

รายงานการศึกษา ฝึกอบรม ประชุม ดูงาน สัมมนา ปฏิบัติการวิจัย ในประเทศ และต่างประเทศ
(ระยะสั้นไม่เกิน ๙๐ วัน และ ระยะยาวตั้งแต่ ๙๐ วันขึ้นไป)

ส่วนที่ ๑ ข้อมูลทั่วไป

๑.๑ ชื่อ - สกุล นางสาวหรรษา ไชยประสิทธิ์

อายุ ๒๖ ปี การศึกษาปริญญาตรี

ความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน พยาบาลศาสตร์บัณฑิต

๑.๒ ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

หน้าที่ความรับผิดชอบ ปฏิบัติงานทางการพยาบาลห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ดูแลให้
การพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและภาวะวิกฤต ตลอด ๒๔ ชั่วโมง ทั้งในและนอก
โรงพยาบาล ตลอดจนเครื่องมือช่วยและครอบคลุม การป้องกันเหตุ การดูแล และสร้างเสริม
สุขภาพ

๑.๓ ชื่อเรื่อง / หลักสูตร การอบรมฟื้นฟูวิชาการ เรื่อง “อุบัติเหตุทางมือ” ครั้งที่ ๔๐

สาขาวิชาศัลยศาสตร์ตกแต่ง ภาควิชาศัลยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาล
รามธิบดี

ร่วมกับ ชมรมศัลยแพทย์ทางมือแห่งประเทศไทย

เพื่อ ศึกษา ฝึกอบรม ประชุม ดูงาน สัมมนา ปฏิบัติการวิจัย

งบประมาณ เงินงบประมาณกรุงเทพมหานคร เงินบำรุงโรงพยาบาล

ทุนส่วนตัว

จำนวนเงิน ๑,๕๐๐ บาท

ระหว่างวันที่ ๒๐ - ๒๑ กรกฎาคม ๒๕๖๖

สถานที่ ณ ห้องประชุม ๙๑๐ ABC ชั้น ๙ อาคารเรียนและปฏิบัติการรวมด้านการแพทย์
และโรงพยาบาลรามธิบดี

ส่วนที่ ๒ ข้อมูลที่ได้รับจากการศึกษา ฝึกอบรม ประชุม ดูงาน สัมมนา ปฏิบัติการวิจัย

๒.๑ วัตถุประสงค์

๒.๑.๑ เพื่อเพิ่มพูน ฟื้นฟูและเผยแพร่ความรู้ ให้แก่ แพทย์ พยาบาล และบุคลากร
ทางการแพทย์ที่มาเข้าร่วมอบรม

๒.๑.๒ เพื่อที่จะได้นำความรู้ที่ได้ไปดูแลรักษาผู้ป่วย โดยคำนึงถึงผลประโยชน์สูงสุด
อันจะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยเป็นสำคัญ

๒.๒ เนื้อหา

การอบรมฟื้นฟูวิชาการ เรื่อง “อุบัติเหตุทางมือ”

อุบัติเหตุทางมือพบได้บ่อยในประเทศไทยซึ่งเป็นประเทศอุตสาหกรรมใหม่และมีอุบัติเหตุ
ทางการจราจรบ่อย ทำให้ประชากร โดยเฉพาะในวัยทำงาน มีความพิการเกิดขึ้นซึ่งมีผลการปฏิบัติงาน
การรักษา ต้องอาศัยผู้เชี่ยวชาญและการดูแลเป็นสหสาขาวิชาชีพ การอบรมนี้ มีสรุปเนื้อหาพอสังเขปได้ดังนี้

๒.๒.๑ แนวคิด...

๒.๒.๑ แนวคิดของการจัดการบาดแผลที่มือ (Concept of Hand Wound Management)

หลักการสำคัญในการรักษาบาดแผลหรือแผล (wound management) ทุกชนิด คือเปลี่ยนบาดแผลเปิดให้เป็นบาดแผลปิด (Convert an open wound to a closed wound) เมื่อสภาพแผลและเวลาที่เหมาะสมมีแนวทางดังนี้ (ตารางที่ ๑) บาดแผลสกปรก (dirty wound, contaminated wound) บาดแผลติดเชื้อ (infected wound) มีเนื้อตาย (necrotic tissue) มีสิ่งแปลกปลอม (foreign body, foreign material) และขาดเลือด (ischemic wound) โดยต้องมีการเตรียมบาดแผล (wound bed preparation, WBP) ทำให้เป็นแผลที่สะอาด ไม่ติดเชื้อ (บาดแผลอุบัติเหตุแม้ว่าสะอาดแต่จะไม่ sterile) ไม่มีเนื้อตาย (no necrotic tissues) ไม่มีสิ่งแปลกปลอม และได้รับการรักษาเปิดหลอดเลือดที่อุดตัน (revascularization) ดังนั้นก่อนที่แผลจะถูกเปลี่ยนเป็นแผลปิด จะต้องมีการเตรียมบาดแผล (wound bed) ที่ทำให้มีหลอดเลือดมาเลี้ยง (vascularised wound bed) ปลุกหนังติด (take) ได้ ถ้าแผลเล็กอาจหายได้เอง (healed by second intention) หรือหายได้โดยการเย็บ (direct closure) และถ้าเป็น healthy wound bed ซึ่งอาจจะเห็นกระดูก (exposed bare bone) เห็นเส้นเอ็น (exposed bare tendon) แต่หากไม่มีเลือดมาหล่อเลี้ยงได้ดี แม้จะปลุกหนังไม่ติด (ไม่ take) แต่ใช้การย้ายผิวหนังบริเวณอื่นมาปิด (skin flap) จะทำให้เป็นแผลปิดได้ถ้าแผลมีขนาดเล็กก็เย็บปิดได้ หรือทำแผลต่อไปด้วยวิธีทำแผลแบบสุญญากาศ (vacuum dressing) จนเกิดเนื้อเยื่อแกรนูโล (granulation tissue)คลุมทั้งหมดกลายเป็น vascularized wound bed ก็จะสามารถปลุกหนังติดได้

๒.๒.๒ บทบาทของจุลศัลยกรรมในการบาดเจ็บที่มือ (Role of Microsurgery in Hand Injury)

