่มกระดูก ทั้ง 2 ข้างของ femur ไปทางด้านหลัง popliteal fossa ให้ขอบบนด้านหลังอยู่ต่ำกว่ารอยกดตามขวางที่ patella tendon ประมาณ 1 นิ้ว ให้เข่างอ และเหยียดให้เต็มที่แล้วใส่สันยาง (ภาพที่ 13 – 14)

ภาพที่ 13 Patella Tendon Bearing Cast

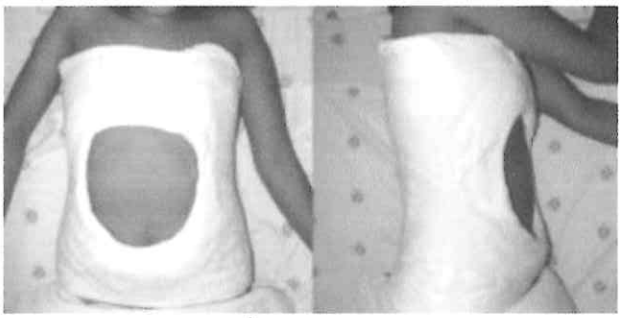
ภาพที่ 14 วิธีเข้าเฝือก PTB Cast

3. Body Cast

3.1 Body Jacket

ใช้ในรายกระดูกหัก และข้อเคลื่อนบริเวณ T-L spine หรือ upper lumbar spine

ความยาวด้านหน้าของเฝือกยาวจากเหนือลิ้นปี่ (suprasternal notch) จนถึงหัวเหน่า (symphysis pubis) ด้านหลังยาวจากกึ่งกลางหลัง จนถึงกระดูกเหนือกันกบ (sacrum) ด้านข้างจากรักแร้ (axilla) จนถึงจุดกึ่งกลางระหว่างขอบกระดูกเชิงกราน (iliac crest) และ greater trochanter โดยให้เคลื่อนไหวข้อไหล่ และงอข้อสะโพกได้ 90 องศา (ภาพที่ 15) การจัดท่าเวลาเข้าเฝือกให้ผู้ป่วยอยู่ในท่าเหยียดหลังเต็มที่ (hyperextension) โดยให้นอนบนเตียงเข้าเฝือกเฉพาะ (fracture table)



ภาพที่ 15 Body Jacket

3.2 Minerva Cast

ใช้ในรายกระดูกหัก และข้อเคลื่อนของ Cervical Spine และ Upper Thoracic Spine ส่วนใหญ่เข้าเฝือกชนิดนี้ หลังจากทำการดึงโดยตรงที่กระดูกคอ (Cervical Traction) เช่น Crutchfield Tong Traction ไว้ประมาณ 3-6 สัปดาห์ ให้ตำแหน่งกระดูกที่หักติดพอสมควรแล้วจึงมาเข้าเฝือกชนิดนี้ต่อ

ความยาวของเฝือกขอบบนคลุมหน้าผาก และ occipital protuberance ลงมาคลุมด้านหน้าของหูและใต้คาง เปิดบริเวณหน้า หู และรักแร้ ส่วนขอบล่างคลุมลงมาถึงระดับกึ่งกลางระหว่างขอบกระดูกเชิงกรานและ Greater trochanter (ภาพที่ 16)

การจัดท่าต้องให้ศีรษะ และคอตั้งตรง หรือเหยียดคอ (extend) เล็กน้อย (fracture cervical spineมักเป็นชนิด flexion หรือ flexion-rotation type)

การเข้าเฝือกชนิดนี้ อาจให้ผู้ป่วยนอนบนเตียงเข้าเฝือกเฉพาะ (fracture table) หรืออาจเข้าในท่านั่งก็ได้ แต่ควรมีการดึงโดยตรงที่กระดูกคอ (cervical traction) ในระหว่างที่พันเฝือก

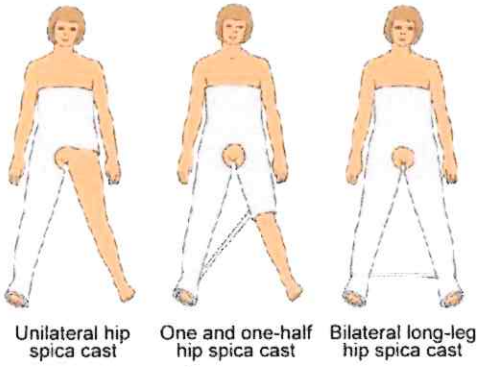
ภาพที่ 16 Minerva Cast

3.3 Hip Spica

ใช้เพื่อดามบริเวณสะโพก (hip) และกระดูกต้นขา (femur) ให้อยู่นิ่ง

ความยาวของเฝือกขอบบนให้ถึงแนวราวนม (nipple line) ส่วนขอบล่างถ้าเป็น single hip spica ให้เข้าคลุมเฉพาะขาข้างที่มีพยาธิสภาพ จนถึงเท้าบริเวณโคนนิ้ว (base of toe) แต่ถ้าเป็น double hip spica หรือเรียกว่า one and a half hip spica เข้าคลุมขาข้างดีถึงบริเวณเหนือเข่าด้วยเพื่อช่วยเพิ่มความมั่นคงของเฝือก ควรเจาะช่องท้องเพื่อไม่ให้แน่นเวลารับประทานอาหาร และควรแต่งขอบเฝือกบริเวณใกล้อวัยวะเพศ และก้นเพื่อให้ถ่ายอุจจาระ ปัสสาวะได้สะดวก (ภาพที่ 17)

