

การพยาบาลผู้ป่วยกระดูกต้นขาซ้ายหักชนิดไม่มีบาดแผลและ กระดูกต้นขาขวาหักชนิดมี แผลเปิดร่วมกับภาวะช็อกจากการเสียเลือด : กรณีศึกษา

ยุพิน พรหมสวัสดิ์

กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลนครนายก

บทคัดย่อ

กรณีศึกษาผู้ป่วยผู้ป่วยชายไทย อายุ 49 ปี เกิดอุบัติเหตุปั่นจักรยานถูกรถเก๋งเฉี่ยวชน 2 ชม. ก่อนมา รพ. ต้นขา 2 ข้างผิดรูป บวม มีแผลฉีกขาดที่ต้นขาขวา แผลถลอกที่ขาทั้ง 2 ข้างและแขนซ้าย แผลฉีกขาดและบวมที่ศีรษะด้านหลังแถบซ้าย จำเหตุการณ์ไม่ได้ มูลนิธิได้ให้การช่วยเหลือเบื้องต้นตามขาทั้ง 2 ข้าง on collar และนำส่ง รพ.ปากพลี ได้ให้ 0.9%NSS 1,000 cc. ทางเส้นเลือดดำ rate 120 cc./hr. Cloxacillin 1 gm. ทางเส้นเลือดดำและส่งต่อมา รพ.นครนายก แพทย์วินิจฉัยโรค Open fracture subtrochanteric right femur and close fracture shaft at left femur เมื่อมาถึงรพ.ผู้ป่วยมีภาวะช็อก และได้รับการรักษาอย่างทันท่วงที่ตั้งแต่ห้องฉุกเฉินโดยการให้ออกซิเจน ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ ให้เลือด เย็บแผลที่ศีรษะ ผู้ป่วยได้รับการ on skin traction ขาทั้ง 2 ข้าง ถ่วงน้ำหนักข้างละ 5 กก. เป็นเวลา 5 วัน และได้รับการผ่าตัด Open reduction internal fixation with proximal femoral plate right femur และ Open reduction internal fixation with broad locking compression plate left femur ปัญหาและการพยาบาลที่สำคัญ ได้แก่ มีภาวะช็อก เนื่องจากเสียเลือดจากการหักของกระดูกต้นขาทั้ง 2 ข้าง เสี่ยงต่อการติดเชื้อเนื่องจากกระดูกต้นขาหักชนิดมีบาดแผลเปิด เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ทั้งก่อนผ่าตัดและหลังผ่าตัด และความวิตกกังวลในการดูแลตนเอง เมื่อกลับไปอยู่บ้าน

พยาบาลมีบทบาทสำคัญเป็นอย่างยิ่งในการดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีกระดูกต้นขาหัก 2 ข้าง และมีบาดแผลเปิด ร่วมกับมีภาวะช็อก ซึ่งถือว่าเป็นภาวะสำคัญทางออร์โธปิดิกส์ ดังนั้นพยาบาลจึงต้องมีความรู้ความสามารถ มีทักษะในการประเมินอาการผู้ป่วยอย่างถูกต้อง รวดเร็ว มีการเฝ้าระวังภาวะเสี่ยง และให้การพยาบาลอย่างถูกต้อง ทันท่วงที่ ปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน หลังให้การพยาบาลผู้ป่วยอาการดีขึ้นตามลำดับ เนื่องจากกระดูกต้นขาหักทั้ง 2 ข้าง แพทย์ยังไม่ให้ลงน้ำหนักขาทั้ง 2 ข้าง ให้ผู้ป่วยเคลื่อนย้ายโดยใช้ wheel chair แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้ ให้ยากลับไปรับประทาน ต่อที่บ้านนัดมาตรวจเป็นระยะๆ รวมระยะเวลาในการนอนรักษาในโรงพยาบาล 28 วัน

คำสำคัญ: การพยาบาล/ กระดูกต้นขาหักชนิดไม่มีบาดแผล/ กระดูกต้นขาหักชนิดมีบาดแผลเปิด/ ภาวะช็อกจากการเสียเลือด

Abstract : Nursing care in patient with close fracture shaft left femur and open fracture subtrochanteric right femur with hypovolemic shock : A case study
Yupin Promsawad
Nursing Care Unit, Nakhon Nayok Hospital

A case study of 49-year-old Thai male patient who had a bike accident that was hit by a sedan car two hours before being taken to the hospital. Both of his thighs were deformed and swollen. There were torn wounds on his right thigh and scratches on both legs and left arm. The left side at the back of his head also appeared to have tears and swelling. The patient was not able to describe the accident in detail. The rescue team splinted both legs and applied neck collar before sending him to Pak Phli Hospital. The treatment were IV fluid and antibiotic. The patient was then forwarded to Nakhon Nayok Hospital and diagnosed with right subtrochanteric femur fractures (open fracture) and left femoral shaft fracture (closed fracture). Upon arrival, he was shocked due to blood loss but received timely treatment in the emergency room. Such treatment included oxygen, intravenous therapy, blood transfusion, and suture for head injury. The patient then received on-skin traction with 5-kg weight applied on both legs for five days. Once the patient was stabilized, the surgical treatment was performed by undergoing an open reduction internal fixation with the proximal femoral plate on the right femur and an open reduction internal fixation with a broad locking compression plate on the left femur. The underlining challenges in nursing care for this case involved hypovolemic shock due to blood loss from fracture of both thighbones, risk of infection due to open wound fracture, risk of various complications before and after surgery, and the anxiety in self-care when returning home.

Nurses play a critical role in providing nursing care for patient with broken thighbones and open wound together with the shock. It is a very challenging orthopedic case. Therefore, the nurses must be well equipped with pieces of knowledge and skill in evaluating patient's symptoms correctly and quickly, monitoring risk, and providing timely and accurate medical care to prevent any complication. After receiving a series of medical treatment and being hospitalized for 28 days, the patient's conditions significantly improved, and the doctor allowed him to go home. However, since fracture occurred on both thighbones, the patient was asked not to weigh on both legs and remain using a wheelchair. He was also asked to continue taking medications as prescribed and follow up with the appointments as scheduled.

Keywords: Nursing care, Closed Femur fracture, Open femur fracture, Hypovolemic Shock

บทนำ

ความก้าวหน้าทันสมัยของเทคโนโลยีที่พัฒนาอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้อัตราการใช้นานาพาทะในการขับขีมีจำนวนเพิ่มมากขึ้น อีกทั้งการพัฒนาด้านคมนาคมที่ช่วยให้การเดินทางมีความสะดวกและรวดเร็ว หากผู้ขับขีมีความประมาทในการใช้รถใช้ถนนอาจเกิดอุบัติเหตุทางจราจรได้ กระดูกต้นขาหัก (Fracture femur) เป็นปัญหาสุขภาพที่พบได้บ่อย และมีความสำคัญสำหรับประเทศไทยปัญหาหนึ่ง โดยเฉพาะเด็กวัยรุ่น และผู้สูงอายุ มีแนวโน้มสถิติการเกิดกระดูกต้นขาหักที่สูงขึ้น สำหรับในประเทศไทยอุบัติการณ์ของการเกิดกระดูกต้นขาหักจากอุบัติเหตุจราจรเป็นสาเหตุการเกิดอันดับที่ 4 โรงพยาบาลนครนายก ปีงบประมาณ 2561-2562 มีผู้ป่วยกระดูกต้นขาหักเข้ารับการรักษารวม 109 ราย และ 135 ราย ตามลำดับ ซึ่งเป็นอันดับที่ 2 ของผู้ป่วยกระดูกหักทั้งหมดในโรงพยาบาล

กระดูกต้นขา (Femur) นับเป็นกระดูกที่มีความยาวและความแข็งแรงมากที่สุด การที่กระดูกจะหักได้ต้องมีแรงภายนอกกระทำอย่างรุนแรง สาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากอุบัติเหตุจราจร การตกจากที่สูง ซึ่งเป็นภาวะฉุกเฉินที่ต้องได้รับการแก้ไขอย่างเร่งด่วน กระดูกหักบริเวณ Subtrochanteric femur เป็นการหักของกระดูกต้นขาตั้งแต่ระดับ lesser trochanter ต่ำลงมาไม่เกิน 5 ซม. กระดูกหักบริเวณนี้หายช้าและติดผิดรูปได้บ่อย เนื่องจากกระดูกบริเวณนี้เป็น cortical bone ซึ่งใช้เวลาในการติดเข้า และยังเป็นบริเวณที่รับแรงกระทำสูงมาก เนื่องจากรับน้ำหนักตัวและอยู่ห่างข้อสะโพกมาก และมี displacement มาก เนื่องจากเป็นจุดเกาะของกล้ามเนื้อหลายมัด⁽¹⁾ ส่วนกระดูกบริเวณ shaft of femur เป็นกระดูกที่แข็งแรงและยาวที่สุดของร่างกายมีเลือดมาเลี้ยงมาก ร่วมกับมีกล้ามเนื้อขนาดใหญ่ห่อหุ้ม การหักมักเกิดจากการกระแทกอย่างแรงจึงทำให้เนื้อเยื่อข้างเคียงได้รับบาดเจ็บมากร่วมด้วย อาจทำให้ผู้ป่วยเสียเลือดมากถึง 1,500 cc จนทำให้เกิดภาวะช็อกได้ โดยเฉพาะเมื่อมีการบาดเจ็บของหลอดเลือดในรายที่เป็น open fracture⁽²⁾ และอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตรายถึงชีวิตได้ เช่น ลิ่มไขมันหลุดอุดหลอดเลือดเฉียบพลัน (fat embolism) มักเกิดภายหลังได้รับอุบัติเหตุ 24-72 ชม.⁽³⁾ เนื่องจากกระดูกส่วนนี้มีเลือดมาเลี้ยงมากร่วมกับมีกล้ามเนื้อขนาดใหญ่ห่อหุ้มจึงทำให้กระดูกหักสมานกันเร็ว แต่ขณะเดียวกันการที่มีกล้ามเนื้อจำนวนมากอยู่โดยรอบจึงเกิดการดึงกระดูกให้ผิดรูปและสั่นลง การจัดกระดูกและรักษากระดูกให้กลับสู่สภาพปกติจึงต้องใช้แรงมากในการต้านแรงดึงของกล้ามเนื้อเหล่านี้ การรักษาในเบื้องต้นตามกระดูกที่หักชั่วคราวโดยการ splint หรือ traction หลังจากผู้ป่วยได้รับการประเมินและแก้ไขการบาดเจ็บร่วมของระบบอื่นเรียบร้อยแล้วจึงพิจารณาการรักษาด้วยการทำ skin traction หรือ skeletal traction และการผ่าตัดเพื่อจัดขึ้นกระดูกหักให้เข้าที่และยึดตรึงกระดูกภายใน เพื่อให้เกิดความสามารถในการดูแลตนเองภายหลังการรักษาที่เหมาะสม ทำให้ร่างกายกลับเข้าสู่สภาวะที่เป็นปกติโดยเร็ว⁽¹⁾