หลักการผ่าตัดมือ คือ ต้องผ่าตัดให้เร็วที่สุด เพื่อคนไข้สามารถเคลื่อนไหวได้เร็วที่สุด ทั้งนี้ก่อนผ่าตัดต่อนั้นแพทย์จะพิจารณาถึงลักษณะความรุนแรงและตำแหน่งที่บาดเจ็บในกรณีที่คนไข้มาถึงโรงพยาบาลช้า โอกาสติดเชื้อหรือเนื้อตายย่อมมีมากขึ้น หรือในกรณีที่ทำการรักษามาแล้วแต่ไม่หายนานเกิน ๑ ปี กระดูกติดแต่ผิดรูป เส้นเอ็นต่อแล้วใช้การไม่ได้ เส้นประสาทเสียหายเป็นเวลานานต่อไม่ได้ ย่อมทำให้การเคลื่อนไหวมือหรือนิ้วอาจดีไม่เท่าเดิม ฉะนั้นเมื่อเกิดปัญหาควรรีบส่งโรงพยาบาลเพื่อรับการรักษาให้เร็วที่สุด ประกอบกับแพทย์ใช้เทคนิคการรักษาที่ถูกต้อง

๒.๒.๓ การบาดเจ็บที่เอ็นยึด (Extensor Tendon Injury)

เอ็นยึด (Extensor tendon) ทำหน้าที่เหยียดข้อต่าง ๆ หากเส้นเอ็นกลุ่มนี้ขาด จะเหยียดข้อไม่ได้และนิ้วมือจะอยู่ในท่างอมากกว่าปกติ โดยอาจแบ่งออกเป็น เส้นเอ็นบาดเจ็บ แบบไม่มีบาดแผลภายนอก (Closed tendon injury) เส้นเอ็นเหยียดนิ้วข้อปลายกระดูกขาคขาด (Mallet finger) เป็นต้น ทั้งนี้หลังจากเย็บซ่อมเส้นเอ็นให้ทำการใส่เฝือก และกายภาพบำบัด ติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่องต่อไป

๒.๒.๔ การบาดเจ็บที่ปลายนิ้ว (Fingertip Injury)

การรักษาผู้ป่วยปลายนิ้วขาดให้ได้ผลดีควรผ่าตัดรักษาทั้งด้านหน้า (volar pulp flap coverage) และด้านหลัง (nail reconstruction) เพื่อให้ได้รับผลการรักษาที่ดีนี้มีรูปร่างสวยงามใกล้เคียงปกติการผ่าตัดปรับแต่งรูปร่างเล็บด้วยวิธีม้วนพับผิวหนังบริเวณโคนนิ้ว (eponychial folding) เป็นการผ่าตัดที่สามารถทำร่วมกับการผ่าตัดปลูกถ่ายเนื้อเยื่อมาปิดบาดแผลได้เป็นอย่างดี

๒.๒.๕ การบาดเจ็บที่เอ็นหัด (Flexor Tendon Injury)

เส้นเอ็นที่ทำหน้าที่งอนิ้วมือซึ่งมีกล้ามเนื้ออยู่ในแขนมีอยู่ ๙ เส้น การเย็บซ่อมเส้นเอ็นให้ได้ผลดี ต้องอาศัยความประณีตความนุ่มนวลในการจับต้องเส้นเอ็นทำให้เกิดแผลเป็นน้อยและการเย็บที่แข็งแรง หลังผ่าตัดผู้ป่วยจะได้รับการใส่เฝือกทางด้านหลังของนิ้วมือจนถึงแขนเพื่อให้เอ็นที่เย็บซ่อมไม่ตึง หากไม่ใส่เฝือกมีโอกาสเกิดการขาดซ้ำของเอ็นที่เย็บซ่อม (re-rupture) เฝือกที่ใส่จะอยู่ในท่างอข้อมือ ๒๐ องศา เฝือกจะไม่งอ แต่ปล่อยให้นิ้วมือเองโดยความตึงธรรมชาติของกล้ามเนื้อ เส้นเอ็นที่เย็บซ่อมมักจะมีอาการอ่อนแอมากที่สุดในช่วง ๑๐ ถึง ๑๔ วันหลังเย็บซ่อม ซึ่งเป็นช่วงที่มักจะนัดมาตัดไหม หากผู้ป่วยไม่ทราบอาจถอดเฝือกทิ้ง ทำให้เกิดการขาดซ้ำของเอ็นได้ ผู้ป่วยจะได้รับการฝึกกายภาพบำบัด

๒.๒.๖ การบาดเจ็บที่ข้อต่อ (Ligament & Small Joint Injury)

การบาดเจ็บที่ข้อต่อมีดังนี้ ข้อเคล็ด - ข้อแพลง มี ๓ ระดับ คือ ระดับที่ ๑ มีการฉีกขาดของเอ็นเล็กน้อยหรือมีการยึดของเอ็นบริเวณข้อต่อนั้น กดเจ็บบริเวณที่มีการฉีกขาด แต่จะไม่บวมหรือบวมเล็กน้อย ระดับที่ ๒ จะมีความเจ็บปวด มีอาการเสียวที่ข้อต่อเล็กน้อยมีอาการกะเผลกไม่สามารถเขย่งปลายเท้าได้ เวลาเดินจะมีอาการบวมเฉพาะที่ ถ้าใช้นิ้วกดจะปวดอย่างรุนแรง ระดับที่ ๓ มีการฉีกขาดของเยื่อหุ้มข้อร่วมด้วยเสมอ ทำให้มีเลือดคั่งในข้อหรือซึ่มอยู่ใต้ผิวหนัง จะเห็นข้อเท้าหรือข้อต่อนั้นบวมอยู่ มักจะเกิดจากการพลิกอย่างรุนแรง ข้อเคลื่อนข้อหลุด พบได้บ่อยในกีฬาที่มีการปะทะ เช่น รักบี้ ฟุตบอล เกิดจากการที่หัวกระดูกหลุดออกจากเบ้าอาจหลุดออกเป็นบางส่วนหรือหลุดออกแบบสมบูรณ์ จะมีการฉีกขาดของเอ็นฝักพืดและเนื้อเยื่อที่หุ้มรอบข้อต่อข้อบวม เมื่อวิ่งหรือเล่นกีฬาและภายหลังการเล่นกีฬา แล้วมีอาการข้อบวมขึ้น

๒.๒.๗ แผลไหม้ที่มือ (Burn Hand)

