

การพยาบาลผู้ป่วยกระดูกหน้าแข้งขาซ้ายหักร่วมกับมีการเกิดภาวะความดันในช่องกล้ามเนื้อสูง: กรณีศึกษา

ธัญญารักษ์ ธนพานิช
กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลสระบุรี

บทคัดย่อ

กรณีศึกษาผู้ป่วยหญิงไทยวัย 43 ปี เกิดอุบัติเหตุขับรถจักรยานยนต์ชนสุนัข 10 นาฬิกา ก่อนมาโรงพยาบาล สลบจำเหตุการณ์ไม่ได้ มีแผลถลอกบริเวณใบหน้า ขยับขาซ้ายไม่ได้ ขาซ้ายบวมผิดปกติ ปรกปรก การแพทย์ฉุกเฉินนำส่งโรงพยาบาล ผู้ป่วยรู้สึกตัวที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน ถ่ายภาพรังสีขาซ้ายพบกระดูกหน้าแข้งซ้ายหักละเอียด (Comminuted fracture of left Tibia plateau extend to proximal tibia) แพทย์วินิจฉัยโรค Closed fracture of left Tibia plateau with proximal tibia with mild Head injury ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน โดยแพทย์ใส่ไม้ตามขาซ้ายและใส่ Philadelphia collar ที่คอไว้ และให้นอนรักษาที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุ ตั้งแต่วันแรกใส่ Calcanus traction บริเวณข้อเท้าซ้าย ถ่วงน้ำหนัก 5 กิโลกรัม สามารถคลำชีพจรหลังเท้าซ้าย (Dorsalis Pedis pulse) และชีพจรบริเวณเข่าซ้าย (Popliteal pulse) ได้ชัดเจน Capillary refill = 2 วินาที ขาซ้ายบวม ปวด Pain score = 8-10 ได้ยาแก้ปวด มีอาการปัสสาวะไม่ออกแพทย์ให้ใส่สายสวนปัสสาวะคาไว้ ผู้ป่วยพักรักษาที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุครบ 24 ชั่วโมง ไม่มีอาการผิดปกติจึงย้ายมาพักรักษาต่อที่หอผู้ป่วยประกันสังคมแพทย์ได้ทำการผ่าตัดเปิดใส่เหล็กเพื่อตามกระดูกหน้าแข้งซ้าย หลังจากผ่าตัดเสร็จกลับมาที่หอผู้ป่วยประกันสังคม ประมาณ 1 ชั่วโมงหลังกลับจากห้องผ่าตัดพบว่าผู้ป่วยปวดน่องซ้ายมาก Pain score = 10 ให้ยาแก้ปวดไม่ทุเลา ขาซ้ายบวมตึงปลายเท้าซีดเย็นคลำชีพจรหลังเท้าไม่ได้ Capillary refill = 10 วินาที ความดันโลหิต 110/70 mmHg ทำการวัด Compartment pressure ผล Anterior Compartment pressure = 40 mmHg และ Posterior compartment pressure = 60 mmHg แพทย์วินิจฉัยว่ามีภาวะ Compartment syndrome จึงทำการผ่าตัด Fasciotomy และใส่ Internal fixation with plate ไว้ หลังผ่าตัด 3 วันแผลมีเนื้อตายทำผ่าตัด Debridement มีภาวะซีดให้ Pack red cell 2 Unit มีไข้หลังผ่าตัด ให้ยา Antibiotic มีความวิตกกังวลในการดูแลตนเองเมื่อต้องกลับไปอยู่บ้าน ผู้ป่วยนอนรับการรักษาในโรงพยาบาล 17 วัน แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้ ก่อนกลับบ้านสามารถเดินได้โดยไม่ต้องง้อน้ำหนักเท้าซ้ายพองตัวด้วยไม้ค้ำยัน งอเข้าได้ดีขึ้น

คำสำคัญ: การพยาบาล /กระดูกหน้าแข้งหัก/ ภาวะความดันในช่องกล้ามเนื้อสูง

Abstract : Nursing care of Close Fracture left Tibia with Compartment syndrome : Case study

A case study of thai female patient 43 years old. Accidents occurred while driving motorcycle crashing the dog 10 minute before coming to the hospital. She was unconscious can't remember event. She had laceration wound on the face, left leg was swollen, deformed and pain. Patient was conscious at emergency room x- ray left leg was done. X-ray resulted comminuted fracture of left tibia plateau extended to proximal tibia. Doctor diagnosed closed fracture left tibia plateau with proximal tibia with mild head injury. Left leg was on splint and put a philadellphia collar on her neck. Admit at Accident surgery ward. Form the frist day of receiving doctor wearing calcaneus traction in the left ankle weighted 5 kg can feel dorsalis pedis pulse and poplital pulse clearly. Capillary refill = 2 second. Left leg was swelling and pain (pain score = 8-10) doctor give periodic pain medication. Patient had no urination symtom doctor put a urinary catheter. Pateint admitted to observe sign and symtom at the Accident surgery ward for 24 hours without any abnormal move to stay in the Pakansungkom ward. Doctor performed surgery for open reduction internal fixation with plate inserted at tibia plateau. After operation returned to Pakansungkom ward, about 1 hour after return form operation room found that pateint with pain, pain score = 10 pain relief medication. Left leg swollen, can't feel the instep of pulse. Capillary refill = 10 second. Blood pressure = 110 / 70mmHg compartment pressure was measured for anterior compartment pressure = 40 mmHg and posterior = 60 mmHg. Doctor diagnosed compartment syndrome treated by surgery fasciotomy and internal fixation with plate insert. Later wound is slightly necrosis surgical debridement and loose suture closure of the fascia. After 3 days doctor sawed wound. Pateint pale get pack red cell 2 Unit for treatment of anemia. Patient was gived antibiotic to combat infection. The problem and important nursing was that there was high pressure in the left ventricle in left shin bone, risk of infection, risk of complication various before and after. Anxiety in self care at home. The patient was hospitalized for 17 days. The doctor allowed to go home. Before going home patient can walk with crutches and knees can be improved.

บทนำ

การเกิดอุบัติเหตุจราจร เมื่อเกิดอุบัติเหตุแล้วไม่เพียงแต่ร่างกายที่ได้รับบาดเจ็บแต่อาจเกิดภาวะกระดูกหัก เนื้อเยื่อข้างเคียงได้รับบาดเจ็บ ซึ่งการเกิดกระดูกหักเป็นภาวะฉุกเฉินที่ต้องได้รับการแก้ไขอย่างเร่งด่วนเพราะปลายแหลมของกระดูกที่หักที่เคลื่อนที่จะทำให้อันตรายต่อเส้นเลือดทำให้เสียเลือดมาก

ภาวะแทรกซ้อนที่อันตรายมากของการเกิดกระดูกหัก คือภาวะความดันในช่องกล้ามเนื้อสูง⁽⁸⁾ ถ้าไม่ได้รับการแก้ไขจะมีผลให้ผู้ป่วยสูญเสียอวัยวะ ทุพพลภาพหรือเสียชีวิตได้ นอกจากนี้การเชื่อมต่อกันของกระดูกหักต้องใช้
โรงพยาบาลสิงห์บุรีเวชสาร **ปีที่ 28 ฉบับที่ 2 ก.ค. – ธ.ค. 2562**

เวลานาน โดยเฉพาะอย่างยิ่งกระดูกปลายขาหรือกระดูกหน้าแข้ง (Tibia) เป็นกระดูกที่ติดยากที่หนึ่งในร่างกาย เนื่องจากเป็นบริเวณที่มีกล้ามเนื้อและมีเลือดมาเลี้ยงน้อย จะเชื่อมกันประมาณ 16-19 สัปดาห์⁽²⁾

ภาวะกระดูกปลายขาหรือกระดูกหน้าแข้ง (Tibia) หักเป็นภาวะที่พบได้ค่อนข้างบ่อยในทางศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์ โดยสาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากอุบัติเหตุไม่ว่าจะเป็นอุบัติเหตุจราจร หรืออุบัติเหตุพลัด ตก หกล้ม⁽⁵⁾ กระดูกหน้าแข้ง (Tibia) เป็นกระดูกชิ้นที่มีการหักมากที่สุดชิ้นหนึ่งในร่างกาย เนื่องจากอวัยวะส่วนนี้ถูกปกคลุมด้วย ผิวหนังและชั้นไขมันเป็นส่วนใหญ่ และตรงกลางด้านหน้าจะไม่มีกล้ามเนื้อมาปกคลุม ดังนั้นการเกิดอันตรายต่อกระดูกชิ้นนี้ จะทำให้เกิดกระดูกหักได้ง่าย⁽⁸⁾ พบผู้ป่วยที่มีการหักของกระดูกในตำแหน่ง Proximal Tibia หัก ได้บ่อยถึงร้อยละ 57.1⁽⁶⁾ ซึ่งภาวะกระดูกหน้าแข้งหักนั้นอาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ ได้แก่ เส้นประสาทและหลอดเลือดได้รับบาดเจ็บ การเกิดภาวะความดันในช่องกล้ามเนื้อสูง (Compartment syndrome) เกิดการติดเชื้อรวมถึงการเกิดภาวะลิ่มไขมันอุดตันหลอดเลือด เป็นต้น⁽³⁾ ซึ่งจะต้องได้รับการรักษาอย่างทันด่วนเพื่อป้องกันความเสี่ยงที่เป็นอันตรายต่อชีวิตของผู้ป่วย

การหักของกระดูกหน้าแข้ง และมีลักษณะการหักแบบ Comminuted fracture ทำให้ช่องกล้ามเนื้อเล็กลงจึงเกิดความดันเพิ่มในช่องกล้ามเนื้อ⁽⁷⁾ ผลจากการเพิ่มขึ้นของความดันในช่องกล้ามเนื้อจะกดการไหลเวียนหลอดเลือดฝอยและการทำงานของเส้นประสาท ทำให้เนื้อเยื่อขาดเลือดมาเลี้ยงและเน่าตายได้อย่างรวดเร็ว เป็นเหตุให้เกิดการสูญเสียอวัยวะ เส้นประสาทสูญเสียหน้าที่เกิดความพิการ ในรายที่มีอาการรุนแรงอาจเสียชีวิตได้ ถือว่าเป็นภาวะฉุกเฉินทางศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์เพราะส่งผลทำให้เกิดการทำลายหลอดเลือดมากถึงร้อยละ 55.50 เกิดการติดเชื้อและนำไปสู่การสูญเสียอวัยวะถึงร้อยละ 44.40⁽⁶⁾ หากได้รับการรักษาล่าช้าเกิน 12 ชั่วโมงจะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนได้มากถึงร้อยละ 54 เมื่อเทียบกับการได้รับการรักษาที่รวดเร็วด้วยการผ่าตัดเพื่อลดแรงดันในช่องกล้ามเนื้อ (Fasciotomy) ซึ่งจะพบภาวะแทรกซ้อนเพียงแค่ร้อยละ 4.50⁽⁹⁾

