

การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมจากกระดูกต้นขาส่วนคอหัก และมีภาวะความดันโลหิตสูงและเบาหวาน: กรณีศึกษาเปรียบเทียบ

Nursing care for hip arthroplasty due to fracture neck of femur in patient
with hypertension and diabetes mellitus: a comparative case study

พวงทิพย์ กัจฉมาภรณ์*

Puangtip Katchamaporn*

*หอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์หญิงและเด็ก โรงพยาบาลศูนย์ราชบุรี ตำบลหน้าเมือง อำเภอเมือง จังหวัดราชบุรี

*Orthopedic ward, Ratchaburi Hospital, Na-muang Sub-District, Muang District, Ratchaburi Province

บทคัดย่อ

การศึกษากกรณีศึกษานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยกระดูกต้นขาส่วนคอหักที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมที่มีภาวะโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน 2 กรณีศึกษา กลุ่มตัวอย่างเลือกแบบเจาะจงจากผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลราชบุรี ระหว่างวันที่ 1 - 30 กันยายน 2563 กรณีศึกษาที่ 1 และ 2 เป็นผู้ป่วยหญิงไทยอายุ 74 และ 81 ปี มีภาวะความดันโลหิตสูงและเบาหวาน มาด้วยอาการลื่นล้ม ปวดสะโพกซ้าย แพทย์วินิจฉัย กระดูกต้นขาส่วนคอข้างซ้ายหัก เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาประกอบด้วยแบบบันทึกข้อมูล การสัมภาษณ์ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) ผลการศึกษาพบว่าทั้ง 2 กรณีศึกษาเป็นผู้สูงอายุ มาด้วยการเกิดอุบัติเหตุจากการบาดเจ็บไม่รุนแรง รักษาด้วยการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม กรณีศึกษาที่ 1 รับประทาน aspirin แพทย์ให้หยุดยา ก่อนผ่าตัดและสามารถผ่าตัดได้ภายใน 6 วัน แต่กรณีศึกษาที่ 2 มีภาวะโซเดียมในเลือดต่ำ (hyponatremia) ซึ่งต้องได้รับการแก้ไขทำให้เกิดการผ่าตัดล่าช้า ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนาน เกิดการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ เกิดภาวะท้องผูก ทำให้ต้องมีการรักษาเพิ่ม ได้รับการผ่าตัดหลังจากนอนโรงพยาบาล 24 วัน มีผลให้จำนวนวันนอนเพิ่ม ค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาเพิ่มขึ้น ด้านการฟื้นฟูสภาพและการเตรียมจำหน่าย การเสริมสร้างความมั่นใจให้ผู้ป่วยและญาติ ทั้ง 2 กรณีศึกษาได้มีการเตรียมความพร้อมตั้งแต่แรกรับและมีการทบทวนเป็นระยะทำให้ญาติและผู้ป่วยมีความมั่นใจสามารถกลับไปใช้ชีวิตได้อย่างมีคุณภาพ และจากการติดตามหลังจำหน่าย พบว่าไม่เกิดการเคลื่อนหลุดของข้อสะโพกเทียม ไม่เกิดการพลัดตกหกล้มซ้ำ

คำสำคัญ : ผู้สูงอายุ กระดูกต้นขาส่วนคอหัก ข้อสะโพกเทียม

Abstract

This case study aimed to compare the nursing care for hip arthroplasty due to fracture neck of femur in patient with hypertension and diabetes mellitus; 2 case study. The population included 2 inpatients receiving treatment in the female orthopedics ward at Ratchaburi Hospital, Ratchaburi Province, during 1 - 30 September, 2020. The samples were obtained by purposive sampling. Both of 2 case studies were a 74- and 81-year-old female patient with hypertension and diabetic mellitus, came to the hospital with slipping and left hip pain. The doctor diagnosed it as a

fracture of the left cervical femur. The instruments used in the study included the record form, and interview. Content analysis was used for data analysis. The results revealed that both case studies were the older adults, coming with the same accident and nonsevere injury. They received hip arthroplasty. Case Study 1 received aspirin and was instructed by the physician to stop taking it. She could receive surgery in 6 days. However, Case Study 2 had hyponatremia and must be remedied first, causing delayed surgery. The complications occurred due to long sleep, i.e., urinary tract infection (UTI) and constipation. Therefore, extra treatment was required. She received surgery after 24-day admission, causing longer length of stay and higher medical expenses. Rehabilitation and preparation for discharge, increased confidence of patients and their relatives. Both case studies had been prepared since their first admission with periodical review. According to the follow-up after discharge, neither dislocation of artificial hip joint nor recurrent falls/slipping was found.