การประเมินตึกริความลึกของบาดแผลไฟไหม้ แบ่งเป็น ๓ ระดับ คือ

- ระดับแรก (First Degree Burn) คือ การไหม้จะจำกัดอยู่ที่ผิวหนังชั้นหนังกำพร้าเท่านั้น โดยบาดแผลจะแดง แต่ไม่มีตุ่มพอง ผู้ป่วยจะรู้สึกเจ็บปวดหรือแสบร้อน แผล ประเภทนี้จะต้องใช้ระยะเวลาการรักษาประมาณ ๗ วัน โดยไม่ทิ้งรอยแผลเป็นเอาไว้ ยกเว้นถ้ามีการติดเชื้ออักเสบ กรณีที่พบ คือ การไหม้จากแสงแดด เช่น ผู้ป่วยไปตากอากาศ ไปชายหาดเกิดภาวะ Sun Burn การถูกน้ำร้อน ไอน้ำเดือด หรือวัตถุที่ร้อนเพียงเฉียด ๆ และไม่นาน การรักษาสามารถใช้น้ำทาแผลเฉพาะภายนอก หรือปิดด้วยผลิตภัณฑ์ปิดแผลชนิดต่าง ๆ ที่เหมาะสม

- ระดับที่สอง (Second Degree Burn) จะแบ่งออกได้เป็น ๒ ชนิด บาดแผลชนิดต้นที่เกิดจากการไหม้ขึ้นที่ชั้นหนังกำพร้าตลอดทั้งชั้น ทั้งผิวชั้นนอก ชั้นในสุด และหนังแท้ ส่วนที่อยู่ต้น ๆ (ใต้หนังกำพร้า) แต่ยังมีเซลล์ที่สามารถเจริญทดแทนส่วนที่ตายได้ จึงหายได้เร็ว ไม่เกิดแผลเป็นเช่นกัน ยกเว้นถ้ามีการติดเชื้อ มักเกิดจากถูกของเหลวลวก หรือเปลวไฟ บาดแผลจะมีตุ่มพองใส ถ้าลอกเอาตุ่มพองออก พื้นแผลจะมีสีชมพูขึ้น ๆ มีน้ำเหลืองซึม ผู้ป่วยจะรู้สึกปวดแสบมาก เพราะเส้นประสาทบริเวณผิวหนังยังเหลืออยู่ โดยแผลจะหายได้ต้องใช้ระยะเวลาประมาณ ๒ - ๓ สัปดาห์ เพื่อไม่ให้เกิดแผลเป็น การรักษาสามารถใช้น้ำทาแผลเฉพาะภายนอก หรือปิดด้วยผลิตภัณฑ์ปิดแผลชนิดต่าง ๆ ที่เหมาะสม ส่วนบาดแผลระดับลึก จะเกิดการไหม้ขึ้นที่ชั้นของหนังแท้ ส่วนลึก ลักษณะบาดแผลจะตรงกันข้ามกับบาดแผลชนิดต้น คือ ไม่ค่อยมีตุ่มพอง แผลสีเหลือง ขาวแห้ง และไม่ค่อยปวด บาดแผลชนิดนี้มีโอกาสเกิดแผลเป็นได้แต่ไม่มาก หากไม่มีการติดเชื้อซ้ำ โดยแผลมักจะหายได้ภายใน ๓ - ๖ สัปดาห์ รักษาด้วยการใช้ยาปฏิชีวนะเฉพาะช่วยให้แผลไม่ติดเชื้อ

- ระดับที่...

- ระดับที่สาม (Third Degree Burn) คือ บาดแผลไหม้ที่ลึกถึงชั้นหนังกำพร้า และหนังแท้ทั้งหมด รวมทั้งต่อมเหงื่อ ขุมขน และเซลล์ประสาท ผู้ป่วยมักไม่มีความรู้สึกเจ็บปวดที่บาดแผล อาจกินลึกถึงชั้นกล้ามเนื้อ หรือกระดูก แผลมีลักษณะขาว ซีด เหลือง น้ำตาลไหม้ หรือดำ หนา แข็ง เหมือนแผ่นหนัง แห้งกร้าน อาจเห็นรอยเส้นเลือดใต้แผ่นหนา และเนื่องจากเส้นประสาทที่ผิวหนังแท้ถูกทำลายหมด ทำให้ไม่รู้สึกเจ็บปวด บาดแผลประเภทนี้จะไม่หายเอง จำเป็นต้องรักษาด้วยการผ่าตัดปลูกผิวหนัง นอกจากนี้ จะมีการดิ่งรังของแผลทำให้ข้อยึดติด เมื่อหายแล้วจะเป็นแผลเป็น บางรายพบแผลลักษณะนูน มักเกิดจากไฟไหม้หรือถูกของร้อนนาน ๆ หรือไฟฟ้าช็อต ถือเป็นบาดแผลที่ร้ายแรง

การปฐมพยาบาลเบื้องต้น แบ่งได้ตามกรณีดังนี้

- กรณีที่ไฟไหม้ ควรช่วยผู้ป่วยออกจากที่เกิดเหตุโดยเร็วที่สุด หากมีไฟไหม้เสื้อผ้า ให้ถอดเสื้อผ้า และเครื่องประดับออก

- กรณีที่ถูกของเหลวร้อนลวก แนะนำให้ใช้ผ้าสะอาดชุบน้ำเย็นมาประคบบริเวณที่ถูกลวก

- กรณีที่ไฟฟ้าช็อต หรือสัมผัสกับไฟฟ้าแรงสูง ควรทำการตัดแหล่งกำเนิดกระแสไฟฟ้า เสียก่อน จากนั้นเริ่มดำเนินการช่วยเหลือ โดยแยกผู้ป่วยออกจากวงจรไฟฟ้า ในกรณีที่ผู้บาดเจ็บหยุดหายใจ และหัวใจหยุดเต้น ให้รีบทำ CPR และรีบนำส่งโรงพยาบาลทันที

- กรณีสัมผัสสารเคมี ควรดูก่อนว่าสารเคมีนั้นเป็นแบบใด แบบแห้ง หรือเป็นผงให้ปิดออก เปลี่ยนเสื้อผ้าที่เปื้อนสารเคมี แต่หากสารเคมีนั้นเป็นน้ำ ให้รีบล้างออกด้วยน้ำสะอาดนาน ๆ