การจัดท่าขาข้างที่มีพยาธิสภาพควรจัดให้ข้อสะโพกอยู่ในท่างอ และกางขาออกเล็กน้อย (slight flexionและ slight abduction) งอเข่าเล็กน้อยประมาณ 5 องศา ข้อเท้าอยู่ในท่าตั้งฉาก และเท้าอยู่ในท่าปกติในกรณีที่เป็น double hip spica ขาข้างดีอาจให้อยู่ในท่ากางขาออก เพื่อให้สอดหม้อนอน (bed pan) ได้ง่าย การเข้าเฝือก hip spica มักทำโดยให้ผู้ป่วยนอนบนเตียงเข้าเฝือกเฉพาะ (fracture table)



ภาพที่ 17 Hip Spica

3.4 Shoulder Spica

ใช้ในการทำให้บริเวณ humerus หรือ shoulder อยู่นิ่ง เช่น fracture neck ของ humerus

ความยาวของเฝือกคลุมตั้งแต่ขอบกระดูกเชิงกราน (iliac crest) มายังรักแร้ของแขนข้างดี ส่วนข้างที่มีพยาธิสภาพให้คลุมไหล่ และแขนข้างนั้น (ภาพที่ 18)

การจัดท่าโดยให้กางแขนออกจากลำตัว (abduction) 60 องศา งอไปทางด้านหน้า (forward flexion) 30 องศา และหมุนแขนออก (external rotation) 15 องศา งอข้อศอก (flexion) 90 องศา กระดกข้อมือและคว่ำแขน (slight dorsiflexion และ forearm pronation)

ภาพที่ 18 Shoulder Spica

2. วิธีการใส่เฝือกพลาสติก (Fiber Cast)

อุปกรณ์การใส่เฝือกพลาสติก

1. เตียงสำหรับใส่เฝือกทั่วไป ใช้เป็นเตียงที่ตรวจรักษาผู้ป่วย
2. เตียงสำหรับใส่เฝือกเฉพาะ เช่น เตียงสำหรับใส่เฝือกลำตัว
3. หมอนพลาสติก
4. ผ้ายางและผ้ากันเปื้อนพลาสติก
5. ถุงมือยาง 1 คู่
6. อุปกรณ์ดึงถ่วงน้ำหนักในรายที่ต้องการจัดดึงกระดูกให้เข้าที่ก่อนใส่เฝือก
7. โต๊ะเตรียมเฝือก
8. วาสลีน
9. กระบอกฉีดน้ำเปล่า
10. กรรไกรตัดเฝือก เครื่องมือถ่างเฝือก
11. เครื่องตัดเฝือกไฟฟ้า
12. ชุดทำแผล
13. จอดูฟิล์มเอกซเรย์
14. รองพื้นหรือซับใน Stockinette, Webril

ขั้นตอนการใส่เฝือกพลาสติก

1. อธิบายให้ผู้ป่วยทราบถึงขั้นตอนต่าง ๆ ของการเข้าเฝือก เพื่อให้ผู้ป่วยผ่อนคลายและให้ความร่วมมือ

2. จัดให้ส่วนที่ต้องการเข้าเฝือกอยู่ในตำแหน่งที่ถูกต้อง และนิ่งตลอดระยะเวลาที่เข้าเฝือก โดยไม่มีการเลื่อนหรือเปลี่ยนตำแหน่ง (Stabilization)

3. การพันวัสดุรองเฝือกหรือการพันผืนสำลี (Webril) ต้องพันจากส่วนเล็กไปหาใหญ่ ต้องระวังไม่ให้เกิดรอยย่นของผืนสำลี เพราะอาจทำให้เกิดแผลกดทับได้ ในการพันผืนสำลีควรพันให้ขอบซ้อนกันประมาณครึ่งหนึ่ง โดยรองสำลีหนาประมาณ 1/4 นิ้ว

