

การพยาบาลผู้ป่วยสะโพกหักที่ได้รับการผ่าตัดยึดตรึงกระดูกด้วยแกนตามกระดูก และมีโรคหลายระบบ: กรณีศึกษา

ปณิธิ ปานข้า, พย.บ.*

รับบทความ: 8 มี.ค.69

แก้ไขบทความ: 21 เม.ย.69

ตอบรับบทความ: 12 พ.ค.69

บทคัดย่อ

ผู้สูงอายุมีภาวะกระดูกบางและกระดูกพรุน ส่งผลให้กระดูกหักได้ง่าย โดยเฉพาะกระดูกสะโพกหัก ซึ่งเป็นภาวะสำคัญที่สัมพันธ์กับการสูญเสียความสามารถในการเคลื่อนไหว ภาวะแทรกซ้อนและอัตราการตายที่เพิ่มขึ้น การผ่าตัดยึดตรึงกระดูกด้วยแกนตามกระดูกเป็นแนวทางการรักษาที่ช่วยให้กระดูกมีความมั่นคงและเอื้อต่อการฟื้นฟูสภาพ อย่างไรก็ตามผู้ป่วยสูงอายุมักมีโรคร่วมหลายระบบ ทำให้การดูแลระยะก่อนผ่าตัด ระยะผ่าตัด และระยะหลังผ่าตัดมีความซับซ้อนมากขึ้น พยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการประเมิน วางแผน ป้องกัน ภาวะแทรกซ้อนและส่งเสริมการฟื้นตัวอย่างต่อเนื่อง วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักที่ได้รับการผ่าตัดยึดตรึงกระดูกด้วยแกนตามกระดูกและมีโรคร่วมหลายระบบ เป็นการวิเคราะห์ และเปรียบเทียบกรณีศึกษากับหลักวิชาการ และนำผลการศึกษาไปใช้

ผู้ป่วยสูงอายุชาย อายุ 77 ปี กระดูกสะโพกซ้ายหัก และมีโรคร่วม คือ ความดันโลหิตสูง และเบาหวาน ควบคุมโรคได้ดี มีอาการปวดสะโพกมาก เดินไม่ได้ ผลตรวจเอกซเรย์พบ กระดูกสะโพกซ้ายหัก ได้รับการผ่าตัดยึดตรึงกระดูกด้วยแกนตามกระดูก ใช้วิธีระงับความรู้สึกทางช่องไขสันหลัง ใช้กระบวนการพยาบาลก่อนผ่าตัดเตรียมความพร้อมด้านร่างกาย-จิตใจ ขณะผ่าตัดเตรียมอุปกรณ์ให้พร้อมใช้งาน ช่วยให้การปฏิบัติงานเป็นไปอย่างราบรื่น ป้องกันการเกิดภาวะสูญเสียเลือด การบาดเจ็บขณะผ่าตัด การติดเชื้อ และการเกิดภาวะลิ่มเลือด และไขมันอุดตัน ไม่พบมีภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด หลังผ่าตัดมีการฟื้นฟูร่างกายด้วยกายภาพบำบัด และจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

ผู้ป่วยกระดูกสะโพกหัก ได้รับการผ่าตัดยึดตรึงกระดูกด้วยแกนตามกระดูกและมีโรคร่วม พยาบาลห้องผ่าตัดมีบทบาทสำคัญในการใช้กระบวนการพยาบาล ก่อนผ่าตัดประเมินปัญหา โดยเฉพาะในระยะผ่าตัดพยาบาล ต้องมีความรู้ ความสามารถ ทักษะ ความชำนาญในเครื่องมือ บำบัดโรค ที่มีความซับซ้อนให้พร้อมใช้งาน และประสานงานกับสหสาขาวิชาชีพ ช่วยให้การผ่าตัดราบรื่น ป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ส่งผลให้กลับมาปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ใกล้เคียง

คำสำคัญ: การจัดกระดูก, การยึดตรึงกระดูกด้วยแกนตามกระดูก, การพยาบาลผู้ป่วยกระดูกสะโพกหัก

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ, กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยห้องผ่าตัด กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลอ่างทอง จังหวัดอ่างทอง

E-mail: mafiapanithi@gmail.com

Nursing Care for Patients with Hip Fracture who Underwent Closed Reduction with Proximal Femur Nail Fixation and Multiple Comorbidities: A Case Study

Panithee Pankhum, B.N.S.*

ABSTRACT

Older adults tend to have osteopenia and osteoporosis, which increase bone fragility and the risk of fractures. The most effective treatment is internal fixation with an intramedullary nail. Delays of more than four days may lead to avascular necrosis and prolonged hospitalization. Comorbidities in elderly patients further increase the risk of complications. Therefore, operating room nurses must demonstrate competency in preoperative and intraoperative care, possess thorough knowledge of surgical instruments and equipment, and provide effective postoperative care to promote rapid recovery and an early return to normal function. This study investigated the nursing process and care of a patient with a hip fracture who underwent internal fixation with an intramedullary nail and had multiple comorbidities. This study involves an analysis and comparison of a case study with established academic principles, with the findings applied to nursing practice.

A 77-year-old male with a left hip fracture and comorbid hypertension and diabetes mellitus, both well controlled with medication, presented with severe hip pain and inability to walk. X-ray confirmed the fracture. The patient underwent internal fixation with a proximal femoral nail under spinal anesthesia. Perioperative care focused on preventing blood loss, injury, infection, and thromboembolism. No postoperative complications occurred. The patient received physical rehabilitation and was discharged.

This study found that operating room nurses must demonstrate competency in providing nursing care during the preoperative, intraoperative, and postoperative phases of intramedullary nail fixation. In particular, during surgery, nurses must have comprehensive knowledge of the instruments and equipment used for intramedullary nailing, as well as the surgical steps and techniques, to ensure a successful and efficient procedure. Continuous post-discharge care is essential to support rehabilitation and enable patients to return to normal daily activities.

Keywords: Nursing care for patients with hip fracture, Proximal femoral nail, Closed reduction

* Professional Nurse, Senior Professional Level. Operating Room Nursing Department, Nursing Division, Ang Thong Hospital, Ang Thong.
E-mail: mafiapanithi@gmail.com

บทนำ

ภาวะกระดูกสะโพกหักในผู้สูงอายุ เป็นอุบัติการณ์พบได้บ่อย และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น คาดการณ์ว่าในปี ค.ศ. 2025 จำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะกระดูกสะโพกหัก จะมีจำนวนเพิ่มขึ้นจาก 1.66 ล้านคน เป็น 2.5 ล้านคน¹ และจะมีกระดูกสะโพกหักซ้ำอีกข้างได้ร้อยละ 12² ภาวะกระดูกสะโพกหัก พบได้บ่อยในกลุ่มผู้สูงอายุ เนื่องจากผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างภายในของเนื้อเยื่อกระดูก เกิดภาวะกระดูกบาง และกระดูกพรุน ส่งผลให้กระดูกหักง่าย สาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากการพลัดตกหกล้ม³ ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะกระดูกสะโพกหัก ได้แก่ โรคหัวใจกระดูกสะโพกตาย โรคข้อสะโพกเสื่อม ชนิดปฐมภูมิ โรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ โรคข้อสะโพกเสื่อม จากการเจริญเติบโตผิดปกติ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง เป็นต้น⁴ ภาวะแทรกซ้อน เมื่อมีภาวะกระดูกหัก เช่น ภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจ ปัสสาวะไม่ออกเฉียบพลัน ภาวะหลอดเลือดดำอุดตัน การติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ มีแผลกดทับ ภาวะปอดอักเสบและภาวะลิ่มเลือดอุดตันที่ปอด ผลกระทบทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ เศรษฐกิจ สังคม บางรายเกิดความรู้สึกสูญเสียคุณค่าในตัวเอง นำไปสู่ภาวะซึมเศร้าได้⁵