- กรณีสัมผัสรังสี ควรนำผู้ป่วยออกจากที่เกิดเหตุโดยเร็วที่สุด การเข้าไปช่วยเหลือ ควรสวมชุดเครื่องป้องกัน เมื่อช่วยได้แล้วให้ตัดเสื้อผ้าผู้ป่วยออก ล้างตัว แล้วรีบนำส่งโรงพยาบาล

๒.๒.๘ วิธีการทางรังสีวิทยาของมือและข้อมือ (Radiologic Approach of the Hand & Wrist)

บทบาททางรังสีวิทยาที่เกี่ยวข้องกับมือและข้อมือ ได้แก่ การแตกหักทั้งในกรณีของการบาดเจ็บจากการแตกหักและการแตกหักที่เกิดจากความอ่อนแอของกระดูกเนื่องจากการบาดเจ็บที่มีอยู่ เพื่อประเมินการรักษาของกระดูกหลังจากการแตกหัก (เพื่อแสดงการก่อตัวของแคลลัสของกระดูก) หรือหลังการผ่าตัดที่เกี่ยวข้องกับกระดูก (แขนเทียม วิธีการสังเคราะห์ เล็บ ฯลฯ) เพื่อแยกหรือตรวจหาโรคเนื้องอก (แผลไฟก๊สที่ไม่ร้ายแรงหรือร้ายแรง) ในการเตรียมตัวสำหรับการผ่าตัด (เช่น การทำเทียม) และเพื่อติดตามผลเมื่อเวลาผ่านไป ในกรณีของกระบวนการเสื่อมที่นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงของกระดูก และข้อ เช่น โรคข้ออักเสบ ทำให้เกิดอาการปวดเรื้อรังหรือปัญหาการเคลื่อนไหว ในกรณีของกระบวนการอักเสบ เช่น ข้ออักเสบ หรือกระบวนการติดเชื้อ เพื่อเปิดเผยสภาพการสึกหรอของกระดูกอ่อน ข้อ ในกรณีของปัญหาเส้นเอ็น (tendinitis) และปัญหาเส้นเอ็น แม้ว่าการเอกซเรย์จะไม่ได้รับภาพ แต่ก็สามารถระบุสัญญาณทางอ้อมของการบาดเจ็บที่เส้นเอ็นได้เช่น การกลายเป็นปูน ในเด็ก รังสีเอกซ์ของมือ ร่วมกับรังสีเอกซ์ของข้อมือสามารถนำมาใช้ในข้อบกพร่องในการเจริญเติบโตเพื่อทำการศึกษาอายุกระดูก ที่เรียกว่าและเพื่อทราบระดับการเจริญเติบโตของโครงกระดูก

๒.๒.๙ การบาดเจ็บของข่ายประสาทแขน (Brachial Plexus Injury)

สาเหตุของการบาดเจ็บในส่วนนี้นั้นแบ่งออกเป็น ๒ ส่วนใหญ่ๆ ได้แก่ การบาดเจ็บที่เกิดกับส่วนบนของ brachial plexus มักจะเป็นผลมาจากการแยกหรือดึงต้นคอและไหล่ไปในทิศทางตรงกันข้าม เช่น ล้มลงในท่าศีรษะและหัวไหล่กระแทกพื้นหรือในระหว่างการคลอด ซึ่งทารกถูกดึงศีรษะออกมาในขณะที่ยังตะแคงข้าง ซึ่งทำให้มีอาการอัมพาตของกล้ามเนื้อและสูญเสียความรู้สึกของแขนแต่กล้ามเนื้อในมือยังทำงานได้ และการบาดเจ็บที่เกิดกับส่วนล่างของ brachial plexus มักจะเป็นผลจากการเกิดขึ้นในท่าที่แขนถูกดึงไปด้านหลังอย่างแรง เช่น คลอดทารกโดยดึงแขนขึ้น หรือท่าหล่นต้นไม้แล้วคว่ำก้นไม้เพียงแขนเดียว ซึ่งทำให้กล้ามเนื้อมือใช้การไม่ได้ ไม่สามารถงอข้อมือได้แต่กล้ามเนื้อแขนยังทำงานได้

๒.๒.๑๐ การปกปิดผิวหนังบริเวณมือ (Skin Coverage of the Hand)

การปกปิดผิวหนังบริเวณมือ ทำได้ด้วยกันได้หลายวิธี โดยจะขอยกตัวอย่าง ๒ วิธี คือ การย้ายผิวหนังจากบริเวณที่ สุขภาพผิวดีไปยังบริเวณที่เป็นแผล (Skin graft) โดยเลือกตำแหน่งตามความสะดวก ขณะผ่าตัด หลักสำคัญที่ทำให้ได้ผลลัพธ์ที่ดี คือ ต้องวางผิวหนังปลูกถ่ายให้แนบชิดกับแผลเพื่อให้เกิดการสร้างหลอดเลือดจากฐานแผลมาเลี้ยงผิวหนังที่ปลูกถ่ายนั้น ที่สำคัญหลังผ่าตัดห้ามเปิดแผลใน ๓ วันแรก เพราะหลอดเลือดที่สร้างใหม่อาจฉีกขาด แนะนำการทำแผลครั้งแรกหลังผ่าตัดอย่างน้อย ๕ - ๑๐ วัน และใส่เฝือกอ่อน เพื่อจำกัดการเคลื่อนไหว ๒ สัปดาห์ จึงสามารถตัดไหม อาบน้ำได้ตามปกติ และอีกวิธีคือการทำการผ่าตัดยกเนื้อเยื่อรอบแผลรวมทั้งยกเส้นเลือดมาพร้อมกันด้วย (Local flap) จึงใช้ปิดแผลที่ลึกถึงกระดูกหรือเส้นเอ็นหรือวัสดุเทียมทางการแพทย์ได้ทั่วไปจะยกเฉพาะเนื้อเยื่อผิวหนังมาปิดแผล แต่บางกรณีอาจต้องยกกล้ามเนื้อมาแทน โดยต้องพิจารณาผลข้างเคียงเรื่องการทำงานของกล้ามเนื้อที่จะนำมาใช้ด้วยการดูแลหลังผ่าตัดเช่นเดียวกับ Skin graft

๒.๒.๑๑ การบาดเจ็บของเส้นประสาทส่วนปลาย (Peripheral Nerve Injury)

สาเหตุของการบาดเจ็บเส้นประสาทบาดเจ็บได้จากหลายสาเหตุแต่ละสาเหตุมีการพยากรณ์โรคและวิธีการรักษาแตกต่างกันไป ดังต่อไปนี้