4. การฟันเฝือกและการลูบเฝือก (Molding) หลังจากรองด้านในของอวัยวะที่ต้องการใส่เฝือกด้วย Stockinette โดยเลือกขนาดของ Stockinette ให้เหมาะสมกับอวัยวะส่วนนั้น ๆ ไม่ให้หลวมหรือคับแน่นเกินไป หลังจากนั้นพัน Webril ให้ขอบซ้อนกันประมาณครึ่งหนึ่งและแกะเฝือกจากม้วนเฝือกเริ่มพันจากส่วนเล็กไปหาส่วนใหญ่ โดยพันทบซ้อนกันประมาณครึ่งหนึ่ง ถ้าเป็นที่แขนให้เริ่มจากข้อมือก่อนพันไปยังฝ่ามือ แล้วพันย้อนกลับมายังแขน กรณีใส่บริเวณขาให้เริ่มพันจากปลายนิ้วเท้าขึ้นมายังข้อเท้าและขา ขณะพันเฝือกควรพันให้แน่นกระชับด้วยแรงเท่ากันตลอดโดยใช้แรงดึงอย่างสม่ำเสมอ วิธีพันที่ถูกต้อง ควรกลิ้งเฝือกไปบนแขนหรือขาผู้ป่วย พันแนบกับอวัยวะโดยไม่ยกม้วนเฝือกออกห่างมากเกินไป ห้ามใช้ นิ้วมือกดลงบนส่วนใดส่วนหนึ่งของเฝือกจะเกิดรอยกดทับบนเฝือกเมื่อพันเฝือกจนหมดแล้วใช้วาสลีนลูบบริเวณรอยต่อของปลายม้วนเฝือกเพื่อให้แนบสนิทเป็นแนวเดียวกัน เพื่อความแข็งแรงของเฝือกควรพันซ้ำประมาณ 3 - 4 รอบเพื่อให้เกิดความหนาที่เหมาะสม หลังพันเสร็จแล้วใช้น้ำสะอาดฉีดให้ทั่วเฝือกและทำการลูบเฝือกเบา ๆ เพื่อให้เฝือกแข็งตัวได้เร็วขึ้น เมื่อเฝือกเริ่มแห้งต้องหยุดลูบเฝือกเพื่อให้เฝือกแข็งตัวเต็มที่ และให้วางอวัยวะที่ใส่เฝือกนั้นอยู่นิ่งงดการเคลื่อนไหว

การใส่เฝือกพลาสติกชนิดต่าง ๆ

1. Short Arm Cast

หลักการใส่เฝือกเหมือนกับวิธีการใส่เฝือกปูน โดยความยาวของเฝือกคลุมตั้งแต่ขอบปลายเส้นลายมือและหัวกระดูก Metacarpal จนถึงข้อศอก โดยด้านหลังหุ้มถึง Olecranon กรณีกระดูกหักทั่วไปที่ไม่เคลื่อนที่ ควรเข้าเฝือกในท่าปกติหรือกระดกข้อมือเล็กน้อย

ภาพที่ 19 Short Arm Cast

2. Long Arm Cast

ควรเข้าเฝือกคลุมจากขอบปลายเส้นลายมือและหัวกระดูก Metacarpal จนถึงขอบล่างของรักแร้ ขอบบนของเฝือกควรอยู่เหนือตรงที่เกาะของกล้ามเนื้อ deltoid ขณะใส่ให้งอข้อศอก 90 องศา แขนอยู่ในท่าระหว่างหงายมือกับคว่ำมือ ข้อมืออยู่ในท่าปกติหรือกระดกเล็กน้อย ใช้ในการดามกระดูกบริเวณแขนหัก (Both Bone Forearm Fracture) หรือกระดูกข้อศอกเคลื่อน Supracondylar Fracture ของ Humerus

ภาพที่ 20 Long Arm Cast

3. Short Leg Cast

การพันเฝือกคลุมตั้งแต่นิ้วเท้าด้านฝ่าเท้าส่วนบนของเฝือก ด้านหน้ายาวถึง Tibial tuberosity ขอบบนด้านหลังถึงใต้เข่าโดยสามารถงอเข่าได้เต็มที่ การเข้าเฝือกให้ข้อเท้าอยู่ในท่าปกติ ไม่มีการกระดกข้อเท้า (dorsiflexion) หรือเหยียดข้อเท้า (Plantar Flexion) ไม่มีการหมุนฝ่าเท้าเข้าหาลำตัว

หรือหมุนฝ่าเท้าออกจากลำตัว หากต้องการลงน้ำหนักขาข้างนั้น ควรรองพื้นเฝือกให้แข็งแรง และใส่ส้นยาง เรียกว่า Short leg walking Cast (ภาพที่ 22)

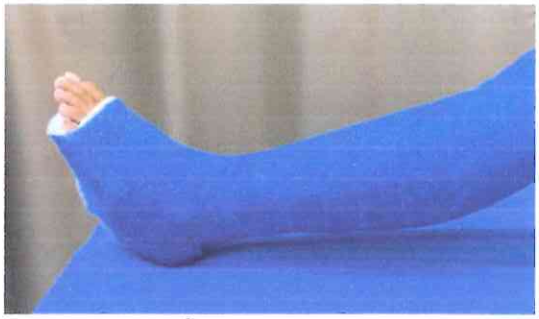
ภาพที่ 21 Short Leg Cast

ภาพที่ 22 Short Leg walking Cast

4. Long Leg Cast

การพันเฝือกคลุมตั้งแต่นิ้วเท้า ส่วนขอบบนด้านในยาวถึงขาหนีบและขอบบนด้านนอกถึง Greater trochanter ขณะเข้าเฝือกให้งอเข่าเล็กน้อยประมาณ 10 องศา เพื่อลดการตึงของเอ็นร้อยหวาย ข้อเท้าอยู่ในท่าตั้งฉาก เท้าอยู่ในท่าปกติและต้องไม่มีการบิดหมุนของเท้าเกินปกติ โดยให้นิ้วเท้าที่สอง กระดูกสะบ้า และ Anterior superior iliac spine อยู่ในแนวเส้นตรงเดียวกัน ในกรณีที่ต้องการให้เดินลงน้ำหนักขาข้างที่ใส่เฝือกให้ใส่ส้นยางเรียกว่า Long Leg walking Cast (ภาพที่ 24)