พบว่าการรักษา โดยวิธีผ่าตัดมี 2 วิธี 1) รักษาแบบไม่ต้องผ่าตัด ใช้วิธีฉีดยาผ่านผิวหนัง 2) รักษา โดยการผ่าตัดยึดตรึงกระดูกด้วยแกนตามกระดูก เพื่อให้เกิดความมั่นคง⁶ การรักษาโดยการผ่าตัดภายใน 48 ชั่วโมง หากชะลอการผ่าตัดเกิน 4 วัน ทำให้เนื้อกระดูกตาย และขาดเลือดไปเลี้ยง (osteonecrosis)⁷ ส่งผลเสียต่อผู้ป่วยนอนโรงพยาบาลนานขึ้น เสี่ยงเกิดภาวะแทรกซ้อน มีการติดเชื้อ และเพิ่มอัตราการตายได้ใน 90 วัน⁸ จากสถิติผู้ป่วยผ่าตัดสะโพกหักของโรงพยาบาลอ่างทองในปี พ.ศ. 2565-2568 จำนวน 27, 40, 52 และ 60 ราย ตามลำดับ⁹ อย่างไรก็ตาม แม้ผู้ป่วยมีความพร้อม หากพยาบาลห้องผ่าตัดขาดความรู้ ความขาดแม่นยำขั้นตอนการผ่าตัด หรือทักษะความชำนาญเฉพาะทางด้านอุปกรณ์การแพทย์ เครื่องมือพิเศษในการพยาบาลผ่าตัด ขาดการประสานงาน ผู้ป่วยรอคอยเครื่องมือ ทำให้ระยะการผ่าตัดนานยิ่งขึ้น เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน แผลผ่าตัดติดเชื้อ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีอันตรายต่อชีวิต การผ่าตัดยึดตรึงกระดูกด้วยแกนตามกระดูกเป็นผู้สูงอายุที่มีโรคร่วมหลายระบบ เป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูง¹⁰ บทบาทพยาบาลห้องผ่าตัดให้การพยาบาล โดยใช้แนวทางของกระบวนการพยาบาลก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด และหลังผ่าตัด เกิดผลลัพธ์ทางการพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพ ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน จึงได้ศึกษาทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับกายภาพ พยาธิสภาพ อาการ และอาการแสดง การวินิจฉัย การรักษา การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดยึดตรึงกระดูกด้วยแกนตามกระดูก ดังนั้น บทความนี้จึงมีวัตถุประสงค์ เพื่อนำผลการศึกษาเป็นแนวทางในการพัฒนาแนวทางปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดยึดตรึงกระดูก ด้วยแกนตามกระดูกให้การดูแลอย่างมีมาตรฐาน

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาและพัฒนาโดยใช้กระบวนการพยาบาลผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักที่ได้รับการผ่าตัดยึดตรึงกระดูกด้วยแกนตามกระดูก และมีโรคร่วมหลายระบบ

2. เพื่อใช้เป็นแนวทางพยาบาลสามารถประเมินวางแผนการพยาบาลผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักที่ได้รับการผ่าตัดยึดตรึงกระดูกด้วยแกนตามกระดูกและมีโรคร่วมหลายระบบไปพัฒนางานบริการผ่าตัดให้มีคุณภาพ

วิธีดำเนินการศึกษา

1. คัดเลือกผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสะโพกหัก ที่ได้รับการผ่าตัดยึดตรึงกระดูกด้วยแกนตามกระดูก และมีโรคร่วมหลายระบบ จำนวน 1 ราย

2. ศึกษาข้อมูลย้อนหลัง กรณีศึกษาผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสะโพกหักที่ได้รับการผ่าตัดยึดตรึงกระดูกด้วยแกนตามกระดูก และมีโรคร่วมหลายระบบ จำนวน 1 ราย ที่เข้ารับการผ่าตัดรักษาที่โรงพยาบาลนอนพักรักษาตัวในแผนกผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกและข้อ โดยรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับอาการ อาการแสดง ข้อมูลส่วนบุคคล ประวัติการเจ็บป่วย ประวัติการพร้อมทั้งประเมินสภาพผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและเศรษฐกิจ

3. ศึกษาค้นคว้าความรู้จากตำราทางด้านวิชาการต่าง ๆ เกี่ยวกับโรคกระดูกสะโพกหัก พยาธิสรีรวิทยาอาการ อาการแสดง การวินิจฉัย การรักษาและการพยาบาลระยะก่อนผ่าตัด ระยะผ่าตัด และระยะหลังผ่าตัด การใช้อุปกรณ์เครื่องมือผ่าตัด อุปกรณ์บำบัดโรค/ยึดตรึงกระดูกด้วยแกนตามกระดูก

4. ศึกษาผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ และแผนการรักษาของแพทย์และปรึกษาแพทย์ผู้รักษา

5. นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ วางแผนการพยาบาลตามหลักกระบวนการพยาบาล ตั้งแต่การรับจนจำหน่ายกลับบ้าน

6. ปฏิบัติการพยาบาลตามแผนการพยาบาลและติดตามประเมินผลการพยาบาลอย่างครอบคลุม

7. สรุปกรณีศึกษา เผยแพร่และนำผลปฏิบัติการพยาบาลไปใช้พัฒนางานต่อไป

พยาธิสรีรวิทยาของโรค การรักษา และการพยาบาลที่สำคัญ

การเกิดกระดูกสะโพกหักในผู้สูงอายุพบบ่อย ได้แก่ บริเวณคอกระดูกต้นขา (femoral neck fracture) และกระดูกต้นขาสันต้น (intertrochanteric femoral fracture)

กระดูกสะโพกหัก (hip fracture) แบ่งเป็น 2 ประเภท¹⁰

1. การหักที่เกิดขึ้นภายในเยื่อหุ้มข้อสะโพก (intracapsular) ประกอบด้วย หัวกระดูกข้อสะโพก หรือหัวกระดูกต้นขา (femoral head) และคอกระดูกต้นขา (neck fracture)

2. การหักที่เกิดขึ้นภายนอกเยื่อหุ้มข้อสะโพก (extracapsular) ประกอบด้วย

2.1 Trochanteric คือ ปุ่มกระดูกขนาดใหญ่ด้านบนนอกของกระดูกต้นขา (Femur)

2.2 Intertrochanteric fracture เป็นการหักระหว่าง greater และ lesser trochanters.

กลไกการบาดเจ็บ มักได้รับการบาดเจ็บจากล้มภายในบ้าน เป็นการบาดเจ็บที่ไม่รุนแรง เชื่อว่าแรงกระทำที่ทำให้กระดูกหัก เกิดจากการกระแทกโดยตรงที่ด้านข้างของสะโพก

ภาวะกระดูกสะโพกหัก พบได้บ่อยในกลุ่มผู้สูงอายุ เกิดจากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างภายในของเนื้อเยื่อกระดูก เกิดภาวะกระดูกบาง และกระดูกพรุน ความแข็งแรงของกระดูกลดลง ส่งผลให้กระดูกหักง่าย สาเหตุเกิดจากการพลัดตกหกล้ม⁴ ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะกระดูกสะโพกหัก ได้แก่ โรคหัวใจกระดูกสะโพกตาย โรคข้อสะโพกเสื่อมชนิดปฐมภูมิ โรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ โรคข้อสะโพกเสื่อมจากการเจริญเติบโตผิดปกติ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคกระดูกพรุน โรคไตเรื้อรัง โรคระบบประสาท และสมอง ภาวะแทรกซ้อนจากภาวะกระดูกสะโพกหัก ได้แก่ ขาดเลือด การเสียชีวิต หัวใจกระดูกขาดเลือด การบาดเจ็บของเส้นประสาท ภาวะแทรกซ้อนจากการจำกัดการเคลื่อนไหว เมื่อมีภาวะกระดูกหัก เช่น ภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจ ปัสสาวะไม่ออกเฉียบพลัน ภาวะหลอดเลือดดำอุดตัน การติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ มีผลกดทับภาวะปอดอักเสบ และภาวะลิ่มเลือดอุดตันที่ปอด⁵

