



สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอ่างทอง (Angthong Provincial Public Health Office)

กรณีศึกษา : การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสะโพกหักร่วมกับมีภาวะหลอดเลือดดำชั้นลึก ที่ขาอุดตัน

(case study : Nursing care for patients undergoing hip fracture surgery with
deep vein thrombosis complicating lower extremity)

ณัชยา เชิดแสงแก้ว

Nutchaya Cherd Sangkaew

บทคัดย่อ

จากสถานการณ์ในปัจจุบัน ตั้งแต่ปี 2548 ประเทศไทยได้กลายเป็นสังคมสูงอายุแล้ว ในปี 2565 ประเทศไทยเข้าสู่ “สังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์” (complete aged society) แล้ว โดยมีประชากรอายุมากกว่า 60 ปี กว่า 12.9 ล้านคน หรือ 20% จากประชากรทั้งหมด และมีการคาดประมาณว่าในอีกไม่เกิน 15 ปีข้างหน้า ประเทศไทยจะกลายเป็น “สังคมสูงอายุระดับสุดยอด” (super aged society) เมื่อสัดส่วนของประชากรที่มีอายุมากกว่า 60 ปีสูงถึง 28% ของประชากรทั้งหมด ซึ่งผู้สูงอายุจำนวนมากขึ้นอาจส่งผลให้จำนวนผู้สูงอายุเกิดหกล้มเพิ่มมากขึ้นซึ่งเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดกระดูกสะโพกหักในผู้สูงอายุ โดยกระดูก Intertrochanteric มีความสำคัญคือ เป็นกระดูกที่ใช้น้ำหนักของร่างกาย และเป็นบริเวณที่แข็งแรง และหนาเป็น ส่วนใหญ่ จากข้อมูลย้อนหลังโรงพยาบาลอ่างทอง ปี 2563, 2564, 2565 จำนวนผู้ป่วยที่มีกระดูกบริเวณอินเตอร์โทรแคนเทอร์ฮัก (intertrochanteric fracture) และได้รับการผ่าตัด จำนวน 27,20,32 ราย ตามลำดับ กรณีศึกษาผู้ป่วยหญิงไทยอายุ 78 ปี ให้ประวัติว่า 7 วันก่อน มาโรงพยาบาล หกล้มสะโพกขวากระดูกแตกพื้นปวดมาก เดินไม่ได้ แพทย์วินิจฉัยโรค Closed fracture right intertrochanteric ทำผ่าตัด Close Reduction Internal Fixation with Proximal Femoral Nail Antirotation right intertrochanteric femur (CRIF with PENA right intertrochanteric femur) หลังผ่าตัดมีภาวะแทรกซ้อน หลอดเลือดดำชั้นลึกที่ขาอุดตันแต่ได้รับการดูแลรักษาพยาบาลอย่างปลอดภัย ได้รับการฟื้นฟูสภาพจนสามารถกลับบ้านได้ รวมอยู่โรงพยาบาลนาน 18 วัน การดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ เพื่อให้สามารถฟื้นฟูสภาพอย่างรวดเร็ว ป้องกันภาวะแทรกซ้อนและป้องกันการหกล้มซ้ำ เป็นความท้าทายสำหรับการพยาบาลผู้ป่วยที่มีกระดูกสะโพกหัก ดังนั้นพยาบาล ต้องตระหนักถึงความสำคัญในปัญหาที่จะตามมาต้องมีการวางแผนในการให้การดูแลรักษาพยาบาล ร่วมกับทีมสหวิชาชีพตั้งแต่ ระยะเวลาแรกรับ ระยะเวลาต่อเนื่องทั้งก่อนและหลัง ผ่าตัด การฟื้นฟูสภาพ การวางแผนจำหน่ายและการดูแลต่อเนื่อง เพื่อให้ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนกลับสู่สภาพปกติ โดยเร็ว และมีคุณภาพชีวิตที่ดี

คำสำคัญ : การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสะโพกหัก, ภาวะหลอดเลือดดำชั้นลึกที่ขาอุดตัน, ผู้สูงอายุ

Abstract

In the current situation, Thailand has transitioned into an aging society since 2005, and by 2022, it has entered a "complete aged society," with a population of over 60 years old exceeding 12.9 million people, or 20% of the total population. Furthermore, it is projected that within the next 15 years, Thailand will become a "super-aged society" with the proportion of the population over 60 years old reaching up to 28% of the total population. This demographic shift towards an aging population may result in an increased number of elderly individuals experiencing falls, leading to hip fractures. The intertrochanteric bone, a significant weight-bearing bone, plays a crucial role in the body's structural integrity. Based on data from Ang Thong Hospital in 2020, 2021, 2022, the number of patients with intertrochanteric fractures who underwent surgery was 27, 20, and 32 cases in consecutive years. This case study focuses on an elderly Thai female patient, aged 78, who presented to the hospital after falling and fracturing her right intertrochanteric bone. She reported severe pain in the right hip and an inability to walk. The medical diagnosis was "Closed fracture right intertrochanteric," and she underwent surgery for "Closed Reduction Internal Fixation with Proximal Femoral Nail Antirotation (CRIF with PFNA) right intertrochanteric femur." Post-surgery, the patient developed a complication of deep vein thrombosis (DVT) in the occluded leg, but received safe and effective nursing care. She underwent a lengthy recovery process and was able to return home after an 18-day hospital stay. The care of patients in this group, aiming for a rapid recovery, prevention of complications, and fall prevention, poses challenges for nurses. Thus, nurses must recognize the importance of addressing the issues that may arise. Comprehensive planning for nursing care, involving a multidisciplinary team, is crucial from the initial admission, through the pre- and post-operative phases, rehabilitation planning, and continuous care. This approach ensures that patients recover swiftly and maintain a good quality of life without returning to a compromised state.

Keyword: surgical nursing of patients with hip fractures, deep vein thrombosis complicating lower extremity, elderly patients

1. หลักการและความสำคัญของปัญหา

ในปี 2565 ประเทศไทยเข้าสู่ “สังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์” (complete aged society) โดยมีประชากรอายุมากกว่า 60 ปี กว่า 12.9 ล้านคน หรือ 20% จากประชากรทั้งหมด และประมาณการณ์ว่าในอีกไม่เกิน 15 ปีข้างหน้า ประเทศไทยจะกลายเป็น “สังคมสูงอายุระดับสุดยอด” (super aged society) (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2562) การดูแลเรื่องปัญหาด้านสุขภาพของผู้สูงอายุเป็นสิ่งที่สำคัญ และปัจจัยเสี่ยงในเรื่องสุขภาพของผู้สูงอายุคือ สายตาไม่ดี กล้ามเนื้ออ่อนแรง การเดิน การยืน บกพร่องเสี่ยงต่อการหกล้ม ซึ่งเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดกระดูกสะโพกหักในผู้สูงอายุ โดยเฉพาะกระดูก Intertrochanteric ถือเป็นปัญหาสำคัญที่พบได้บ่อย การรักษาโดยวิธีการผ่าตัด พบได้บ่อยในสตรีสูงอายุ (Suppawach P. 2016; 3(6): 57- 66) เนื่องจากเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา กระดูกสะโพกหักส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการปวดมาก จนไม่สามารถเคลื่อนไหวได้อาจมีขาผิดรูป ผู้สูงอายุร้อยละ 60 ต้องการความช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวัน จำเป็นต้องมีผู้ดูแล เป็นภาระกับครอบครัว (Conn KS, Clarke MT, 2002; 84 (2): 269 - 72) โดยร้อยละ 24 เป็นผู้ที่มีอายุมากกว่า 50 ปี ประมาณร้อยละ 5 – 20 ของผู้ป่วยจะเสียชีวิตภายใน 1 ปี สาเหตุจากโรคประจำตัวกำเริบแรงขึ้น พบอัตราการเกิดกระดูกสะโพกหักในผู้หญิงมากกว่าผู้ชายประมาณ 2 - 3 เท่า (พัฒน์ วรรณปิยะรัตน์. 2551;17(2): 411- 417) ผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักจะเกิดผลกระทบทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ เศรษฐกิจสังคม บางรายเกิดความรู้สึกสูญเสียคุณค่าในตัวเองหมดหวังนำไปสู่ภาวะซึมเศร้าได้ (Gunningberge, L. Lindholm, C. 2001: 399 - 407) ปัจจุบันการรักษา ที่แพทย์แนะนำคือการผ่าตัดกระดูกสะโพก เพื่อบรรเทาอาการปวด แก้ไขกระดูกผิดรูป และเพื่อให้กระดูกสะโพกทำหน้าที่ได้ดี ผู้ป่วยสามารถกลับไปใช้ชีวิตในสังคม และสิ่งแวดล้อมที่เคยอยู่เดิมก่อนการเจ็บป่วยได้ ช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าคุณค่าตัวเองมีคุณค่าทำประโยชน์ให้ผู้อื่นได้