- เส้นประสาทถูกตัดขาดจากของมีคมบาดและแผลสะอาด (tidy sharp cut) การบาดเจ็บลักษณะนี้ควรทำการเย็บซ่อมเส้นประสาทให้เร็ว เพราะมักจะพร้อมผ่าตัดซ่อมเส้นประสาทและมีโอกาสติดเชื่อต่หากไม่รีบทำการเย็บซ่อม การผ่าตัดจะทำได้ยากยิ่งขึ้น เพราะปลายเส้นประสาททั้งสองฝั่งจะหดตัวและเกิดแผลเป็นที่ส่วนปลาย ทำให้ต้องผ่าเส้นประสาททิ้งไปบางส่วน เป็นเหตุให้เกิดช่องว่างกว้างขึ้นระหว่างปลายทั้งสอง จึงมีแรงดึงที่จุดเย็บซ่อมมากขึ้น ซึ่งเป็นสาเหตุให้เกิดแผลเป็นมากกว่าเดิม และประสบความสำเร็จน้อยลง ดังนั้นในกรณีที่เย็บซ่อมซ้ำบางครั้งต้องอาศัยการปลูกถ่ายเส้นประสาท (nerve grafting) เพื่อลดแรงดึง

- เส้นประสาทที่ขาดรุนแรงและบาดแผลเปิด (untidy nerve laceration) มีสาเหตุจากถูกของมีคมทิ่มแทงหรือถูกเลื่อยตัดขาด การบาดเจ็บแบบนี้ประเมินความกว้างของความเสียหายต่อเส้นประสาทได้ลำบาก เพราะมักเกิดแผลเป็นเป็นบริเวณกว้าง หากประเมินไม่ดีแล้วเย็บซ่อมเส้นประสาทที่ซ้ำ นำเอาส่วนที่จะเกิดแผลเป็นเข้าหากัน เส้นประสาทจะไม่สามารถฟื้นตัวได้ เพราะไม่สามารถงอกทะลุผ่านแผลเป็นไปยังส่วนปลายได้ นอกจากนี้แผลมีโอกาสดึงติดเชื่อ ซึ่งถ้าเกิดก็ยิ่งทำให้โอกาสสำเร็จน้อยลงไปอีก ในกรณีนี้จึงไม่นิยมเย็บซ่อมเส้นประสาทในทันทีในครั้งแรกมักจะทำความสะอาดบาดแผล เพื่อให้ควบคุม

การติดเชื่อ...

การติดเชื้อมีได้ดีขึ้น อาจทำการเย็บปลายเส้นประสาทกับเนื้อเยื่อข้างเคียงเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดการหดตัว และสามารถผ่าตัด เพื่อหาเส้นประสาทได้ง่ายขึ้นในการผ่าตัดครั้งต่อไปและรอให้เห็นผลเป็นที่ปลายเส้นประสาทได้ชัดเจนเสียก่อนซึ่งกินเวลานานราว ๒ ถึง ๓ สัปดาห์ จึงจะทำการตัดแผลเป็นที่แล้วค่อยเย็บซ่อม ส่วนใหญ่จำเป็นต้องใช้วิธี nerve grafting

- เส้นประสาทที่ถูกลูกกระสุนปืน หรือ สะเก็ดระเบิด (bullet injury, blast injury) มีหลักการตัดสินใจคล้ายกับ untidy laceration (บาดแผลฉีกขาดที่สกปรก) มีสิ่งที่ต้องนำมาพิจารณาเพิ่มเติมคือ ความเร็วของลูกกระสุน แรงทำลายจากความร้อน แรงจากการกระแทก และแรงดูดแรงดันลบ (negative pressure) ซึ่งเกิดระหว่างที่กระสุนเจาะทะลุเนื้อเยื่อเข้าไป

- เส้นประสาทที่บาดเจ็บแบบไม่มีแผลเปิด (closed nerve injury) เกิดได้จากการกระแทก การกดทับ หรือการกระชาก โดยไม่มีแผลทะลุจากผิวหนังเข้าไป ความรุนแรงการบาดเจ็บสามารถเกิดขึ้นได้ตั้งแต่ระดับที่ ๑ ถึงระดับที่ ๕ ขึ้นกับความรุนแรง ในอดีตเชื่อว่าการบาดเจ็บลักษณะนี้ไม่มีความเร่งด่วนในการผ่าตัด และให้รอดติดตามการฟื้นตัว หากไม่มีการฟื้นตัวในระยะเวลาที่เหมาะสมจึงค่อยทำการผ่าตัด ส่วนในกรณีที่มีการบาดเจ็บร่วมอย่างอื่นในบริเวณเดียวกันที่จำเป็นต้องรับการผ่าตัด เช่น เส้นเลือดขาดหรืออุดตัน ที่ต้องซ่อมแซม แพทย์ที่ดูแลด้านเส้นประสาทจึงเข้าร่วมผ่าตัดด้วย หากพบว่าเส้นประสาทไม่ขาดก็ต้องรอดติดตามการฟื้นตัวต่อไป แต่ถ้าพบเส้นประสาทขาดก็ต้องประเมินระยะความกว้างของความฟกช้ำซึ่งทำได้ยาก จึงมักจะทำการเย็บไว้กับเนื้อเยื่อข้างเคียงแล้วเข้ามาผ่าตัดแก้ไขหลังเกิดแผลเป็นชัดเจน ในปัจจุบันมีความก้าวหน้าทางการแพทย์มากขึ้น ทำให้สามารถตรวจพบการขาดของเส้นประสาท ทำให้ไม่ต้องรอดติดตามนาน สามารถตัดสินใจผ่าตัดได้รวดเร็วกว่าในอดีต

- เส้นประสาทที่บาดเจ็บจากการฉายรังสี (radiation nerve injury) การบาดเจ็บลักษณะนี้มักเกิดแผลเป็นบริเวณกว้างในบริเวณที่ถูกฉายรังสี รวมทั้งเนื้อเยื่อข้างเคียงทั้งหมด การไหลเวียนของเลือดก็ไม่ดี การฟื้นตัวของเส้นประสาทเกิดได้ลำบาก ทำให้การรักษาหวังผลได้ยาก ในปัจจุบันได้มีการผ่าตัดย้ายเนื้อเยื่อที่ดีจากบริเวณอื่นในร่างกายและต่อเส้นเลือดโดยจุลศัลยกรรมหลอดเลือด (microvascular surgery) ร่วมกับการปลูกถ่ายเส้นประสาท ทำให้การรักษาได้ผลดีกว่าในอดีต