Keywords: Aging, fracture neck of femur, hip arthroplasty

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันประเทศไทยก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (aging society) การบริการทางการแพทย์จะต้องตระหนักถึงประชากรสูงอายุเหล่านี้ที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี เมื่อประชากรไทยมีอายุยืนขึ้น แต่ด้วยเศรษฐกิจที่ไม่ดี ทำให้การดำรงชีวิตมีคุณภาพลดลง รับประทานอาหารที่มีแคลเซียมไม่เพียงพอ ดื่มนมค่อนข้างน้อย อาศัยอยู่ในสภาพแวดล้อมที่ไม่เหมาะสม โรคประจำตัวที่เพิ่มมากขึ้นจากการรับประทานยาที่ไม่ถูกต้องส่วนไม่ตระหนักถึงความจำเป็นของการออกกำลังกายรวมทั้งภาวะกระดูกพรุนมากขึ้นตามความเสี่ยงของร่างกายที่เพิ่มขึ้นตามอายุเมื่อมีการบาดเจ็บที่ไม่รุนแรง เช่น การตกเตียง ตกเก้าอี้ หรือหกล้มขณะเดินและพบอุบัติการณ์เพิ่มขึ้นตามอายุ¹ โดยมีอัตราส่วนหญิงต่อชายเท่ากับ 2 ต่อ 1 วิทยาลัยจึงต้องมีความรู้ และการจัดการที่ทันทั่วทั้งในผู้ป่วยที่มีกระดูกสะโพกหัก สามารถให้การพยาบาลผู้ป่วยที่มีโรคร่วมได้ถูกต้องปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน²

ขณะนี้กระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายว่าผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักต้องได้รับการผ่าตัดภายใน 72 ชั่วโมง ขณะที่หลังผ่าตัด การฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยไม่ให้เกิดการหักซ้ำ เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยทางกลุ่มออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลราชบุรีตระหนักถึงความสำคัญดังกล่าว ประกอบกับนโยบายของเขตบริการสุขภาพที่ 5 มีเป้าหมายพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยสูงอายุที่กระดูกสะโพกหัก ลดความพิการ เพิ่มการเข้าถึงบริการการรักษา กลุ่มงานออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลราชบุรีจึงได้เข้าร่วมโครงการ ฮิปฟาสแทรค (Hip Fast Tract) และปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่กระดูกสะโพกหักกลุ่มงานออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลราชบุรีพบผู้ป่วยกระดูกสะโพกหัก ปี 2561 - 2563 จำนวน 139, 263, 332 ราย หอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์หญิงมีผู้ป่วยที่กระดูกข้อสะโพกหัก จำนวน 112, 113, 144 รายตามลำดับ จำนวนผู้ป่วยกระดูกต้นขาส่วนคอหักและได้รับการผ่าตัดจำนวน 39, 40, 42 รายตามลำดับ ซึ่งเป็นผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 50 ปี และมีโรคร่วมที่พบบ่อย ได้แก่ โรคเบาหวาน

