



โรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร
Jainad Narendra Hospital

ผลงานวิชาการ

โรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร



การพยาบาลผู้ป่วยกระดูก Intertrochanter หักร่วมกับมีลิ่มเลือดอุดตันในปอด

Closed Fracture intertrochanteric side Left with pulmonary embolism

พรศรี จุ่นเขียว *

บทนำ

การบาดเจ็บรอบข้อสะโพกทั้งกระดูกหักและข้อสะโพกหลุดเป็นการบาดเจ็บพบใน lower extremity กระดูกสะโพกหัก (Hip fracture) เป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญปัญหาหนึ่งในผู้ป่วยสูงอายุ โดยเฉพาะผู้สูงอายุ เพศหญิง และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น เนื่องจากผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงรูปแบบของโครงสร้างภายในของเนื้อเยื่อกระดูกทำให้มวลกระดูกลดลงร่วมกับมีการเสื่อมทำให้กระดูกบางลง ส่งผลให้เกิดโรคกระดูกพรุน (Osteoporosis) และภาวะกระดูกหักได้ง่ายซึ่งสาเหตุหลักมาจากการพลัดตกหกล้ม โดยพบว่ามีอุบัติการณ์การเกิดกระดูกสะโพกหักในผู้สูงอายุอย่างน้อย 150 - 250 รายต่อแสนประชากร ในประเทศแถบยุโรปและอเมริกาเหนือ และทั่วโลกคาดว่าจะมีผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักจำนวน 2.6 ล้านรายในปี พ.ศ. 2567 ในประเทศไทยมีการเปลี่ยนแปลงอย่างมากที่จำนวนผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้นทุกปี สมาคมโรคกระดูกพรุนแห่งประเทศไทยมีการคาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2593 อุบัติการณ์การเกิดกระดูกหักของไทย จะสูงเป็นอันดับหนึ่งในเอเชียตะวันออกเฉียงใต้โดยพบมากถึงร้อยละ 50 ของกระดูกสะโพกหักที่เกิดขึ้นทั่วโลก จากสถิติ ปีพ.ศ. 2565 จำนวนประชากรที่มีอายุมากกว่า 60 ปี คิดเป็นร้อยละ 56.50 เมื่อพิจารณาเป็นรายจังหวัด พบว่า จังหวัดชัยนาทอยู่ใน 10 จังหวัดที่มีสัดส่วนผู้สูงอายุมากที่สุดเป็นลำดับที่ 5 ของประเทศ คิดเป็นร้อยละ 24.1 และ 1 ใน 3 ของผู้สูงอายุจะพลัดตกหกล้มอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง จากสถิติย้อนหลัง 3 ปีของหอผู้ป่วยศัลยกรรมหัตถ์ 2 โรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร มีผู้ป่วยเข้ารับการรักษาด้วยกระดูกสะโพกหักสูงเป็นอันดับ 1 ปี พ.ศ.2564 จำนวน 220 ราย คิดเป็นร้อยละ 17.67 ปี พ.ศ.2565 จำนวน 205 ราย คิดเป็นร้อยละ 15 และปี พ.ศ.2566 จำนวน 221 ราย คิดเป็นร้อยละ 13.49 ภายหลังการเกิดกระดูกสะโพกหัก ร้อยละ 22 ของผู้ป่วยไม่สามารถเดินได้ ต้องการผู้ดูแลและจำเ็นที่จะต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพ พยาบาลในฐานะที่เป็นผู้ดูแลใกล้ชิดต้องช่วยให้ผู้ป่วยฟื้นฟูสภาพโดยเร็ว สำหรับผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักที่ได้รับการผ่าตัด พบว่าร้อยละ 56.8 พบภาวะแทรกซ้อนและยังพบว่าผู้ป่วยที่ผ่าตัดล่าช้า (ระยะเวลารอผ่าตัด > 48 ชั่วโมง) มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคแทรกซ้อนสูงกว่าผู้ป่วยที่ไม่ต้องรอผ่าตัดนาน 1.8 เท่า ดังนั้น การหาแนวทางป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจึงมีความสำคัญเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีแก่ผู้ป่วย

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร

โรคและพยาธิสภาพของโรค

กระดูกสะโพกหัก (hip fracture) พบได้บ่อยในกลุ่มผู้สูงอายุ เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างภายในของเนื้อเยื่อกระดูกทำให้มวลกระดูกลดลงรวมทั้งมีการเสื่อมทำให้กระดูกบางลง เป็นปัจจัยส่งเสริมส่งผลให้เกิดโรคกระดูกพรุนและภาวะกระดูกหักได้ง่าย โดยเฉพาะในเพศหญิงจะพบมากกว่าเพศชาย เนื่องจากเมื่อเข้าสู่วัยหมดประจำเดือน ร่างกายจะมีการสร้างฮอร์โมนเอสโตรเจนลดลง ทำให้มีมวลกระดูกและความหนาแน่นของกระดูกลดลง กระดูกสะโพกหักเป็นการแตกของกระดูกต้นขาส่วนบนที่เกิดขึ้นทั้งภายในและภายนอกแคปซูลที่อยู่ระหว่างหัวกระดูกจนมาถึงบริเวณใต้โทรแคนเทอริก (Subtrochanteric) เกิดขึ้นเมื่อมีแรงมากระทำโดยตรงที่ด้านข้างของสะโพก ทำให้มีการฉีกขาดของเยื่อหุ้มกระดูกและเนื้อเยื่อของกระดูกบริเวณกระดูกที่หักจะเกร็งตัว มีเลือดออกบริเวณปลายกระดูกที่หัก กระดูกที่หักจะทำให้สูญเสียความมั่นคง ทำให้เคลื่อนไหวไม่ได้ตามปกติและการที่เนื้อเยื่อรอบ ๆ กระดูกได้รับบาดเจ็บทำให้เกิดการอักเสบ มีอาการปวด บวม แดง อุณหภูมิสูงขึ้นบริเวณที่หัก

การหักของกระดูกสะโพกตามตำแหน่งทางกายวิภาคแบ่งออกเป็น 3 ชนิด ได้แก่

1. การหักตรงบริเวณคอของกระดูกต้นขา (Femoral neck fracture) เป็นการหักที่เกิดภายในข้อและเบาของข้อสะโพกที่อยู่ภายในแคปซูล (Intracapsular fracture) ซึ่งการหักที่บริเวณนี้อาจทำให้ขาดเลือดไปเลี้ยงบริเวณหัวกระดูกได้
2. การหักของกระดูกอินเตอร์โทรแคนเทอริก (Intertrochanteric fracture) เป็นการแตกหักที่เกิดขึ้นระหว่างคอของกระดูกต้นขาและกระดูกส่วนที่ต่ำลงมา
3. การหักของกระดูกบริเวณใต้โทรแคนเทอริก (Subtrochanteric fracture) เป็นการหักของกระดูกในตำแหน่งที่อยู่ระหว่างกระดูกปุ่มเล็ก (Lesser trochanter) และส่วนที่ต่ำลงไป 2 นิ้ว