๒.๒.๑๒ การรักษาด้วยการยึดตรึงในกระดูกนิ้วมือและกระดูกฝ่ามือ (Fixation in Phalangeal and Metacarpal Injury)

ในที่นี้ จะขอยกตัวอย่างเพียงอย่างเดียว นั่นคือ ในเรื่องของกระดูกสแคฟลอยด์หัก (Fracture Scaphoid) โดยสาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากการล้มมือยันพื้น หรืออุบัติเหตุทางจราจร การวินิจฉัย เช่น ผู้ป่วยปวดข้อมือบริเวณข้อมือด้านหัวแม่มือ เวลากำมือ บีบมือ หรือจับของจะปวดมาก ไม่สามารถใช้มือยันพื้นได้ เป็นต้น หลักการรักษาให้ใส่เฝือกงดการเคลื่อนไหวของข้อมือ โดยเฝือกจะต้องขึ้นมาถึงหัวแม่มือด้วย มีการติดตามผลการรักษา ๑๐ - ๑๔ วัน หากพบว่ามีการหักที่ชัดเจนให้ใส่เฝือกนาน ๘ - ๑๒ สัปดาห์ บางคนกระดูกติดเข้าอาจต้องเข้าเฝือกนานถึง ๖ เดือน หรือบางรายอาจพิจารณาผ่าตัด หากเกิดภาวะกระดูกขาดเลือดมาเลี้ยง เป็นต้น

๒.๒.๑๓ ยาระงับความรู้สึกและการควบคุมความเจ็บปวดสำหรับแขน (Anesthesia and pain control for upper extremity)

ยาระงับความรู้สึกแบ่งได้เป็น ๒ กลุ่ม ดังนี้ Local anesthesia คือ การระงับความรู้สึกเฉพาะที่ หรือ การชาเฉพาะที่ โดยการใช้ยาชา (anesthetics) ฉีดเข้าไปในเฉพาะที่ Regional anesthesia คือ การชาเฉพาะส่วน เช่น ส่วนของแขน หรือ ส่วนของขา และ General anesthesia คือ ภาวะสลบหรือการสลบ ยาที่ใช้จะเป็นยาสลบ (General anesthetics) โดยทั่วไปจะเป็นการดมยาสลบ เมื่อผู้ป่วยได้รับยาสลบผู้ป่วยจะไม่เพียงแค่อสลบแต่ด้วยจะทำให้ผู้ป่วยไม่รู้สึกลงถึงความเจ็บปวดโดยที่ตัวยาจะไปทำให้สมองไม่ตอบสนองต่อสัญญาณของความเจ็บปวด

๒.๒.๑๔ กระดูกข้อมือแตกและเคลื่อน (Carpal Fracture & Dislocation)

ในที่นี้ จะขอยกตัวอย่างเพียงอย่างเดียวนั่นคือ ในเรื่องของกระดูกข้อมือ Colles' fracture หรือ distal radius fracture คือการที่มีการแตกหักบริเวณส่วนปลายของกระดูกเรเดียส ซึ่งอยู่บริเวณแขนท่อนล่างทางด้านนอกใกล้กับบริเวณข้อมือ มักเกิดในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย โดย ๘๕% มักเกิดในเพศหญิงที่มีความหนาแน่นของกระดูกต่ำ (low bone density) และสามารถเกิดได้ ๕๑% ในผู้ที่มีภาวะกระดูกพรุน (osteoporosis) นอกจากนี้ยังพบว่าเป็น ๑๗% ของผู้ป่วยที่มาใช้บริการจากห้องฉุกเฉินในโรงพยาบาล ซึ่งส่วนมากจะเกิดในกรณีที่มีการล้มหรือกระแทก ขณะที่ข้อมืออยู่ในท่ากระดูกงูขึ้น (wrist extension) เช่น ในท่าล้มแล้วเอามือยันพื้น อาการภายหลังจากการล้มจะมีอาการปวด บวม แดง บริเวณข้อมือหรือส่วนปลายของกระดูกแขน และไม่สามารถขยับข้อมือได้เต็มช่วงการเคลื่อนไหว เช่น ไม่สามารถกระดูกงูข้อมือขึ้น-ลงได้ หรือไม่สามารถหมุนแขนท่อนล่าง ในทิศทางคว่ำลง - หายขึ้นได้ ร่วมกับมีกำลังกล้ามเนื้อมือลดลง โดยเฉพาะแรงกำมือ (hand grip strength) ในบางรายอาจมีอาการชาและอ่อนแรงของกล้ามเนื้อในฝ่ามือร่วมด้วยจากการที่เส้นประสาทบาดเจ็บ นอกจากนี้ข้อมือจะมีลักษณะผิดปกติที่สามารถสังเกตได้จากภายนอก คือ มีลักษณะคล้ายส้อม หรือเรียกว่า dinner fork deformity

๒.๒.๑๕ การวินิจฉัยด้วยไฟฟ้าในการผ่าตัดทางมือ (Electrodiagnosis in Hand Surgery)

การวินิจฉัยด้วยไฟฟ้าเป็นเทคนิคที่ใช้ตรวจวัดสัญญาณไฟฟ้าในเส้นประสาทและกล้ามเนื้อ เพื่อใช้ในการวินิจฉัยและพยากรณ์พยาธิสภาพที่เกิดขึ้นในเส้นประสาทหรือกล้ามเนื้อ โดยการตรวจประกอบด้วย ๒ ส่วนคือ การตรวจการนำไฟฟ้าของเส้นประสาท หรือ Nerve conduction study (NCS) เป็นการตรวจโดยปล่อยกระแสไฟฟ้าในขนาดที่ปลอดภัย กระตุ้นตามแนวทางเดินของเส้นประสาท ในส่วนต่างๆของร่างกายที่สงสัยความผิดปกติ และใช้อุปกรณ์ตรวจรับสัญญาณ ซึ่งจะแสดงผลเป็นกราฟทางหน้าจอ เพื่อใช้ในการตรวจหาความผิดปกติของเส้นประสาทในบริเวณที่สงสัยว่ามีรอยโรค และ การตรวจวินิจฉัยไฟฟ้าในกล้ามเนื้อ หรือ Electromyographic study (EMG) ตรวจโดยใช้เข็มขนาดเล็กตรวจรับสัญญาณผิดปกติในกล้ามเนื้อ โดยแพทย์จะนำข้อมูลจากการตรวจทั้งสองส่วนมาประกอบกันเพื่อใช้ในการวินิจฉัยโรค

