

**Nursing Role : บทบาทพยาบาลไอฟีดี ผู้การรับรองคุณภาพ
กลุ่มโรคเฉพาะ (specific disease certification)**

**เรื่อง OA Knee :
Total Knee Arthroplasty**

พว.กาญจณี นิตเรืองจรัส

4 สิงหาคม 2559

การมาผ่าตัดที่ศิริราช จะได้อะไรบ้าง ?

Safety

1. Pre-op evaluation

ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดตามระยะเวลาที่กำหนดโดยไม่มีปัญหาทาง medical condition

2. Prevent complication

- 2.1 ผู้ป่วยไม่เสียชีวิตในขณะอยู่โรงพยาบาล
- 2.2 ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนขณะอยู่โรงพยาบาล
- 2.3 ผู้ป่วยไม่มีภาวะ Symptomatic DVT/PE ในขณะอยู่โรงพยาบาล
- 2.4 ผู้ป่วยได้รับยา antibiotic ตาม CPG ก่อนผ่าตัด
- 2.5 แผลผ่าตัดไม่มีการติดเชื้อ

Satisfaction

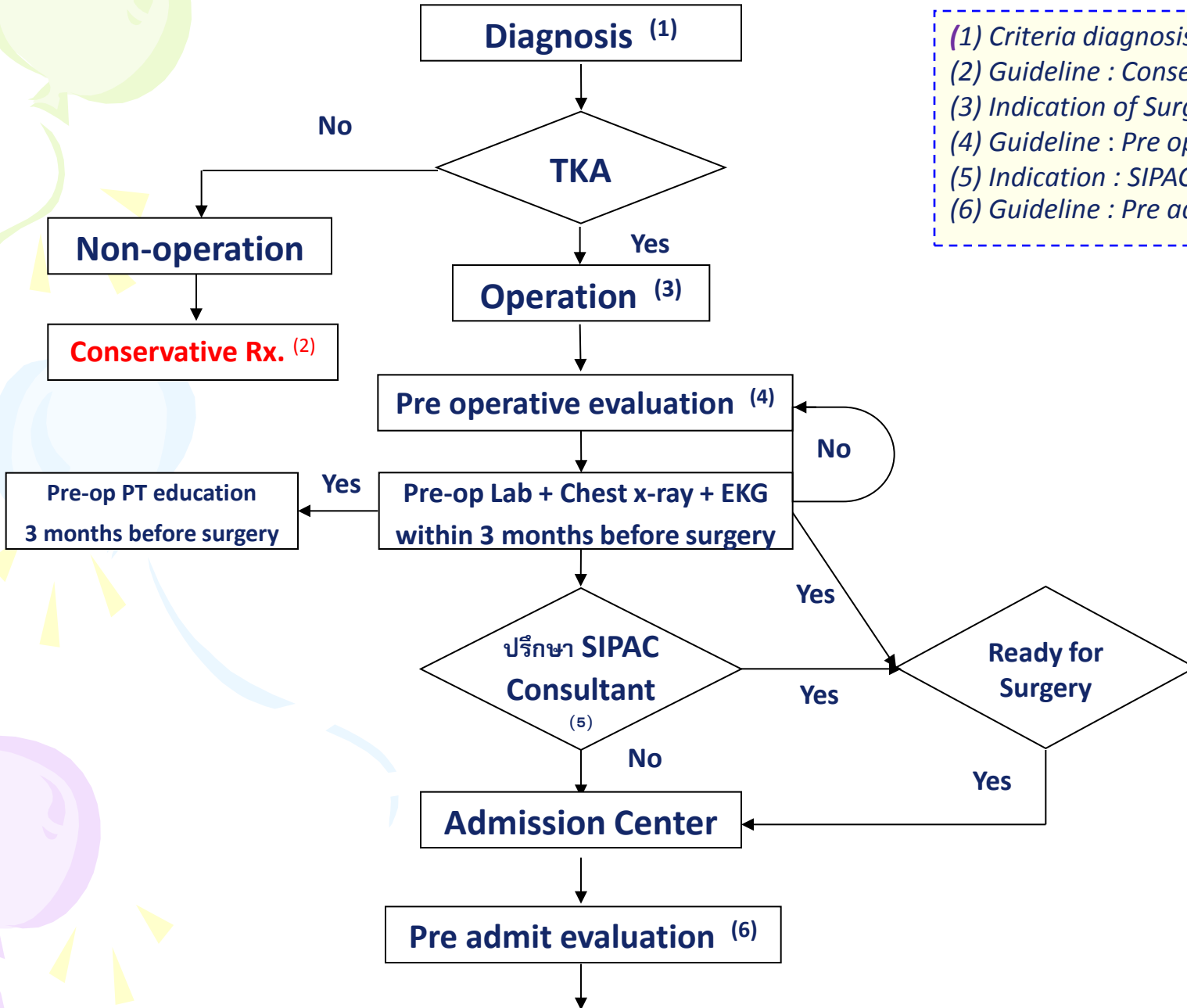
1. ผู้ป่วยได้รับการประเมิน Pain score
2. จำนวนวันนอนของผู้ป่วย ≤ 7 วัน
3. ประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วย

