

กรณีศึกษา (Case study)

การพยาบาลผู้สูงอายุกระดูกข้อสะโพกหัก ที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมและมีโรคร่วม Nursing Care for the Hip Fracture in the Older People with Hip Arthroplasty and Comorbidities

โสภิต เลหาภักดี^{1*}

Sopit Lauhapukdee^{1*}

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: sopitortho@gmail.com) โทรศัพท์ 089-4130390

(Received: June 4, 2020; Revised: July 20, 2020; Accepted: July 30, 2020)

บทคัดย่อ

ภาวะกระดูกสะโพกหักเป็นปัญหาที่พบบ่อยในกลุ่มผู้สูงอายุ การผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมนับเป็นการรักษาที่ดีสำหรับผู้สูงอายุที่มีการหักของกระดูกสะโพก และทำให้ผู้สูงอายุฟื้นตัวได้เร็วหลังการผ่าตัด ปัจจุบันโรงพยาบาลพระจอมเกล้าจังหวัดเพชรบุรี สามารถให้บริการผู้ป่วยผ่าตัดข้อสะโพกเทียมประมาณ 60 รายต่อปี ผู้ศึกษาจึงนำกรณีศึกษาผู้สูงอายุกระดูกข้อสะโพกหักที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม และมีโรคร่วมมาเป็นกรณีศึกษา ซึ่งเป็นผู้ป่วยสูงอายุ เพศหญิง กระดูกข้อสะโพกหัก มีโรคร่วมคือ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และภาวะซีดร่วมด้วย จำเป็นต้องได้รับเลือดทดแทน มีคลื่นหัวใจผิดปกติต้องปรึกษาอายุรแพทย์ เพื่อประเมินความเสี่ยงทั้งก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด และหลังผ่าตัด ตลอดจนการประเมินและเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน เช่น แผลกดทับ การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ และปอดบวม

ผลการศึกษาพบว่า การใช้กระบวนการพยาบาลร่วมกับการรักษาของแพทย์เป็นสิ่งสำคัญในการดูแลผู้ป่วยทั้งในระยะก่อนและหลังผ่าตัด การประเมินผู้ป่วยตามแบบแผนสุขภาพและให้การพยาบาลแบบองค์รวม ส่งผลให้ผู้ป่วยปลอดภัย คลายความวิตกกังวลทั้งผู้ป่วยและญาติ สามารถกลับไปใช้ชีวิตประจำวันได้ตลอดจนให้คำแนะนำในการป้องกันและดูแลต่อเนื่อง เพื่อป้องกันการเกิดกระดูกหักซ้ำ

คำสำคัญ : กระดูกสะโพกหัก, ภาวะแทรกซ้อน, ข้อสะโพกเทียม, ผู้สูงอายุ

Abstract

Hip fracture is the common problem in older patients. The hip arthroplasty has been recognized as the best treatment option for elder patients with hip fracture since they can be well recovered after surgery. At present, Phrachomklao hospital can provide hip arthroplasty for 60

¹ พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการ โรงพยาบาลพระจอมเกล้าจังหวัดเพชรบุรี

Registered nurse (Professional level), Phrachomklao hospital

patients a year. In this case study, an older female patient had a right hip fracture and she also had diabetes, hypertension and anemia. She needed a blood substitute. Her electrocardiogram was abnormal, so she had to consult a doctor for a proper treatment before and after surgery. The patient must be closely monitored due to comorbidities such as pressure ulcers, urinary tract infections and pneumonia.

This study revealed that the collaboration between nurses and doctors in a nursing process was important in order to provide proper care before and after an operation. The concept of functional health patterns was used to evaluate and to provide holistic care so as to provide safety for the patient. The patient and her relatives report a marked relief of anxiety and could return to their normal daily routine. The nurses gave advice on self-care and taught her how to prevent any fracture in the future.

Keywords: Hip fracture, Complication, Hip arthroplasty, Older people

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

กระดูกสะโพกหักจากการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุเป็นปัญหาสำคัญ เป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 2 รองจากอุบัติเหตุทางถนน และการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ อาจส่งผลทำให้กระดูกสะโพกหักตามสถิติของมูลนิธิโรครกระดูกพรุนระหว่างประเทศ ประมาณร้อยละ 12-20 มักเสียชีวิตใน 1 ปี ไม่ว่าจะรักษาโดยการผ่าตัดหรือรักษาแบบอนุรักษ์ ทั้งนี้ อัตราการเสียชีวิตจะเพิ่มขึ้น ถ้าผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อนทั้งในช่วงการรักษาและมีโรคร่วม อีกทั้งประเทศไทยกำลังเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ปัญหาจากการพลัดตกหกล้มยังเป็นปัญหาสำคัญ ซึ่งควรตระหนักทั้งการป้องกันและรักษา (จิตติมา เอกวิโรจนสกุล, 2562)

การดูแลผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหัก จำเป็นต้องได้รับการดูแลจากทีมสหสาขาวิชาชีพ ผลลัพธ์ทางการรักษาขึ้นอยู่กับแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพ ผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหักส่วนใหญ่ มักมีปัญหาซับซ้อน บางรายมีโรคประจำตัวร่วมด้วย เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง หรือโรคหัวใจ ทำให้มีการชะลอการผ่าตัด ส่งผลต่อภาระค่าใช้จ่าย มีจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลนาน และทำให้อัตราตายเพิ่มมากขึ้น (ไพรัช ประสงค์จีน, 2552) การรักษาโดยการผ่าตัดเป็นการรักษาที่นิยมใช้มากในปัจจุบัน เพื่อให้สามารถลงน้ำหนักขาข้างที่หัก และฟื้นคืนสู่สภาพปกติได้เร็วที่สุด รวมทั้งป้องกันภาวะแทรกซ้อน การผ่าตัดควรทำภายใน 7 วัน หลังสะโพกหัก (Singh, Charles, Maceachern, & Changulani, 2016) แม้ว่าวิธีการรักษากระดูกสะโพกหักจะมีประสิทธิภาพมากขึ้น แต่การดูแลผู้ป่วยที่ไม่เหมาะสม อาจทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อนภายหลังการผ่าตัดได้ เช่น ปอดบวม แผลกดทับ กล้ามเนื้อลีบ ข้อติดแข็ง และการเกิดข้อสะโพกเทียมหลุด หากไม่ได้รับการรักษาและการดูแลที่มีประสิทธิภาพ ทำให้เกิดภาวะทุพพลภาพตามมา ก่อให้เกิดปัญหาทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม รวมถึงการเสียชีวิตได้ในที่สุด (Meehan et al,

2018) ดังนั้น พยาบาลเป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยในทุกระยะ ตั้งแต่รับใหม่จนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

จากสถิติผู้ป่วยกระดูกหักของหอผู้ป่วยศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี ซึ่งเป็นโรงพยาบาลทั่วไปขนาด 434 เตียง พบว่า มีผู้ป่วยกระดูกหักมาใช้บริการ ในปี พ.ศ. 2560 จำนวน 3,281 ราย ปี พ.ศ. 2561 จำนวน 3,406 ราย และปี พ.ศ. 2562 จำนวน 3,642 ราย โดยเป็นผู้ป่วยสูงอายุจำนวน 722, 741, และ 756 ราย ตามลำดับ และมีปัญหาข้อสะโพกหัก คิดเป็นร้อยละ 41.13, 49.93, และ 40.47 ตามลำดับ โดยได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมเฉลี่ยประมาณ 60 รายต่อปี โดยในปี พ.ศ. 2562 พบว่า เสียชีวิตก่อนผ่าตัด 5 ราย จากโรคหัวใจ ปอดบวม และติดเชื้อในกระแสเลือด และเสียชีวิตหลังผ่าตัด 3 ราย จากภาวะน้ำตาลต่ำ น้ำท่วมปอด และการหายใจล้มเหลว รวมทั้ง มีอัตราการเกิดแผลกดทับ 2.4 ต่อ 1000 วันนอน และเกิดข้อสะโพกหลุด 2 ราย จากการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยไม่ถูกวิธี และการตกเตียง (กลุ่มงานออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี, 2562)