และโรคความดันโลหิตสูง เป็นต้น

การเกิดกระดูกสะโพกหักในผู้สูงอายุส่วนใหญ่ สาเหตุหลักมาจากการพลัดตกหกล้ม ซึ่งเมื่ออายุเพิ่มขึ้นจะเกิดการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย ในทางเสื่อมถอยลง ระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อ เกิดการเปลี่ยนแปลง มวลกระดูกลดลง ทำให้เกิดการอ่อนแอของกล้ามเนื้อ ทำให้สูญเสียความสมดุลในการทรงตัว อีกทั้งการรับรู้ความรู้สึก การรับรู้ ตำแหน่งการตอบสนองต่าง ๆ ต่อสิ่งเร้าลดลง รวมถึงความบกพร่องในการมองเห็น ส่งผลให้เกิดการพลัดตกหกล้มได้ง่าย อีกทั้งยังพบว่ามีปัจจัย ด้านพฤติกรรมที่มีผลต่อการเกิดการพลัดตกหกล้ม ได้ เช่น การใช้ไม้เท้าช่วยเดิน การได้รับยาหลายขนานและยาทางจิตและประสาท การใส่เสื้อผ้าที่ไม่พอดีตัว ใส่รองเท้าที่หลวมและไม่มียึดเกาะ ทำให้ผู้สูงอายุเกิดการสะดุดล้มได้ง่าย ส่วนปัจจัย ด้านสิ่งแวดล้อมที่เอื้อให้เกิดการพลัดตกหกล้ม ได้แก่ สภาพพื้นบ้านที่ลื่นหรือลาดเอียง มีพื้นขรุขระ เป็นหลุมบ่อ มีแสงสว่างไม่เพียงพอ มีสิ่งกีดขวางทางเดิน เช่น สายไฟ การวางสิ่งของไม่เป็นระเบียบ เป็นต้น¹ ซึ่งสาเหตุหลักมาจากการพลัดตกหกล้ม โดยพบว่ามีอุบัติการณ์การเกิดกระดูกสะโพกหักในผู้สูงอายุอย่างน้อย 150-250 รายต่อแสนประชากร ในประเทศแถบยุโรปและอเมริกาเหนือ³ และทั่วโลกคาดว่าจะมีผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักจำนวน 2.6 ล้านรายในปี พ.ศ.2568⁴ ส่วนในประเทศไทย ข้อมูลจากการศึกษาจังหวัดเชียงใหม่ในปี พ.ศ.2556 พบว่ามีอุบัติการณ์กระดูกสะโพกหักในผู้สูงอายุมากกว่า 50 ปี คิดเป็น 181 ต่อ 100,000 คน โดยมีอายุเฉลี่ยที่ 76.7 ปี เป็น

เพศหญิงมากกว่าชาย 2.4 เท่าและจะเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ โดยคาดว่าในปี พ.ศ.2568 และ 2593 จะมีจำนวนผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักถึง 34,246 คน และ 56,443 คน ตามลำดับ⁵ นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยโรคกระดูกพรุนที่มีปัญหากระดูกสะโพกหักมีอัตราการเสียชีวิตสูงติดอันดับ 1 ใน 6 ของสาเหตุการเสียชีวิตในประชากรไทย โดยเฉพาะอย่างยิ่งภายใน 1 ปีแรกหลังการเกิดกระดูกสะโพกหัก การศึกษาจากหลายประเทศรวมถึงประเทศไทย ในจังหวัดเชียงใหม่พบอัตราการเสียชีวิตภายหลังกระดูกหักมากถึงร้อยละ 18 - 20 และเมื่อติดตามต่อไปเป็นระยะเวลา 5 และ 10 ปี พบว่า อัตราการเสียชีวิตมากขึ้นถึงร้อยละ 30 และ 68 ตามลำดับ (median survival 6 ปี) และการผ่าตัดล่าช้า อาจก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ จากภาวะทุพพลภาพหรือการนอนติดเตียง เช่น ปอดติดเชื้อ แผลกดทับ และเสียชีวิตได้ นอกจากนี้เมื่อเกิดกระดูกสะโพกหักครั้งแรก มีแนวโน้มพบการเกิดกระดูกหักซ้ำมากขึ้นถึง 2.5 เท่า² กระดูกสะโพกหักเป็นมากกว่าการเกิดกระดูกหัก ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงครั้งใหญ่ในชีวิตเกิดภาวะพึ่งพิง ผู้ป่วยต้องได้รับการผ่าตัดและการฟื้นฟูสภาพ ทั้งด้านความแข็งแรงและการเคลื่อนไหว แต่ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว มีข้อจำกัด ไม่สามารถผ่าตัดได้ตามแนวทางการรักษา ต้องมีการขอความร่วมมือจากทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อให้การผ่าตัดได้ภายใน 72 ชั่วโมงเพื่อให้ผู้ป่วยที่มีความพร้อม ลดอัตราการทุพพลภาพและอัตราการเสียชีวิต ส่งเสริมให้ผู้ป่วยกลับไปใช้ชีวิตประจำวันได้อย่างมีคุณภาพ

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยกระดูกต้นขาส่วนคอหักที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมที่มีภาวะโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน

2. เพื่อนำความรู้ที่ได้จากการศึกษามาพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยกระดูกต้นขาส่วนคอหักที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมให้ครอบคลุมทุกมิติ

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย เป็นการศึกษาเปรียบเทียบกรณีศึกษา (comparative case study)