ผู้ป่วยกรณีศึกษาอายุ 49 ปี ได้รับอุบัติเหตุปั่นจักรยานถูกรถเก๋งเฉี่ยวชน ซึ่งเป็นอุบัติเหตุที่รุนแรงมากเป็นเหตุให้กระดูกต้นขาหักทั้ง 2 ข้าง และมีบาดแผลเปิดต้นขาขวา ผู้ป่วยมีภาวะช็อก ต้องได้รับการดูแลรักษาก่อนการผ่าตัด และ on skin traction ขาทั้ง 2 ข้าง เพื่อดึงกระดูกให้เข้าที่ลดอาการบาดเจ็บต่อเนื้อเยื่อและบรรเทาอาการปวดขณะรอการผ่าตัดตรึงรวม 5 วัน ผู้ป่วยได้รับการดูแลตามกระบวนการ

พยาบาลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการถูกจำกัดการเคลื่อนไหว และป้องกันการติดเชื้อจากมีบาดแผลเปิดที่ต้นขาขวา ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดเพื่อจัดขึ้นกระดูกหักให้เข้าที่และยึดตรึงกระดูกภายในต้นขาทั้ง 2 ข้าง ภายหลังผ่าตัดผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟูสภาพแต่ยังไม่สามารถลงน้ำหนักขาได้และใช้ wheel chair ในการเคลื่อนย้าย การดูแลและให้คำแนะนำเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน จึงมีความสำคัญมาก พยาบาลจึงต้องมีความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยทั้งระยะก่อนผ่าตัดและการดูแลภายหลังการผ่าตัด เพื่อให้ระยะเวลาในการฟื้นฟูสมรรถภาพภายหลังการผ่าตัดรวดเร็ว ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน ผู้ป่วยสามารถฟื้นฟูสภาพจนสามารถกลับบ้านได้ และมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

กรณีศึกษา

ผู้ป่วยชายไทย อายุ 49 ปี เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย ศาสนาพุทธ สถานภาพโสด ระดับการศึกษา ชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 รับใหม่จากห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ผู้ป่วยรู้ตัวดี ขาทั้ง 2 ข้าง on long leg splint ไว้ on RLS 1,000 cc. ทางเส้นเลือดดำ drip 100 cc./hr.

อาการสำคัญ

ต้นขาหักผิดรูปทั้ง 2 ข้าง บาดแผลฉีกขาดที่ต้นขาขวา 2 ซม.และศีรษะด้านซ้าย 3 ซม.ก่อนมาโรงพยาบาล

ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน

2 ซม.ก่อนมาโรงพยาบาล ปั่นจักรยานถูกรถเก๋งเฉี่ยวชน จำเหตุการณ์ไม่ได้ ต้นขาผิดรูปทั้ง 2 ข้าง มีบาดแผลฉีกขาดต้นขาขวา แผลถลอกขา 2 ข้างและที่แขนซ้าย บาดแผลฉีกขาดที่ศีรษะด้านซ้าย มุลนิธิตามขาทั้ง 2 ข้าง on collar และนำส่ง รพ.ปากพลี ได้ให้ 0.9%NSS 1,000cc. ทางเส้นเลือดดำ rate 120 cc./hr. Cloxacillin 1 gm. ทางเส้นเลือดดำ และส่งต่อมา รพ.นครนายก

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต

ไม่มีประวัติการเจ็บป่วยในอดีตที่ร้ายแรง ไม่มีโรคประจำตัว

ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว

บิดาเป็นมะเร็งปอดเสียชีวิตแล้ว มารดาไม่มีโรคประจำตัว

ประวัติส่วนตัวและแผนการดำเนินชีวิต

ผู้ป่วยเป็นบุตรคนที่ 1 ในจำนวน 2 คน เป็นคนเฉยๆ มีเพื่อนไม่มาก รับประทานได้ทุกประเภท วันละ 2-3 มื้อ การขับถ่ายอุจจาระวันละ 1 ครั้ง ไม่เคยใช้ยาละลาย ปัสสาวะวันละ 4-5 ครั้ง ปกติ ไม่มีมีสเปก ขัด การนอนหลับเป็นเวลาวันละ 6-8 ชม. นอนกลางวันเป็นบางวัน ไม่เคยใช้ยานอนหลับ สูบยาเส้นทุกวัน วันละ 5-10 มวน เป็นเวลา 20 ปี ดื่มสุราเป็นบางวัน เป็นเวลา 20 ปี ไม่ติดสิ่งเสพติด

- ที่อยู่อาศัยเป็นบ้านปูน 2 ชั้น เป็นบ้านเจ้าของสวน
- อาชีพรับจ้าง ค้ารักษาพยาบาล พรบ.และบัตรทอง

ประเมินสภาพร่างกายตามระบบ

ผู้ป่วยรู้สึกตัว ระดับความรู้สึกตัว (Glassgow coma scale) E₃V₅M₆ pupil 3 min. RTL BE ศีรษะด้านหลังแถบซ้ายมีแผลฉีกขาด 2 ซม.ปิดก๊อชไว้ ศีรษะบวมเส้นผ่าศูนย์กลาง 7 ซม. on Philadelphia collar อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที O₂ saturation 99% อัตราการเต้นของหัวใจ 90 ครั้งต่อนาที ระยะสมำเสมอ ความดันโลหิต 118/86 มม.ปรอท หน้าท้องแบนราบกดนุ่มไม่เจ็บ แขน

ทั้งสองข้างกำลังปกติ motor power grade 5 มีแผลถลอกที่แขนซ้ายปิดก๊อชไว้ ต้นขาขวาทั้ง 2 ข้าง มีแผลฉีกขาด 2 ซม.ที่ต้นขาขวาปิดก๊อช on long leg splint ขาทั้ง 2 ข้าง

การตรวจด้วยรังสี

Open fracture subtrochanteric right femur and close fracture shaft at left femur

การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

Complete blood count พบ WBC 11,300 cells/cumm, Neutrophils 84.6% ,Lymphocytes 9.7 %, Hemoglobin 9.1 gm%, Hematocrit 27 %, Platelet count 176,000 cells/cumm, BUN 16 mg./dl, Cr. 0.96 mg./dl, Sodium 144.8 mmol/L, Potassium 2.71 mmol/L, Chloride 100.4 mmol/L, CO₂ 24.3 mmol/L

วันที่รับไว้ในโรงพยาบาล วันที่ 22 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2562

การวินิจฉัยโรคเมื่อแรกรับ

Open fracture subtrochanteric right femur and close fracture shaft at left femur with cerebral concussion with hypovolemic shock

การวินิจฉัยโรคครั้งสุดท้าย

Open fracture subtrochanteric right femur and close fracture shaft at left femur with hypovolemic shock

สรุปการรักษาขณะอยู่โรงพยาบาล

22 ก.พ. 62 เวลา 21.58 น. รับใหม่จากห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ด้วยอาการต้นขา 2 ข้างผิดรูป บวม มีแผลฉีกขาดที่ต้นขาขวา แผลถลอกที่ขาทั้ง 2 ข้างและแขนซ้าย แผลฉีกขาดและบวมที่ศีรษะ ด้านหลังแถบซ้าย ระดับความรู้สึกตัว (Glasgow coma score) E3V4M5 ที่ห้องฉุกเฉิน ส่งทำ CT scan Brain พบ cerebral concussion และทำ FAST Abdomen ผล negative ผู้ป่วยมีภาวะ shock ความดันโลหิต 79/51 มม.ปรอท ชีพจร 108 ครั้งต่อนาที หายใจ 20 ครั้งต่อนาที O₂ saturation 92% on O₂ mask with bag 10 lit./min. on RLS 1,000 cc. load แรก รับ ผู้ป่วยรู้สึกตัว ระดับความรู้สึกตัว (Glasgow coma score) E3V4M5 ความดันโลหิต 117/72 มม.ปรอท. ชีพจร 100 ครั้งต่อนาที หายใจ 20 ครั้งต่อนาที O₂ saturation 99% on O₂ mask with bag 10 lit./min. on RLS 1,000 cc. vein 100 cc./hr. ขาทั้ง 2 ข้าง on Leg long splint, retrained foley's catheter urine 200 cc., on Skin fraction ขา 2 ข้าง น้ำหนักข้างละ 5 kgs. Hct. 26% ให้ PRC ก่อนผ่าตัดรวม 4 unit ตรวจซ้ำ Hct. 30% ค่า potassium 2.71 mmol/L consult แพทย์แผนกอายุรกรรมให้ 0.9% NSS 1,000 cc. + KCL 40 mEq vein 100 cc./hr. 2ขวด ค่า potassium 4.02 mmol/L 27 ก.พ. 62 ได้รับการผ่าตัด Open reduction internal fixation with proximal femoral plate right femur และ Open reduction internal fixation with broad locking compression plate left femur หลังผ่าตัด แผลแห้งดี ตัดไหม 10 มี.ค. 62 ร่วมกับกายภาพบำบัดในการ ambulate ไม่ลงน้ำหนักขาทั้ง 2 ข้าง เคลื่อนย้ายโดยใช้ wheel chair 22 มี.ค. 62 แพทย์อนุญาตให้กลับบ้าน นัดมาตรวจเป็นระยะ ๆ เพื่อประเมินการติดของกระดูก แนะนำญาติและผู้ป่วยในการดูแลตนเองเมื่อกลับไปอยู่บ้าน การเตรียมบ้านให้สะดวกต่อการเคลื่อนย้าย การป้องกันการพลัดตกหกล้ม โดยเน้นย้ำห้ามลงน้ำหนักขาก่อนที่แพทย์เห็นสมควรให้ลงน้ำหนักได้ เพื่อป้องกันการหักซ้ำ รวมระยะเวลาที่รักษาตัวในโรงพยาบาล 28 วัน