อาการและอาการแสดง

1. มีอาการปวดอย่างรุนแรงบริเวณสะโพกและต้นขา จะปวดมากขึ้นเวลาที่มีการเคลื่อนไหว เนื่องจากบริเวณกระดูกที่หักทำให้เกิดการรับภาระกระตุ้นจากกระแสประสาทความเจ็บปวด การหดตัวของกล้ามเนื้อรอบ ๆ กระดูกหักลดลงจนเกิดการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อ หรือมีการหดเกร็งของกล้ามเนื้อเพิ่มมากขึ้นทำให้เจ็บปวดมากขึ้น
2. กดเจ็บบริเวณกระดูกหัก (Tenderness)
3. การเสียหน้าที่และความมั่นคงของอวัยวะซึ่งผลจากการหักของกระดูกจะทำให้รูปร่างและการทำหน้าที่ของกระดูกเสียไปเดินไม่ได้ขาบิดออกด้านข้าง (External rotation)
4. ขาข้างที่มีพยาธิสภาพจะสั้นกว่าปกติ
5. เสี่ยงกระดูกเสียดสีกันเมื่อจับโยก

6. รายที่มีการหักของกระดูกที่อยู่ภายใน 20 องศาจะเห็นเป็นรอยจ้ำเลือด (Ecchymosis) ที่บริเวณต้นขาหรือขาหนีบ เป็นกระดูกหักแบบมีบาดแผลร่วมด้วยเลือดอาจจะไหลออกจากบริเวณแผล ถ้ามีเลือดไหลออกมาอาจกระทบกระเทือนต่อระบบไหลเวียนโลหิตในร่างกายจนทำให้เกิดอาการช็อกจากการเสียเลือดได้

การรักษา

ผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหักการรักษากระดูกสะโพกหักขึ้นอยู่กับลักษณะกระดูกและเนื้อเยื่อที่ได้รับบาดเจ็บ ผู้สูงอายุที่มีกระดูกสะโพกหักจะต้องเข้ารับการรักษารักษาในโรงพยาบาล เพื่อที่จะได้รับการรักษาที่เหมาะสม การรักษาที่ล่าช้าจะส่งผลให้ผู้ป่วยนอนติดเตียงและเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ สำหรับการรักษารักษาในผู้ป่วยกลุ่มนี้ การรักษาโดยการผ่าตัดยึดกระดูก หรือเปลี่ยนใส่ข้อสะโพกเทียม ขึ้นกับลักษณะของกระดูกที่หัก จากการทบทวนวรรณกรรม ปัจจุบันสนับสนุน การผ่าตัดภายใน 24 - 48 ชั่วโมง จะให้ผลการรักษาที่ดีช่วยลดอัตราการเสียชีวิตและช่วยลดภาวะแทรกซ้อน

การรักษากระดูกสะโพกหักสามารถแบ่งออกได้เป็น 2 วิธี ดังนี้

1. การรักษาโดยไม่ผ่าตัด เป็นการรักษาแบบประคับประคอง โดยใช้วิธีการดึงถ่วงกระดูกแบบการใส่เครื่องดึงให้ติดกับผิวหนัง (Skin traction) โดยใช้น้ำหนักในการถ่วงดึงประมาณ 2 - 3 กิโลกรัม หรือ 1 ใน 10 ของน้ำหนักตัวเพื่อลดการบาดเจ็บของเนื้อเยื่ออ่อน การหดรัดตัวของกล้ามเนื้อและกระตุ้นการไหลเวียนเลือดที่ไปเลี้ยงหัวกระดูกต้นขา การรักษาด้วยวิธีนี้ส่วนใหญ่ทำในผู้สูงอายุที่มีภาวะแทรกซ้อนทางอายุรกรรม เช่น โรคของระบบหัวใจและหลอดเลือด หรือในกรณีที่ไม่ผ่าตัด

2. การรักษาโดยการผ่าตัด ในผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหักที่ได้รับการประเมินภาวะสุขภาพและการตรวจวินิจฉัยว่ามีความพร้อม ควรทำการรักษาด้วยการผ่าตัดโดยเร็วที่สุดภายใน 7 วัน หลังเกิดกระดูกสะโพกหักเพื่อช่วยป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนและทำให้ผู้ป่วยสามารถลุกขึ้นจากเตียงได้โดยเร็วที่สุดชนิดของการผ่าตัดขึ้นอยู่กับตำแหน่งของการแตกหัก

ภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดกระดูกสะโพกหัก

ในที่นี้จะกล่าวถึงการเกิดลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำหรือที่ปอด (Venous thrombosis embolism) เกิดจาก อาการบวมทำให้เกิดแรงกดต่อหลอดเลือด ส่งผลให้การไหลเวียนเลือดช้าลง และมีการคั่งของเลือดโดยเกิดได้ทั้งหลอดเลือดดำส่วนลึกอุดตัน (Deep vein thrombosis) หลอดเลือดที่ปอดอุดตัน (Pulmonary embolism)

Pulmonary embolism (PE) เป็นภาวะแทรกซ้อนเกิดจากการที่มีลิ่มเลือดเกิดขึ้นในหลอดเลือดดำและหลุดไปอุดตันที่หลอดเลือดที่ปอด (venous thromboembolism หรือ VTE) กลไกที่ทำให้เกิดลิ่มเลือดมี 3 ปัจจัย ได้แก่ (1) การไหลเวียนของเลือดลดลงเกิดจากร่างกายไม่ได้เคลื่อนไหว

(immobilization) เป็นเวลานาน (2) มีความผิดปกติของเลือดที่ทำให้เกิดลิ่มเลือดได้ง่าย (hypercoagulable states) (3) มีผนังหลอดเลือดดำที่ผิดปกติเกิดจากมี local trauma หรือมีการอักเสบ ก่อนลิ่มเลือดดังกล่าวหากเกิดขึ้นแล้วมีโอกาสูงที่จะหลุดเข้าสู่หลอดเลือดดำ inferior หรือ superior vena cava ก่อนผ่านเข้าหัวใจห้องขวา และหลุดมาอุดกั้นที่หลอดเลือดในปอด ทำให้เลือดดำไม่สามารถไปแลกเปลี่ยนก๊าซออกซิเจนเกิดภาวะพร่องออกซิเจน (hypoxia) และหากก่อนลิ่มเลือดมีขนาดใหญ่ จะทำให้มีการเพิ่มขึ้นของแรงเสียดทานในหลอดเลือดปอด (pulmonary vascular resistance) ทำให้ความดันในหัวใจห้องขวาสูงขึ้นและมีการเคลื่อนของผนังกันหัวใจห้องล่างไปทางหัวใจห้องซ้ายล่างซึ่งร่วมกับปริมาณเลือดที่ผ่านเนื้อปอดมาสู่หัวใจห้องซ้ายก็ลดลงทำให้ cardiac output ลดลง ผู้ป่วยจะมีความดันต่ำลง ช็อก และเสียชีวิตในที่สุด