กลุ่มอย่างที่ศึกษา ได้แก่ ผู้ป่วยกระดูกต้นขาส่วนคอหัก ที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมที่มีภาวะโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์หญิง โรงพยาบาลราชบุรี จังหวัดราชบุรี ตั้งแต่วันที่ 1 -30 กันยายน 2563 เลือกกลุ่มตัวอย่างโดยเฉพาะเจาะจง จำนวน 2 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูล เวชระเบียนผู้ป่วยในการพยาบาล การสัมภาษณ์

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง ผู้ศึกษาดำเนินการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยที่เข้าร่วมการศึกษากกรณีศึกษา 2 รายได้ขออนุญาตผู้ป่วยและญาติโดยการลงนามในใบยินยอมการรักษาพยาบาลและขออนุญาตเพื่อนำมาเป็นกรณีศึกษาและได้อธิบายวัตถุประสงค์ของการศึกษา ไม่มีการละเมิดสิทธิของผู้ป่วยและข้อมูลส่วนตัวทุกอย่างเป็นความลับ

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ได้แก่อาการสำคัญ ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบันประวัติการเจ็บป่วยในอดีตและผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ผลเอ็กซเรย์ (x-ray) ประเมินปัญหาความต้องการการพยาบาลโดยใช้กรอบแนวคิดแบบแผนสุขภาพ (functional health pattern) 11 แบบแผนของกอร์ดอนเป็นแบบในประเมินผลการพยาบาล⁶ และการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา (content Analysis) เชงเปรียบเทียบพยาธิสภาพ อาการและอาการแสดง การรักษา ปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ตลอดจนการวางแผนจำหน่าย

ผลการวิจัย

กรณีศึกษารายที่ 1 ผู้ป่วยหญิงไทยอายุ 74 ปี มาด้วยอาการปวดสะโพกซ้าย 2 ชั่วโมง หลังล้มล้ม โรคประจำตัวโรคความดันโลหิตสูง ได้รับยา amlodipine (5 mg) 1 tab oral od pc , losartan (50mg.) 1 tab oral od pc โรคเบาหวานได้รับยา metformin (500mg) 2 tabs oral bid pc, glipizide (5 mg) 1 tab oral bid ac, mixtard (70/30) 30 unit subcutaneous เข้า และ 20 unit subcutaneous เย็น ยารักษาไขมันในเลือดสูง simvastatin (20 mg) 1 tab oral od pc และได้ รับยา aspirin (81mg) 1 tab oral od pc รับประทานยาต่อเนื่อง แพทย์วินิจฉัย กระดูกต้นขาส่วนคอข้างซ้ายหัก (closed fracture neck of left femur) ผู้ป่วยรู้ตัวดี ปวดสะโพกซ้าย ระดับ

คะแนนความเจ็บปวดเท่ากับ 8 คะแนน ความดันโลหิต 148/69 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 68 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 22 ครั้ง/นาที อุณหภูมิร่างกาย 37.1 องศาเซลเซียส oxygen saturation 98% แพทย์ให้ยา aspirin (81) งดยาเบาหวานชนิดรับประทานและให้ regular insulin ตามระดับน้ำตาลปลายนิ้ว ให้การรักษาโรคความดันโลหิตสูงต่อเนื่อง, ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ complete blood count hematocrit 31.3% BUN 17mg/dl creatinine 1.15mg/dl electrolytes, urine analysis ปกติ ระดับน้ำตาลปลายนิ้ว 38-307 mg% ให้การรักษาตามผลระดับน้ำตาล ผลการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ ปกติขณะนอนรอการผ่าตัด ไม่เกิดผลกดทับ ใช้แบบประเมิน modified early warning signs พบว่าไม่เกิดภาวะลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำส่วนลึก (deep vein thrombosis)/โรคลิ่มเลือดอุดตันในปอด (pulmonary embolism) ปรึกษาอายุรแพทย์ให้ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด 80-200mg% ระดับความดันโลหิต < 140/90 มิลลิเมตรปรอท ปรึกษาวิสัญญีแพทย์ให้การรักษาโรคความดันโลหิตสูงก่อนผ่าตัด แพทย์ให้การรักษาโดยการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม (bipolar hemiarthroplasty) ขณะผ่าตัดไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน หลังผ่าตัด ผู้ป่วยคาสายสวนปัสสาวะ (retained foley's catheter) ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการฉีดยาระงับความรู้สึกเฉพาะที่เข้าช่องน้ำไขสันหลัง (spinal block) ไม่เกิดภาวะไฮโปโวลีมิคช็อก (hypovolemic shock) ใช้นวัตกรรมหมอนกางขา ไม่เกิดข้อสะโพกเคลื่อน (hip dislocation) ไม่เกิดการติดเชื้อแผลผ่าตัด

