บทบาทของพยาบาลในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยกระดูกหัก ที่ได้รับการดึงถ่วงน้ำหนัก

วีรนุช ไตรรัตโนภาส,* ฐิติมา หมอทรัพย์*

บทคัดย่อ

การดึงถ่วงน้ำหนัก เป็นแนวทางหนึ่งในการรักษาผู้ป่วยที่ได้รับอุบัติเหตุกระดูกหัก โดยใช้หลักจำกัดการเคลื่อนไหวเพื่อให้กระดูกที่หักอยู่นิ่ง และใช้แรงดึงกระดูกที่เคลื่อนออกจากแนวเดิม ให้กลับเข้าไปอยู่ในแนวเดิมหรือใกล้เคียงกับแนวเดิม บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอบทบาทของพยาบาลในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยกระดูกหักที่ได้รับการดึงถ่วงน้ำหนัก เนื่องจากผู้ป่วยต้องถูกจัดให้นอนอยู่บนเตียงตลอดเวลา ทำให้อาจมีภาวะแทรกซ้อนต่างๆ เกิดขึ้น ได้แก่ แผลกดทับ ปอดอักเสบ ภาวะติดเชื้อ หลอดเลือดดำอุดตัน ความดันในช่องกล้ามเนื้อเพิ่ม และระบบไหลเวียนล้มเหลว พยาบาลวิชาชีพจึงควรมีความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาโดยการดึงถ่วงน้ำหนัก โดยเฉพาะการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น การให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วย การจัดการความปวด การส่งเสริมการจัดท่าและการเคลื่อนไหวที่เหมาะสมและการจัดการความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการรักษาและฟื้นหายเร็วขึ้น

คำสำคัญ : บทบาทของพยาบาล, การป้องกันภาวะแทรกซ้อน, ผู้ป่วยกระดูกหัก, การดึงถ่วงน้ำหนัก

* อาจารย์ประจำ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน

Corresponding author e-mail: veeranuch2509@gmail.com, Tel 091-5565998

Received : March 16, 2020; **Revised** : August 18, 2020; **Accepted** : September 11, 2020

The Roles of Nurses on Complication Prevention in Patients having Traction for Treatment of Fracture

Veeranuch Trairatnopas*, Thitima Morsup*

Abstract

Traction is one method of treatment for patients with bone fracture. It applies the principle of immobilization using a pulling force to stabilize and realign bone fractures back into the right position. This article aims to present roles of nurses in complication prevention among patients having traction for treatment of fracture. These patients are required to lie in bed continuously which may induce complications, for examples, pressure sore, pneumonia, infection, thrombosis, compartment syndrome, and circulatory failure. The registered nurses. should have knowledge and skills in caring for these patients especially in preventing complications, such as providing patient education, pain management, encouraging proper position and movement, and risk management. This will help them to cooperate with the treatment and get a speedy recovery.

Keywords : Nursing roles, Complication prevention, Bone fracture patient, Traction**.**

* Instructor, College of Nursing, Christian University of Thailand
Corresponding author e-mail: veeranuch2509@gmail.com, Tel 091-5565998
Received : March 16, 2020; **Revised** : August 18, 2020; **Accepted** : September 11, 2020

บทนำ

การดึงถ่วงน้ำหนัก (Traction) หมายถึงการใช้แรงในทิศทางตรงกันข้ามดึงกระดูกที่หักให้อยู่นิ่ง เป็นการรักษาโดยไม่ต้องผ่าตัด ในกรณีที่ผู้ป่วยมีข้อบ่งชี้ในทางการแพทย์ ถือเป็นวิธีการหนึ่งที่ใช้เป็นวิธีการชั่วคราว (วรรณี สัตยวิวัฒน์, 2553) เพื่อรักษาแนวกระดูกหักให้อยู่ในตำแหน่งเดิม หรือเป็นการคงสภาพกระดูกไว้ชั่วคราวจนกว่าจะผ่าตัด หรือใช้รักษาในผู้ที่มีกระดูกหัก (Fracture) ข้อเคลื่อน (Dislocation) หรือภาวะกล้ามเนื้อหดเกร็งเป็นเวลานานๆ มักทำที่รยางค์ เช่น กระดูกต้นขา (femur) กระดูกหน้าแข้ง (tibia) หรือใช้ดึงศีรษะ (วิวัฒน์ วจนะวิศิษฐ์, 2550)

เนื่องจากการดึงถ่วงน้ำหนักเป็นการจำกัดการเคลื่อนไหวเพื่อให้กระดูกที่หักอยู่นิ่ง ผู้ป่วยต้องถูกจัดให้นอนอยู่บนเตียงตลอดเวลา จึงอาจทำให้รู้สึกอึดอัดและไม่สุขสบาย ร่วมกับอาการเจ็บปวดที่เกิดจากกระดูกหัก ทำให้ผู้ป่วยบางรายกระสับกระส่ายและขยับไปมา ส่งผลให้การรักษายากขึ้น (อรพรรณ โตสิงห์, พรสินี เต็งพานิชกุล, ธิราวรรณ เชื้อตาเล็ง, และ ณัฐมา ทองธีรธรรม, 2559) นอกจากนี้การศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ผู้ป่วยกระดูกหักที่ได้รับการรักษาโดยการดึงถ่วงน้ำหนักเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ขึ้นตามมา ส่งผลให้จำนวนวันนอนในโรงพยาบาลเพิ่มมากขึ้น จำนวนวันพักฟื้นยาวนานขึ้น และค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาเพิ่มมากขึ้น บทความนี้นำเสนอข้อมูลเกี่ยวกับหลักการรักษากระดูกหัก โดยเฉพาะการรักษาโดยการดึงถ่วงน้ำหนัก และบทบาทพยาบาลในการเฝ้าระวัง ดูแล และป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นในผู้ป่วย โดยเน้นมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยด้านต่างๆ ได้แก่ การบรรเทาความเจ็บปวด การลดภาวะแทรกซ้อน การดูแลความความสุขสบาย และการบรรเทาความเครียด เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดำรงตนเผชิญความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน และหายจากการเจ็บป่วยได้อย่างรวดเร็ว

ความหมายของภาวะกระดูกหัก

กระดูกหัก (Bone fracture) คือ การที่กระดูกได้รับการกระแทกอย่างรุนแรง จนไม่สามารถรองรับน้ำหนักจากแรงกระแทกที่มากเกินไปและเกิดการหัก อาจเป็นผลมาจากอุบัติเหตุ เช่น หกล้ม อุบัติเหตุบนท้องถนน บาดเจ็บจากการเล่นกีฬา เป็นต้น