จากสถานการณ์กระดูกข้อสะโพกหักในผู้สูงอายุ ที่มารักษาที่โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี พบผู้ป่วยกระดูกข้อสะโพกหักที่เป็นผู้สูงอายุและมีโรคร่วม เช่น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง และโรคตับ เป็นต้น การวางแผนการพยาบาลที่มีความจำเพาะกับผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมและมีโรคร่วม จะช่วยลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น แผลผ่าตัดติดเชื้อ ข้อจากการเสียเลือด ข้อสะโพกหลุด แผลกดทับ ปอดอักเสบ และภาวะแทรกซ้อนจากโรคร่วมที่ผู้ป่วยเป็นอยู่เดิม ส่งผลให้มีการฟื้นตัวหลังผ่าตัด หากได้รับการดูแลที่เหมาะสมตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัด มีการกำหนดแนวทางปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดเป็นระบบและต่อเนื่อง จนกระทั่งจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล มีการทำงานร่วมกันของสหสาขาวิชาชีพ รวมถึงสมาชิกในครอบครัว จะทำให้การฟื้นตัวของผู้ป่วยเร็วขึ้น ลดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ได้ ผู้ป่วยสามารถกลับไปใช้ชีวิตประจำวันได้ตามปกติ ผู้เขียนในฐานะพยาบาลประจำกลุ่มงานศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์ จึงมีความสนใจศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุกระดูกข้อสะโพกหักที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมและมีโรคร่วม โดยใช้กรอบแนวคิดแบบแผนสุขภาพ (Functional Health Pattern) ของกอร์ดอนมาใช้ เพื่อนำไปสู่การวินิจฉัยปัญหาทางการพยาบาล วางแผนการพยาบาล ปฏิบัติการพยาบาล และประเมินผลการพยาบาลที่มีคุณภาพ

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาความรู้และประยุกต์ใช้กระบวนการพยาบาลในการให้การพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุกระดูกข้อสะโพกหักที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมและมีโรคร่วม

วิธีดำเนินการศึกษา

1. คัดเลือกกรณีศึกษาจากผู้รับบริการเป็นผู้สูงอายุกระดูกข้อสะโพกหักที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมและมีโรคร่วม ที่มาใช้บริการในหอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์หญิงและเด็ก โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี ในช่วงเดือนตุลาคม พ.ศ. 2562 ถึงเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2563

2. ขออนุญาตผู้ป่วย ครอบครัว และ/หรือญาติผู้ดูแลผู้ป่วย โดยการลงนามในใบยินยอมการรักษาพยาบาล และการขออนุญาตเป็นกรณีศึกษา ทั้งนี้ผู้ป่วย ครอบครัว และ/หรือญาติผู้ดูแลของผู้ป่วยสามารถที่จะยุติการเป็นกรณีศึกษาได้โดยไม่ส่งผลต่อการได้รับบริการใดๆ

3. ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ อาการสำคัญ ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต และผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ประเมินปัญหาความต้องการการพยาบาลโดยใช้กรอบแนวคิดแบบแผนสุขภาพ (Functional health pattern) 11 แบบแผนของกอร์ดอน เป็นแบบในการประเมินความครอบคลุม วินิจฉัยปัญหาทางการพยาบาล วางแผนการพยาบาล ปฏิบัติการพยาบาล ประเมินผลการพยาบาล (พรศิริ พันธสี, 2558) และการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

4. ศึกษาค้นคว้าเอกสาร งานวิจัย ตำรา แฟ้มประวัติผู้ป่วย ปรีक्षाแพทย์ พยาบาล และผู้เชี่ยวชาญทางด้านศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์

5. สรุปและอภิปรายผลการศึกษา จัดทำเป็นเอกสารให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความถูกต้องของผลงาน ตรวจสอบ แก้ไข และจัดพิมพ์เป็นรูปเล่มเผยแพร่

ผลการศึกษา

1. การประเมินภาวะสุขภาพ

1.1 ข้อมูลทั่วไปและประวัติการเจ็บป่วย

ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 87 ปี รูปร่างสมส่วน ผิวคล้ำ อาชีพทำนา สถานภาพสมรสหม้าย ศาสนาพุทธ ไม่มีรายได้ โดยบุตรเป็นผู้รับภาระค่าใช้จ่าย จบการศึกษาระดับประถมศึกษาปีที่ 4 น้ำหนัก 52 กิโลกรัม สูง 147 เซนติเมตร ดัชนีมวลกาย 24.06 kg/m^2 ใช้สิทธิการรักษาบัตรผู้สูงอายุ

อาการสำคัญ: ปวดสะโพกขวา 1 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล

ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน: 1 ชั่วโมง ก่อนมาโรงพยาบาล เดินล้มเอง ปวดสะโพกขวา เดินไม่ได้ ญาตินำส่งโรงพยาบาล

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต: ปฏิเสธการแพ้ยาหรือสารเคมีใดๆ มีโรคประจำตัวเป็นโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงมา 20 ปี รักษาอย่างต่อเนื่องที่โรงพยาบาลเขาย้อย เคยได้รับการผ่าตัดต่อมไทรอยด์เมื่อ 30 ปีก่อน และปฏิเสธการดื่มสุราและการสูบบุหรี่

ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว: มีบุตรทั้งหมด 4 คน เป็นชายทั้งหมด สามิเสียชีวิต อาศัยอยู่กับบุตรชายคนโตและบุตรสะใภ้ ทุกคนแข็งแรงดี

อาการแรกเริ่ม: รู้สึกตัวดี อ่อนเพลีย บ่นปวดสะโพกขวา ขาขวาสั้นกว่าขาซ้าย ระดับความปวด (Pain score) เท่ากับ 5 สัญญาณชีพแรกเริ่ม ความดันโลหิต 149/76 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 96 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที อุณหภูมิร่างกาย 37 องศาเซลเซียส วัดค่าออกซิเจนในเลือดได้ เท่ากับ 98 %

1.2 แบบแผนพฤติกรรมสุขภาพ: จากการประเมินภาวะสุขภาพตามแนวคิดแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน 11 แบบแผน ผู้ป่วยมีแบบแผนการดำเนินชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไป ดังนี้

- การรับรู้และการดูแลสุขภาพ ผู้ป่วยช่วยตนเองได้น้อยต้องนอนอยู่บนเตียงตลอด มีอาการหลงลืมบางครั้ง ต้องมีญาติดูแลตลอดเวลา
- อาหารและการเผาผลาญ เป็นโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงต้องได้รับอาหารเฉพาะทางที่เหมาะสม
- การขับถ่าย ก่อนเข้าโรงพยาบาลขับถ่ายปกติทุกวัน หลังนอนโรงพยาบาลได้รับการสวนอุจจาระก่อนวันทำผ่าตัดและถ่ายทุก 3 วัน ปัสสาวะได้เอง และได้รับการคาสายสวนวันผ่าตัดและใส่ไว้ 4 วัน สามารถนำออกได้และปัสสาวะได้ปกติ
- กิจกรรมประจำวันและการออกกำลังกาย ก่อนเข้าโรงพยาบาลผู้ป่วยเดินได้ทำงานบ้านได้ หลังนอนโรงพยาบาลต้องมีญาติและพยาบาลช่วยดูแล
- การพักผ่อนนอนหลับ ปกตินอนเร็วตื่นเช้า หลังเจ็บป่วยนอนหลับกลางวันและตื่นกลางคืนบ่อยทำให้มีอาการหลงบางวัน
- สถิติปัญญาและการรับรู้ รู้รู้ต่อการปวดสะโพกหักและการปวดแผลผ่าตัด
- การรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์ มีความกังวลกลัวเดินไม่ปกติและต้องพึ่งพาบุตร
- บทบาทและสัมพันธ์ภาพภายในครอบครัว อาศัยอยู่กับบุตรชายคนโตและบุตรสะใภ้ รักใคร่กันดี
- เพศสัมพันธ์และการเจริญพันธุ์ เป็นหม้ายไม่มีปัญหาเรื่องนี้
- การปรับตัวและการเผชิญกับความเครียด ผู้ป่วยมีสีหน้ากังวลและสับสนบางครั้งพยาบาลและญาติให้กำลังใจทำให้อาการดีขึ้นเป็นปกติ
- คุณค่าและความเชื่อ ผู้ป่วยเป็นชาวไทยทรงดำมีบุตรหลานและเพื่อนบ้านมาให้กำลังใจตลอดทำให้มีกำลังใจในการฝึกเดินและช่วยเหลือตนเอง

1.3 การตรวจร่างกาย

- ลักษณะทั่วไป: รู้สึกตัวดี ปกติ ใบหน้าเล็กน้อย รูปร่างสมส่วน สีหน้ากังวล
- ผิวหนัง: สีผิวดำแดง ผิวอุ่น
- ตา หู คอ จมูก: เปลือกตาซีดเล็กน้อย
- แขนและขา: สะโพกขวาบวมผิดปกติ วัดความยาวขาขวาสั้นกว่าขาซ้าย 4 เซนติเมตร
- หน้าอก: กตมุ่ม ไม่บวมตึง 2 ข้างเท่ากัน
- ปอด: ฟังไม่พบเสียงผิดปกติ
- หัวใจ: ฟังไม่พบเสียงผิดปกติ
- ระบบไหลเวียนโลหิต: มีรอยช้ำบริเวณสะโพกขวา คลำชีพจรบริเวณต้นขา 2 ข้างได้ชัดเจน
- ระบบประสาท: แขนและขา 2 ข้างไม่มีอาการชา
- ระบบกล้ามเนื้อ: ขาซ้ายสามารถยกได้ปกติ ขาขวายกไม่ขึ้น เมื่อหดเกร็งกล้ามเนื้อต้นขาขวาเชิงกรานข้างขวาจะเอียงและรู้สึกเจ็บ

