

การพยาบาลสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะการติดเชื้อแทรกซ้อน หลังการผ่าตัดกระดูกต้นขา : กรณีศึกษา 2 ราย

นัตยา ปริกัมศีล พย.บ, วท.ม.

งานป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ โรงพยาบาลโพธาราม จังหวัดราชบุรี

บทคัดย่อ

ภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดกระดูกต้นขาหัก ส่วนใหญ่เกิดจากความรุนแรงของการหัก การผ่าตัดและปัจจัยอื่น ๆ ภาวะแทรกซ้อนส่วนใหญ่มักจะเกิดภายหลังการผ่าตัดหนึ่งสัปดาห์ โดยเฉพาะในผู้สูงอายุและนอนนาน ได้แก่ ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด การติดเชื้อแผลผ่าตัดและระบบอื่น ๆ ซึ่งการติดเชื้อบางระบบแม้เป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบได้ไม่มากนัก แต่ก่อให้เกิดผลกระทบต่อผู้ป่วยรุนแรงถึงทุพพลภาพและเสียชีวิตได้ สูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษามากขึ้น จากข้อมูลการติดเชื้อในโรงพยาบาลโพธาราม พบว่าในกลุ่มผู้ป่วยกระดูกต้นขาหักที่เกิดจากอุบัติเหตุรุนแรง และมีการบาดเจ็บที่ตำแหน่งอื่นร่วมด้วย ทั้งในกลุ่มผู้สูงอายุและผู้ป่วยที่มีปัจจัยเสี่ยงอื่น ๆ ก่อนการผ่าตัด มีจำนวนเข้ารับการรักษาเพิ่มสูงขึ้นตั้งแต่ปี 2560 และมีอัตราติดเชื้อแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดนอกจากการติดเชื้อแผลผ่าตัดสูงขึ้น

วัตถุประสงค์การศึกษาครั้งนี้ เพื่อทบทวนกระบวนการพยาบาลในรายกรณีศึกษาผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกหักต้นขาหักที่พบการติดเชื้อในกระแสเลือด และปอดอักเสบเป็นรูปแบบกรณีศึกษาเชิงลึก 2 รายที่มีภาวะกระดูกต้นขาหักจากการเกิดอุบัติเหตุ และได้รับการผ่าตัดใส่โลหะตามกระดูกต้นขา หลังการผ่าตัดเกิดการติดเชื้อในกระแสเลือดผู้ป่วยต้องย้ายไปดูแลด้านหัวใจและหลอดเลือดที่แผนกอายุรกรรม เพิ่มระยะเวลานอนโรงพยาบาลมากขึ้น ส่วนอีกรายพบว่าการติดเชื้อปอดอักเสบหลังการผ่าตัดในเวลา 48 ชั่วโมง โดยผู้ป่วยมีปัจจัยเสี่ยงหลายอย่างก่อนการผ่าตัดที่ส่งเสริมให้เกิดการติดเชื้อมากขึ้น ในภาวะการติดเชื้อเหล่านี้พยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วยจะต้องมีการวางแผนและวางแผนแนวทางในการพยาบาลผู้ป่วยหลังการผ่าตัดกระดูกต้นขาหัก เพื่อลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการติดเชื้อ รวมทั้งมีการดูแลตามมาตรการป้องกันการติดเชื้อของโรงพยาบาลจนผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นสามารถจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ซึ่งการศึกษาในรูปแบบกรณีศึกษาเชิงลึกนี้ได้พัฒนาแนวทางปฏิบัติสำหรับการดูแลผู้ป่วยกระดูกต้นขาหักได้อย่างครอบคลุมเป็นแนวทางเดียวกัน

คำสำคัญ: ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดทางศัลยกรรมกระดูกและข้อ, ภาวะติดเชื้อแทรกซ้อนหลังการผ่าตัด

Nursing care for Infectious Patient after Orthopedic Operation: Case Study 2 Cases

Nattaya Parikumsil B.N.S., M.Sc.

Infectious control and prevention Department, Photharam hospital, Ratchaburi province

ABSTRACT

Introduction: Most complications which always occur one week after having a surgery of femur shaft fractures are from the severity of fracture, the process of operation, and other aspects. They were frequently found in the elderly and bed ridden patients; for example, septicemia, wound infection, and the infection of other systems. Though the other infection are not common complication, the impact on patient has been severe and can lead to disabilities and death. According to the information collected from the orthopedic department, Photharam Hospital, the number of the femur shaft fracture with other part injury patients from serious accidents, both senior patients and other risk patients, has increased since 2017 as well as the complication rate of infection after the operation apart from infectious wound. These events resulted in the public health problem; for instance, low quality of life, disability, prolonged hospitalization, and economic loss.

Objective: The study is to review nursing care procedure in the patient having femur fracture operation with septicemia and pneumonia. The study was in-depth researched in two cases who had femur bone fixation for femur shaft fracture from accident. One had developed septicemia subsequent to surgery operated then was transferred to a medical ward for cardiovascular treatment leading to prolonged hospitalization. The other had initiated pneumonia within 48 hours following the operation; the infection was stimulated from many kinds of risk prior the surgical intervention. In respect of the infection, the nurse must plan and assure that the patients were taken care in order to minimize the complication of infection. Infection control measurement of the hospital must be exercised until the patient's hospital discharge. This in-depth research created the developing of the consistent and extensive guideline of caring for femur shaft fracture patients.