จากข้อมูลย้อนหลังโรงพยาบาลอ่างทอง ปี 2563,2564,2565 จำนวนผู้ป่วยที่มีกระดูกบริเวณอินเตอร์โทรแคนเทอริกหัก (intertrochanteric fracture) และได้รับการผ่าตัด จำนวน 27,20,32 รายตามลำดับ การดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้เพื่อให้สามารถฟื้นฟูสภาพอย่างรวดเร็ว ป้องกันภาวะแทรกซ้อนและป้องกันการหกล้มซ้ำ เป็นความท้าทายสำหรับการพยาบาลผู้ป่วยที่มีกระดูกสะโพกหัก ดังนั้นพยาบาล ต้องตระหนักถึงความสำคัญในปัญหาที่จะตามมา ต้องมีการวางแผนในการให้การดูแลรักษาพยาบาลตั้งแต่ ระยะแรกรับระยะต่อเนื่องทั้งก่อนและหลังผ่าตัด การฟื้นฟูสภาพ การวางแผนจำหน่ายและการดูแลต่อเนื่อง เพื่อให้ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนกลับสู่สภาพปกติโดยเร็วและมีคุณภาพชีวิตที่ดี จึงทำการศึกษาเพื่อใช้เป็นแนวปฏิบัติทางการพยาบาลต่อไป

2. วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษากระบวนการพยาบาลผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักที่มีภาวะแทรกซ้อนหลอดเลือดดำชั้นลึกที่ขาอุดตัน และพัฒนาการดูแลผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

3. วิธีดำเนินการศึกษา

ศึกษาจากผู้ป่วยผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหักที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสะโพกและเข้ารับการรักษา ณ หอผู้ป่วยพิเศษ ศัลยกรรมกระดูกและข้อ โรงพยาบาลอ่างทองจังหวัดอ่างทอง คัดเลือกกลุ่มตัวดำเนินการเก็บข้อมูลผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับจากผู้ป่วย ญาติ ทีมสหวิชาชีพ และเวชระเบียนประวัติการรักษาโดยใช้กรอบแนวคิดแบบแผนสุขภาพของ มาร์จอรีกอร์ดอน มาเป็นแนวทางในการประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกายจิตใจอารมณ์สังคมและจิตวิญญาณกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลแล้วนำมาเปรียบเทียบ

4. ขอบเขตการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยกระดูกสะโพกหัก เน้นผู้ป่วยที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลอ่างทองและได้รับการรักษาโดยวิธีการผ่าตัด โดยการศึกษาในช่วงระหว่างวันที่ 9 ถึงวันที่ 27 พฤษภาคม 2565

5. พยาธิสรีรวิทยาของโรค

กระดูกสะโพกหัก (hip fracture) แบ่งเป็น 2 ประเภท (สุภาพ อารีเอื้อ. 2564)

1. การหักที่เกิดขึ้นภายในเยื่อหุ้มข้อสะโพก (intracapsular) ประกอบด้วย หัวกระดูกข้อสะโพก หรือหัวกระดูกต้นขา (femoral head) และคอกระดูกต้นขา (neck fracture)
2. การหักที่เกิดขึ้นภายนอกเยื่อหุ้มข้อสะโพก (extracapsular) ประกอบด้วย
 - 2.1 Trochanteric
 - 2.2 Intertrochanteric fracture เป็นการหักระหว่าง greater และ lesser trochanters.

กลไกการบาดเจ็บ (วิวัฒน์ วจนะวิศิษฐ์. 2554) ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นกลุ่มผู้สูงอายุ มักได้รับการบาดเจ็บจากการล้มภายในบ้าน เป็นการบาดเจ็บที่ไม่รุนแรง เชื่อว่าแรงกระทำที่ทำให้กระดูกหักเกิดจากการกระแทกโดยตรงที่ด้านข้างของสะโพกในผู้ป่วยส่วนน้อยอาจ มีการกระชากหักของกระดูก lesser trochanter จากแรงดึงของกล้ามเนื้อ iliopsoas สำหรับการกระชากที่ส่วนหัวกระดูก greater trochanter จะเกิดจากการดึงของกล้ามเนื้อ Gluteus Med หรือ short external rotator (piriformis gemelli)

การรักษา นิยมรักษาด้วยการผ่าตัดจัดเรียงและยึดตรึงกระดูกโดยก่อนให้การรักษาต้องคำนึงถึงสภาพทั่วไปของผู้ป่วยและกลไกการบาดเจ็บเช่นเดียวกับผู้ป่วยกระดูกหักทั่วไป

1. ผู้ป่วยกลุ่มที่มีอายุมาก ควรประเมินสภาพร่างกายทั่วไปปัญหาการเสียเลือด และกระดูกพรุน
2. ผู้ป่วยกลุ่มอายุน้อยควรตรวจหาอาการบาดเจ็บร่วมอื่นๆ ที่อาจเกิดขึ้นในผู้ป่วยที่ยังไม่พร้อมรับการผ่าตัดจะทำ skeletal traction ไว้จนกว่าผู้ป่วยจะปลอดภัยเพียงพอที่จะทำการผ่าตัดของกระดูกหักบริเวณนี้ คือ การผ่าตัดและมักต้องใช้ bone graft ด้วยส่วนชนิดของ implant ที่สามารถเลือกใช้ได้ มีดังนี้ Intramedullary nail โดยสามารถเลือก nail ชนิดธรรมดา หรือ interlockingโดยมีส่วนของ screw ยึดผ่านส่วน neck ไปยังส่วนhead เพื่อป้องกันชิ้นกระดูกส่วน proximal หมุนหรือ reconstruction

6. กรณีศึกษา

การประเมินผู้ป่วยและครอบครัวดังนี้

6.1 ข้อมูลทั่วไป : หญิงไทย อายุ 78 ปี เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย ศาสนาพุทธ อาชีพแม่บ้าน สถานภาพหม้าย จบการศึกษาชั้นประถมศึกษาที่ 4 น้ำหนัก 53 กิโลกรัม ส่วนสูง 155 เซนติเมตร

6.2 อาการสำคัญ : หกล้มปวดสะโพกขวาเดินไม่ได้เป็นมา 7 วัน

6.3 ประวัติเจ็บป่วยปัจจุบัน : ญาติผู้ป่วยให้ประวัติ 7 วันก่อนหกล้มสะโพกขวากระแทกพื้นปวดมากเดินไม่ได้รับการรักษาที่โรงพยาบาลชุมชน พบกระดูกสะโพกขวาหักจึงส่งต่อมารับการรักษาต่อที่โรงพยาบาลอ่างทอง

