การพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหักที่มีโรคร่วม: กรณีศึกษา

มณี พวงศุภวิวัฒน์*

บทคัดย่อ

กระดูกสะโพกหักเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญในผู้สูงอายุ สาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากการพลัดตกหกล้มและภาวะกระดูกพรุน การผ่าตัดเป็นทางเลือกหนึ่งในการรักษาภาวะกระดูกหัก ซึ่งจะพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุที่มักจะมีโรคประจำตัว และโรคเรื้อรังร่วมด้วยจึงมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนในการผ่าตัดได้ง่ายกว่าวัยอื่น ดังนั้นการเตรียมความพร้อมในการดูแลที่มีมาตรฐานตั้งแต่ก่อนผ่าตัดจึงเป็นสิ่งสำคัญต่อการรักษา เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจจะเกิดขึ้น และสามารถกลับไปใช้ชีวิตได้ใกล้เคียงปกติมากที่สุด

กรณีศึกษาหญิงไทย อายุ 71 ปี เข้ารับการรักษาด้วยภาวะกระดูกสะโพกหักเพื่อทำการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพก ซึ่งพบว่าเป็นวัยสูงอายุที่มีโรคประจำตัว ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูงและโรคไขมันในเลือดสูง จึงมีความเสี่ยงในการผ่าตัดค่อนข้างสูง และภายหลังการผ่าตัดพบปัญหาวิกฤต คือ เสี่ยงต่ออันตรายจากภาวะช็อกจากการสูญเสียเลือดหลังการผ่าตัด และอาจเกิดภาวะลิ่มเลือดอุดตันในปอด ทั้งนี้กรณีศึกษาได้รับการแก้ไขปัญหาดังกล่าวด้วยการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ เลือด และยา รวมถึงติดตามการตรวจพิเศษและการตรวจทางห้องปฏิบัติอย่างต่อเนื่องจนอาการดีขึ้นตามลำดับ ภายหลังการใช้กระบวนการพยาบาลและแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอนเป็นเครื่องมือในการประเมินภาวะสุขภาพ นำมาซึ่งวินิจฉัยการพยาบาล วางแผนการพยาบาล ปฏิบัติการพยาบาลและประเมินผลการพยาบาลในทุกระยะของการดูแล ผู้ป่วยสามารถผ่านพ้นระยะวิกฤติด้วยความปลอดภัย ปราศจากภาวะแทรกซ้อน ซึ่งระหว่างเข้ารับการรักษาพบวินิจฉัยทางการพยาบาลทั้งสิ้น 11 ข้อและทุกข้อได้รับการแก้ไขทั้งหมดก่อนจำหน่ายกลับบ้าน รวมระยะเวลาที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล 8 วัน

คำสำคัญ : การพยาบาล, กระดูกสะโพกหัก, การผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพก

---

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลเจ้าพระยายมราช

บทนำ

กระดูกสะโพกหักเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทยและในหลายประเทศทั่วโลก[1,2] สาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากอุบัติเหตุ และการพลัดตกหกล้ม รวมถึงในผู้สูงอายุมีภาวะกระดูกพรุนจะมีโอกาสเกิดกระดูกสะโพกหักซ้ำอีกข้างได้ร้อยละ 12[3] จากข้อมูลของประธานมูลนิธิโรคกระดูกพรุนแห่งประเทศไทย[4] พบว่า ในยุโรปมีผู้หญิงสูงอายุมากกว่า 7 แสนราย ประสบปัญหากระดูกสะโพกหัก และมีอัตราตายประมาณร้อยละ 20-25 ในปีแรกที่เกิดการหักของกระดูกสะโพก สำหรับประเทศไทยพบว่าในปี พ.ศ. 2568 และ 2593 จะมีจำนวนผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักถึง 34,246 คน และ 56,443 คน ตามลำดับ[5] จากข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักมีเพิ่มจำนวนขึ้นเรื่องๆ นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักส่วนใหญ่มีอายุตั้งแต่ 50 ปีขึ้นไป โดยทั่วไปมีโรคร่วม (Co-Morbidities) อย่างน้อย 1 โรค เช่น โรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน เป็นต้น ผู้ป่วยที่มีโรคร่วมจะทำให้มีการเปลี่ยนแปลงทั้งกายภาพ สรีระและการทำหน้าที่ของระบบต่างๆที่เกี่ยวข้องกับโรคนั้นทำให้การดูแลซับซ้อนมากขึ้น ซึ่งโรคร่วมเหล่านี้มีผลทั้งทางตรงและทางอ้อมที่ทำให้การฟื้นหายล่าช้า[6] การผ่าตัดข้อสะโพก (Hip Arthroplasty) เป็นการผ่าตัดใหญ่ของการผ่าตัดศัลยกรรมกระดูกที่มีความเสี่ยงภาวะแทรกซ้อนทางหัวใจและภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดในช่วง 30 วัน เป็นความเสี่ยงระดับปานกลาง (Moderate Risk) ร้อยละ 1-5 ดังนั้น หากผู้ป่วยมีโรคความดันโลหิตสูงร่วมยิ่งทำให้ความเสี่ยงดังกล่าวเพิ่มสูงขึ้นและทำให้มีการเสียเลือดเพิ่มมากขึ้นระหว่างการผ่าตัด[7]

กระดูกสะโพกหักมีผลกระทบต่อแบบแผนชีวิตทุกด้าน มีความเจ็บปวด ถูกจำกัดการเคลื่อนไหวในหนึ่งเดือนแรกอาจทำให้มีภาวะแทรกซ้อน เช่น แผลกดทับ ปอดอักเสบ การติดเชื้อ หลอดเลือดดำส่วนลึกอุดตัน มีการเผาผลาญโปรตีนในร่างกายมากกว่าปกติ ทำให้สูญเสียมวลกล้ามเนื้อ 7-9 กิโลกรัม ข้อติด กล้ามเนื้อลีบ ทำให้อ่อนเพลีย น้ำหนักลดลง และแผลหายช้า[5] ปัจจุบันภาวะข้อสะโพกหักส่วนใหญ่รักษาโดยวิธีการผ่าตัด ซึ่งลดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนติดเตียงนาน ระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาลน้อยกว่า ผู้ป่วยเริ่มเดินลงน้ำหนักได้เร็วกว่า และมีโอกาสกลับไปเดินได้ดีกว่า เมื่อเทียบกับกลุ่มที่รักษาโดยวิธีการไม่ผ่าตัด[8] โดยการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมในประเทศไทยเป็น 1 ใน 10 อันดับแรกของหัตถการทุกอย่างที่ทำมากที่สุดของประเทศ[9] เช่นเดียวกับโรงพยาบาลเจ้าพระยายมราช พบว่ามีผู้ป่วยสะโพกหักมากขึ้นโดยเฉพาะในผู้สูงอายุ โดยใน พ.ศ. 2565 มีจำนวน 345 ราย และพ.ศ. 2566 มีจำนวนเพิ่มขึ้นเป็น 448 ราย[10] ส่วนใหญ่ได้รับการผ่าตัด และมีโรคร่วม เช่น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคไต ไขมันในเลือดสูง และโรคหัวใจ เป็นต้น ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มนี้มีภาวะเจ็บป่วยที่ซับซ้อนยากต่อการประเมิน จึงต้องมีการเตรียมพร้อมทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจสำหรับการผ่าตัดเพื่อลดโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดที่สามารถป้องกันได้ รวมถึงช่วยระยะเวลานอนโรงพยาบาลที่นานมากกว่าผู้ป่วยที่มีสะโพกหักที่ไม่มีโรคร่วม ดังนั้นการวางแผนการพยาบาลที่ถูกต้อง และครอบคลุมช่วยให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลกลับไปดูแลตนเองที่บ้านได้อย่างมั่นใจ ผู้ศึกษาจึงสนใจที่จะศึกษาข้อมูลเกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักที่มีโรคร่วม เพื่อนำผลการศึกษามาพัฒนาปรับปรุงแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ให้ได้มาตรฐาน ปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้ต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหักที่มีโรคร่วม