ปัญหาที่ 1 เกิดภาวะช็อค เนื่องจากการเสียเลือดจากการหักของต้นขาทั้ง 2 ข้าง**ข้อมูลสนับสนุน**

- ผู้ป่วยได้รับอุบัติเหตุซึ่งจักรยานถูกรถเก๋งเฉี่ยวชน ต้นขาหักทั้ง 2 ข้าง มีแผลเปิดต้นขาขวา ต้นขาบวมทั้ง 2 ข้าง

- มีบาดแผลฉีกขาดที่ศีรษะ 2cm. และศีรษะบวมโน
- ความดันโลหิต 79/51 มม.ปรอท. ชีพจร 108 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที
- O₂ Saturation 90-92%
- ความเข้มข้นของเลือด 26%
- PT= 15.7 (control 10.5)

วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะ shock

เกณฑ์การประเมิน

- ความดันโลหิต 100/60 – 130/90 มม.ปรอท. ชีพจร 60-100 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 18 - 20 ครั้งต่อนาที ไม่มีอาการกระสับกระส่าย เหงื่อออก ตัวเย็น ปลายมือปลายเท้าเขียวคล้ำ
- ค่า oxygen saturation มากกว่า 95 %
- ค่าความเข้มข้นของเลือด $\geq 30\%$
- ปัสสาวะออกมากกว่า 30 cc./hr.

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินอาการ สัญญาณชีพ ค่า oxygen saturation และสัญญาณทางระบบประสาท ทุก 30 นาที -1 ชม. จนกระทั่งอาการคงที่ เพื่อวางแผนให้การพยาบาลผู้ป่วยได้ทันทั่วถึง
2. ดูแลให้ออกซิเจน mask with bag 10 ลิตรต่อนาที เพื่อเพิ่มปริมาณออกซิเจนในเลือดให้สูงขึ้น
3. ดูแลให้ RLS 1,000 cc. ทางเส้นเลือดดำ Load 1,000 cc. then 100 cc./hr. ตามแผนการรักษาเพื่อเพิ่มระบบการไหลเวียนในร่างกาย
4. on skin traction ขาทั้ง 2 ข้าง น้ำหนักข้างละ 5 กก. เพื่อลดการบาดเจ็บต่อเนื้อเยื่อโดยรอบจากการหดเกร็งของกล้ามเนื้อ
5. สังเกตอาการปวดท้อง แน่นหน้าอก หายใจไม่สะดวก เพื่อประเมินการบาดเจ็บต่ออวัยวะอื่นจากอุบัติเหตุรุนแรงซึ่งอาจทำให้เกิดภาวะช็อคจากการเสียเลือดภายใน
6. สังเกตและประเมินการเสียเลือดจากอาการบวมที่ต้นขาทั้ง 2 ข้าง bleeding ที่ต้นขาขวา และแผลที่ศีรษะ
7. สังเกตการ กระสับกระส่าย เหงื่อออก ตัวเย็น ความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลง เพื่อประเมินภาวะช็อคและให้การช่วยเหลือผู้ป่วยได้ทันทั่วถึง
8. จ้องเลือด PRC และดูแลให้ PRC unit ละ 3 ชม. ตรงตามแผนการรักษา สังเกตอาการแพ้เลือดขณะให้ ได้แก่ ผื่นลมพิษ ไข้ หนาวสั่น
9. ติดตามค่าความเข้มข้นของเลือดทุก 6 ชม.
10. บันทึกจำนวนปัสสาวะทุก 1 ชม. และบันทึกจำนวนน้ำเข้า-ออกจากร่างกายทุก 8 ชม.

ประเมินผล ความดันโลหิต 102/76 – 117/72 มม.ปรอท. ชีพจร 60-100 ครั้งต่อนาที หายใจ 20-22 ครั้งต่อนาที ค่า oxygen saturation 100 % ไม่มีอาการแน่นหน้าอก ไม่มีอาการกระสับกระส่าย

เหงื่อออก ตัวเย็น ปลายมือปลายเท้าเขียวคล้ำ ไม่มีอาการปวดท้อง ค่าความเข้มข้นของเลือด = 30% ปัสสาวะออก 300 cc. ใน 8 ชม.

ปัญหาที่ 2 เสี่ยงต่อภาวะความดันภายในโพรงกะโหลกศีรษะสูง เนื่องจาก ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ

ข้อมูลสนับสนุน

- ผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ จากปั่นจักรยานถูกรถเก๋งเฉี่ยวชน จำเหตุการณ์ไม่ได้
- ผล CT brain Cerebral concussion
- ความดันโลหิต 118/86 มม.ปรอท. ชีพจร 90 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที
- Glasgow's Coma Scale=E3V4M5 Motor power แขน 2 ข้าง grade 5 ขา ต้นขาหัก 2 ข้าง Pupil 3 mins RTL BE ศีรษะด้านซ้ายบวมเส้นผ่าศูนย์กลาง 7cms. และมีบาดแผลฉีกขาด 2cms.

วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะความดันภายในโพรงกะโหลกศีรษะสูง

เกณฑ์การประเมิน

1. สัญญาณชีพปกติ
 - ความดันโลหิต 100/60-130/90 มม.ปรอท ชีพจร 60-100 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 16 - 20 ครั้งต่อนาที อุณหภูมิของร่างกายไม่เกิน 37.4 องศาเซลเซียส
2. สัญญาณทางระบบประสาทปกติหรือไม่เลวลงกว่าเดิม
 - เดิม Glasgow coma scale = E4V5M6 pupils 3 mm. RTL both eye ขนาดเท่ากันทั้งสอง ข้าง มีปฏิกิริยาต่อแสงดี Motor power แขนขาข้างซ้าย grade 5 ไม่มีอาการปวดศีรษะ ชักเกร็ง อาเจียน

กิจกรรมการพยาบาล

1. สังเกตและประเมินอาการเปลี่ยนแปลงที่เกิดจากความดันภายในโพรงกะโหลกศีรษะสูง โดยประเมินจากระดับความรู้สึกตัว สัญญาณชีพ สัญญาณทางระบบประสาท ทุก 1 ชม. 6 ครั้งและเมื่อมีอาการเปลี่ยนแปลง เพื่อวางแผนให้การพยาบาลผู้ป่วยได้ทันทั่วทั้ง
2. ดูแลให้ผู้ป่วยนอนท่าศีรษะสูง 30 องศา เพื่อช่วยเพิ่มการไหลกลับของเลือดช่วยลดอาการบวมในสมอง
3. สังเกตอาการและอาการแสดงที่บ่งชี้ถึงภาวะความดันในโพรงกะโหลกศีรษะสูง ได้แก่ ปวดศีรษะ ชักเกร็ง อาเจียน สัญญาณทางระบบประสาทลดลงจากเดิม ตั้งแต่ 2 คะแนน เพื่อให้การช่วยเหลือได้ทันทั่วทั้ง
4. ดูแลให้ออกซิเจน mask with bag 10 lit/min เพื่อเพิ่มปริมาณออกซิเจนในเลือดให้สูงขึ้น

ประเมินผล

สัญญาณชีพปกติ ความดันโลหิต 146/92 มม.ปรอท ชีพจร 98 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที อุณหภูมิของร่างกาย 36 องศาเซลเซียส

สัญญาณทางระบบประสาท Glasgow coma scale = E4V5M6 Motor power แขน 2 ข้าง grade 5 ต้นขาหักทั้ง 2 ข้าง ไม่มีอาการชักเกร็ง ไม่มีอาการอาเจียน

ปัญหาที่ 3 ปวด เนื่องจากต้นขาหัก ทั้ง 2 ข้าง

ข้อมูลสนับสนุน

- ต้นขาหักทั้ง 2 ข้าง บวม มีบาดแผลเปิดต้นขาขวา
- มีแผลฉีกขาดที่ศีรษะแถบซ้าย 2 cms. ศีรษะบวม

- pain scale 5 คะแนน

วัตถุประสงค์ ผู้ป่วยบรรเทาจากความปวด

เกณฑ์การประเมิน

- pain scale ≤ 3 คะแนน
- นอนหลับพักผ่อนได้ สีสหน้าสดชื่นขึ้น
- สัญญาณชีพปกติ ความดันโลหิต 100/60 – 130/90 มม.ปรอท ชีพจร 60 – 100 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 18-20 ครั้งต่อนาที