อุบัติการณ์

จากสถิติของ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช) พบว่ามีจำนวนผู้ป่วยบาดเจ็บกระดูกหักสูงต่อเนื่องทุกปีตามสถิติการเกิดอุบัติเหตุ โดยในปีพ.ศ. 2561 มีผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุ 79,072 รายเสียชีวิต 3,426 รายค่ารักษาพยาบาล 1,644 ล้านบาท เกิดความสูญเสียที่คิดเป็นมูลค่าทางเศรษฐกิจราว 5 แสนล้านบาทต่อปี (สำนักงานนโยบายและแผนการขนส่งและจราจร, 2562) และจากข้อมูลการสำรวจของกระทรวงสาธารณสุขพบว่า ผู้สูงอายุ 50 ปีขึ้นไปชาย-หญิงป่วยกระดูกหัก 30,000 คนต่อปี ในจำนวนนี้ มีภาวะกระดูกสะโพกหักซ้ำ มีอัตราตายประมาณ 20-25% ในปีแรก ไม่สามารถกลับไปทำงานได้ตามปกติ และ 1 ใน5 ต้องนอนบนเตียงตลอดไป (กรมการแพทย์, 2561) จากการศึกษาเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลของผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการผ่าตัดโรคกระดูกและข้อ (อมรตา อาชาพิทักษ์, สุภาพ อารีเอื้อ, และ พรทิพย์ มาลาธรรม, 2552) พบว่าจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลของผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการผ่าตัดโรคกระดูกและข้อ มีค่าเฉลี่ย 21.16 วัน และจากการศึกษาเรื่องต้นทุนของผู้ป่วยในการรักษาโรคกระดูกพรุนในหญิงวัยหมดประจำเดือน (สุรศักดิ์ ไชยสงค์, ธนนรรจ์ รัตนโชติพานิช, ภัสรา ทองไทย, ภัทรา น้อยสุวรรณกิจ, และ สุชาดา ทิคะชน, 2555) พบว่าผู้ป่วยซึ่งเข้ารับการรักษาตัวด้วยอาการกระดูกหักมีต้นทุนในการเข้ารับบริการเฉลี่ยเท่ากับ 2902.7+4625.60 บาทต่อครั้ง

ปัจจัยเสี่ยง

ปัจจัยที่มีผลต่อการบาดเจ็บของกระดูก นอกจากการได้รับแรงมากระแทกอย่างแรง ปัจจัยเสี่ยงที่มีผลกระทบต่อการบาดเจ็บของกระดูก ได้แก่ ผู้ที่สูงอายุ ผู้ที่มีกระดูกไม่แข็งแรง หรือผู้ที่เป็นโรคเกี่ยวกับกระดูก จะมีโอกาสเกิดกระดูกหักได้มากกว่า เช่น ผู้ป่วยโรคมะเร็ง และผู้มีภาวะกระดูกพรุน (Osteoporosis) (ไสว นรสาร, และ พีรญา ใสไหม, 2559)

อาการและอาการแสดง

อาการของผู้ป่วยที่มีภาวะกระดูกหัก ได้แก่ อาการปวด บวม กระดูกโก่งงอผิดรูป อวัยะวะผิดรูป หรือมีเลือดออกบริเวณรอบกระดูกที่หัก บวมช้ำเขียว กระดูกโผล่ ผิวหนังฉีกขาด มีบาดแผล ทำให้ไม่สามารถใช้งานอวัยวะนั้นๆ ได้ตามปกติ หากมีอาการรุนแรง อาจเกิดภาวะช็อคและเสียชีวิตตามมา

การรักษากระดูกหัก

หลักในการรักษากระดูกหัก ผู้ป่วยที่กระดูกหัก จำเป็นต้องได้รับการรักษาที่ถูกต้องและทันท่วงที เพื่อให้อวัยวะที่บาดเจ็บนั้นกลับมาใช้งานได้ตามปกติ ซึ่งวิธีการรักษากระดูกหักจะขึ้นอยู่กับประเภทและตำแหน่งของกระดูกที่หัก ผู้ป่วยที่ได้รับอุบัติเหตุกระดูกหัก กระดูกที่หัก อาจทำภยันตรายต่อหลอดเลือด เส้นประสาท และเนื้อเยื่อ การรักษาเบื้องต้นจึงจำเป็นต้องทำให้อวัยวะอวัยวะส่วนที่หักอยู่นิ่ง โดยการดึงถ่วงน้ำหนักไว้ จนกว่าเนื้อเยื่อมีการยุบบวม จึงจะทำการผ่าตัดยึดตรึงภายใน (วัชรี มุกด์ธนะอนันต์, 2555) หรือในผู้ป่วยกระดูกหักบางรายที่มีความเสี่ยงต่อการรักษาโดยผ่าตัด เช่น ผู้ป่วยสูงอายุ ผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกง่ายหยุดยาก ผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อของกระดูก ผู้มีภาวะกระดูกพรุน (Osteoporotic bone) แพทย์อาจใช้การรักษาโดยวิธีดึงถ่วงน้ำหนัก จนกว่ากระดูกจะติด ซึ่งต้องใช้ระยะเวลานานกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด ผู้ป่วยบางรายจำเป็นต้องเข้ารับการรักษาด้วยการผ่าตัด เพื่อจัดแนวกระดูก อาจต้องใช้เวลาพักฟื้นหลังการผ่าตัดอย่างน้อยประมาน 2-3 เดือน รวมถึงอาจต้องทำกายภาพบำบัด เพื่อฟื้นฟูและเพิ่มความแข็งแรงให้กล้ามเนื้อได้กลับมาใช้งานได้ตามปกติ (ไพรัช ประสงค์จีน, 2552)

หลักการดึงถ่วงน้ำหนัก

การดึงถ่วงน้ำหนักมีหลักสำคัญ ดังนี้ คือการรักษาแนวของลำตัวให้ถูกต้อง (Correct body alignment) การจัดให้มีแรงต้าน (Counter traction) การลดแรงเสียดทาน (Prevent friction) การดึงถ่วงน้ำหนักตลอดเวลา (Continuous traction) และ แนวการดึงต้องผ่านตำแหน่งที่กระดูกหัก (Line of pull) (สุขใจ ศรีเพียรเอม, และ ปริยุทธิ์ เจียรพัฒนาคม, 2555) ฉะนั้นพยาบาลควรมีบทบาทที่สำคัญในการดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการถ่วงน้ำหนักเป็นไปตามหลักการ โดยการจัดให้แนวลำตัวของผู้ป่วยอยู่ในแนวกลางเตียง หรือตามแนวของ Traction ลำตัวต้องไม่บิดเบี้ยว พิง หรือติดข้างเตียง ตัวผู้ป่วยต้องไม่เลื่อนลงมาชิดขอบปลายเตียง ดูแลไม่ให้ตุ้มน้ำหนักแตะขอบเตียง พิงเตียง หรือติดพื้น ไม่ให้มีปุ่มปมบนเชือก เชือกที่ใช้ดึงต้องไม่ตกจากรางรอก และเคลื่อนที่ไป-มา บนรางรอกได้สะดวก ไม่ควรปลดถุงน้ำหนักออกโดยไม่มีแผนการรักษาของแพทย์ เพราะการเอาน้ำหนักออกโดยเฉพาะผู้ป่วยที่กระดูกต้นขาหัก จะทำให้เกิดการหดตัวของกล้ามเนื้ออย่างกะทันหัน ทำให้ชิ้นกระดูกที่หักหดกลับเข้าหากัน เชือกที่ใช้ดึงต้องตึง และเหนียวพอที่จะทานน้ำหนักที่แขวนได้ เพราะถ้าเชือกขาดจะทำให้เกิดการหดเกร็งของกล้ามเนื้อ กระดูกซ้อนเกยกันใหม่ได้

ภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยจากการดึงถ่วงน้ำหนัก

เนื่องจากการดึงถ่วงน้ำหนักมีวัตถุประสงค์เพื่อ เป็นการจำกัดการเคลื่อนไหว (Immobilization) ป้องกันอันตรายจากกระดูกส่วนที่หัก ไปกดทับเกิดอันตราย และบาดเจ็บ ต่อเส้นเลือด เส้นประสาท และกล้ามเนื้อ นอกจากจะมีประโยชน์ในแง่ของการรักษา การดึงถ่วงน้ำหนักสามารถเกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้นได้ ภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยจากการดึงถ่วงน้ำหนัก ได้แก่ (วรรณี สัตยวิวัฒน์, 2553; ขนิษฐา รัตนกัลยา, มรรยาท ณ นคร, สมพิศ การดำริห์, วัฒนาวรรณ บุญกุณะ, และ ทัศนีย์ ธนะศาล, 2557)

1. แผลกดทับ (Pressure sore) สาเหตุจาก ผู้ป่วยต้องนอนนิ่งเป็นเวลานาน ทำให้บริเวณที่เป็นปุ่มกระดูกต่างๆ เช่น ก้นกบ บริเวณกระดูกสะโพกตาตุ่มส้นเท้า อาจมีการเสียดสีและกดทับกับพื้นเตียง เนื่องจากบริเวณดังกล่าวไม่ยกลอย แรงดึงจากการเคลื่อนไหวร่างกายน้อยลง ทำให้การไหลเวียนเลือดบริเวณปุ่มกระดูกลดลง เนื้อเยื่อบริเวณที่ถูกกดทับขาดเลือดมาเลี้ยง เกิดการบาดเจ็บเน่าตายเป็นบาดแผลขึ้น โดยเฉพาะในผู้สูงอายุ ผู้ที่ไม่รู้สึกตัว และผู้ป่วยที่ปลายประสาทขาดความรู้สึกหรือชา และในรายที่ขาดความรู้ความเข้าใจ หรือไม่ร่วมมือ รวมถึงการขาดการกระตุ้นละเลยของผู้ให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย

2. ปอดอักเสบจากการนอนนาน (Hypostatic pneumonia) การดึงถ่วงน้ำหนักทำให้ผู้ป่วยเคลื่อนไหวน้อยลง การไหลเวียนเลือดและการเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อทรวงอก กระบังลมปอดลดลง ถุงลมไม่ขยาย สิ่งคัดหลั่งเยื่อเมือกในปอดคั่งค้าง โดยเฉพาะผู้สูงอายุหรือผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัวหรือภูมิคุ้มกันต่ำที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อได้ง่าย เกิดเป็นปอดอักเสบติดเชื้อหรือถุงลมปอดแฟบได้ (Brink, Boonstra, Vander Wall, Ultee, & Schipper, 2005)

3. การติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ (Urinary tract infection) เนื่องจากการเคลื่อนไหวน้อยลง การขับถ่ายปัสสาวะลำบาก การกลั้นปัสสาวะ ไม่เคยชินกับการนอนถ่าย หรือในรายที่ต้องถูกใส่สายสวนปัสสาวะ หรือได้รับยาบางชนิดที่มีผลต่อการขับถ่ายปัสสาวะ การดูแลทำความสะอาดอวัยวะเพศที่ไม่เพียงพอ ไม่ทั่วถึง เป็นต้น

4. ท้องผูก (Constipation, anorexia) จากการเคลื่อนไหวน้อย เจ็บปวด ไม่สุขสบาย รับประทานได้น้อย ขาดการออกกำลังกาย หรือมีการบาดเจ็บกระทบกระเทือนในระบบทางเดินอาหาร ทำให้การเคลื่อนไหวของลำไส้ลดลง มีการคั่งค้างของกากอาหาร และมีการดูดซึมน้ำกลับของอุจจาระเข้าไปในลำไส้ ทำให้อุจจาระแข็งเป็นก้อนถ่ายยากเพิ่มขึ้น

5. การติดเชื้อของกระดูก (Osteomyelitis) เนื่องจากการเจาะเนื้อเยื่อผิวหนัง กระดูก เพื่อใส่ลวดยึด หรือการมีบาดแผลเปิดจากกระดูกหักโผล่ออกมานอกผิวหนัง ทำให้มีทางผ่านของเชื้อโรคเข้าสู่ร่างกาย หากการรักษาไม่ทันท่วงทีหรือเกิดแผลอักเสบติดเชื้อรุนแรง เกิดเป็นแผลเรื้อรัง อาจส่งผลทำให้เกิดการติดเชื้อในกระแสโลหิตตามมาได้ โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่ภูมิคุ้มกันต่ำ เช่น ผู้ป่วยที่มีภูมิคุ้มกันบกพร่อง ผู้ป่วยสูงอายุ ผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัว เช่น โรคเบาหวาน ไตเรื้อรัง ผู้ป่วยที่รับประทานยากดภูมิคุ้มกัน เป็นต้น

6. ผิวหนังตาย (Necrosis) การพันผ้าเทปกาวที่แน่นเกินไป ทำให้ขาดเลือดไปเลี้ยงอวัยวะและผิวหนังส่วนปลายของขาเกิดตายได้ หรือผิวหนังเป็นแผลจากผ้าพันแผลและเทปกาวที่ยึดตรึงแน่น เกิดการระคายเคือง แพ้หรือเกิดพุพอง หรือจากเหล็กที่รองขากระแทกทำให้ผิวหนังถลอกเกิดการฉีกขาดบาดเจ็บเพิ่มขึ้น

7. เบื่ออาหาร (Anorexia) เนื่องจากความเจ็บป่วย การบาดเจ็บ การขาดการออกกำลังกาย นอนหลับไม่เพียงพอ ดื่มน้ำไม่เพียงพอ จากยา หรือจิตใจหวาดวิตกกังวล อาหารรสชาดไม่ถูกปาก ระบบทางเดินอาหารผิดปกติจากการบาดเจ็บ/จากความเครียด ทำให้รับประทานได้น้อยลง จนอาจทำให้ขาดสารอาหาร โปรตีน วิตามินและเกลือแร่ที่จำเป็นต่อร่างกาย ส่งผลต่อการเจ็บป่วยโดยรวมของร่างกาย

8. หลอดเลือดดำอุดตัน (Venous thrombosis) การจำกัดการเคลื่อนไหวมีผลเสียที่ตามมาต่อระบบการไหลเวียนเลือดเป็นอันดับแรก ทำให้เกิดลิ่มเลือดหรือหลอดเลือดดำอักเสบได้ ผู้ป่วยอาจมีอาการเหนื่อยง่าย (Poor cardiovascular endurance) จากการไหลเวียนเลือดลดลง (บุญรุ่ง อริยชัยกุล, ธนากรณ์ พรมศร, และ ศรัญญา แบ่งชุมสืบ, 2556) มีอาการบวมปลายเท้า (Foot swelling) มีการติดเชื้อหรือบาดเจ็บของหลอดเลือด กระดูก หรือเนื้อเยื่อ และมีการคั่งค้างของเลือดในหลอดเลือดดำได้