Keywords: *Post-operative of fracture femur patient, The complication of operation*

บทนำ

อุบัติการณ์การเกิดภาวะกระดูกต้นขาหักส่วนใหญ่จะมีสาเหตุเกิดจากอุบัติเหตุจากสถิติของกระทรวงสาธารณสุข ปี 2557 พบกลุ่มผู้สูงอายุภาวะกระดูกต้นขาหักและสะโพกหัก 30,000 คนต่อปี ในจำนวนนี้ร้อยละ 6-8¹ มีภาวะกระดูกสะโพกหักซ้ำ อับัติการณ์ที่เกิดขึ้นทวีความรุนแรงขึ้น ซึ่งในการศึกษาของไทยพบว่าอุบัติการณ์การเกิดกระดูกสะโพกหักในผู้สูงอายุจะสูงขึ้นจากปีละ 180 รายต่อแสนประชากร ผู้สูงวัยเป็น 450 - 750 รายต่อแสนประชากรผู้สูงวัยภายในปี พ.ศ.2568 จัดเป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุข และยังมีการศึกษาจากต่างประเทศพบว่า ผู้ป่วยกลุ่มนี้มากกว่าร้อยละ 20 จะเสียชีวิตภายใน 1 ปี ร้อยละ 40 ไม่สามารถเดินด้วยตัวเอง และ ร้อยละ 80 ไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตัวเอง^{2,3} ในกลุ่มผู้สูงอายุที่เกิดจากการหกล้มร้อยละ 11.6 และร้อยละ 90 มีภาวะกระดูกพรุนทำให้เกิดประสบบุติเหตุล้มขณะเดิน และกระดูก greater trochanter โดยตรง เป็นผู้ป่วยอายุน้อยที่ประสบบุติเหตุทางการจราจร หรือตกจากที่สูงร้อยละ 10^{1,4}

การรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะกระดูกต้นขาหักจำเป็นต้องได้รับการผ่าตัด มี 2 ชนิด ประกอบด้วย การผ่าตัดใส่เหล็กตามกระดูก การผ่าตัดจัดกระดูกแล้วใส่ฝื่อไว้ การพิจารณาตามตำแหน่งที่เกิดการบาดเจ็บ^{4,5} การดูแลผู้ป่วยกลุ่มที่จะได้รับการผ่าตัดใส่โลหะตามกระดูกต้นขาหักมี 4 ระยะ คือ ก่อนการผ่าตัด ระหว่างการผ่าตัด หลังการผ่าตัด และระยะฟื้นฟูสภาพ (จัดกิจกรรมฟื้นฟูตามสภาพปัญหาของผู้ป่วย)^{4,6} ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นหลังการผ่าตัด ได้แก่ การติดเชื้อแผลผ่าตัด ภาวะลิ่มเลือดอุดตันที่ขา การเกิดการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจจากการนอนนาน การติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะจากการคาสายสวนปัสสาวะ และภาวะข้อสะโพกเทียมเคลื่อนหลุดและอุบัติเหตุจากกายภาพบำบัดทำให้ผู้ป่วยทุพพลภาพไม่สามารถช่วยตัวเองได้เมื่อกลับบ้าน^{4,5}

จากข้อมูลหน่วยงานศัลยกรรมกระดูกและข้อ โรงพยาบาลโพธาราม ตั้งแต่ปี 2558 -2560 พบว่า

ผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดกระดูกต้นขามีแนวโน้มสูงขึ้นในปี 2560 มีผู้ป่วยเข้ารับการรักษากับกระดูกต้นขาหักทั้งหมด 570 รายต่อปี ในผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกต้นขา 151 ราย คิดเป็นร้อยละ 26.5 มีอุบัติการณ์การเกิดภาวะแทรกซ้อน ประกอบด้วย การติดเชื้อที่แผลผ่าตัดในกลุ่มแผลปนเปื้อน ติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะจากการต้องใส่สายสวนปัสสาวะคิดเป็นร้อยละ 7.3 ติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ คิดเป็นร้อยละ 1.3 และภาวะแทรกซ้อนอื่นๆในกลุ่มที่ต้องนอนนิ่งๆบนเตียงนาน ส่วนภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดที่เกิดขึ้นในระยะเวลา 1-7 วัน มักไม่ค่อยพบ โดยเฉพาะภาวะแทรกซ้อนที่ส่งผลต่อระบบสัญญาณชีพสามารถทำให้เสียชีวิตได้อย่างรวดเร็ว⁷

ด้วยเหตุผลข้างต้นผู้ศึกษาจึงเล็งเห็นความสำคัญในการศึกษาในรูปแบบกรณีศึกษาเชิงลึก 2 ราย เพื่อพัฒนาแนวทางในการวางแผนการพยาบาล และวิเคราะห์ปัญหาทางการการพยาบาลในผู้ป่วยที่มีภาวะกระดูกต้นขาหักได้อย่างมีประสิทธิภาพ และเกิดคุณภาพในการบริการต่อไป