อาการแสดงทางคลินิก ผู้ป่วยมักจะมีอาการหายใจหอบเหนื่อยเฉียบพลัน ใจสั่น แน่นหน้าอก (pleuritic pain) ระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลง ตรวจร่างกาย ผู้ป่วยมักหายใจเร็ว มีระดับออกซิเจนในเลือดต่ำ (hypoxemia) หัวใจเต้นเร็ว และมีหลอดเลือดดำที่คอโป่ง (elevated jugular venous pressure) ฟังปอดมักปกติหรืออาจฟังได้เสียงวี๊ด (wheezing)

แนวทางการวินิจฉัยและการส่งตรวจห้องปฏิบัติการ

- ภาพถ่ายรังสีทรวงอก (chest X-ray) มักพบว่าปกติเป็นส่วนใหญ่ ในบางรายอาจพบว่า มีเนื้อปอดบางบริเวณที่มีปริมาณหลอดเลือดลดลง (regional hypo - perfusion) หรือเห็นมี infiltration ลักษณะ wedge shaped ที่บริเวณชายปอดที่เรียกว่า “Hampton’s hump” กรณีที่มีการตายของเนื้อปอด

- คลื่นไฟฟ้าหัวใจ (12 leads-ECG) พบว่าหัวใจเต้นเร็ว (sinus tachycardia) ลักษณะ classic ที่เรียกว่า S1Q3 T3 (ได้แก่ มี deep S - wave ใน lead I และมี Q - wave และ T - inversion ใน lead III) นอกจากนี้อาจพบมี T - inversion ใน leads V1 - V3 ได้และ right bundle branch block (CRBBB) บ่งบอกว่า หัวใจห้องล่างขวาทำงานผิดปกติ (right ventricular dysfunction)

- คลื่นเสียงสะท้อนหัวใจ (echocardiography) จะพบมีลักษณะของ right ventricular dysfunction กล่าวคือ หัวใจห้องล่างขวามีขนาดโตเบียดผนังกันหัวใจห้องล่าง (interventricular septum) ไปทางหัวใจห้องล่างซ้าย และมีลิ้นหัวใจไตรคัสปิดรั่ว (tricuspid regurgitation) บ่งบอกว่า มีความดันในปอดสูง (pulmonary hypertension)

การรักษา การรักษาเบื้องต้นได้แก่ การฟื้นฟูชีวิต (resuscitation) ในกรณีผู้ป่วยมีอาการ ช็อกหรือหัวใจวาย และการให้การรักษาระยะโรคได้แก่ การให้ยาละลายลิ่มเลือด (thrombolytics) และ/หรือยาต้านลิ่มเลือด (anticoagulant) การฟื้นฟูชีวิต ได้แก่ การแก้ไขภาวะขาดออกซิเจน ในเลือดโดยการให้ออกซิเจน ถ้าผู้ป่วยไม่รู้สีกตัวอาจต้องมีการใส่ท่อหลอดลมคอ (endotracheal tube) เพื่อช่วยการหายใจ ให้สารน้ำเพื่อเพิ่มปริมาณไหลเวียนของเลือดหากผู้ป่วยมีความดันเลือดต่ำ

ร่วมกับให้ยากระตุ้นการบีบตัวของหัวใจ (inotropic agents) เช่น dopamine หรือ epinephrine ทางหลอดเลือดดำ

การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม

บทบาทของพยาบาลเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาพยาบาลตามมาตรฐานอย่างเหมาะสม ปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน สามารถกลับไปเดินได้ตามปกติหรือใกล้เคียงปกติมากที่สุด จึงสำคัญมากในการให้การพยาบาลตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัด เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน ลดความรุนแรงของการบาดเจ็บ และเตรียมความพร้อมผู้ป่วยทั้งทางร่างกาย ด้านจิตใจเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดตามเวลา ปลอดภัยในระหว่างการผ่าตัด อีกทั้งการพยาบาลในระยะหลังผ่าตัดโดยเฉพาะอย่างยิ่ง ในระยะ 24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัดเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน และการพยาบาลระยะหลังจำหน่ายเพื่อฟื้นฟูสภาพอย่างต่อเนื่อง

การพยาบาลก่อนผ่าตัด

ผู้ป่วยสูงอายุที่มีกระดูกสะโพกหัก นอกจากอาการปวดแล้วยังไม่สามารถเคลื่อนไหว หรือช่วยเหลือตนเองได้ตามปกติ มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการดำเนินชีวิต การผ่าตัดเป็นการรักษาที่มีผลกระทบต่อผู้ป่วยอย่างมาก ส่งผลให้มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัด ดังนั้นผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัด

1. การเตรียมความพร้อมด้านจิตใจ การให้ข้อมูลผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับรายละเอียด ขั้นตอนการผ่าตัด อาการเจ็บปวดที่อาจเกิดขึ้น สิ่ง que ผู้ป่วยควรปฏิบัติก่อนและหลังได้รับการผ่าตัด และเมื่อกลับไปอยู่บ้าน รวมทั้งระยะเวลาการนอนและการให้คำแนะนำที่ควรปฏิบัติเพื่อลดความวิตกกังวลของผู้สูงอายุ

2. การเตรียมความพร้อมด้านร่างกาย

2.1 ประเมินอาการปวด และการจัดการความเจ็บปวด อย่างเหมาะสม

2.2 ผู้ป่วยที่รับประทานยาประจำตัว เช่น แอสไพริน วาร์ฟาริน หรือยาต้านการอักเสบ ต้องให้ผู้ป่วยหยุดรับประทานอย่างน้อย 7 - 10 วัน ก่อนการผ่าตัด หรือ ตามแผนการรักษาของแพทย์ รวมทั้งพิจารณาตัวอื่นๆด้วย

2.3 เตรียมผลทางห้องปฏิบัติการ ผลเอกซเรย์ คลื่นไฟฟ้าหัวใจ อุปกรณ์และยาให้พร้อม

2.4 เตรียมความสะอาดของร่างกาย ผู้ป่วยที่มีปัญหาฟันผุ เหงือกอักเสบ หนองในปาก ฟันที่ผุพัง และสภาพของผิวหนังบริเวณข้อสะโพกที่จะผ่าตัดฝึกปฏิกิริยาให้เรียบร้อยก่อน เพื่อป้องกันการติดเชื้อไปตามกระแสเลือดภายหลังผ่าตัด

2.5 งดน้ำอาหารหลังเที่ยงคืนก่อนวันผ่าตัดหรืออย่างน้อย 6 - 8 ชั่วโมงก่อนผ่าตัด

2.6 ฝึกการหายใจลึก ๆ การไออย่างมีประสิทธิภาพ และดูแลให้ผู้ป่วยพักผ่อนให้เพียงพอ

2.7 การเตรียมเอกสารใบยินยอมเข้ารับการผ่าตัด

3. การป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการดึงถ่วงน้ำหนักผ่านผิวหนัง (Skin traction) ในช่วงรอผ่าตัด

3.1 บรรเทาอาการปวด โดยการจับผู้ป่วยให้ขาอยู่ในแนวตั้งถ่วงของกระดูกไขว้แรงดึง เพื่อจัดตำแหน่งส่วนปลายให้ตรงกับตำแหน่งที่หัก