9. โรคกระดูกพรุน (Osteoporosis) เนื่องจากการเข้า Traction ไว้นาน กระดูกไม่ได้รับแรงกดดัน (Stress) ใดๆ ไม่ได้รับการออกกำลังกาย รวมทั้งมวลกระดูกที่ลดลง กระดูกจะบางเปราะและหักง่ายแม้ได้รับอุบัติเหตุเพียงเล็กน้อย มักพบในผู้สูงอายุ

10. กระดูกไม่ติดหรือติดช้า (Nonunion or delayed union) อาจเกิดจากน้ำหนักที่ดึงไม่เหมาะสม น้ำหนักมากไป น้อยไป ดึงไม่ต่อเนื่อง น้ำหนักที่ถ่วงถูกยกเข้าออกขณะทำกิจกรรมต่างๆ กับผู้ป่วยร่างกาย หรือขาดสารอาหารที่จำเป็นต่อการสร้างมวลกระดูกและเนื้อเยื่อของกระดูก

11. กล้ามเนื้อลีบ (Muscle atrophy) การเข้า Traction อยู่ตลอดเวลา ส่งผลให้ มีการสูญเสียมวลกล้ามเนื้อ จากการขาดการออกแรง ไม่ได้รับแรงกดดัน ทำให้กล้ามเนื้อลีบลง กล้ามเนื้ออ่อนแรง เพราะส่วนสำคัญของร่างกายที่ใช้การเคลื่อนไหว ไม่ใช่แค่กระดูก ไขข้อ แต่รวมถึงกล้ามเนื้อ หรือหากผู้ป่วยรับประทานได้น้อยลงจนขาดสารอาหาร ก็จะยิ่งทำให้สูญเสียมวลของกล้ามเนื้อ ทำให้กล้ามเนื้อลีบเล็กลง เมื่อกล้ามเนื้อลีบลงจะทำให้ไม่มีแรง และเคลื่อนไหวได้น้อยลงเรื่อยๆ

12. ข้อติดแข็ง (Joint contracture) เนื่องจากไม่มีการเคลื่อนไหวของกระดูกและข้อ ส่งผลให้มีอาการตึง หรือการหดรั้งของกล้ามเนื้อและเอ็นข้อต่อ (Tightness or contracture) ข้อจะเริ่มติด (Joint stiffness)

13. แผลหายช้า (Delayed wound healing) เนื่องจากขาดสารอาหาร ขาดโปรตีน การไหลเวียนเลือดลดลง ภูมิคุ้มกันลดลง มวลกล้ามเนื้อลดลง หากผู้ป่วยกล้ามเนื้อลีบ หรือมวลกล้ามเนื้อลดลงปริมาณมากกว่า 20% ร่างกายจะเริ่มไม่ซ่อมแซมบาดแผล แต่จะไปสร้างกล้ามเนื้อแทน แผลก็จะเรื้อรัง รักษาไม่หายหรือหายช้า (Janssen, Heymsfield, Wang, & Ross, 2000)

14. อัมพาตเส้นประสาทต้นขา (Common peroneal nerve palsy) เนื่องจากมีการบิดหมุนขาออกทางด้านนอกมากเกินไป และจากการที่ใช้ผ้ายืดพันแน่นเกินไป บีบรัด จะส่งผลให้กดเส้นประสาทและทำอันตรายต่อเส้นประสาท ทำให้เกิดอาการชา ไม่สามารถขยับนิ้วเท้าได้ เกิดการสูญเสียกำลังหรือความรู้สึก เช่น เกิดปลายเท้าตก เป็นต้น

15. ภาวะความดันในช่องกล้ามเนื้อเพิ่มขึ้น (Compartment syndrome) ซึ่งทำให้เกิดอันตรายถึงชีวิตได้ เพราะความดันในช่องกล้ามเนื้อที่เพิ่มขึ้นจะส่งผลให้เกิดการกดของหลอดเลือด มีผลให้การไหลเวียนเลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อและเส้นประสาทลดลง เมื่อกล้ามเนื้อขาดเลือด ทำให้เกิดการเพิ่มของการซึมผ่านผนังหลอดเลือด (Vascular permeability) เกิดการไหลออกของสารน้ำเข้าไปในช่องกล้ามเนื้อ ทำให้ความดันในช่องกล้ามเนื้อยิ่งสูง ความดันที่สูงขึ้นเป็นเวลานานต่อเนื่อง จะทำให้กล้ามเนื้อตายและปล่อยโปรตีนที่สลาย เข้าสู่กระแสเลือด อาจทำให้เกิดภาวะไตวายตามมา (จันทร์เพ็ญ พาหงส์, และ วีระ สถิรอังกูร, 2555)

นอกเหนือจากที่กล่าวมา ยังมีภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ ที่พบได้ เช่น ปัญหาต้านอินซุลินในผู้ป่วยที่เป็นเบาหวาน นิ่วในไต รวมถึงภาวะซึมเศร้า จิตใจแปรปรวน ซึ่งควรได้รับการประเมินและช่วยเหลือต่อไป

บทบาทพยาบาลในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยกระดูกหักที่ได้รับการดึงถ่วงน้ำหนัก

บทบาทของพยาบาลในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยกระดูกหักที่ได้รับการดึงถ่วงน้ำหนัก จุดประสงค์หลักของการพยาบาล คือ บทบาทของการเป็นผู้ให้การดูแลความเจ็บป่วย การดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาตามแผนการรักษา การส่งเสริม การฟื้นฟู รวมถึงบทบาทการให้ความรู้ และ การป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน เพื่อช่วยให้อวัยวะที่ได้รับบาดเจ็บของผู้ป่วยกระดูกหักกลับมาใช้งานได้ตามปกติ ช่วยให้ผู้ป่วยหายเป็นปกติในเร็ววัน และเกิดความพึงพอใจสูงสุด อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยกระดูกหักแต่ละรายอาจมีความซับซ้อนของปัญหาที่แตกต่างกัน ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ เศรษฐกิจ และสังคม พยาบาลจึงควรใช้กระบวนการพยาบาลในการประเมินปัญหาสุขภาพของผู้ป่วย เพื่อเป็นข้อมูลในการวางแผนการพยาบาลในโรงพยาบาล ที่สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยแต่ละบุคคล ปัญหาและอุปสรรคของผู้ป่วยที่ได้รับการดึงถ่วงน้ำหนักส่วนใหญ่ คือ ผู้ป่วยจะวิตกกังวลและไม่เข้าใจว่าทำไมจึงไม่ทำการผ่าตัดให้ในทันที พยาบาลจำเป็นต้องอธิบายถึงความจำเป็นและเหตุผลในการดึงถ่วงน้ำหนัก เพื่อการลดและบรรเทาความเครียด และเสริมสร้างความร่วมมือในการดูแลรักษาให้มากขึ้น รวมถึงอันตรายด้านร่างกายที่อาจเกิดขึ้น บทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการดึงถ่วงน้ำหนัก สามารถรวบรวมนำมาสรุปเป็นปัญหาทางการพยาบาล เพื่อให้พยาบาลผู้ดูแลใกล้ชิดใช้บทบาทการพยาบาลที่ครอบคลุมทุกบทบาท และในทุกๆด้าน ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ จากการทบทวนตำรา เอกสาร งานวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์ (สุขใจ ศรีเพียรเอม, และ ปริยุทธิ์ เจียรพัฒนาคม, 2555; วรรณี สัตยวิวัฒน์, 2553) ปัญหาการพยาบาลที่สำคัญสำหรับผู้ป่วยกลุ่มนี้ ประกอบด้วย