วิธีดำเนินการศึกษา

1. ศึกษาค้นคว้าเอกสารวิชาการ ตำรา งานวิจัยการวินิจฉัย การรักษา รวมทั้งทฤษฎีและแนวคิดทางการ พยาบาลเกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหักที่มีโรคร่วม

2. คัดเลือกกรณีศึกษาแบบเจาะจง จากผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหักที่มีโรคร่วม จำนวน 1 ราย ในช่วงเดือนกันยายน - ตุลาคม พ.ศ. 2566

3. รวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยใน ซักประวัติ ตรวจร่างกาย ประเมินปัญหา ความต้องการทางการพยาบาลของผู้ป่วยโดยใช้กระบวนการพยาบาล และแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน (Gordon function)[11]

4. กำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล วางแผนการพยาบาล ให้การพยาบาล ประเมินผล และสรุปอภิปรายผล

กรณีศึกษา

ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย: หญิงไทย อายุ 71 ปี เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย สถานภาพสมรสคู่ อาชีพค้าขาย

อาการสำคัญ: นำส่งจากโรงพยาบาลบางปลาม้าด้วยอาการปวดสะโพกข้างขวา เดินลงน้ำหนักไม่ได้

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน: 1 วันก่อนมาโรงพยาบาล เดินะดุดล้ม ปวดสะโพกข้างขวา เดินลงน้ำหนักไม่ได้ ไปรักษาที่โรงพยาบาลบางปลาม้า ตรวจพบกระดูกสะโพกข้างขวาหัก จึงส่งต่อมาเพื่อพบแพทย์เฉพาะทางที่โรงพยาบาลเจ้าพระยายมราช

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต: เป็นโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และไขมันในเลือดสูง รับการรักษาต่อเนื่อง ยาที่รับประทานประจำ ได้แก่ Amlodipine 5 มิลลิกรัม รับประทานครั้งละ 1 เม็ด หลังอาหารเช้า, Enalapril 5 มิลลิกรัม รับประทานครั้งละ 1 เม็ด หลังอาหารเช้า-เย็น, Metformin 500 มิลลิกรัม รับประทานครั้งละ 1 เม็ด หลังอาหารเช้า-เย็น, Glipizide 5 มิลลิกรัม รับประทานครั้งละ 1 เม็ด ก่อนอาหารเช้า, Simvastatin 20 มิลลิกรัม รับประทานครั้งละ 1 เม็ด ก่อนนอน และ Vit B Complex รับประทานครั้งละ 1 เม็ด หลังอาหารเช้า-เย็น ปฏิเสธการแพ้ยา

การประเมินสภาพร่างกายตามระบบ

ลักษณะทั่วไป : รูปร่างท้วม น้ำหนัก 66 กิโลกรัม สูง 155 เซนติเมตร ค่าดัชนีมวลกาย 27.39 กิโลกรัมต่อตารางเมตร ร่างกายทั่วไปสะอาด ไม่มีรอยโรค ต้นขาขวาบวม ช่วยเหลือตัวเองได้บนเตียงเล็กน้อย

สัญญาณชีพ : อุณหภูมิร่างกาย 36.1 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 74 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 135/77 มิลลิเมตรปรอท ค่าความอิ่มตัวออกซิเจนในเลือด 98%

ระบบประสาท : รู้สึกตัวดี ทำตามคำสั่งได้

ทรวงอก : หายใจไม่เหนื่อย ฟังปอดไม่พบเสียงผิดปกติ หน้าอกขยายตัวเท่ากันทั้งสองข้าง

ท้อง : หน้าท้องนิ่ม กดเจ็บไม่เจ็บ ไม่พบท้องแข็งเกร็ง ลำไส้เคลื่อนไหว 9 ครั้ง/นาที

กล้ามเนื้อและกระดูก: แขนและขาแรงดี ยกเว้นขาขวายกไม่ได้ กระดิกนิ้วเท้าได้เพียงอย่างเดียว เนื่องจากมีข้อสะโพกหัก และมีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหวข้อสะโพกจากความปวด ระดับความปวด 3 คะแนน

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

วันแรกตรวจ CBC พบ Hematocrit 37.0% Hemoglobin 12.6%, WBC 11,750 cell/uL, Platelet count 314,000 cell/uL, Neutrophils 75%, Lymphocyte 20%, Monocyte 4% , Electrolyte พบ Sodium 140.2 mmol/L Potassium 3.81 mmol/L, Chloride 101.2 mmol/L, CO2 26.4 mmol/L, Calcium 8.7 mg/dl, Phosphorus 3.2 mg/dl, Blood Sugar 162 mg/dl, Blood urea nitrogen 11.3 mg/dl, Creatinine 0.81 mg/dl และตรวจ UA พบ Urine Sugar 1^{+}, Urine Ketone Trace, Occult blood (UA) 2^{+}, WBC 0-1 cells/HPF, RBC 5-10 cells/HPF

วันที่ 2 ติดตามผลการตรวจ Electrolyte พบ Sodium 131.5 mmol/L, Potassium 3.5 mmol/L, Chloride 100 mmol/L, CO2 20.8 mmol/L, D-dimer 22,220 ng/ml

ผลการตรวจ CTA Pulmonary artery พบว่า No evidence of pulmonary embolus.