ภาพที่ 23 Long Leg Cast



ภาพที่ 24 Long Leg walking Cast

ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดจากการใส่เฝือก

1. เฝือกหลวม เนื่องจากอวัยวะในเฝือกยุบบวมลง
2. เฝือกคับหรือแน่นเกินไปจากการบวมที่เกิดหลังใส่เฝือก
3. ข้อยึดติดจากการใส่เฝือกนานเกินไป
4. กระดูกติดผิดรูป ติดช้า หรือไม่ติด จากการถอดเฝือกออกเร็วเกินไป

5. แผลกดทับบริเวณเฝือก

6. การเกิดความดันเพิ่มในช่องกล้ามเนื้อ (Compartment syndrome)

อาการแสดงที่ช่วยในการวินิจฉัย 7P ในระยะ 24 – 72 ชั่วโมงแรก ได้แก่

Pain อาการปวดบริเวณกล้ามเนื้อน่องเป็นอาการแรกที่สำคัญที่สุด อาการปวดจะไม่หายเมื่อได้รับยาบรรเทาปวด และจะปวดมากเมื่อมี Passive movement

Pallor ผิวหนังซีด

Polar อาการเย็น โดยการสัมผัส

Paresthesia การรับรู้ผิดปกติ เช่น อาการปวดแสบปวดร้อน (burning) หรือคล้ายถูกเข็มแทง (prickling)

Pulselessness คลำชีพจรไม่ได้มักพบร่วมกับอาการบวมและขาข้างนั้นเย็นซีดกว่าปกติ

Paralysis อัมพาตเกิดจากกล้ามเนื้อขาดเลือดมาเลี้ยงนาน

Puffiness อาการบวม ตึง

การตัดเฝือก

การตัดเฝือกจะใช้เครื่องตัดเฝือกซึ่งเป็นเลื่อยไฟฟ้าลักษณะการหมุนของใบเลื่อยไม่ได้หมุนรอบตัวแต่จะสั่นไปมา เมื่อใบเลื่อยถูกกับของอ่อน เช่น ผิวหนังหรือสำลีจะตัดไม่เข้า แต่ถ้าเป็นของแข็ง เช่น เฝือกบริเวณปุ่มกระดูกหรือสำลีเปื้อนเลือดแห้งกรังติดกับผิวหนังจะตัดเข้าและอาจโดนผิวหนังที่อยู่ด้านในได้

1. วิธีการตัดเฝือก

ถือเครื่องตัดเฝือกให้มั่นคง วางลงบนเฝือก วางนิ้วหัวแม่มือหรือนิ้วชี้บนเฝือกเพื่อไม่ให้กดใบเลื่อยลึกเกินความหนาของเฝือก กดใบเลื่อยเข้าไปในเนื้อเฝือก เมื่อพ้นความหนาของเฝือกจะรู้สึกว่า มีช่องว่างอยู่ใต้เฝือกให้ยกเครื่องตัดเฝือกขึ้นแล้วกดลงใหม่เป็นระยะ ๆ ตลอดแนวเฝือกที่ต้องการ

1.1 การตัดเฝือกเป็น 2 ฝา (Bivalved)

1.1.1 ทำเป็น A-P Slabs โดยตัดเฝือกและผืนสำลีหลุดออกจากกันทั้ง 2 ด้าน เป็นด้านบนและด้านล่าง แล้วใช้ผ้ายืด (Elastic Bandage) พันทับ

1.1.2 ถอดเฝือกออกเมื่อกระดูกติดแล้วหรือเมื่อต้องการเปลี่ยนเฝือกใหม่

1.2 การตัดเฝือกเป็นร่องตามยาว ทำในรายที่ได้รับการใส่เฝือกแล้วส่วนนั้น ๆ มีอาการบวม

1.2.1 ตัดเป็นร่องเกือบตลอดความยาวทางด้านบนเฝือก เว้นประมาณ 5 เซนติเมตร ตรงปลายบนของเฝือกป้องกันไม่ให้เฝือกเสียความแข็งแรง

1.2.2 ตัดแยกเฝือกด้านบนของเฝือกเสมอ ป้องกันการเกิดแผลกดทับตามแนวร่องเฝือกที่ตัด

1.2.3 ถ้ามีอาการบวมมาก ควรถอดเฝือกออกจนแน่ใจว่าไม่มีการกดมากเกินไป แล้วพันโดยรอบด้วยผ้ายืด

1.3 การเจาะ Windows (Windowing) การเจาะเฝือกเป็นช่องหน้าต่างจะทำเพื่อเปิดให้เห็นบาดแผลและทำให้สามารถทำแผลในเฝือกได้

1.3.1 ทำเครื่องหมายตำแหน่งบริเวณที่เจาะเฝือกให้ตรงกับบริเวณบาดแผลที่แขนหรือขา หรือทำสำลีหรือก๊อซวางบนตำแหน่งที่มีบาดแผลให้นูนสูงกว่าปกติ เพื่อพันเฝือกทับจะเห็นเป็นรอยนูนของเฝือกทำให้สามารถเจาะได้ถูกตำแหน่ง