6.4 ประวัติเจ็บป่วยในอดีต : มีโรคประจำตัว ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง ไตวายเรื้อรัง ระดับ 3 เป็นมา 10 ปี รักษาต่อเนื่อง เคยผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงกระดูกที่สะโพกข้างซ้ายเมื่อ 5 ปี ที่โรงพยาบาลอ่างทอง

6.5 ประวัติการแพ้ยาและอาหาร : ปฏิเสธการแพ้ยาและอาหารใดๆ

6.6 การสูบบุหรี่และสารเสพติด : ปฏิเสธการสูบบุหรี่และสารเสพติด

6.7 ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว : ในครอบครัวปฏิเสธ โรคติดต่อร้ายแรงน้องสาวและน้องชายมีประวัติโรคประจำตัวเบาหวานและความดันโลหิตสูง

6.8 แบบแผนการดำเนินชีวิต : นอนหลับพักผ่อนวันละ 7 - 8 ชั่วโมง อุจจาระวันละ 1 ครั้ง ไม่มีอาการท้องผูก ชอบรับประทานอาหารประเภทผักและเนื้อปลา

6.9 สภาพอารมณ์และจิตใจ : เป็นคนใจเย็นอารมณ์ดี แต่มีความวิตกกังวลกับการเจ็บป่วยครั้งนี้

6.10 การรับรู้ : การรับรู้ ปกติ มีปัญหาเรื่องการได้ยิน ต้องพูดเสียงดังถึงจะได้ยินชัดขึ้น

6.11 ความทรงจำ : สบาย ต้องให้ญาติช่วยในบางครั้ง

6.12 การเผชิญปัญหา : อยู่ในภาวะพึ่งพิง ต้องให้ญาติเป็นผู้ตัดสินใจแทน ผู้ป่วยอาศัยอยู่กับบุตรและหลาน

6.13 การประเมินสภาพร่างกาย :

สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.3 องศาเซลเซียส ความดันโลหิต 118/77 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 76 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที

GA: not pale, no jaundice

SKIN: normal

HEENT: normal

Heart and Lung : normal

Neurological : E4V5M6, pupil 3 mm. RTL BE, Motor power แขนข้างขวาและซ้าย grade V ขาข้างซ้าย grade V, ขาข้างขวาดูไม่ได้เนื่องจากปวด

วันที่รับไว้ในโรงพยาบาล 9 พฤษภาคม 2565 ณ หอผู้ป่วยพิเศษออร์โธปิดิกส์

การวินิจฉัยโรค Close fracture Intertrochanteric of right femur

6.14 ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการและผลเอ็กซเรย์

ก่อนผ่าตัดรักษา :

วันที่ 9 พฤษภาคม 2565 **Complete blood count:** white blood cell 7100cell /UL, neutrophils 63%, Lymphocyte 28 %, Hematocrit 24 ,Hemoglobin 7.6 gm%, PlateletCount 285000 cell/cumm, BUN 25 mg/dl, creatinine 1.05 mg/dl, eGFR 50.99 ml ครึ่ง/ นาที/ 1.73 m² **Electrolyte :** Sodium 141 mEq/L, Potassium 4.5 mEq/L, Chloride 105 **SAR CoV2 Ag (ATK= Negative) Urine exam :** white blood cell 2-3 cell/HD **EKG:** normal
ผลการถ่ายภาพรังสี: Close fracture Intertrochanteric of right femur

หลังผ่าตัดรักษา :

วันที่ 15 พฤษภาคม 2565 **Complete blood count :** white blood cell 12700 cell /UL, neutrophils 86 % Lymphocyte 7 %, Hematocrit 25 %, Hemoglobin 8.0 gm%, Platelet Count 280000 cell/cumm.

วันที่ 20 พฤษภาคม 2566 **US Doppler Varicose vein :** Findings are suggestive of acute deep vein thrombosis at right popliteal vein. Soft tissue swelling of mild to distal right thigh

วันที่ 25 พฤษภาคม 2565 **Complete blood count :** white blood cell 9800 cell /UL, neutrophils 78 % Lympho 18 %, Hematocrit 27 %, Hemoglobin 8.6 gm%, Platelet Count 457000 cell/cumm. **PT** 18.4 sec, **INR** 1.64 **Urine exam:** white blood cell 20-30cell/HD, bacteria few/HD, Leukocyte trace, protein 1+ **Urine culture and sensitivity:** Acinetobacter baumannii (MDR) > 10⁵ CFU/ml

7. สรุปการรักษาพยาบาล

ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 78 ปี ให้ประวัติ 7 วันก่อน หกล้มสะโพกขวากระดูกหัก เดินไม่ได้ รับประทานที่โรงพยาบาลชุมชน พบกระดูกสะโพกขวาหัก ส่งมารักษาต่อที่ โรงพยาบาลอ่างทอง วันที่ 9 พฤษภาคม 2565 แรกพบแพทย์วินิจฉัยกระดูก สะโพกขวาหัก Close fracture right intertrochanteric แรกรับไว้ที่ หอผู้ป่วยพิเศษศัลยกรรมกระดูกและข้อ รู้สึกตัวดี อุณหภูมิกาย 36.8 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 66 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 134/68 มิลลิเมตรปรอท ค่าออกซิเจนในกระแสเลือด 98 เปอร์เซ็นต์ การรักษาโดยให้ on Skin traction ถ่วงน้ำหนัก 2.5 กิโลกรัม ได้รับการพยาบาลเพื่อให้การเข้า skin traction เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ และไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนขณะ เข้า skin traction มีการควบคุมความปวดโดยใช้ยาบรรเทาปวด tramadol 1 capsule oral prn for pain ทุก 8 ชั่วโมง มีการประเมินความปวดโดยใช้ pain scale (คะแนนเต็ม 10 คะแนน) ผู้ป่วยมีโรคประจำตัว ความดันโลหิตสูง ไชมันในเลือดสูง ไตวายเรื้อรังระดับ 3 เป็นมา 10 ปี รักษาต่อเนื่อง เคยผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงกระดูกที่สะโพกข้างซ้าย เมื่อ 5 ปีก่อน แพทย์วางแผนการรักษาแบบผ่าตัดร่วมกับผู้ป่วยและญาติผู้ป่วยโดยมีการปรึกษา อายุรแพทย์และวิสัญญีแพทย์ เพื่อวางแผนการผ่าตัด Close Reduction and Internal Fixation with Proximal femoral nail Antirotation right intertrochanteric femur (CRIF with PENA right intertrochanteric femur) 12 พฤษภาคม 2565 หลังผ่าตัดเนื่องจากผู้ป่วยมีสัญญาณชีพไม่คงที่ มีการสูญเสียโลหิตขณะ