การวินิจฉัยโรคจากการตรวจร่างกาย กระดูกหักแบบเคลื่อนพบการหดสั้น และ external rotation ขาด้านที่บาดเจ็บ ตรวจพบววมและรอยช้ำเลือด (ecchymosis) บริเวณต้นขา การทำ CT scan หรือ MRI มีข้อบ่งชี้ในผู้ป่วยที่ปวดสะโพก แต่ไม่พบรอยหักในภาพรังสี และช่วยในการประเมินลักษณะการหักแบบซับซ้อน (complex fracture) แต่ควรพิจารณาเลือกส่งเฉพาะผู้ป่วยที่มีความจำเป็น¹¹

การรักษา มี 2 วิธี คือ การรักษาแบบผ่าตัด และไม่ผ่าตัด ถ้าผู้ป่วยมีความเสี่ยงสูง หรือไม่สามารถลุกนั่ง หรือยืนเอง (non ambulation) ตั้งแต่อ่อนกระดูกหัก จะไม่สามารถผ่าตัดได้ ซึ่งมีข้อเสีย คือ สะโพกจะมีการหดสั้นและผิดรูป (malunion) เกิดภาวะแทรกซ้อนสูง การรักษาด้วยวิธีผ่าตัด คือ ยึดตรึงให้เกิดความมั่นคง สามารถลุกนั่งและยืนได้เร็วที่สุด ลดอาการปวด ลดภาวะแทรกซ้อน ข้อควรระวังในการผ่าตัดผู้ป่วย Intertrochanteric fracture คือ ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ และมีโรคประจำตัว การประเมินความพร้อมของผู้ป่วยโดยอายุรแพทย์และวิสัญญีแพทย์เป็นสิ่งจำเป็น การผ่าตัดยึดตรึงกระดูกภายใน 48 ชั่วโมงช่วยลดภาวะแทรกซ้อน และระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาล¹²

การพยาบาลที่สำคัญ แบ่งเป็น 3 ระยะ¹³

1. การพยาบาลระยะก่อนผ่าตัด ประกอบด้วย เริ่มจากผู้ป่วยรับเข้ามานอนที่หอผู้ป่วย พยาบาลห้องผ่าตัดเยี่ยมผู้ป่วยก่อนเข้าห้องผ่าตัด ประเมินปัญหา ภาวะแทรกซ้อน ความวิตกกังวล ข้อมูลที่ได้นำมากำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาลให้คำแนะนำการปฏิบัติตนก่อนเข้ารับการผ่าตัดและลดความวิตกกังวล

2. การพยาบาลระยะผ่าตัด เริ่มตั้งแต่ผู้ป่วยมาถึงห้องผ่าตัด ทำผ่าตัดเสร็จสิ้น จนกระทั่งย้ายผู้ป่วยออกจากห้องผ่าตัดไปยังห้องพักฟื้น เป็นระยะที่สำคัญ เนื่องจากผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดยึดตรึงกระดูกด้วยแกนตามกระดูกเป็นการผ่าตัดที่ซับซ้อน เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ในระหว่างผ่าตัด พยาบาลห้องผ่าตัดต้องมีความรู้ ความเข้าใจทักษะการจัดเตรียมเครื่องมือ การส่งเครื่องมือ การประสานงานกับทีมผ่าตัด เพื่อให้การผ่าตัดประสบความสำเร็จ และเตรียมความพร้อม หากเกิดภาวะวิกฤตในขณะผ่าตัด

3. การพยาบาลระยะหลังผ่าตัด เริ่มตั้งแต่เคลื่อนย้ายผู้ป่วยออกจากห้องผ่าตัด เข้ารับการดูแลที่ห้องพักฟื้น ส่งต่อข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยและการผ่าตัดให้ครบถ้วน โดยเฉพาะปัญหาที่เกิดระหว่างผ่าตัด หรือคำสั่งการรักษา เพื่อให้การดูแลอย่างต่อเนื่อง พื้นฟูร่างกาย ได้อย่างรวดเร็วและมีคุณภาพชีวิตที่ดี

รายงานกรณีศึกษา

ข้อมูลทั่วไป ผู้ป่วยชาย อายุ 77 ปี ภูมิลำเนาจังหวัดอ่างทอง สิทธิการรักษาหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย ศาสนาพุทธ สถานภาพสมรส หม้าย เกษียณอายุราชการ รายได้ 30,000 บาท/เดือน ที่อยู่ปัจจุบัน อำเภอโพธิ์ทอง จังหวัดอ่างทอง

อาการสำคัญ 2 ชั่วโมง ก่อนมาโรงพยาบาล สะโพกซ้าย กระแทกพื้น ยกขาซ้ายไม่ได้ ขาซ้ายผิดรูป และปวด

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน 2 ชั่วโมง ก่อนมาโรงพยาบาล ตกต้นไม้ ไม่สลบ สะโพกซ้ายกระแทกพื้น ขาซ้ายผิดรูป ยกขาซ้ายไม่ได้ ศีรษะไม่กระแทกพื้น ญาตินำส่งโรงพยาบาลอ่างทอง แพทย์ตรวจวินิจฉัยพบ Cx Lt. Intertrochanteric. ส่งปรึกษาแผนกศัลยกรรมกระดูกและข้อ โรงพยาบาลอ่างทอง รับ Refer รักษาต่อ

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต โรคความดันโลหิตสูง 20 ปี และเบาหวาน รับประทานยาตามแผนการรักษา

ประวัติการฉายาและสารเสพติด ผู้ป่วยไม่สูบบุหรี่ ไม่ดื่มสุรา

ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว บิดาไม่มีโรคประจำตัว มารดาเป็นโรคความดันโลหิตสูง มีพี่น้อง 2 คน พี่สาวเป็นโรคความดันโลหิตสูง 1 คน บุตรสาวสุขภาพแข็งแรง

ประวัติการแพ้ยา ปฏิเสธการแพ้ยา แพ้อาหาร แพ้สารเคมีต่างๆ

การประเมินตามแบบแผนสุขภาพการตรวจร่างกายตามระบบ (เฉพาะที่เกี่ยวข้องกับโรค)

การตรวจร่างกาย

1. สภาพร่างกายทั่วไป ชายไทย รูปร่างสันทนต์ สีม่วงค่อนข้างคล้ำ ผมสั้นสีดำสลับขาว รู้สึกตัวดี E4V5M6 แร่ธาตุน้ำหนัก 36.5 องศาเซลเซียส ชีพจร 88 ครั้งต่อนาที การหายใจ 20 ครั้ง ความดันโลหิต 165/95 มิลลิเมตรปรอท SpO₂ 98 เปอร์เซ็นต์ BMI= 23.58 กิโลกรัม/เมตร

2. ผิวหนัง ผิวหนังแห้งบริเวณแขนขา สะโพกซ้ายซ้าย

3. ระบบประสาท รู้สึกตัวดี การรับรู้วันเวลา สถานที่ปกติ ปวดสะโพกซ้าย pain score = 7

4. ระบบกล้ามเนื้อ และกระดูกการงอ/เหยียดข้อสะโพกซ้าย ไม่สามารถทำได้ (Hip flexion/extended) 100/20 องศา การงอข้อสะโพก (Hip abduction) 30 องศา กล้ามเนื้อในการเคลื่อนไหวของสะโพกซ้าย grade 3 ขาซ้ายสั้นกว่าขาขวา 1 เซนติเมตร คล้ายพิงที่ปลายเท้าได้ ไม่ขาปลายเท้า

5. ประเมินสภาพจิตใจ และสังคมมีสีหน้าวิตกกังวล ไม่สุขสบาย กลัวว่าจะเดินไม่ได้

การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

CBC: WBC 9,000 cell/mm Hb 12.2 g/dl Hct 37% Neutrophils 88% Lymphocytes 6%

Blood Chemist: Na 136, K 4.0, HCO 27, CL 98, BUN 20, Cr 1.01

eGFR 71.41 mg/dL, Glucose 133 mg/dL, EKG ผลตรวจ NSR

ภาพรังสีกระดูกสะโพก พบกระดูกสะโพกซ้ายหัก ภาพรังสีทรงอก ผลปกติ no filtration

แผนการรักษาที่ได้รับ

ยาเดิมผู้ป่วยให้กินต่อ HCTZ (25) 1/2 tab oral OD Amlodipine (5) 1 tab oral OD Enalapril (5) 1 tab oral OD simvastatin (20) 1 tab oral hs Glipizide (5) 1 tab oral Set OR for PFNA left hip NPO stat, G/M WB 1 unit cefazolin 1 gm to OR premed (วิสัญญี) Amlodipine (5) 1 tab oral 18.00 น.