จากกรณีศึกษาได้ศึกษาค้นคว้าจากเอกสารตำราวิชาการต่างๆ จัดทำเป็นเอกสารวิชาการเรื่องการดูแลผู้ป่วยกระดูกต้นขาหักขึ้นเพื่อเป็นการเผยแพร่ความรู้ และเป็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาลสามารถนำไปประยุกต์ใช้ทฤษฎีการพยาบาล และหลักฐานเชิงประจักษ์ในการดูแลผู้ป่วยให้เกิดประสิทธิภาพต่อไป ในกรณีศึกษาผู้ป่วย 2 ราย⁸⁻¹²

ผู้ป่วยรายที่ 1 ผู้ป่วยชายไทย คู่ อายุ 83 ปี รับไว้ในโรงพยาบาล วันที่ 30 เมษายน พ.ศ.2560 เวลา 13.47 น.โดยให้ประวัติว่า 2 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล ลื่นล้มเข้าซ้ายกระดูกหักพื้น สัญญาณชีพแรกรับอุณหภูมิร่างกาย 36.5 องศาเซลเซียส ชีพจร 98 ครั้งต่อนาที หายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 107/76 มิลลิเมตรปรอท แพทย์วินิจฉัย Fracture Left Femur ให้การรักษาโดยเจาะเลือดตรวจ FBS, Electrolyte, BUN Creatinine, CBC และ film left knee AP, lateral ตรวจ CXR, EKG และผ่าตัด open reduction Internal fixation with PLS under SB วันที่ 1 หลังจากผู้ป่วย

ได้รับการผ่าตัด ผู้ป่วยรู้ตัวดีมีแผลผ่าตัดที่หัวเข่าซ้าย on radivac drain 1 ขวดสาย content เป็นสีแดงออกมาก 300 ml สัญญาณชีพอุณหภูมิร่างกาย 36.5 องศาเซลเซียส ชีพจร 100 ครั้งต่อนาที หายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 115/70 มิลลิเมตรปรอท O_2 saturation 98%, retained Foley's catheter ปัสสาวะออกดีสีเหลืองใส หลังผ่าตัดเจาะ hematocrit 23.7% ระยะเวลาผ่าตัดมากกว่า 2 ชั่วโมง ให้ PRC 1 ยูนิต หลังจากให้เลือดเจาะ hematocrit 24% ไม่เกิดภาวะ hypovolemic shock ปวดแผลผ่าตัด pain score 5-7 คะแนน หลังได้รับยาแก้ปวด อาการปวดทุเลาลงได้รับการจัดการความปวดที่ดี อาการปวดแผลผ่าตัดทุเลาลง แต่หลังการผ่าตัดวันที่ 3 ผู้ป่วยเกิดภาวะความดันโลหิตต่ำและพบว่ามีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตร่วมด้วย วัดสัญญาณชีพอยู่ในช่วงอุณหภูมิร่างกาย 37.5-38.5 องศาเซลเซียส ชีพจร 60-120 ครั้งต่อนาที หายใจ 16-24 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 85/50-110/65 มิลลิเมตรปรอท และ O_2 saturation 95 - 98% แพทย์จึงให้การรักษาโดยให้ยา Levophred[®] เพื่อเพิ่มระดับความดันโลหิตผู้ป่วย ดูแลให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ และให้ยาปฏิชีวนะ Ceftriaxone 2 gm IV OD[®] ระยะเวลา 7 วัน ผลการตรวจ hemo-culture: *Staphylococcus aureus* หลังจากได้รับยาตามแผนการรักษา อาการผู้ป่วยดีขึ้นตามลำดับ แผลผ่าตัดที่ขาซ้ายมีเลือดซึมออกเล็กน้อย ไม่เกิดการติดเชื้อ มี content ในขวด radivac drain ออกน้อยลง off radivac drain ออกได้ สามารถลงเดินด้วย walker ในการช่วยเดินได้ แพทย์ตรวจเยี่ยมอาการอนุญาตในวันที่ 22 พฤษภาคม พ.ศ. 2560 ให้กลับบ้านได้นัดติดตามอาการที่แผนกผู้ป่วยนอกศัลยกรรมกระดูกและข้อ 2 สัปดาห์ รวมระยะเวลานอนในโรงพยาบาลทั้งหมด 22 วัน ผู้ป่วยไม่มีปัญหาทางด้านเศรษฐกิจสังคม อารมณ์ ติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยเดินได้ดีขึ้นเรื่อยๆ และแผลผ่าตัดหายดี^{4,8-12}

ผู้ป่วยรายที่ 2 ผู้ป่วยหญิงไทยคู่อายุ 23 ปี รับไว้ในโรงพยาบาลวันที่ 14 พฤษภาคม พ.ศ.2560 เวลา 6.14 น. ให้ประวัติว่า 1 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล ขับรถยนต์ชนต้นไม้ ไม่สลบ ปวดต้นขาขวา แขนขวา