ผ่าตัดประมาณ 300 ซีซี แผลผ่าตัดมีเลือดซึม ประกอบกับมีโรคประจำตัวหลายโรค จำเป็นต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิด เข้าสังเกตอาการในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม ตั้งแต่วันที่ 12 - 14 พฤษภาคม 2565 ในระหว่างรักษาตัวในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม มีการเฝ้าระวังภาวะhypovolemic shock โดยใช้ earlywarning sings of hypovolemic shock in major surgery orthopedics จนครบ 72 ชั่วโมง จึงย้ายกลับมารักษาตัวต่อที่หอผู้ป่วยพิเศษศัลยกรรมกระดูกและข้อ แรกรับย้ายจากหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี มีแผลผ่าตัดบริเวณสะโพกข้างขวา ไม่มีเลือดหรือสารคัดหลังซึมทะลุ ประเมินอาการปวดได้ 5 คะแนน เคลื่อนไหวได้น้อยต้องมีญาติคอยให้ความช่วยเหลือในการพลิกตะแคงตัวหรือจัดท่านอน จากการประเมินดังกล่าววันที่ 16 พฤษภาคม 2565 ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการดูแลโดย สหสาขาวิชาชีพ นักกายภาพบำบัด ให้การดูแลและแนะนำร่วมกับ ทีมพยาบาลจนผู้ป่วยสามารถฝึกบริหารร่างกายและฝึกขึ้น-ลง wheel chair ได้ โดยมีผู้ดูแลคอยให้ความช่วยเหลือ วันที่ 20 พฤษภาคม 2565 ผู้ป่วยมีอาการบวม ร้อน ตั้งแต่ต้นขาถึงปลายเท้า ขยับขาข้างขวาได้น้อยมาก อาการปวดบริเวณต้นขาและสะโพกขวา pain score 8 คะแนน ตรวจร่างกายพบHoman's sign อาการปวดมากเมื่อให้ผู้ป่วยทำ dorsiflexion ได้ให้การพยาบาลโดยการสังเกตอาการและรายงานแพทย์พิจารณา ส่ง Ultrasound doppler varicose vein พบภาวะแทรกซ้อน หลอดเลือดดำชั้นลึกที่ขาอุดตัน (Deep vein thrombosis) ที่ขาขวา อายุรแพทย์พิจารณาให้ผู้ป่วยได้รับยาให้ low-molecular-weight-heparin (LMWH) และเฝ้าระวังภาวะเลือดออกง่ายตลอดระยะเวลาที่ได้รับการรักษา วันที่ 25 พฤษภาคม 2565 ผู้ป่วยมีภาวะไข้สูง ปัสสาวะมีสีขุ่น ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการพบมี ติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ พยาบาลมีบทบาทในการกระตุ้นให้ผู้ป่วยดื่มน้ำในปริมาณมากกว่า 2 ลิตร ต่อวัน รายงานแพทย์ให้การรักษาโดยให้ยาปฏิชีวนะ Ciprofloxacin 250 mg รับประทาน ครั้งละ 2 เม็ดเวลาหลังอาหาร เข้า,เย็น ผู้ป่วยสามารถปัสสาวะได้เอง หลังจากนั้นปัสสาวะใสดีไม่มีตะกอน ภาวะแทรกซ้อนดังกล่าวได้รับการรักษาจนปลอดภัย ผู้ป่วยได้รับการวางแผนก่อนจำหน่ายโดยให้คำแนะนำในการเตรียมสิ่งแวดล้อมที่บ้านให้เหมาะสมกับความเจ็บป่วยการป้องกันพลัดตกหกล้มซ้ำ นัดตรวจติดตามผลการรักษา 2 สัปดาห์ภายหลังการจำหน่าย ผู้ป่วยและผู้ดูแลได้รับคำแนะนำก่อนจำหน่าย มีการเตรียมความพร้อมของสถานที่บ้านและจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้านในวันที่ 27 พฤษภาคม 2565 รวมระยะเวลาการรักษาตัวในโรงพยาบาล 18 วัน

8. ทฤษฎีการพยาบาล

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้ศึกษาได้นำกรอบแนวคิดแบบแผนสุขภาพ (Functional Health pattern) ของ มาร์จเจอร์รี่ กอร์ดอน มาเป็นกรอบแนวคิดในการประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วยเพื่อสามารถประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วยได้อย่างครอบคลุม ทั้งทางด้านร่างกาย จิต สังคม จิตวิญญาณ และมีการใช้กระบวนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาลชั้นวิชาชีพ (Professional nurse) นอกจากจะต้องใช้ ทั้งความรู้หลายสาขาและทักษะทางการพยาบาลแล้วยังต้องมีแนวทางหรือระบบการทำงาน ที่เรียกว่า กระบวนการพยาบาลที่จะช่วยให้การปฏิบัติงานมีคุณภาพและส่งผลให้การช่วยเหลือแก้ไขปัญหาสุขภาพของผู้รับบริการมีประสิทธิภาพ

ดังนั้น พยาบาลจึงควรมีความเข้าใจความหมาย ความสำคัญและขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล ปัญหาในการใช้กระบวนการพยาบาลในการปฏิบัติงานตลอดจนกรอบแนวคิดต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการพยาบาล ประกอบด้วยขั้นตอนต่างๆ ที่เป็นวงจรต่อเนื่องและมีความสัมพันธ์กัน 5 ขั้นตอน โดยใช้ตัวย่อ ADPIE แทน Assessment Diagnosis Planning Implementation และ Evaluation เพื่อให้การพยาบาลผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักมีความครอบคลุมจากการนำกรอบแนวคิดแบบแผนสุขภาพของ มาร์จอรี่ กอร์ดอน และกระบวนการพยาบาล ADPIE มาประยุกต์ใช้สามารถกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

9. การพยาบาลผู้ป่วยในกรณีศึกษา

ระยะก่อนผ่าตัด

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1 ปวดบริเวณสะโพกข้างขวาขณะเข้า skin traction

ข้อมูลสนับสนุน : Pain score 5-7 คะแนนผู้ป่วย on skin traction ขาขวาถ่วงน้ำหนัก 5 lbs

การวิเคราะห์เพื่อนำไปสู่การพยาบาล : จากการศึกษาของ สิทธิพงษ์ ศิริประทุม (2560) พบว่าผู้ป่วยที่กระดูกหักส่วนใหญ่มีความปวดระดับปานกลางถึงรุนแรงผู้ป่วยเหล่านี้ควรได้รับการจัดการความปวดแบบใช้ยา ร่วมกับไม่ใช้ยาจะช่วยลดอาการปวดได้ดี ดังนั้นการจัดการความปวดจึงเป็นหน้าที่หลักของพยาบาล ตั้งแต่การประเมินการจัดการเพื่อลดปวด เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความสบาย

กิจกรรมการพยาบาล : ให้ยาบรรเทาอาการปวด morphine 3 mg. vein ประเมินหลังได้รับยา 15-30 นาที และชนิดยารับประทานประเมินหลังได้รับยา 60 นาที หากผู้ป่วยอาการไม่ทุเลาลง ให้ยาแก้ปวดอื่นได้แก่ paracetamol (500 mg.) 1 tab oral และแจ้งแพทย์เพื่อพิจารณาให้ยาแก้ปวดชนิดอื่นจัด position ให้อยู่ในท่าสบายไม่รบกวนอาการปวด ดูแลให้ skin traction เป็นอิสระและอยู่ในแนวแรง ตามหลักการของการเข้า traction Continuous traction ผู้ป่วยควรได้รับการดื่มน้ำตลอดเวลา ในลักษณะที่น้ำหนักและแรงคงที่ทำให้อาการปวดลดลงได้แนะนำการบริหารโดยการทำ pumping exercise เพื่อกระตุ้นการไหลเวียนเลือดจะช่วยลดอาการปวดร่วมด้วยโดยแนะนำให้ผู้ป่วยปฏิบัติเมื่อไม่ปวด

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2 มีความวิตกกังวลเนื่องจากขาดความรู้ในการปฏิบัติตัวในระยะก่อนผ่าตัดหลังผ่าตัด

ข้อมูลสนับสนุน : ผู้ป่วยบอกว่ากลัวการผ่าตัดอายุมากแล้ว โรคประจำตัวเยอะ กลัวไม่ปลอดภัย ต้องนอนรักษาตัวนานแค่ไหน