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินอาการปวดต้นขาและศีรษะโดยการสังเกตจากสีหน้า ท่าทาง และซักถามอาการปวด โดยใช้ Numeric rating scale และปัจจัยร่วมต่างๆที่ทำให้เกิดอาการปวดที่มากขึ้น เพื่อให้การพยาบาลที่ถูกต้องและเหมาะสม
2. วัดสัญญาณชีพและสัญญาณทางระบบประสาททุก 4 ชม. เพื่อประเมินอาการปวดแผลและปวดศีรษะ
3. อธิบายสาเหตุที่ทำให้ปวดแผลและปวดศีรษะ พุดคุยให้กำลังใจ
4. on skin traction ขาทั้ง 2 ข้าง น้ำหนักข้างละ 5 กก. ดูแลให้ skin traction ทำงานอย่างมีประสิทธิภาพเพื่อลดอาการหดเกร็งของกล้ามเนื้อและบรรเทาอาการปวด โดยจัดให้ขาอยู่นิ่ง
5. ให้การพยาบาลด้วยความนุ่มนวล หลีกเลี่ยงการกระทบกระเทือนเพื่อไม่เป็นการกระตุ้นให้เกิดความเจ็บปวดเพิ่มขึ้น
6. จัดสิ่งแวดล้อมให้สงบ ไม่รบกวนผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยพักผ่อนอย่างเพียงพอ
7. ดูแลให้ยาแก้ปวดตามแผนการรักษา ได้แก่ Morephine 3 mgs. ทางเส้นเลือดดำ ทุก 4 ชม ประเมินซ้ำหลังให้ยา 15 นาทีและสังเกตอาการข้างเคียงของยา เช่น อาการคลื่นไส้ อาเจียน อาการคัน การกดการหายใจ โดยมีการประเมิน sedation score และ Respiratory rate ถ้า Sedation score = 2 และการหายใจ ≤ 10 ครั้งต่อนาที ต้องงดเว้นการให้ยาแก้ปวดกลุ่ม Opioid และให้การแก้ไขโดยให้ออกซิเจนกับผู้ป่วย และรายงานแพทย์

ประเมินผล หลัง on skin traction ผู้ป่วยไม่บ่นปวด ได้ Morephin 3 mg. ทางเส้นเลือดดำ 1 dose pain scale ≤ 3 คะแนน สีสหน้าสดชื่นขึ้น นอนหลับพักผ่อนได้

ปัญหาที่ 4 อาจเกิดอันตรายจากภาวะ Hypokalemia

ข้อมูลสนับสนุน

- ค่า Potassium 2.71 mEq/L (ค่าปกติ 3.5-5.5mEq/L) อ่อนเพลีย

วัตถุประสงค์ เพื่อผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะ Hypokalemia

เกณฑ์การประเมิน

- ค่า Potassium อยู่ในเกณฑ์ปกติ 3.5 – 5.3 mEq/L
- ผู้ป่วยไม่มีอาการของภาวะโปรตัสเซียมในเลือดต่ำ ได้แก่ คลื่นไส้ กล้ามเนื้ออ่อนแรง หน้ามืด

เป็นลม ท้องอืด หัวใจเต้นผิดจังหวะ (premature atrial contraction, prolonged QT interval, flat T wave, มี U wave) หัวใจเต้นช้า

กิจกรรมการพยาบาล

1. ตรวจวัดและบันทึกสัญญาณชีพทุก 4 ชม. สังเกตลักษณะการเต้นของหัวใจเพื่อประเมินอาการ
2. ประเมินอาการของภาวะโปรตัสเซียมในร่างกายต่ำ ได้แก่ คลื่นไส้ กล้ามเนื้ออ่อนแรง หน้ามืดเป็นลม ท้องอืด
3. ดูแลให้ 0.9% NSS 1,000 cc.+Kcl.40 mEq. ทางเส้นเลือดดำ drip 40 cc./hr. โดยใช้ infusion pump ให้ตรงตามแผนการรักษา
4. ดูแลให้ Kcl elixer 30 cc. รับประทาน ทุก 3 ชม. X 3 dose
5. ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ เพื่อติดตามการเต้นของหัวใจ
6. จัดสิ่งแวดล้อมให้สงบ เพื่อให้ผู้ป่วยพักผ่อนอย่างเพียงพอ
7. ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เพื่อประเมินภาวะของเกลือแร่ในร่างกาย ถ้าผิดปกติ รายงานแพทย์ทราบ

ประเมินผล ค่าเกลือแร่ในร่างกายอยู่ในเกณฑ์ปกติหลังจากได้รับการแก้ไข ค่า Potassium 3.90 mEq/L ผู้ป่วยไม่มีอาการ คลื่นไส้ กล้ามเนื้ออ่อนแรง หน้ามืดเป็นลม ท้องอืด สัญญาณชีพ ความดันโลหิต 118/89 mmHg. ชีพจร 84 ครั้ง/นาที สม่ำเสมอ

ปัญหาที่ 5 เสี่ยงต่อการติดเชื้อ เนื่องจากกระดูกต้นขาขวาหักและมีบาดแผลเปิด**ข้อมูลสนับสนุน**

- กระดูกต้นขาขวาหักและมีบาดแผลเปิด
- มีไข้ต่ำๆ 37.8 องศาเซลเซียส
- WBC 11,300 /ul Neutrophil 84.6 %

วัตถุประสงค์ เพื่อป้องกันการติดเชื้อ

เกณฑ์การประเมิน

- แผลแห้งไม่มี discharge ซึม
- อุณหภูมิของร่างกายสูงไม่เกิน 37.4 องศาเซลเซียส
- ไม่มีอาการปวด บวม แดง ร้อน บริเวณแผลต้นขาขวา

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินการติดเชื้อ โดยสังเกตลักษณะของบาดแผลว่ามี discharge ซึมหรือไม่ ลักษณะปวด บวม แดง ร้อน บริเวณบาดแผลต้นขาขวา
2. ตรวจวัดและบันทึกอุณหภูมิทุก 4 ชม. เพื่อประเมินภาวะไข้ ถ้ามีไข้ให้การพยาบาลเพื่อลดไข้ และรายงานแพทย์ทราบ
3. แนะนำไม่ให้แกะเกาแผล ไม่ให้แผลเปียกน้ำ เพื่อป้องกันการเชื้อโรคเข้าสู่บาดแผล
4. ดูแลทำแผลต้นขาขวา วันละ 1 ครั้ง
5. ดูแลให้ยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษา ได้แก่ Cefazolin 1 gm. ทางเส้นเลือดดำ ทุก 6 ชม. เพื่อป้องกันการติดเชื้อ

ประเมินผล แผลต้นขาขวาไม่มี discharge ซึม ไม่มีอาการของการอักเสบ

ปัญหาที่ 6 เสี่ยงต่อการเกิดอันตรายจากภาวะแทรกซ้อน fat embolism**ข้อมูลสนับสนุน**

- ผู้ป่วยกระดูกต้นขาหักทั้ง 2 ข้าง บวม มีบาดแผลเปิดที่ต้นขาขวา
- ความดันโลหิต 141/89 มม.ปรอท. ชีพจร 128 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 22 ครั้งต่อนาที อุณหภูมิของร่างกาย 39 องศาเซลเซียส
- ความเข้มข้นของเลือด 26 %

วัตถุประสงค์ ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะ fat embolism

เกณฑ์การประเมิน

- ผู้ป่วยไม่มีลักษณะของ petechial rash บริเวณรักแร้ หน้าอก และconjunctiva ของตา
- อัตราการหายใจ 16-20 ครั้งต่อนาที ไม่มีอาการหายใจติดขัด เจ็บหน้าอก
- Oxygen saturation $\geq 95\%$
- ความดันโลหิต 100/60-130/90 มม.ปรอท ชีพจร 60-100 ครั้งต่อนาที อุณหภูมิของร่างกายไม่เกิน 37.4 องศาเซลเซียส

กิจกรรมการพยาบาล

1. ดูแล on skin traction ข้างละ 5 กก. ตามแผนการรักษาเพื่อดึงกระดูกให้เข้าที่และอยู่นิ่ง
2. ประเมินภาวะ fat embolism
 - วัดสัญญาณชีพและ oxygen saturation ทุก 4 ชม. สังเกตลักษณะการหายใจ หายใจติดขัด หอบเหนื่อย เจ็บหน้าอก ชีพจรเร็วกว่า 100 ครั้งต่อนาที มีไข้ ความดันโลหิตสูง
 - สังเกตลักษณะของ petechial rash บริเวณคอ หน้าอก รักแร้และเยื่อตา
 - สังเกตอาการเปลี่ยนแปลงของระดับความรู้สึกตัว อาการสับสน ซึม
3. ความเข้มข้นของเลือด 26 % ดูแลให้เลือดชนิด PRC unit ละ 3 ชม.ตรงตามแผนการรักษา สังเกตอาการแพ้เลือดขณะให้ ได้แก่ ผื่นลมพิษ ไข้หนาวสั่น

ประเมินผล ผู้ป่วยไม่มีลักษณะของ petechial rash บริเวณรักแร้ หน้าอก และconjunctiva ของตา อัตราการหายใจ 18-22 ครั้งต่อนาที oxygen saturation 98% ไม่มีอาการหายใจติดขัด เจ็บหน้าอก ความดันโลหิต 130/90 มม.ปรอท ชีพจร 100 ครั้งต่อนาที อุณหภูมิของร่างกายไม่เกิน 36.9 องศาเซลเซียส

ปัญหาที่ 7 เสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ เนื่องจากถูกจำกัดการเคลื่อนไหว**ข้อมูลสนับสนุน**

- ผู้ป่วยกระดูกต้นขาหักทั้ง 2 ข้าง และ on skin traction ข้างละ 5 กก.