ภาวะความดันในช่องกล้ามเนื้อสูง (Compartment Syndrome) เป็นภาวะฉุกเฉิน ที่สำคัญในผู้ป่วยที่มีปัญหากระดูกและกล้ามเนื้อ⁽¹⁾ จำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือทันทีและรีบด่วน หากไม่ได้รับการแก้ไขที่ทันด่วนที่อาจทำให้ผู้ป่วยต้องสูญเสียอวัยวะเกิดความพิการได้ เมื่อเกิดภาวะความดันในช่องกล้ามเนื้อสูง (Compartment Syndrome) ภายในพื้นที่ของช่องกล้ามเนื้อที่มีอยู่อย่างจำกัด เช่น แขนหรือขา จะทำให้เนื้อเยื่อบริเวณที่ได้รับผลกระทบเกิดการลดลงของการนำออกซิเจนไปสู่เซลล์ จนต่ำกว่าระดับความจำเป็นที่เซลล์ต่างๆจะทนได้เป็นเหตุให้เกิดการกดหลอดเลือด เกิดการตายของเนื้อเยื่อและกล้ามเนื้อทำให้ต้องสูญเสียอวัยวะส่วนนั้น ทำให้เกิดภาวะทุพพลภาพและนำไปสู่การเสียชีวิตได้⁽³⁾

จังหวัดสระบุรีเป็นจังหวัดที่เป็นทางผ่านของการสัญจรไปยังภาคตะวันออกเฉียงเหนือและภาคเหนือ การเกิดอุบัติเหตุทางการจราจรพบได้ค่อนข้างบ่อย โรงพยาบาลสระบุรีเป็นโรงพยาบาลศูนย์ประจำเขตสุขภาพที่ 4 การรับผู้ป่วยอุบัติเหตุทางการจราจรจึงมีค่อนข้างมาก จากสถิติการรับผู้ป่วยอุบัติเหตุการจราจรของ

โรงพยาบาลสระบุรีในปี 2560 - 2561 มีจำนวน 3748 คน หอผู้ป่วยประกันสังคม เป็นหอผู้ป่วยสามัญที่รับผู้ป่วยสิทธิประกันสังคม และผู้ป่วยจะอยู่ในช่วงวัยทำงานการเดินทางด้วยรถจักรยานยนต์มีค่อนข้างมาก ปี

โรงพยาบาลสิงห์บุรีเวชสาร

ปีที่ 28 ฉบับที่ 2 ก.ค. - ธ.ค. 2562

2560 - 2561 พบผู้ป่วย Fracture Tibia Plateau จำนวน 964 คน และผู้ป่วย Compartment syndrome จำนวน 8 คน

แนวทางการรักษาในผู้ป่วยที่มีภาวะกระดูกหน้าแข้ง (Fracture Tibia Plateau) หัก มักจะทำได้โดยการตามกระดูกและ/หรือการผ่าตัดตามโลหะยึดตรึงกระดูก⁽⁹⁾ ซึ่งเป็นวิธีการที่จะช่วยให้กระดูกประสานกันให้คงรูปดั้งเดิม ผู้ป่วยมีความเสี่ยงเกิดภาวะความดันในช่องกล้ามเนื้อสูง (Compartment syndrome) การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะความดันในช่องกล้ามเนื้อสูง (Compartment syndrome) พยาบาลจะต้องมีความสามารถในการประเมินภาวะนี้ได้อย่างรวดเร็วและถูกต้อง เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการแก้ไขในเวลาอันรวดเร็วส่งผลให้ผู้ป่วยปลอดภัย หายจากภาวะเจ็บป่วยและความพิการได้ ดังนั้นพยาบาลและทีมสุขภาพจึงควรให้ความสำคัญและมีความรู้ความเข้าใจ ในการดูแลรักษาอย่างถูกต้อง ทันทั่วถึง เพื่อลดภาวะแทรกซ้อน ความพิการที่อาจจะเกิดขึ้น รวมทั้งรักษาชีวิตผู้ป่วยไว้ และทำให้ผู้ป่วยสามารถกลับไปใช้ชีวิตประจำวันได้โดยเร็วที่สุด ดังกรณีศึกษา

กรณีศึกษา

ข้อมูลทั่วไป

ผู้ป่วยหญิงไทย เชื้อชาติ ไทย สัญชาติ ไทย ศาสนา พุทธ สถานภาพสมรส โสด ระดับการศึกษา ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 อาชีพ พนักงานบริษัท อายุ 43 ปี

รับย้ายผู้ป่วยจากหอผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุ ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี วัยผู้ใหญ่ รูปร่างผอม ผิวขาว ผมสีดำ พูดรู้เรื่อง ขาซ้าย on calcaneus traction ถ่วงน้ำหนัก 5 กิโลกรัม ไว้

อาการสำคัญ อุบัติเหตุขับรถจักรยานยนต์ชนสุนัข มีแผลถลอกบริเวณใบหน้า สลบจำเหตุการณ์ไม่ได้ 10 นาที ก่อนมาโรงพยาบาล

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน 10 นาทีก่อนมาโรงพยาบาล ผู้ป่วยขับรถจักรยานยนต์ชนสุนัข สลบจำเหตุการณ์ไม่ได้ มีแผลถลอกบริเวณใบหน้า ขาซ้ายบวมผิดปกติ ปวดมาก ไม่สามารถขยับขาซ้าย เดินลงน้ำหนักไม่ได้ ไม่สามารถงอหรือเหยียดเข้าซ้ายได้ รถบริการการแพทย์ฉุกเฉินนำส่งโรงพยาบาลสระบุรี

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต ไม่มีประวัติแพ้ยา เคยผ่าตัด Chocolate cyst ที่รังไข่ เมื่อปี 2558 ปฏิเสธโรคประจำตัว เมื่อเจ็บป่วยจะเข้ารับรักษาที่โรงพยาบาลใกล้บ้านหรือคลินิกแพทย์ใกล้บ้าน

ประวัติเจ็บป่วยในครอบครัว ทุกคนในครอบครัวสุขภาพแข็งแรงดี ไม่มีโรคประจำตัว

ประวัติส่วนตัวและแบบแผนการดำเนินชีวิต บิดาอายุ 68 ปี มารดาอายุ 65 ปี ผู้ป่วยเป็นบุตรคนที่ 2 มีพี่น้อง 3 คน พี่สาวอายุ 45 ปี น้องสาวอายุ 39 ปี ผู้ป่วยตื่นนอนเวลา 05.00 น. อาชีพพนักงานบริษัท ไม่เคยใช้ยานอนหลับ การขับถ่ายปกติ ไม่ใช้สารเสพติด ไม่ดื่มสุรา ไม่สูบบุหรี่

อุปนิสัย เป็นคนร่าเริงแจ่มใส ชอบพูดคุยกับพี่น้อง เพื่อนๆ และเพื่อนบ้าน

ที่อยู่อาศัยและสิ่งแวดล้อม เป็นบ้านปูนชั้นเดียว ใกล้บ้านพี่สาว ห้องน้ำเป็นห้องน้ำชักโครก มีบริเวณบ้านกว้างขวาง อากาศถ่ายเทสะดวกดี

โรงพยาบาลสิงห์บุรีเวชสาร

ปีที่ 28 ฉบับที่ 2 ก.ค. – ธ.ค. 2562

เศรษฐกิจและสังคม ทำงานบริษัท มีรายได้ของตัวเอง ประมาณเดือนละ 20,000 บาท ใช้สิทธิ์ประกันสังคม แต่การเจ็บป่วยครั้งนี้ใช้สิทธิ์พระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ประสบภัย และสิทธิ์ประกันสังคม

การประเมินสภาพร่างกายตามระบบ

แรกแรกที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุผู้ป่วยรูปร่างผอม ระดับความรู้สึกตัว (Glasgow coma scale) E4V5M6 pupil 3 mm. RTL BE พูดคุยได้ไม่สับสน ขาซ้ายบวมผิดปกติ ใส่ไม้ตามขาซ้าย และPhiladelphia collarไว้ มีแผลถลอกบริเวณใบหน้าและขาซ้าย ปวดขาซ้ายมาก ขาซ้ายไม่สามารถขยับได้ งอเข้าซ้ายไม่ได้ สัญญาณชีพ ความดันโลหิต 122/78 มิลลิเมตรปรอท อุณหภูมิ 36.8 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของชีพจรสม่ำเสมอ 94 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 22 ครั้ง/นาที

รับย้ายมาที่หอผู้ป่วยประกันสังคมหลังจากสังเกตอาการที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุครบ 24 ชั่วโมง ไม่มีอาการผิดปกติ แรกแรกที่หอผู้ป่วยประกันสังคม ระดับความรู้สึกตัว (Glasgow coma scale) E4V5M6 pupil 3 mm. RTL BE พูดคุยได้ไม่สับสน สัญญาณชีพ ความดันโลหิต 110/60 มิลลิเมตรปรอท อุณหภูมิ 37 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของชีพจรสม่ำเสมอ 90 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ขาซ้าย on calcaneus traction มีแผลถลอกบริเวณใบหน้าและขาซ้าย

ประเมินสภาพจิตและสังคม ผู้ป่วยนอนหลับตา สิ้นหวังวิตกกังวลเกี่ยวกับโรค อาการเจ็บป่วยและแผนการรักษา ถ้าถามจะตอบมีปฏิสัมพันธ์ดี