๒.๒.๑๖ เวชศาสตร์ฟื้นฟูทางศัลยศาสตร์มือ (Rehabilitation Medicine in Hand Surgery)

เวชศาสตร์ฟื้นฟูทางศัลยศาสตร์มือสามารถทำได้หลากหลายรูปแบบ ได้แก่ การตรวจประเมินและฟื้นฟูสมรรถภาพแก่ผู้ป่วยที่มีโรคทางมือ อาทิเช่น ผู้ป่วยบาดเจ็บที่มือจากอุบัติเหตุ มีเส้นเอ็นขาด กระดูกหัก บาดเจ็บเส้นประสาท เป็นต้น ผู้ป่วยแผลไฟไหม้น้ำร้อนลวก โรคจากการใช้งานทำให้เกิดเส้นเอ็นอักเสบ

หรือการกดทับเส้นประสาทของรยางค์ส่วนบน ข้อติดยึดของรยางค์ส่วนบน โรคนิ้วล็อก โรคข้อนิ้วมือ และข้อมือเสื่อม โรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ หรือแม้กระทั่งการฟื้นฟูประกอบด้วยการให้คำแนะนำที่เหมาะสมกับโรค โปรแกรมกิจกรรมบำบัดการฝึกใช้งานมือในการทำกิจกรรม/กิจกรรมต่าง ๆ การออกกำลังกายเพิ่มความแข็งแรง การตัดเพิ่มพิสัยข้อ การทำกายอุปกรณ์เสริม

๒.๒.๑๗ ฝีกในการผ่าตัดมือ (Splints in Hand Surgery)

ในที่นี้ จะขอยกตัวอย่างเพียงอย่างเดียวนั่นคือ ในเรื่องของอุปกรณ์พยุงข้อมือแบบมีแกนเหล็ก (Wrist splint) อุปกรณ์พยุงบริเวณข้อมือแบบสำเร็จรูป มีแกนอลูมิเนียมพยุงข้อมือโดยไม่จำกัดการเคลื่อนไหว ส่วนต่าง ๆ ของนิ้วมือ เหมาะสำหรับผู้ป่วยหลังผ่าตัดข้อมือ กระดูกแตก กระดูกข้อมือร้าว วิธีการดูแลรักษา คือ นำแกนยึดที่เป็นอลูมิเนียมออกจากอุปกรณ์พยุงข้อมือก่อน แล้วติดเทป ตีนตุ๊กแกให้เรียบร้อยก่อนซัก แล้วซักด้วยน้ำอุ่นและสบู่อ่อน ๆ ห้ามใช้น้ำยาซักผ้าขาว น้ำยาซักผ้านุ่ม และน้ำยาซักแห้ง จากนั้นซับน้ำออกด้วยผ้าขนหนู ไม่ควรบิด ตากในที่ร่ม หลีกเลี่ยงการสัมผัสกับความร้อนและแสงแดดโดยตรง

๒.๓ ประโยชน์ที่ได้รับ

๒.๓.๑ ต่อตนเอง

ได้มีความรู้ความเข้าใจ และได้พัฒนาองค์ความรู้ เกี่ยวกับอุบัติเหตุทางมือมากขึ้น มีความเข้าใจเกี่ยวกับวิทยาการความก้าวหน้าทางการแพทย์เรื่องการรักษาเกี่ยวกับศัลยกรรมทางมือ โดยเฉพาะ มีการแลกเปลี่ยนความรู้ ประสบการณ์ และได้นำไปฝึกทักษะ ปฏิบัติให้การพยาบาลดูแลผู้ป่วยที่ได้รับอุบัติเหตุทางมือ

๒.๓.๒ ต่อหน่วยงาน

ช่วยพัฒนาความรู้ ความเข้าใจ และสามารถนำมาเผยแพร่แก่พยาบาลผู้ร่วมวิชาชีพในหน่วยงาน และนำมาประยุกต์ใช้ในหน่วยงาน เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการพยาบาล การบริการที่เหมาะสม และถูกต้องเมื่อมารับบริการในหน่วยงาน

๒.๓.๓ อื่น ๆ

ผู้ป่วยและผู้มารับบริการ ได้รับการรักษาที่รวดเร็ว ปลอดภัยและถูกต้องตามมาตรฐาน

ส่วนที่ ๓ ปัญหาและอุปสรรค

๓.๑ การปรับปรุง

- เนื้อหาสาระค่อนข้างมาก บางหัวข้อมีวิทยากรหลายท่าน จึงมีข้อจำกัดด้านเนื้อหาและเวลา ทำให้วิทยากรบางท่านพูดเร็ว และเนื้อหาบางหัวข้อไม่ได้ลงลึกถึงรายละเอียด

- วิทยากรใช้ศัพท์เฉพาะด้าน หรือใช้คำย่อมากเกินไป หากผู้เข้าร่วมประชุมไม่ได้ อยู่ในสายงานนั้น ๆ จะไม่ค่อยเข้าใจ

- ผู้จัดแจกข้อมูลในรูปแบบหนังสืออิเล็กทรอนิกส์ ซึ่งบรรจุลง flash drive (อุปกรณ์ที่ใช้ในการเก็บข้อมูลหรือไฟล์จากคอมพิวเตอร์มีขนาดเล็กและน้ำหนักเบา) แต่พบว่า ข้อมูลบางหัวข้อเปิดลิงค์ไม่ได้ บางหัวข้อไม่มีข้อมูลอยู่ในหนังสืออิเล็กทรอนิกส์

- ไม่มีเอกสารประกอบการบรรยาย แต่ให้ไป Download (การส่งข้อมูลหรือโปรแกรมจากระบบที่ใหญ่กว่าไปสู่ระบบที่เล็กกว่า)ข้อมูลจากเว็บไซต์ แต่ระบบอินเทอร์เน็ตมีปัญหา

๓.๒ การพัฒนา...