ปัญหาทางการพยาบาลที่ 1 : ผู้ป่วยวิตกกังวล มีความเครียดต่อความเจ็บป่วยและวิธีการรักษาด้วยการดึงถ่วงน้ำหนัก

ข้อมูลสนับสนุน: ผู้ป่วยถามว่าทำไมไม่ผ่าตัด ทำไมต้องดึงถ่วงน้ำหนัก และต้องดึงนานเท่าไหร่ดึงแบบนี้กระดูกจะติดหายดีหรือไม่ สีหน้าเครียดแสดงความกังวล พักผ่อนได้น้อย

วัตถุประสงค์ของการพยาบาล: เพื่อลดความเครียด/วิตกกังวล และส่งเสริมให้ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการดึงถ่วงน้ำหนัก

กิจกรรมพยาบาล

1. สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยด้วยท่าทีเป็นมิตร เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกเชื่อมั่นและวางใจเกี่ยวกับกิจกรรมพยาบาลและการรักษา บอกให้ผู้ป่วยทราบทุกครั้งก่อนที่จะได้รับการตรวจรักษาและทำกิจกรรมพยาบาล ควรเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพเท่าที่ผู้ป่วยสามารถกระทำได้

2. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามและตอบคำถามในเรื่องที่สงสัยและวิตกกังวล โดยการรับฟังและเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึกและซักถามเกี่ยวกับแผนการรักษาที่ตนกำลังได้รับ รวมทั้งสิ่งที่ผู้ป่วยกังวล ห่วงใยและควรให้เวลากับผู้ป่วยด้วย

3. อธิบายกับผู้ป่วยและญาติถึงความจำเป็นที่ต้องได้รับการดึงถ่วงน้ำหนัก โดยอธิบายแผนการรักษาพยาบาลร่วมกับทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้อง เช่น วัตถุประสงค์ ประโยชน์ วิธีการดึงถ่วงน้ำหนัก ระยะเวลาที่ใช้ในการดึงถ่วงน้ำหนัก สภาพของผู้ป่วยหลังใส่ พร้อมทั้งให้ดูรูปภาพประกอบ และให้ข้อมูลเกี่ยวกับกิจกรรมต่างๆ ที่ผู้ป่วยสามารถทำได้ ภายหลังการใส่เครื่องดึงถ่วงน้ำหนัก เพื่อสร้างความความมั่นใจกับผู้ป่วยเกี่ยวกับการรักษา

4. ให้คำแนะนำในการปฏิบัติตนขณะได้รับการดึงถ่วงน้ำหนัก

5. แนะนำกิจกรรมที่ช่วยลดความเครียดให้ผู้ป่วย ให้กำลังใจ รับฟังพูดคุย เบี่ยงเบนความสนใจ การดูแลเอาใจใส่และให้ข้อมูลอย่างต่อเนื่อง เปิดโอกาสให้ได้รับข้อมูลและซักถามข้อข้องใจจากแพทย์

6. เปิดโอกาสและส่งเสริมให้สมาชิกในครอบครัวมีส่วนช่วยสนับสนุนในการให้กำลังใจ และช่วยเหลือผู้ป่วยตามความเหมาะสม

7. ประเมินปฏิกิริยาหรือความรู้สึกของผู้ป่วยเพื่อติดตามปัญหาด้านจิตใจ การรับรู้ความสามารถในตนเอง และการร่วมมือในการดูแลตนเอง

8. เคารพสิทธิความเป็นบุคคลและให้เกียรติผู้ป่วยตลอดที่มีสัมพันธ์กับผู้ป่วย

9. กรณีที่ผู้ป่วยกำลังอยู่ในภาวะอันตรายที่คุกคามชีวิต เนื่องจากผลของความเจ็บป่วยหรือยา พยาบาลควรอยู่ใกล้และสัมผัสผู้ป่วยด้วยท่าทีที่แสดงความเห็นใจและห่วงใย รวมทั้งบอกให้ทราบว่า กำลังให้การช่วยเหลืออะไรบ้างและหากผู้ป่วยต้องการพบสมาชิกในครอบครัวควรให้การช่วยเหลือโดยการให้เข้าพบหรือโทรศัพท์ตามแม้ไม่ใช่เวลาเยี่ยมก็ตาม

การติดตามและประเมินผล: ผู้ป่วยคลายความเครียด/วิตกกังวล เข้าใจวัตถุประสงค์ของการดึงถ่วงน้ำหนัก ให้ความร่วมมือและนอนหลับผักผ่อนได้

ปัญหาทางการพยาบาลที่ 2 : ไม่สุขสบายเนื่องจากเจ็บปวดบริเวณกระดูกที่หัก

ข้อมูลสนับสนุน: ผู้ป่วยมีกระดูกหัก บ่นปวด มีแผลฉีกขาด มีการเจาะผิวหนัง/ เจาะกระดูกดึงรั้งถ่วงน้ำหนัก

วัตถุประสงค์ของการพยาบาล: เพื่อบรรเทาความเจ็บปวด ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถพักผ่อนได้

กิจกรรมพยาบาล

1. ประเมินระดับความปวด และบันทึกในแบบบันทึกอาการปวด

2. ค้นหาสาเหตุส่งเสริมที่ทำให้อาการปวดเพิ่มมากขึ้น

3. จัดท่าผู้ป่วยให้อยู่ในท่าที่สุขสบายและถูกต้อง แนวแรงจะต้องถ่วงกระดูกชิ้นล่างออกจากกระดูกชิ้นบน และถ่วงดึงกระดูกที่หักเหลื่อมกันให้กลับมาอยู่ในแนวตรง ท่านอนหงายอาจเป็นท่าที่เหมาะสมและสุขสบาย แต่เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน จึงควรเปลี่ยนเป็นท่าอื่นๆ สลับทุก 2 ชั่วโมง แต่ต้องคงแรงดึงถ่วงน้ำหนักให้คงที่และต่อเนื่องสม่ำเสมอ ควรจัดแนวแรงให้ถูกต้องและควบคู่ไปกับการจัดท่าทางเสมอ กรณีที่ต้องการปลดแรงดึงถ่วงน้ำหนัก ต้องกระทำอย่างนุ่มนวล เพื่อลดแรงกระทบกระเทือนต่อบริเวณที่มีพยาธิสภาพ