1.4 ผลการตรวจพิเศษ: การถ่ายภาพรังสีกระดูกสะโพก 2 ข้างด้านหน้าและด้านข้าง พบกระดูกข้อสะโพกขวาหักแบบปิด (Closed fracture right neck of femur) การถ่ายภาพรังสีหน้าอก (Chest X-Ray: CXR) ปกติ การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (Electrocardiogram: EKG) พบคลื่นไฟฟ้าหัวใจผิดปกติและมีภาวะหัวใจเต้นเร็ว (Sinus tachycardia)

1.5 ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ: (วันที่ 1 พฤษภาคม พ.ศ.2563)

ตรวจความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด (Complete Blood Count: CBC) พบความเข้มข้นของเลือด (Hematocrit: Hct) 28.8% เม็ดเลือดขาว (White Blood Cell: WBC) 9,810 เซลล์/เดซิลิตร จำนวนเกล็ดเลือด (Platelet) พอเหมาะ (adequate) ตรวจการส้างลิ่มเลือด (Coagulogram: PT, PTT, INR) ปกติ ค่าไนโตรเจนในกระแสเลือด (Blood Urea Nitrogen: BUN) 16.9 มิลลิกรัม/เดซิลิตร ปริมาณ Creatinine ในเลือด 0.76 มิลลิกรัม/เดซิลิตร โซเดียม 144 mEq/L โพแทสเซียม 3.9 mEq/L คลอไรด์ 105 mEq/L คาร์บอนไดออกไซด์ 29 mEq/L ค่าระดับน้ำตาลในเลือด (Fasting Blood Sugar: FBS) 149 มิลลิกรัม/เดซิลิตร

1.6 การวินิจฉัยโรค: กระดูกข้อสะโพกขวาหักแบบปิด (Closed fracture neck of right femur)

1.7 สรุปอาการและการรักษาที่ได้รับ

- วันที่ 30 เมษายน พ.ศ. 2563 เวลา 18.45 น. ได้รับการรักษาโดยการดึงถ่วงน้ำหนักผ่านทางผิวหนัง (Skin traction) ขาข้างขวา น้ำหนัก 3 กิโลกรัม

- วันที่ 1 พฤษภาคม 2563 เวลา 8.00 น. ส่งตรวจเลือดทางห้องปฏิบัติการพบว่า ค่า Hct 28.8% ได้รับผลิตภัณฑ์ของเลือดเป็นเม็ดเลือดแดงเข้มข้น (Packed Red cell: PRC) 2 ยูนิต ผลการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ มีภาวะหัวใจเต้นเร็วผิดปกติ (Sinus tachycardia) ชีพจรอยู่ในช่วง 96-110 ครั้ง/นาที ความดันโลหิตอยู่ในช่วง 149/76-165/72 มิลลิเมตรปรอท ผลการเจาะตรวจน้ำตาลในเลือดโดยเจาะปลายนิ้ว (Dextrostix: DTX) ได้ 196 มิลลิกรัม/เดซิลิตร ได้รับการส่งปรึกษาแพทย์เฉพาะทางอายุรกรรมเพื่อประเมินความเสี่ยงสำหรับการทำผ่าตัดและรักษาโรคร่วมต่อเนื่อง ได้รับยาโรคเดิมและติดตามค่าน้ำตาลในเลือดวันละ 4 เวลา ก่อนอาหาร ควบคุมระดับน้ำตาลไม่เกิน 200 มิลลิกรัม/เดซิลิตร และความดันโลหิตไม่มากกว่า 160/90 มิลลิเมตรปรอท ผู้ป่วยสูงอายุจึงต้องจองเตียงที่หอผู้ป่วยวิกฤตเพื่อสังเกตอาการหลังผ่าตัด

- วันที่ 7 พฤษภาคม 2563 ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมชนิดไบโพลาร์โดยไม่ใช้สารยึดกระดูกข้างขวา (Hemiarthroplasty with bipolar cementless prosthesis) โดยการระงับความรู้สึกแบบฉีดยาชาเข้าช่องน้ำไขสันหลัง (Spinal block) ขณะผ่าตัดเสียเลือด 100 มิลลิลิตร กลับจากห้องผ่าตัด สัญญาณชีพปกติ จึงย้ายกลับหอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์หญิงและเด็ก หลังผ่าตัดมีแผลบริเวณสะโพกขวาปิดผ้าก๊อชและพลาสติกชนิดติดแน่น มีขวดระบายเลือด (Radivac drain) 1 ขวด มีสายสวนปัสสาวะแบบคาสาย ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ให้ออกซิเจนทางจมูกแบบ Nasal cannula 3 ลิตร/นาที ได้รับยาต้านจุลชีพ Cefazolin 1 กรัม ฉีดเข้าหลอดเลือดดำ ทุก 6 ชั่วโมง ยา Levofloxacin 500 มิลลิกรัม ฉีดเข้าหลอดเลือดดำวันละครั้ง เป็นเวลา 14 วัน ได้ยาแก้ปวด Etoricoxib 60 มิลลิกรัม 1 เม็ด หลังอาหาร

เข้าและเย็น และยารักษาอาการโรคร่วมต่อเนื่อง ได้แก่ Metformin 500 มิลลิกรัม 1 เม็ดหลังอาหารเช้า เย็น และยา simvastatin 10 มิลลิกรัม 1 เม็ดก่อนนอน มีอาการหลงลืมและพูดสับสนบางครั้ง ได้รับการดูแลใกล้ชิดจากพยาบาลและญาติตลอดเวลา หลังผ่าตัด 3 วัน นำสายสวนปัสสาวะออก ผู้ป่วยสามารถปัสสาวะได้เอง และนำสายระบายเลือดออก แผลมีเลือดซึมเล็กน้อย ทำแผลวันละครั้ง

- วันที่ 10 พฤษภาคม พ.ศ.2563 ส่งกายภาพบริหารร่างกายและฝึกเดินด้วยอุปกรณ์ช่วยเดิน 4 ขา (Walker bar) ผู้ป่วยอาการดีขึ้น ตามลำดับ

- วันที่ 21 พฤษภาคม พ.ศ.2563 ตัดไหมออกทั้งหมด แผลดีดี เดินโดยใช้ Walker bar ได้แต่ต้องมีพยาบาลหรือญาติอยู่ด้วยตลอดเวลา แพทย์จำหน่ายกลับบ้านได้ รวมระยะเวลาที่พักรักษาอยู่ในโรงพยาบาล 21 วัน และนัดตรวจติดตามผล 1 เดือน และส่งต่อติดตามเยี่ยมบ้านตามระบบการดูแลต่อเนื่อง (Continuing of care) ของทีมสหสาขา

2. ประยุกต์ใช้กระบวนการพยาบาลในการแก้ไขปัญหาสุขภาพ ตั้งแต่ก่อนผ่าตัด หลังผ่าตัดและการจำหน่าย

2.1 การวางแผนการพยาบาลระยะก่อนผ่าตัด

2.1.1 มีความไม่สุขสบายจากการปวดสะโพกขวา

ข้อมูลสนับสนุน: ผู้ป่วยบอกปวดสะโพกขวาเวลาขยับตัว นอนไม่หลับ ระดับความปวด (Pain score) ได้ 5 คะแนน (วันที่ 30 เมษายน พ.ศ.2563) และได้รับการรักษาด้วยการดึงถ่วงน้ำหนักผ่านผิวหนัง (Skin traction) ที่ขาขวา 3 กิโลกรัม (วันที่ 30 เมษายน - 7 พฤษภาคม พ.ศ.2563)

วัตถุประสงค์: เพื่อให้ผู้ป่วยทุเลาอาการปวดสะโพกขวา

เกณฑ์การประเมินผล: ระดับความปวด 1-3 คะแนนหรือปวดน้อย ผู้ป่วยสามารถนอนหลับพักผ่อนได้อย่างน้อยวันละ 6-8 ชั่วโมง

กิจกรรมการพยาบาล:

- ประเมินระดับความปวด โดยการสอบถามผู้ป่วยให้ตอบเป็นคะแนน 0-10 คะแนน ทุก 4 ชั่วโมง และบันทึกเป็นสัญญาณชีพ (อินทรา ปากันทะ, เอี่ยมพร หลินเจริญ, และสิริลักษณ์ ทูลยอดพันธ์, 2561)