การวิเคราะห์เพื่อนำไปสู่การพยาบาล : การประเมินความรู้ความเข้าใจและความพร้อมด้านร่างกายก่อนผ่าตัด โดยอธิบายให้คำแนะนำผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัดโดยใช้คู่มือประกอบ stem & lockwood 2005 ; 45 63; Fortina, Cata, Gambera, Grainz, Ferrata & Maniscalco, 2005:152-156

กิจกรรมการพยาบาล : ให้ข้อมูลเบื้องต้นเกี่ยวกับการผ่าตัดเปลี่ยนโลหะตรึงกระดูกสะโพกขวา ข้อมูลความเสี่ยงจากการผ่าตัดที่อาจเกิดขึ้น ให้ข้อมูลการดูแลหลังผ่าตัดที่ผู้ป่วยจะได้รับ และขณะอยู่ในห้องผ่าตัดจะมี ทีมแพทย์ผู้ผ่าตัดและวิสัญญีแพทย์ดูแลอย่างใกล้ชิด

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 3 อาจเกิดแผลกดทับเนื่องจากจำกัดการเคลื่อนไหว

ข้อมูลสนับสนุน : ผู้ป่วย on skin traction เคลื่อนไหวร่างกายได้น้อยประเมิน Braden score = 17 คะแนน บริเวณสันเท้าขวามีรอยช้ำ

การวิเคราะห์เพื่อนำไปสู่การพยาบาล : จัดระดับความรุนแรงของการเกิดแผลกดทับและการใช้วัสดุปูเตียงเพื่อลดการเกิดแผลกดทับ (Brown, 2001 : 38 - 40) โดยใช้ที่นอนลมในผู้ป่วยทุกราย Gunningberge, Lindholm, Carlsson, & Sjoden, 2001 : 399 - 407; Hommel, Bjorkelund, Thorngs, & Ulander, 2007: 151-159 ; Ngamprasert, 2002 การให้ความรู้แก่บุคลากรในทีมสุขภาพผู้ป่วยและญาติเพื่อร่วมกันป้องกันการเกิดแผลกดทับ เป็นสิ่งที่จำเป็นอย่างยิ่ง Pumraya, Thosingha, Satyawiwat, Kimpee, & Asawamongkolhul, 2003: 587- 98

กิจกรรมการพยาบาล : ช่วยเหลือพลิกตะแคงตัวให้ผู้ป่วยอย่างน้อยทุก 2 ชั่วโมง เพื่อลดการกดทับที่ผิวหนังกระตุ้นการยกกันลอยโดยใช้ขาข้างที่ไม่ได้ on skin traction ช่วยชันเข้าและยกกันให้ลอยขึ้นดูแลผ้าปูที่นอนเรียบตึง ไม่ให้เปียกชื้นดูแลผิวหนังผู้ป่วยไม่ให้เปียกชื้น และส่งเสริมความชุ่มชื้นของผิวหนังโดยการเติมน้ำอย่างเพียงพอมากกว่า 2000 ซีซี ใน 24 ชั่วโมงรวมถึงให้ผู้ป่วยนอนบนที่นอนลม

ระยะผ่าตัดและหลังผ่าตัด

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1 อาจเกิดภาวะช็อกจากเสียเลือด จากเนื้อเยื่อได้รับบาดเจ็บบริเวณผ่าตัด

ข้อมูลสนับสนุน : ผู้ป่วยหลังผ่าตัด Close Reduction and Internal Fixation with Proximal femoral nail Antirotation right intertrochanteric femur estimate blood loss 300 ml. มีแผลผ่าตัดที่สะโพกขวาปิด top dressing ไร้มีbleeding Hematocrit = 30 %

การวิเคราะห์เพื่อนำไปสู่การพยาบาล : จากการศึกษาของ Aree และ Rodriguez (2009) ในผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสะโพก 28 รายพบว่ามี 18 ราย(64.28%)เกิดภาวะ Hypovolemic shock และมี 3 ราย เสียชีวิตขณะผ่าตัดเกิด pulmonary thromboembolism 6 ราย (21.24%) และ respiratory failure 3 ราย (10.71%) ดังนั้นภาวะช็อกจากการเสียเลือดยังเป็นภาวะแทรกซ้อนที่ต้องเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่องทั้งในระยะผ่าตัดและหลังผ่าตัดเนื่องจากการผ่าตัดดังกล่าวเป็นการผ่าตัดใหญ่ซึ่งเสี่ยงต่อการเสียเลือดจำนวนมาก

กิจกรรมการพยาบาล : ประเมินสัญญาณชีพทุก 15 นาที 4 ครั้ง ทุก 30 นาที 2 ครั้ง และทุก 1 ชั่วโมงจนครบ 24 ชั่วโมง พร้อมทั้งประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะช็อกโดยใช้ Early warning signs hypovolemic shock in major surgery orthopedics เช่น ระดับความรู้สึกตัวลดลง ซึม เหงื่อออก ตัวเย็น และรายงานแพทย์เมื่อมีอาการเปลี่ยนแปลง ประเมินลักษณะแผลผ่าตัดหากมี active bleeding ให้ compression dressing และรายงานแพทย์ ติดตามค่าความเข้มข้นของเลือด (hematocrit) ตามคำสั่งการรักษา ให้สารน้ำตามแผนการรักษาประเมินจำนวนลักษณะของปัสสาวะ หากปัสสาวะเมื่อเทียบกับน้ำหนักตัวผู้ป่วยออกน้อยกว่า 0.5 cc.kg./hr. รายงานแพทย์

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2 ไม่สุขสบายจากปวดแผลผ่าตัดสะโพกขวา

ข้อมูลสนับสนุน : Pain score 8 คะแนน มีแผลผ่าตัดบริเวณสะโพกขวา

การวิเคราะห์เพื่อนำไปสู่การพยาบาล : การจัดการความปวดที่มีประสิทธิภาพจะต้องประกาศให้เป็นนโยบายขององค์กร โดยจะต้องมีการประเมินและจัดการความปวดด้วยเครื่องมือที่เหมาะสม (Eid & Bucknall, 2008 : 90-98) การบริหารยาบรรเทาปวดด้วย Epidural pain management จะได้ผลดีกว่าวิธีอื่น Beupre., Jones, Saunders, Johnston, Buckingham, & Majumdar, 2005: 1019-1025 โดยจะใส่ไว้ 24-48 ชั่วโมงหลังผ่าตัด (Lucas, 2008:1410)

กิจกรรมการพยาบาล : ประเมินความปวดของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องโดยใช้ numeric pain scale จัดทำนอนให้ผู้ป่วยอยู่ในท่าที่สุขสบายเมื่อต้องการพลิกตะแคงตัวให้พลิกไปทางขาข้างที่ไม่ได้ผ่าตัดแต่ถ้าจำเป็นต้องพลิกไปข้างที่ทำผ่าตัดให้พลิกตะแคง 45 องศา และใช้หมอนพุงระหว่างขาเพื่อมิให้ขาหุบหรือบิดสอนการหายใจอย่างถูกวิธี นวดบริเวณรอบแผลเบาๆ เบี่ยงเบนความสนใจ เช่น ทำสมาธิ และให้ยาบรรเทาปวดตามแผนการรักษาของแพทย์และเฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์จากยา ประเมินอาการปวดหลังได้รับยา morphine 3 mg vein ประเมินหลังได้รับยา 15 - 30 นาที และชนิดยา รับประทานประเมินหลังได้รับยา 60 นาที หากผู้ป่วยอาการไม่ทุเลาลง ให้ยาแก้ปวดอื่นได้แก่ paracetamol (500 mg.) 1 tab oral และแจ้งแพทย์เพื่อพิจารณาให้ยาแก้ปวดชนิดอื่น

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 3 มีภาวะลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำลึกขาขวาและเสี่ยงต่อการเกิดลิ่มเลือดในปอด