การวินิจฉัยโรค Fracture Intertrochanteric Right

การผ่าตัด open reduction internal fixation (ORIF) with Gramma nail

การรักษาของแพทย์

หญิงไทย อายุ 71 ปี นำส่งจากโรงพยาบาลบางปลาม้าเนื่องจากตรวจพบกระดูกสะโพกข้างขวาหักจากการเดินสะดุดล้ม ปวดสะโพกข้างขวา เดินลงน้ำหนักไม่ได้ แพทย์พิจารณาทำผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงกระดูกภายในร่างกาย (open reduction internal fixation (ORIF) with Gramma nail) หลังผ่าตัดรู้สึกตัวดี มีอาการใจสั่น หายใจเหนื่อย อัตราการหายใจ 28 ครั้งต่อนาที ค่าความอิ่มตัวออกซิเจนในเลือดลดลงเหลือ 90% แพทย์สงสัยเกิดภาวะลิ่มเลือดอุดตันในปอด (pulmonary embolism: PE) ดูแลให้ O2 Mask with bag 10 ลิตร/นาที ตรวจบันทึกคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (EKG 12 leads) พบภาวะหัวใจเต้นปกติ (NSR) อัตราการเต้นของหัวใจ 86 ครั้ง/นาที ส่งทำ CTA Chest ผลไม่พบ PE (No evidence of pulmonary embolus) เจาะเลือดตรวจ D-dimer พบสูงมาก 22,220 ng/ml (ค่าปกติ < 500 ng/ml) แสดงถึงความผิดปกติของการแข็งตัวของเลือด และพบความดันโลหิตค่อนข้างต่ำ 96/59-140/85 มิลลิเมตรปรอท อัตราการหายใจ 20-22 ครั้ง/นาที อุณหภูมิ 36.1 องศาเซลเซียส ดูแลให้ 5%D/NSS/2 1000 มิลลิลิตรทางหลอดเลือดดำอัตราความเร็ว 100 มิลลิลิตร/ชั่วโมง รวมถึงพบความเข้มข้นของเลือดลดลงจากเดิม 32% เหลือ 28% ได้รับ PRC gr. O จำนวน 1 ยูนิต ระหว่างให้เลือดไม่มีอาการแพ้เลือด นอกจากนี้มีอาการปวดตึงแผลผ่าตัดระดับความปวด 5 คะแนน ได้รับยาแก้ปวดเป็น Morphine 3 มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำ ทุก 4 ชั่วโมง ได้รับยาปฏิชีวนะเป็น Cefazolin 1 กรัมฉีดทางหลอดเลือดดำ ทุก 6 ชั่วโมง และยา Plasil 1 amp ฉีดทางหลอดเลือดดำ ทุก 6 ชั่วโมง ระหว่างการรักษาติดตามผลการตรวจ Electrolyte พบ Potassium ลดลงจาก 3.81 mmol/L เหลือ 3.5 mmol/L ได้รับยา 10% E.KCl 30 มิลลิลิตร จำนวน 1 ครั้ง และติดตามระดับน้ำตาลในเลือดโดยการเจาะเลือดปลายนิ้วก่อนอาหารและก่อนนอน ซึ่งให้อยู่ระหว่าง keep 80-200 mg% ผลอยู่ในช่วง 157-182 mg%

หลังการผ่าตัด 3 วัน ร่างกายทั่วไปปกติ แผลผ่าตัดไม่บวม ไม่มี Bleed หรือ Discharge ออกท้องไม่อืด ถ่ายอุจจาระได้ ปัสสาวะในถุงสีเหลืองใสออกดี 500-700 มิลลิลิตร/8 ชั่วโมง แพทย์ให้ปรึกษานักกายภาพบำบัดเพื่อฝึกการเดินด้วย Walker FWB Right ที่ข้างเตียง หลังการทำกายภาพและฝึกการเดิน 5 วัน ได้ถอดสายสวนปัสสาวะออก หลังถอดสายสวนปัสสาวะสามารถปัสสาวะได้เอง อาการทุเลาแพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้ นัดตรวจติดตามอาการ 2 สัปดาห์ที่แผนกผู้ป่วยนอกศัลยกรรมกระดูก ยาสำหรับรับประทานที่บ้านต่อเนื่อง ได้แก่ Diclofenac 200 มิลลิกรัม รับประทานครั้งละ 1 เม็ดหลังอาหารเช้า-เย็น, Celebrex รับประทานครั้งละ 1 เม็ด หลังอาหารเช้า-เย็น, Vit D2 20,000 ยูนิตรับประทานครั้งละ 1 เม็ด หลังอาหารเช้า, Paracetamol 500 มิลลิกรัม รับประทานครั้งละ 1 เม็ดเมื่อปวดทุก 6 ชั่วมง, Amlodipine 5 มิลลิกรัม รับประทานครั้งละ 1 เม็ด หลังอาหารเช้า-เย็น, Enalapril 5 มิลลิกรัม รับประทานครั้งละ 1 เม็ด หลังอาหารเช้า , Metformin 500 มิลลิกรัม รับประทานครั้งละ 1 เม็ด หลังอาหารเช้า-เย็น, Glipizide 5 มิลลิกรัมรับประทานครั้งละ 1 เม็ด ก่อนอาหารเช้า, Simvastatin 20 มิลลิกรัมรับประทานครั้งละครึ่งเม็ด ก่อนนอน และ Vit B Complex รับประทานครั้งละ 1 เม็ด หลังอาหารเช้า-เย็น รวมระยะเวลานอนโรงพยาบาลทั้งสิ้นจำนวน 8 วัน

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและการวางแผนการพยาบาล

จากกระบวนการพยาบาล และข้อมูลต่างๆ สามารถสรุปการปฏิบัติการพยาบาลและการประเมินผลการพยาบาล โดยแบ่งออกเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1. ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลก่อนผ่าตัด

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1 ปวดสะโพกซ้ายเนื่องจากกระดูกสะโพกหัก

ข้อมูลสนับสนุน: สีหน้าหน้านิ่ว คิ้วขมวด ขณะขยับร่างกาย ระดับความปวด 5 คะแนน

วัตถุประสงค์: บรรเทาอาการปวด

เกณฑ์การประเมินผล

1. อาการปวดลดลง ระดับความปวดน้อยกว่าหรือเท่ากับ 5 คะแนน
2. สามารถนอนหับพักผ่อนได้

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินอาการปวดโดยใช้มาตรวัดระดับความปวด ด้วย numeric rating scale (0-10) เพื่อแสดงถึงระดับความเจ็บปวด[12]
2. สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วย พูดจาปลอบโยนและให้กำลังใจ เพื่อให้ผู้ป่วยทราบว่ารับรู้และเชื่อว่าผู้ป่วยปวดจริง
3. จัดสิ่งแวดล้อมให้สงบ และดูแลให้ผู้ป่วยพักผ่อนอย่างเพียงพอ ตามความต้องการ
4. แนะนำวิธีผ่อนคลายความเจ็บปวดโดยสอนเทคนิคเบี่ยงเบนความสนใจต่างๆ เช่น ดูทีวี ทำสมาธิ เพื่อเบี่ยงเบนความสนใจจากการเจ็บปวดไปสู่สิ่งอื่นจะทำให้มีการหลั่งสาร Endorphin จากต่อมใต้สมองเพื่อบรรเทาความเจ็บปวด[12]
5. ดูแลให้รับประทานยาแก้ปวด Paracetamol (500มิลลิกรัม) 1 เม็ด เวลาปวดทุก4-6 ชั่วโมงตามแผนการรักษาและสังเกตอาการข้างเคียงของยา

การประเมินผล: อาการปวดลดลงระดับ 4 คะแนน สามารถนอนหลับพักผ่อนได้

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2 วิตกกังวลเนื่องจากขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม

ข้อมูลสนับสนุน: ญาติสอบถามอาการและภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด กลัวผู้ป่วยไม่ฟื้น