ประเมินผู้ป่วยตาม ASA physical status ผู้ป่วยอยู่ใน class III เนื่องจากเป็นผู้สูงอายุ มีโรคประจำตัวความดันโลหิตสูงและไขมันในเลือดสูง ได้รับการเฝ้าระวังความรู้สึกทางช่องไซนัสหลัง จากกรณีศึกษา และข้อมูลดังกล่าว นำมากำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล และวางแผนการพยาบาลครอบคลุม

สรุปกรณีศึกษา

ผู้ป่วยชายไทย อายุ 77 ปี ให้ประวัติ 1 วันก่อน สะโพกซ้าย กระแทกพื้น ปวดมาก เดินไม่ได้ รับเข้ารักษาที่โรงพยาบาล วันที่ 9 มกราคม 2569 แกร็บ แพทย์วินิจฉัยกระดูกสะโพกซ้ายหัก Close fracture left intertrochanteric แกร็บไว้ที่หอผู้ป่วย พิเศษศัลยกรรมกระดูก และข้อ รู้สึกตัวดี อุณหภูมิ 36.5 องศาเซลเซียส ชีพจร 88 ครั้งต่อนาที การหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 165/95 มิลลิเมตรปรอท SpO₂ 98 เปอร์เซ็นต์ การรักษาโดย on Skin traction ถ่วงน้ำหนัก 2.5 กิโลกรัม ควบคุมความปวด ใช้อาบริเวทาปวด tramadol 1 capsule oral prn for pain ประเมินความปวดโดยใช้ pain scale 7 ผู้ป่วยมีโรคประจำตัวความดันโลหิตสูง และเบาหวาน รักษาต่อเนื่อง แพทย์วางแผนการรักษา โดยการผ่าตัด ร่วมกับผู้ป่วยและญาติ โดยมีการปรึกษาอายุรแพทย์และวิสัญญีแพทย์ เพื่อวางแผนการผ่าตัด Close Reduction and Internal Fixation with Proximal femoral nail Antirotation left intertrochanteric femur

เวลา 19.00 น. ทำผ่าตัด โดยวิธีระงับความรู้สึก โดย Spinal anesthesia ผู้ป่วยได้รับ Morphine 0.2 mg ทาง Spinal ขณะทำผ่าตัด พบว่า กระดูกของผู้ป่วยมีความโค้งมาก เตรียมอุปกรณ์เพิ่มระยะเวลาผ่าตัด 1.45 ชั่วโมง สูญเสียโลหิตขณะผ่าตัดประมาณ 300 ซีซี ขณะทำผ่าตัด ความดันโลหิต 150/98 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 82 ครั้งต่อนาที การหายใจ 20 ครั้งต่อนาที SpO₂ 100 เปอร์เซ็นต์ ประกอบกับมีโรคประจำตัวหลายโรค เคลื่อนย้ายผู้ป่วยเข้าห้องพักฟื้น แผลผ่าตัดมีเลือดซึมเล็กน้อย ฝ่าระงับภาวะ hypovolemic shock Hct 33% ความดันโลหิต 135/68 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 72 ครั้งต่อนาที การหายใจ 20 ครั้งต่อนาที SpO₂ 100 เปอร์เซ็นต์ ปกติดี จึงย้ายกลับมารักษาตัวต่อที่หอผู้ป่วยพิเศษศัลยกรรมกระดูกและข้อ แกร็บย้าย ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี มีแผลผ่าตัดบริเวณสะโพกข้างซ้าย มีเลือดซึมเล็กน้อย Pain score = 5

วันที่ 10 มกราคม 2569 ผู้ป่วยมีอาการปวดสะโพกซ้าย pain score 5 ได้รับ morphine 3 mg vein แผลผ่าตัดมีเลือดซึมเล็กน้อย Hct 28% Glucose 114 mg/dL ความดันโลหิต 146/78 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 72 ครั้งต่อนาที การหายใจ 20 ครั้ง ต่อนาที SpO₂ 100 เปอร์เซ็นต์ ปกติดี

วันที่ 11 มกราคม 2569 ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี แผลผ่าตัดไม่มีเลือดซึม pain score 2 ดูแล โดยสหสาขาวิชาชีพนักกายภาพบำบัดกับทีมพยาบาล จนผู้ป่วยสามารถฝึกบริหารร่างกาย และฝึกขึ้น-ลง wheel chair ได้

วันที่ 12-13 มกราคม 2569 ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี แผลผ่าตัดแห้งดี สัญญาณชีพปกติ ได้รับการฝึกการลงน้ำหนัก และหัดเดินที่หน่วยงานกายภาพบำบัด และวางแผนก่อนจำหน่ายโดยให้คำแนะนำในการเตรียมสิ่งแวดล้อมเหมาะสมกับความเจ็บป่วยการป้องกันพลัดตกหกล้มซ้ำ นัดตรวจติดตามผลการรักษา 2 สัปดาห์

ติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์วันที่ 14-18 มกราคม 2569 ทำแผลที่โรงพยาบาลชุมชนแผลผ่าตัดสะโพกข้างซ้ายแห้งดีดี ผู้ป่วยสามารถใช้ชีวิตประจำวันได้ปกติ

1. การพยาบาลระยะก่อนผ่าตัด

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 1 ผู้ป่วยไม่สุขสบาย เกี่ยวเนื่องจากปวดกระดูกสะโพกที่หัก

ข้อมูลสนับสนุน ผู้ป่วยขมวดคิ้ว มีท่าทางปวด บ่นปวดต้นขา ปวดเมื่อขยับ pain scale = 7 ขาซ้ายของผู้ป่วยใช้อุปกรณ์ดึงถ่วงน้ำหนักผ่านผิวหนัง

เป้าหมายทางการพยาบาล ผู้ป่วยสุขสบาย อาการปวดลดลง **เกณฑ์การประเมินผล** ผู้ป่วยสีหน้าสดชื่นขึ้น, สามารถพักหลับได้, ไม่บ่นปวดกระดูกสะโพก, scale < 7

กิจกรรมทางการพยาบาล

1. พยาบาลประเมินอาการปวดสะโพกของผู้ป่วย โดยการสอบถาม สังเกตสีหน้าท่าทาง โดยใช้ pain scale รายงานศัลยแพทย์

พร้อมให้ยาแก้ปวดตามแผนการรักษา tramadol 1 capsule oral pm for pain

2. จัดทำนอนโดยใช้หมอน หรือผ้ารองขาข้างที่หัก ดูแล Skin traction ให้สายเชือกตึง และถ่วงด้วยน้ำหนัก 2.5 กิโลกรัม ไม่พันผ้าขาแน่นเกินไปให้มีการไหลเวียนของขาและป้องกันการเกิดแผลกดทับ

การประเมินผล ผู้ป่วยบอกระดับ pain scale=5, สีหน้าสดชื่นขึ้น พักหลับได้ ปลายเท้าไม่มีชา หรือซีด

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 2 ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดการพลัดตกเตียง เนื่องจากช่วยเหลือตนเองได้น้อย

ข้อมูลสนับสนุน กระดูกสะโพกซ้ายหัก ขยับตัวลำบาก

วัตถุประสงค์ทางการพยาบาล เพื่อป้องกันการพลัดตกเตียง

เกณฑ์การประเมิน ผู้ป่วยปลอดภัย ไม่เกิดการพลัดตกเตียง

กิจกรรมทางการพยาบาล

1. ประเมินระดับความรู้สึกตัวของผู้ป่วย

2. เคลื่อนย้ายด้วยความระมัดระวัง เตรียมบุคลากร และเตรียมแผ่นสไลด์ให้พร้อม ปลดสาย skin traction จากเตียงผู้ป่วยก่อนเคลื่อนย้ายเพื่อป้องกันผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บ ดูแลอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ติดกับตัวผู้ป่วย ได้แก่ สายน้ำเกลือหลอดเลือดดำ และสายสวนปัสสาวะ