ข้อมูลสนับสนุน : ผู้ป่วยขาขวาบวมแพทย์ R/O deep vein thrombosis right leg ผลUS Doppler Varicose vein: Findings are suggestive of acute deep vein thrombosis at right popliteal vein.Soft tissue swelling of mild to distal right thigh

การวิเคราะห์เพื่อนำไปสู่การพยาบาล : ประเมินการเกิดลิ่มเลือดในหลอดเลือดดำและผนังหลอดเลือดอักเสบ (Venous Thombosis and Thrombophebitis) (Lucas, 2008:1412) สังเกตอาการเริ่มแรกของการเกิดภาวะก้อนเลือดอุดตัน เช่น อุนหภูมิ ความผิดปกติของสีผิวและเล็บเท้าซีฟจรบริเวณขา 2 ข้าง ความรู้สึกและการเคลื่อนไหวของขาข้างที่ผ่าตัดทุก 2 ชม. ถ้ามีอาการกดเจ็บบริเวณน่อง/ขาหนีบ ขาและมีอาการบวมรีบรายงานแพทย์ทันที

กิจกรรมการพยาบาล : ประเมินอาการและบันทึกอาการบวมตึงที่ขา อุนหภูมิ และสีผิวของขาหากอุ่นกว่าปกติและสีผิวหนังแดงคล้ำกว่าปกติ ร่วมกับมีอาการปวดลึกๆและรุนแรง กดเจ็บบริเวณน่อง ให้รีบรายงานแพทย์ แนะนำให้ผู้ป่วยเคลื่อนไหวร่างกายบ่อยๆ เริ่มจากการบริหาร ankle pumping เพื่อเพิ่มการไหลเวียนของเลือดและให้มี early ambulation โดยเร็ว สอนการหายใจอย่างมีประสิทธิภาพโดยให้หายใจเข้าออกลึกๆดูแลให้รับยาป้องกัน DVT ตามแผนการรักษา Enoxaparin 0.8 ml subcutaneous q 12 hrs. warfarin 3 mg 1 tab oral hs เฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์จากยา ได้แก่ ภาวะเลือดออกง่ายและติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการเกี่ยวกับค่าการแข็งตัวของเลือดตามแผนการรักษา

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 4 อาจเกิดการติดเชื้อบริเวณผ่าตัด หรือในร่างกายเนื่องจากมีสิ่งแปลกปลอมในร่างกาย

ข้อมูลสนับสนุน : แผลผ่าตัดบริเวณสะโพกขวามีเลือดและสารคัดหลั่งซึมในวันแรกของการผ่าตัด หลังผ่าตัด 1 วัน ผู้ป่วยมีไข้ อุณหภูมิร่างกาย = 38.4 องศาเซลเซียส, อัตราการเต้นของหัวใจ = 88 ครั้ง/นาที, อัตราการหายใจ = 20 ครั้ง/นาที, ความดันโลหิต = 168/78 mmHg

การวิเคราะห์เพื่อนำไปสู่การพยาบาล : การป้องกันการติดเชื้อที่แผลผ่าตัดควรเริ่มตั้งแต่การเตรียมผู้ป่วยก่อนการผ่าตัด (preoperative period) ขณะผ่าตัด (intraoperative period) และหลังผ่าตัด (postoperative period)

กิจกรรมการพยาบาล : สังเกตและบันทึกลักษณะแผลผ่าตัดบริเวณสะโพกขวา เกี่ยวกับอาการปวด บวม แดง อุ่น มีสารคัดหลั่งออกมาจากแผลผ่าตัดหรือไม่ให้การพยาบาลตามเทคนิคสะอาดปราศจากเชื้อเมื่อทำแผลผ่า ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาปฏิชีวนะ ตามเวลาและตามแผนการรักษาของแพทย์

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 5 มีการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ

ข้อมูลสนับสนุน : หลังผ่าตัด 1 วันผู้ป่วยมีไข้ อุณหภูมิร่างกาย 38.4 องศาเซลเซียส ความดันโลหิต 168/77 mmHg Uexam: white blood cell 20 – 30 cell/HD, bacteria few/HD, Leukocyte trace, protein 1+ Urine culture and sensitivity: Acinetobacter baumannii (MDR) >10⁵ CFU ครั้ง/นาที

การวิเคราะห์เพื่อนำไปสู่การพยาบาล : การจัดการระบบปัสสาวะโดยการใส่ Foley's catheter คาไว้ และเอาสายออกในวันที่ 3 หลังผ่า (Beaupre et al, 2005 : 1019-1025)

กิจกรรมการพยาบาล : สังเกตและบันทึก ลักษณะของปัสสาวะว่ามีสี กลิ่น มีตะกอนหรือไม่ กระตุ้นให้ผู้ป่วยดื่มน้ำ 2000 ซีซีต่อวัน ประเมินสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง สอนผู้ดูแลเกี่ยวกับการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อในกลุ่มการติดเชื้อชนิด MDR ตามแนวปฏิบัติการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อของโรงพยาบาล

ระยะก่อนจำหน่าย

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1 วิตกกังวลเกี่ยวกับการเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่าย

ข้อมูลสนับสนุน : ผู้ป่วยยังกังวลเรื่องการปฏิบัติตัวต่อที่บ้าน แม้จะเคยผ่าตัดสะโพกซ้ายมาแล้ว แต่ยังไม่มั่นใจในการปฏิบัติตัวในครั้งนี้ ผู้ดูแลไม่มั่นใจว่าสิ่งแวดล้อมที่บ้านจะสะดวกต่อการดูแลผู้ป่วยกลัวจะเกิดพลัดตกหกล้มกลับมาอีก

การวิเคราะห์เพื่อนำไปสู่การพยาบาล : การวางแผนการจำหน่าย เริ่มหลังจากผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลประเมินความสามารถในการดูแลตนเอง ความสามารถของผู้ดูแล แหล่งประโยชน์สภาพครอบครัว การส่งต่อที่จำเป็น (Shyu, et al., 2005; Beaupre et al, 2005 : 1019-1025; Lin & Lu , 2007: 155-161 ; สุมนา แสนมานิช ,1998; สิริสุดา ชาวคำเขต, 2541; เพ็ญจันทร์ วันแสน, 2551)

กิจกรรมการพยาบาล : ให้กำลังใจ และสร้างความมั่นใจให้แก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลในการเรียนรู้ และการจัดสิ่งแวดล้อมที่บ้าน ให้พร้อมและเหมาะสมกับความเจ็บป่วย ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการจัดเตรียมสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัยป้องกันการเกิดพลัดตกหกล้ม ประสานทีมสหสาขาวิชาชีพ ได้แก่ นักกายภาพบำบัดเพื่อ ให้คำแนะนำ เกี่ยวกับการฟื้นฟูสภาพร่างกาย การฝึกขึ้นลงรถเข็น ประสานนักกิจกรรมบำบัดในการให้ความช่วยเหลือเรื่องการจัดสิ่งแวดล้อมที่บ้าน นักโภชนาการ ให้คำแนะนำเรื่องอาหารที่เหมาะสมกับความเจ็บป่วยเพื่อฟื้นฟูสภาพร่างกายได้เร็วขึ้น

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2 ขาดความรู้ในการปฏิบัติตนเมื่อกลับไปอยู่บ้านและการฟื้นฟูสภาพร่างกายภายหลังผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงกระดูกสะโพก

ข้อมูลสนับสนุน: ผู้ป่วยยังกังวลเรื่องการปฏิบัติตัวอยู่ที่บ้าน แม้จะเคยผ่าตัดสะโพกข้างซ้ายเมื่อ 5 ปีก่อน มาแล้วแต่ยังไม่มั่นใจในการปฏิบัติตัวในครั้งนี้ เมื่อต้องกลับไปอยู่บ้าน