วัตถุประสงค์: คลายความวิตกกังวล และมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม

เกณฑ์การประเมินผล: ญาติสอบถามอาการน้อยลง

กิจกรรมการพยาบาล

1. สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยและผู้ดูแล จัดให้พูดคุยกับแพทย์เจ้าของไข้และอายุรแพทย์สูงอายุเพื่อให้ข้อมูลประกอบการตัดสินใจ

2. อธิบายและให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรค กระบวนการรักษาพยาบาล การปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด การจัดการอาการปวด

3. ส่งเสริมความมั่นใจ และให้กำลังใจผู้ป่วยและญาติให้มีส่วนร่วมในการวางแผนจำหน่ายตั้งแต่รับไว้รักษาตัวในโรงพยาบาล โดยให้ผู้ป่วยกำหนดเป้าหมายในการดูแลตนเอง

4. แนะนำ สอน สาธิตเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดเป็นรายบุคคล ฝึกการหายใจและการไอ การใช้ incentive spirometer เพื่อป้องกันภาวะปอดแฟบหลังผ่าตัด[13]

5. แนะนำการออกกำลังกายกล้ามเนื้อสะโพก ankle pumping exercise การเคลื่อนไหวหลังผ่าตัด การลุกนั่ง ยืน และเดินพร้อมผู้ดูแลควรเริ่มทำตั้งแต่วันที่ 3 หลังผ่าตัด[13]

6. สร้างความมั่นใจแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแล ให้ความรู้เรื่องการประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มและการป้องกันการพลัดตกหกล้มซ้ำ

การประเมินผล: ญาติคลายความวิตกกังวล

ระยะที่ 2. ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลหลังผ่าตัด

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 3 เสี่ยงต่ออันตรายจากภาวะช็อกจากการสูญเสียเลือดหลังการผ่าตัด

ข้อมูลสนับสนุน:

1. ระหว่างผ่าตัดมีการเสียเลือด 100 มิลลิลิตร

2. ระดับความเข้มข้นของเลือด 28%

3. สัญญาณชีพ ความดันโลหิต 95/66 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 76 ครั้ง/นาที

วัตถุประสงค์: ไม่เกิดอันตรายจากภาวะช็อค

เกณฑ์การประเมินผล

1. สัญญาณชีพปกติ ความดันโลหิต ≥ 90/60 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 60-100 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 16-20 ครั้ง/นาที

2. ความเข้มข้นของเลือดอยู่ในเกณฑ์ปกติ 36-48%

กิจกรรมการพยาบาล

1. ตรวจวัดสัญญาณชีพ ทุก 15 นาที 4 ครั้ง ทุก 30 นาที 2 ครั้ง และทุก 1 ชั่วโมง กระทั่งสัญญาณชีพเป็นปกติจนครบ 24 ชั่วโมงแรกภายหลังการผ่าตัด หลังจากนั้นตรวจวัดสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง จนครบ 72 ชั่วโมงภายหลังการผ่าตัด พร้อมประเมินอาการอย่างใกล้ชิด[14]

2. ดูแลให้ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำอย่างตามแผนการรักษา ได้แก่ 5%D/NSS/2 1000 มิลลิลิตรทางหลอดเลือดดำอัตราความเร็ว 100 มิลลิลิตร/ชั่วโมง

3. ดูแลให้ได้รับ PRC gr.O 1 unit โดยปฏิบัติตามมาตรฐานการให้เลือด พร้อมทั้งสังเกตอาการขณะให้เลือดและหลังให้เลือด

4. ดูแลให้ได้รับออกซิเจน O2 Mask with bag 10 ลิตรต่อนาที เพื่อเพิ่มปริมาณออกซิเจนในเลือดให้เพียงพอ

5. ประเมินและสังเกตลักษณะของบาดแผล ดูแลผ้าพันแผลให้กระชับ ไม่เลื่อนหลุดพร้อมทั้งสังเกตลักษณะของเลือดที่ซึมผ่านออกมา ถ้าเลือดซึมผ่านออกมาในปริมาณมากจนชุ่มแผลในลักษณะที่เรียกว่า Active bleeding รายงานให้แพทย์ทราบทันที

6. สังเกต บันทึก ประเมินทั้งปริมาณ จำนวน และลักษณะของน้ำปัสสาวะที่ออกทุก 2 ชั่วโมงภายใน 8-16 ชั่วโมงแรกภายหลังผ่าตัด หากตรวจพบจำนวนปัสสาวะน้อยกว่า 0.5 มิลลิลิตร/กิโลกรัม/ชั่วโมง ให้รายงานแพทย์ทราบ

7. สังเกตอาการผิดปกติจากการเสียเลือด ได้แก่ ลักษณะของสีผิว สีเล็บ เยื่อบุตา เวียนศีรษะ หน้ามืด ปลายมือปลายเท้าเย็น

การประเมินผล: ไม่เกิดอันตรายจากภาวะช็อก ระดับความเข้มข้นเลือดสูงขึ้นเป็น 33% ไม่มีอาการแพ้เลือด ความดันโลหิต 117/72-130/82 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 76-82 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ปัสสาวะออก 500 มิลลิลิตร/8ชั่วโมง

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 4 มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาระงับความรู้สึกภายหลังการผ่าตัด

ข้อมูลสนับสนุน: ความดันโลหิต 95/66 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 76 ครั้ง/นาที มีอาการคลื่นไส้/อาเจียน

วัตถุประสงค์: ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาระงับความรู้สึก

เกณฑ์การประเมินผล: ผู้ป่วยตื่นดี สัญญาณชีพปกติ ความดันโลหิต ≥ 90/60 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 60-100 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 16-20 ครั้ง/นาที อาการคลื่นไส้/อาเจียน

กิจกรรมการพยาบาล

1. ตรวจสอบระดับความรู้สึกตัวหรือประเมินความง่วงซึมของผู้ป่วย ด้วยการสอบถามชื่อ นามสกุลของผู้ป่วย และหรือการสอบถามวัน เวลา และสถานที่ เป็นต้น

2. ดูแลจัดท่านอนให้เหมาะสมโดยจัดให้ผู้ป่วยนอนราบ หนุนหมอนเตี้ย 1 ใบ ห้ามลุกนั่งอย่างน้อย 6 ชั่วโมง หรือจนกว่าจะรู้สติ[15]

3. ตรวจวัดสัญญาณชีพ (vital signs) ทุก 15 นาที 4 ครั้ง ทุก 30 นาที 2 ครั้ง และทุก 1 ชั่วโมง กระทั่งสัญญาณชีพเป็นปกติจนครบ 24 ชั่วโมงแรกภายหลังการผ่าตัด หลังจากนั้นตรวจวัดสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง จนครบ 72 ชั่วโมงภายหลังการผ่าตัด[14]

4. ประเมินกำลังของกล้ามเนื้อ ความรู้สึกชาของขาทั้ง 2 ข้าง และการขับถ่ายปัสสาวะ

5. กระตุ้นให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามคำแนะนำ เพื่อให้ทางเดินหายใจโล่ง ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ โดยกระตุ้นให้ผู้ป่วยหายใจเข้าออกลึกๆ และให้ไออย่างถูกวิธีเพื่อช่วยระบายเสมหะหรือสิ่งคัดหลังที่คั่งค้างในปอดออกให้หมด[15]