การประเมินผล ผู้ป่วยปลอดภัย ไม่เกิดการพลัดตกเตียง

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 3 ผู้ป่วยมีความวิตกกังวล

ข้อมูลสนับสนุน ผู้ป่วยมีสีหน้าท่าทางวิตกกังวลบอกว่า “รู้สึกกลัวการผ่าตัดมากๆ กลัวปวด กลัวไม่ฟื้น กลัวตาย” และไม่คุ้นชินสภาพแวดล้อมในห้องผ่าตัดที่แตกต่างจากหอผู้ป่วย

เป้าหมายทางการพยาบาล ผู้ป่วยคลายความกลัวและวิตกกังวลลง

เกณฑ์การประเมินผล: ผู้ป่วยมีสีหน้าท่าทางคลายความวิตกกังวล มีความพร้อมทั้งร่างกาย และจิตใจในการเข้ารับการผ่าตัด

กิจกรรมทางการพยาบาล

1. พยาบาลสร้างสัมพันธภาพ

2. ประเมินการรับรู้ ความสามารถในการสื่อสาร พร้อมเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถาม และตอบข้อซักถามในขอบเขตที่เหมาะสม ไม่ปล่อยให้ผู้ป่วยอยู่ตามลำพัง

3. แนะนำสิ่งแวดล้อมภายในห้องผ่าตัด เพื่อให้คุ้นเคยกับผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึก

4. ปลอบโยน และให้กำลังใจ ให้ข้อมูลถึงทีมผ่าตัดคอยให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยขณะผ่าตัด และหลังผ่าตัด

5. แนะนำให้ผู้ผู้ป่วยกำหนดลมหายใจ หรือทำสมาธิ แนะนำขั้นตอนการผ่าตัด ระยะเวลาในการผ่าตัด และแจ้งให้ครอบครัวของผู้ป่วยทราบเกี่ยวกับช่องทางการติดต่อสอบถามอาการของผู้ป่วยขณะอยู่ในห้องผ่าตัด เพื่อลดความวิตกกังวลของผู้ป่วย

การประเมินผล ผู้ป่วยมีสีหน้าลดความวิตกกังวล สบายใจ เข้าใจในการทำผ่าตัดครั้งนี้ พร้อมเข้ารับการรักษา

2. การพยาบาลในระยะผ่าตัด

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 1 ผู้ป่วยมีโอกาสได้รับอันตรายจากการสูญเสียเลือด เนื่องจากการผ่าตัด

ข้อมูลสนับสนุน ศัลยแพทย์ประเมินภาวะเสียเลือดก่อนการผ่าตัดประมาณ 300 มิลลิลิตร ในขั้นตอน sing in ของการทำ Surgical Safety Checklist เป็นความดันโลหิตสูง ความดันโลหิต 165/95 มิลลิเมตรปรอท

เป้าหมายทางการพยาบาล ผู้ป่วยปลอดภัย จากภาวะการสูญเสียเลือดจากการผ่าตัด

เกณฑ์การประเมินผล

- ปริมาณเลือดออกในการผ่าตัดไม่เกิน 300 มิลลิลิตร ผล Hematocrit มีค่าปกติ หรือเหลือ 30 %

- ไม่มีความดันเลือดลดลงเกินร้อยละ 20 ของความดันเลือดเดิม หรือไม่น้อยกว่า 90/60 mmhg การหายใจ 16-20 ครั้ง/นาที และชีพจร 60-100 ครั้ง/นาที

- ปัสสาวะออกปกติ ไม่น้อยกว่า 0.5 ซีซี/ก.ก./ชั่วโมง

กิจกรรมทางการพยาบาล

1. พยาบาลเตรียมเครื่องมือ และอุปกรณ์เครื่องจี้ห้ามเลือดให้พร้อมใช้งาน เตรียมอุปกรณ์เครื่องมือสำหรับการผ่าตัดเย็บซ่อมแซมเนื้อเยื่อทันที ที่เกิดภาวะหลอดเลือดฉีกขาด

2. พยาบาลแจ้งข้อมูลการจ้องเลือดของผู้ป่วยให้กับทีมศัลยแพทย์ และวิสัญญีบริหารการจ้อง PRC 1 unit

3. ประเมินโอกาสสูญเสียเลือดจากการผ่าตัด

4. บันทึกเอกสารการใช้ 0.9 % normal saline ที่ใช้ชะล้างแผล ขณะผ่าตัด 500 ซีซี ประเมินการเสียเลือดของผู้ป่วยร่วมกับทีมวิสัญญีจากสัญญาณชีพ Hematocrit ปริมาณของเลือด และจำนวนผ้าซับเลือดที่ใช้ขณะผ่าตัด เพื่อประเมินการสูญเสียเลือดขณะผ่าตัดอย่างต่อเนื่อง

5. ประสานงานกับธนาคารเลือด จัดเตรียมการนำเลือดมาห้องผ่าตัด เพื่อให้ผู้ป่วยมีเลือดพร้อมใช้ทันที ตรวจสอบชื่อนามสกุล HN. กรุ๊ปเลือด และ unit No. ให้ตรงกัน เพื่อป้องกันการให้เลือดผิด หากมีการใช้เลือดสังเกตสี จำนวนปัสสาวะ สังเกตการเปลี่ยนแปลงสัญญาณชีพของผู้ป่วย จากการสูญเสียเลือด เพื่อเฝ้าระวังภาวะช็อค

6. พยาบาลสรุปการเสียเลือด เมื่อสิ้นสุดการผ่าตัด เพื่อให้ทีมเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนจากการสูญเสียเลือด

การประเมินผล ผู้ป่วยสูญเสียเลือดในการผ่าตัด 300 mlv ผล Hematocrit หลังผ่าตัด = 33 % ผิวหนังซีดเล็กน้อย ความดันเลือด SBP 120-150 mmhg DBP 58-98 mmhg การหายใจ 17-20 ครั้ง/นาที การเต้นของหัวใจ 80-86 ครั้ง/นาที ปัสสาวะออกปกติ ประมาณ 60 ซีซี/ชั่วโมง

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 2 ผู้ป่วยมีโอกาสติดเชื้อจากการผ่าตัด

ข้อมูลสนับสนุน ขณะทำยีสต์ตรงกระดูกด้วยแกนตามกระดูก พบว่ากระดูกบางส่วนต้นมีความโค้งกว่าปกติ ทำให้ต้องใช้เวลาการเปิด

โพรงกระดูกเพิ่มขึ้น การผ่าตัดลักษณะนี้ ใช้เครื่องมือ และอุปกรณ์หลายชนิด จึงมีความเสี่ยงต่อการปนเปื้อน และการติดเชื้อ หากควบคุมการปลอดเชื้อไม่ ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดระยะ 1 ชั่วโมง 45 นาที

เป้าหมายทางการแพทย์ ผู้ป่วยไม่เกิดการติดเชื้อจากการผ่าตัด
เกณฑ์การประเมินผล

1. เครื่องมืออุปกรณ์ ที่ใช้ในการผ่าตัดทุกชนิดมีตัวบ่งชี้ทางเคมีที่มีชัดเจน และอุปกรณ์เหล็กแกนตามกระดูกสะโพก (implant PFNA) ไม่หมดอายุ (expiration)

2. ผู้ป่วยไม่มีอาการแสดงบ่งบอกว่ามีอาการติดเชื้อ ได้แก่ อัตราการเต้นของหัวใจเร็วกว่าปกติ (ค่าปกติคือ 60-100 ครั้ง/นาที) ใช้ (อุณหภูมิมากกว่า 37.5 องศาเซลเซียส) และความดันเลือดลงมากกว่า 20 เปอร์เซ็นต์ ของค่าเดิม อุณหภูมิร่างกาย 36-37 องศาเซลเซียส ระหว่างผ่าตัดไม่มีภาวะอุณหภูมิต่ำ

กิจกรรมทางการแพทย์

1. ทำความสะอาดห้องผ่าตัดก่อนเริ่มผ่าตัดดูแลให้ห้องผ่าตัดมีความดันบวก (positive pressure) ตรวจสอบความชื้นสัมพัทธ์ (relative humidity) 30 - 60% เพื่อป้องกันการเจริญเติบโตของเชื้อโรค