1.3.2 การเจาะเฝือก ควรทำเมื่อเฝือกแห้งดีแล้วคือ 24 ชั่วโมงหลังการใส่เฝือก

1.3.3 เมื่อเปิดช่องหน้าต่างเพื่อทำแผลเสร็จแล้ว จะต้องใช้ฝาเฝือกปิดกลับเข้าที่ดังเดิม และพันด้วยผ้ายืดทับ (Elastic Bandage)

1.4 การทำ Wedging

หลังการใส่เฝือกแล้วเอกซเรย์พบว่าแนวกระดูกยังไม่ดี (Malalignment) มี 2 วิธี

1.4.1 การตัดเฝือกเพื่อแก้ในแนวกระดูกโดยการอ้าเฝือกออก (Open wedge)

1.4.2 การตัดเฝือกเพื่อแก้ไขแนวกระดูกโดยการตัดเฝือกเป็นรูปลิ่ม และตัดเฝือกส่วนที่เหลือมาชนกัน (Closed wedge)

ภาคผนวก ค

- รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ และหนังสือเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ
- หนังสือรับรองการนำคู่มือการปฏิบัติงานมาใช้จริง

หมายเหตุ หนังสือเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ และรายนามผู้ทรงคุณวุฒิ มี 2 ชุด
ชุดที่ 1 หนังสือเชิญผู้ทรงคุณวุฒิและรายนามผู้ทรงคุณวุฒิ ลงวันที่ 15 กุมภาพันธ์ 2567 คู่มือเรื่อง "การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการใส่เฝือกปูน"

- ตามมติคณะกรรมการกลั่นกรอง ประจำคณะแพทย์ศาสตร์วชิรพยาบาล ครั้งที่ 5/2567 เมื่อวันที่ 31 พฤษภาคม 2567 ปรับเปลี่ยนชื่อผลงานคู่มือปฏิบัติงานจากเดิม เรื่อง "การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการใส่เฝือกปูน" เป็นผลงานคู่มือปฏิบัติงานเรื่อง "การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการใส่เฝือก"

ชุดที่ 2 หนังสือเชิญผู้ทรงคุณวุฒิและรายนามผู้ทรงคุณวุฒิ ลงวันที่ 4 มิถุนายน 2567

<u>รายนามผู้ทรงคุณวุฒิและหนังสือเชิญฯ</u>

1. นายแพทย์อิทธิวัฒน์ อ่อนกลิ่น

- อาจารย์ภาควิชาออร์โธปิดิกส์
- อาจารย์ภาควิชาวิทยาการวิจัยและนวัตกรรมทางการแพทย์ คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

2. นางชูเนตร นัยจิต

- พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
- หัวหน้าสาขาการพยาบาลออร์โธปิดิกส์ โสต ศอ นาสิก และจักษุ โรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

3. นางสาวนงเยาว์ นาคงาม

- พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
- หัวหน้าสาขาการพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

บันทึกข้อความ

ส่วนงาน ฝ่ายการพยาบาล (วิชาการพยาบาล โทร. ๓๑๘๒)

ที่ พวช. ๑๒ /๒๓๘ **วันที่** ๑๕ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๗

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบคู่มือการปฏิบัติงาน

เรียน หัวหน้าภาควิชาออร์โธปิดิกส์ คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล

ด้วย นางดาวราย พานิชกุล ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ตำแหน่งเลขที่ พวช. ๑๑๔๕๔) สังกัดฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช กำลังจัดทำคู่มือการปฏิบัติงาน เรื่อง "คู่มือการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการใส่เฝือกปูน"

ในการนี้ ฝ่ายการพยาบาลเห็นว่าบุคลากรของท่าน เป็นผู้มีความรู้ความสามารถเป็นอย่างดี จึงขออนุญาตเรียนเชิญ **นายอิทธิวัฒน์ อ่อนกลิ่น** ตำแหน่ง อาจารย์ ประจำภาควิชาออร์โธปิดิกส์ คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบคู่มือการปฏิบัติงาน เรื่องดังกล่าว เพื่อประโยชน์ทางวิชาการ และการบริหารการพยาบาลต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา และหวังเป็นอย่างยิ่งว่าคงได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน จึงขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

(นางปาริชาติ จันทร์สุนทราพร)
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล
คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

บันทึกข้อความ

ส่วนงาน ฝ่ายการพยาบาล (วิชาการพยาบาล โทร. ๓๑๘๒)

ที่ พวช. ๑๒ / ๒๔๒ **วันที่** ๑๕ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๗

เรื่อง ขอเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบคู่มือการปฏิบัติงาน

เรียน นางชูเนตร นัยจิต

ด้วย นางดาวราย พานิชกุล ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ตำแหน่งเลขที่ พวช. ๑๑๔๕๔) สังกัดฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช กำลังจัดทำคู่มือการปฏิบัติงาน เรื่อง "คู่มือการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการใส่เฝือกปูน"

ในการนี้ ฝ่ายการพยาบาลเห็นว่าท่าน เป็นผู้มีความรู้ความสามารถเป็นอย่างดีจึงขออนุญาตเรียนเชิญ **นางชูเนตร นัยจิต** ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ **หัวหน้าสาขาการพยาบาลออร์โธปิดิกส์** โสต ศอ นาสิก และจักษุ ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบคู่มือการปฏิบัติงานเรื่องดังกล่าว เพื่อประโยชน์ทางวิชาการ และการบริหารการพยาบาลต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา และหวังเป็นอย่างยิ่งว่าคงได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน จึงขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