6. กระตุ้นให้ผู้ป่วยมีการเคลื่อนไหวร่างกายเมื่อรู้สึกตัวดี (early ambulation) ให้เร็วที่สุดและมากขึ้นเรื่อย ๆ ภายหลังการผ่าตัด 24 ชั่วโมง[15]

การประเมินผล: รู้สึกตัวดี มีความง่วงซึมเล็กน้อย ไม่พบกระเพาะปัสสาวะโปร่งตึง ชาขาแต่สามารถยกขยับได้ ความดันโลหิต 117/72-130/82 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 76-82 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 5 เสี่ยงต่อการเกิดภาวะลิ่มเลือดอุดตันหรือภาวะก้อนไขมันอุดตันในปอด

ข้อมูลสนับสนุน

1. มีอาการใจสั่น หายใจเหนื่อย อัตราการหายใจ 28 ครั้ง/นาที
2. ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในกระแสเลือด 90%
3. คลื่นไฟฟ้าหัวใจ (EKG 12 leads) พบหัวใจเต้นปกติ (NSR) อัตราการเต้นของหัวใจ 86 ครั้ง/นาที
4. ผล D-dimer พบ 22,220 ng/ml

วัตถุประสงค์: ไม่เกิดภาวะลิ่มเลือดอุดตันหรือภาวะก้อนไขมันอุดตันในปอด

เกณฑ์การประเมินผล

1. ไม่มีอาการเจ็บแน่นหน้าอก อาการหายใจลำบาก
2. คลื่นไฟฟ้าหัวใจปกติ
3. ผล D-dimer มีค่าปกติ < 500 ng/ml
4. สัญญาณชีพปกติ ความดันโลหิต ≥ 90/60 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 60-100 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 16-20 ครั้ง/นาที อาการคลื่นไส้/อาเจียน ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในกระแสเลือด ≥95%

กิจกรรมการพยาบาล

1. สังเกตอาการและอาการแสดงของภาวะลิ่มเลือดอุดตันในปอด (pulmonary embolism) เพื่อที่จะได้ให้การรักษาอย่างทันท่วงที[16]
2. จัดท่าให้ผู้ป่วยนอศีรษะสูง 45 องศา
3. ตรวจวัดสัญญาณชีพ (vital signs) ทุก 15 นาที 4 ครั้ง ทุก 30 นาที 2 ครั้ง และทุก 1 ชั่วโมง กระทั่งสัญญาณชีพ เป็นปกติจนครบ 24 ชั่วโมงแรกภายหลังการผ่าตัด หลังจากนั้นตรวจวัดสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง จนครบ 72 ชั่วโมงภายหลังการผ่าตัด พร้อมติดตามค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในกระแสเลือด ทุก 2-4 ชั่วโมง[15]
4. ดูแลให้ได้รับออกซิเจน mask with bag 10 ลิตร/นาที เพื่อให้ได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ
5. ติดตามการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (EKG 12 leads)[16]

การประเมินผล: อาการใจสั่นดีขึ้นหลังได้รับออกซิเจน ผลการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจปกติ ไม่พบภาวะ arrhythmia ผลทำ CTA Chest พบ No evidence of pulmonary embolus (PE) ความดันโลหิต 117/72-130/82 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 76-82 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 6 อาจเกิดอันตรายจากภาวะไม่สมดุลของอิเล็กโตรไลต์ในร่างกาย

ข้อมูลสนับสนุน: ผล Na=131.5 mmol/L K=3.5 mmol/L

วัตถุประสงค์: ไม่เกิดอันตรายจากภาวะไม่สมดุลของอิเล็กโตรไลต์ในร่างกาย

เกณฑ์การประเมินผล

1. ไม่มีอาการและอาการแสดงของภาวะไม่สมดุลของอิเล็กโตรไลต์ ได้แก่ ไม่มีคลื่นไส้อาเจียน ไม่มีภาวะอ่อนแรง

2. ผลการตรวจอิเล็กโตรไลต์อยู่ในเกณฑ์ปกติ ได้แก่ Na=135-145 mmol/L และ K=3.5-5.1 mmol/L

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินอาการและอาการแสดงของการเสียสมดุลของอิเล็กโทรไลต์ เช่น ระดับโปแตสเซียมต่ำ คือ หัวใจเต้นผิดปกติ ชีพจรเบา กล้ามเนื้ออ่อนแรง แขนขาอ่อนแรง ระดับโซเดียมต่ำ ได้แก่ ซึม ชัก[17]

2. ดูแลให้ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ ได้แก่ 5%D/NSS/2 1000 มิลลิลิตร อัตราเร็ว 100 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง ตามแผนการรักษา

3. ดูแลได้รับประทานยา 10% E.KCl 30 มิลลิลิตร ตามแผนการรักษาของแพทย์ พร้อมเฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์จากยา ได้แก่ หัวใจเต้นผิดปกติ อาการอ่อนล้า กล้ามเนื้ออ่อนแรง ชา หน้ามืด[17]

5) ประเมินความสมดุลของน้ำ เข้า/ออกจากร่างกาย

การประเมินผล: ไม่มีอาการและอาการแสดงของภาวะไม่สมดุลของอิเล็กโทรไลน์ เช่น คลื่นไส้อาเจียน อ่อนแรง ความดันโลหิต 117/72-130/82 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 76-82 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 7 ปวดแผลผ่าตัดเนื่องจากเนื้อเยื่อได้รับการกระทบ กระเทือนจากการผ่าตัด

ข้อมูลสนับสนุน

1. ปวดแผล ระดับความปวด 5 คะแนน

2. ไม่ยอมขยับร่างกาย หรือทำกิจกรรมต่างๆได้ลดลง

3. นอนไม่หลับ

วัตถุประสงค์ : บรรเทาปวด

เกณฑ์การประเมินผล

1. ระดับความปวดน้อยกว่าหรือเท่ากับ 5 คะแนน

2. สามารถทำกิจกรรมต่างๆได้มากขึ้น

3. นอนหลับพักผ่อนได้มากขึ้น

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินความปวดโดยใช้ numeric rating scale ในระยะหลังผ่าตัดมีการประเมินความปวดทุก 4 ชั่วโมง จนครบ 72 ชั่วโมง[18]

2. ดูแลจัดท่านอนและสอนให้ผู้ป่วยให้อยู่ในท่าที่ถูกต้อง โดยให้นอนกางขาด้านที่ทาผ่าตัด 30 องศา และนาหมอนมาวางระหว่างขา เพื่อป้องกันการหมุนเข้าข้างในของข้อสะโพก ซึ่งจะทาให้ข้อหลุดและปวดแผลได้[18]

3. ดูแลประคบเย็น (Cold pack) โดยประคบทุก 2 ชั่วโมงเพื่อบรรเทาอาการปวด[18]