4. จัดการความปวด ให้ยาบรรเทาปวด และยาอื่นๆ ตามแผนการรักษา เช่น ยาคลายกล้ามเนื้อ

5. เบี่ยงเบนความสนใจ ช่วยเหลือผู้ป่วย และสอนญาติในการช่วยเหลือผู้ป่วยทำกิจกรรมต่างๆ

6. สังเกตการดึงรั้งของผิวหนังรอบรอบผ้าพัน หรือเทปกาว หรือหมุดที่ยึดตรึง และอาการเจ็บปวด

7. เวลาเปลี่ยนผ้าปูที่นอนให้เปลี่ยนจากบนลงล่าง การเลื่อนผู้ป่วยให้ใช้แผ่นสไลด์ (Slide) และต้องทำด้วยความระมัดระวังเพื่อป้องกันการบาดเจ็บเพิ่ม (Displacement fracture)

การติดตามและประเมินผล: พักผ่อนได้ ระดับความเจ็บปวด (Pain score) ลดลงจากเดิม ใช้ยาแก้ปวดลดลงหรือไม่ใช้ยาแก้ปวด

ปัญหาทางการพยาบาลที่ 3: มีความบกพร่องในการเคลื่อนไหว เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ได้แก่ ภาวะท้องผูก แผลกดทับ ปอดอักเสบ หลอดเลือดดำอุดตัน/อักเสบ ข้อติดแข็ง กล้ามเนื้อลีบ ติดเชื้อในกระเพาะปัสสาวะ นิ่วในไต

ข้อมูลสนับสนุน: ได้รับการดึงถ่วงน้ำหนัก ถูกจำกัดกิจกรรม นอนท่าเดียวอยู่บนเตียงเป็นเวลานาน ปวดบริเวณที่มีการบาดเจ็บกระดูกหัก เคลื่อนไหวน้อย

วัตถุประสงค์ของการพยาบาล: ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนดังกล่าว ออกกำลังเคลื่อนไหวบนเตียงได้

กิจกรรมพยาบาล

1. ประเมินความสามารถของผู้ป่วยในการออกกำลังกายและการเคลื่อนไหว อธิบายให้ผู้ป่วยทราบถึงความสำคัญของการคงไว้ซึ่งการเคลื่อนไหวของกระดูกและข้อ และกำลังที่แข็งแรงของกล้ามเนื้อ ให้คำแนะนำและกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้เคลื่อนไหวข้อทุกข้อ และกล้ามเนื้อทุกมัด เพื่อให้กล้ามเนื้อมีความตึงตัวไม่ลีบง่าย ฝึกให้ผู้ป่วยบริหารกล้ามเนื้อขา เคลื่อนไหวข้อต่างๆ ทั้งสองข้าง โดยให้งอเหยียดกระดกข้อเท้าขึ้น-ลง เกร็งกล้ามเนื้อบริเวณที่ใส่โลหะยึดตรึง หมุนแกว่งข้อต่อแขน ไหล่ เกร็งเหยียดนิ้วมือ สอนให้ผู้ป่วยใช้ที่โหนตัวช่วยในการเคลื่อนไหวร่างกาย เพื่อส่งเสริมให้องศาการเคลื่อนไหวของข้อต่างๆ เป็นปกติ ส่งปรึกษากายภาพบำบัดตามแผนการรักษา เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือ จากทีมสหสาขาวิชาชีพ

2. ประเมินผิวหนังบริเวณขอบหรือมุมของอุปกรณ์ว่าถูกกดทับหรือไม่ ตรวจสอบบริเวณใต้หัวเข่า เอ็นร้อยหวาย บริเวณตาตุ่ม ควรใช้ผ้าหรือหมอนเตี้ยๆ รองบริเวณน่องช่วยให้ส้นเท้าลอย แต่ต้องระวังไม่ให้ผ้าหรือหมอนที่รองไปกดบริเวณใต้หัวเข่าหรือเอ็นร้อยหวาย ตรวจดูผิวหนังบริเวณปุ่มกระดูกต่างๆ รวมทั้งผิวหนังและอวัยวะที่เสี่ยงต่อการถูกกดทับ ดูผิวหนังให้สะอาดและแห้งเสมอ และตรวจดูการกดเบียดของอุปกรณ์ดึงถ่วงน้ำหนัก หากมีการกดเบียดให้ขยายน็อตออก และปรับใหม่หรือขยับเหล็กให้ได้ท่าที่เหมาะสม เป็นต้น

3. ประเมินภาวะหลอดเลือดดำอุดตัน เช่น มีการปวดบวมของอวัยวะที่ทำการดึงถ่วงน้ำหนักหรือไม่ หากพบอาการบวมของเท้าและขาส่วนปลาย คลำชีพจรที่หลังเท้าไม่ได้ ควรรีบรายงานแพทย์

4. สอนการหายใจให้หายใจอย่างมีประสิทธิภาพ สูดลมหายใจเข้าออกลึกๆ อย่างสม่ำเสมอ สอนและกระตุ้นผู้ป่วยบริหารกล้ามเนื้อทรวงอก กล้ามเนื้อต้นคอ เพื่อช่วยความแข็งแรงของกล้ามเนื้อที่ช่วยในการหายใจ หากมีเสมหะ กระตุ้นให้ไอและดื่มน้ำอย่างเพียงพอ

5. กระตุ้นให้ผู้ป่วยปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเท่าที่สามารถทำได้ ช่วยเหลือผู้ป่วยในการทำกิจวัตรประจำวันต่างๆ ตามความเหมาะสม หมั่นดูแลรักษาความสะอาดร่างกาย อวัยวะเพศ ไม่ให้เปียก อับชื้น จัดให้ผู้ป่วยนอนบนที่นอนฟองน้ำหรือที่นอนลม เปลี่ยนผ้าปูที่นอนให้สะอาด และปูที่นอนให้เรียบตึง

6. ให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารครบทั้ง 5 หมู่ อาหารที่มีกากใยสูง ได้แก่ ผักผลไม้ต่างๆ และดื่มน้ำอย่างน้อยวันละ 2,000 ถึง 2,500 ซีซี แนะนำให้ญาติจัดอาหารที่ผู้ป่วยชอบรับประทาน ดูแลให้วิตามิน ยาตามแผนการรักษา และให้ข้อมูลต่อแพทย์ในกรณีที่มีปัญหาการรับประทานอาหารไม่เพียงพอ

7. ฝึกให้ผู้ป่วยคุ้นเคยกับการนอนขับถ่ายบนเตียง แนะนำการใช้หม้อนอน ดูแลไม่ให้กลั้น อุจจาระ ปัสสาวะ จัดท่านอนขณะขับถ่ายให้เหมาะสม จัดสิ่งแวดล้อมให้มิดชิดและเป็นส่วนตัวเมื่อผู้ป่วยขับถ่าย และสอนญาติในการช่วยเหลือผู้ป่วย

8. รายงานแพทย์เพื่อพิจารณาให้ยาเหน็บทวารสวนอุจจาระ หรือยาระบาย หากพบปัญหาท้องผูก

การติดตามและประเมินผล: ผู้ป่วยสามารถเคลื่อนไหว และออกกำลังกายในขณะที่ได้รับการดึงถ่วงน้ำหนักได้ ไม่พบภาวะแทรกซ้อนที่ไม่พึงประสงค์