วัตถุประสงค์ ผู้ป่วยไม่เกิดแผลกดทับ

เกณฑ์การประเมิน

ผิวหนังของผู้ป่วยไม่มีรอยแดงซ้ำ และไม่มีแผลกดทับ

กิจกรรมการพยาบาล

1. ดูแลให้ผู้ปวยนอนที่นอนลม
2. เปลี่ยนผ้าปูที่นอนให้สะอาดและเรียบตึง ดูแลผิวหนังให้สะอาด และแห้งอยู่เสมอ

3. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับสารอาหารอย่างครบถ้วนทั้ง 5 หมู่และเพียงพอ เพื่อมิให้เนื้อเยื่อและผิวหนังอ่อนแอ อาหารที่สำคัญ คือ โปรตีนและวิตามิน

4. สังเกตลักษณะเริ่มแรกของแผลกดทับคือ ผิวหนังแดงหรือม่วงหรือดำ

5. แนะนำการใช้ที่โหนตัวช่วยในการเคลื่อนไหว

ประเมินผล ผู้ป่วย on skin traction ขาทั้ง 2 ข้าง 5 วัน ไม่มีแผลกดทับ

ปัญหาที่ 8 เสี่ยงต่อการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ

ข้อมูลสนับสนุน

- ผู้ป่วยกระดุกตันขาหักทั้ง 2 ข้างและถ่วงน้ำหนักขาทั้ง 2 ข้าง
- retained foley's catheter

วัตถุประสงค์ เพื่อป้องกันการติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะ

เกณฑ์การประเมิน

- ปัสสาวะ เหลืองใส ไม่มีตะกอน
- อุณหภูมิร่างกายไม่เกิน 37.4 องศาเซลเซียส

กิจกรรมการพยาบาล

1. ดูแลไม่ให้สายสวนปัสสาวะหัก พับงอหรือดึงรั้งท่อปัสสาวะ
2. ดูแลบีบรัดสายยาง (milking) บ่อยๆ เพื่อป้องกันตะกอนหรือสิ่งอุดตัน
3. ถุงปัสสาวะแขวนอยู่ต่ำกว่ากระเพาะปัสสาวะแต่สูงกว่าพื้น
4. แนะนำและดูแลให้ดื่มน้ำอย่างน้อยวันละ 8-10 แก้ว
5. เทปัสสาวะในถุงเก็บ ทุก 8 ชั่วโมง หรือ เมื่อมีปัสสาวะ 2/3 ของถุง แต่ไม่ควรให้เต็มถุง เพราะจะทำให้การไหลของปัสสาวะไม่สะดวกและปัสสาวะอาจไหลย้อนกลับเข้าสู่กระเพาะปัสสาวะได้
6. ก่อนและหลังจากเทปัสสาวะควรเช็ดด้วยสำลีชุบ 70% alcohol
7. ทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์วันละ 2 ครั้ง (เช้า-เย็น) และทุกครั้งภายหลังถ่ายอุจจาระ

ประเมินผล ปัสสาวะ เหลืองใส ไม่มีตะกอน อุณหภูมิร่างกายไม่เกิน 37.4 องศาเซลเซียส

ผล UA ค่า WBC 0-1 cell/HPF bacteria few urine culture ผล no growth

ปัญหาที่ 9 วิตกกังวล เนื่องจาก ขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะของโรคที่เป็นอยู่

ข้อมูลสนับสนุน

- อาการเป็นอย่างไรบ้าง หมอจะผ่าตัดไหม
- ญาติผู้ป่วยมีสีหน้าวิตกกังวล
- ผู้ป่วยตื่นขาหักทั้ง 2 ข้าง on skin traction ขาทั้ง 2 ข้าง

วัตถุประสงค์ ผู้ป่วยและญาติคลายความวิตกกังวล

เกณฑ์การประเมิน

- ผู้ป่วยและญาติมีสีหน้าคลายความวิตกกังวล
- ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาลเป็นอย่างดี

กิจกรรมการพยาบาล

1. สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยและญาติ โดยการพูดคุย ให้กำลังใจ เพื่อให้เกิดการไว้วางใจ พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้ญาติซักถามข้อสงสัย ตอบข้อสงสัยด้วยความเต็มใจ
 2. ประสานให้ผู้ป่วยและญาติได้รับฟังภาวะการเจ็บป่วยและแผนการรักษาจากแพทย์และร่วมตัดสินใจในการวางแผนการรักษาพยาบาล
 3. ให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและญาติเป็นระยะๆ เพื่อให้ญาติคลายความวิตกกังวล
 4. อธิบายภาวะของการเจ็บป่วยและแผนการรักษาพยาบาล เพื่อผู้ป่วยและญาติเข้าใจและให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล
 5. แจ้งผู้ป่วยและญาติก่อนให้การพยาบาลทุกครั้ง เพื่อให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล
- ประเมินผล** ผู้ป่วยและญาติเข้าใจให้ความร่วมมือและปฏิบัติตามแผนการรักษาพยาบาลได้เป็นอย่างดี
- ปัญหาที่ 10** วิตกกังวล เนื่องจาก ขาดความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด

ข้อมูลสนับสนุน

- ญาติถามถึงการผ่าตัดว่าหลังผ่าตัดผู้ป่วยจะเดินได้ปกติไหม
- ผู้ป่วยและญาติมีสีหน้าวิตกกังวล
- แพทย์นัดทำผ่าตัด ORIF with proximal femoral plate right femur and broad DCP

light femur

วัตถุประสงค์ ผู้ป่วยและญาติคลายความวิตกกังวล**เกณฑ์การประเมิน**

- ญาติและผู้ป่วยเข้าใจและให้ความร่วมมือในการเตรียมทำผ่าตัดเป็นอย่างดี
- สีหน้าแจ่มใสขึ้น
- ผู้ป่วยและญาติบอกถึงวิธีการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัดได้

กิจกรรมการพยาบาล

1. สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและญาติ เพื่อให้เกิดความมั่นใจไว้วางใจในการรักษาพยาบาล
2. รับฟังปัญหาของผู้ป่วย เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติซักถามข้อสงสัยเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด ตอบคำถามด้วยความเต็มใจ
3. ให้ข้อมูลผู้ป่วยและญาติเข้าใจถึงเหตุผลในการรักษาด้วยการผ่าตัด วิธีการผ่าตัดอย่างคร่าวๆ ด้วยภาษาที่เข้าใจง่าย เพื่อให้เกิดความมั่นใจในการรักษาด้วยการผ่าตัด
4. อธิบายให้ทราบถึงการเตรียมตัวสำหรับการได้รับยาระงับความรู้สึก ได้แก่ การงดน้ำและอาหารทางปากทุกชนิดหลังเที่ยงคืน เพื่อป้องกันการอาเจียนและสำลักเศษอาหารซึ่งจะทำให้ปอดบวมและอาจถึงกับเสียชีวิตได้
5. สอนผู้ป่วยเรื่อง Deep breathing exercise, effective cough เพื่อป้องกันภาวะปอดอักเสบ (hypostatic pneumonia)
6. อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติทราบถึง การปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด ได้แก่ การดูแลบาดแผล การออกกำลังกายขาทั้ง 2 ข้าง การฝึกกายภาพบำบัด การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ระยะเวลาพักฟื้น
7. ดูแลให้ผู้ป่วยและญาติเช็ดใบยนิย้อมผ่าตัดให้เรียบร้อย เพื่อป้องกันปัญหาทางด้านกฎหมาย

8. เตรียมร่างกายให้พร้อมก่อนผ่าตัด ดูแลความสะอาดร่างกายทั่วไป เพื่อลดแหล่งสะสมเชื้อโรคป้องกันการติดเชื้อ

9. ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการตามแผนการรักษาให้พร้อม เพื่อป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยได้รับอันตรายขณะผ่าตัด

10. เตรียม Cefazolin 1 gm. ไปฉีดที่ห้องผ่าตัดตามแผนการรักษา

11. สังเกตอาการต่างๆ ตรวจวัดและบันทึก สัญญาณชีพ ก่อนส่งห้องผ่าตัด

ประเมินผล ผู้ป่วยและญาติเข้าใจให้ความร่วมมือและบอกการเตรียมตัวในการทำผ่าตัดได้ถูกต้อง หายใจเข้าออกลึกๆและไอเพื่อขับเสมหะออกอย่างมีประสิทธิภาพได้ มีสีหน้าแจ่มใสขึ้น

ปัญหาที่ 11 อาจเกิดภาวะเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจน เนื่องจากอาจมีการอุดกั้นทางเดินหายใจ

ข้อมูลสนับสนุน

- ผู้ป่วยหลังได้รับยาระงับความรู้สึกชนิด general anesthesia ระยะเวลาในการผ่าตัด 3 ชม. 25 นาที

- ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัด Open reduction internal fixation with proximal femoral plate right femur and broad dynamic compression plate light femur

- ความดันโลหิต 132/67 มม.ปรอท. ชีพจร 96 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที Oxygen saturation 99 %

- ผู้ป่วย on mask with bag 10 lit/min มาจากห้องผ่าตัด

- ผู้ป่วยยังสับสนสละสลือ และมีสับสนเป็นบางครั้ง

วัตถุประสงค์ ปลอดภัยจากภาวะเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจน

เกณฑ์การประเมิน

- หายใจไม่เหนื่อยหอบ อัตราการหายใจ 18-20 ครั้งต่อนาที ค่า oxygen saturation ≥ 95 %

- ไม่มีอาการหายใจลำบาก กระสับกระส่าย เหงื่อออก ตัวเย็น ปลายมือปลายเท้าเขียวคล้ำ

- ไอขับเสมหะออกเองได้ดี

- สัญญาณชีพปกติ ความดันโลหิต 100/60-130/90 มม.ปรอท ชีพจร 60-100 ครั้งต่อนาที

กิจกรรมการพยาบาล

1. จัดให้ผู้ป่วยนอนตะแคงหน้าด้านใดด้านหนึ่ง เพื่อป้องกันการสำลัก

2. ประเมินความรู้สึกตัว สัญญาณชีพ และค่า oxygen saturation ทุก 15 นาที 4 ครั้ง 30 นาที 2 ครั้ง ทุก 1 ชม. จนกระทั่งอาการคงที่จึงวัดทุก 4 ชม. เพื่อประเมินอาการเปลี่ยนแปลง เพื่อวางแผนให้การช่วยเหลือผู้ป่วยได้ทันที่

3. สังเกตอาการหายใจลำบาก เหนื่อยหอบ กระสับกระส่าย เหงื่อออก ตัวเย็น ปลายมือปลายเท้าเขียวคล้ำ เพื่อประเมินทางเดินหายใจอุดกั้นเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจนและให้การช่วยเหลือผู้ป่วยได้ทันที่

4. สังเกตอาการคลื่นไส้อาเจียน เพื่อให้การช่วยเหลือได้ทันที่ป้องกันการสำลัก

5. ดูแลให้ออกซิเจน mask with bag 10 lit/min

6. ดูแลให้สารน้ำ Acetar 1,000 cc. ทางเส้นเลือดดำ 100 cc./hr. ตามแผนการรักษา เพื่อช่วยให้เสมหะอ่อนตัว ขับออกได้ง่าย

7. เมื่อผู้ป่วยรู้สึกตัวดี จัดให้นอนท่าที่สุขสบาย และกระตุ้นผู้ป่วยไอขับเสมหะออกเอง

ประเมินผล หายใจไม่เหนื่อยหอบ อัตราการหายใจ 20-24 ครั้งต่อนาที ไม่มีอาการหายใจลำบาก กระสับกระส่าย เหงื่อออก ตัวเย็น ปลายมือปลายเท้าเขียวคล้ำ ไออาเสมหะออกเองได้ดี ค่า oxygen saturation 100 %

ปัญหาที่ 12 เสี่ยงต่อภาวะช็อก เนื่องจาก การสูญเสียเลือดขณะผ่าตัดและภายหลังผ่าตัด

ข้อมูลสนับสนุน

- ผู้ป่วยหลังทำผ่าตัด Open reduction internal fixation with proximal femoral plate right femer and broad dynamic compression plate light femer
- ขณะผ่าตัดมี total blood loss 1,800 cc.
- ชีพจร 130 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 135/78 มม.ปรอท.
- ความเข้มข้นของเลือด 28 %
- radivac drain มีเลือดออก ขาข้างขวา 150 cc. ขาข้างซ้าย 60 cc.