การตรวจด้วยรังสี พบว่า Comminuted fracture of left Tibia plateau extended to proximal Tibia

การตรวจทางห้องปฏิบัติการ ผู้ป่วยได้รับการตรวจ Complete Blood count พบ WBC 14,500 cells/cumm, Neutrophils 87 %, Lymphocytes 7 %, Monocyte 6%, Hemoglobin 11 gm% Hematocrit 32.8%, Platelet count 208,000 cells/cumm, ตรวจการทำงานของไต พบ BUN 13 mg/dL, Cr 0.50 mg/dL, ตรวจElectrolyte พบ Sodium 138 mmol/L, Potassium 3.9 mmol/L, Chloride 105 mmol/L, Carbondioxide 25 mmol/L ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ ปกติทุกตัว

วันที่รับไว้ในโรงพยาบาล วันที่ 6 กันยายน พ.ศ. 2559

การวินิจฉัยโรคเมื่อแรกรับ Closed fracture of left Tibia plateau with proximal tibia with mild Head injury

การวินิจฉัยโรคครั้งสุดท้าย Closed fracture of left Tibia plateau with proximal tibia with mild Head injury with compartment syndrome

สรุปการรักษาขณะอยู่โรงพยาบาล

ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาวินาที 6 กันยายน 2559 โดย Admit ที่ตึกศัลยกรรมอุบัติเหตุด้วยประสบอุบัติเหตุขับรถจักรยานยนต์ชนสุนัข มีแผลถลอกบริเวณใบหน้า มีอาการขาซ้ายบวมผิดปกติ ปวดมาก รู้สึกตัวดี พูดคุยได้ไม่สับสน ระดับความรู้สึกตัว (Glasgow coma scale) E4V5M6 pupil 3 mm. RTL BE ใส่ไม้ตามขา

ซ้ายและ On Philadelphia collarไว้ สัญญาณชีพ ความดันโลหิต 122/78 มิลลิเมตรปรอท อุณหภูมิ 36.8 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของชีพจรสม่ำเสมอ 94 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 22 ครั้ง/นาที ระหว่างอยู่ที่โรงพยาบาลสิงห์บุรีเวชสาร ปีที่ 28 ฉบับที่ 2 ก.ค. – ธ.ค. 2562

ตึกศัลยกรรมอุบัติเหตุ ตั้งแต่วันแรกแพทย์ทำ Calcaneus Traction บริเวณข้อเท้าซ้าย ถ่วงน้ำหนัก 5 กิโลกรัม สังเกตภาวะ Compartment syndrome สามารถคลำชีพจรหลังเท้าซ้าย (Dorsalis Pedis pulse) และชีพจรบริเวณเข่าซ้าย (Popliteal pulse) ได้ชัดเจน สามารถกระดิกนิ้วเท้าซ้ายได้ ปลายเท้าซ้ายไม่เย็น สีของผิวหนัง ปลายเท้าไม่เขียวคล้ำ Capillary refill = 2 วินาที ขาซ้ายบวมปวด Pain score = 8 -10 ได้ยาแก้ปวดเป็นระยะ มีอาการปัสสาวะไม่ออกแพทย์ให้ใส่สายสวนปัสสาวะ ได้เอ็กซเรย์คอมพิวเตอร์สมองผลปกติ ผู้ป่วยพักรักษาสังเกตอาการที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุ ครบ 24 ชั่วโมงไม่มีอาการผิดปกติ ร้ายผู้ป่วยจากตึกศัลยกรรมอุบัติเหตุ วันที่ 7 กันยายน 2559 หลังสังเกตอาการครบ 24 ชั่วโมงไม่มีอาการผิดปกติ รู้สึกตัวดี ระดับความรู้สึกตัว (Glasgow coma scale) E4V5M6 pupil 3 mm. RTL BE สัญญาณชีพ ความดันโลหิต 110/60 มิลลิเมตรปรอท อุณหภูมิ 37 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของชีพจรสม่ำเสมอ 90 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที On Calcaneus Traction บริเวณข้อเท้าซ้าย ถ่วงน้ำหนัก 5 กิโลกรัม, Retained Foley's catheter ไว้ วันที่ 13 กันยายน 2559 แพทย์ได้ทำการผ่าตัดเปิดใส่เหล็กเพื่อตามแผนเหล็กภายในที่กระดูกหน้าแข้งซ้าย (ORIF & dual plate & proximal medial lateral locking plate) หลังจากผ่าตัดเสร็จกลับมาที่หอผู้ป่วยประกันสังคม เวลา 17.00 น.ประมาณ 1 ชั่วโมงหลังกลับจากห้องผ่าตัด พบว่าผู้ป่วยปวดน่องซ้ายมาก Pain score = 10 ให้ยาแก้ปวดอาการปวดไม่ทุเลา ขาซ้ายบวมตึง ปลายเท้าซีดเย็น คลำชีพจรหลังเท้าไม่ได้ Capillary refill = 10 วินาที ความดันโลหิต 110/70 mmHg ทำการวัด Compartment pressure ผล anterior compartment = 40 mmHg และ posterior compartment = 60 mmHg แพทย์วินิจฉัยว่ามีภาวะ Compartment syndrome ได้รับการรักษาโดยทำผ่าตัด Fasciotomy และใส่ Internal fixation with plate ไว้ และภายหลังแผลมีเนื้อตายเล็กน้อย วันที่ 15 กันยายน 2559 แพทย์ผ่าตัด Debridement และเย็บแผล Fasciotomy ไว้หลังจากนั้นวันที่ 22 กันยายน 2559 แพทย์จึงเย็บปิดแผล Fasciotomy วันที่ 14 กันยายน 2559 ผู้ป่วยมีภาวะซีด Hct = 28% แพทย์ให้ Pack red cell 1 Unit และวันที่ 15 กันยายน 2559 repeat Hct ได้ = 29% จึงให้ Pack red cell อีก 1 Unit วันที่ 16 กันยายน 2559 repeat Hct ได้ = 32.9% รวมได้ Pack red cell 2 Unit หลังผ่าตัดผู้ป่วยมีไข้ อุณหภูมิ = 38.5 – 37.8 องศาเซลเซียส ได้ยา Antibiotic คือ Cefazolin 1 gm ทาง iv fluid ทุก 6 ชั่วโมง ตั้งแต่วันที่ 13 – 22 กันยายน 2559 รวมได้ยา Antibiotic 10 วัน แพทย์ให้ off สายสวนปัสสาวะ หลังผ่าตัดผู้ป่วยปัสสาวะได้ปกติ มีอาการปวดแผลผ่าตัด Pain score = 8-10 คะแนน ได้ยา Morphine 3 mg ทาง vein เป็นระยะ จนอาการปวดทุเลา วันที่ 19 กันยายน 2559 แพทย์ให้ Off Radivac drain จึงให้ผู้ป่วยฟื้นฟูสภาพร่างกายโดยฝึกเดินด้วยไม้ค้ำยัน ให้ความรู้ในการดูแลตนเองเมื่อกลับไปอยู่บ้าน รวมถึงการเตรียมสภาพบ้านที่ผู้ป่วยจะกลับไปพักรักษาตัวต่อ วันที่ 23 กันยายน 2559 แพทย์จำหน่ายกลับบ้าน ผู้ป่วยสามารถเดินได้แพทย์ยังไม่ให้ลงน้ำหนักที่เท้าเวลาเดิน ให้ใช้ไม้ค้ำยันช่วยพยุงเวลาเดิน ให้ยา Ibelex (500mg), Tramol (50mg), Calcium carbonate, Vitamin D และ Paracetamol ไปรับประทาน และให้ผู้ป่วยไปทำแผลเย็บบริเวณขาซ้ายที่แพทย์เย็บไว้หลังจากทำ

Fasciotomy ที่ศูนย์สุขภาพชุมชนเขตเมือง ที่ 3 ทุกวัน พร้อมนัดมาตรวจเป็นระยะ ๆ เพื่อประเมินการติดยาของกระดูกหน้าแข้งซ้าย รวมอยู่โรงพยาบาลทั้งหมด 17 วัน มีนัดพบแพทย์วันที่ 4 ตุลาคม 2559 ติดตามโรงพยาบาลสิงห์บุรีเวชสาร ปีที่ 28 ฉบับที่ 2 ก.ค. – ธ.ค. 2562

เยี่ยมเมื่อผู้ป่วยมาตรวจตามนัดที่ห้องตรวจกระดูกและข้อ ผู้ป่วยเดินไม้ค้ำยันได้ถูกต้องไม่มีการลงน้ำหนักที่เท้าซ้าย แต่ยังมีอาการปวดเสียวๆ

ขาซ้ายอยู่ แผลเย็บขาซ้ายแห้งดีไม่มี Discharge ซึม กินยาครบตามที่แพทย์ให้กลับไปจากโรงพยาบาล และแพทย์ให้ยากลับไปกินที่บ้าน คือ Augmentin, Alfacalidol, Calcium carbonate

ปัญหาที่ 1 เกิดภาวะความดันในช่องกล้ามเนื้อสูงที่กระดูกหน้าแข้งซ้ายหลังผ่าตัดเปิดใส่เหล็กตามกระดูกหน้าแข้งซ้าย

ข้อมูลสนับสนุน S: ผู้ป่วยว่าปวดน้องซ้ายมาก

O: Case Closed fracture Left Tibia Plateau หลังกลับจากผ่าตัด ORIF & dual plate & proximal medial locking plate ขาซ้าย

O: Pain score = 10 คะแนน

O: ขาซ้ายบริเวณน้อง มีอาการบวมตึง มีอาการชาปลายนิ้วเท้าซ้าย, ปลายเท้าซีดเย็น คลำชีพจรหลังเท้าไม่ได้ Capillary refill=10วินาที

O: ความดันโลหิต 110/70 mmHg ทำการวัด Compartment pressure ผล anterior compartment = 40 mmHg และ posterior compartment = 60 mmHg คลำชีพจรตำแหน่ง Dorsalis pedis และ Posterior tibial ได้เบาว่าข้างซ้าย

วัตถุประสงค์: ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะความดันในช่องกล้ามเนื้อสูงซ้ำ ได้รับการผ่าตัดแก้ไขภาวะ Compartment syndrome ได้ทัน และผู้ป่วยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น ตัดขาซ้าย