ไม่เกิดภาวะลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำส่วนลึก (deep vein thrombosis) /โรคลิ่มเลือดอุดตันในปอด (pulmonary embolism) ไม่เกิดการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะหลังถอดสายสวนปัสสาวะ (off foley's catheter) ผู้ป่วยสามารถปัสสาวะได้เอง ในผู้ป่วยรายนี้ปรึกษานักกายภาพบำบัดสอนเดินด้วยอุปกรณ์ช่วยเดิน 4ขา (pick up walker) เดินได้หลังผ่าตัด 6 วัน สามารถจำหน่ายกลับบ้านได้ และนัดติดตามอาการ 2 สัปดาห์ และมีการติดตามภาวะสุขภาพผู้ป่วยหลังจำหน่ายพบว่าผู้ป่วยและญาติสามารถปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง ไม่เกิดการเคลื่อนหลุดของข้อสะโพกเทียม ไม่เกิดการพลัดตกหกล้มซ้ำ




กรณีศึกษา รายที่ 2 ผู้ป่วยหญิงไทยอายุ 81 ปี มาด้วยอาการปวดสะโพกซ้าย 5 ชั่วโมง หลังล้มล้ม โรคประจำตัวโรค คือความดันโลหิตสูง ได้รับยา amlodipine (5 mg) 1 tab oral od pc, losartan (50mg) 1 tab oral od pc โรคเบาหวาน ได้รับยา metformin (500mg) 2 tabs oral bid pc, glipizide (5 mg) 1 tab oral od ac ยารักษาไขมันในเลือดสูง simvastatin (20 mg) 1 tab oral od pc รับประทานยาต่อเนื่องแพทย์วินิจฉัย กระดูกต้นขาส่วนคอข้างซ้ายหัก (closed fracture neck of left femur) ผู้ป่วยรู้ตัวดี ปวดสะโพกซ้าย ระดับคะแนนความเจ็บปวดเท่ากับ 8 คะแนน ความดันโลหิต 147/59 มิลลิเมตรปรอทชีพจร 90 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 24 ครั้ง/นาที อุณหภูมิร่างกาย 37.3 องศาเซลเซียส แพทย์ให้ยาเบาหวานชนิดรับประทาน metformin (500mg) 2 tabs oral bid pc glipizide (5mg) 1 tab oral od ac และให้

ยารักษาโรคความดันโลหิตสูงต่อเนื่อง, ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ complete blood count hematocrit 26.7% BUN 9mg/dl creatinine 0.86 mg/dl electrolytes sodiam 132 mmol/dl ระดับน้ำตาลปลายนิ้ว 40-234 mg% ให้การรักษาตามผลระดับน้ำตาล ผลการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจปกติ ขณะนอนรอการผ่าตัด แพทย์พิจารณาดึงถ่วงน้ำหนักผ่านทางผิวหนัง (skin traction) ระดับคะแนนความเจ็บปวดเท่ากับ 3 คะแนน ไม่เกิดการบาดเจ็บของเส้นประสาทส่วนปลาย (peroneal nerve injury) ไม่เกิดผลกดทับ ใช้ modified early warning signs พบว่าไม่เกิดภาวะลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำส่วนลึก (deep vein thrombosis) /โรคลิ่มเลือดอุดตันในปอด (pulmonary embolism) oxygen saturation 95-97% มีความดันโลหิตสูง 158/67 มิลลิเมตรปรอทแพทย์ปรับเพิ่มยารักษาโรคความดันโลหิตสูง amlodipine (5 mg) 1 tab oral bid pc ผู้ป่วยสามารถปัสสาวะได้เอง 5 ครั้ง/วัน ภายหลังผู้ป่วยหลังนอนโรงพยาบาล 5 วัน มีไข้ อุณหภูมิร่างกาย 39.0 องศาเซลเซียส ตรวจร่างกาย มีกระเพาะปัสสาวะเต็ม (full bladder) จึงทำการคาสายสวนปัสสาวะ (retained foley's catheter) ได้ปัสสาวะ 1,500 มิลลิลิตร พบว่ามี การติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ ผลตรวจปัสสาวะ พบ wbc10-20/HPF urine culture พบ moderate escherichia coli รักษาด้วยยา ceftriaxone 2 gm. ทางหลอดเลือดดำ วันละครั้ง ระยะเวลา 10 วัน ภาวะโซเดียมในเลือดต่ำ (hyponatremia) Na=121 mmol/dl ได้รับการดูแลรักษาด้วยโซเดียมคลอไรด์ 1,000 ml ทางหลอดเลือดดำ ร่วม