(นางปาริชาติ จันทร์สุนทราพร)
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล
คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

บันทึกข้อความ

ส่วนงาน ฝ่ายการพยาบาล (วิชาการพยาบาล โทร. ๓๐๘๒)

ที่ พวช. ๑๒ / ๒๔๑ **วันที่** ๑๕ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๗

เรื่อง ขอเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบคู่มือการปฏิบัติงาน

เรียน นางสาวนงเยาว์ นาคงาม

ด้วย นางดาวราย พานิชกุล ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ตำแหน่งเลขที่ พวช. ๑๑๔๕๔) สังกัดฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช กำลังจัดทำคู่มือการปฏิบัติงาน เรื่อง "คู่มือการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการใส่เฝือกปูน"

ในการนี้ ฝ่ายการพยาบาลเห็นว่าท่าน เป็นผู้มีความรู้ความสามารถเป็นอย่างดีจึงขออนุญาตเรียนเชิญ **นางสาวนงเยาว์ นาคงาม** ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ หัวหน้าสาขาการพยาบาลผู้ป่วยนอก ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบคู่มือการปฏิบัติงานเรื่องดังกล่าว เพื่อประโยชน์ทางวิชาการ และการบริหารการพยาบาลต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา และหวังเป็นอย่างยิ่งว่าคงได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน จึงขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

(นางปาริชาติ จันทร์สุนทราพร)
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล
คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

บันทึกข้อความ

ส่วนงาน ฝ่ายการพยาบาล (หน่วยงานห้องตรวจออร์โธปิดิกส์ โทร. ๗๗๘๐-๑)

ที่ พวข. ๑๒.๒๑๗/๐๕๖ **วันที่** ๒๑ พฤษภาคม ๒๕๖๗

เรื่อง ขอเปลี่ยนชื่อคู่มือปฏิบัติงานเพื่อประกอบการพิจารณาแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งในระดับชำนาญการพิเศษ

เรียน หัวหน้าตึกผู้ป่วยนอก ๑

ด้วยข้าพเจ้า นางดาวราย พานิชกุล ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ตำแหน่งเลขที่ พวข. ๑๑๔๕๔) ปฏิบัติงานห้องตรวจออร์โธปิดิกส์ สังกัดฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช ได้ส่งเอกสารขอรับการคัดเลือกเป็นผู้มีสิทธิขอรับการแต่งตั้งพนักงานมหาวิทยาลัยประเภทสนับสนุน เพื่อขอประเมินแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพระดับชำนาญการพิเศษ (ตำแหน่งเลขที่ พวข. ๑๑๔๕๔) จากมติคณะกรรมการกลั่นกรอง ประจำคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล ครั้งที่ ๕/๒๕๖๗ วันที่ ๒๐ พฤษภาคม ๒๕๖๗ มีความประสงค์ให้เปลี่ยนชื่อคู่มือปฏิบัติงานจากเดิมเรื่อง การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการใส่เฝือกปูน เป็นคู่มือปฏิบัติงาน เรื่อง การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการใส่เฝือก

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

(นางดาวราย พานิชกุล)
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล
คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

เรียน หัวหน้าสาขาการพยาบาลผู้ป่วยนอก
ด้วย นางดาวราย พานิชกุล
ขอปรับเปลี่ยนชื่อคู่มือปฏิบัติงาน
เรื่อง การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการใส่เฝือก
เป็น การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการใส่เฝือก
จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

(นางสาวนุชรัตน์ จิตรเจริญทรัพย์)
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
หัวหน้าตึกผู้ป่วยนอก ๑

เรียน พญ.จินตนา
☐ เพื่อโปรดทราบ
☑ เพื่อดำเนินการ

(นางปาริชาติ จันทร์สุนทราพร)
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล
คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล

เรียน ขอส่งต่อฝ่ายการพยาบาล
เพื่อโปรดพิจารณา

(นางสาวนงเยาว์ บาดงาม)
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
หัวหน้าสาขาการพยาบาลผู้ป่วยนอก
ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล
21 พ.ค. 2567

(นางรื่นตา แสงรูจี)
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
หัวหน้าสาขาการพยาบาลศัลยกรรม
ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล
๒๓ พ.ค. ๒๕๖๗

ฝ่ายทรัพยากรบุคคล
รับที่ ๓๘๘๒
วันที่ ๒๘ พ.ค. ๒๕๖๗
เวลา ๑๕.๕๖ น.