ปวดจุกลิ้นปี่ มุลินธินำส่งโรงพยาบาล สัญญาณชีพแรกรับ อุณหภูมิร่างกาย 36.9 องศาเซลเซียส ชีพจร 104 ครั้งต่อนาที หายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 123/76 มิลลิเมตรปรอท แพทย์วินิจฉัยเป็น Blunt chest injury and fracture right shoulder เจาะเลือดส่งตรวจ Electrolyte, BUN, Creatinine ,CBC และ film Left hip AP, lateral, CXR, on skeletal traction 10 kgs และได้รับการผ่าตัด open reduction internal fixation Lt. femur, Rt. forearm c PLS under GA หลังจากผู้ป่วยได้รับการผ่าตัด ผู้ป่วยรู้ตัวดีมีแผลผ่าตัดที่ต้นขาซ้ายและต้นแขนขวา แผลผ่าตัดแห้งดี on radivac drain 1 ขวดมี content เป็นสีแดงออกประมาณ 50 ml แพทย์สั่ง off drain ออกได้ สัญญาณชีพ อุณหภูมิร่างกาย 37.0 องศาเซลเซียส ชีพจร 94 ครั้งต่อนาที หายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 123/72 มิลลิเมตรปรอท O_2 saturation 100 % และ on LRS 1,000 cc. ทางหลอดเลือดดำอัตราการไหล 100 cc/hr. หลังผ่าตัดเจาะ hematocrit 38% ระยะเวลาผ่าตัด 1 ชั่วโมง 45 นาที ในวันที่ 3 หลังการผ่าตัด ผู้ป่วยมีอาการไอ เหนื่อย แน่นหน้าอก มีไข้ (38-39 องศาเซลเซียส) ชีพจร 100-110 ครั้งต่อนาที หายใจ 20-24 ครั้งต่อนาที O_2 saturation 93% Room air ผล CXR พู infiltration Rt. upper lobe มีการติดเชื้อปอดอักเสบร่วมกับการเกิดภาวะ mild hypoxia ปรีกษาอายุรแพทย์ร่วมรักษา สงสัยภาวะ Pulmonary Embolism จึงให้การรักษาโดยให้ยา Tazocin 4.5gm IV8 ทุก 8 ชั่วโมง ติดตามอาการผู้ป่วย และสังเกตอาการวัดสัญญาณชีพอยู่ในช่วงอุณหภูมิร่างกายลดลง ชีพจร 82-94 ครั้งต่อนาที หายใจ 20-24 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 129/52-131/65 มิลลิเมตรปรอท O_2 saturation 97 - 99% ผล D-dimer 1379 ug/L หลังจากได้รับยาปฏิชีวนะ ปอดอักเสบลดลง อาการผู้ป่วยดีขึ้นตามลำดับ ปวดแผลผ่าตัดที่ขาซ้ายมี pain score 4-5 คะแนน ได้รับการจัดการความปวดที่ดีทำให้ผู้ป่วยมีความสุขสบาย สามารถช่วยเหลือตนเองได้ดี มีการฟื้นฟูสภาพที่ดีสามารถลงเดินด้วยไม้ค้ำยัน (crutch non weight) ได้แผลผ่าตัดแห้งดีไม่มีลักษณะของการติดเชื้อ ซึ่งทีมสหสาขาวิชาชีพและญาติ ผู้ดูแลได้ร่วมกันปรึกษา

หารือและวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ญาติผู้ดูแลมีความเข้าใจ และสามารถปฏิบัติตามแนวปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง แพทย์ตรวจเยี่ยมอาการนอนหลับที่บ้านได้นัดติดตามอาการที่แผนกผู้ป่วยนอกสัปดาห์ละครั้ง และข้อใน 4 สัปดาห์ ผู้ป่วยไม่มีปัญหาทางด้านเศรษฐกิจ สังคม อารมณ์ ผู้ป่วย และญาติมีความพร้อมทั้งด้านร่างกายและจิตใจในการจำหน่ายและกลับบ้าน รวมระยะเวลาอนในโรงพยาบาลทั้งหมด 17 วัน ประสานและติดตามประเมินผลที่มียืมบ้านใน 1 สัปดาห์หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ผู้ป่วยมีการฟื้นฟูสภาพและคุณภาพชีวิตที่ดี^{9,11-13}

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล

ได้นำทฤษฎีทางการพยาบาลของโอเร็ม คือ ความพร้อมในการดูแลตนเอง (The Theory of Self-care Deficit) ใช้ทฤษฎีย่อยในความสามารถการดูแลตนเอง และความต้องการการดูแลทั้งหมดของผู้ป่วยกลุ่มที่กระดูกต้นขาหักจากอุบัติเหตุในช่วงระยะก่อนการผ่าตัด ขณะผ่าตัด ระยะหลังการผ่าตัด การฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายและการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน^{4,5,9,11-13}

เรื่องความไม่สมดุลของความสามารถของบุคคลและความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด ได้มีการปรับกระบวนการพยาบาลเพื่อให้ผู้ป่วยได้มีการดูแลตนเองทุกระยะของการเจ็บป่วยทั้งก่อนและระยะหลังการผ่าตัดกระดูกต้นขาหักได้อย่างเหมาะสม โดยการศึกษาเอกสารวิชาการและงานวิจัยเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตนเองได้น้อย ถูกจำกัดการเคลื่อนไหวและอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องมาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยในกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย เนื่องจากผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด มีโรคร่วมที่เป็นปัจจัยส่งเสริมให้อาการเจ็บป่วยมีความรุนแรงมากขึ้น ได้แก่ โรคเบาหวาน ภาวะ hypokalemia และผู้ป่วยอีกหนึ่งรายได้รับการบาดเจ็บทรวงอกจากการเกิดอุบัติเหตุ มีภาวะอ้วนทำให้ใส่ท่อช่วยหายใจลำบากก่อนการใส่ยาระงับความรู้สึก ซึ่งในระยะหลังการผ่าตัดผู้ป่วยทั้ง 2 ราย ถูกจำกัดการเคลื่อนไหวและไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ ต้องได้รับการดูแลจากพยาบาลและญาติ เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย สามารถกลับไปใช้ชีวิตตามปกติต่อไป โดยข้อวินิจฉัยการพยาบาลของผู้ป่วยทั้ง 2 ราย ดังตารางที่ 1-5