วัตถุประสงค์ เพื่อผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะช็อก

เกณฑ์การประเมิน

- สัญญาณชีพปกติ ความดันโลหิต 100/60 - 130/90 มม.ปรอท ชีพจร 60-100 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 18-22 ครั้งต่อนาที
- ไม่มีอาการกระสับกระส่าย เหงื่อออกตัวเย็น
- ความเข้มข้นของเลือดไม่ต่ำกว่า 30 %
- ปัสสาวะออกไม่น้อยกว่า 30 มล.ต่อชั่วโมง

กิจกรรมการพยาบาล

1. ตรวจวัดและบันทึกสัญญาณชีพทุก 15 นาที 4 ครั้ง ทุก 30 นาที 2 ครั้ง และทุก 1 ชม. จนกระทั่งอาการคงที่จึงวัดทุก 4 ชม. เพื่อประเมินอาการของภาวะshockและให้การช่วยเหลือได้ทันเวลาที่
2. สังเกตและบันทึกปริมาณเลือดที่ออกจากแผลผ่าตัดทาง radivac drain ทุก 1 ชม.ใน 12 ชม.แรกหลังผ่าตัด เพื่อประเมินภาวะสูญเสียเลือด ถ้า radivac drain ออกมากกว่า 200 cc.ใน 1 ชม. วางแผนให้การพยาบาลและรายงานแพทย์ทราบทันที
3. สังเกตอาการผิดปกติจากการเสียเลือด ได้แก่ มีเลือดซึมที่แผลผ่าตัดมาก ตันขาบวมมากขึ้น อาการกระสับกระส่ายเหงื่อออกตัวเย็น สัญญาณชีพเปลี่ยนแปลง เพื่อประเมินภาวะ shock และให้การช่วยเหลือได้ทันเวลาที่
4. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษาให้ถูกต้องทั้งชนิดและจำนวน ได้แก่ Acetar 1,000 cc. ทางเส้นเลือดดำ drip 100 cc./hr.
5. ดูแลเจาะเลือดหาความเข้มข้นของเลือด at ward then ทุก 6 ชม. เพื่อประเมินการเสียเลือด
6. ดูแลให้เลือด PRC 2 unit unit ละ 3 ชม. ตามแผนการรักษา สังเกตอาการแพ้และผลข้างเคียงขณะให้เลือด
7. บันทึกจำนวนน้ำที่ผู้ป่วยได้รับและขับออกจากร่างกาย

ประเมินผล สัญญาณชีพปกติ ความดันโลหิต 118/89 มม.ปรอท ชีพจร 86 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20-24 ครั้งต่อนาที ไม่มีอาการกระสับกระส่าย เหงื่อออกตัวเย็น ความเข้มข้นของเลือดไม่ต่ำกว่า 33 % ปัสสาวะออก 300-900 มล.ต่อ 8 ชั่วโมง

ปัญหาที่ 13 ปวด เนื่องจากมีบาดแผลผ่าตัด ต้นขาทั้ง 2 ข้าง

ข้อมูลสนับสนุน

- ผู้ป่วยหลังทำผ่าตัด Open reduction internal fixation with proximal femoral plate right femur and broad dynamic compression plate light Femur
- ความดันโลหิต 135 / 78 มม.ปรอท ชีพจร 128 ครั้งต่อนาที
- pain score 6 คะแนน ขยับตัวไปมา สีหน้าแว่วเขียว

วัตถุประสงค์ ผู้ป่วยบรรเทาจากความปวด

เกณฑ์การประเมิน

- pain score $\leq$ 3 คะแนน
- นอนหลับพักผ่อนได้ สีหน้าสดชื่นขึ้น
- สัญญาณชีพปกติ ความดันโลหิต 100/60 – 130/90 มม.ปรอท ชีพจร 60 – 100 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 18-20 ครั้งต่อนาที

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินระดับความปวดแผลผ่าตัดจากสีหน้าท่าทาง และซักถามอาการปวดโดยใช้ Numeric rating scale และปัจจัยร่วมต่างๆที่ทำให้เกิดอาการปวดที่มากขึ้น เพื่อให้การพยาบาลที่ถูกต้องและเหมาะสม
2. วัดสัญญาณชีพทุก 4 ชม. เพื่อประเมินอาการปวดแผล
3. อธิบายสาเหตุที่ทำให้ปวดแผล อาการปวดจะมีในระยะ 12-36 ชม.แรก และจะทุเลาลงใน 48 ชม.หลังผ่าตัด และให้กำลังใจ
4. จัดให้ผู้ปวยนอนท่าที่รู้สึกสบาย
5. ให้การพยาบาลด้วยความนุ่มนวล เพื่อไม่เป็นการกระตุ้นให้เกิดความเจ็บปวด
6. จัดสิ่งแวดล้อมให้สงบ ไม่รบกวนผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยพักผ่อนอย่างเพียงพอ
7. ดูแลให้ยาแก้ปวดตามแผนการรักษา คือ Morphine 3 mg. vein ทุก 3 ชม. ประเมิน sedate score ก่อนให้ยา ประเมินอาการข้างหลังให้ยา 15 นาทีและสังเกตอาการข้างเคียงของยา ได้แก่ อาการคลื่นไส้อาเจียน หายใจช้าจากฤทธิ์ยากดการหายใจ และอาการผื่นคัน
8. ดูแลให้ยาลดปวดตามแผนการรักษา ได้แก่ Paracetamol (500mg.) 1 tabs. รับประทาน p.r.n. ทุก 4 ชม. Tramal 1 cap. รับประทาน t.i.d.p.c

ประเมินผล ผู้ป่วยได้รับยา Morphine 3 mg. ทางเส้นเลือดดำ ทุก 3 ชม. ใน 24 ชม.แรกหลังผ่าตัด อาการปวดทุเลาลง pain score 2-3 คะแนน ความดันโลหิต 115/62 มม.ปรอท นอนหลับพักผ่อนได้เป็นพักๆ

ปัญหาที่ 14 เสี่ยงต่อการติดเชื้อ เนื่องจากมีแผลผ่าตัดต้นขาทั้ง 2 ข้าง

ข้อมูลสนับสนุน

- ผู้ป่วยหลังทำผ่าตัด Open reduction internal fixation with proximal femoral plate right femur and broad dynamic compression plate light femur

- มีไข้ 39.2 องศาเซลเซียส
- On radivac drain ที่แผลผ่าตัดต้นขา ข้างละ 1 ขวด

วัตถุประสงค์ เพื่อป้องกันการติดเชื้อ

เกณฑ์การประเมิน

- แผลแห้งไม่มี discharge ซึม
- อุณหภูมิของร่างกายสูงไม่เกิน 37.4 องศาเซลเซียส
- ไม่มีอาการปวด บวม แดง ร้อน บริเวณแผลผ่าตัด

กิจกรรมการพยาบาล

1. เพื่อประเมินการติดเชื้อ โดยสังเกตลักษณะของบาดแผลว่ามี discharge ซึมหรือไม่ ลักษณะปวด บวม แดง ร้อน บริเวณบาดแผล ถ้ามีรายงานแพทย์ทราบทันที
2. ตรวจวัดและบันทึกอุณหภูมิร่างกายทุก 4 ชม. เพื่อประเมินภาวะไข้และให้การพยาบาลเพื่อลดไข้
3. ดูแลทำแผล dry dressing วันละ 1 ครั้ง สังเกตลักษณะของแผล
4. ดูแล Radivac drain care อยู่ในระบบสุญญากาศ และ off Radivac drain care หลังผ่าตัดวันที่ 3
5. แนะนำไม่ให้แกะเกาแผล ไม่ให้แผลเปียกน้ำ เพื่อป้องกันเชื้อโรคเข้าสู่บาดแผล
6. แนะนำอาหารที่มีประโยชน์ เพื่อส่งเสริมการหายของแผล
7. ดูแลให้ยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษา ได้แก่ Cefazolin 1 gm. ทางเส้นเลือดดำ ทุก 6 ชม. (27 ก.พ.- 3 มี.ค. 62) และ Trazocine 4.5 gm. ทางเส้นเลือดดำ ทุก 6 ชม. (3-10 มี.ค. 62) เพื่อป้องกันการติดเชื้อ

ประเมินผล แผลไม่มี discharge ซึม ไม่มีอาการของการอักเสบ ตัดไหมในวันที่ 12 มี.ค. 62 แผลแห้งดีดี