บันทึกข้อความ

ส่วนงาน ฝ่ายการพยาบาล (ด้านวิชาการ โทร. ๓๑๘๒)
ที่ พวช. ๑๒/๘๕๔ **วันที่** ๒๘ พฤษภาคม ๒๕๖๗
เรื่อง ขอเปลี่ยนชื่อผลงานที่เสนอเพื่อประกอบการพิจารณาแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งในระดับชำนาญการพิเศษ

เรียน หัวหน้าฝ่ายทรัพยากรบุคคล

ด้วย **นางดาวราย พานิชกุล** ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ตำแหน่งเลขที่ พวช. ๑๑๔๕๔) ปฏิบัติงานห้องตรวจออร์โธปิดิกส์ สังกัดฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช ได้ส่งเอกสารขอรับการคัดเลือกเป็นผู้มีสิทธิขอรับการแต่งตั้งพนักงานมหาวิทยาลัยประเภทสนับสนุน เพื่อขอประเมินแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพระดับชำนาญการพิเศษ (ตำแหน่งเลขที่ พวช. ๑๑๔๕๔) ได้ทำหนังสือบันทึกขอปรับเปลี่ยนชื่อเรื่องผลงานคู่มือปฏิบัติงาน ตามมติคณะกรรมการกลั่นกรอง ประจำคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล ครั้งที่ ๕/๒๕๖๗ เมื่อวันที่ ๓๑ พฤษภาคม ๒๕๖๗ จากเดิมผลงานคู่มือปฏิบัติงาน เรื่อง "การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการใส่เฝือกปูน" เป็นผลงานคู่มือการปฏิบัติงาน เรื่อง **"การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการใส่เฝือก"**

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

(นางปาริชาติ จันทร์สุนทราพร)
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล
คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

หัวหน้างานพัฒนาบุคลากร
เพื่อดำเนินการ

(นางสาวปรีณา ประเสริฐจิตร)
หัวหน้าฝ่ายทรัพยากรบุคคล
คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล
มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช
๒๘ พ.ค. ๒๕๖๗

คุณจารีรัตน์ และคุณเจตพัฒน์
ดำเนินการ (ภายใน ๗ วันทำการ)

(นางสาวชรัญธนา ศรีอุดม)
หัวหน้างานพัฒนาบุคลากร
ฝ่ายทรัพยากรบุคคล
๒๙ พ.ค. ๒๕๖๗

บันทึกข้อความ

ส่วนงาน ฝ่ายการพยาบาล (วิชาการพยาบาล โทร. ๓๑๘๒)

ที่ พวช. ๑๒ / ๘๙๘ **วันที่** ๔ มิถุนายน ๒๕๖๗

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบคู่มือการปฏิบัติงาน

เรียน หัวหน้าภาควิชาออร์โธปิดิกส์ คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล

ด้วย นางดาวราย พานิชกุล ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ตำแหน่งเลขที่ พวช. ๑๑๔๕๔) สังกัดฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช กำลังจัดทำคู่มือการปฏิบัติงาน เรื่อง "คู่มือการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการใส่เฝือก"

ในการนี้ ฝ่ายการพยาบาลเห็นว่าบุคลากรของท่าน เป็นผู้มีความรู้ความสามารถเป็นอย่างดี จึงขออนุญาตเรียนเชิญ **นายอิทธิวัฒน์ อ่อนกลิ่น** ตำแหน่ง อาจารย์ ประจำภาควิชาออร์โธปิดิกส์ คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบคู่มือการปฏิบัติงาน เรื่องดังกล่าว เพื่อประโยชน์ทางวิชาการ และการบริหารการพยาบาลต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา และหวังเป็นอย่างยิ่งว่าคงได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน จึงขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

(นางปาริชาติ จันทร์สุนทราพร)
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล
คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

บันทึกข้อความ

ส่วนงาน ฝ่ายการพยาบาล (วิชาการพยาบาล โทร. ๓๐๘๒)

ที่ พวช. ๑๒ / ๙๐๐ **วันที่** ๔ มิถุนายน ๒๕๖๗

เรื่อง ขอเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบคู่มือการปฏิบัติงาน

เรียน นางชูเนตร นัยจิต

ด้วย นางดาวราย พานิชกุล ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ตำแหน่งเลขที่ พวช. ๑๑๔๕๔) สังกัดฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช กำลังจัดทำคู่มือการปฏิบัติงาน เรื่อง "คู่มือการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการใส่เฝือก"

ในการนี้ ฝ่ายการพยาบาลเห็นว่าท่าน เป็นผู้มีความรู้ความสามารถเป็นอย่างดีจึงขออนุญาตเรียนเชิญ **นางชูเนตร นัยจิต** ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ หัวหน้าสาขาการพยาบาลออร์โธปิดิกส์ โสต ศอ นาสิก และจักษุ ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบคู่มือการปฏิบัติงานเรื่องดังกล่าว เพื่อประโยชน์ทางวิชาการ และการบริหารการพยาบาลต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา และหวังเป็นอย่างยิ่งว่าคงได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน จึงขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

(นางปาริชาติ จันทร์สุนทราพร)
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล
คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

บันทึกข้อความ

ส่วนงาน ฝ่ายการพยาบาล (วิชาการพยาบาล โทร. ๓๐๘๒)

ที่ พวช. ๑๒ / ๘๙๙ **วันที่** ๔ มิถุนายน ๒๕๖๗

เรื่อง ขอเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบคู่มือการปฏิบัติงาน

เรียน นางสาวนงเยาว์ นาคงาม

ด้วย นางดาวราย พานิชกุล ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ตำแหน่งเลขที่ พวช. ๑๑๔๕๔) สังกัดฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช กำลังจัดทำคู่มือการปฏิบัติงาน เรื่อง "คู่มือการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการใส่เฝือก"