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาล ระยะที่ 1 การพยาบาลก่อนผ่าตัดกระดูกต้นขา

การวินิจฉัย	ผู้ป่วยรายที่ 1	ผู้ป่วยรายที่ 2
การวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1	- ไม่สุขสบายเนื่องจากปวดขาข้างซ้ายมาก	- ไม่สุขสบายเนื่องจากปวดขาข้างซ้ายมากปวดแขน หนี้ออก
การวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2	- วิดกกังวลเนื่องจากขาดความรู้ความเข้าใจในการดูแลตนเองก่อนและหลังผ่าตัด	- วิดกกังวลเนื่องจากขาดความรู้ความเข้าใจในการดูแลตนเองก่อนและหลังผ่าตัด

ตารางที่ 2 ข้อวินิจฉัยการพยาบาล ระยะที่ 2 การพยาบาลระยะหลังการผ่าตัดกระดูกต้นขา

การวินิจฉัย	ผู้ป่วยรายที่ 1	ผู้ป่วยรายที่ 2
การวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1	- เสี่ยงต่อการตกเลือดหลังผ่าตัดเนื่องจากเนื้อเยื่อได้รับบาดเจ็บ	- เสี่ยงต่อการตกเลือดหลังผ่าตัด เนื่องจากเนื้อเยื่อได้รับบาดเจ็บ
การวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2	- ปวดแผลผ่าตัดเนื่องจากเนื้อเยื่อได้รับอันตรายจากการผ่าตัด	- ปวดแผลผ่าตัดเนื่องจากเนื้อเยื่อได้รับอันตรายจากการผ่าตัด
การวินิจฉัยการพยาบาลที่ 3	- อาจเกิดการติดเชื้อบริเวณแผลผ่าตัดเนื่องจากมีเลือดซึมผ้าก๊อซ ออกมา	- อาจเกิดความเสี่ยงการติดเชื้อบริเวณแผลผ่าตัด
การวินิจฉัยการพยาบาลที่ 4	- ผู้ป่วยอาจเกิดภาวะระดับน้ำตาลในเลือดต่ำหรือสูงผิดปกติ	- เสี่ยงต่อภาวะพร่องออกซิเจน จากการบาดเจ็บบริเวณหน้าอกและการแลกเปลี่ยนก๊าซในปอดลดลง
การวินิจฉัยการพยาบาลที่ 5	- ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะไม่สมดุลของสารน้ำและเกลือแร่ในร่างกาย	- มีการติดเชื้อปอดอักเสบ
การวินิจฉัยการพยาบาลที่ 6	- ผู้ป่วยมีภาวะเสี่ยงอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับเลือด	- ผู้ป่วยมีภาวะเสี่ยงอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนแพ้ยาต้านจุลชีพ
การวินิจฉัยการพยาบาลที่ 7	- เสี่ยงต่อการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะเนื่องจากคาสายสวนปัสสาวะไว้	- ไม่สุขสบายเนื่องจากใช้สัมพัทธ์กับเนื้อเยื่อได้รับบาดเจ็บหลังการผ่าตัดและการติดเชื้อ
การวินิจฉัยการพยาบาลที่ 8	- ไม่สุขสบายเนื่องจากใช้สัมพัทธ์กับเนื้อเยื่อได้รับบาดเจ็บหลังการผ่าตัด	- ไม่สุขสบายเนื่องจากปวดแผลสัมพัทธ์กับการจำกัดการเคลื่อนไหวหลังผ่าตัด
การวินิจฉัยการพยาบาลที่ 9	- ไม่สุขสบายเนื่องจากท้องผูกสัมพัทธ์กับการจำกัดการเคลื่อนไหวหลังผ่าตัด	-
การวินิจฉัยการพยาบาลที่ 10	- เสี่ยงต่อการเสียชีวิตจากการติดเชื้อในกระแสเลือด	-
การวินิจฉัยการพยาบาลที่ 11	- อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการ ให้ยา Levophred	-

ตารางที่ 3 ข้อวินิจฉัยการพยาบาล ระยะที่ 3 การวางแผนการจำหน่าย

การวินิจฉัย	ผู้ป่วยรายที่ 1	ผู้ป่วยรายที่ 2
การวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1	มีความบกพร่องในการดูแลตนเองเนื่องจากขาดความรู้ในการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน	มีความบกพร่องในการดูแลตนเองเนื่องจากขาดความรู้ในการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน

ตารางที่ 4 ปัจจัยเสี่ยงการติดเชื้อแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น