Functional outcome

1. ผู้ป่วยได้รับการ Pre-operation PT education ภายใน 3 เดือนก่อนผ่าตัด
2. ผู้ป่วยสามารถ ambulate ได้โดยมีผู้ช่วยเหลือ ร่วมกับการใช้อุปกรณ์ช่วยเดินภายใน 2 วันหลังผ่าตัด
3. ผู้ป่วยสามารถงอเข้าได้ $\geq 90^\circ$ before discharge

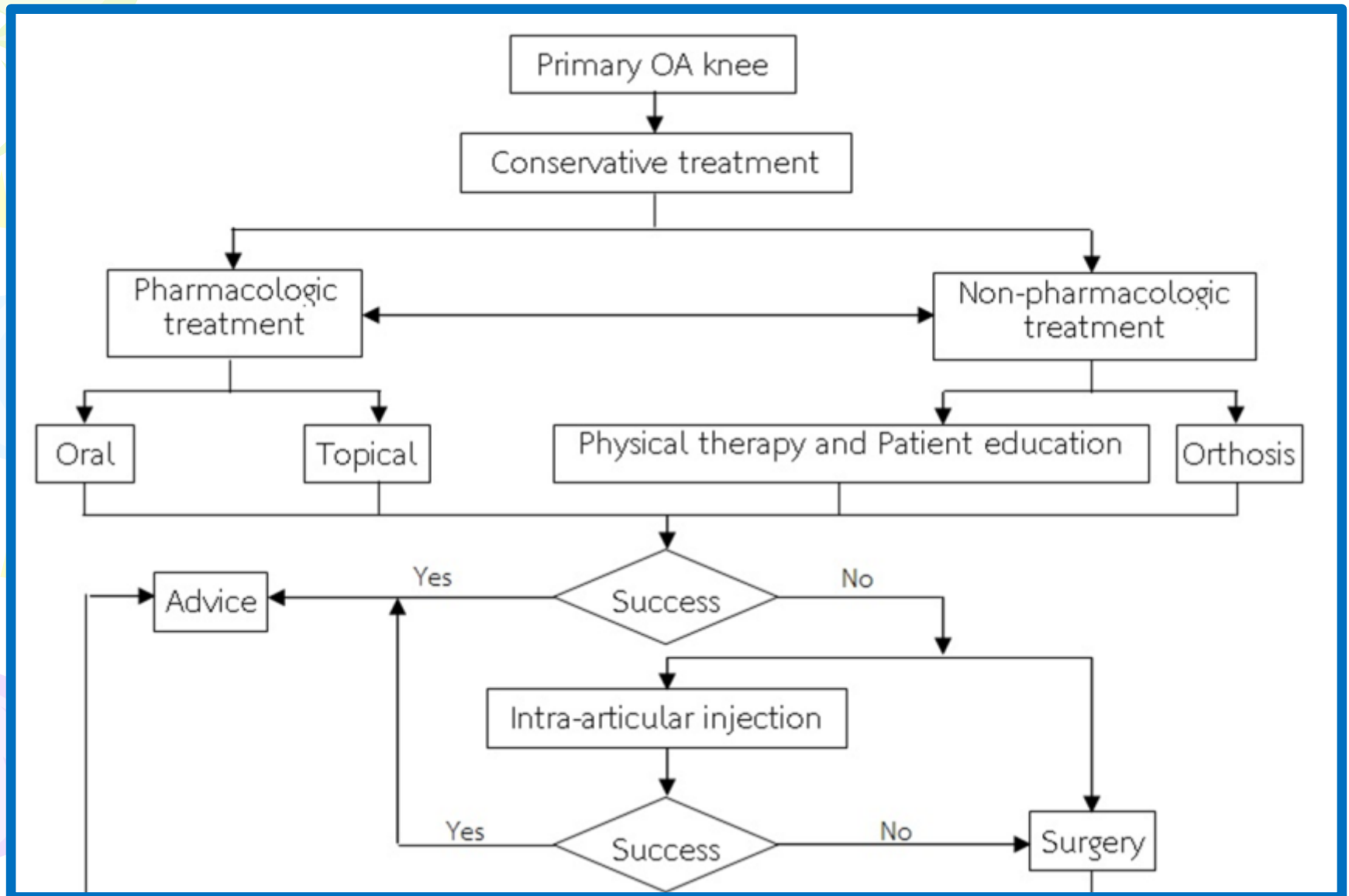


Clinical Tracer Total Knee Replacement

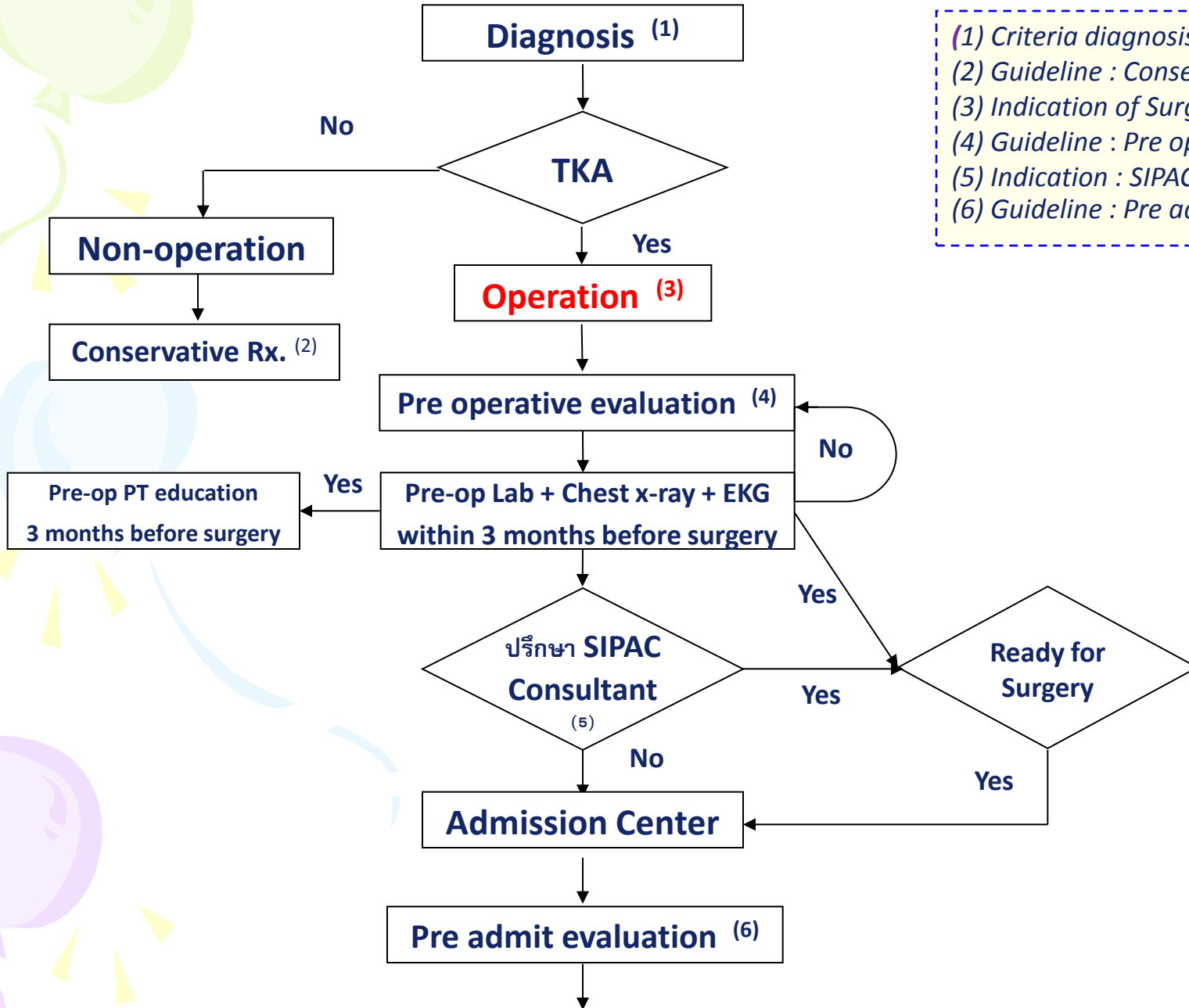


- (1) Criteria diagnosis
- (2) Guideline : Conservative Rx.
- (3) Indication of Surgery (TKA)
- (4) Guideline : Pre operative evaluation
- (5) Indication : SIPAC Consultation
- (6) Guideline : Pre admit evaluation

Guideline conservative



Clinical Tracer Total Knee Replacement



- (1) Criteria diagnosis
- (2) Guideline : Conservative Rx.
- (3) Indication of Surgery (TKA)
- (4) Guideline : Pre operative evaluation
- (5) Indication : SIPAC Consultation
- (6) Guideline : Pre admit evaluation



บทบาทพยาบาลในการเตรียม ความพร้อมก่อนการผ่าตัด



1. ประเมินการรับรู้ข้อมูลของผู้ป่วย /ญาติ



2. ให้ข้อมูลและแนะนำการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัด




3. ตรวจสอบผลการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยก่อนผ่าตัด



4. ติดต่อประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

1. ประเมินการรับรู้ข้อมูลของผู้ป่วย / ญาติ



Name: _____ Date: _____