เกณฑ์การประเมินผล: ผู้ป่วยได้รับการประเมินภาวะ Compartment syndrome ได้ทัน และได้รับการผ่าตัด Fasciotomy ทัน ผู้ป่วยไม่สูญเสียขาซ้าย

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินอาการผู้ป่วยโดยยึดหลักการประเมินยึดหลัก 7P ตั้งแต่ประเมินสัญญาณชีพและประเมินอาการแสดงของภาวะ Compartment syndrome ได้แก่ อาการที่เส้นประสาทรับรู้ความรู้สึกผิดปกติ เช่น รู้สึกชา (Paresthesia) ปวดแสบ ปวดร้อน อาการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อ (Paralysis) อวัยวะส่วนปลายเย็น ซีด (Pallor) อาการปวด (Pain) บวมตึงของขาและเท้า การคลำชีพจรหลังเท้าไม่ได้ (Pulselessness) อาการปวดมากขึ้นเมื่อถูกยืดกล้ามเนื้อโดยการดันนิ้วของผู้ป่วย (Passive stretch) อวัยวะส่วนปลายบวมตึงอย่างเห็นได้ชัดเจน (Palpable Tenseness หรือ Puffiness)

2. รายงานแพทย์ทันทีที่ประเมินพบภาวะ Compartment syndrome

3. วัดความดัน Compartment Pressure ทั้ง Anterior และ Posterior

4. จัดท่ายกขาซ้ายที่ได้รับการผ่าตัดให้สูงเพื่อส่งเสริม venous return

5. จัดแนวขาและสะโพกให้อยู่ในลักษณะเหยียดตรงขึ้น ไม่โก่งงอหรือบิดผิดรูป หลีกเลี่ยงการงอบริเวณข้อพับมาก เกินความจำเป็น เพื่อให้การไหลเวียนเลือดดีขึ้น

6. ตรวจสอบการพัน Elastic bandage ที่แผลผ่าตัดว่าแน่นหรือหลวม โดยสอบถามจากผู้ป่วยและใช้นิ้วมือ 1 นิ้วสอดเข้าตรงรอยพันทบของ Elastic bandage ว่าพอประมาณนิ้วมือ 1 นิ้วสอดเข้าได้ ถ้าสอดไม่ได้แสดงว่าแน่นเกินไป

7. ประเมินระดับความเจ็บปวด (Pain score) ระดับ 0 ถึง 10 ทุกชั่วโมง โดยเฉพาะความปวดที่เกิดจาก Passive movement และบรรเทาปวดโดยใช้เทคนิคผ่อนคลาย การเบี่ยงเบนความสนใจและให้ยาบรรเทาปวดตามแผนการรักษา และประเมินความปวดซ้ำ หากผู้ป่วยไม่หายปวดหลังได้รับยาแก้ปวดรายงานแพทย์ทันที

6. เตรียมผู้ป่วยเพื่อทำการผ่าตัด Fasciotomy และดูแลผู้ป่วยหลังทำผ่าตัด Fasciotomy

7. แนะนำและกระตุ้นให้ผู้ป่วยทำ Ankle pump

ประเมินผลการพยาบาล: ชาซ้ายมีอาการบวมตึง และปวดมาก มีภาวะ Compartment syndrome ได้รับการผ่าตัด Fasciotomy ได้ทัน ผู้ป่วยไม่ต้องสูญเสียอวัยวะ

ปัญหาที่ 2 : ผู้ป่วยอาจเกิดภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง

ข้อมูลสนับสนุน S: ผู้ป่วยบ่นปวดศีรษะ

O: ผู้ป่วยประสบอุบัติเหตุ สลบ ศีรษะได้รับความกระทบกระเทือน

O: Neuro sign E4V5M6 Pupil 3 mm RTL 2 ซ้าย Glasgow coma scale = 15 คะแนน

O: สัญญาณชีพ ความดันโลหิต 122/78 มิลลิเมตรปรอท อุณหภูมิ 36.8 องศาเซลเซียส ชีพจร 94 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 22 ครั้งต่อนาที

O: มีแผลถลอกที่ใบหน้าและขาซ้าย

วัตถุประสงค์ : เพื่อป้องกันการเกิดภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง

เกณฑ์การประเมินผล : Neuro sign ปกติ Glasgow coma scale = 15 คะแนน สามารถนอนพักผ่อนได้ ไม่มีอาการชักเกร็ง

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินสัญญาณชีพ และ Neuro sign ทุก 2-4 ชั่วโมง
2. สังเกตอาการความรู้สึกตัวและอาการชักเกร็งของผู้ป่วย หากผู้ป่วยซึมลงให้รายงานแพทย์ทราบ
3. จัดสิ่งแวดล้อมให้สะอาด สงบ เพื่อให้ผู้ป่วยได้พักผ่อนอย่างเพียงพอ

4. ดูแลให้ผู้ป่วยดื่มน้ำและอาหาร

5. ดูแลให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำเป็น 0.9% NSS 1000 cc drip 80 cc / hr ควบคุมให้ได้ครบตามจำนวนที่กำหนด

ประเมินผลการพยาบาล: ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง ผล Glasgow coma scale = 15 คะแนน E4V5M6 pupil 3 mm. RTL BE สัญญาณชีพ ความดันโลหิต 110/60 มิลลิเมตรปรอท อุณหภูมิ 37 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของชีพจรสม่ำเสมอ 90 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ไม่มีอาการชักเกร็ง สามารถนอนพักผ่อนได้ ไม่มีอาการปวดศีรษะ

ปัญหาที่ 3 : ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะความดันโลหิตต่ำจากอาจมีการบาดเจ็บที่เส้นเลือด

ข้อมูลสนับสนุน S: ผู้ป่วยบ่นปวดขาซ้ายมาก

O: Closed Fracture Left Tibia Plateau

O: สังเกตพบขาซ้ายบวมตึง

O: Pain score = 10

O: สัญญาณชีพ ความดันโลหิต 110/70 mmHg ชีพจร = 88 ครั้ง/นาที

อัตราการหายใจ = 20 ครั้ง / นาที

O: ระดับความรู้สึกตัวปกติ ถามตอบรู้เรื่อง

วัตถุประสงค์: ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะความดันโลหิตต่ำจากภาวะบาดเจ็บที่เส้นเลือด

เกณฑ์การประเมินผล: สัญญาณชีพปกติ ความดันโลหิต อยู่ระหว่าง 110/70 – 120/80 mmHg ชัดเจนดี ชีพจร = 80- 90 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ = 20 -24 ครั้ง/นาที หายใจปกติไม่มีอาการเหนื่อยหอบ ไม่มีอาการเลือดออกจากแผลกระดูกหัก ระดับความรู้สึกตัวปกติ ปัสสาวะออกไม่น้อยกว่า 200 cc / 4 hr

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินสัญญาณชีพทุก 15 นาที ใน 2- 3 ชั่วโมงแรก อาจถึง 4 ชั่วโมง จนสัญญาณชีพปกติ ต่อไปวัดทุก 30 นาที 2 ชั่วโมง และวัดทุก 1 ชั่วโมง หรือปรับตามสภาพของผู้ป่วย เพื่อให้สามารถวางแผนให้การพยาบาลผู้ป่วยอย่างทันท่วงที

2. ประเมินระดับความรู้สึกตัวและการหายใจ ของผู้ป่วย

3. ดูแลให้ได้รับออกซิเจน 4 ลิตรต่อนาที เพื่อเพิ่มปริมาณออกซิเจนในเลือดให้สูงขึ้น

4. ดูแลให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษา

5. ให้นอนหงายยกปลายเท้าสูง 45 องศา ให้หัวเข่าตรง ศีรษะอยู่ระดับหน้าอกหรือยกสูงเล็กน้อย ทำนี้จะทำให้มีปริมาณเลือดกลับสู่หัวใจ และทำให้เลือดไปเลี้ยงสมองมากขึ้น

6. บันทึกจำนวนน้ำที่เข้าออกร่างกาย โดยเฉพาะปัสสาวะต้องไม่น้อยกว่า 200 cc / 4 hr

7. สังเกตภาวะเลือดออกจากบริเวณกระดูกหัก

8. ดูแลร่างกายผู้ป่วยให้อบอุ่น สังเกตอาการหายใจลำบาก ปลายมือปลายเท้าเขียว

โรงพยาบาลสิงห์บุรีเวชสาร

ปีที่ 28 ฉบับที่ 2 ก.ค. – ธ.ค. 2562

ประเมินผลการพยาบาล: ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ถามตอบรู้เรื่อง ไม่สับสน สัญญาณชีพปกติความดันโลหิต 110/60 มิลลิเมตรปรอท อุณหภูมิ 37 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของชีพจรสม่ำเสมอ 90 ครั้ง / นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง / นาที ไม่พบอาการเหนื่อยหอบ ขยับขาซ้ายได้ สามารถคลำชีพจรหลังเท้าและที่เข่าได้ชัดเจน ปัสสาวะออก 200 - 300 cc / 4 hr ไม่พบมีเลือดออกจากบริเวณที่กระดูกหน้าแข้งซ้ายหัก

ปัญหาที่ 4: ผู้ป่วยไม่สุขสบายเนื่องจากปวดหน้าแข้งซ้าย

ข้อมูลสนับสนุน S: ผู้ป่วยบ่นปวดขา ร้องคราง

O: ขาซ้ายชา บวม ผิดรูป

O: ผล X-ray พบว่ามี Comminuted fracture of left Tibia plateau extended to

Proximal Tibia

O: Pain score = 10 คะแนน

วัตถุประสงค์: เพื่อบรรเทาอาการปวดหน้าแข้งซ้าย

เกณฑ์การประเมินผล: Pain score < 3 คะแนน สามารถนอนพักผ่อนได้ ไม่มีอาการผิดปกติหลังได้รับยา Morphine ฉีดทางหลอดเลือดดำ Sedation score = 0 ผู้ป่วยหายใจได้ปกติ

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินอาการปวดขาทุก 4 ชั่วโมง โดยการสังเกตจากสีหน้า ท่าทาง และซักถามระดับความปวด โดยใช้ Numeric rating scale และปัจจัยร่วมต่างๆที่ทำให้เกิดอาการปวดขาที่มากขึ้นเพื่อให้การพยาบาลที่ถูกต้องและเหมาะสม