2. ดูแลทำความสะอาดผิวหนังบริเวณสะโพกซ้าย โดยการฟอกด้วยน้ำยาที่ 7.5% providine - iodine scrub อย่างน้อย 5 นาที และทาน้ำยาฆ่าเชื้อด้วยน้ำยา 10% Povidine iodine

3. เตรียมฉากันและฉากันรังสี เพื่อตรงชุดผ่าตัด เพื่อป้องกันฉากันร่วหล่น ขณะผ่าตัดเสี่ยงต่อการปนเปื้อนเชื้อโรค ดูแลให้ได้รับ antibiotic (cefazolin 2 gm) จากวิสัญญีก่อนการผ่าตัดระหว่าง 15-30 นาที

4. จัดเตรียมเครื่องมืออุปกรณ์ ที่ใช้ในการผ่าตัด และตรวจสอบการผ่านการทำลายเชื้อของเครื่องมืออุปกรณ์ทุกครั้งตามมาตรฐานของการทำให้เครื่องมือปราศจากเชื้อ และพยาบาลเปิดห่อของปลอดเชื้อ และอุปกรณ์ที่จะใช้ในการผ่าตัดต้องระมัดระวัง ไม่ให้ปนเปื้อน ใส่สายสวนปัสสาวะ ตรึงสายสวนให้เหมาะสม ส่งเครื่องมือผ่าตัดตามขั้นตอนการผ่าตัดด้วยหลัก Aseptic technique และ universal precaution และดูแลบริเวณผ่าตัดให้ปลอดเชื้อตลอดการผ่าตัดลดการเคลื่อนไหวให้เหลือน้อยที่สุด เพื่อลดโอกาสในการปนเปื้อนเชื้อโรค

5. ดูแลให้ความอบอุ่นร่างกายในขณะที่ผ่าตัด โดยใช้ผ้าเป่าลมร้อนให้สารน้ำอุ่น ป้องกันการสูญเสียเลือด และดูแลการให้ได้รับสารน้ำอย่างเพียงพอ ป้องกันภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำ

6. เมื่อขั้นตอนการใส่เหล็กแกนตามกระดูกเสร็จสิ้น พยาบาลส่งเครื่องมือผ่าตัด เตรียม 0.9% NSS ใส่ syringe irrigate 500 ml เพื่อให้มีแรงดันในการชะล้างเศษกระดูกและลิ่มเลือด เพื่อป้องกันการติดเชื้อ

การประเมินผล

1. เครื่องมืออุปกรณ์ที่ใช้ในการผ่าตัดทุกชนิด มีตัวบ่งชี้ทางเคมีภายใน-ภายนอก แสดงว่าผ่านการปลอดเชื้อ ไม่หมดอายุ

และผู้ป่วยใช้เหล็กแกนตามกระดูกต้นขาส่วนต้น (implant PFNA) มีจำนวนเพียงพอ

2. ผู้ป่วยไม่มีอาการแสดงบ่งบอกว่ามีการติดเชื้อ และอุณหภูมิร่างกาย 36-37 องศาเซลเซียส ความดันโลหิต 150/98 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 82 ครั้งต่อนาที การหายใจ 20 ครั้งต่อนาที SpO₂ 100%

ข้อวินิจฉัยทางการแพทย์ข้อที่ 3 ผู้ป่วยมีโอกาสได้รับบาดเจ็บเนื่องจาก มีอาการชาและเคลื่อนไหวไม่ได้ ตั้งแต่วิธีการวางลงไปถึงปลายเท้าจาก spinal block

ข้อมูลสนับสนุน ผู้ป่วยได้รับการระงับความรู้สึกด้วยวิธี spinal block ด้วยยา 0.5% Marcaine 20 ml ขยับไม่ได้อย่างน้อย 3 - 4 ชั่วโมง มีปัจจัยเสี่ยงในการได้รับบาดเจ็บ และกดทับเส้นประสาทบริเวณขาทั้ง 2 ข้าง เนื่องจากผู้ป่วยนอนบนเตียง Fracture table ขาทั้งสองข้าง ผู้ป่วยใส่รองเท้ารัดแน่น ขาข้างซ้ายถูกดึงพร้อมหมอนเพื่อให้กระดูกเข้าที่ส่วนขาข้างขวาต้องงอ และกางออก 45 องศา ตลอดระยะเวลา 1.45 ชั่วโมง ในขณะที่ผ่าตัด วางแขนซ้ายบริเวณหน้าอก รัดแขนอีกครั้ง เพื่อไม่ให้แขนขัดขวางการใส่เหล็กแกนตาม และขณะผ่าตัดต้องเลื่อนตัวผู้ป่วยชิดเสากัน perineum ทำให้มีโอกาสเกิดการกดทับอวัยวะเพศได้

เป้าหมายทางการแพทย์ ผู้ป่วยไม่ได้รับบาดเจ็บ

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยไม่ได้รับบาดเจ็บ หรือผลกดทับจากการจัดทำ อวัยวะเพศไม่ได้รับบาดเจ็บ สีผิวปกติ

2. ไม่เกิดอันตรายต่อเส้นเลือด และเส้นประสาทแขนและขาทั้ง 2 ข้าง

กิจกรรมทางการแพทย์

1. ตรวจสอบอุปกรณ์ที่ใช้ในการจัดทำเตียง Fracture table ให้อยู่ในสภาพสมบูรณ์พร้อมใช้งาน หลังได้รับการระงับความรู้สึกด้วยวิธี spinal block

2. พยาบาลและศัลยแพทย์ช่วยกันจัดทำ วิสัญญีประคองศีรษะขณะขยับ เลื่อนผู้ป่วยโดยให้สัญญาณทุกครั้ง ใช้วิธีการยกเพื่อป้องกันการบาดเจ็บเนื้อเยื่อและความปลอดภัยของผู้ป่วย

3. ดูแลขาทั้งข้างของผู้ป่วย โดยสวมถุงเท้ารองด้วยสำลีรัดด้วยผ้า elastic bandage 6 นิ้ว พันไม่ให้รัดข้อเท้าแน่นเกินไป เพื่อป้องกันการได้รับบาดเจ็บ และป้องกันการกดทับบริเวณเส้นประสาท

4. เลื่อนตัวผู้ป่วยชิดเสากัน perineum โดยใช้ผ้าพันรอบเสา เพื่อป้องกันการได้รับบาดเจ็บตำแหน่งอวัยวะเพศ

5. งอขาขวาและกางออกไม่เกิน 45 องศา เพื่อป้องกันการทำให้เส้นประสาท ไชแอดิกได้รับบาดเจ็บ หรือเป็นอัมพาต ขาอ่อนแรง ภาวะเท้าตกได้

6. พยาบาลนำหมอนเล็กมาวางบริเวณหน้าอกผู้ป่วย วางแขนซ้ายวางบนหมอน ส่วนแขนขวาวางบน arm rest รัดตัวผู้ป่วยไม่ให้รัดแน่นเกินไป

7. ดูแลให้ ความอบอุ่นแก่ร่างกายผู้ป่วย โดยการใช้ ผ้าห่มลมร้อน ป้องกันการเกิดภาวะอุณหภูมิต่ำ

8. หลังเสร็จผ่าตัดพยาบาลช่วยศัลยแพทย์ในการถอดอุปกรณ์เดียวในการดัดขาประกอบขาเดียว ให้มีพื้นที่ในการวางขาผู้ป่วยเตรียมเปลี่ยน ประเมินซ้ำอีกครั้ง เกี่ยวกับความสมบูรณ์ของผิวหนัง หลังถอด อุปกรณ์เดียวในการดัดขา ว่ามีแผลกดทับหรือไม่ ด้วยการประเมินสภาพผิวหนังบริเวณที่มีการกดทับ ได้แก่ ปุ่มกระดูก ข้อเท้า แขน อวัยวะเพศ ตรวจสอบการเปลี่ยนแปลง รอยแดง บวม ถลอก หรือ การฉีกขาดของผิวหนัง บันทึกข้อมูลในเอกสาร