ผู้ป่วยรายที่ 1 (Sepsis)	ผู้ป่วยรายที่ 2 (Pneumonia)
- ผู้ป่วยผู้คุ้มกันต่ำจาก - สูงอายุ - มีภาวะช็อค จากการเสียเลือดที่แผลผ่าตัด - ภาวะไม่สมดุลของสารน้ำและเกลือแร่ในร่างกาย - มีโรคประจำตัวได้แก่ เบาหวาน - ผู้ป่วยได้รับหัตถการทางการแพทย์โดยการสอดใส่อุปกรณ์หลายชนิด	- ผู้ป่วยผู้คุ้มกันต่ำจาก - เป็นโรคอ้วน BMI=37 - ได้รับยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกายโดยการใส่ท่อช่วยหายใจจากลำปาก - บริเวณหน้าอกได้รับการกระแทกขณะเกิดอุบัติเหตุ - ระยะหลังหลังการผ่าตัดผู้ป่วยขยับตัวเคลื่อนไหวได้น้อย - ไม่มีการบริหารปอดหลังการผ่าตัดทันที

ตารางที่ 5 สิ่งที่เกิดจากการเรียนรู้ในผู้ป่วยรายนี้

ประเด็น	ผู้ป่วยรายที่ 1 (Sepsis)	ผู้ป่วยรายที่ 2 (Pneumonia)
1. ผู้ป่วยมีภูมิคุ้มกันของร่างกายต่ำจาก	- อายุ ภาวะช็อค ระยะเวลาในการผ่าตัดนาน	- น้ำหนักตัวมาก ระยะเวลาในการผ่าตัดนาน ความสามารถในการเคลื่อนไหวร่างกายน้อย
2. ผู้ป่วยได้รับหัตถการทางการแพทย์โดยการสอดใส่อุปกรณ์หลายชนิด	- peripheral vein, urine catheter, redivac drain	- peripheral vein, การได้รับยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกายโดยใส่ท่อช่วยหายใจ
3. ประเภทยาใช้ยาระงับความรู้สึกในการผ่าตัด	- spinal block อุปกรณ์หลายชนิด	- general anesthesia มีความยากลำบากในการใส่ท่อช่วยหายใจ
4. ไม่มีการบริหารปอดหลังการผ่าตัด		- ไม่ได้ปฏิบัติทันทีที่ 1-2 วันหลังการผ่าตัด

การพยาบาล

ผู้ป่วยทั้ง 2 รายในแผนกศัลยกรรมกระดูกและข้อ โรงพยาบาลโพธาราม แพทย์วินิจฉัยว่า มีภาวะกระดูกต้นขาข้างซ้ายหัก ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดตามหลักกระดูกต้นขาทั้ง 2 ราย พบว่า มีภาวะแทรกซ้อนภายหลังการผ่าตัดโดยมีการติดเชื้อในกระแสเลือด และปอดอักเสบ ได้ดูแลผู้ป่วยตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด การดูแลผู้ป่วยเกิดภาวะปอดอักเสบในโรงพยาบาล โดยมีการประเมินร่วมกับแนวทางการดูแลของแพทย์ในเรื่อง early detection, early treatment และการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยภายหลังได้รับการผ่าตัด^{11,13-15} เพื่อให้เกิดความสมดุลของสภาพร่างกาย ตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด

ในช่วงระยะก่อนการผ่าตัด ระยะหลังการผ่าตัด เพิ่มความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยให้สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันให้ได้เป็นปกติมากที่สุด ซึ่งพยาบาลได้มีการดูแลอย่างใกล้ชิดเพื่อติดตาม ประเมินอาการเปลี่ยนแปลงได้อย่างถูกต้อง ดูแลให้การพยาบาลตามแผนการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ และเหมาะสมกับโรคของผู้ป่วยในทุกระยะของการเจ็บป่วย มีการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนจากการให้ยา ให้เลือด สารน้ำ และอิเล็กโทรไลต์ รวมทั้งมีแนวทางการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคของผู้ป่วย การป้องกันการเกิดแผลกดทับ และป้องกันภาวะเสี่ยงอื่นๆ ที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วย ซึ่งในบทบาทของการควบคุมการติดเชื้อในทีมการพยาบาลได้มีการวางแผนการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องร่วมกับญาติ และ

ผู้ดูแล โดยการทำความสะอาดมือตามหลัก 5 moments เป็นการป้องกันการปนเปื้อนจากการพยาบาล และสิ่งแวดล้อม ในขณะที่ผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล โภธาราม กลับบ้านและกลับไปอยู่ในชุมชน¹¹⁻¹⁵

ซึ่งพบว่าผู้ป่วยรายที่ 1 อาการทั่วไปปกติ แผลแห้งดี แต่ยังไม่สามารถเดินโดยลำพัง การเคลื่อนไหวยังต้องเฝ้าระวังปลัดตกหกล้ม มีการวางแผนงานร่วมกับญาติเรื่องโปรแกรมการฟื้นฟูหลังการผ่าตัด ผู้ป่วยรายที่ 2 หลังรักษาภาวะปอดอักเสบอาการหายเป็นปกติ สามารถเดินได้ อาการทั่วไปปกติ มีการฟื้นฟูร่างกายได้อย่างรวดเร็ว