2. สังเกตอาการบวมตึงบริเวณขาซ้ายและเท้าซ้าย ตรวจสอบ on Long leg slab ว่ารัดแน่นเกินไปหรือไม่

3. จัดทำให้ผู้ป่วยนอนยกขาซ้ายให้สูงโดยใช้หมอนรองใต้ขาซ้ายเพื่อให้เลือดไหลเวียนได้สะดวกไม่คั่งที่ส่วนปลาย

4. ให้การพยาบาลผู้ป่วยด้วยความนุ่มนวล เบามือ หลีกเลี่ยงการกระทบกระแทกบริเวณขาซ้ายเพื่อลดความกระทบกระเทือนและป้องกันการปวดขาเพิ่มมากขึ้น

5. พุดคุยและคอยให้กำลังใจกับผู้ป่วย เพื่อเบี่ยงเบนความสนใจจากอาการปวดขาทำให้คลายความเจ็บปวดลงได้

6. แนะนำให้ญาติดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดและช่วยเหลือการทำกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ ของผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยลดการเคลื่อนไหวร่างกายทำให้ลดอาการปวดลง

7. จัดสิ่งแวดล้อมให้สะอาด สงบ เพื่อให้ผู้ป่วยได้พักผ่อนอย่างเพียงพอ

8. ดูแลฉีดยา Morphine 3 mg ทาง vein dilute NSS 10 cc ตามแผนการรักษาของแพทย์ เพื่อบรรเทาอาการปวดขาซ้าย และประเมิน Sedation score ก่อนให้ยา Morphine ทุกครั้ง

โรงพยาบาลสิงห์บุรีเวชสาร

ปีที่ 28 ฉบับที่ 2 ก.ค. – ธ.ค. 2562

9. ประเมินอาการปวดขาหลังให้ยา 30 นาทีและประเมิน Sedation score รวมทั้งเฝ้าระวังอาการข้างเคียงจากการให้ยา ได้แก่คลื่นไส้อาเจียน กตการหายใจ ง่วงนอน และอาจเกิดแพ้โดยมีผื่นขึ้นที่ผิวหนัง

ประเมินผลการพยาบาล: อาการปวดขาซ้ายลดลง Pain score 1 - 3 คะแนน ให้ Morphine 3 mg ทาง vein dilute NSS 10 cc ตามแผนการรักษาของแพทย์ เวลาปวดมาก pain score = 8-10 ได้รับไปหลังผ่าตัด 2 ครั้ง ไม่พบอาการข้างเคียงผิดปกติหลังได้รับยา Morphine และ Sedation score 0 คะแนน สามารถนอนพักผ่อนได้

ปัญหาที่ 5: เสี่ยงต่อการติดเชื้อที่แผลผิวหนังบริเวณ pin site

ข้อมูลสนับสนุน S: บ่นปวดบริเวณแผล Pin site

O: ผู้ป่วย on Calcaneus traction ที่ข้อเท้าซ้าย ถ่วงน้ำหนัก 5 กิโลกรัม

O: แผล Pin site Discharge เล็กน้อย ผิวหนังรอบ Pin site แดงเล็กน้อย

วัตถุประสงค์: ไม่พบการติดเชื้อบริเวณแผล pin site

เกณฑ์การประเมินผล: แผล pin site ไม่มีหนอง บริเวณผิวหนังไม่บวมแดง ไม่มีไข้ อุณหภูมิร่างกายไม่เกิน 37.5 องศาเซลเซียส

กิจกรรมการพยาบาล

1. ช่วยแพทย์ทำ Calcaneus traction ใช้หลัก Steri technique โดยการเตรียมและปฏิบัติ ดังนี้

1.1 อธิบายผู้ป่วยให้เข้าใจถึงวิธีการทำ Calcaneus traction ความจำเป็น ความร่วมมือในการทำ Calcaneus traction

1.2 ทำความสะอาดผิวหนังบริเวณที่จะใส่ Pin โดยการโกนขนผิวหนังบริเวณข้อเท้าซ้ายให้กว้างกว่าบริเวณใส่ Pin 1-1.5 นิ้ว ฟอกด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อ คือ Betadine scrub

1.3 เตรียมอุปกรณ์และเครื่องมือในการทำ Calcaneus traction รวมทั้ง Pin site ให้พร้อม

1.4 วัดสัญญาณชีพก่อนทำ Calcaneus traction

1.5 ช่วยแพทย์ในการทำ เมื่อแพทย์ยิงสว่านที่ผิวหนังผู้ป่วย และแทง Pin ผ่านผิวหนังผู้ป่วย แล้ว เช็ดทำความสะอาดผิวหนังผู้ป่วยพร้อมปิด Gauze บริเวณ Pin 2 ข้าง จากนั้นครอบปลาย Pin ทั้ง 2 ข้างด้วยขวด Sterile และร้อยเชือกผ่านรอกเพื่อดึงถ่วงน้ำหนักตามแพทย์มีคำสั่ง

1.6 จัดท่านอนผู้ป่วยให้เหมาะสมรองผ้าและฟองน้ำบริเวณขาและส้นเท้าซ้าย

1.7 ทำแผล Pin ทุกวันพร้อมสังเกตว่ามี Discharge หรือหนองหรือไม่ และสังเกตผิวหนังรอบ Pin site ว่าบวมแดงหรือไม่

2. ประเมินภาวะไข้ โดยวัดอุณหภูมิร่างกายทุก 4 ชั่วโมง

3. ดูแลให้ยา Cefazolin 1 gm ทาง Vein ทุก 6 ชั่วโมง

ประเมินผลการพยาบาล: แผล Pin site ไม่มี Discharge หรือหนอง ผิวหนังรอบ Pin site บวมแดง วัดอุณหภูมิร่างกายได้ 37 – 38.5 องศาเซลเซียส

ปัญหาที่ 6: เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนจากการ on Calcaneus traction ที่ข้อเท้าซ้าย เช่น แผลกดทับ บริเวณสันเท้าซ้าย และบริเวณปุ่มกระดูกต่างๆ, เท้าตก (Foot drop)

ข้อมูลสนับสนุน S: ผู้ป่วยบอกว่าไม่รู้วิธีการดูแลตนเองในขณะที่ on Calcaneus traction

O: ผู้ป่วย on Calcaneus traction ที่ข้อเท้าซ้าย ถ่วงน้ำหนัก 5 กิโลกรัม

O: ขาซ้ายผู้ป่วยงอไม่เหยียดตรง

วัตถุประสงค์: ไม่มีภาวะแทรกซ้อน จากการ on calcaneus traction เช่น แผลกดทับบริเวณสันเท้าซ้าย และบริเวณปุ่มกระดูกต่างๆ, เท้าตก (Foot drop)

เกณฑ์การประเมินผล: ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการ on calcaneus traction เช่น แผลกดทับบริเวณสันเท้าซ้าย และบริเวณปุ่มกระดูกต่างๆ, เท้าตก (Foot drop)

กิจกรรมการพยาบาล

1. พุดคุยสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและญาติเพื่อให้เกิดความไว้วางใจในการดูแล
2. รับฟังปัญหาของผู้ป่วย เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติซักถามข้อสงสัยเกี่ยวกับการปฏิบัติตนเมื่อ on calcaneus traction
3. ประเมินภาวะแทรกซ้อน เช่น แผลกดทับบริเวณสันเท้าซ้ายและบริเวณปุ่มกระดูกต่างๆ
4. รองที่นอนผู้ป่วยด้วยฟองน้ำ และบริเวณสันเท้าซ้ายรองฟองน้ำเพื่อไม่ให้กดทับกับที่นอน
5. ให้คำแนะนำในการออกกำลังกายขาซ้าย เช่น กระจกปลายเท้าซ้ายขึ้นลง เกร็งกล้ามเนื้อขาซ้าย

ประเมินผลการพยาบาล: ผู้ป่วยไม่มีอาการเท้าตก (Foot drop) และไม่เกิดแผลกดทับ

ปัญหาที่ 7: ผู้ป่วยมีภาวะซีด

ข้อมูลสนับสนุน S : ใบหน้าและเปลือกตาผู้ป่วยซีด, บ่นเหนื่อยและอ่อนเพลีย

O : ผลเลือด Hct = 28-29 % หายใจเหนื่อยเล็กน้อย อัตราการหายใจ = 24 ครั้ง/นาที ค่า

O₂ Saturation = 97%

วัตถุประสงค์: ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะซีด

เกณฑ์การประเมินผล: Hct ผู้ป่วย 32 – 41 %

กิจกรรมการพยาบาล

1. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับเลือดตามแผนการรักษาของแพทย์ โดยรับคำสั่งแพทย์ด้วยความระมัดระวัง ตรวจสอบคำสั่งแพทย์ให้ชัดเจน

โรงพยาบาลสิงห์บุรีเวชสาร

ปีที่ 28 ฉบับที่ 2 ก.ค. – ธ.ค. 2562

2. เจาะเลือดผู้ป่วยเพื่อนำไปตรวจสอบกรุปเลือดโดยการเตรียม Tube พร้อมติดชื่อผู้ป่วยก่อนเจาะเลือดผู้ป่วย เมื่อเจาะเลือดผู้ป่วยถามชื่อ สกุล ผู้ป่วยก่อนเจาะเลือดพร้อมตรวจสอบชื่อที่ Tube ให้ตรงกัน จากนั้นตรวจสอบใบของจองเลือด และใบเบิกเลือด ให้ชื่อสกุล HN ผู้ป่วยให้ถูกต้อง

3. ให้เลือดผู้ป่วยโดยปฏิบัติตามมาตรฐานการให้เลือด โดยสอบถามชื่อ สกุลผู้ป่วย พร้อมกรุปเลือด ให้ถูกต้องและตรวจสอบกรุปเลือด ให้ตรงกับกรุปเลือดของผู้ป่วย

4. วัดสัญญาณชีพก่อนและหลังให้เลือดตามมาตรฐานการให้เลือด โดยการวัดสัญญาณชีพก่อนให้เลือด และเมื่อให้เลือดแล้ววัดทุก 15 นาที 4 ครั้ง จากนั้นวัดทุก 2 ชั่วโมง จนไม่เปลี่ยนแปลง