3.2 ดูแลและป้องกันการบาดเจ็บของเส้นประสาทและหลอดเลือด จากการบาดเจ็บกระดูกสะโพกหัก แรงกดจากการบวมในช่องกล้ามเนื้อทำให้เลือดไปเลี้ยงอวัยวะส่วนปลายไม่ดี ประเมินการบวมการเผื่อระวังโดยใช้หลักการ 6 P ดังนี้

- อาการปวด (PAIN) อาการปวดอาจไม่สัมพันธ์กับกิจกรรมที่ทำไม่ทุเลาหลังจากได้รับยา

- อาการชา (PARESTHESIA) เป็นอาการนำที่มักเกิดขึ้นร่วมกันกับอาการปวดในระยะแรก

- อาการผิวหนังส่วนปลายซีด (PALLOR) มักพบอวัยวะที่อยู่ต่ำกว่าตำแหน่งที่บาดเจ็บ

- อาการผิวหนังมีอาการเย็นและซีดมากกว่าข้างที่ปกติ (POIKILOThERMIA) หรืออาจมีผิวหนังเขียวคล้ำ (cyanosis) ในรายที่มีอาการรุนแรง

- อาการอ่อนแรง (PARALYSIS) พบในระยะหลังจากภาวะเส้นประสาทถูกทำลายจากกล้ามเนื้อขาดเลือด

- อาการคลำชีพจรไม่ได้ (PULSELESSNESS) ระบบไหลเวียนโลหิตบริเวณหลอดเลือดแดงฝอยไม่สามารถไปเลี้ยงเนื้อเยื่อได้

3.3 ดูแลและป้องกันการเกิดแผลกดทับ โดยใช้ที่นอนลม ดูแลผิวหนังให้แห้งสะอาด กระตุ้นให้เปลี่ยนอิริยาบถ

การพยาบาลหลังผ่าตัด

การดูแลผู้ป่วยสูงอายุใน 24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด มีดังนี้

1. การประเมินระดับความรู้สึกตัว สัญญาณชีพ โดยหลังผ่าตัดบันทึกค่าสัญญาณชีพ ทุก 15 นาที 4 ครั้ง ทุก 30 นาที 2 ครั้ง เมื่อผู้ป่วยมีอาการคงที่ให้บันทึกสัญญาณชีพทุก 1 ชั่วโมง

2. การประเมินภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาระงับความรู้สึก

- 2.1 กรณีได้รับยาระงับความรู้สึกโดยการดมยาสลบ จัดทำนอนราบหนุนหมอน 1 ใบ ประเมินอาการหายใจผิดปกติ ตะแคงหน้าเมื่อผู้ป่วยอาเจียนป้องกันการสำลักเขาหลอดลม

2.2 กรณีได้รับยาระงับความรู้สึกทางไขสันหลัง จัดทำนอนราบ 6 ชั่วโมง ประเมินอาการปวดศีรษะจากการรั่วของน้ำไขสันหลัง ประเมินกระเพาะปัสสาวะหลังผ่าตัด ขับถ่าย ปัสสาวะได้เอง ใน 6 - 8 ชั่วโมง

3. การประเมินการเสียเลือดจากแผลผ่าตัด บันทึกลักษณะและปริมาณสิ่งคัดหลั่งจากแผล และสาย ระบายเลือด (Vacuum drain)

4. การประเมินอาการปวดแผลผ่าตัด กรณีได้รับยากลุ่มโอปิออยด์ ต้องเฝ้าระวังอันตรายจากอาการข้างเคียงของยา เช่น กดการหายใจ คลื่นไส้ อาเจียน ท้องผูก เป็นต้น

การดูแลผู้ป่วยสูงอายุหลังผ่าตัด 24 ชั่วโมง เป็นการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน

1. การป้องกันการเกิดลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำ (Venous thrombosis embolism) กระตุ้นให้ผู้ป่วยลุกเร็วหลังผ่าตัด เปลี่ยนอิริยาบถบ่อยๆ อยู่ในท่าที่ถูกต้อง บริหารข้อเท้าทุก 1 - 2 ชั่วโมง สังเกตและเฝ้าระวังอาการผิดปกติ ได้แก่ ภาวะลิ่มเลือดอุดตันที่ปอด (Pulmonary embolism) อาการแน่นหน้าอก หายใจเร็ว หัวใจเต้นเร็ว ไอเป็นเลือด หลอดเลือดดำที่คอโป่ง ภาวะลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำส่วนลึก (Deep vein thrombosis) อาการขาบวม อุณหภูมิปลายเท้าเย็น ชีต ปวดน่องขณะกระดกข้อเท้า คลำชีพจรขาข้างที่ผ่าตัดไม่ได้ และภาวะก้อนไขมันอุดตัน (Fat embolism) อาการเหนื่อย กระสับกระส่าย ระดับออกซิเจนในเลือดลดลง มีจุดเลือดออก (Petechiae) โดยเฉพาะบริเวณหน้าอก รักแร้ เปลือกตา

2. การป้องกันการเคลื่อนหลุดของหัวกระดูกต้นขาเทียม ในกรณีที่เป็นการผ่าตัดใส่กระดูกสะโพกเทียมให้การดูแล โดยจัดทำนอนเหยียดขาทั้งสองข้างออกจากกันประมาณ 15 - 30 องศา (Abduction) ใช้หมอนสามเหลี่ยม (Abduction pillow) กั้นกลางระหว่างขา ขาข้างที่ผ่าตัดต้องไม่บิดเข้าในหรือออกนอก การพลิกตะแคงตัว ควรพลิกไปทางด้านที่ไม่ผ่าตัดในลักษณะพลิกทั้งตัว (Log roll) ขาข้างผ่าตัดเหยียดตรงสอดหมอนไว้ที่ระหว่างขาให้ขากางออกเสมอ ข้อสะโพกต้องไม่หุบงอเข้า ประเมินการเคลื่อนหลุดของข้อ อาการบวม ปวดบริเวณข้อสะโพก ความยาวของขา 2 ข้าง

3. การป้องกันการติดเชื้อที่แผลผ่าตัดและข้อสะโพกเทียม โดยให้การพยาบาลอย่างถูกเทคนิค ตั้งแต่สุขอนามัยส่วนบุคคล การดูแลสายยางระบายเลือดออกจากแผลในระบบสุญญากาศ ไม่ให้เกิดก้อนเลือดอุดตัน (Hematoma)

4. การป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการนอนท่าเดียวนาน ๆ เนื่องจากถูกจำกัดการเคลื่อนไหว

4.1 กระตุ้นให้ออกกำลังกายบริหารข้อและกล้ามเนื้อทุกวัน เกร็งกล้ามเนื้อต้นขาสลับกับคลายกล้ามเนื้อ (Quadriceps setting exercise) กระดกขึ้นลง (Ankle pumping exercise) เพื่อเพิ่มการไหลเวียนของเลือด ลดการบวม ป้องกันกล้ามเนื้อลีบ ข้อติดแข็ง หรือลิ่มเลือดอุดตัน

4.2 เพื่อระวังการเกิดแผลกดทับ สามารถพลิกตะแคงตัวทุก 2 ชั่วโมง ดูแลไม่ให้ผิวหนังเปียกและอุจจาระปัสสาวะเป็นเวลานาน สังเกตรอยแดง ผิวซีด ตุ่มน้ำพุพอง บริเวณผิวหนัง