4. ให้การพยาบาลด้วยความนุ่มนวล และแนะนำให้ผู้ป่วยเคลื่อนไหวอย่างช้าๆ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถขยับร่างกายโดยการพลิกตะแคงตัวไปทางด้านที่ไม่ผ่าตัดได้มากขึ้น

5. จัดสิ่งแวดล้อมข้างเตียงให้สะอาดเงียบสงบเพื่อให้ผู้ป่วยพักผ่อนได้เต็มที่

6. ดูแลให้ยาแก้ปวด Morphine 3 มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำ ทุก 4 ชั่วโมง และยา dynastat 40 มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำทุก 12 ชั่วโมง พร้อมสังเกตอาการข้างเคียงหลังได้รับยา

7. ดูแลติดตามประเมินผลอาการปวดภายหลังการให้ยาระงับปวด ติดตามอาการปวดภายหลังได้รับยา 1 ชั่วโมง

การประเมินผล: อาการปวดทุเลาลง ระดับการปวด 3 คะแนน เคลื่อนไหวร่างกายได้มากขึ้น และสามารถทำกิจกรรมต่างๆได้มากขึ้น นอนหลับพักผ่อนได้

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 8 เสี่ยงต่อการติดเชื้อที่แผลผ่าตัดเนื่องจากมีแผลเปิดสู่ภายนอก

ข้อมูลสนับสนุน: มีแผลผ่าตัดบริเวณต้นขา

วัตถุประสงค์: ไม่เกิดการติดเชื้อที่แผลผ่าตัด

เกณฑ์การประเมินผล

1. แผลผ่าตัดไม่มีอาการอักเสบ บวม แดง ไม่มี Discharge หรือ Bleed ซึม

2. สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ คือ ชีพจร 60-100 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 16-20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 90/60-140/80 มิลลิเมตรปรอท

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินอาการแสดงของการติดเชื้อ ได้แก่ อาการอักเสบ บวม แดง รอบๆ แผล มี discharge หรือ bleed ซึมออกจากแผล

2. ประเมิน และบันทึกสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง เพื่อประเมินการติดเชื้อ

3. ล้างมือก่อนและหลังให้การพยาบาลผู้ป่วยทุกครั้ง

4. ดูแลทำความสะอาดแผลวันละครั้งโดยยึดหลัก Aseptic technique เพื่อลดจำนวนเชื้อโรคบริเวณแผลผ่าตัด[19]

5. ดูแลให้แผลสะอาดแห้งอยู่เสมอ ไม่ให้แผลเปียกน้ำ และแนะนำไม่ให้ใช้มือจับหรือแกะเกาแผล

6. ดูแลให้ยา Cefazolin 1 กรัม ทางหลอดเลือดดำ ทุก 6 ชั่วโมง ตามแผนการรักษา พร้อมเฝ้าระวังอาการแพ้ยา ได้แก่ มีผื่นคันตามผิวหนัง หายใจลำบาก มีอาการบวมที่บริเวณใบหน้า ลิ้น ริมฝีปาก และลำคอ

การประเมินผล: ไม่เกิดการติดเชื้อ แผลแห้งดี อุณหภูมิ 37.0-37.2°C ความดันโลหิต 117/72-130/82 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 76-82 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 9 มีโอกาสเกิดภาวะลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำส่วนลึก

ข้อมูลสนับสนุน: นอนนิ่งไม่ยอมขยับร่างกาย

วัตถุประสงค์: ไม่เกิดภาวะลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำส่วนลึกเนื่องจากการถูกจำกัดการเคลื่อนไหว
เกณฑ์การประเมินผล: คลำชีพจรหลังเท้าได้ เท้าไม่บวม ไม่ปวด ไม่เขียวคล้ำ
กิจกรรมการพยาบาล[21]

1. ประเมินภาวะลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำส่วนลึก (deep vein thrombosis) โดยประเมินระดับความเสี่ยงของการเกิด DVT เวรละ 1 ครั้ง

2. ประเมินจากอาการปวดและบวมขาข้างที่เป็น อาจจะมีอาการร้อน ปลายเท้าเย็น ซีด เนื่องจากการไหลกลับของเลือดในหลอดเลือดฝอยไม่ดี

3. กระตุ้นให้ผู้ป่วยเคลื่อนไหวร่างกาย ออกกำลังกล้ามเนื้อต้นขา เกร็งกล้ามเนื้อ และกระดกข้อเท้าขึ้น-ลง ทุก 1- 2 ชั่วโมงขณะตื่นนอน[21]

4. แนะนำและดูแลในการใช้อุปกรณ์ช่วย ได้แก่ Intermittent pneumatic compression และ compression stocking[21]

การประเมินผล: ไม่เกิดภาวะลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำส่วนลึก เท้าไม่บวม ไม่เขียวคล้ำ คลำชีพจรหลังเท้าได้ ความดันโลหิต 117/72-130/82 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 76-82 ครั้งต่อนาที อัตราหายใจ 20 ครั้ง/นาที

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 10 อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนท่าเดียวนาน ๆ เนื่องจากถูกจำกัดการเคลื่อนไหว

ข้อมูลสนับสนุน

1. ปวดแผล ช่วยเหลือตนเองได้น้อย ไม่ยอมขยับร่างกาย

2. นอนท่าเดียวนานๆ ต้องนอนกางขาโดยใช้หมอนสามเหลี่ยมไว้ตลอดเวลา

วัตถุประสงค์: ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนท่าเดียวนานๆ

เกณฑ์การประเมินผล

1. สามารถขยับร่างกายได้มากขึ้น ช่วยเหลือตัวเองได้ดีขึ้น

2. กล้ามเนื้อมีกำลังในการหดรัดตัวดี

3. ไม่เกิดแผลกดทับ

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินสภาพอาการทั่วไป เพื่อวางแผนการพยาบาลที่เหมาะสม

2. ดูแลให้การพยาบาลเพื่อป้องกันกล้ามเนื้ออ่อนแรง และข้อติด โดยการระตุ้นให้ทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง และกระตุ้นการออกกำลังกายกล้ามเนื้อต้นขา ข้อสะโพก ข้อเท้า ขา 2 ข้าง[22]

3. ดูแลให้การพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะปอดบวม โดยจัดท่านอนให้ศีรษะสูงเล็กน้อย เพื่อช่วยให้หายใจสะดวก และกระตุ้นให้หายใจเข้าออกลึกๆ ยาวๆ พร้อมกระตุ้นให้ไออย่างมีประสิทธิภาพร่วมกับดูแลให้การดื่มน้ำอย่างน้อย 6-8 แก้ว เพื่อให้เสมหะอ่อนตัวขับออกได้ง่าย[22]

4. ดูแลพลิดตะแคงตัวทุก 2 ชั่วโมง โดยพลิกตะแคงตัวไปข้างที่ไม่ทำผ่าตัดแบบท่อนซุง ขาข้างผ่าตัดเหยียดตรงสอดหมอนระหว่างขา

5. ดูแลผิวหนังไม่ให้เปียกชื้น และไม่ดึกลากขณะเคลื่อนย้าย เพื่อลดการเสียดสีของผิวหนัง ป้องงกัน