 HN: _____ VN/ AN: _____ Birth Date: _____ Age: _____
 Birth Date: _____ Age: _____
 Clinic/ Ward: _____ Physician: _____ Room: _____
 Allergies: _____ Photo: _____

Diagnostic criteria and indication for surgery Total Knee Replacement

1. History
 Duration of symptoms: _____ (months/ years)
 Side: Right Left Bilateral
 Severity of knee pain: _____
 Assessment tool: NRS (0-10) FACS PPS (CAMS)
 Pain at rest: Right: No Yes Pain score = _____
 Left: No Yes Pain score = _____
 Pain when ambulation: Right: No Yes Pain score = _____
 Left: No Yes Pain score = _____
 Location of pain: Right: No Yes Medial Lateral Anterior Posterior
 Left: No Yes Medial Lateral Anterior Posterior
 Ambulatory status: Outdoor independence Outdoor dependence / with gait aids
 Indoor independence Indoor dependence / with gait aids
 Inability to walk

2. Physical examination
 Swelling: No Yes
 Skin condition: Normal Abnormal specify _____
 Signs of infection / inflammation: No Yes specify _____
 Muscle power (extensor mechanism): Normal Abnormal specify _____
 Range of motion: Right _____ degree Left _____ degree
 Deformity: Right: Valgus _____ degree Valgus _____ degree Flexion contracture _____ degree Flexion _____ degree
 Left: Valgus _____ degree Valgus _____ degree Flexion contracture _____ degree Flexion _____ degree