4.3 เพื่อระวังการติดเชื้อปอดอักเสบ ปอดแฟบ โดยการสอนให้ผู้ป่วยฝึกการหายใจเข้าออกลึก ๆ ยาว ๆ (Deep breathing exercise) และไออย่างมีประสิทธิภาพ (Effective cough)

4.4 เพื่อระวังการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ โดยการทำมาสะอาดยวาระสืบพันธุภายนอก อย่างถูกวิธี เช็ดทำความสะอาดจากด้านหน้าไปหลัง และไม่เช็ดย้อนกลับปกลับไปกลับมา ไม่กลั่นปัสสาวะ

การพยาบาลโดยใช้กระบวนการพยาบาล (Nursing process) ในการดูแลผู้ป่วย

1. การประเมินสภาวะผู้ป่วย (Assessment) การรวบรวมข้อมูลอย่างเป็นระบบ เพื่อช่วยในการวิเคราะห์และตัดสินใจในการกำหนดปัญหา/ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

2. การวินิจฉัยการพยาบาล (Nursing diagnosis) เป็นการหาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะสุขภาพกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพ เพื่อทราบแนวทางการวางแผน และปฏิบัติการพยาบาล ในการแก้ไขและส่งเสริมสุขภาพ

3. การวางแผนการพยาบาล (nursing planning) จัดลำดับความสำคัญปัญหา การกำหนดจุดมุ่งหมายทางการพยาบาล และเกณฑ์การประเมินผล การกำหนดกิจกรรมพยาบาล และการประเมินผลการเขียนแผนการพยาบาล

4. การปฏิบัติการพยาบาล (Implementation) เป็นขั้นตอนที่นำแผนการพยาบาล ที่วางไว้มาปฏิบัติจริงกับผู้ป่วย

5. การประเมินผลการพยาบาล (Evaluation) การประเมินคุณภาพการพยาบาล ประสิทธิภาพของกิจกรรมพยาบาลที่ให้กับผู้ป่วย แบ่งเป็น 2 ประเภท

5.1 การประเมินขณะทำการพยาบาล

5.2 การประเมินผลเมื่อสิ้นสุดการพยาบาล

กรณีศึกษา

ผู้ป่วยหญิงไทยอายุ 93 ปี สัญชาติไทย เชื้อชาติไทย ศาสนาพุทธ ไม่ได้ประกอบอาชีพ มีโรคประจำตัว ความดันโลหิตสูง (Hypertension), ไขมัน (Dyslipidemia), โรคหลอดเลือดสมอง (old cerebrovascular accident), ปฏิเสธการแพ้ (ยา อาหาร หรือสารเคมี) การผ่าตัด และการได้รับอุบัติเหตุ ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ถามตอบรู้เรื่อง น้ำหนัก 50 กิโลกรัม ส่วนสูง 160 เซนติเมตร ค่าดัชนีมวลกาย (BMI) 19.53 รูปร่างสมส่วน ญาติให้ประวัติ 2 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาลผู้ป่วยตกเตียงสูง 20 เซนติเมตร มีอาการปวดสะโพกซ้าย เดินไม่ได้ไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลชุมชน ผล x-ray พบมีกระดูกสะโพกหัก ส่งตัวมารักษาต่อ

วินิจฉัยโรค Closed Fracture intertrochanteric side Left (กระดูกสะโพกหักที่อินเตอร์โทรแคนเทอริกข้างซ้าย)

การรักษาที่ได้รับ

แพทย์พิจารณาทำการผ่าตัดวันที่ 18 มกราคม 2566 General Anesthesia โดยใช้เวลาในการผ่าตัดรวม 52 นาที Estimate blood loss 20 มิลลิลิตร หลังผ่าตัดสะโพกซ้ายปิด Fixomoll ไม่มีเลือดซึม ไม่ได้ใส่สายระบายเลือด Retained foley cath ไว้ หลังผ่าตัดวันที่ 1 ผู้ป่วยรู้สึกตัว พุดคุย สับสน หายใจเหนื่อย แพทย์ตรวจเย็บอาการพิจารณา on Oxygen Mask with Bag 10 LPM, On 5%D/N/2 1,000 cc. iv drip 40 cc/hrs., X-ray CXR portable พบ Cardiomegaly Infiltration แพทย์อายุรกรรมสั่งให้ Lasix 40 mg. iv 1 dose ผู้ป่วยทุเลาเหนื่อย ปวดแผลได้รับ Morphine 3 mg. iv ระดับความปวด 4

หลังผ่าตัดผู้ป่วยหายใจหอบเหนื่อยมากขึ้น ผู้ป่วยความดันโลหิต 79/48 รายงานแพทย์อธิบายแผนการรักษา ญาติปฏิเสธการใส่ท่อช่วยหายใจรักษาแบบประคับประคอง (Palliative care) พิจารณาให้ Load NSS 500 cc. in 1 hr. EKG, PRC 1 unit iv drip in 4 hr. CPM 1 amp. ก่อนให้เลือดส่ง Computed Tomography Angiography (CTA) Pulmonary artery พบ Minimal bilateral pleural effusion with passive atelectasis ให้ยา Enoxaparin 0.4 sc. q 12 hr. เปลี่ยนออกซิเจนเป็น HFNC Flow 60 Fio2 0.4 หลัง On HFNC หายใจเหนื่อยลดลง

หลังผ่าตัดวันที่ 13 ผู้ป่วยสามารถหายใจได้เอง แพทย์พิจารณาปรึกษากายภาพบำบัด Ambulation ลูกนั่งยืนด้วย Walker ข้างเตียง กายภาพบำบัด Bed side ได้ off foley cath หลัง off foley cath สามารถปัสสาวะได้เอง หลังผ่าตัดวันที่ 15 แพทย์ตรวจเย็บอาการพิจารณาจำหน่ายกลับบ้าน รวมนอนโรงพยาบาล 17 วัน นัดตรวจสัณยक्रमกระดูก 4 สัปดาห์ Film Both Hip AP ก่อนพบแพทย์

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

1. ระยะแรกรับก่อนผ่าตัด

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล ไม่สุขสบายเนื่องจากปวดสะโพกซ้าย

ข้อมูลสนับสนุน : ผู้ป่วยรู้สึกตัวดีสีหน้าไม่สุขสบาย ผู้ป่วยแจ้งว่าปวดสะโพกซ้ายเวลาเปลี่ยนอิริยาบถ ผู้ป่วยให้คะแนนความเจ็บปวด (Pain score) ที่ 5 คะแนน

วัตถุประสงค์ : ผู้ป่วยสุขสบาย บรรเทาอาการเจ็บปวด

เกณฑ์การประเมินผล : 1. ระดับคะแนนความเจ็บปวด (Pain score) น้อยกว่า 4 คะแนน

2. ระดับความง่วงซึม (Sedation score) เท่ากับ 0 คะแนน

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินระดับความเจ็บปวดของผู้ป่วย 0 - 10 คะแนน ทุก 4 ชั่วโมง และบันทึกเป็นสัญญาณชีพ