9. ส่งต่อข้อมูลในการดูแลผู้ป่วย หลังผ่าตัดของห้องผ่าตัด เพื่อสังเกตอาการ และการดูแลต่อเนื่อง

การประเมินผล ผู้ป่วยปลอดภัย ไม่เกิดอุบัติเหตุในขณะที่จัดท่า และระหว่างผ่าตัด ไม่เกิดอันตรายต่อเส้นเลือด และเส้นประสาทแขน และขาทั้ง 2 ข้าง และอวัยวะเพศ ผู้ป่วยสามารถยกแขนขาทั้งสองข้างได้ตามคำสั่ง สัมผัสปกติ

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 5 ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดภาวะลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำ (DVT)

ข้อมูลสนับสนุน ผู้ป่วยสูงอายุ (77 ปี) มีผลต่อการกระตุ้นกระบวนการเรนินแองจิโอเทนซิน (renin-angiotensin) และการแข็งตัวของเลือด ทำให้เกิดเลือดคั่งในหลอดเลือดดำ เกิดการตกตะกอน และกลายเป็นลิ่มเลือดที่หลอดเลือดดำส่วนลึกของขา มีค่า d-dimer 6,861.0 ng-mIEU อยู่ในระดับสูง (ค่าปกติ 0-550 ng-mIEU)

เป้าหมายทางการพยาบาล ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำ

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยไม่มีอาการแสดงภาวะหลอดเลือดดำส่วนลึก อุดตัน ได้แก่ ขาบวม กดเจ็บ ผิวหนังแดง ร้อน หรือกระดูกข้อเท้าแล้วปวดหลังตื่นและไม่มีภาวะลิ่มเลือดหลุดลอยตามกระแสเลือดเข้าไปอุดตันในเส้นเลือดดำของปอด เช่น การหายใจ ลำบาก แน่นหน้าอก กระสับกระส่าย ผิวสีเขียวคล้ำ เป็นต้น สัญญาณชีพปกติ และ SpO₂ มากกว่า หรือเท่ากับ 95%

กิจกรรมทางการพยาบาล

1. พยาบาลประเมินค่า d-dimer ติดตามผล Ultrasound Doppler Lower Extremity เพื่อให้การดูแลป้องกันการเกิด DVT ดูแลการใช้เครื่อง SCD อุปกรณ์ช่วยลดการเกิดภาวะอุดตันของหลอดเลือดดำส่วนลึก ลดภาวะ venous stasis ลดการหลุดลอยในเส้นเลือดดำที่ขา ส่งเสริมการไหลเวียนของเลือดกลับสู่หัวใจขึ้น

2. ติดตามสัญญาณชีพ และค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดของผู้ป่วยร่วมกับวิสัญญี

3. ประเมินอาการแสดงภาวะ DVT และอาการแสดงภาวะหลอดเลือดหลุดลอยตามกระแสเลือดเข้าไปอุดตันในเส้นเลือดดำของปอด (Pulmonary Embolism, PE) อาการแสดงภาวะ DVT ได้แก่ ปวดเมื่อยกระดูกปลายเท้า หรือกดเจ็บ ขาบวม ผิวสีเขียวคล้ำ

อาการแสดงภาวะหลอดเลือดหลุดลอยตามกระแสเลือดเข้าไปอุดตันในเส้นเลือดดำของปอด ได้แก่ การหายใจลำบาก แน่นหน้าอก กระสับกระส่าย ความดันโลหิตต่ำ ระดับความรู้สึกลดลง หากพบอาการผิดปกติ รายงานศัลยแพทย์ทันที

การประเมินผล ผู้ป่วยไม่มีอาการแสดงภาวะหลอดเลือดดำส่วนลึก อุดตัน ไม่มีอาการขาบวม กดเจ็บ ผิวหนังแดง ไม่มีอาการที่แสดงภาวะลิ่มเลือดหลุดลอยตามกระแสเลือดเข้าไปอุดตันในเส้นเลือดดำของปอดขณะผ่าตัด ไม่มีอาการหายใจลำบาก แน่นหน้าอก หรือหายใจหอบเหนื่อย สัญญาณชีพปกติ และ SpO₂ 98 เปอร์เซ็นต์

3. การพยาบาลในระยะหลังผ่าตัด

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 1 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนจากผลข้างเคียง จากการได้รับยาระงับความรู้สึกทางไขสันหลัง ได้แก่ ภาวะความดันเลือดต่ำ การหายใจถูกกด ปวดศีรษะ ปวดหลัง การคั่งของปัสสาวะ สัญญาณชีพผิดปกติ

ข้อมูลสนับสนุน ผู้ป่วยได้รับการระงับความรู้สึกด้วยวิธี spinal block 0.5% Isobaric 2.4 ml และ 0.5% Marcaine 20 ml

เป้าหมายทางการพยาบาล ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาระงับความรู้สึกทางไขสันหลัง ได้แก่ ภาวะความดันเลือดต่ำ การหายใจถูกกด ปวดศีรษะ ปวดหลัง การคั่งของปัสสาวะ สัญญาณชีพผิดปกติ

เกณฑ์การประเมินผล ผู้ป่วยไม่มีอาการภาวะแทรกซ้อนจากผลข้างเคียงจากการได้รับความรู้สึกทางไขสันหลัง ได้แก่ อาการภาวะความดันเลือดต่ำ การหายใจถูกกด ปวดศีรษะ ปวดหลัง อัมพาต การคั่งของปัสสาวะ สัญญาณชีพปกติ

กิจกรรมทางการพยาบาล

1. พยาบาลประเมิน และบันทึกระดับความรู้สึก และสัญญาณชีพ ที่บ่งถึงภาวะแทรกซ้อน จากการได้รับยาระงับความรู้สึกทางไขสันหลัง ได้แก่ อาการภาวะความดันเลือดต่ำ การหายใจถูกกด ปวดศีรษะ ปวดหลัง อัมพาต การคั่งของปัสสาวะ หากพบอาการผิดปกติรายงานวิสัญญีแพทย์ทันที

2. ดูแลให้ผู้ป่วยนอนราบ ห้ามลุกนั่ง ดูแลให้ได้รับสารน้ำ และสารน้ำตามแผนการรักษา หลังบันทึกสารน้ำ intake output พร้อมสังเกตสี ลักษณะ จำนวนของปัสสาวะ หากปัสสาวะออกน้อยกว่า 0.5 ซีซี/ก.ก/ชั่วโมง รายงานศัลยแพทย์ทราบ

การประเมินผล ผู้ป่วยขยับขาได้ในแนวราบ สัญญาณชีพปกติ ความดันโลหิต 135/68 มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นของหัวใจ 72 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที SpO₂ 100เปอร์เซ็นต์ ปัสสาวะออก 60 ซีซี/ชั่วโมง

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 2 วิตกกังวลเกี่ยวกับการปฏิบัติตนหลังผ่าตัด และความพร้อมก่อนจำหน่าย

ข้อมูลสนับสนุน ผู้ป่วยสอบถามหลังผ่าตัด ควรปฏิบัติตนอย่างไร มีสีหน้าวิตกกังวล

เป้าหมายทางการพยาบาล ผู้ป่วยมีความรู้ และสามารถอธิบายวิธีการปฏิบัติตนหลังผ่าตัดได้เมื่อจำหน่าย

เกณฑ์การประเมินผล ผู้ป่วยมีความรู้ และสามารถอธิบายวิธีการปฏิบัติตนหลังผ่าตัดได้เมื่อจำหน่าย

กิจกรรมทางการพยาบาล

1. ให้กำลังใจ แนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตนหลังผ่าตัด เรื่องการดูแลแผลผ่าตัด ห้ามแกะเการอบๆ แผลผ่าตัด การรับประทานยาให้ครบตามแผนการรักษา การพักผ่อนนอนหลับ ให้เพียงพอ การงดอาหารเค็ม หวาน หมักดองของมีเนื้อมา เนื่องจากผู้ป่วยมีโรคประจำตัว คือโรคความดันโลหิตสูง และเบาหวาน