- ดูแลการถ่วงน้ำหนัก โดยการมีแรงต้านที่เหมาะสม มีการดึงอย่างต่อเนื่อง ทำที่ใช้ดึงเหมาะสม แนวแรงดึงผ่านกระดูกที่หัก ลูกตุ้มถ่วงแขวนลอยอิสระ เชือกที่ดึงอยู่ในรอก และลูกตุ้มลอยพ้นจากพื้น และตรวจดูการพันผ้ายึดบริเวณข้อเท้าขวา หากแน่นเกินไปให้คลายผ้ายึดออกแล้วพันใหม่ เพื่อป้องกันการกดทับของเส้นประสาทและหลอดเลือด (จิราวรรณ เชื้อตาเล็ง, 2559)

- ให้อาบน้ำตามระดับคะแนนความปวด 0-3 คะแนน ให้การพยาบาล จัดท่านอนให้เหมาะสม 4-6 คะแนนให้ยา Paracetamol 500 มิลลิกรัม 1 เม็ดทุก 4-6 ชั่วโมง และ 7 คะแนนขึ้นไป รายงานแพทย์ขอคำสั่งยาฉีด Tramadol 50 มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำและสังเกตอาการแพ้ยา เช่น อาการคลื่นไส้อาเจียนหลังได้ยา 15-30 นาที และบันทึกการพยาบาล (เฉลิมศรี สุวรรณเจดีย์ และจุฬารณีย์ สมรูป, 2553)

การประเมินผลทางการพยาบาล: หลังได้รับการถ่วงน้ำหนักขาขวาและจัดทำทาง
เหมาะสม ระดับความปวดของผู้ป่วยลดลง โดยมีคะแนนอยู่ในระดับ 1-3 คะแนน และนอนหลับพักผ่อน
ได้วันละ 6-8 ชั่วโมง

2.1.2 เซลล์ในร่างกายอาจได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอ เนื่องจากภาวะช็อค

ข้อมูลสนับสนุน: ผิวหนังและเยื่อหนังตาสีซีด อ่อนเพลีย เหนื่อยเวลาทำกิจวัตรประจำวัน
อัตราการหายใจอยู่ในช่วง 22- 24 ครั้ง/นาที ซีฟรอยู่ในช่วง 96-110 ครั้ง/นาที ค่าออกซิเจนวัดปลายนิ้ว
(Oxygen sat.) อยู่ในช่วง 95-98% (วันที่ 1 พฤษภาคม พ.ศ.2563) ผลตรวจ Hct เท่ากับ 28.8% (วันที่ 1
พฤษภาคม พ.ศ.2563 เวลา 10.00 น.) ได้รับการรักษาโดยการให้เม็ดเลือดแดงเข้มข้น (packed red
cells) จำนวน 2 ยูนิต

วัตถุประสงค์: เพื่อให้เซลล์ได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ

เกณฑ์การประเมินผล: ไม่พบภาวะช็อค ผล Hct มากกว่าหรือเท่ากับ 30% ไม่เหนื่อย
อัตราการหายใจ 18-20 ครั้ง/นาที

กิจกรรมการพยาบาล:

- ดูแลให้ออกซิเจนทาง Nasal cannula จำนวน 3 ลิตร/นาที เพื่อให้ร่างกาย
ได้รับออกซิเจนโดยตรง

- ดูแลให้ได้รับผลิตภัณฑ์ของเลือดเม็ดเลือดแดงเข้มข้นตามแผนการรักษาของ
แพทย์จำนวน 2 ยูนิตอย่างต่อเนื่อง โดยการให้เลือดแต่ละถุงใช้เวลาประมาณ 2-3 ชั่วโมง เพื่อป้องกัน
อาการไม่พึงประสงค์จากการให้เลือดและเฝ้าระวังสัญญาณชีพก่อนให้เลือดและขณะให้เลือดทุก 10 นาที
2 ครั้งติดต่อกัน และทุก 1 ชั่วโมง จนกว่าการให้เลือดจะเสร็จสิ้น รวมทั้งสังเกตอาการแพ้เลือด เช่น มีไข้
หนาวสั่น มีผื่นตามผิวหนังตลอดระยะเวลาที่ได้รับเลือด ถ้ามีอาการให้หยุดการให้เลือดและรายงานแพทย์
(อนุชา ไทยวงษ์, กัญญาพัชร เบ้าทอง, และอลิษา ทรัพย์สังข์, 2561)

- แนะนำญาติให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารที่มีธาตุเหล็กมาก เช่น ตับ ผักใบเขียว
เป็นต้น เพื่อส่งเสริมการสร้างเม็ดเลือดแดงสำหรับการขนส่งออกซิเจนในเลือด

- ดูแลให้นอนหลับพักผ่อนให้เพียงพอ โดยจัดสิ่งแวดล้อมให้เงียบสงบไม่มีเสียง
ดังรบกวน เพื่อลดการใช้ออกซิเจน

การประเมินผลการพยาบาล: ผู้ป่วยได้รับเลือดครบ 2 ยูนิต ผล Hct เพิ่มขึ้นเป็น 39%
(วันที่ 1 พฤษภาคม พ.ศ.2563) อัตราการหายใจอยู่ในช่วง 18-20 ครั้ง/นาที ไม่เหนื่อย ได้รับออกซิเจน
เพียงพอ ซีฟรอยู่ในช่วง 96-100 ครั้ง/นาที ค่า Oxygen sat.อยู่ในช่วง 98-100%

2.1.3 มีโอกาสเกิดภาวะระดับน้ำตาลในเลือดสูงหรือต่ำผิดปกติ

ข้อมูลสนับสนุน: ผู้ป่วยเป็นโรคเบาหวาน มีการงดน้ำและอาหารยกเว้นยาแก้ปวดก่อนผ่าตัด ค่า
FBS 149 มิลลิกรัม/เดซิลิตร (1 พฤษภาคม พ.ศ.2563) และ DTX 196 มิลลิกรัม/เดซิลิตร (30 เมษายน
พ.ศ.2563) วันทำผ่าตัด 7 พฤษภาคม พ.ศ.2563 ได้รับสารน้ำ 0.9% NSS 1000 มิลลิลิตร ในอัตรา 80
มิลลิลิตร/ชั่วโมง

วัตถุประสงค์: เพื่อให้ระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในระดับปกติ

เกณฑ์การประเมินผล: ไม่พบภาวะง่วงซึม ไม่รู้สึกตัว สับสน กระสับกระส่าย กระหายน้ำ เหนื่อยเพลีย เหงื่อแตก ตัวเย็น ผล DTX ไม่น้อยกว่า 70 มิลลิกรัม/เดซิลิตร หรือมากกว่า 200 มิลลิกรัม/เดซิลิตร

กิจกรรมการพยาบาล:

- ประเมินสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง
- เฝ้าระวังอาการผิดปกติ เนื่องจากภาวะน้ำตาลต่ำ (Hypoglycemia) คือ หิว บ่อย ใจสั่น เหงื่อออกมาก ตัวเย็น สับสน อาจหมดสติได้ และภาวะน้ำตาลสูง (Hyperglycemia) คือ ปัสสาวะบ่อย กระหายน้ำ อ่อนเพลีย หอบ ซึมลง เพื่อให้การช่วยเหลือได้ทันที (เรีนจิต เพชรชิต, 2558)
- ให้อาา Metformin 500 มิลลิกรัม 1 เม็ด 2 ครั้ง หลังอาหารเช้า-เย็น ตรงเวลา และครบถ้วน เพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและสังเกตอาการข้างเคียงของยา (เฉลิมศรี สุวรรณเจดีย์ และจุฬารณณ์ สมรูป, 2553)
- ติดตามเจาะเลือดปลายนิ้วเพื่อดูระดับน้ำตาลในเลือดวันละ 3 เวลา ก่อนอาหาร และก่อนนอนต่อเนื่อง ก่อนผ่าตัดและหลังผ่าตัด เมื่อค่าไม่เกิน 200 มิลลิกรัม/เดซิลิตร เจาะวันละครึ่ง

การประเมินผลทางการพยาบาล: ผู้ป่วยไม่มีอาการ Hypoglycemia และ Hyperglycemia ทั้งก่อนและหลังผ่าตัด ผล DTX อยู่ในช่วง 110-196 มิลลิกรัม/เดซิลิตร

2.1.4 มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการถูกจำกัดการเคลื่อนไหว เช่น แผลกดทับ ปอดบวม และการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ

ข้อมูลสนับสนุน: ผู้ป่วยสูงอายุ ช่วยเหลือตนเองได้น้อย ถูกจำกัดการเคลื่อนไหวจากการทำ Skin traction น้ำหนัก 3 กิโลกรัม ที่ขาขวา (30 เมษายน - 7 พฤษภาคม พ.ศ.2563) คะแนน Barden scale อยู่ในช่วง 14-18 คะแนน และได้รับการคาสายสวนปัสสาวะ (7 พฤษภาคม พ.ศ.2563)