2. แนะนำให้ผู้ป่วยหาเทคนิคการเบี่ยงเบนความสนใจจากความเจ็บปวด
3. ดูแลดึงถ่วงน้ำหนักผิวหนังให้มีแรงต้านที่เหมาะสม แนวแรงดึงผ่านกระดูกที่หักดึงต่อเนื่อง ถูกลมุนน้ำหนัก 2 กิโลกรัม ลอยอิสระพ้นจากพื้นเชือกที่ดึงอยู่ในรอก และตรวจผ้ายึดที่ข้อเท้าซ้าย ถัดแน่นเกินไปให้คลายออกแล้วพันใหม่ป้องกันการกดทับเส้นประสาทและหลอดเลือด
4. ดูแลแนะนำให้กระดกข้อเท้าบ่อยๆ เพื่อกระตุ้นการไหลเวียนเลือดจะช่วยบรรเทาอาการปวด และช่วยลดภาวะลิ่มเลือดอุดตันรวมด้วยโดยแนะนำให้ผู้ป่วยปฏิบัติเมื่อไม่ปวด
5. ประคบเย็นบริเวณสะโพกซ้ายบรรเทาอาการปวด
6. ดูแลให้ยาตามระดับความเจ็บปวดของผู้ป่วย ระดับความเจ็บปวดที่มากกว่า 5 คะแนน ดูแลให้ยา Morphine 2 mg. injection vein prn q 4 hr. ตามแผนการรักษาของแพทย์

7. สังเกตความง่วงซึม (Sedation score) และสังเกตระดับความเจ็บปวด (Pain score) ของผู้ป่วย

ประเมินผล : ผู้ป่วยรู้สึกตัวดีทุเลาอาการปวดหลังจากได้รับการดึงน้ำหนักผิวหนังให้มีแรงต้านที่เหมาะสมที่ขาซ้าย น้ำหนัก 2 กิโลกรัม ผู้ป่วยให้ระดับความเจ็บปวด 3 คะแนน ผู้ป่วยไม่ได้รับยาฉีดบรรเทาอาการปวด

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล เตรียมความพร้อมก่อนเข้ารับการผ่าตัด

ข้อมูลสนับสนุน : ผู้ป่วยและญาติไม่ทราบการปฏิบัติตัวก่อนการผ่าตัดเนื่องจากไม่เคยเข้ารับการผ่าตัดมาก่อน , แพทย์ Set OR CRIF with PFNA left hip

วัตถุประสงค์ : ผู้ป่วยมีความพร้อมในการเข้ารับการผ่าตัด

เกณฑ์การประเมินผล : 1. ผู้ป่วยและญาติมีความรู้ในการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด
2. ผู้ป่วยและญาติรับความเสี่ยงในการเข้ารับการผ่าตัดได้

กิจกรรมการพยาบาล

1. อธิบายการปฏิบัติตัวระยะก่อนเข้ารับการผ่าตัด และการลงนามยินยอมเข้ารับการผ่าตัด
2. แนะนำการเตรียมความพร้อมร่างกาย ถอดเครื่องประดับก่อนการผ่าตัด
3. ดูแลให้ผู้ป่วยงดน้ำงดอาหารอย่างน้อย 8 ชั่วโมงก่อนเข้ารับการผ่าตัด
4. ดูแลปรึกษาศาสตราจารย์ แพทย์อายุรกรรมเพื่อประเมินความเสี่ยงในการเข้ารับการผ่าตัดและปรึกษาวินิจฉัยแพทย์เพื่อประเมินการเลือกใช้วิธีระงับความรู้สึกก่อนทำการผ่าตัด
5. ดูแลให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษาของแพทย์
6. ตรวจวัดสัญญาณชีพก่อนเข้ารับการผ่าตัด
7. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติซักถามข้อสงสัย

ประเมินผล : ผู้ป่วยและญาติไม่มีข้อซักถามเพิ่มเติม ผู้ป่วยดูแลความพร้อมของร่างกาย ถอดเครื่องประดับทุกชนิดออกจากร่างกาย สัญญาณชีพของผู้ป่วยอยู่ในเกณฑ์ปกติ ผู้ป่วยมีความพร้อม

ในการเข้ารับการรักษา

2. ระยะผ่าตัด

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล ผู้ป่วยเสี่ยงต่อได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอจากทางเดินหายใจอุดกั้น

ข้อมูลสนับสนุน : ผู้ป่วยได้รับการระงับความรู้สึกด้วยวิธี General Anesthesia with ETT oral tube ไม่รู้สึกตัวเป็นเวลา 2 ชั่วโมง ค่าความอิ่มตัวออกซิเจนในเลือด 97% ขณะ on mask with bag 6 LPM.

วัตถุประสงค์ : ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะทางเดินหายใจอุดกั้น

เกณฑ์การประเมินผล : 1. ผู้ป่วยไม่มีภาวะพร่องออกซิเจนและภาวะอุดกั้น ทางเดินหายใจได้แก่ ริมฝีปาก เล็บมือ เล็บเท้าเขียวคล้ำ หน้าอกบวม และปิกมูกบนขณะหายใจ

2. ผู้ป่วยมีอัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ไม่มีการใช้กล้ามเนื้อในการช่วยหายใจ

3. ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดมากกว่าหรือเท่ากับ 95%

4. ไม่พบเสียงเสมหะที่ปอดทั้ง 2 ข้าง

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินระดับความรู้สึกตัวและสัญญาณชีพผู้ป่วย

2. จัดท่านอนศีรษะสูง 30 องศา

3. สังเกตภาวะพร่องออกซิเจน เช่น อาการกระสับกระส่าย ปากคล้ำ หายใจปิกมูกบน อัตราหายใจเร็วกว่า 20 ครั้ง/นาที มีการใช้กล้ามเนื้ออกในการช่วยหายใจ ปลายมือปลายเท้าเย็นซีด ต้องรีบให้ออกซิเจนผู้ป่วยทันทีและรายงานแพทย์ทราบเพื่อให้การพยาบาลได้ทันทั่วถึง

4. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนชนิดหน้ากาก 6 - 10 ลิตรต่อนาที

5. ประเมินสภาพผู้ป่วยหลังได้รับออกซิเจน

ประเมินผล : ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี หายใจไม่เหนื่อยไม่มีการใช้กล้ามเนื้ออกในการช่วยหายใจ ขณะสวมออกซิเจนชนิดหน้ากาก (Mask with bag) 6 ลิตรต่อนาที ค่าความอิ่มตัวออกซิเจนในเลือด 98% มีสัญญาณชีพคงที่อยู่ในเกณฑ์ปกติ

3. ระยะหลังผ่าตัด

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล ผู้ป่วยเกิดภาวะ pulmonary embolism

ข้อมูลสนับสนุน : ผู้ป่วยเรียกปลุกตื่นมีอาการกระสับกระส่ายหายใจเหนื่อยขณะได้รับออกซิเจนชนิด Mask with bag 6 ลิตรต่อนาที อุณหภูมิกาย 36.7 องศาเซลเซียส อัตราการหายใจ 22 ครั้ง/นาที อัตราการเต้นหัวใจ 111 ครั้ง/นาที ค่าความอิ่มตัวออกซิเจนในเลือด 86% ความดันโลหิต 90/60 มิลลิเมตรปรอท ผลการตรวจเอ็กซเรย์คอมพิวเตอร์หลอดเลือดแดงปอด พบมีลิ่มเลือดอุดกั้น หลอดเลือดปอดเฉียบพลัน (extensive acute pulmonary embolism)

วัตถุประสงค์ : ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะ pulmonary embolism

เกณฑ์การประเมินผล : 1. ความดันโลหิต Systolic 90 - 140 mmHg Diastolic 60 - 90 mmHg.