อภิปรายผล

กระดูกต้นขาหักของผู้ป่วยที่ได้รับอุบัติเหตุ มักเกิดจากอุบัติเหตุที่มีความรุนแรงประมาณร้อยละ 50-60 และจะมีการบาดเจ็บที่ตำแหน่งอื่นร่วมด้วย จากข้อมูลในหน่วยงานศัลยกรรมกระดูก และข้อของโรงพยาบาลโพธาราม พบว่ามีภาวะกระดูกต้นขาหัก มีการบาดเจ็บบริเวณกระดูก และหลอดเลือดบริเวณต้นขาซึ่งเกิดขึ้นได้ทุกกลุ่มอายุ แต่ในกลุ่มผู้สูงอายุ เกิดภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการติดเชื้อ มีความรุนแรงมากกว่ากลุ่มอายุอื่น ๆ ในผู้ป่วยรายที่ 1 ถึงแม้ทีมทางการแพทย์จะมีแนวทางการดูแลตามมาตรฐาน และมีการเฝ้าระวังการติดเชื้ออื่น ๆ ที่อาจเกิดขึ้น การติดเชื้อในกระแสเลือดหลังการผ่าตัดนั้นจากขาดการเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่องซึ่งจากภาวะดังกล่าว ก่อให้เกิดภาวะอันตรายและมีการติดเชื้อแทรกซ้อนได้ง่ายในผู้สูงอายุ ปัจจุบันการรักษาพยาบาลผู้ป่วยกลุ่มนี้จึงต้องมีการประเมินความเสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยทุกระยะของการเจ็บป่วย และสามารถแก้ปัญหาภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้ทันเวลา ในผู้ป่วยรายที่ 2 มีอายุน้อย และมีความเสี่ยงสูงในการติดเชื้อ ได้แก่ ผู้ป่วยมีรูปร่างอ้วนมาก ใส่ท่อช่วยหายใจยาก มีการเคลื่อนไหวร่างกายน้อย หลังการผ่าตัดมีการบาดเจ็บบริเวณทรวงอก จากการวิเคราะห้และประเมินความเสี่ยง พยาบาลต้องมีการ

พัฒนาสมรรถนะการพยาบาลที่ในการประเมิน และจัดการความเสี่ยงมีประสิทธิภาพ เป็นผู้มีความรู้ในการประเมินผู้ป่วยเพื่อรายงานแพทย์ได้ทันที รวมทั้งสื่อสารข้อมูลความเสี่ยงหลังผ่าตัดทันทีลดภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้น ซึ่งจากกรณีศึกษาจะพบว่าพยาบาลได้ให้การดูแลผู้ป่วยกระดูกต้นขาหักได้รับการผ่าตัดตามกระดูกตามมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยโรคดังกล่าว ผู้ป่วยได้รับการประเมินและดูแลอย่างถูกต้อง ได้รับการฟื้นฟูสภาพร่างกายเหมาะสม ทันเวลา ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน รวมถึงพยาบาลสามารถประเมิน และให้การดูแลได้อย่างเหมาะสมตามแผนการดูแลผู้ป่วยจนกระทั่งจำหน่ายจากโรงพยาบาล ในผู้ป่วยทั้งสองรายนี้มีการนำทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็มมาประยุกต์ใช้ร่วมกับการใช้กระบวนการพยาบาลเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างถูกต้องเหมาะสมและปลอดภัย โดยผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วมในการตัดสินใจและวางแผนการดูแลผู้ป่วย พยาบาลจะต้องมีความรู้ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยให้พ้นภาวะวิกฤติ เพื่อแก้ไขสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยมีการติดเชื้อในกระแสเลือดและการเกิดปอดอักเสบ ซึ่งต้องปฏิบัติตามแนวทางการป้องกันการติดเชื้อที่โรงพยาบาล กำหนดอย่างเคร่งครัด⁹⁻¹⁵

สรุป

ผู้ป่วยรายที่ 1 เป็นผู้สูงอายุมาด้วยอาการลื่นล้ม เข้าข่ายกระดูกหัก ฟัน ญาติจึงนำส่งโรงพยาบาล แพทย์ให้การรักษาโดยการผ่าตัดใส่โลหะตามกระดูกต้นขา มีภาวะเกล็ดแร่ไม่สมดุล เป็นโรคเบาหวาน การพยาบาลที่สำคัญคือ การดูแลก่อนและหลังการผ่าตัด การฟื้นฟูร่างกายหลังผ่าตัด จึงมีการติดตามประเมินอาการและเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนที่อาจขึ้น ซึ่งพบว่าผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อน ความดันโลหิตต่ำ และมีการติดเชื้อในกระแสเลือดร่วมด้วย ได้วางแผนการพยาบาลร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพอย่างต่อเนื่อง และมีประสิทธิภาพทำให้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นจนสามารถกลับบ้านได้ นัดติดตาม พบว่าผู้ป่วยสามารถเคลื่อนไหวร่างกายช่วยเหลือตัวเองได้ดี