ในการนี้ ฝ่ายการพยาบาลเห็นว่าท่าน เป็นผู้มีความรู้ความสามารถเป็นอย่างดีจึงขออนุญาตเรียนเชิญ **นางสาวนงเยาว์ นาคงาม** ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ หัวหน้าสาขาการพยาบาลผู้ป่วยนอก ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบคู่มือการปฏิบัติงานเรื่องดังกล่าว เพื่อประโยชน์ทางวิชาการ และการบริหารการพยาบาลต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา และหวังเป็นอย่างยิ่งว่าคงได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน จึงขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

(นางปาริชาติ จันทร์สุนทราพร)
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล
คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

บันทึกข้อความ

ส่วนงาน ฝ่ายการพยาบาล (หน่วยงาน ห้องตรวจออร์โธปิดิกส์ โทร.๓๓๘๘-๑)

ที่ พวช.๑๒.๒๑๗/๐๓๘ วันที่ ๕ มีนาคม ๒๕๖๗

เรื่อง ขอรับรองการนำคู่มือกวรปฏิบัติงานมาใช้จริง

เรียน หัวหน้าตึกผู้ป่วยนอก ๑

ข้าพเจ้า นางดาวราย พานิชกุล ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ตำแหน่งเลขที่ พวช. ๑๑๔๕๔) ปฏิบัติงาน ห้องตรวจออร์โธปิดิกส์ สังกัดฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช ได้ดำเนินการจัดทำคู่มือปฏิบัติงาน เรื่อง "คู่มือการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการใส่เฝือกปูน"

ในการนี้ ข้าพเจ้ามีความประสงค์ ขอการรับรองว่าได้มีการนำคู่มือดังกล่าวไปใช้จริงที่ห้องตรวจออร์โธปิดิกส์ เพื่อใช้ประกอบการขอประเมินแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ตั้งแต่วันที่ ๕ มีนาคม พ.ศ. ๒๕๖๗ เป็นต้นไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

(นางดาวราย พานิชกุล)
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล
คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

(นางสาวบุญ[illegible])
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
หัวหน้าตึกผู้ป่วยนอก ๑

เรียน พ.ต.จินตนา
☐ เพื่อโปรดทราบ
☑ เพื่อดำเนินการ

(นางปาริชาติ จันทร์สุนทราพร)
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
หัวหน้างานการพยาบาลโรงพยาบาลวชิรพยาบาล
คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล
๘ มี.ค. ๒๕๖๗

เรียน หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล
เพื่อโปรดพิจารณา
บุษการ ลิขิกลรกุล
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ

มอบหัวหน้างานการพยาบาล โปรดดำเนินการ

(นางจินตนา แสงรุ่ง)
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
หัวหน้าสาขาการพยาบาลศัลยกรรม
ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล

บันทึกข้อความ

ส่วนงาน ฝ่ายการพยาบาล (หน่วยงาน ห้องตรวจออร์โธปิดิกส์ โทร.๓๓๘๐-๑)

ที่ พวช.๑๒.๒๑๗/๐๕๙ **วันที่** ๒๔ พฤษภาคม ๒๕๖๗

เรื่อง ขอรับรองการนำคู่มือการปฏิบัติงานมาใช้จริง

เรียน หัวหน้าตึกผู้ป่วยนอก ๑

ข้าพเจ้า นางดาวราย พานิชกุล ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ตำแหน่งเลขที่ พวช. ๑๑๔๕๔) ปฏิบัติงาน ห้องตรวจออร์โธปิดิกส์ สังกัดฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช ได้ดำเนินการจัดทำคู่มือปฏิบัติงาน เรื่อง “คู่มือการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการใส่เฝือก”

ในการนี้ ข้าพเจ้ามีความประสงค์ ขอการรับรองว่าได้มีการนำคู่มือดังกล่าวไปใช้จริง ที่ห้องตรวจออร์โธปิดิกส์ เพื่อใช้ประกอบการขอประเมินแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ตั้งแต่วันที่ ๕ มีนาคม พ.ศ. ๒๕๖๗ เป็นต้นไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

(นางดาวราย พานิชกุล)
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล
คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

ประวัติผู้เขียน

1. ชื่อ – สกุล

   (ภาษาไทย) นางดาวราย พานิชกุล

   (ภาษาอังกฤษ) Mrs.Dowrai Phanichkul

2. ตำแหน่งปัจจุบัน

   พยาบาลวิชาชีพ ระดับชำนาญการ คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

3. สถานที่ทำงาน

   ห้องตรวจออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

   โทรศัพท์ 02-244-3380-1

   โทรศัพท์มือถือ 090-9716593

   Email address dowrai@nmu.ac.th

4. ประวัติการศึกษา

   ปริญญาตรี พยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลเกื้อการุณย์ ปีพ.ศ. 2533

5. สาขาวิชาชีพที่มีความชำนาญ

   - การพยาบาลผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์

6. ประสบการณ์ทำงานและผลงาน

   - พยาบาลวิชาชีพประจำตึกศัลยกรรมกระดูกชาย
   - พยาบาลวิชาชีพระดับชำนาญการ ประจำห้องตรวจออร์โธปิดิกส์