2. ค่าความอิ่มตัวออกซิเจนในเลือดมากกว่าหรือเท่ากับ 95%

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินอาการและอาการแสดงภาวะพร่องออกซิเจน ได้แก่ อัตราการหายใจเพิ่มขึ้น กระสับกระส่ายหายใจไม่สะดวกปลายมือปลายเท้าเขียวริมฝีปากเขียวระดับความรู้สึกตัวลดลง

2. ดูแลจัดท่านอนศีรษะสูง 30 องศา และติดตามสัญญาณชีพทุก 1 ชั่วโมงอย่างต่อเนื่องจนคงที่

3. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับเครื่องให้ออกซิเจนผสมอากาศอัตราการไหลสูงทางจมูก (High flow nasal cannula) : Flow 60L FiO2 40 T 34 องศาเซลเซียส ตามแผนการรักษาของแพทย์

4. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาละลายลิ่มเลือด Enoxaparin 0.4 ml sc. q 12 hr. ตามแผนการรักษา

5. บันทึกสัญญาณชีพ และบันทึกสารน้ำเข้าออกจากร่างกาย

6. สังเกตภาวะผิดปกติ

ประเมินผล : ผู้ป่วยสับสน หายใจเหนื่อยหอบให้ออกซิเจนผสมอากาศอัตราการไหลสูงทางจมูก (High flow nasal cannula) : Flow 60L FiO2 40 T 34 องศาเซลเซียส อัตราการหายใจอยู่ที่ 22 - 23 ครั้งต่อนาที ค่าความอิ่มตัวออกซิเจนในเลือด 90% ผล CTA พบ Minimal bilateral pleural effusion with passive atelectasis

4. ระยะฟื้นฟูก่อนจำหน่าย

วางแผนจำหน่ายโดยใช้รูปแบบ M-E-T-H-O-D ได้แก่

1. M = Medication

1.1 Warfarin เพื่อป้องกันการอุดตันของหลอดเลือดดำ วางแผนจำหน่ายโดยใช้รูปแบบ M-E-T-H-O-D (ต่อ)

- ยับยั้งการทำงานของวิตามินเคในร่างกาย ซึ่งวิตามินเคมีบทบาทสำคัญในการสังเคราะห์โปรตีนที่จำเป็นต่อการแข็งตัวของเลือด เช่น โปรทรอมบิน (Prothrombin) และปัจจัยการแข็งตัวของเลือดอื่น ๆ (Factors II, VII, IX, X) การยับยั้งการทำงานของวิตามินเค ทำให้การสร้างโปรตีนเหล่านี้ลดลง ส่งผลให้การแข็งตัวของเลือดลดลง

- วิธีการใช้ Warfarin (3) 1 x hs วันจันทร์-วันเสาร์ + Warfarin (2) 1 x hs วันอาทิตย์

- อาการข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นจากการใช้ยา warfarin เช่น คลื่นไส้, เบื่ออาหาร หรือปวดท้อง ถ้าอาการเหล่านี้ไม่ดีขึ้นหรือมีอาการแย่ลง ให้แจ้งแพทย์หรือเภสัชกรทันที

1.2 ยาบรรเทาอาการปวด

- Gabapentin (300) 1 x 1 hs.

- Paracetamol (500) 1 tab oral prn for fever and pain q 4 - 6 hr.

- Tramadol (50) 1 tab oral for severe pain q 6-8 hr.

1.3 ยาโรคประจำตัว เช่น Hypertension, Old CVA, Dyslipidemia

2. E = Environment

2.1 เตียงนอน

2.1.1 ควรนอนชั้นล่างของบ้านป้องกันการเกิดอุบัติเหตุจากการขึ้นลงบันได

2.1.2 การนอนเตียงสูงอย่างน้อย 6 ฟุต ห้ามนอนกับพื้นต่ำเพื่อป้องกันการเกิดข้อสะโพกหักซ้ำ
ขณะลุกขึ้น หรือนั่ง

2.1.3 มีไม้กั้นเตียงป้องกันการอุบัติเหตุ

2.1.4 จัดให้มีโต๊ะข้างเตียง เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเอื้อมไขว่คว้าสิ่งที่ปกติจับหยิบสิ่งของได้ง่าย
และจัดวางสิ่งของให้เป็นระเบียบอยู่ระดับเอวเพื่อสะดวกต่อการหยิบใช้

2.2 ห้องน้ำ

2.2.1 ห้องส้วมควรมีขนาดกว้างพอที่จะให้รถเข็นสามารถเข็นเขาไปได้หรือใช้ Walker เดิน
และต้องเป็นส้วมแบบนั่งสูง หรือชักโครก

2.2.2 ไม่ควรมีที่กั้นธรณีประตู หรือพื้นต่างระดับ ควรมีราวเกาะที่ผนังห้อง มีเก้าอี้นั่ง อาบน้ำ
ควรเป็นพนักพิงหลัง

2.2.3 พื้นห้องน้ำควรแห้ง และมีแผ่นบางกันลื่นปูพื้นห้องน้ำ

3. T = Treatment การดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดใส่เหล็กตามยึดตรึงกระดูก ทำให้สามารถรักษา
ส่วนที่เป็นปกติของผู้ป่วยคงไว้ได้ และส่งเสริมฟื้นฟูสมรรถภาพให้คืนสู่สภาพเดิม

3.1 การออกกำลังกาย

3.1.1 การออกกำลังกาย โดยบริหารกล้ามเนื้อต้นขา ทำ Quadriceps Exercise เพื่อความ
แข็งแรงของกล้ามเนื้อ

3.1.2 การใช้อุปกรณ์ช่วยเดิน เช่น Walker, ไม้ค้ำยัน ป้องกันการลื่นล้มหกล้มซ้ำ

3.2 การรับประทานอาหาร

3.2.1 การรับประทานอาหารที่มีแคลเซียม เช่น ปลาตัวเล็กตัวน้อย ช่วยเสริมสร้างกระดูกให้
แข็งแรง