ปัญหาที่ 15 เสี่ยงต่ออุบัติเหตุพลัดตกหกล้ม

ข้อมูลสนับสนุน

- ผู้ป่วยหลังทำผ่าตัด Open reduction internal fixation with proximal femoral plate right femur and broad dynamic compression plate left femur
- ผู้ป่วยยังไม่สามารถลงน้ำหนักขาทั้ง 2 ข้างได้

วัตถุประสงค์ ผู้ป่วยไม่เกิดอุบัติเหตุพลัดตกหกล้ม

เกณฑ์การประเมิน

- ผู้ป่วยสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้
- ผู้ป่วยสามารถใช้ wheel chair ได้

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มและความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน
2. จัดออกสัญญาณเรียกให้อยู่ใกล้มือผู้ป่วย
3. ตรวจเยี่ยมผู้ป่วยเป็นระยะๆ เพื่อดูแลช่วยเหลือเรื่องการทำกิจวัตรประจำวัน การเปลี่ยนท่า และให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแล เพื่อเรียนรู้และสามารถไปดูแลผู้ป่วยต่อที่บ้านได้
4. จัดตู้ข้างเตียงให้อยู่ใกล้มือผู้ป่วยเพื่อสะดวกในการหยิบของใช้
5. ยกไม้กั้นเตียง แนะนำการใช้ที่นอนตัวในการเคลื่อนไหว

6. แนะนำการออกกำลังกายกล้ามเนื้อต้นขาและการลุกนั่งห้อยขาข้างเดียวอย่างถูกวิธี การใช้ wheel chair โดยร่วมกับทีมกายภาพบำบัด

7. จัดให้อนเตียงที่ไม่สูง เพื่อสะดวกในการลุกนั่งและลง wheel chair

8. แนะนำผู้ป่วยให้ใช้ wheel chair ในการเคลื่อนย้ายทุกครั้ง และเน้นย้ำให้ผู้ป่วยและญาติ เข้าใจถึงการห้ามลงน้ำหนักขาทั้ง 2 ข้างตามแผนการรักษาของแพทย์ จนกว่าแพทย์จะเห็นสมควรให้น้ำหนักได้ เพื่อป้องกันการ failure plate

ประเมินผล ผู้ป่วยไม่เกิดอุบัติเหตุพลัดตกหกล้ม และสามารถใช้ wheel chair ได้อย่างถูกวิธี

ปัญหาที่ 16 อาจเกิดกล้ามเนื้อขาตึงและข้อยึดติด เนื่องจากต้นขาหักทั้ง 2 ข้างและผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงกระดูกภายในยังไม่สามารถลงน้ำหนักขาทั้ง 2 ข้างได้

ข้อมูลสนับสนุน

- ต้นขาหักทั้ง 2 ข้างและผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงกระดูกภายใน
- ผู้ป่วยไม่สามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้ตามปกติ
- แพทย์ยังไม่ให้ลงน้ำหนักขาทั้ง 2 ข้าง และให้เคลื่อนไหวโดยใช้ wheel chair

วัตถุประสงค์ ผู้ป่วยไม่มีกล้ามเนื้อขาตึงและข้อยึดติด

เกณฑ์การประเมิน

- กล้ามเนื้อมีกำลังปกติ
- ข้อต่อต่างๆเคลื่อนไหวได้ดี

กิจกรรมการพยาบาล

1. กระตุ้นให้ผู้ป่วยปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตัวเอง
2. สอนและกระตุ้นให้ผู้ป่วยออกกำลังกายกล้ามเนื้อและข้อต่อต่างๆเพื่อเตรียมความพร้อมในการหัดเดิน
 - วันที่ 1 หลังผ่าตัดฝึกกระดกข้อเท้าขึ้น-ลง เกร็งกล้ามเนื้อต้นขาและกล้ามเนื้อขา
 - วันที่ 2 หลังผ่าตัดนั่งห้อยขาข้างเดียว เขยียดเข่าขึ้นให้ได้มากที่สุด พร้อมกระดกข้อเท้าค้างไว้
 - วันที่ 3 ส่งกายภาพบำบัด ช่วยสอนการออกกำลังกาย และฝึกการใช้ wheel chair ในการ

เคลื่อนไหว

3. ให้การพยาบาลเพื่อบรรเทาปวดต้นขาทั้ง 2 ข้าง เพื่อผู้ป่วยจะได้ออกกำลังกายกล้ามเนื้อได้มากขึ้น

4. ดูแลและแนะนำการป้องกันการพลัดตกหกล้มขณะออกกำลังกายและใช้ wheel chair

ประเมินผล กล้ามเนื้อต้นขาทั้ง 2 ข้างมีกำลังใกล้เคียงปกติ ข้อต่อต่างๆเคลื่อนไหวได้ดี

ปัญหาที่ 17 วิดกกังวล เนื่องจาก พร่องความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติตนเมื่อกลับไปอยู่บ้าน

ข้อมูลสนับสนุน

- ญาติและผู้ป่วยถามจะเดินได้เมื่อไร
- ผู้ป่วยบอกอยากกลับบ้าน
- แผนการรักษายังไม่ให้ลงน้ำหนักขาทั้ง 2 ข้าง เคลื่อนไหวโดยใช้ wheel chair
- แพทย์อนุญาตให้กลับบ้าน 22 มีนาคม 2562

วัตถุประสงค์ ผู้ป่วยและญาติคลายความวิตกกังวลและสามารถปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้านได้

เกณฑ์การประเมิน

- ญาติและผู้ป่วยบอกถึงการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้านได้ ในเรื่อง การการออกกำลังกาย การใช้ wheel chair อาการผิดปกติที่ต้องพามาตรวจ การรับประทานยาตามคำสั่งแพทย์ การรับประทานอาหารและการมาตรวจตามนัด
- ผู้ป่วยและญาติมีสีหน้าสดชื่นขึ้น

กิจกรรมการพยาบาล

1. อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจถึงภาวะของโรคและความก้าวหน้าของโรค เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติซักถามปัญหาและสงสัยต่างๆ รวมทั้งให้ความมั่นใจและให้กำลังใจแก่ผู้ป่วยและญาติในการเผชิญกับความเจ็บป่วยที่ตนเป็นอยู่
2. แนะนำการใช้ wheel chair ในการเคลื่อนย้ายทุกครั้ง ให้ระวังการพลัดตกหกล้มขณะขึ้นลง wheel chair ห้ามลงน้ำหนักขาทั้ง 2 ข้าง จนกว่าแพทย์จะเห็นสมควรให้ลงน้ำหนักได้ เพราะจะทำให้เหล็กหักและกระดูกหักซ้ำ
3. แนะนำการสังเกตอาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์ บริเวณแผลผ่าตัดต้นขาทั้ง 2 ข้างมีอาการปวด บวม แดงร้อน มีไข้ ต้นขาบวมปวดมากและผิดรูป
4. แนะนำการเตรียมบ้านที่อยู่อาศัยควรเป็นชั้นล่าง ไม่ต้องมีบันได พื้นบ้านเรียบ ไม่เปียก ห้องน้ำสะดวกในการใช้ เพื่อป้องกันอุบัติเหตุพลัดตกหกล้ม
5. รับประทานยาตามแพทย์สั่ง และมาตรวจตามนัด วันที่ 4 เมษายน 2562

ประเมินผล ผู้ป่วยและญาติมีสีหน้าสดชื่นขึ้น สามารถบอกถึงการปฏิบัติตนเมื่อกลับไปอยู่บ้านได้ถูกต้อง และพร้อมที่จะกลับบ้าน

สรุปผู้ป่วยกรณีศึกษา

ผู้ป่วยชายไทยอายุ 49 ปี มาโรงพยาบาลด้วยป็นจักรยานถูกรถเก๋งเฉี่ยวชน จำเหตุการณ์ไม่ได้ ต้นขาผิดรูป บวม ทั้ง 2 ข้าง on long leg splint ต้นขาขวามีบาดแผลฉีกขาดยาว 1 ซม. ขาซ้ายมีบาดแผลถลอก ศีรษะด้านหลังแถบซ้ายมีแผลฉีกขาดประมาณ 2 ซม.และบวม มีบาดแผลถลอกแขนซ้าย ความดันโลหิต 118/86 มม.ปรอท ชีพจร 90 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที สัญญาณทางระบบประสาท E₃V₄M₆ pupil 3 min. มีปฏิกิริยาต่อแสงดีทั้ง 2 ข้าง on 0.9% NSS 1,000 cc. ทางเส้นเลือดดำ drip 120 cc./hr. แพทย์ได้ทำ FAST abdomen ผล negative และเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง ผล Cerebral concussion เอกซเรย์ พบ Close fracture left femur and open fracture subtrochanteric right femur ผู้ป่วยมีภาวะช็อก ความดันโลหิต 79/51 มม.ปรอท ชีพจร 107 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความเข้มข้นของเลือด 26% ได้รับการแก้ไขภาวะช็อก และได้รับการถ่วงน้ำหนักขาทั้ง 2 ข้างชนิด skin traction น้ำหนักข้างละ 5 kgs. ระยะเวลา 5 วันก่อนผ่าตัด ข้อวินิจฉัยการพยาบาลก่อนผ่าตัดมีดังนี้ มีภาวะช็อกเนื่องจากการเสียเลือด เสี่ยงต่อภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง ปวด อาจเกิดอันตรายจากภาวะ hypokalemia เสี่ยงต่อการเกิดอันตรายจากภาวะแทรกซ้อน fat embolism เสี่ยงต่อการเกิดการติดเชื้อ พร่องการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ วิดกกังวล เนื่องจากขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะของโรคที่เป็นอยู่และแผนการรักษา และขาดความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด⁽⁴⁾ ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัด 1. Open reduction internal fixation

with PFP Rt. femur 2. Open reduction internal fixation with broad LCP lt. femur ข้อวินิจฉัย การพยาบาลหลังผ่าตัดมีดังนี้ เสี่ยงต่อภาวะเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจนเนื่องจากอาจเกิดภาวะทางเดินหายใจ ถูกปิดกั้นและภาวะช็อค เสี่ยงต่อภาวะช็อค เนื่องจากการสูญเสียเลือดขณะผ่าตัดและภายหลังผ่าตัด ปวด แผลผ่าตัดต้นขาทั้ง 2 ข้าง เสี่ยงต่อการติดเชื้อเนื่องจากมีแผลผ่าตัด ต้นขาทั้ง 2 ข้าง เสี่ยงต่อการเกิด อุบัติเหตุพลัดตกหกล้ม เนื่องจากการผ่าตัดจัดกระดูกให้เข้าที่และตรึงกระดูกภายในยังไม่สามารถลงน้ำหนัก ขาทั้ง 2 ข้างได้ อาจเกิดกล้ามเนื้อขาอักเสบและข้อยึดติดเนื่องจากต้นขาหักทั้ง 2 ข้างและยังไม่สามารถลง น้ำหนักขาทั้ง 2 ข้างได้ วิตกกังวลเนื่องจากขาดความรู้ในการดูแลตนเองเมื่อกลับไปบ้าน⁽⁵⁾ ได้ให้การพยาบาล ตามปัญหาดังกล่าว จนปัญหาดังกล่าวได้รับการแก้ไข ต่อมาแพทย์ได้วางแผนจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน ได้เตรียมผู้ป่วยกลับบ้านด้วยการให้คำแนะนำเพื่อนำไปปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้าน รวมระยะเวลาที่ผู้ป่วย รับการรักษาในโรงพยาบาลนครนายก 28 วัน