วัตถุประสงค์: เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน เช่น แผลกดทับ ปอดบวม และการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ

เกณฑ์การประเมินผล: ไม่พบแผลกดทับ ไม่มีไข้ ไอ หอบ ปัสสาวะได้เองปกติ ไม่สับสน

กิจกรรมการพยาบาล:

- ดูแลจัดท่านอนและพลิกตะแคงตัวผู้ป่วยทุก 2 ชั่วโมง และแนะนำให้ผู้ป่วยใช้ที่โหนดัว (Trapeze) เพื่อช่วยเหลืตนเองในการเคลื่อนไหวและให้ขยับตัวให้มีการเคลื่อนไหวร่างกาย เพื่อให้เลือดไหลเวียนสะดวก (พรสิณี เต็งพานิชกุล, 2559)
- ดูแลให้ใช้เตียงลมตลอดระยะเวลาอนในโรงพยาบาล ใช้หมอนหรือใช้แผ่นเจลรองรับบริเวณ หลัง และบั้นเอว เพื่อป้องกันการกดทับของกล้ามเนื้อ เส้นประสาท และปุ่มกระดูก (เปรมจิต เกตษา, 2561)

- ดูแลประเมินสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง เพื่อเฝ้าระวังอาการไข้ กระตุ้นให้ดื่มน้ำวันละ 6-8 แก้ว เพื่อให้ร่างกายได้รับน้ำเพียงพอ และดูแลให้ผู้ป่วยได้รับอาหารครบ 3 มื้อ เพื่อไม่ให้ร่างกายขาดสารอาหาร (พรสินี เต็งพานิชกุล, 2559)

- ดูแลแนะนำการทำความสะอาดร่างกาย เช็ดตัวให้แห้ง เปลี่ยนเสื้อผ้าที่สะอาด เปลี่ยนผ้าปูใหม่ทุกวัน และการดูแลความสะอาดภายหลังการขับถ่ายปัสสาวะอุจจาระเพื่อป้องกันการติดเชื้อ (ช่อทิพย์ จันทรา, 2559)

การประเมินผลทางการพยาบาล: ผู้ป่วยไม่เกิดแผลกดทับ ไม่เกิดปอดบวม ไม่เกิดการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ

2.1.5 ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคที่เป็น เนื่องจากขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการเตรียมตัวและปฏิบัติตัวก่อน-หลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม

ข้อมูลสนับสนุน: จากการซักถามของผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับการหาย การรักษาของโรคที่เป็น ผู้ป่วยและญาติไม่สามารถตอบคำถามเกี่ยวกับการดำเนินโรค การรักษาและกิจกรรมในการดูแลรักษาได้ พบว่ามีการรับประทานอาหารที่มีรสหวานและของมัน เค็ม เช่น อาหารผัด/ทอด ปลาเค็ม ขนมหวาน ผู้ป่วยและญาติกลัวการผ่าตัดเพราะผู้ป่วยอายุมากและมีโรคร่วมเป็นเบาหวานและความดันโลหิตสูง ผู้ป่วยมีสีหน้าวิตกกังวล

วัตถุประสงค์: ลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยและญาติ ผู้ป่วยและญาติมีความรู้ความเข้าใจ มีทักษะตามความสามารถในการปฏิบัติตามแผนของการรักษาพยาบาล ผู้ป่วยมีความพร้อมในการรับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม

เกณฑ์การประเมินผล: ผู้ป่วยและญาติมีความรู้และเข้าใจเกี่ยวกับการดำเนินของโรค และสามารถอธิบายวิธีปฏิบัติตนให้เข้ากับสภาพที่เป็นอยู่ได้ บอกถึงวิธีการควบคุมอาหารและการออกกำลังกายเพื่อควบคุมความดันโลหิตสูงและเบาหวานได้มากขึ้น สามารถปฏิบัติตนก่อนและหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมได้

กิจกรรมการพยาบาล:

- สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยด้วยท่าทางที่เป็นมิตร เพื่อให้เกิดความไว้วางใจ ปฏิบัติตัวได้เหมาะสมกับสภาพ

- อธิบายวิธีปฏิบัติในระยะก่อนผ่าตัด แนะนำการเตรียมตัวด้านร่างกายก่อนผ่าตัด แก่ผู้ป่วยและญาติรับทราบ เช่น การงดน้ำและอาหาร การพักผ่อน การถอดเครื่องประดับ การดูแลความสะอาดของร่างกายการเตรียมผิวหนังบริเวณที่จะทำผ่าตัด เพื่อป้องกันการติดเชื้อหลังผ่าตัด (จิราวรรณ เชื้อตาเล็ง, 2559)

- อธิบายขั้นตอนทำผ่าตัดคร่าวๆ เช่น การจัดทำทำผ่าตัด ระยะเวลาการทำผ่าตัด และสภาพผู้ป่วยหลังผ่าตัด

- อธิบายวิธีปฏิบัติในระยะหลังผ่าตัดให้ผู้ป่วยและญาติรับทราบเกี่ยวกับแนวทางการปฏิบัติตนหลังผ่าตัดเกี่ยวกับการฝึกการหายใจเข้าลึก ท้องป่อง (Deep breathing exercise) และ

การหายใจเข้าลึกแล้วไอออกมาแรงๆ (Effective cough) การดูแลแผลผ่าตัดและการรับประทานอาหารเพื่อเสริมสร้างกระดูก (จิราวรรณ เชื้อตาเล็ง, 2559)

- แนะนำการดูแลปฏิบัติตนเกี่ยวกับโรคประจำตัวที่ผู้ป่วยมีอยู่ร่วมกับการเฝ้าระวังภาวะผิดปกติที่อาจจะเกิดตามมา เช่น ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำหรือสูง ภาวะความดันโลหิตสูง ประสานโภชนาการ เพื่อให้แนะนำอาหารเฉพาะโรคที่เหมาะสม

- เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยระบายความรู้สึกและซักถามข้อสงสัยที่เป็นอยู่ ให้ผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องจากโรงพยาบาล แนะนำครอบครัวและญาติให้ช่วยเหลือผู้ป่วยในการทำกิจวัตรประจำวัน ให้กำลังใจและชมเชยเมื่อผู้ป่วยปฏิบัติตัวได้เหมาะสม

- อธิบายให้ผู้ป่วยและครอบครัวทราบถึงความจำเป็นที่ต้องส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้พึ่งตนเองได้มากที่สุด หลีกเลี่ยงการปกป้องผู้ป่วยมากเกินไป แสดงความชื่นชมเมื่อผู้ป่วยกระทำสำเร็จ ส่งเสริมให้มีการสื่อสารทั้งการพูด และการแสดงออกอื่นๆ ระหว่างผู้ป่วยและญาติ

การประเมินผลทางการพยาบาล: ผู้ป่วยและญาติมีความเข้าใจเกี่ยวกับการดำเนินโรค การเตรียมตัวก่อนและหลังผ่าตัด และสามารถอธิบายวิธีการปฏิบัติตนให้เข้ากับสภาพที่เป็นอยู่ได้ ผู้ป่วยสามารถควบคุมภาวะความดันโลหิตสูงและการควบคุมระดับน้ำตาลด้วยอาหารได้ถูกต้อง ระดับความดันโลหิตอยู่ในช่วง 149/76-156/72 มิลลิเมตรปรอทและระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในช่วง 121-140 มิลลิกรัม/เดซิลิตร ผู้ป่วยและญาติคลายความวิตกกังวลลดลงอย่างมาก

2.2 การวางแผนการพยาบาลระยะหลังผ่าตัด

2.2.1 เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดเนื่องจากวิธีการระงับความรู้สึก

ข้อมูลสนับสนุน: ทำผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมชนิดไบโพลาร์ โดยไม่ใช้สารยึดกระดูก (Hemiarthroplasty with bipolar cementless prosthesis right hip) โดยระงับความรู้สึกแบบฉีดยาชาเข้าช่องน้ำไขสันหลัง (Spinal block) วันที่ 7 พฤษภาคม พ.ศ.2563 ผู้ป่วยเป็นผู้สูงอายุ 87 ปี มีโรคร่วมคือโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง แพทย์เฉพาะทางอายุรกรรมและวิสัญญีแพทย์ให้จองห้องผู้ป่วยหนักไว้รับหลังผ่าตัด

วัตถุประสงค์: ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดเนื่องจากวิธีการระงับความรู้สึก

เกณฑ์การประเมินผล : รู้สึกตัวดี ซาซาท่อนล่างลดลงจนปกติ สัญญาณชีพปกติ

กิจกรรมการพยาบาล:

- จัดให้ผู้ป่วยนอนราบหนุนหมอน1ใบจนครบ 6 ชั่วโมง เพื่อช่วยลดการดึงรั้งของโครงสร้างที่พุงสมองและให้อยู่ในจุดที่เฝาระวังสังเกตอาการได้ตลอดเวลา

- ให้ออกซิเจนตลอด 24 ชั่วโมงเพื่อให้ร่างกายได้รับออกซิเจนเพียงพอ

- ตรวจวัดสัญญาณชีพทุก 15 นาที จำนวน 4 ครั้งทุก 30 นาที จำนวน 2 ครั้งทุก 1 ชั่วโมง หรือจนกว่าจะคงที่

- สังเกตอาการชาขาควรลดลงจนเป็นปกติถ้าชาระดับสูงขึ้น มีอาการปวดคลื่นไส้ อาเจียน และการปัสสาวะไม่ออกให้แจ้งพยาบาลทราบและประสานญาติให้เฝ้าระวังอยู่ใกล้ตลอดในช่วง 24 ชั่วโมงแรกเพื่อช่วยเหลือได้ทันที

- การให้ดื่มน้ำหรือให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำอย่างน้อยวันละ 3000 มิลลิลิตร เพื่อเพิ่มการสร้างน้ำไขสันหลังมาทดแทนน้ำไขสันหลังที่ไหลออกมา (สุกัญญา เดชอาคม, อังศุมาศ หวังดี, และอัญชลี จิระกุลสวัสดิ์, 2557)

- บันทึกสารน้ำ เข้า-ออก จากร่างกายทุก 8 ชั่วโมงเพื่อดูความสมดุล

การประเมินผลทางการพยาบาล: ครบรอบรอบ 16.00 น. (7 พฤษภาคม พ.ศ.2563) ระดับความดันโลหิต 135/76-165/72 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 80-102 ครั้ง/นาที หายใจ 20-22 ครั้ง/นาที รูทัวดี ชาขาลดลงจนสามารถขยับขาได้ปกติ ไม่มีอาการปวดศีรษะ ไม่อาเจียน

2.2.2 ไม่สุขสบายเนื่องจากปวดแผลผ่าตัด

ข้อมูลสนับสนุน: บอกรับปวดแผลผ่าตัดสะโพกขวาหลังจากหายชาขา มีแผลผ่าตัดสะโพกขวาปิดผ้าก๊อชและพลาสติกแบบติดแน่น มีขดระบายเลือด 1 ขวดเป็นระบบสุญญากาศ ระดับความปวด (pain score) เท่ากับ 8 คะแนน (7 พฤษภาคม พ.ศ.2563 เวลา 16.00น.)

วัตถุประสงค์: ลดอาการปวดแผลผ่าตัดสะโพกขวา

เกณฑ์การประเมินผล: อาการปวดแผลผ่าตัดสะโพกขวาลดลง Pain score น้อยกว่า 4 คะแนน

กิจกรรมการพยาบาล:

- ให้ยาระงับปวดหลังผ่าตัด Parecoxib 40 มิลลิกรัม ฉีดทุก 12 ชั่วโมง เป็นเวลา 2 วัน ต่อเนื่อง เป็นยาช่วยบรรเทาอาการปวดและการอักเสบผลข้างเคียงอาจมีคลื่นไส้ อาเจียน ปวดท้อง ตามแผนการรักษาของแพทย์เพื่อลดอาการปวดและสังเกตอาการข้างเคียงของยา (เฉลิมศรี สุวรรณเจดีย์ และจุฬารณย์ สมรูป, 2553)

- ประเมิน Pain score เป็นระยะๆ จนปกติ

- ให้ยาระงับปวดชนิดรับประทาน Paracetamol (500 มิลลิกรัม) 1 เม็ด 4 เวลาหลังอาหาร ตามแผนการรักษา

- ให้ผู้ป่วยนอนพักผ่อนให้มากที่สุดไม่รีบขวนขวายโดยไม่จำเป็น

การประเมินผลทางการพยาบาล: อาการปวดแผลผ่าตัดสะโพกขวาลดลง หลังได้ยาแก้ปวดพักผ่อนนอนหลับได้ Pain score น้อยกว่า 4

2.2.3 เสี่ยงต่อการติดเชื้อบริเวณแผลผ่าตัดสะโพกขวา

ข้อมูลสนับสนุน: มีแผลผ่าตัดสะโพกขวาปิดก๊อชและพลาสติกแบบติดแน่น มีขดระบายเลือด 1 ขวด เป็นระบบสุญญากาศ

วัตถุประสงค์: ไม่เกิดการติดเชื้อบริเวณแผลผ่าตัดสะโพกขวา

เกณฑ์การประเมินผล: แผลแห้ง ไม่บวม แดง ร้อน ไม่มีเลือดซึม อุณหภูมิร่างกายน้อยกว่า

37.5 องศาเซลเซียส

กิจกรรมการพยาบาล:

- ประเมินภาวะการติดเชื้อแผลผ่าตัด สังเกตลักษณะบาดแผลบวม แดง ร้อน และมีสิ่งปนเปื้อนซึมออกจากแผล
- ทำแผลแบบแห้ง (Dry dressing) วันละครั้งต่อเนื่องเพื่อให้แผลสะอาด
- ดูแลขจัดระบายเลือดให้เป็นระบบปิดและสุญญากาศสังเกตสีและปริมาณและไม่ให้อยู่สูงกว่าระดับแผลผ่าตัด เพื่อป้องกันสิ่งคัดหลั่งปนเปื้อนแผลผ่าตัด
- บันทึกสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง
- ดูแลให้ยา Cefazolin 1 กรัม ฉีดเข้าเส้นเลือดทุก 6 ชั่วโมง ใช้สำหรับป้องกันการติดเชื้อจากการผ่าตัดผลข้างเคียงอาจเกิดผื่นแดง ท้องเสียและยา Levofloxacin 500 มิลลิกรัม ผสมน้ำเกลือ 100 มิลลิลิตร วันละครั้ง เป็นยารักษาการติดเชื้อแบคทีเรียผลข้างเคียงอาจเกิดคลื่นไส้ ท้องเสีย ปวดศีรษะ เวียน หน้ามืด ตามแผนการรักษาของแพทย์และสังเกตอาการข้างเคียงของยาเพื่อรายงานแพทย์รักษาหรือเปลี่ยนยา (วิชญ์ ธรรมลิขิตกุล, 2558)
- แนะนำการดูแลบาดแผลไม่ให้ถูกน้ำ ไม่แกะเกาแผล
- แนะนำอาหารที่ช่วยส่งเสริมการหายของแผล เช่น เนื้อสัตว์ ไข่ ผลไม้ ที่มีวิตามินซีสูง

การประเมินผลทางการพยาบาล: แผลผ่าตัดเป็นแผลเย็บยาว 12 เซนติเมตร แห้ง ไม่พบการติดเชื้อ สัญญาณชีพปกติ อุนหภูมิร่างกายน้อยกว่า 37.5 องศาเซลเซียส

2.2.4 มีโอกาสเกิดข้อสะโพกเทียมเคลื่อนหรือหลุดไปด้านหลัง

ข้อมูลสนับสนุน: เป็นผู้สูงอายุ ช่วยเหลือตนเองได้น้อย ได้รับการทำผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมข้างขวา ญาติไม่ทราบการพลิกตะแคงตัวที่ถูกต้อง

วัตถุประสงค์: ป้องกันการเกิดข้อสะโพกเทียมเคลื่อนหรือหลุดไปด้านหลัง

เกณฑ์การประเมินผล: ไม่เกิดการเคลื่อนหลุดของข้อสะโพกเทียม

กิจกรรมการพยาบาล:

- จัดทำให้ผู้ป่วยนอนหงายกางขา (Abduction) ประมาณ 15-30 องศา เพื่อให้ข้อสะโพกกางออก โดยใช้หมอนวางไว้ระหว่างขาผู้ป่วย เพื่อให้ขาอยู่ในท่าตั้งตรง ข้อสะโพกไม่หมุนเข้าด้านใน (Internal rotation) หรือหมุนออกด้านนอก (External rotation) ไม่งอข้อสะโพก (Flexion) และไม่หุบขาเข้า (Adduction) เพราะจะทำให้ข้อเทียมเคลื่อนหลุดได้ ซึ่งจะมีอาการแสดง เช่น อาการปวดข้อสะโพก ขาข้างทำผ่าตัดผิดรูป ความยาวของขาสั้นกว่าขาอีกข้าง (พรสินี เต็งพานิชกุล, 2559)
- บันทึกสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง เพื่อประเมินการเปลี่ยนแปลงและความผิดปกติหลังผ่าตัด (พรสินี เต็งพานิชกุล, 2559)
- แนะนำผู้ป่วยหลังผ่าตัด 6 สัปดาห์แรก แนะนำการพลิกตะแคงตัวที่ถูกวิธี ควรหลีกเลี่ยงการงอข้อสะโพกมากกว่า 90 องศา การบิด หรือหมุนข้อสะโพกออกนอกหรือเข้าในมากเกินไป (เปรมจิต เกตษา, 2561)