การวิเคราะห์เพื่อนำไปสู่การพยาบาล ร่วมดำเนินการอภิปรายเรื่องแผนการจำหน่ายกับทีมสุขภาพจนแผนนั้นเหมาะสม (Shyu et al., 2005 : 811 - 818)

กิจกรรมการพยาบาล: ให้กำลังใจ และสร้างความมั่นใจให้แก่ผู้ป่วยแนะนำการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้านไปตรวจตามแพทย์นัด และควรไปพบแพทย์ทันทีเมื่อมีอาการผิดปกติ ได้แก่ แผลบวมแดง มีน้ำเหลืองซึมบริเวณแผลผ่าตัด มีไข้ปวดต้นขาขวา และไม่สามารถเดินได้ เป็นต้น หายใจติดขัดและหายใจลำบาก เจ็บหน้าอกอย่างแรง และเจ็บเฉพาะตำแหน่งเมื่อมีการไอ แสดงถึงลิ่มเลือดอุดตันในปอด หากไม่มีอาการผิดปกติใดๆควรไปพบแพทย์เพื่อตรวจตามนัด ดูแลส่งผู้ป่วยเข้าระบบ smart COC เพื่อติดตามเยี่ยมบ้าน

10. สรุปกรณีศึกษา

ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 78 ปี ให้ประวัติ 7 วัน ก่อนหกล้มสะโพกขวากระดูกหัก粉碎性骨折 เดินไม่ได้ แพทย์วินิจฉัย close fracture right intertrochanteric จากการซักประวัติ มีโรคประจำตัว ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง ไตวายเรื้อรังระดับ 3 เป็นมา 10 ปี รักษาต่อเนื่อง เคยผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงกระดูกที่สะโพกข้างซ้ายเมื่อ 5 ปีก่อนปรึกษาอายุรแพทย์และวิสัญญีแพทย์ เพื่อเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัด ให้การรักษาโดยวิธีผ่าตัด Close Reduction and Internal Fixation with Proximal femoral nail Antirotation right intertrochanteric femur (CRIF with PENA right intertrochanteric femur) วันที่ 12 พฤษภาคม 2565 วันที่ 16 พฤษภาคม 2565 มีการประสานกายภาพบำบัดในการให้คำแนะนำในการฝึกการเคลื่อนไหวโดยใช้ wheel chair และผู้ป่วยสามารถเคลื่อนไหวโดยใช้ wheel chair โดยมีผู้ดูแลคอยให้ความช่วยเหลือ วันที่ 20 พฤษภาคม 2565 ผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อน หลอดเลือดดำชั้นลึกที่ขาอุดตัน (Deep vein thrombosis) ที่ขาขวา รักษาวันที่ 25 พฤษภาคม 2565 ภายหลังจากนำสายสวนปัสสาวะออก ผู้ป่วยมีไข้สูงและปัสสาวะแสบขัด พบว่าผู้ป่วยติดเชื้อมากจึงได้รับการรักษาภาวะแทรกซ้อน และจำหน่ายกลับบ้านในวันที่ 27 พฤษภาคม 2565 รวมระยะเวลาการรักษาตัวในโรงพยาบาล 18 วัน ซึ่งในผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดสะโพกจากกระดูกสะโพกหัก การผ่าตัดที่นานเกิน 3 ชั่วโมง การถูกจำกัดการเคลื่อนไหวหรือการทำให้ไม่มีการใช้กล้ามเนื้อขาเป็นเวลานาน ล้วนเป็นปัจจัยส่งเสริมให้เกิด หลอดเลือดดำชั้นลึกที่ขาอุดตัน (Deep vein thrombosis) ดังนั้นพยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยให้ปลอดภัยทั้งในระยะก่อนผ่าตัดและหลังผ่าตัด ให้ความรู้กับผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับ การปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด การสังเกตอาการผิดปกติ การเฝ้าระวัง ประเมินสภาพผู้ป่วยและการป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ มีการประสานทีมสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย และมีการวางแผนเตรียมความพร้อมผู้ป่วยและญาติที่เป็นผู้ดูแลก่อนจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน รวมทั้งแนะนำพฤติกรรมที่ควรปฏิบัติ สิ่งที่ต้องหลีกเลี่ยง ระวัง ส่งต่อการดูแลต่อเนื่องที่บ้านผ่านระบบ smart COC ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนต่างๆ มีคุณภาพชีวิตที่ดี สามารถใช้ชีวิตประจำวันได้อย่างมีคุณภาพ

11. บทวิจารณ์

การพยาบาลผู้ป่วยกระดูกสะโพกหัก ที่ได้รับการผ่าตัด CRIF with PENA right intertrochanteric femur มีความสำคัญ ในผู้ป่วยรายนี้ จำเป็นต้องได้รับการดูแลรักษาที่มีความซับซ้อน ตั้งแต่การให้การพยาบาลผู้ป่วยขณะเข้า skin traction กายป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการถ่วงดึงและการนอนรักษาตัวนาน การให้การพยาบาลตั้งแต่แรกเริ่ม จนถึงเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัด การพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัดเพื่อป้องกัน ภาวะช็อค มีการใช้ Early warning signs of hypovolemic shock in major surgery orthopedics ในการประเมินเฝ้าระวัง การพยาบาลเพื่อป้องกันการติดเชื้อบริเวณแผลผ่าตัด การฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดมีภาวะหลอดเลือดดำชั้นลึกที่ขาอุดตัน จากการวิเคราะห์สาเหตุพบว่า ผู้ป่วยรายนี้ มีภาวะหลอดเลือดดำชั้นลึกที่ขาอุดตัน ภายหลังจากผ่าตัด 8 วัน เป็นไปได้ว่าผู้ป่วยมีปัจจัยส่งเสริม จากสิ่งต่อไปนี้ ผู้ป่วยสูงอายุ ที่มีกระดูกชิ้นใหญ่หักและได้รับการเสียเลือดจากการผ่าตัด และมีข้อจำกัดด้านการ เคลื่อนไหวหลังผ่าตัด จากอาการปวดทั้งก่อนและหลังผ่าตัด จากปัจจัยเสี่ยงดังกล่าว จึงควรมีการกระตุ้นให้ผู้ป่วยทำ ankle pumping ตั้งแต่ก่อนผ่าตัด และการกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีการเคลื่อนไหวโดยเร็วภายหลังการผ่าตัด เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดภาวะ หลอดเลือดดำชั้นลึกที่ขาอุดตัน นอกจากนี้การดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะหลอดเลือดดำชั้นลึกที่ขาอุดตัน พยาบาลต้องมีการเฝ้าระวัง และติดตามอาการผิดปกติ ได้แก่ อาการปวดบริเวณสะโพกและต้นขา อาการบวม แดง ร้อน ตรวจร่างกายพบ Homan 'signs และสามารถรายงานแพทย์ทราบเพื่อให้การรักษาได้ทันต่อเหตุการณ์ นอกจากนี้พยาบาลยังต้องสามารถเฝ้าระวัง ภาวะ เลือดออกง่ายตลอดระยะเวลา ขณะที่ผู้ป่วยได้รับยากลุ่ม low-molecular-weight-heparin (LMWH) ผู้ป่วยสูงอายุ เพศหญิง ซึ่งมีโอกาสเกิดการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะได้ง่ายประกอบกับระยะเจ็บป่วยพร้อมความสามารถด้านการเคลื่อนไหวและ การดูแลสุขอนามัย ด้วยเหตุนี้อาจส่งผลให้เกิดภาวะติดเชื้อทางเดินปัสสาวะได้ ดังนั้นพยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญใน การดูแลให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยด้านสุขภาวะ และการป้องกันการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ ตั้งแต่แรกเริ่มจนถึง วางแผนจำหน่าย พยาบาล จึงต้องมีความรู้ ทักษะในการประเมินปัญหาผู้ป่วย นำมาวางแผนให้การพยาบาลครอบคลุม แบบองค์รวม เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยและสามารถดำรงชีวิตและกลับสู่สังคมได้อย่างปกติ