ปัญหาทางการพยาบาลที่ 4: เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการดึงถ่วงน้ำหนัก ได้แก่ ภาวะติดเชื้อ ผิวหนังตาย แรงดันในช่องกล้ามเนื้อสูงขึ้น ภาวะเสียเลือด อัมพาตเส้นประสาทต้นขา

ข้อมูลสนับสนุน: ได้รับการดึงถ่วงน้ำหนัก ถูกเจาะกระดูกและผิวหนัง อวัยวะพันเทปกาว มีบาดแผลในและนอกกล้ามเนื้อ

วัตถุประสงค์ของการพยาบาล: เพื่อให้การดึงถ่วงน้ำหนักของผู้ป่วยเกิดประสิทธิภาพสูงสุด ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน

กิจกรรมพยาบาล

1. ตรวจดูการทำงานของอุปกรณ์ดึงถ่วงน้ำหนักให้มีประสิทธิภาพ เชือก รอก ถุงถ่วงน้ำหนัก แนวแรงดึง ดูแลให้การดึงถ่วงน้ำหนักอยู่ในตำแหน่งที่ถูกต้อง หมุดยึดติดแน่นไม่หลวม น็อตทุกตัวที่ยึดระหว่างแท่งโลหะกับโลหะให้ติดแน่นอยู่ตลอดเวลา ดูแลไม่ให้ตุ้มน้ำหนักแตะขอบเตียง พิงเตียง หรือติดพื้น ไม่ให้มีปุ่มปมบนเชือก เชือกที่ใช้ดึงต้องไม่ตกจากรางรอก และเคลื่อนที่ไป-มา บนรางรอกได้สะดวก

2. ให้ยาปฏิชีวนะและยาอื่นๆ ตามแผนการรักษา

3. ตรวจดูผิวหนังบริเวณปุ่มกระดูกต่างๆ รวมทั้งผิวหนังและอวัยวะโดยรอบบริเวณที่ได้รับบาดเจ็บ ประเมินความผิดปกติของระบบประสาทและหลอดเลือด โดยตรวจสอบชีพจรส่วนปลาย (Capillary refill) สีผิว และอุณหภูมิ รายงานแพทย์เมื่อพบอาการผิดปกติหรือสงสัย หรือใช้เครื่องตรวจวัดแรงดันชีพจร (Dropper ultrasound) ตามแผนการรักษา เมื่อพบว่าส่วนปลายเขียวเย็น คลำชีพจรไม่ชัดเจน

4. สังเกตอาการและอาการแสดงของการติดเชื้อ ได้แก่ มีไข้ มีการอักเสบเฉพาะที่ เช่น ปวด บวม แดง ร้อนบริเวณรูหมุด หรือบริเวณบาดแผลเปิด หรือบริเวณที่กระดูกหัก ถ้าพบให้รีบรายงานแพทย์

5. ทำความสะอาดบริเวณหมุดและบาดแผลทุกวัน ถ้ามีคราบเลือดแห้งกรังติดผิวหนังรอบรอบหมุด ให้ใช้ไม้พันสำลีดีชุบน้ำเกลือ (Normal saline) เช็ดทำความสะอาดเพื่อขจัดคราบเลือดแห้งกรังออก และใช้น้ำยาฆ่าเชื้อ Betadine solution หรือ Chlorhexidine ทำความสะอาดอีกครั้ง หรือน้ำยาตามโปรโตคอลของแต่ละโรงพยาบาลเช็ดทำความสะอาดผิวหนัง วันละหนึ่งครั้งทุกวัน หากสิ่งคัดหลั่งมีมาก ให้เพิ่มจำนวนครั้งในการทำความสะอาด สังเกตสิ่งคัดหลั่งที่ออกมา เก็บสิ่งส่งตรวจตามแผนการรักษา บันทึก และรายงานความผิดปกติที่พบ

6. เฝ้าระวังและป้องกันการเกิดแรงดันในช่องกล้ามเนื้อสูงขึ้น ได้แก่ อาการช็อค การบาดเจ็บของอวัยวะภายใน ควรตรวจดูสัญญาณชีพ การไหลเวียนของอวัยวะส่วนปลายบ่อยๆ เนื่องจากอาจมีอันตรายของหลอดเลือด โดยเฉพาะใน 48 ชั่วโมงแรก ถ้าพบว่ามีอาการปวดมาก ผิวซีด กล้ามเนื้ออ่อนแรง บวม ให้รีบขยายผ้าพันออก ลดน้ำหนักที่ดึงลง จัดระดับของอวัยวะที่ดึงให้เหยียดออกและลดต่ำลง และรีบรายงานแพทย์เพื่อให้การช่วยเหลืออย่างเร่งด่วน

7. ประเมินและป้องกันการเกิดอัมพาตของเส้นประสาทต้นขา (Peroneal nerve palsy) โดยการจัดท่าในแนวตรง ไม่บิดตัว และไม่ใช้ผ้ายืดพันแน่นเกินไป หมั่นตรวจดูอาการชา การขยับนิ้วเท้า หากพบปลายเท้าตก ให้รายงานแพทย์ทราบเพื่อการแก้ไขต่อไป

8. ตรวจดูการระคายเคืองที่ผิวหนัง โดยเฉพาะบริเวณที่มีการพันแถบพลาสเตอร์เหนียว โดยเฉพาะอย่างยิ่งถ้าผู้ป่วยมีอาการคันปวดแสบปวดร้อน ควรขยายผ้ายึด ลอกแผ่นพลาสเตอร์เหนียว และตรวจดูผิวหนังของผู้ป่วย หากพบว่ามีการระคายเคืองหรือผิวหนังสีคล้ำผิดปกติ ให้รายงานแพทย์

9. ตรวจวัดสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง และบ่อยครั้งขึ้นเมื่อพบสิ่งผิดปกติ และรายงานแพทย์

การติดตามและประเมินผล: การดึงถ่วงน้ำหนักของผู้ป่วยเกิดประสิทธิภาพสูงสุดเป็นไปตามแผนการักษา ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ ภาวะติดเชื้อ ผิวหนังตาย แรงดันในช่องกล้ามเนื้อสูงขึ้น ภาวะเสียเลือด อัมพาตเส้นประสาทต้นขา ผิวหนังและกล้ามเนื้อปกติ

อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยกระดูกหักแต่ละรายอาจมีความซับซ้อนของปัญหาที่แตกต่างกัน ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ เศรษฐกิจ และสังคม พยาบาลจึงควรใช้กระบวนการพยาบาลในการประเมินปัญหาสุขภาพของผู้ป่วย เพื่อเป็นข้อมูลในการวางแผนการพยาบาลในโรงพยาบาล ที่สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยแต่ละบุคคล รวมทั้งมีการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยที่เหมาะสม เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นในระยะยาว การวิจัยที่ผ่านมาของ วรนุช วงษ์เจริญ (2560) พบว่า ผู้ป่วยบางรายอาจจำเป็นต้องได้รับการดึงถ่วงน้ำหนักต่อเนื่องที่บ้าน การจัดรูปแบบการดูแลตนเองโดยมีพยาบาลให้คำปรึกษา และฝึก