- แนะนำญาติเตรียมสิ่งแวดล้อมแบบชักโครก หรือดัดแปลงให้เหมาะสมกับผู้ป่วย หลีกเลี่ยงการใช้ส้วมแบบนั่งยอง (พรสิณี เต็งพานิชกุล, 2559)

- แนะนำญาติให้ดูแลผู้ป่วยใกล้ชิดและอย่าปล่อยผู้ป่วยอยู่คนเดียว ยกไม้กั้นเตียงขึ้นทุกครั้งที่ไม่อยู่ และแจ้งพยาบาล (พรสิณี เต็งพานิชกุล, 2559)

การประเมินผลทางการพยาบาล: ไม่เกิดข้อสะโพกเคลื่อนหลุด ผู้ป่วยและญาติรับทราบ และเข้าใจคำแนะนำ สามารถดูแลผู้ป่วยได้ถูกต้อง

2.2.5 เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนาน เช่น แผลกดทับ กล้ามเนื้อลีบ ข้อยึดติดและโรคปอดอักเสบ (Hypostatic pneumonia)

ข้อมูลสนับสนุน: เป็นผู้สูงอายุ ช่วยเหลือตนเองได้น้อย

วัตถุประสงค์: ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนาน เช่น แผลกดทับ กล้ามเนื้อลีบ ข้อยึดติด และโรคปอดอักเสบ

เกณฑ์การประเมิน: ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนาน

กิจกรรมการพยาบาล :

- การป้องกันการเกิดแผลกดทับ โดยการประเมินลักษณะของผิวหนังบริเวณที่ถูกกดทับว่ามีรอยแดงรอยถลอก มีแผล หรือมีการลอกหลุดของผิวหนัง โดยเฉพาะผิวหนังบริเวณปุ่มกระดูกทุกส่วน สอนและแนะนำญาติในการดูแลความสะอาดของผิวหนัง โดยเฉพาะผิวหนังบริเวณหลังและก้นกบให้แห้ง และสะอาดอยู่เสมอ สอนและแนะนำญาติในการดูแลให้สวมใส่เสื้อผ้าที่สะอาด ผ้าปูที่นอนสะอาดและปูให้เรียบ ตึง ไม่ควรให้ผิวหนังผู้ป่วยสัมผัสกับผ้าโดยตรง เพื่อป้องกันการอับชื้นและป้องกันการเสียดสี สอนและแนะนำญาติในการดูแลผู้ป่วย ลดแรงกดทับที่บริเวณปุ่มกระดูกต่างๆ โดยการกระตุ้นให้ขยับตัวยกกันลอยพ้นจากพื้นเตียงหรือช่วยพลิกตะแคงตัวทุก 2 ชั่วโมง แนะนำให้ใช้ที่นอนลมป้อนรองนอน เพื่อลดแรงกดทับที่ผิวหนัง แนะนำญาติในการกระตุ้นให้ผู้ผู้ป่วยออกกำลังกายบนเตียงในอวัยวะส่วนที่ไม่ถูกจำกัดการเคลื่อนไหว เพื่อให้มีการเคลื่อนไหว และไม่เกิดการกดทับตลอดเวลา (อัญชลี คันธานนท์, 2556)

- การป้องกันการเกิดภาวะกล้ามเนื้อลีบ ข้อยึดติด โดยการกระตุ้นให้ผู้ผู้ป่วยมีการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตัวเองเท่าที่จะสามารถปฏิบัติได้ แนะนำญาติในการกระตุ้นให้ผู้ผู้ป่วยออกกำลังกายกล้ามเนื้อต้นขา ข้อสะโพกข้างที่ไม่ได้หักและข้อเท้า เพื่อให้กล้ามเนื้อเกิดการหดและคลายตัวเพิ่มความตึงของกล้ามเนื้อ (Muscle tone) และความแข็งแรงของกล้ามเนื้อและข้อต่างๆ ได้มีการเคลื่อนไหว ดังนี้ 1) การออกกำลังกายกล้ามเนื้อต้นขา (Quadriceps setting exercise) คือการเกร็งกล้ามเนื้อต้นขาโดยข้อไม่มีการเคลื่อนไหว เพื่อให้กล้ามเนื้อต้นขาแข็งแรง สามารถรับน้ำหนักตัวได้เมื่อเริ่มหัดยืนและหัดเดินตามสภาพร่างกายผู้ป่วย 2) การออกกำลังกายข้อสะโพก คือการยกขาขึ้นตรง (Straight leg raising exercise) ขณะเดียวกันก็เกร็งกล้ามเนื้อต้นขาไว้ด้วยเป็นการป้องกันการงอของข้อสะโพกและทำให้กล้ามเนื้อต้นขาแข็งแรงห้ามงอเกิน 90 องศาเพื่อป้องกันการเกิดข้อสะโพกหลุด และ 3) การออกกำลังกายข้อเท้า คือการให้ผู้ผู้ป่วยกระดกข้อเท้าขึ้นปล่อยข้อเท้าลง หมุนข้อเท้าเข้าด้านในและหมุนข้อเท้าออกด้านนอก เป็นการป้องกันข้อเท้าตกรังซึ่งจะทำให้เดินไม่ได้ (พรสิณี เต็งพานิชกุล, 2559)

- การป้องกันการเกิดภาวะปอดอักเสบ (Hypostatic pneumonia) โดยการประเมินลักษณะการหายใจและฟังเสียงปอดอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง ดูแลจัดท่านอนให้สูงเล็กน้อยเพื่อช่วยให้หายใจได้สะดวก (อัญชลี คันธานนท์, 2556) แนะนำการฝึกหายใจโดยใช้กลัมนื้อกระบังลม (Deep breathing exercise) เพื่อเพิ่มการขยายตัวของปอด และการไอที่มีประสิทธิภาพ (Effective cough) เพื่อขับเสมหะที่คั่งค้างอยู่ในปอด (รณชัย ศรีคราม และธัญญกานญาณ์ ปะรินสารมัย, 2559) ดูแลให้ผู้ป่วยได้ดื่มน้ำสะอาดอย่างเพียงพอ อย่างน้อยวันละ 6-8 แก้ว เพื่อช่วยให้เสมหะอ่อนตัวและสามารถขับออกได้ง่าย พร้อมทั้งสังเกตลักษณะของเสมหะที่ออก (อัญชลี คันธานนท์, 2556) ดูแลให้มีการพลิกตัวหรือขยับตัวโดยไม่นอนอยู่ท่าเดียวนานๆ เพื่อให้มีการเคลื่อนไหวของร่างกาย บันทึกสัญญาณชีพเพื่อดูแลหามุมุมที่เปลี่ยนแปลงถ้าสูงขึ้น อาจมีการติดเชื้อในปอดให้ประเมินชีพจรและอัตราการหายใจร่วมด้วย

การประเมินผลทางการพยาบาล: ไม่มีแผลกดทับ ไม่มีภาวะกลัมนื้อลิบและข้อติด ไม่เกิดภาวะปอดอักเสบ

2.3 การวางแผนการพยาบาลในการจำหน่าย

ผู้ป่วยและญาติขาดความรู้ความเข้าใจในการดูแลหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมต่อเนื่องเมื่อกลับบ้าน

ข้อมูลสนับสนุน: ผู้ป่วยสูงอายุตอบคำถามการดูแลหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมได้ไม่ชัดเจน ญาติเปลี่ยนกันดูแลทำให้การดูแลไม่ต่อเนื่อง มีโรคประจำตัวเบาหวานและความดันโลหิตสูง

วัตถุประสงค์: เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติดูแลหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมต่อเนื่องได้เมื่อกลับบ้าน

เกณฑ์การประเมินผล: ผู้ป่วยและญาติตอบคำถามการดูแลหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมต่อเนื่องที่บ้านได้

กิจกรรมการพยาบาล:

- ให้ความรู้ผู้ป่วยและญาติพร้อมแจกคู่มือการปฏิบัติตนหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม หลังผ่าตัด 3 วัน และติดตามประเมินสัปดาห์ละ 1 ครั้งจนกลับบ้าน และติดตามต่อทางโทรศัพท์ (คุณสปรณ์ มัคคัปลานนท์ และปณทรี ศุภเวช, 2559)