5. สังเกตภาวะแทรกซ้อนขณะและหลังให้เลือด เช่น ผื่นแพ้, อาการเหนื่อยแน่นหน้าอก

6. จัดทำผู้ป่วยให้เหมาะสม เช่น นอนหัวสูง

7. ติดตามผล Hct หลังให้เลือดหมด 1 ชั่วโมง และเข้าวันรุ่งขึ้น

ประเมินผลการพยาบาล: ผู้ป่วยได้รับเลือด 2 unit กรุปเลือด B ผล Hct จาก 28% เป็น 32.9% ไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากการให้เลือด หายใจปกติไม่เหนื่อย RR 20–22 ครั้ง/นาที, P 86 - 92 ครั้ง/นาที, BP 110–120 / 60–90 mmHg

ปัญหาที่ 8: มีโอกาสเกิดการติดเชื้อแผลผ่าตัด Fasciotomy บริเวณขาซ้าย

ข้อมูลสนับสนุน S : บ่นปวดแผลผ่าตัดขาซ้าย

O : มีแผลผ่าตัด Fasciotomy บริเวณขาซ้าย แผลมี slough เล็กน้อย

วัตถุประสงค์: ผู้ป่วยไม่มีการติดเชื้อที่แผลผ่าตัด

เกณฑ์การประเมินผล: แผลผ่าตัดไม่มีอาการอักเสบ บวม แดง ไม่มี Discharge หรือ Bleed ซึม, สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ T 36.5 - 37.4 องศาเซลเซียส

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินอาการแสดงของการติดเชื้อ ได้แก่ อาการอักเสบ บวม แดง รอบ ๆ แผล มี Discharge หรือ Bleed ซึมออกจากแผล

2. วัดสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง เพื่อประเมินการติดเชื้อ

3. ล้างมือก่อนและหลังให้การพยาบาลผู้ป่วยทุกครั้ง

4. ดูแลเช็ดตัวร่วมกับให้ยา Paracetamol 1 tab oral เพื่อลดไข้และประเมินอาการซ้ำ 30 นาทีหลังให้การพยาบาล

5. ทำความสะอาดแผลทุกวันเช้า โดยยึดหลัก Aseptic technique เพื่อลดจำนวนเชื้อโรคที่บริเวณแผลผ่าตัด

6. แนะนำไม่ให้แคะแกะเกาแผลและระวังไม่ให้แผลเปียกน้ำ

7. ทำความสะอาดร่างกายผู้ป่วยแบบ Partial bed bath วันละ 2 ครั้ง เพื่อให้ร่างกายสะอาดลดการสะสมของเชื้อโรค

โรงพยาบาลสิงห์บุรีเวชสาร

ปีที่ 28 ฉบับที่ 2 ก.ค. – ธ.ค. 2562

8. ทำความสะอาดเตียงและสิ่งแวดล้อมรอบๆ ตัวผู้ป่วยให้สะอาด เพื่อลดแหล่งสะสมของเชื้อโรค

9. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับสารอาหารที่มีประโยชน์ต่อการฟื้นตัวหลังทำผ่าตัด และการหายของแผล เช่น การได้รับอาหารโปรตีน ไข่ นม เนื้อ ผักและผลไม้ที่มีวิตามินซีมาก เพื่อช่วยในการหายของแผล รวมทั้งน้ำดื่มอย่างน้อย 2,500–3,000 ซีซี/วัน

10. ให้ยา Cefazolin 1 gm vein ทุก 6 ชั่วโมง ตามแผนการรักษา ฝ้าระวังอาการแพ้ยา ได้แก่ มีผื่นคันตามผิวหนัง หายใจลำบาก มีอาการบวมที่บริเวณใบหน้า ลิ้น ริมฝีปากและลำคอ

ประเมินผลการพยาบาล: แผลผ่าตัด Fasciotomy มีเนื้อตายเล็กน้อย มีไข้ T 37.8 – 38.4 องศาเซลเซียส หลังผ่าตัด 1 วัน หลังได้ยา Antibiotic และทำแผลทุกวัน แผลแดงดี เย็บปิดแผลได้

ปัญหาที่ 9 : ผู้ป่วยวิตกกังวลเนื่องจากขาดความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติตนก่อนและหลังผ่าตัด

ข้อมูลสนับสนุน S: ผู้ป่วยสอบถามถึงวิธีการผ่าตัดและแพทย์จะดมยาสลบ หรือฉีดยาชาเข้าไขสันหลัง, ไม่สามารถบอกได้ว่าจะต้องปฏิบัติตน ก่อนและหลังผ่าตัดอย่างไร

O: ผู้ป่วยหน้าไม่ยิ้ม ดูกังวล คิ้วขมวด

O: แพทย์ Set OR for ORIF & dual plate & proximal medial locking plate ขาซ้าย under Spinal block

วัตถุประสงค์: ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติตนก่อนและหลังผ่าตัด

เกณฑ์การประเมินผล: ผู้ป่วย สามารถตอบคำถามเกี่ยวกับการปฏิบัติตนก่อนและหลังผ่าตัดได้อย่างถูกต้อง, และสามารถปฏิบัติตนก่อนและหลังผ่าตัดได้, ผู้ป่วยมีสีหน้าสดชื่นแจ่มใส, สอบถามเรื่องการผ่าตัดลดลง

กิจกรรมการพยาบาล

1. พูดคุยสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและญาติเพื่อให้เกิดความไว้วางใจในการดูแล

2. รับฟังปัญหาของผู้ป่วย เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติซักถามข้อสงสัยเกี่ยวกับการปฏิบัติตนเพื่อเตรียมตัวผ่าตัดและตอบคำถามของผู้ป่วยอย่างชัดเจน

3. ให้ข้อมูล อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติก่อนและหลังการผ่าตัด ดังนี้

3.1 ดูแลดื่มน้ำและอาหารก่อนการผ่าตัดเพื่อป้องกันการล้าอาหารหลังทำ Spinal Block และขณะทำการผ่าตัด

3.2 เตรียมความสะอาดทางด้านร่างกายเช็ดตัวเปลี่ยนเสื้อผ้า เพื่อลดเชื้อจากภายนอกและป้องกันการติดเชื้อขณะผ่าตัด

3.3 ดูแลถอดของมีค่าต่างๆที่ผู้ป่วยสวมใส่ก่อนผ่าตัดเช่น สร้อย ฟันปลอม นาฬิกา เครื่องประดับอื่นๆ เป็นต้น ไม่นำติดตัวผู้ป่วยไปห้องผ่าตัด เนื่องจากผู้ป่วยผ่าตัดโดยวิธีSpinal block ป้องกันของมีค่าผู้ป่วยสูญหาย

3.4 ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตนหลังได้รับการทำ Spinal Block และภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น ได้แก่ อาการปัสสาวะไม่ออก, อาการชาขา 2 ข้าง เป็นต้น

โรงพยาบาลสิงห์บุรีเวชสาร

ปีที่ 28 ฉบับที่ 2 ก.ค. – ธ.ค. 2562

3.5 สอนผู้ป่วยเรื่อง Deep breathing exercise, Effective cough, การออกกำลังกายหลังผ่าตัด Quadriceps exercise

3.4 อธิบายเกี่ยวกับการนอนราบหลังผ่าตัด 6 ชั่วโมง ไม่ลุกก่อนเวลาเพื่อป้องกันการปวดศีรษะ และการปัสสาวะหลังนอนราบครบ 6 ชั่วโมง

3.5 อธิบายเกี่ยวกับการบันทึกสัญญาณชีพตามเวลาหลังผ่าตัดเพื่อให้ผู้ป่วยรับทราบและเข้าใจ

3.6 อธิบายเกี่ยวกับอาการปวดแผล ซึ่งมียาบรรเทาปวดให้เป็นระยะๆ หากผู้ป่วยปวดแผลหลังจากผ่าตัด

4. สอบถามเกี่ยวกับขั้นตอนการปฏิบัติตนหลังผ่าตัดหลังให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติเพื่อประเมินความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตน

ประเมินผลการพยาบาล: ผู้ป่วยสามารถตอบคำถามเกี่ยวกับการปฏิบัติตนก่อนและหลังผ่าตัดได้อย่างถูกต้อง สามารถฝึก Deep breathing exercise และ Effective cough ได้ถูกต้อง มีสีหน้าสดชื่นแจ่มใสหลังให้ข้อมูล สอบถามเรื่องการผ่าตัดลดลงและคลายความกังวลลง

ปัญหาที่ 10: ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเนื่องจากขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตนเมื่อกลับไปอยู่บ้าน

ข้อมูลสนับสนุน S : “กลับบ้านไปจะต้องทำอะไรบ้าง ไม่มั่นใจเวลาเดิน จะซึมอเตอร์ไซด์ได้อีกหรือไม่”

O : ผู้ป่วยไม่สามารถบอกวิธีการดูแลตนเองที่บ้านได้, ผู้ป่วยมีแผลผ่าตัดที่ยังต้องกลับไปดูแลต่อ และเดินด้วยไม้ค้ำยัน มีแผลผ่าตัด ORIF with Plate และแผล Fasciotomy ขาซ้าย

วัตถุประสงค์: ผู้ป่วยมีความรู้ที่ถูกต้องและมีความมั่นใจในการเดินด้วยไม้ค้ำยัน และสภาพบ้านไม่มีความเสี่ยงต่อการล้ม

เกณฑ์การประเมินผล: ผู้ป่วยสามารถบอกวิธีการดูแลตนเองเมื่อกลับไปอยู่บ้าน การเดินด้วยไม้ค้ำยัน การป้องกันการล้มกระดูกหักซ้ำ

กิจกรรมการพยาบาล

1. อธิบายการปฏิบัติตัวขณะกลับไปอยู่บ้าน การเดินด้วยไม้ค้ำยันไม่ลงน้ำหนัก ไม่ทิ้งไม้ค้ำยันก่อนแพทย์บอก

2. การป้องกันการล้มกระดูกหักซ้ำ ซึ่งแพทย์จะนัดมาเอาเหล็กที่ใส่เพื่อตามกระดูกข้างในออกอีกครั้ง