ผู้ป่วยรายที่ 2 มาด้วยอาการขบถยนต์ชน ต้นไม้ไม่สลบ ปวดต้นขาขวา แขนขวา ปวดจุกลิ้นปี่ มุลนิธินำส่งแพทย์ให้การรักษาโดยการผ่าตัดใส่เหล็กตามกระดูกต้นแขนข้างขวา และต้นขาข้างซ้าย การพยาบาลที่สำคัญ คือ การดูแลก่อนและหลังการผ่าตัด การฟื้นฟูร่างกายหลังผ่าตัดให้สามารถกลับบ้านมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นเช่นกัน และพบมีการติดเชื้อปอดอักเสบระยะหลังจากผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดมีปัญหาด้านการแลกเปลี่ยนออกซิเจน การกลืน พร่องความสามารถในการเคลื่อนไหว และการดูแลตนเอง ซึ่งทีมสหสาขาวิชาชีพและญาติผู้ดูแลได้ร่วมกันปรึกษาหารือและวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยที่ดี ญาติผู้ดูแลมีความเข้าใจและสามารถปฏิบัติตามแนวปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง ผู้ป่วยมาตรวจตามนัด สามารถเคลื่อนไหวร่างกายช่วยเหลือตัวเองได้ดี^{4,5,12,13}

ข้อเสนอแนะ

- 1) มีระบบการคัดกรองการติดเชื้อที่ง่ายต่อการใช้และการประเมินผล โดยการใช้ MEWS และ SIRS อย่างต่อเนื่องมีประสิทธิภาพทุกหน่วยงานการพยาบาล^{14,15}
- 2) มีการพัฒนาสมรรถนะและประเมินสมรรถนะเกี่ยวกับผู้ป่วยติดเชื้อที่สำคัญ
- 3) ทำงานเป็นทีมสหสาขา นำทฤษฎีการพยาบาลมาปรับใช้ร่วมกับหลักฐานเชิงประจักษ์เพื่อสนับสนุนแนวทางการดูแลผู้ป่วยเพื่อความปลอดภัยและลดทุพพลภาพ มีแผนในการนิเทศติดตามอย่างต่อเนื่อง
- 4) ประเมินและติดตามระบบการดูแลผู้ป่วยภายหลังกลับบ้านใน 1 เดือน เพื่อจัดกิจกรรมลดความพิการ และติดตามเยี่ยมที่เหมาะสม

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. รายงานการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2557. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อวันที่ 30 มกราคม 2561]. เข้าถึงได้จาก: <http://service.nso.go.th/nso/nsopublish/themes/files/elderlyworkFullReport57-1.pdf/2557>

2. จิตติมา ทาสวรรณอินทร์. การพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ. วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ 2560; 5(2): 119-31.
3. นิพา ศรีช้าง, ลลิตรา กำวิ. รายงานการพยากรณ์การพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ (อายุ 60 ปีขึ้นไป) ในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2560-2564. นนทบุรี: สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข; ม.ป.ป.
4. Ryan SP, DiLallo M, Attarian DE, Jiranek WA, Seyler TM. Conversion vs Primary Total Hip Arthroplasty: Increased cost of care and perioperative complications. J Arthroplasty 2018; 33(8): 2405-11.
5. จิตตินัน ส่องแสงจันทร์. การพยาบาลผู้ป่วยคอสะโพกหักโรงพยาบาลตากสิน. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข 2557; 3(23): 98-109.
6. Haidukewych GJ, Langford J. Subtrochanteric fractures. In: Bucholz RW, Heckman JD, Court-Brown CM, Tornetta P, editors. Rockwood and Green's fractures in adults. 7th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2010. p. 1655-718.
7. งานป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล โรงพยาบาลโพธาราม. รายงานการติดเชื้อในโรงพยาบาล ปี 2560. ราชบุรี: โรงพยาบาลโพธาราม; 2560.
8. ภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. คู่มือการใช้ยาสำหรับพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ 10. เชียงใหม่: กราฟฟิคซิสเต็มส์; 2558.
9. ภาควิชาศัลยศาสตร์ออร์โธปิดิกส์และกายภาพบำบัด คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยมหิดล. การอบรมฟื้นฟูวิชาการพยาบาลออร์โธปิดิกส์ ครั้งที่ 14. กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล; 2560.
10. วิไลวรรณ ทองเจริญ. ศาสตร์และศิลป์การพยาบาลผู้สูงอายุ. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: เอ็นพีเพรส; 2558.
11. ศิริพร ปิติ, มานะ อารี. การประเมินและเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดตารวีสัญญาวิทยา. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์; 2556.

12. อรพินท์ สีขาว. การจัดการโรคเบาหวาน: มิติของโรคและบทบาทพยาบาล. กรุงเทพฯ: เอ็มแมอนด์ เอ็มเลเซอร์ พรินส์; 2558.
13. อะเคื้อ อุณหเลขกะ. ระบาดวิทยาและแนวปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล. เชียงใหม่: มิ่งเมือง; 2556.
14. Robert SM. Sepsis and septic shock. In: Braunwald, Fauci, Kasper, Hauser, Longo, Jameson, editors. Harrison's principles of internal medicine. 19thed. New York: McGrawHill; 2016. p. 144–52.
15. Mandell GL, JOHN E. Bennett JE, Dolin R. Principles and practice of infectious disease. 6th ed. New York: Elsevier Churchill Livingstone; 2014.