ทักษะการดูแลตนเองแก่ผู้ป่วยแลญาติ จะช่วยส่งเสริมการติดของกระดูกและการฟื้นตัวของผู้ป่วยให้รวดเร็วมากยิ่งขึ้น

สรุป

การดึงถ่วงน้ำหนักเป็นวิธีการรักษาที่สำคัญวิธีหนึ่งในผู้ป่วยที่มีกระดูกหัก อาจทำโดยการดึงถ่วงน้ำหนักผ่านผิวหนัง หรือการดึงถ่วงน้ำหนักที่กระดูกโดยตรง ขึ้นกับข้อบ่งชี้ของการรักษา พยาบาลมีบทบาทในการดูแลผู้ป่วย ที่ได้รับการดึงถ่วงน้ำหนัก ให้ปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน ไม่ว่าจะเป็นภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการนอนนานหรือจากการรักษา ทั้งจากอุปกรณ์ที่ใช้และเทคนิคในการดึงถ่วงน้ำหนัก รวมทั้งปัจจัยด้านผู้ป่วย เช่น โรคประจำตัว อายุมาก หรือการขาดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับแผนการรักษา การปฏิบัติการพยาบาลที่เป็นมาตรฐาน จะช่วยให้การดูแลรักษาผู้ป่วยเป็นไปอย่างถูกต้อง เหมาะสม ก่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีด้านสุขภาพ และความพึงพอใจสูงสุดทั้งต่อผู้ป่วยและผู้ให้บริการ

.....

เอกสารอ้างอิง

กระทรวงสาธารณสุข. (2561). *ชีวิตวิถีใหม่ ชีวิตดีเริ่มที่เรา*. สืบค้นจาก http://www.thaihealth.or.th.

จันทร์เพ็ญ พาหงส์ และวีระ สถิรอังกูร. (2555). การพยาบาลผู้ป่วยเข้าเฝือกและใส่อุปกรณ์ดาม. ใน ธวัชชัย ประสาทฤทธา, พรทิพย์ ลยานันทน์, และ สุขใจ ศรีเพียรเอม (บ.ก.). *การพยาบาลออร์โธปิดิกส์ (น. 22-44).* กรุงเทพฯ, ประเทศไทย.

ขนิษฐา รัตนกัลยา, มรรยาท ณ นคร, สมพิศ การดำริห์, วัฒนาวรรณ บุญกุณะ, และ ทัศนีย์ ธนะศาล. (2557). ความต้องการความสุขสบายและการได้รับการตอบสนองความต้องการความสุขสบาย ของผู้ป่วยที่ได้รับการดึงถ่วงน้ำหนัก. *วารสารพยาบาลศาสตร์, 41(ฉบับพิเศษพฤศจิกายน), 112-121.*

บุญรุ่ง อริยะชัยกุล, ธดากรณ์ พรมศร และ ศรัญญา แบ่งชุมสืบ. (2556). *การจัดแนวการดึงถ่วงน้ำหนักผ่านผิวหนัง (skin traction alignment)*. เอกสารไม่ได้ตีพิมพ์, โรงพยาบาลนครพิงค์, เชียงใหม่, ประเทศไทย.

ไพรัช ประสงค์จีน. (2552). *กระดูกหักและข้อเคลื่อน*. (พิมพ์ครั้งที่4). กรุงเทพ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

วรนุช วงษ์เจริญ (2560) ผลการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยกระดูกต้นขาหัก ที่ได้รับการดึงถ่วงน้ำหนักต่อเนื่องที่บ้าน. *วารสารวิจัยพัฒนาระบบงานสาธารณสุขแพร่, 7*(6), 125-127.

วรรณี สัตยวิวัฒน์. (2553). *การพยาบาลผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์.* (พิมพ์ครั้งที่ 7). กรุงเทพฯ: เอ็นพีเพลส.

วัชรี มุกด์ธนะอนันต์. (2555). การพัฒนารูปแบบการจัดการความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัด. *วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษสุรินทร์บุรีรัมย์, 27*(2), *162-171.*

วิวัฒน์ วจนะวิศิษฏ์. (2550). การดึงถ่วงน้ำหนัก. ใน วิวัฒน์ วจนะวิศิษฏ์, ภัทรวัณญ์ วรรธนารัตน์, ชูศักดิ์กิจคุณาเสถียร, สุกิจ เลาหเจริญสมบัตร, และ สรศักดิ์ ศุภผล (บ.ก.). *ออร์โธปิดิกส์. (น. 103-112).* กรุงเทพฯ, ประเทศไทย.

สุขใจ ศรีเพียรเอม และปริยุทธิ์ เจียรพัฒนาคม. (2555). การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการดึงถ่วงน้ำหนัก. ใน ธวัชชัย ประสาทฤทธา, พรทิพย์ ลยานันทน์, และ สุขใจ ศรีเพียรเอม (บ.ก.). *การพยาบาลออร์โธปิดิกส์ (น. 55).* กรุงเทพฯ, ประเทศไทย.

สุรศักดิ์ ไชยสงค์, ธนนรรจ์ รัตนโชติพานิช, ภัสรา ทองไทย, ภัทรา น้อยสุวรรณกิจ และ สุชาดา ทิคะชน. (2555). ต้นทุนของผู้ป่วยในการรักษาโรคกระดูกพรุนในหญิงวัยหมดประจำเดือน. *วารสารเภสัชศาสตร์อิสาน, 9(1), 90-94.*

ไสว นรสาร และ พีรญา ไสไหม. (2559). *การพยาบาลผู้บาดเจ็บ.* นนทบุรี: บียอนด์เอ็นเทอร์ไพรซ์จำกัด.

สำนักงานนโยบายและแผนการขนส่งและจราจร. (2562). *วิเคราะห์สถานการณ์อุบัติเหตุทางถนน*. สืบค้นจาก http://www.otp.go.th

อมรตา อาชาพิทักษ์, สุภาพ อารีเอื้อ และ พรทิพย์ มาลาธรรม. (2552). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลของผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการผ่าตัดโรคกระดูกและข้อ. *วารสารพยาบาลรามา, 15*(2), *249-268.*

อรพรรณ โตสิงห์, พรสินี เต็งพานิชกุล, ธิราวรรณ เชื้อตาเล็ง และ ณัฐมา ทองธีรธรรม. (2559). *การพยาบาลผู้ป่วยทางออร์โธปิดิกส์.* กรุงเทพ: เอ็นพีเพส.

Brink, A., Boonstra, O., Vander Wall, B. H., Ultee, J. M. &Schipper, I. B. (2005). Is preoperative traction for proximal femoral fractures beneficial to the patient or a comfort to the doctor?. *European Journal of Trauma, 31(1), 39-43.*

Janssen, I., Heymsfield, S. B., Wang, Z., & Ross, R. (2000). Skeletal muscle mass anddistribution in 468 men and women aged 18-88 yr. *Journal of Applied Physiology, 89(1), 81-88.*