3. แนะนำให้รับประทานอาหารที่มีประโยชน์ ดื่มน้ำมาก ๆ พักผ่อนอย่างเพียงพอ

4. ให้คำแนะนำในเรื่องการดูแลสุขภาพโดยทั่วไป เช่น การออกกำลังกาย การบริหารกล้ามเนื้อขาซ้าย และกำลังข้อมือ เพื่อการเดินที่มั่นคง เช่น Quadriceps set, Straight leg raising, Ankle pumps และตระหนักถึงความปลอดภัยในการขับขี่ยานพาหนะ ซึ่งอาจเป็นเหตุให้เกิดการหักซ้ำของกระดูกได้ รวมทั้งหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ เนื่องจากมีผลต่อการสร้างเนื้อเยื่อกระดูก ทำให้กระดูกติดช้ากว่าปกติ

โรงพยาบาลสิงห์บุรีเวชสาร

ปีที่ 28 ฉบับที่ 2 ก.ค. – ธ.ค. 2562

5. รับประทานยาตามแพทย์สั่งคือ

5.1 Iblex (500mg) 1 cap oral tid.ac ต้องรับประทานติดต่อกันหมดและเฝ้าระวังอาการแพ้ยาได้แก่ มีผื่นคัน ใบหน้าบวมริมฝีปากบวม ลิ้นบวม หรือคอบวม หายใจลำบาก หายใจมีเสียง Wheezing หากพบว่ามีอาการควรรีบพบแพทย์ในทันที และผลข้างเคียงของยาที่พบได้ ได้แก่ คลื่นไส้ อาเจียน ไม่สบายท้อง ปวดท้อง ท้องเสีย

5.2 Tramol 1 cap oral tid. pc เป็นยาระงับปวด การเฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์ เช่น มีผื่นคัน คลื่นไส้ อาเจียน เวียนศีรษะ ถ้าพบอาการผิดปกติ ให้หยุดยา แล้วมาพบแพทย์โดยเร็ว

5.3 Paracetamol (500) 1 tab oral prn ทุก 4 hr. รับประทานเฉพาะเวลามีอาการปวดหรือมีไข้

5.4 CaCO₃ 1 tab oral OD.pc. หลีกเลี่ยงการรับประทานยาพร้อมกันนม

5.5 Vitamin D 2 tab oral pc สัปดาห์ละ 1 ครั้ง

ประเมินผลการพยาบาล แผลผ่าตัดแห้งดีไม่มี discharge ชีมีปวดตึงแผลเล็กน้อย Pain score 1 คะแนน สามารถเดินด้วยไม้ค้ำยันได้ สัญญาณชีพก่อนกลับบ้าน T 36.6 องศาเซลเซียส P 88 ครั้ง/นาที R 20 ครั้ง/นาที BP 116/78mmHg ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวล สามารถบอกวิธีการปฏิบัติตนขณะกลับไปอยู่บ้านได้อย่างถูกต้อง

สรุปกรณีศึกษา

ผู้ป่วยหญิง อายุ 43 ปี ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาวันที่ 6 กันยายน 2559 โดย Admit ที่ตึกศัลยกรรมอุบัติเหตุด้วยประสบอุบัติเหตุขั้กระดูกสันหลังคั่นก่อนมาโรงพยาบาล 10 นาที สลบจำเหตุการณ์ไม่ได้ถึงโรงพยาบาล รู้สึกตัวดี มีแผลถลอกบริเวณใบหน้า มีอาการขาซ้ายบวมผิดปกติ ปวดมาก เวลาขยับจะปวดมากไม่สามารถงอเหยียดเข้าซ้ายได้ ที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน ถ่ายภาพรังสีขาซ้ายพบกระดูกหน้าแข้งซ้ายหักละเอียด (Comminuted fracture of left Tibia plateau extend to proximal tibia) แพทย์วินิจฉัยโรค Closed fracture of left Tibia plateau with proximal tibia with mild Head injury ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินโดยสัญญาณชีพและสัญญาณประสาทปกติ แพทย์ใส่ไม้ตามขาซ้ายและใส่ Philadelphia collar ที่คอไว้ ให้นอนรักษาที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุ ตั้งแต่วันที่ 6 กันยายน 2559 ระดับความรู้สึกตัว (Glasgow coma scale) E4V5M6 pupil 3 mm. RTL BE สัญญาณชีพ ความดันโลหิต 122/78 มิลลิเมตรปรอท อุณหภูมิ 36.8 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของชีพจรสม่ำเสมอ 94 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 22

ครั้ง/นาที่ ระหว่างอยู่ที่ตึกศัลยกรรมอุบัติเหตุ แพทย์ทำ Calcaneus Traction บริเวณข้อเท้าซ้าย ถ่วงน้ำหนัก 5 กิโลกรัม สังเกตภาวะ Compartment syndrome สามารถคลำชีพจรหลังเท้าซ้าย (Dorsalis Pedis pulse) และชีพจรบริเวณเข่าซ้าย (Popliteal pulse) ได้ชัดเจน สามารถกระดูกนิ้วเท้าซ้ายได้ ปลายเท้าซ้ายไม่เย็น สีของผิวหนังปลายเท้าไม่เขียวคล้ำ Cappillary refill = 2 วินาที ขาซ้ายบวมปวด Pain score = 8-10 คะแนน ได้ยาแก้ปวดเป็นระยะ มีอาการปัสสาวะไม่ออกแพทย์ให้ใส่สายสวนปัสสาวะ ได้เอ็กซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง ผลปกติ สังเกตภาวะ Compartment syndrome สามารถคลำชีพจรหลังเท้าซ้าย (Dorsalis Pedis pulse) และชีพจรบริเวณเข่าซ้าย (Popliteal pulse) ได้ชัดเจน สามารถกระดูกนิ้วเท้าซ้ายได้ ปลายเท้าซ้ายไม่เย็น สีของผิวหนังปลายเท้าไม่เขียวคล้ำ Cappillary refill = 2 วินาที ขาซ้ายบวมปวด Pain score = 8-10 ได้ยาแก้ปวดเป็นระยะ มีอาการปัสสาวะไม่ออกแพทย์ให้ใส่สายสวนปัสสาวะ ได้เอ็กซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง ผลปกติ ผู้ป่วยพักรักษาสังเกตอาการที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุ ครบ 24 ชั่วโมง ไม่มีอาการผิดปกติให้ย้ายมาพักรักษาต่อที่หอผู้ป่วยประกันสังคมได้

ผู้ป่วยย้ายมารักษาตัวตึกประกันสังคม วันที่ 7 กันยายน 2559 หลังสังเกตอาการครบ 24 ชั่วโมง ไม่มีอาการผิดปกติ รู้สึกตัวดี ระดับความรู้สึกตัว (Glasgow coma scale) E4V5M6 pupil 3 mm. RTL BE สัญญาณชีพ ความดันโลหิต 110/60 มิลลิเมตรปรอท อุณหภูมิ 37 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของชีพจรสม่ำเสมอ 90 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที On Calcaneus Traction บริเวณข้อเท้าซ้าย ถ่วงน้ำหนัก 5 กิโลกรัม, Retained Foley's catheter ไว้ วันที่ 13 กันยายน 2559 แพทย์ได้ทำการผ่าตัดเปิดใส่เหล็กเพื่อตามแผ่นเหล็กภายในที่กระดูกหน้าแข้งซ้าย (ORIF & dual plate & proximal medial lateral locking plate) หลังจากผ่าตัดเสร็จกลับมาที่หอผู้ป่วยประกันสังคม ประมาณ 1 ชั่วโมงหลังกลับจากห้องผ่าตัด เวลา 17.00 น. พบว่าผู้ป่วยปวดน่องซ้ายมาก Pain score = 10 ให้ยาแก้ปวดอาการปวดไม่ทุเลา ขาซ้ายบวมตึง ปลายเท้าซีดเย็น คลำชีพจรหลังเท้าไม่ได้ Cappillary refill = 10 วินาที ความดันโลหิต 110/70 mmHg ทำการวัด Compartment pressure ผล anterior compartment = 40 mmHg และ posterior compartment = 60 mmHg แพทย์วินิจฉัยว่ามีภาวะ Compartment syndrome ได้รับการรักษาโดยทำผ่าตัด Fasciotomy และใส่ Internal fixation with plate ไว้ และภายหลังแผลมีเนื้อตายเล็กน้อย วันที่ 15 กันยายน 2559 แพทย์ผ่าตัด Debridement และเย็บแผล Fasciotomy ไว้ หลวมหลังจากนั้นวันที่ 22 กันยายน 2559 แพทย์จึงเย็บปิดแผล Fasciotomy วันที่ 14 กันยายน 2559 ผู้ป่วยมีภาวะซีด Hct = 28% แพทย์ให้ Pack red cell 1 Unit และวันที่ 15 กันยายน 2559 repeat Hct ได้ = 29% จึงให้ Pack red cell อีก 1 Unit วันที่ 16 กันยายน 2559 repeat Hct ได้ = 32.9% รวมได้ Pack red cell 2 Unit หลังผ่าตัด

ผู้ป่วยมีไข้ อุณหภูมิ 37.8–38.5 องศาเซลเซียส ได้ยา Antibiotic คือ Cefazolin 1 gm ทาง หลอดเลือดดำ ทุก 6 ชั่วโมง