3.2.2 การรับประทานอาหารเฉพาะโรค เช่น ความดัน ไขมัน เป็นต้น

3.2.3 การขึ้นลงเตียง ระวังขณะเคลื่อนย้ายขาข้างผ่าตัด

3.2.4 การพลิกตะแคงตัว ใช้หมอนสอดระหว่างขา ไม่ทับขาข้างที่ผ่าตัด

3.3 การดูแลแผลผ่าตัด

3.3.1 การดูแลไม่ให้เปียกน้ำ

3.3.2 การสังเกตแผล เช่น อาการบวมแดง มีไข้

3.4 การจัดทำนอน

4. H = Health กระดูกข้อสะโพกหักที่รักษาด้วยการผ่าตัดใส่เหล็กตามยึดตรึงกระดูก ในผู้สูงอายุหรือในคนที่ประสบอุบัติเหตุเกิดข้อสะโพกแตกร้าวเพื่อทำให้ผู้ป่วยสามารถกลับมา มีความสามารถประกอบกิจวัตรประจำวันได้เป็นปกติ อาการและอาการแสดงที่ต้องรีบมาพบแพทย์ก่อนวันนัดได้แก่ ปวดสะโพกจะปวดมากขึ้น มีอาการบวมตึง หรือขยับไม่ได้เข้าบิดเข้าหาตัวหรือออกนอกตัวเหยียดขาไม่ได้

5. O = Outpatient referral

5.1 แนะนำสถานที่ให้บริการไกลบ้าน เพื่อสะดวกในการให้บริการ เช่นการทำแผล ตัดไหม

5.2 การมาตรวจตามแพทย์นัด เพื่อการได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง

6. D = Diet

6.1 ควรรับประทานอาหารให้ครบทั้ง 5 หมู่

6.2 จัดอาหารที่ผู้ป่วยชอบเพื่อกระตุ้นความอยากอาหาร และมีแคลเซียมสูง

6.3 ทำความสะอาดช่องปากผู้ป่วยทุกครั้ง ก่อนและหลังรับประทานอาหาร เพื่อเป็นการกระตุ้นความอยากอาหาร

สรุปกรณีศึกษา

กรณีศึกษาประวัติ 2 ชม. ก่อนมาโรงพยาบาลผู้ป่วยตกเตียงสูง 20 เซนติเมตร มีอาการปวดสะโพกซ้ายเดินไม่ได้ ไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลชุมชน x-ray พบมีกระดูกสะโพกหัก ส่งตัวมารักษาต่อวันที่ 16 มกราคม 2566 เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลชยันนาทนเรนทร ผู้ป่วยเดินไม่ได้ ตรวจร่างกายทั่วไปปกติ ปวดสะโพกซ้าย สะโพกซ้ายบวม ขาบิดเข้าใน ระดับความปวด 4 คะแนน ขาซ้ายสั้นกว่าขาขวา เข้ารับการผ่าตัดวันที่ 18 มกราคม 2566 General Anesthesia โดยใช้เวลาในการผ่าตัดรวม 52 นาที Estimate blood loss 20 มิลลิลิตร ผู้ป่วยหายใจหอบเหนื่อยมากขึ้น ญาติเลือกแผนการรักษาแบบประคับประคอง (Palliative care), Computed Tomography Angiography (CTA) Pulmonary artery พบ Minimal bilateral pleural effusion with passive atelectasis ให้ยา Enoxaparin 0.4 sc. q 12 hr. ให้ออกซิเจนเป็น HFNC หลังผ่าตัดวันที่ 13 ผู้ป่วยหายใจได้เอง ปรึกษากายภาพบำบัด Ambulation ลูกนั่งยืนด้วย Walker ข้างเดียว แพทย์ตรวจเยี่ยมอาการพิจารณา off foley cath หลัง off foley cath สามารถปัสสาวะได้เอง หลังผ่าตัดวันที่ 15 แพทย์ตรวจเยี่ยมอาการพิจารณาจำหน่ายกลับบ้าน รวมนอนโรงพยาบาล 17 วัน นัดตรวจสัณยกรรมกระดูก 4 สัปดาห์ Film Both Hip AP ก่อนพบแพทย์

ข้อเสนอแนะ

1. พยาบาลควรมีบทบาทและตระหนักถึงความสำคัญของการเยี่ยมผู้ป่วยก่อนทำผ่าตัดที่หอผู้ป่วย เพื่อให้ความรู้ แนะนำการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น ทั้งยังเป็นการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วย และลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยและญาติ
2. พยาบาลต้องมีทักษะความรู้ ความชำนาญ ในการดูแลผู้ป่วยที่กระดุกสะโพกหัก
3. เน้นให้ผู้ป่วยและญาติมีความรู้ ความเข้าใจการปฏิบัติตัวขณะอยู่โรงพยาบาล และสามารถดูแลตนเอง เมื่อกลับไปอยู่บ้านได้ เน้นย้ำให้ผู้ป่วยตระหนักถึงการมาตรวจตามแพทย์นัด และสังเกตอาการผิดปกติ เช่น มีไข้ ปวดแผลมาก มีอาการชาขามากขึ้น ขาบวม ปัสสาวะไม่ออก ให้มาพบแพทย์ทันที

บรรณานุกรม

- Folbert, E.C., Hegeman, J.H., Gierveld, R., van Netten J.J., Velde D.V., Ten Duis H.J., Slaets J.P.(2017).Complications during hospitalizationand risk factors in elderly patients with hip fracture following integrated orthogeriatric treatment.Archives of Orthopaedicand Trauma Surgery, 137(4), 507-515.
- Hanucharornkul, S. (2001). Self-care and Orem's theory. In S. Hanucharornkul (Ed.), Nursing: Science of practice (2nd ed.). Bangkok: V.J. Printing.
- Kanis, J.A., Oden, A., McCloskey, E.V., Johansson, H., Wahl, D.A., Cooper C; IOF Working Group on Epidemiology and Quality of Life. (2012). A systematic review of hip fracture incidence and probability of fracture worldwide. Osteoporosis International, 23(9), 2239 - 2256.
- Orem, D. E., Taylor, S. G., & Renpenning, K. M. (2001). Nursing: Concepts of practice (6th ed.). St. Louis: Mosby.
- เตรียมตัวให้พร้อม ก่อนผ่าตัดสะโพก. (03 กุมภาพันธ์ 2564). เข้าถึงได้จากโรงพยาบาลศิริราชปิยมหาราช: <https://www.siphospital.com/th/news/article/share/987>
- เปรมจิต เกตษา. (2561). การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดข้อสะโพกเทียมและมีโรคร่วม: กรณีศึกษา 2 ราย. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลอุดรธานี, 208-215.
- พารุ ธีวณศรี, ทิปทัศน ชินตาปัญญากุล. การประยุกต์ใช้ทฤษฎีของโอเร็มกับการดูแลและการให้คำแนะนำผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว. วารสารพยาบาลตำรวจ. 2561;10(1):209-19.
- มลฤดี เพ็ชรลมูล และ สุภาพ อารีเอื้อ. (2552). การชะลอการผ่าตัดในผู้ป่วยสูงอายุที่กระดูกสะโพกหัก: ปรัชญาการณทางคลินิกที่ท้าทายการจัดการ.รามธิบดีพยาบาลสาร, 15(2), 233-248.
- เสาวภา อินผา.(2557). คู่มือการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม. คณะแพทยศาสตรศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล. กรุงเทพฯ
- อรพรรณ โตสิงห์.(2559). การพยาบาลผู้ป่วยทางออโรโธปิดิกส์.กรุงเทพฯ: โครงการตำราคณะพยาบาลศาสตรมหาวิทยาลัยมหิดล.