- ประสานทีมสหสาขาติดตามเยี่ยมบ้านหลังกลับได้ 7 วัน เพื่อประเมินต่อเนื่อง
- แนะนำญาติ ดูแลช่วยเหลือกิจวัตรประจำวันและระมัดระวังการหกล้มซ้ำ
- แนะนำการมาตรวจตามนัด เพื่อติดตามการรักษาต่อเนื่อง
- แนะนำการรับประทานยาโรคร่วมต่อเนื่อง เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน

การประเมินผลทางการพยาบาล: ผู้ป่วยและญาติมีความรู้ในการดูแลหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม กลับบ้านได้หลังผ่าตัด 14 วัน ตัดไหมหมด และแผลไม่แยก

สรุปกรณีศึกษาและข้อเสนอแนะ

ผู้ป่วยรายนี้มีารักษาด้วยหกล้มแล้วมีกระดูกสะโพกขวาหัก ได้รับการรักษาโดยทำ Skin traction ถ่วงน้ำหนัก 3 กิโลกรัม มีโรคร่วมเป็นโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ผลการตรวจคลื่นหัวใจ ผิดปกติ ชีต ได้รับเลือดและปรึกษาแพทย์เฉพาะทางอายุรกรรมร่วมรักษาจนสามารถควบคุมระดับน้ำตาล ในเลือดไม่เกิน 200 มิลลิกรัม/เดซิลิตร ระดับความดันโลหิตปกติ สามารถทำผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม ได้หลังนอนโรงพยาบาลได้ 7 วัน ผู้ป่วยได้รับการดูแลก่อนและหลังผ่าตัดอย่างเหมาะสมโดยแพทย์และ พยาบาล จึงไม่ต้องย้ายเข้าห้องผู้ป่วยหนัก และได้รับการดูแลเตรียมความพร้อมให้ญาติดูแลต่อเนื่องได้ ถูกต้อง ได้รับการฟื้นฟูร่างกายและการออกกำลังกายโดยส่งทำกายภาพทุกวัน ดังนั้นการดูแลผู้สูงอายุสะโพก หักที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมและมีโรคร่วม จำเป็นต้องใช้บุคลากรที่มีความรู้ความสามารถ เฉพาะทางในการประเมินปัญหาทางการพยาบาล การวินิจฉัยทางการพยาบาลให้ครอบคลุมจึงจะช่วยให้ ผู้ป่วยปลอดภัยมีคุณภาพชีวิตที่ดี ในการศึกษานี้ ใช้กรอบแนวคิด 11 แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน ในการประเมินปัญหาความต้องการการพยาบาล ซึ่งพบว่าค่อนข้างครอบคลุมปัญหาของผู้ป่วยทุกด้าน ผู้ป่วย สามารถกลับบ้านอย่างปลอดภัยและได้รับการดูแลต่อเนื่องภายหลังการจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้านโดยการ วางแผนจำหน่ายกับทีมสหสาขาวิชาชีพและมีแผนการติดตามเยี่ยมบ้านที่ชัดเจน

เอกสารอ้างอิง

- กลุ่มงานออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี. (2562). *สรุปรายงานประจำปี 2562*. เพชรบุรี: โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี.
- คุณสปรณ มัคคัพลานนท์, และบุณทรี ศุภเวช. (2559). การดูแลผู้สูงอายุหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพก เทียม. *วารสารวิชาการ Veridian E-Journal สาขาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัย ศิลปากร*, 3(6), 57-66.
- จิตติมา เอกวิโรจนสกุล. (2562). การป้องกันกระดูกหักซ้ำในผู้ป่วยสูงอายุที่เคยกระดูกสะโพกหักใน โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชของค์ที่ 17 สุพรรณบุรี. *วารสารแพทย์เขต 4-5*, 38(1), 39-49.
- เฉลิมศรี สุวรรณเจดีย์, และจุฬารณณ์ สมรูป. (2553). *คู่มือการใช้ยาและการจัดการพยาบาล* (พิมพ์ครั้งที่ 6). กรุงเทพฯ: บพิธการพิมพ์.
- ช่อทิพย์ จันทรา. (2559). ปัญหาและความต้องการของผู้ดูแลหลักในการดูแลด้านโภชนาการและการป้องกัน การเกิดแผลกดทับในผู้สูงอายุติดเตียง. *วารสารมหาลัยนราธิวาสราชนครินทร์*, 8(3), 41-50.
- ธวัช ปราสาทฤทธา, พรทิพย์ ทยานันท์, และสุขใจ ศรีเพียรเอม, (บ.ก.). (2555). *การพยาบาลออร์โธปิดิกส์*. กรุงเทพฯ: สหมิตรพริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง.
- ธีรารณ เชื้อตาเล็ง. (2559). การพยาบาลผู้ป่วยกระดูกหัก ข้อเคลื่อนที่ใส่ external device. ใน ญัณมา ทองธีร ธรรม, ธีรารณ เชื้อตาเล็ง, พรสินี เตังพานิชกุล, และอรพรรณ โตสิงห์ (บ.ก.), *การพยาบาลผู้ป่วยทาง ออร์โธปิดิกส์* (น. 116-118). กรุงเทพฯ: โครงการตำรา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.

- เปรมจิต เกตษา. (2561). การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดข้อสะโพกเทียมและมีโรคร่วม. *วารสารการแพทย์โรงพยาบาลอุดรธานี*, 26(3), 208-215.
- พรศิริ พันธสี. (2558). *กระบวนการพยาบาลและแบบแผนสุขภาพ: การประยุกต์ใช้ทางคลินิก*. กรุงเทพฯ: พิมพ์อักษร.
- พรสินี เต็งพานิชกุล. (2559). การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม. ใน ธรรมนูญ ทองธีรธรรม, อีราวรรณ เชื้อตาเล็ง, พรสินี เต็งพานิชกุล, และอรพรรณ โตสิงห์ (บ.ก.), *การพยาบาลผู้ป่วยทางออร์โธปิดิกส์* (น. 172-182). กรุงเทพฯ: โครงการตำราคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ไพรัช ประสงค์จีน. (2552). *กระดูกหักและข้อเคลื่อน* (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพฯ: ภาควิชาออร์โธปิดิกส์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- รณชัย ศรีคราม, และธัญญาญจน์ ประรินสารมัย. (2559). การพัฒนากระบวนการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดในผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลวาปีปทุม. *วารสารวิชาการกระทรวงสาธารณสุข*, 25(2), 255-261.
- รื่นจิต เพชรชิต. (2558). พฤติกรรมการดูแลตนเองและการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรงพยาบาลเคียนซา จังหวัดสุราษฎร์ธานี. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้*, 2(2), 15-28.
- วิษณุ ธรรมลิขิตกุล. (2558). *คู่มือการควบคุมและป้องกันแบคทีเรียดื้อยาต้านจุลชีพในโรงพยาบาล*. กรุงเทพฯ: โครงการป้องกันและควบคุมการดื้อยาต้านจุลชีพในประเทศไทย.
- สุกัญญา เดชอาคม, อังศุมาศ หวังดี, และอัญชลา จิระกุลสวัสดิ์. (2557). การพยาบาลผู้ป่วยในห้องพักฟื้น. *วิสัยทัศน์สาร*, 40(1), 46-62.
- อนุชา ไทยวงษ์, กัญญาพัชร เบ้าทอง, และอลิษา ทรัพย์สังข์. (2561). ภาวะโลหิตจาง และบทบาทพยาบาลในการจัดการภาวะโลหิตจาง ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะก่อนการบำบัดทดแทนไต. *วารสารพยาบาลสงขลา นครินทร์*, 38(2), 149-157.
- อัญชลี คันธานนท์. (2556). การพยาบาลผู้สูงอายุกระดูกข้อสะโพกหักที่มีโรคเรื้อรังร่วมด้วย. *วารสารวิชาการแพทย์เขต 11*, 7(2), 271-280.
- อินทิรา ปากันทะ, เอี่ยมพร หลินเจริญ, และสิริลักษณ์ พูลยอดพันธ์. (2561). การพัฒนารูปแบบการประเมินผลลัพธ์การจัดการความปวดในโรงพยาบาลตติยภูมิ. *วารสารการวิจัยเพื่อพัฒนาชุมชน (มนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์)*, 11(1), 129-140.
- Meehan, A. M., Maher, A. B., Brent, L., Copanitsanou, P., Cross, J., Kimber, C.,... Hommel, A. (2019). The International Collaboration of Orthopaedic Nursing (ICON): Best practice nursing care standards for older adults with fragility hip fracture. *International Journal of Orthopaedic and Trauma Nursing*, 32(1), 3-26.
- Singh, S., Charles, L., Maceachern, C. F., & Changulani, M. (2016). Complication of surgical management of hip fracture. *Orthopaedics and Trauma*, 30(2), 137-144.