๓.๒ การพัฒนา

ศึกษาหาความรู้เพิ่มเติมในด้านศาสตร์ทางมือ เพื่อพัฒนาองค์ความรู้ และเผยแพร่ องค์ความรู้กับหน่วยงาน เพื่อนำมาประยุกต์ใช้กับหน่วยงานและสามารถนำไปใช้กับผู้มารับบริการ ได้อย่างถูกต้องและปลอดภัย เพื่อเพิ่มความมั่นใจในการให้บริการผู้ป่วย

ส่วนที่ ๔ ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะ

- นำความรู้มาสร้างแนวทางในการดูแลผู้ป่วยที่มารับบริการ
- การจัดอบรมเรื่องอุบัติเหตุทางมือมีประโยชน์อย่างมาก ทำให้มีความรู้ความเข้าใจเพิ่มมากขึ้น
อยากให้มีการจัดอบรมขึ้นอีก เพื่อเป็นประโยชน์ต่อผู้ไปอบรมและต่อผู้ป่วยที่มารับบริการ จะได้รับการรักษาที่ถูกต้องและปลอดภัย

(ลงชื่อ) ศรมา ไชยประสิทธิ์ (ผู้รายงาน)
(นางสาวศรมา ไชยประสิทธิ์)

ส่วนที่ ๕ ความคิดเห็นของผู้บังคับบัญชา

สามารถนำความรู้ที่ได้รับจากการอบรม เกี่ยวกับการพยาบาลดูแลผู้ป่วยที่ได้รับอุบัติเหตุ ทางมือ ได้อย่างรวดเร็ว ปลอดภัยและถูกต้องตามมาตรฐาน


(นายพรเทพ แซ่เฮ้ง)
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์



อุบัติเหตุทางมือ

สรุปการอบรม

วันที่ 20-21/07/66 ครั้งที่ 40

สถานที่ คณะแพทยศาสตร์
โรงพยาบาลรามาธิบดี

หัวข้อการอบรม

การอบรมฟื้นฟูวิชาการ เรื่อง “อุบัติเหตุทางมือ” ครั้งที่ 40

เนื้อหา

อุบัติเหตุทางมือพบได้บ่อยในประเทศไทยซึ่งเป็นประเทศอุตสาหกรรมใหม่และมีอุบัติเหตุทางการจราจรที่พบบ่อย ทำให้ประชากร โดยเฉพาะในวัยทำงาน มีความพิการเกิดขึ้นซึ่งมีผลต่อการปฏิบัติงาน การรักษาต้องอาศัยผู้เชี่ยวชาญ และการดูแลเป็นสหสาขาวิชาชีพ การอบรมนี้มีสรุปเนื้อหาหัวข้อพอสังเขปได้ดังนี้

แนวคิดของการจัดการบาดแผลที่มือ
(CONCEPT OF HAND WOUND MANAGEMENT)

วิธีการทางรังสีวิทยาของมือและข้อมือ
(RADIOLOGIC APPROACH OF THE HAND & WRIST)

กระดูกข้อมือแตกและเคลื่อน
(CARPAL FRACTURE & DISLOCATION)

บทบาทของจุลศัลยกรรมในการบาดเจ็บที่มือ
(ROLE OF MICROSURGERY IN HAND INJURY)

การบาดเจ็บของข่ายประสาทแขน
(BRACHIAL PLEXUS INJURY)

การวินิจฉัยด้วยไฟฟ้าในการผ่าตัดทางมือ
(ELECTRODIAGNOSIS IN HAND SURGERY)

การบาดเจ็บที่เอ็นยึด (EXTENSOR TENDON INJURY)

การปกปิดผิวหนังบริเวณมือ
(SKIN COVERAGE OF THE HAND)

เวชศาสตร์ฟื้นฟูทางศัลยกรรมมือ
(REHABILITATION MEDICINE IN HAND SURGERY)

การบาดเจ็บที่ปลายนิ้ว (FINGERTIP INJURY)

การบาดเจ็บของเส้นประสาทส่วนปลาย
(PERIPHERAL NERVE INJURY)

เทคนิคในการผ่าตัดมือ (SPLINTS IN HAND SURGERY)

การบาดเจ็บที่ข้อต่อ (LIGAMENT & SMALL JOINT INJURY)

การรักษาด้วยการยึดตรึงในกระดูกนิ้วมือและกระดูกฝ่ามือ
(FIXATION IN PHALANGEAL AND METACARPAL INJURY)

ยาระับความรู้สึกและการควบคุมความเจ็บปวดสำหรับแขน
(ANESTHESIA AND PAIN CONTROL FOR UPPER EXTREMITY)

แผลไหม้ที่มือ (BURN HAND)

ประโยชน์ที่ได้รับ

- ตนเอง ได้มีความรู้ความเข้าใจ และได้พัฒนาองค์ความรู้ เกี่ยวกับอุบัติเหตุทางมือมากขึ้น มีความเข้าใจเกี่ยวกับวิทยาการ ความก้าวหน้าทางการแพทย์เรื่องการรักษาเกี่ยวกับศัลยกรรมมือโดยเฉพาะ มีการแลกเปลี่ยนความรู้ ประสบการณ์ และได้นำไปฝึกทักษะ ปฏิบัติให้การพยาบาลดูแลผู้ป่วย ที่ได้รับอุบัติเหตุทางมือ
- ต่อหน่วยงาน ช่วยพัฒนาความรู้ ความเข้าใจ สามารถนำมาเผยแพร่แก่พยาบาลผู้ร่วมวิชาชีพในหน่วยงาน และนำมาประยุกต์ใช้ในหน่วยงาน เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลและการบริการที่เหมาะสมและถูกต้องเมื่อมารับบริการในหน่วยงาน
- อื่นๆ ผู้ป่วยและผู้มารับบริการ ได้รับการรักษาที่ปลอดภัยและถูกต้องตามมาตรฐาน

การนำไปใช้

- นำความรู้มาสร้างแนวทางในการดูแลผู้ป่วยที่มารับบริการ
- ร่วมอภิปรายร่วมกับหน่วยงานเรื่องอุบัติเหตุทางมือ เพื่อพัฒนา และต่อยอดการให้บริการผู้ป่วย ทำให้มีความรู้ ความเข้าใจเพิ่มมากขึ้น เพื่อที่ผู้ป่วยที่มารับบริการจะได้รับการรักษาและการพยาบาลที่ถูกต้องและปลอดภัย

ผู้เข้าอบรม

นางสาวพรรณษา ไชยประสิทธิ์
ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ
หน่วยงานห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน
โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์