2. การออกกำลังกาย การฝึกบริหารกล้ามเนื้อสะโพก งอการยกของ หรือออกกำลังกายหนักเกินไป ควรหยุดพักและใช้ไม้ค้ำเพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ

3. หากมีอาการผิดปกติ ได้แก่ แผลผ่าตัดอักเสบ และมีไข้ ให้กลับมาโรงพยาบาล

การประเมินผล ผู้ป่วยมีสีหน้าคลายความวิตกกังวล และสามารถอธิบายวิธีการปฏิบัติตนหลังผ่าตัดได้เมื่อกลับไปอยู่บ้าน

สรุปกรณีศึกษา จากกรณีศึกษา พบว่าผู้ป่วยสะโพกซ้ายกระดูกหัก ปวดมาก เดินไม่ได้ การวินิจฉัยจากการตรวจร่างกาย และการถ่ายภาพเอกซเรย์ พบกระดูกสะโพกซ้ายหัก ได้รับการผ่าตัดยึดตรึงกระดูกสะโพกด้วยแกนตาม พยาบาลห้องผ่าตัด มีบทบาทสำคัญในการใช้กระบวนการพยาบาลวางแผน และวินิจฉัยให้การพยาบาล เริ่มตั้งแต่วิธีการผ่าตัด การเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด ผู้ป่วยไม่สุขสบายจากปวดกระดูกสะโพกที่หัก ผู้ป่วยมีกลัว และวิตกกังวล เตรียมเครื่องมือและประสานงานภายนอก เพื่อเตรียมอุปกรณ์บำบัดโรคที่มีความซับซ้อน ขณะผ่าตัดเตรียมบุคลากรที่มีความรู้ ความชำนาญด้านเครื่องมือ เตรียมอุปกรณ์บำบัดโรค ให้ตรงที่จะใส่ในตัวผู้ป่วยให้ถูกต้อง และเหมาะสม มีทีมที่มีทักษะช่วยแพทย์ที่มีความแม่นยำ ทุกขั้นตอน การผ่าตัด เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่มีโอกาสได้รับอันตรายจากการสูญเสียเลือด เนื่องจากการผ่าตัด ผู้ป่วยมีโอกาสติดเชื้อจากการผ่าตัด ผู้ป่วยมีโอกาสได้รับบาดเจ็บเนื่องจากมีอาการขาและเคลื่อนไหวไม่ได้ ตั้งแต่ระดับเอวลงไปจนถึงปลายเท้าจาก spinal block ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดภาวะลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำ (DVT), การเฝ้าระวังผู้ป่วย ให้ได้รับความปลอดภัยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนตลอด ระยะหลังผ่าตัด ผู้ป่วยเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนจากผลข้างเคียงจากการได้รับยาระงับความรู้สึกทางไขสันหลัง เฝ้าระวังผู้ป่วยให้ได้รับความปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน ผู้ป่วยวิตกกังวลเกี่ยวกับการปฏิบัติตนหลังผ่าตัด ให้คำแนะนำการจัดการความปวด แบบใช้ยาและไม่ใช้ยา เพื่อให้สามารถขยับตัวได้เร็วขึ้น การปฏิบัติตัว ภายหลังผ่าตัดความแข็งแรงกล้ามเนื้อสะโพก ฝึกนั่ง และเดินกล้ามเนื้อขาอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ผู้ป่วยฟื้นตัวเร็ว ให้กลับมาปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ใกล้เคียงก่อนกระดูกสะโพกหัก ส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี

ข้อเสนอแนะ

1. ควรส่งเสริมให้นำแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสะโพกหัก ที่ยึดตรึงกระดูกด้วยแกนตามกระดูกไปใช้ในการปฏิบัติทางการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง ร่วมกับการจัดฝึกอบรม เพื่อเพิ่มทักษะและความชำนาญ

2. ควรพัฒนาสื่อความรู้เรื่องการปฏิบัติตน การฟื้นฟูสภาพ และการป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังจำหน่าย โดยประยุกต์ใช้เทคโนโลยี เช่น Line application หรือ QR code เพื่อให้เข้าถึงข้อมูลสะดวกมากขึ้น

เอกสารอ้างอิง

- Goh EL, Lerner RG, Achten J, Parsons N, Griffin XL, Costa ML. Complications following hip fracture: results from the World Hip Trauma Evaluation Cohort Study Injury. 2020;51(6):1331-6. <https://doi.org/10.1016/j.injury.2020.03.031>
- Batin S, Ozan F, Gurbuz K, Koyuncu S, Vatansever F, Uzun E. Evaluation of risk factors for second hip fractures in elderly patients. J Clin Med Res. 2018;10(3):217-20. <https://doi.org/10.14740/jocmr3287w>
- จินพิชญ์ชา สาธิมาส. การพยาบาลผู้ป่วยโรคกระดูกและข้อ. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2562.
- ฐิตินันท์ อนุสรณ์วงศ์ชัย. ปัจจัยเสี่ยงการเกิดกระดูกสะโพกหักในผู้สูงอายุที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลเล็กสิน. วารสารกรมการแพทย์. 2561;43(3):56-9.
- Zhang YW, Lu PP, Li YJ, Dai GC, Chen MH, Zhao YK, et al. Prevalence, characteristics, and associated risk factors of the elderly with hip fractures: a cross-sectional analysis of NHANES 2005-2010. Clin Interv Aging. 2021;16:177-86. <https://doi.org/10.2147/CIA.S291071>
- สุชีลา จันทวิทย์ยานุชิต. The challenging treatment in osteoporosis patient. ใน: สมาคมรูมาตส์แห่งประเทศไทย. การประชุมวิชาการสมาคมรูมาตส์แห่งประเทศไทย ประจำปี พ.ศ. 2554. กรุงเทพฯ: สมาคมรูมาตส์แห่งประเทศไทย; 2554. หน้า 19-21.
- มฤดี เพ็ชรลมูล, สุภาพ อารีเอื้อ. การชะลอการผ่าตัดในผู้ป่วยสูงอายุที่กระดูกสะโพกหัก: ปรากฏการณ์ทางคลินิกที่ท้าทาย. ราชวิทยาลัยพยาธิวิทยา. 2563;47(2):120-30.
- Moran CG, Wenn RT, Sikand M, Taylor AM. Early mortality after hip fracture: is delay before surgery important? J Bone Joint Surg Am. 2005;87(3):483-9. <https://doi.org/10.2106/JBJS.D.01796>
- โรงพยาบาลอ่างทอง. สถิติการผ่าตัดโรงพยาบาลอ่างทอง ปี พ.ศ. 2568. อ่างทอง: โรงพยาบาลอ่างทอง; 2568.
- สุภาพ อารีเอื้อ. การพยาบาลผู้ป่วยโรคกระดูกสันหลังเชิงประจักษ์สู่การปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก. กรุงเทพมหานคร: โอดี ออล ดิจิตอล พรินท์; 2564.
- ศิวตล วงศ์ศักดิ์. กระดูกหักและข้อเคลื่อนหลุดของข้อสะโพกและต้นขา. ใน: พงศธร ฉันทพลากร, ชนิกา อังสนันทสุข, นรเทพ กุลโชติ, ปพน สง่างสง, เทพรัตน์ กาญจนเทพศักดิ์, บรรณาธิการ. Textbook of Orthopaedic Trauma ตำราการบาดเจ็บทางออร์โธปิดิกส์.

กรุงเทพมหานคร: คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี
มหาวิทยาลัยมหิดล; 2562. หน้า 93-97.

12. ธนวรรณ เนียมกล้า.กรณีศึกษา: การพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุกระดูก
สะโพกหัก ที่ได้รับการผ่าตัด และมีภาวะหัวใจห้องบนสั่นพลิ้วร่วมกับ
ภาวะปอดอักเสบ. [อินเทอร์เน็ต]. เก็บ พ.ศ.(2565) [เข้าถึงเมื่อ 1 ก.ค.
2567]. เข้าถึงได้จาก:
<https://nrh.nopparat.go.th/academic/public/files>.
13. เรณู อาจสำลี. การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด กรุงเทพฯ:เอ็น พี
เพรส; 2550.