โรงพยาบาลสิงห์บุรีเวชสาร

ปีที่ 28 ฉบับที่ 2 ก.ค. – ธ.ค. 2562

ตั้งแต่วันที่ 13 – 22 กันยายน 2559 รวมได้ยา Cefazolin ฉีดทางหลอดเลือดดำ 10 วัน แพทย์ให้ off สายสวน ปัสสาวะ หลังผ่าตัดผู้ป่วยปัสสาวะได้ปกติ มีอาการปวดแผลผ่าตัด Pain score = 8-10 คะแนน ได้ยา Morphine 3 mg ฉีดทางหลอดเลือดดำ เป็นระยะ จนอาการปวดทุเลา วันที่ 19 กันยายน 2559 แพทย์ให้ Off Radivac drain จึงให้ผู้ป่วยฟื้นฟูสภาพร่างกายโดยฝึกเดินด้วยไม้ค้ำยัน ให้ความรู้ในการดูแลตนเองเมื่อกลับไปอยู่บ้าน รวมถึงการเตรียมสภาพบ้านที่ผู้ป่วยจะกลับไปพักรักษาตัวต่อ วันที่ 23 กันยายน 2559 แพทย์จำหน่ายกลับบ้าน ผู้ป่วยสามารถเดินได้โดยไม่ให้น้ำหนักที่เท้าซ้าย ใช้ไม้ค้ำยันพยุงเวลาเดิน ให้ยา Ibelex, Calcium, Vitamin D, Tramol และ Paracetamol ไปรับประทาน นัดมาตรวจเป็นระยะ ๆ เพื่อประเมินการติดหายของกระดูกหน้าแข้งซ้าย และให้ไปทำแผลบริเวณแผลเย็บ Fasciotomy ต่อที่ศูนย์สุขภาพชุมชนเขตเมืองที่ 3 รวมอยู่โรงพยาบาลทั้งหมด 17 วัน ปัญหาและการพยาบาลสำคัญ คือ มีภาวะความดันในช่องกล้ามเนื้อสูงที่กระดูกหน้าแข้งซ้าย, เสี่ยงต่อการติดเชื้อ, เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ก่อนผ่าตัดและหลังผ่าตัด, ผู้ป่วยไม่สุขสบายเนื่องจากปวดแผล, มีภาวะช็อค และผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเนื่องจากขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตนเมื่อกลับไปอยู่บ้าน พยาบาลและทีมสหวิชาชีพได้เตรียมความพร้อมผู้ป่วยในการดูแลตนเองตั้งแต่หลังแรกเป็นระยะเพื่อพร้อมกลับไปอยู่บ้าน โดยเตรียมสภาพบ้านให้เหมาะสมไม่เสี่ยงต่อการล้มกระดูกหักซ้ำ ผู้ป่วยเดินโดยใช้ไม้ค้ำยันพยุงตัวไม่ลงน้ำหนักเท้าซ้าย แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้และนัดมาพบเป็นระยะ รวมนอนโรงพยาบาลทั้งหมด 17 วัน

วิจารณ์และข้อเสนอแนะ

ผู้ป่วยรายนี้เป็นผู้หญิงวัยทำงาน มาโรงพยาบาลด้วยอุบัติเหตุทางการจราจรที่เกิดโดยไม่คาดคิด มีกระดูกหน้าแข้งหักแบบไม่มีแผลเปิด ซึ่งเป็นบริเวณที่เกิดภาวะความดันในช่องกล้ามเนื้อสูง (Compartment syndrome) ได้มาก เนื่องจากพื้นที่กล้ามเนื้อน้อย และภาวะ ความดันในช่องกล้ามเนื้อสูง (Compartment syndrome) เป็นภาวะฉุกเฉินที่สำคัญ พยาบาลต้องมีความรู้ความสามารถในการประเมินและดูแลผู้ป่วยเมื่อเกิดภาวะความดันในช่องกล้ามเนื้อสูง (Compartment syndrome) ได้ทันทั้งที่และประสานงานกับแพทย์ได้อย่างรวดเร็ว จึงจะช่วยรักษาผู้ป่วยไว้ได้ผู้ป่วยไม่พิการ ไม่สูญเสียอวัยวะ ในผู้ป่วยรายนี้แม้จะได้รับการดูแลรักษาเป็นอย่างดีแต่เกิดภาวะความดันในช่องกล้ามเนื้อสูง (Compartment syndrome) หลังผ่าตัด ซึ่งพยาบาลพบภาวะความดันในช่องกล้ามเนื้อสูงที่ขาซ้ายได้อย่างรวดเร็วรายงานแพทย์ได้ทัน แพทย์จึงทำการผ่าตัดกรีดเนื้อเยื่อเพื่อลดความดันในช่องกล้ามเนื้อได้อย่างทันทั้งที่ ทำให้ผู้ป่วยไม่เสียขาข้างซ้ายไป หลังจาก

นั้นนักกายภาพได้ฝึกผู้ป่วยในการช่วยเหลือตนเองในชีวิตประจำวันรวมถึงการเดิน ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ เดินได้โดยใช้ไม้ค้ำยัน และมีคุณภาพชีวิตที่ดีใช้ชีวิตได้อย่างปกติสุข จะเห็นได้ว่าภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ คือ

โรงพยาบาลสิงห์บุรีเวชสาร

ปีที่ 28 ฉบับที่ 2 ก.ค. – ธ.ค. 2562

ภาวะความดันในช่องกล้ามเนื้อสูง (Compartment syndrome) เป็นภาวะฉุกเฉินแม้ช่วงแรกจะยังไม่เกิดแต่สามารถเกิดได้ตลอด พยาบาลจะต้องมีความรู้ในพยาธิสภาพของอวัยวะ การประเมิน และการพยาบาลที่สำคัญ

บทสรุป

จากอุบัติเหตุทางการจราจรที่เกิดขึ้นแม้จะไม่รุนแรง แต่ภาวะแทรกซ้อน เช่น ภาวะความดันในช่องกล้ามเนื้อสูง (Compartment syndrome) เกิดได้ตลอดการรักษา และมีความรุนแรง ผู้ป่วยอาจต้องสูญเสียขาเพื่อรักษาชีวิตของผู้ป่วยไว้ พยาบาลมีบทบาทที่สำคัญในการประเมินภาวะความดันในช่องกล้ามเนื้อสูงซึ่งแม้ว่าจะเป็นภาวะที่พบได้น้อย แต่จัดว่าเป็นภาวะฉุกเฉินทางศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์ที่ต้องได้รับการช่วยเหลืออย่างเร่งด่วน จำเป็นต้องได้รับการ รักษาอย่างทันท่วงที ผลจากการเพิ่มขึ้นของความดันในช่องกล้ามเนื้อจะกดการไหลเวียนหลอดเลือดฝอยและการทำงานของเส้น ประสาท ทำให้เนื้อเยื่อขาดเลือดมาเลี้ยงและเน่าตายได้อย่างรวดเร็ว เป็นเหตุให้เกิดการสูญเสียอวัยวะ เส้นประสาทสูญเสียหน้าที่ เกิดความพิการ ในรายที่มีอาการรุนแรงอาจเสียชีวิตได้ ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยและครอบครัวทั้งทางตรงและทางอ้อม พยาบาลเป็นบุคลากรสุขภาพที่อยู่ใกล้ชิดผู้ป่วยมากที่สุด จุดเน้นสำหรับปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะความดันในช่องกล้ามเนื้อสูงคือความสามารถในการประเมินภาวะความดันในช่องกล้ามเนื้อสูงให้ได้ตั้งแต่ในระยะแรกๆ สิ่งนี้จะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลืออย่างทันท่วงที ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะคุกคามดังกล่าวข้างต้น ไม่ต้องสูญเสียอวัยวะ ดังตัวอย่างกรณีศึกษา สำหรับการประเมินภาวะความดันในช่องกล้ามเนื้อสูงที่ได้ ใช้หลัก 7 P สามารถนำมาประยุกต์ใช้ได้ง่ายเพราะไม่ต้องใช้อุปกรณ์พิเศษอื่นใด พยาบาลเพียงแต่อาศัยทักษะการสังเกตและการตรวจร่างกายเบื้องต้นก็สามารถประเมินภาวะนี้ได้ ติดตามเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่อง และวางแผนการดูแลป้องกันภาวะความดันในช่องกล้ามเนื้อสูงที่ดีและมีประสิทธิภาพ เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนและการสูญเสียที่อาจเกิดขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. วรณัฐ ทิพย์ธีระพงศ์. การพยาบาลผู้ป่วยกระดูกขาหักแบบละเอียดไม่มีแผลเปิด และมีความดันในช่องกล้ามเนื้อสูง: กรณีศึกษา. วารสารวิชาการ รพศ/รพท เขต 4 . 2558; ปีที่17 (กันยายน-ธันวาคม) 237-244
2. วรณัฐ สัตยวิวัฒน์. การพยาบาลผู้ป่วยโรคออร์โธปิดิกส์. 6, editor. กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วนจำกัด เอ็นพีเพรส; 2561.

3. ยุทธชัย ไชยสิทธิ์, ประเสริฐ ไพบูลย์รุ่งโรจน์. ภาวะความดันในช่องกล้ามเนื้อสูง : แนวคิดและการปฏิบัติ การพยาบาล. วารสารกองการพยาบาล. 2555; ปีที่ 39 (กันยายน - ธันวาคม) : 65 - 74.

โรงพยาบาลสิงห์บุรีเวชสาร

ปีที่ 28 ฉบับที่ 2 ก.ค. – ธ.ค. 2562

4. สุรกิจ ยศพล. งานวิจัยอุบัติการณ์กลุ่มอาการความดันเพิ่มในช่องกล้ามเนื้อในผู้ป่วยกระดูกขาท่อนล่างหัก ศูนย์วิจัยโรงพยาบาลมหาสารคาม: 2550
5. อนุชา ไทยวงษ์, กัญญาพัชร เป้าทอง, ทตถณ พลไชย, ฉัตรชัย แป้งหอม, จุฑามาศ นุชพล. ภาวะความดันในช่องกล้ามเนื้อสูงในผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์: บทบาทพยาบาลในการประเมินและการป้องกัน. วารสารพยาบาลทหารบก. 2561; ปีที่ 17(กันยายน - ธันวาคม) : 17-24.
- 6 . Verwiebe EG, Kanlic EM, Saller J, Abdelgawad A. Thigh compartment syndrome, presentation and complications. Bosn J Basic Med Sci. 2009;9 (Suppl 1):S28.
7. Via AG, Oliva F, Spoliti M, Maffulli N. Acute compartment syndrome. Muscles Ligaments Tendons J. 2015;5(1):18-22
8. von Keudell AG, Weaver MJ, Appleton PT, Bae DS, Dyer GS, Heng M, et al. Diagnosis and treatment of acute extremity compartment syndrome. The Lancet.2015;386(10000):1299-310.
- 9 . Walls MH. Compartment syndrome: an orthopedic emergency. Emerg Nurs J. 2017; 43(4):303-7.