วิจารณ์และข้อเสนอแนะ

กระดูกต้นขาเป็นกระดูกที่แข็งแรงและยาวที่สุดในร่างกาย และมีความสำคัญเนื่องจากเป็นส่วนที่ใช้รับ น้ำหนักตัวและเคลื่อนไหว กระดูกต้นขาส่วน Femoral shaft จะเป็นส่วนที่มีเลือดมาเลี้ยงมากร่วมกับมี กล้ามเนื้อขนาดใหญ่ห่อหุ้ม ทำให้กระดูกหักจะสมานกันเร็วส่วนกระดูกต้นขาส่วนบริเวณ subtrochanteric เป็นบริเวณที่ต้องรับแรงสูงที่สุดในกระดูกต้นขา ประกอบกับกระดูกบริเวณนี้เป็น cortical bone มีเลือดมา เลี้ยงน้อย จึงทำให้กระดูกส่วนนี้ติดช้า และพบภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดได้สูงกว่ากระดูกต้นขาส่วนอื่น กระดูกต้นขาหักมักเกิดจากอุบัติเหตุที่รุนแรงและทำให้สูญเสียเลือดจำนวนมากจนเกิดภาวะช็อคได้ และอาจมีบาดเจ็บของระบบอื่นร่วมด้วย ซึ่งผู้ป่วยอาจได้รับอันตรายถึงกับชีวิตได้ การรักษาเบื้องต้นเพื่อให้ พ้นภาวะวิกฤตปลอดภัยในชีวิต การตรวจร่างกายทุกระบบ การ resuscitate และดื่มน้ำหนักขาเพื่อดึง กระดูกให้เข้าที่และอยู่นิ่ง เพื่อรอการผ่าตัด การรักษาด้วยการผ่าตัดจัดกระดูกให้เข้าที่และยึดตรึงกระดูก ภายในเป็นวิธีที่ช่วยให้กระดูกเชื่อมติดได้เร็วขึ้น ผู้ป่วยเคลื่อนไหวได้เร็วขึ้น สามารถกลับไปทำงานและใช้ ชีวิตปกติได้เร็ว ไม่ต้องนอนโรงพยาบาลนานและลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน ผู้ป่วยกรณีศึกษา ปันจักรยาน แล้วถูกรถเก๋งเฉี่ยวชนซึ่งเป็นอุบัติเหตุที่รุนแรงมาก ทำให้กระดูกต้นขาหักทั้ง 2 ข้าง Close fracture shaft left femur ส่วนต้นขาขวาหักส่วนของ subtrochanteric และมีบาดแผลเปิด ซึ่งการหักของกระดูกและมี บาดแผลเปิดต้องได้รับการผ่าตัดภายใน 6 ชม. เพื่อลดการติดเชื้อ แต่ผู้ป่วยมีภาวะช็อคและความเข้มข้นของ เลือดต่ำร่วมกับการบาดเจ็บต่อสมอง CT scan พบ Cerebral concussion และมีภาวะ hypokalemia ผู้ป่วยต้องได้รับการแก้ไขปัญหาก่อน on skin traction ขาทั้ง 2 ข้างข้างละ 5 กก.เพื่อดึงกระดูกให้เข้าที่ลด การบาดเจ็บต่อเนื้อเยื่อและบรรเทาอาการปวด และได้รับยา antibiotic เพื่อป้องกันการติดเชื้อ ผู้ป่วย ได้รับการผ่าตัด ORIF with proximal femoral plate right femur และ ORIF with broad locking compression plate left Femur ได้รับยา Antibiotic Cefazolin 1 gm. ทางเส้นเลือดดำ ทุก 6 ชม. และเฝ้าระวังการติดเชื้อ หลังผ่าตัดวันที่ 3 ผู้ป่วยยังมีไข้สูง 39.4 องศาเซลเซียส แผลผ่าตัดต้นขาทั้ง 2 ข้าง ไม่มี discharge ซึม แต่ยังบวม จึงจำเป็นต้อง investigate การติดเชื้อจากระบบทางเดินหายใจและปัสสาวะ ร่วมด้วย ซึ่งผลปกติ แพทย์ได้เปลี่ยน antibiotic เป็น Tazocin 4.5 gms. ทางเส้นเลือดดำ ทุก 6 ชม. เป็น เวลา 7 วัน ผู้ป่วยผ่าตัดต้นขาทั้ง 2 ข้างยังไม่สามารถลงน้ำหนักขาได้ เนื่องจากกระดูกหักบริเวณ Subtrochanteric ติดช้าและติดผิดรูปได้บ่อย แพทย์จึงยังไม่ให้ลงน้ำหนัก เป็นระยะเวลา 6 สัปดาห์และนัดมา ตรวจเพื่อประเมินการติดกันของกระดูก การสอนให้ผู้ป่วยออกกำลังกายกล้ามเนื้อแขนขาเพื่อเตรียมความพร้อม

ของกล้ามเนื้อโดยร่วมกับนักกายภาพบำบัด และสอนการใช้ wheel chair เพื่อผู้ป่วยใช้ในการเคลื่อนย้าย มีการเฝ้าระวังการพลัดตกหกล้มขณะรักษาอยู่ในโรงพยาบาลและเมื่อกลับไปอยู่บ้านซึ่งสำคัญมาก โดยแนะนำญาติให้เตรียมบ้านเพื่อสะดวกในการเคลื่อนย้ายและป้องกันการเกิดพลัดตกหกล้ม เนื่องจากกระดูกส่วน subtrochanteric ติดเข้า และพบภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดได้สูงกว่ากระดูกต้นขาส่วนอื่น จึงต้องเน้นย้ำผู้ป่วยห้ามลงน้ำหนักขาทั้ง 2 ข้างจนกว่าแพทย์จะเห็นสมควรให้ลงน้ำหนักขาได้ และให้ระมัดระวังการพลัดตกหกล้ม เพราะอาจทำให้โลหะที่ยึดตรึงกระดูกงอหรือหักและกระดูกหักซ้ำได้

ดังนั้น พยาบาลต้องมีความรู้ความสามารถ ประสบการณ์และศึกษาค้นคว้าหาความรู้เพิ่มเติมอยู่ตลอดเวลา เพื่อจะได้ดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ ปลอดภัยในชีวิตและปราศจากภาวะแทรกซ้อน

บทสรุป

การให้การพยาบาลผู้ป่วยกระดูกต้นขาหักทั้ง 2 ข้างร่วมกับภาวะช็อก เป็นงานเขียนที่เอื้อประโยชน์หลายด้าน นอกเหนือจากการอ่านยังใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติงาน หรือแก้ไขปัญหาที่พบระหว่างปฏิบัติงาน รวมถึงใช้เป็นแหล่งค้นคว้าอ้างอิงเพื่อการศึกษา

ในการให้การพยาบาลผู้ป่วยผู้ป่วยกระดูกต้นขาหักทั้ง 2 ข้างร่วมกับภาวะช็อก พยาบาลจะต้องมีความรู้เกี่ยวกับภาวะการหักของกระดูกต้นขา อาการและอาการแสดง การวินิจฉัย การรักษา รวมทั้งมีความรู้ทางการพยาบาล มีประสบการณ์ในการปฏิบัติการพยาบาลอย่างถูกต้องตามหลักการและกระบวนการพยาบาล นอกจากนี้ยังต้องพัฒนาตนเอง และศึกษาหาความรู้เพิ่มเติมอยู่เสมอ เพื่อให้การพยาบาลอย่างมีคุณภาพ เป็นประโยชน์ต่อตนเองและหน่วยงานสืบต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. วิวัฒน์ วจนะวิศิษฐ์ และคณะ. ออร์โธปิดิกส์. ฉบับเรียบเรียงใหม่ครั้งที่3. พิมพ์ครั้งที่1. กรุงเทพฯ : บริษัทไฮลิสติก พับลิชชิง จำกัด, 2550
2. ชาญวิทย์ ตันดีพิพัฒน์และคณะ. ตำราศัลยศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2541.
3. ไพรัช ประสงค์จีน. กระดูกหักและข้อเคลื่อน(Fracture and Dislocation). พิมพ์ครั้งที่3. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2541.
4. อรพรรณ โตสิงห์ และคณะ. การพยาบาลผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์. พิมพ์ครั้งที่1. กรุงเทพฯ : หจก. เอ็นพีเพรส, 2559.
5. ธวัช ประสารทฤทธา. การพยาบาลออร์โธปิดิกส์. พิมพ์ครั้งที่1. กรุงเทพฯ : บริษัท สหมิตรพรินติ้ง แอนด์ พับลิชชิง จำกัด, 2555.