 Neurovascular condition: Normal Abnormal specify _____

3. Radiographic interpretation: Kellgren and Lawrence grading scale

Check ($\sqrt{}$ in box)	Grading	Description
<input type="checkbox"/>	Grade I	doubtful narrowing of joint space and possible osteophyte tipping
<input type="checkbox"/>	Grade II	definite osteophytes, definite narrowing of joint space
<input type="checkbox"/>	Grade III	moderate multiple osteophytes, definite narrowing of joint space, some sclerosis and possible deformity of bone contour
<input type="checkbox"/>	Grade IV	large osteophytes, marked narrowing of joint space, severe sclerosis and definite deformity of bone contour

4. Diagnosis
 Primary osteoarthritis Osteoarthritis Crystal induced
 Hemophilia Post-traumatic osteoarthritis Post-infection / sepsis
 Trauma Rheumatoid arthritis Systemic lupus erythematosus (SLE)
 Other (please specify): _____

5. Indication for TKR
 Failure conservative treatment Severe deformity
 Unrelieved pain

Physician's signature _____ Medical license number _____ Date _____ Time _____

Diagnostic criteria and indication for surgery



ตำแหน่งนำประกอบเอกสารตัดสินใจเพื่อขอรับการผ่าตัดหรือการบำบัดการ
 (Inform Consent)
 การผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม

- ข้อเข่าเสื่อมอย่างถึงขั้น
 - อาการปวดเข่าที่ไม่สามารถใช้ชีวิตได้ตามปกติ
 - มีการบิดเบี้ยว ข้อตูด
 - เพื่อป้องกันความเสียหายต่อเข่า ความงาม
 - เคยผ่านการรักษาวิธีอื่นแล้วแต่ไม่ประสบความสำเร็จ
- ประโยชน์ที่จะได้รับ

ลดอาการเจ็บปวด ลดข้อตูดรูป สามารถใช้ชีวิตประจำวันและเล่นกีฬาได้ตามปกติ
- ทางเลือกของการรักษา
 - รับประทานยาบรรเทาปวด
 - การกายภาพบำบัด
 - ควบคุมน้ำหนัก
 - การฉีดเข่าหรือการผ่าตัดเข่า
 - การฉีดน้ำหล่อเลี้ยงข้อเข่า
 - การผ่าตัดข้อเข่า
 - การผ่าตัดเปลี่ยนแนวกระดูก
- ข้อควรระวังของการผ่าตัด
 - เกิดแผลติดเชื้อบริเวณขาประมาณ 8 - 10 เซนติเมตร
 - ผ่าตัดกระดูกบริเวณข้อเข่าประมาณ 9 - 10 มิลลิเมตร และกระดูกส่วนหน้าเข่าของขาประมาณ 10 มิลลิเมตร และมีการสูญเสียเลือด ประมาณไม่เกิน 8 มิลลิเมตร (ในกรณีที่มีข้อเข่าเสื่อมขั้นรุนแรง)
 - ปรับความแข็งแรงของเนื้อเยื่อรอบข้อเข่า เพื่อให้มีรูปร่างตามปกติ ไม่โก่งตูด และทั้งตำแหน่งการวางตัวข้อเข่าเทียม
 - ประมาณครึ่งข้อเข่าเทียมในการติดตั้ง ข้อที่มีการทำงานปกติในท่าเหยียด ข้อที่วางแนวกระดูกข้อเข่าเทียมที่เหมาะสมและไม่มีการติดเชื้อ
- รูปแบบ และทางเลือกในการใช้ชีวิต

การเปลี่ยนแปลงของชีวิตอาจเกิดขึ้น

 - ติดเชื้อมดลูก
 - แผลผ่าตัด
 - การบาดเจ็บของเนื้อเยื่อบริเวณข้อเข่า
 - ประสิทธิภาพการทำงานลดลง เช่น ความยาวของขาสั้น - ยาวไม่เท่ากัน ข้อตูด ข้อตืด
 - การรื้อหรือการหักของกระดูกบริเวณข้อเข่า
 - ข้อเข่าเทียมหลุด
 - หลุดเคลื่อนที่จากตำแหน่ง การดูแลข้อเข่าเทียมตามแพทย์สั่ง
 - เสียชีวิตจากสาเหตุอื่นต่างๆ