12. ข้อเสนอแนะ

12.1 ผู้สูงอายุที่มีกระดูกสะโพกหักร้อยละ 61 ต้องใช้อุปกรณ์ในการช่วยเดินใน 6 เดือน หลังกระดูกสะโพกหัก มีข้อจำกัดด้านการเคลื่อนไหว ต้องการการช่วยเหลือในการทำกิจกรรม และมีแนวโน้มในการพึ่งพิงผู้อื่น คุณภาพชีวิตลดลง จากการศึกษาผู้ป่วยรายนี้พบว่า ก่อนจำหน่ายผู้ป่วยยังคงไม่สามารถเดินโดยใช้อุปกรณ์ช่วยได้ แต่สามารถใช้ wheelchair ได้โดยมีญาติคอยให้ความช่วยเหลือ จากข้อมูลนี้จำเป็นต้องมีการติดตามเยี่ยมบ้านผ่านระบบ Smart COC และการป้องกันการหกล้มและส่งผู้ป่วยเข้า Smart Intermedius care เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องจนคะแนน Barthel index มากกว่า 75 คะแนน ตามนโยบาย service plan สาขาออร์โธปิดิกส์ที่บูรณาการร่วมกับ service plan สาขา intermedius care

12.2 การใช้ทฤษฎีทางการพยาบาล กรอบแนวคิดแบบแผนสุขภาพ (Functional Health pattern) ของ มาร์จอร์รี่กอร์ดอนและกระบวนการพยาบาล ADPIE มาประยุกต์ใช้ ทำให้สามารถวางแผนการพยาบาลทั้งก่อน และหลัง ผ่าตัดได้อย่างครอบคลุมและมีประสิทธิภาพ

13. บรรณานุกรม

- ธวัช ประสาทฤทธา,พรทิพย์ ทยานันท์,สุขใจ ศรีเพียรเอม คณาจารย์จากโรงพยาบาลเลิดสิน 2555. *การพยาบาลผู้ป่วยทางออร์โธปิดิกส์*. พิมพ์ครั้งที่ 1 กรุงเทพมหานคร : สหมิตรพรินต์ติ้งแอนด์พับลิชชิ่งจำกัด.
- ธีรวัฒน์ กุลนันท์,ภานุพนธ์ี ทรงเจริญ คณาจารย์ภาควิชาศัลยศาสตร์ออร์โธปิดิกส์และกายภาพบำบัดคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล 2551. *ตำราออร์โธปิดิกส์ 1* พิมพ์ครั้งที่ กรุงเทพมหานคร: หจก.มีเดียเพรส.
- บวรฤทธิ จักรไพวงศ์, พิสิษฐ เลิศวานิช, จตุพร โชติกวนิชย์, บรรณาธิการ 2556. *การตรวจร่างกายทางออร์โธปิดิกส์* พิมพ์ครั้งที่ 2 กรุงเทพมหานคร: อัมรินทร์พรินต์ติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง.
- ไพรัช ประสงค์จีน 2552. กระดูกหักและข้อเคลื่อน พิมพ์ครั้งที่ 4 กรุงเทพมหานคร:โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พัฒน์ วรณปิยะรัตน์. อัตราการเสียชีวิตและความสามารถในการเดินหลังกระดูกสะโพกหัก: เปรียบเทียบในกลุ่มผ่าตัดกับไม่ผ่าตัด. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2551 ; 17 (2) : 411-417.
- เรณู สอนเครือ 2541. *แนวคิดพื้นฐานและหลักการพยาบาลเล่ม 1* พิมพ์ครั้งที่ 2 กรุงเทพมหานคร.: โครงการสวัสดิการวิชาการ สปช.
- วิวัฒน์ วจนะวิศิษฐ 2554. *ออร์โธปิดิกส์*.พิมพ์ครั้งที่ 3 กรุงเทพมหานคร : โฮลิสติก พับลิชชิ่ง
- วรรณ สัตยวิวัฒน์ 2553. *การพยาบาลผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์*. พิมพ์ครั้งที่ 7 กรุงเทพมหานคร : เอ็นพีเพรส.
- สุภาพ อารีเอื้อ. *การพยาบาลผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์จากหลักฐานเชิงประจักษ์สู่การปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก*. พิมพ์ครั้งที่ 1 กรุงเทพมหานคร:บริษัท ไอดี ออล ดิจิตอล พรินท์ จำกัด;2564.)
- สิทธิพงษ์ ศิริประทุม(2560)การศึกษาข้อมูลทางการพยาบาลด้านการจัดการความปวดจากเวชระเบียนผู้ป่วยกระดูกหักที่เข้ารับการรักษาในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินโรงพยาบาลชุมชนแพ่งจังหวัดขอนแก่นวารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ. 36 (3) 177-186.
- สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2562). การคาดประมาณประชากรของประเทศไทย พ.ศ. 2553-2583 (ฉบับปรับปรุง). กรุงเทพฯ : สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ
- Beaupre, L. A.,Jones, C. A.,Saunders, D., Johnston, W. C.,Buckingham, J., &Majumdar,S.R. (2005).Best Practice for Elderly Hip of the Evidence. J Gen Intern Med.20 (11)
- Conn KS, Clarke MT, Hallett JP. A simple guide to determine the magnification of radiographs and to improve the accuracy of preoperative templating. J Bone joint Surg Br. 2002; 84(2): 269-72.

- Gunningberge, L., Lindholm, C., Carlsson, M., & Sjoden, P.O. (2001). Reduced incidence of pressure ulcers in patients with hip fracture: A 2-year follow up of quality indicators. *International journal for Quality in Health Care*. 13 (5) : 399-407
- Klaewklong, S, Chanrunvanich W, Danaidutsadeekul S, Riansuwan K. Relation of comorbidity, grip strength and stress to hip fracture patient's post-operative functional recovery. *Thai Journal of Nursing Council*. 2014; 29 (2) : 36-38.
- Makkabphalanon K, Suppawach P. Elderly care chnpost total hip arthroplasty. *Veridian EJ Sci Teol Silpakorn Univ*. 2016; 3(6): 57-66.
- Maher AB, Meehan AJ, Hertz K, Hommel A, MacDonald V, O'Sullivan MP, et al. Acute nursing care of the older adult with fragility hip fracture: an international perspective part 1). *Int J Orthop Trauma Nurs*. 2012; 16(4): 177-9
- Pumraya, P., Thosingha, O., Satayawiwat, W., Kimpee, S., & Asawamongkolhul, A. (2003). The effect of nursing intervention utilizing clinical nursing practice eguidelines for the prevention of pressur ulcers in orthopaedic patients. *Siriraj Hosp Gaz*. 55 : 587-98.
- .Shyu, L.Y., Liang, J., Wu, C. C., Su, J. Y., Cheng, H. S., Chou, S.W., Yang, C.T. (2005). A pilot investigation of the short-term effects of an interdisciplinary intervention program on elderly patients with hip fracture in Taiwan. *Journal of American Geriatrics Society*. 53 (3) : 811- 818.
- .Stern, C.& Lockwood, C.(2005). Knowledge retention from preoperative patient i nformation. *International Journal of Evidence-Based Healthcare*,3:45-63
- Wilarat, W. Fracture of Femur. [Internet] 2019[cited 2020 May 28].