การเกิดแผลกดทับ

การประเมินผล: ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนท่าเดียวนานๆ กล้ามเนื้อมีกำลังปกติระดับ 5 ไม่มีอาการข้อติด ร่างกายไม่พบรอยแดงและแผลกดทับ

ระยะที่ 3. ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและการวางแผนการพยาบาลระยะเตรียมจำหน่าย

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 11 ขาดความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้าน

ข้อมูลสนับสนุน: สอบถามเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้าน ว่าต้องปฏิบัติตัวอย่างไร ห้ามทำอะไรบ้าง

วัตถุประสงค์: มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน

เกณฑ์การประเมินผล: บอกการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้านได้ 4 ข้อ จาก 6 ข้อ

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวหลังการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพก
2. สอนสาธิตวิธีการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดแก่ผู้ป่วยโดยวางแผนร่วมกันในทีมสหสาขา เช่น กายภาพบำบัด และนัดหมายฝึกการดูแลร่วมกับผู้ป่วยและญาติ
3. แนะนำการออกกำลังกล้ามเนื้อต้นขาและรอบข้อสะโพกให้แข็งแรงเป็นประจำ สม่ำเสมอ
4. แนะนำกิจกรรมที่ควรหลีกเลี่ยง ได้แก่ ห้ามนั่งไขว่ห้าง ห้ามนั่งเก้าอี้ที่มีระดับต่ำกว่าสะโพก ห้ามขี่จักรยานอานเตี้ย ห้ามก้มใส่รองเท้าหรือก้มหยิบของ และห้ามนั่งยองๆ[23]
5. แนะนำการจัดเตรียมสถานที่สิ่งแวดล้อมให้เหมาะสม เช่น นอนเตียงหรือแคร่ที่มีพื้นสูงประมาณระดับเดียวกับเก้าอี้นั่ง ใช้ชักโครกหรือเก้าอี้คร่อมส้วม[23]
6. แนะนำสังเกตความผิดปกติของบาดแผล เช่น บวมแดง ปวด หรือมีสารคัดหลั่งซึม
7. แนะนำการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ห้ามหยุดยาเอง
8. แนะนำมาตรวจตามนัด พร้อมแนะนำแหล่งประโยชน์ที่สามารถให้การช่วยเหลือได้
9. แนะนำการรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ เพิ่มแคลเซียม เช่น ไข่ ปลา นม งดอาหารที่มีไขมันสูง ร่วมกับควบคุมน้ำหนักไม่ให้อ้วน
10. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ซักถาม และตอบข้อสงสัย

การประเมินผล: สามารถบอกการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้านได้ 4 ข้อ

สรุปและอภิปรายผลกรณีศึกษา

หญิงไทย อายุ 71 ปี นำส่งจากโรงพยาบาลบางปลาม้าเนื่องจากตรวจพบกระดูกสะโพกข้างขวาหักจากการเดินสะดุดล้ม ปวดสะโพกข้างขวา เดินลงน้ำหนักไม่ได้ แพทย์พิจารณาทำผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงกระดูกภายในร่างกาย (open reduction internal fixation (ORIF) with Gramma nail) หลังผ่าตัดรู้สึกตัวดี มีอาการใจสั่น หายใจเหนื่อย อัตราการหายใจ 28 ครั้งต่อนาที ค่าความอิ่มตัวออกซิเจนในเลือดลดลงเหลือ 90% แพทย์สงสัยเกิดภาวะลิ่มเลือดอุดตันในปอด (pulmonary embolism: PE) ส่งทำ CTA Chest ผลไม่พบ PE (No evidence of pulmonary embolus) เจาะเลือดตรวจ D-dimer พบสูงมาก 22,220 ng/ml และพบความดันโลหิตค่อนข้างต่ำ 96/59-140/85 มิลลิเมตรปรอท รวมถึงพบความเข้มข้นของเลือดลดลง นอกจากนี้มีอาการปวดตึงแผลผ่าตัดและพบมีภาวะโซเดียมในร่างกายต่ำ แพทย์ให้การรักษาโดยติดตามคลื่นไฟฟ้าหัวใจ

ติดตามค่าความเข้มข้นของเลือด ให้ออกซิเจน ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ ให้เลือด และให้การรักษาด้วยยา รวมทั้งได้รับการกระตุ้นการเคลื่อนไหวร่างกายการกายภาพทุกวันจนสามารถหัดเดินได้ดี ระหว่างเข้ารับการรักษาพบวินิจฉัยทางการพยาบาลทั้งสิ้น 11 ข้อและทุกข้อได้รับการแก้ไขจนหมดแพทย์จึงอนุญาตให้กลับบ้านเพื่อฟื้นฟูร่างกาย รวมระยะเวลาที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลทั้งสิ้นจำนวน 8 วัน

ความยุ่งยากในการดำเนินการ

กรณีศึกษารายนี้เป็นผู้สูงอายุที่มีกระดูกสะโพกหัก จำเป็นต้องเข้ารับการผ่าตัดเพื่อเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมช่วยให้ผู้ป่วยกลับไปใช้ชีวิตประจาวันได้อย่างเป็นปกติ แต่ทั้งนี้กรณีศึกษาเป็นผู้สูงอายุและมีโรคร่วมจึงทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนได้ง่ายกว่าวัยอื่น กล่าวคือภายหลังการผ่าตัดผู้ป่วยมีอาการหายใจเหนื่อย ค่าความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือดลดลง ร่วมกับมีความดันโลหิตต่ำ ได้รับการดูแลรักษาพยาบาลและประเมินติดตามอาการหลังผ่าตัดอย่างใกล้ชิดจึงสามารถให้การรักษาอย่างทันท่วงที จนสามารถแก้ไขภาวะดังกล่าวได้โดยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน มีอาการดีขึ้นตามลำดับ ดังนั้นจากกรณีศึกษานี้การเฝ้าระวังและแก้ไขปัญหาช็อกจึงนับว่ามีความสำคัญอย่างยิ่ง พยาบาลผู้มีบทบาทในการดูแลใกล้ชิดผู้ป่วยจำเป็นต้องมีองค์ความรู้เฉพาะทางในเรื่องของการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมเพื่อสามารถประเมินอาการต่างๆที่อาจเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา และสามารถวางแผนการพยาบาลได้อย่างถูกต้อง

ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินการ

1. กรณีศึกษาเป็นผู้สูงอายุ และมีโรคร่วมจึงมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนได้มากกว่าผู้ที่ไม่มีโรคร่วม ซึ่งพบว่าภายหลังผ่าตัดกรณีศึกษามีอาการแสดงคล้ายภาวะลิ่มเลือดอุดตันที่ปอดย่อมส่งผลต่ออันตรายถึงชีวิตได้ หากพยาบาลขาดความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นภายหลังการผ่าตัด รวมถึงความแม่นยำในการวินิจฉัยโรค

2. กรณีศึกษาเป็นผู้สูงอายุ การได้ยินลดลง การรับรู้และความจดจำสั้น ดังนั้นการพยาบาลต้องมีทวนซ้ำหลายรอบเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความเข้าใจ และต้องพูดสื่อสารด้วยเสียงดังฟังชัดเจน และจังหวะการพูดต้องกระทำอย่างช้าๆ เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจ