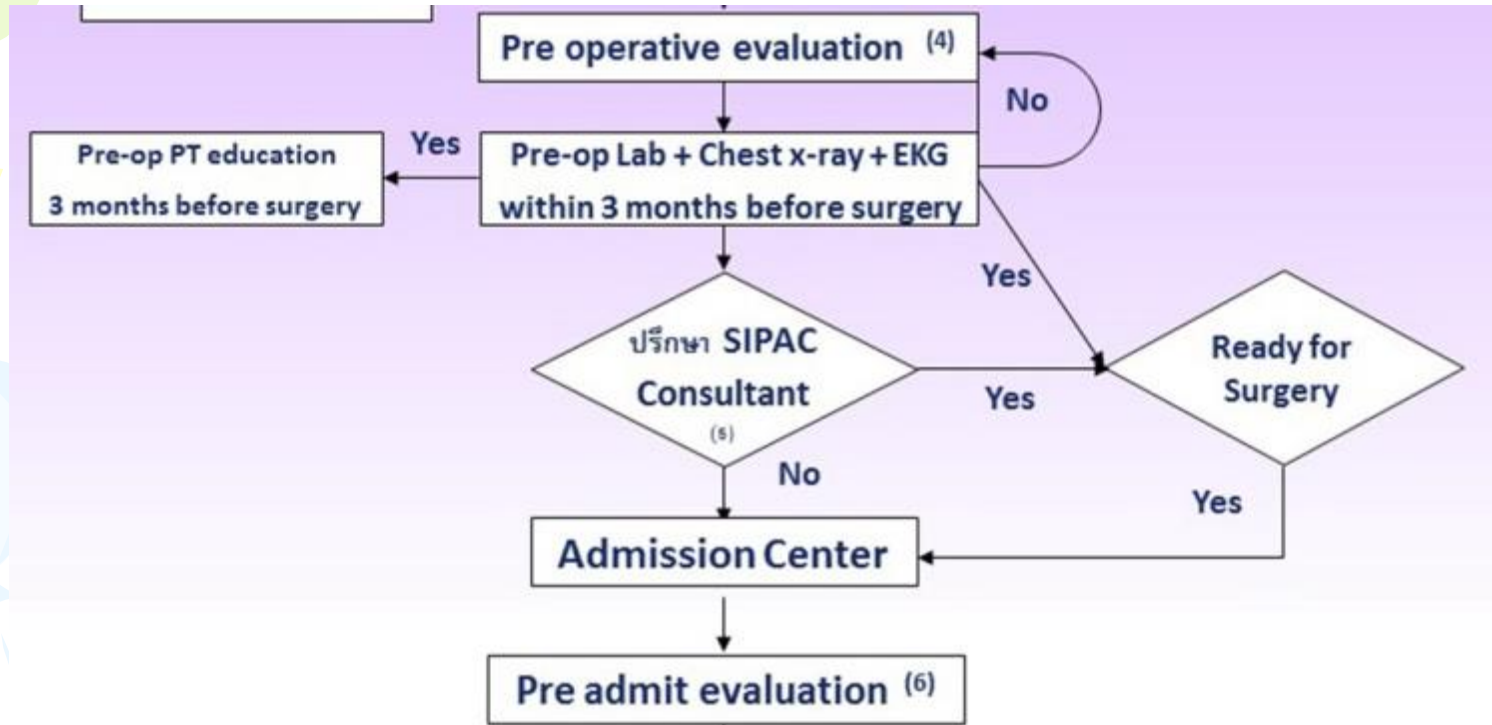
ข้าพเจ้ารับทราบถึงความข้างต้นนี้ พิจารณาแล้วขอความยินยอมที่จะให้สัตยาบันให้ดำเนินการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม

_____ คุณแม่ ผู้ป่วย/ญาติผู้ป่วย

 _____ วันที่

Inform Consent

2. ให้ข้อมูลและแนะนำการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัด



KPI : การยกเลิก/เลื่อนผ่าตัดด้วย
ปัญหา medical condition < 2%

ข้อมูลที่ให้ผู้ป่วย

- ค่าใช้จ่าย : ค่าผ่าตัด ค่าอุปกรณ์
ค่าเครื่องมือช่วยผ่าตัด
- สิทธิการรักษา
- **Medication Reconciliation**
- การปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด

โครงการเตรียมความพร้อมก่อนการผ่าตัด

การจัดโครงการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยและญาติก่อนเข้ารับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าและข้อสะโพก
โดยจัดขึ้นปีละ 4 ครั้ง ๆ ละ 200 ท่าน



3. ตรวจสอบผลการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยก่อนผ่าตัด เช่น **Lab SiPAC (Siriraj Pre Anesthetic Center)** สิทธิการรักษา เป็นต้น

ขั้นตอนการเตรียมความพร้อม ผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม
(กรุณาเริ่มขั้นตอน 1 ตั้งแต่ 6.30 น.)

- 1. เจาะเลือดชั้น 1 ห้อง 108
- 2. ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ(EKG)ชั้น 2 ห้อง 206
- 3. เอ็กซเรย์ปอด(CXR)ชั้น 3 ห้องเอ็กซเรย์
- 4. เวลา 8.30 น. พบพยาบาลนัดผ่าตัด ชั้น1ห้อง118
เพื่อรับคำแนะนำการเตรียมตัวก่อนรับการผ่าตัด
- 5. พบกายภาพบำบัด ตึกศรีสังวาลย์ ชั้น 2
- 6. พบแพทย์ หน่วยตรวจโรคออร์โธปิดิกส์(118)

ให้นำยาทุกชนิดที่ใช้ มาในวันนัดด้วย

4. ติดต่อประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น สังคมสงเคราะห์



THANK YOU.