ข้อเสนอแนะ:

1. ควรมีการส่งเสริม เพิ่มพูนทักษะแก่พยาบาลเน้นย้ำความสำคัญของการประเมิน การสังเกตอาการผิดปกติของภาวะลิ่มเลือดอุดตันในปอด เมื่อพบอาการผิดปกติต้องรายงานแพทย์เพื่อให้การดูแลได้อย่างทันท่วงที

2. ส่งแสริม สนับสนุนให้ญาติร่วมวางแผนดูแลผู้ป่วย และจัดทำสื่อการสอนเรื่องการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม ตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัด จนถึงฟื้นฟูสภาพตนเองที่บ้านได้สะดวกในการค้นหาสำหรับผู้ป่วยและญาติ เพื่อจะได้ทบทวนคำแนะนำในการปฏิบัติตัวได้ตลอดเวลา

เอกสารอ้างอิง

1. ฐิตินันท์ อนุสรณ์วงศ์ชัย. ปัจจัยเสี่ยงการเกิดกระดูกสะโพกหักในผู้สูงอายุที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลเลิดสิน. วารสารกรมการแพทย์. 2561;43:56-9.
2. Peeters CM, Visser E, Van de Ree CL, Gosens T, Den Oudsten BL, De Vries J. Quality of life after hip fracture in the elderly: a systematic literature review. Injury. 2016 Jul 1;47(7):1369-82.
3. Batin S, Ozan F, Gurbuz K, Koyuncu S, Vatansever F, Uzun E. Evaluation of risk factors for second hip fractures in elderly patients. Journal of Clinical Medicine Research. 2018 Mar;10(3):217.
4. Songpatanasilp T. Osteoporosis :Silent danger that should not be overlooked [Internet]. 2018 [cited October 2 2023]. Available from: https://www.thaihealth.or.th.Takuapa Hospital.
5. Liuponwanich P, Pakpienpairot C, Leechawengwong S. An integrationapproach in prevention and treating refractures from osteoporosis. Journal of the Department of Medical Services. 2015;40(4):16-9. (in Thai)
6. Klaewklong S, Chanruangvanich W, Danaidutsadeekul S, Riansuwan K. Relation of Comorbidity, Grip Strength and Stress to Hip Fracture Patients' Post-Operative Functional Recovery. Thai Journal of Nursing Council. 2014;29(2):36-38. (in Thai)
7. Kristensen SD, Knuuti J. New ESC/ESA Guidelines on non-cardiac surgery: cardiovascular assessment and management. European heart journal. 2014 Sep 14;35(35):2344-5.
8. Nikkel LE, Fox EJ, Black KP, Davis C, Andersen L, Hollenbeak CS. Impact of comorbidities on hospitalization costs following hip fracture. Jbjs. 2012 Jan 4;94(1):9-17.
9. ชวรินทร์ อมเรศ, สีหธัช งามอุโฆษ. update on Arthroplasty in Acute Hip Fractures. Hip & knee today. 2562,24:9-12.
10. โรงพยาบาลเจ้าพระยายมราช. สถิติข้อมูลผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักที่ได้รับการผ่าตัดสะโพก; 2566.
11. นงณภัทร รุ่งเนย. การประเมินสุขภาพแบบองค์รวม. (พิมพ์ครั้งที่ 2). นนทบุรี: โครงการสวัสดิการวิชาการ สถาบันพระบรมราชชนก; 2560.
12. สุวิมล แคล่วคล่อง, วัลย์ลดา ฉันท์เรืองวณิชย์, สุพร ดนัยดุษฎีกุล. ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะโรคร่วมความแข็งแรงของกล้ามเนื้อในการกำมือและความวิตกกังวลกับการฟื้นตัวด้านการทำหน้าที่ของผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักภายหลังผ่าตัด. วารสารสภาการพยาบาล. 2557;29(2):36-48.
13. อรนิต สุวินทรากร. การพยาบาลผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักที่มีโรคร่วม : กรณีศึกษาเปรียบเทียบ [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 2 ตุลาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: https://www.yrh.moph.go.th/wp-content/uploads/2022/01/km-06012022.pdf

14. จิราภรณ์ เตชะอุดมเดช, นิตยา ภิญโญคำ. การพยาบาลอายุรศาสตร์. เชียงใหม่: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2564.
15. อรุณชัย นรเศรษฐกมล. การให้ยาระงับความรู้สึกในผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกและข้อ.ใน: อังกาบ ปราการรัตน์ วิมลลักษณ์ สนั่นศิลป์, ศิริลักษณ์ สุขสมปอง, ปฏิภาณ ตุ่มทอง, บรรณาธิการ. ตำราพื้นฐานวิสัญญีวิทยา. กรุงเทพฯ: เอ-พลัส พริ้น; 2556: หน้า 217-25.
16. สุภาพ อารีเอื้อ. การพยาบาลออร์โธปิดิกส์: จากหลักฐานเชิงประจักษ์สู่การปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก. กรุงเทพฯ: โครงการตำรารามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล; 2564.
17. พัชราพร ตาใจ, บุญญภักดิ์ เห่งนาเลน, เยาวลักษณ์ สงวนพานิช. กระดูกสะโพกหักในผู้สูงอายุ: บทบาทพยาบาลในการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนก่อนและหลังผ่าตัดกระดูกสะโพก. วารสารมหาวิทยาลัยคริสเตียน. 2563;26(4):116-128.
18. พิชญา ศรีเกลื่อนกิจ, แพรวพรรณ์ พิเศษ. ผลของแนวทางปฏิบัติทางคลีนิคในการจัดการความเจ็บปวดหลังผ่าตัดในผู้สูงอายุที่มีภาวะข้อสะโพกหัก. วารสารวิทยบริการ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์. 2558;26(1):130- 40.
19. ชมรมพยาบาลออร์โธปิดิกส์แห่งประเทศไทย. แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกผู้ป่วยเปลี่ยนข้อเข่าเทียมและแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกผู้ป่วยเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม. กรุงเทพฯ: เอ็นพีเพรส; 2561.
21. จอมศรี โพธิสาร. ภาวะหลอดเลือดดำลึกอุดตันในผู้ป่วยหลังผ่าตัดข้อเข่าและข้อสะโพก: ประเด็นท้าทายในการป้องกัน. วารสารชมรมพยาบาลออร์โธปิดิกส์ แห่งประเทศไทย; 2554.
22. กนกพร จิวประสาท. การฟื้นฟูสภาพผู้สูงอายุหลังผ่าตัดกระดูกสะโพก: ประเด็นท้าทายทางการพยาบาล. วชิรสาการพยาบาล. 2559;21(1):51-66.
23. เสาวภา อินผา. คู่มือการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม [อินเทอร์เน็ต]; 2557. [เข้าถึงเมื่อ 2 ตุลาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: https://www2.si.mahidol.ac.th/division/nursing/sins/index.php/manual/205-manual-2557-17