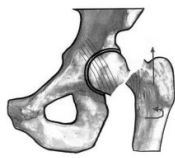
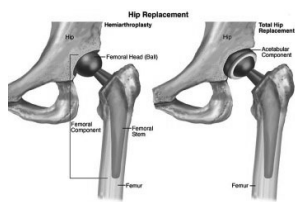


กับยา NaCl 2 tabs oral tid pc ภายหลังได้รับยา Na = 138 mmol/dl ก่อนผ่าตัดมีภาวะช็อค แพทย์มีแผนการรักษาให้เลือดชนิด pack red cell 1 unit ผล hematocrit หลังได้รับเลือด= 32% ปรีกษาอายุรแพทย์ให้ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด <180mg% ระดับความดันโลหิต < 140/90 มิลลิเมตรปรอท ปรีกษาวิสัญญีแพทย์ให้ยารักษาโรคความดันโลหิตสูงก่อนผ่าตัด ผู้ป่วยรายนี้ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม (bipolar hemiarthroplasty) ขณะผ่าตัดไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน และหลังผ่าตัดไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการฉีดยาระงับความรู้สึกเฉพาะที่เข้าช่องน้ำไขสันหลังร่วมกับได้รับยามอร์ฟิน (spinal block with morphine 0.2 mg) ประเมิน sedation score = 0 อัตราการหายใจ 18-20 ครั้ง/นาทีไม่เกิดภาวะไฮโปโวลีมิคช็อค (hypovolemic shock) ใช้นวัตกรรมหมอนกางขาไม่เกิดข้อสะโพกเคลื่อน (hip dislocation) ไม่เกิดการติดเชื้อแผลผ่าตัด ไม่เกิดภาวะลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำส่วนลึก (deep vein thrombosis) /โรคลิ่มเลือดอุดตันในปอด (pulmonary embolism) หลังถอดสายสวนปัสสาวะ (off foley's catheter) ปัสสาวะได้เอง ปรีกษานักกายภาพบำบัด สอนเดินด้วยอุปกรณ์ช่วยเดิน 4 ขา (pick up walker) เดินได้หลังจากผ่าตัด 7 วัน สามารถจำหน่ายกลับบ้านและนัดติดตามอาการ 2 สัปดาห์และมีการติดตามภาวะสุขภาพผู้ป่วยหลังจำหน่ายพบว่าผู้ป่วยและญาติสามารถปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง ไม่เกิดการเคลื่อนหลุดของข้อสะโพกเทียม ไม่เกิดการพลัดตกหกล้มซ้ำ

การศึกษาเปรียบเทียบกรณีศึกษา

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบข้อมูลการเจ็บป่วยของกรณีศึกษา

ข้อมูลทั่วไป	ทฤษฎี	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
ปัจจัยเสี่ยง	พบได้บ่อยมากในผู้สูงอายุ โดยร้อยละ 80 เกิดในสตรี และมีความสัมพันธ์กับภาวะกระดูกพรุนโดยตรง เกิดจากอุบัติเหตุไม่รุนแรง	เพศหญิง อายุ 74 ปี ยืนแล้วลื่นล้ม โรคประจำตัว เบาหวาน และ ความดันโลหิตสูง	เพศหญิง อายุ 81 ปี ยืนแล้วลื่นล้ม โรคประจำตัว เบาหวาน และ ความดันโลหิตสูง
อาการ/อาการแสดง	-เจ็บปวดที่สะโพกหรือขาหนีบอย่างรุนแรง -ไม่สามารถทั้งน้ำหนักลงบนขาข้างที่สะโพกบาดเจ็บได้ -ซ้ำและบวมในบริเวณรอบๆ สะโพกของคุณ -ขาข้างที่สะโพกบาดเจ็บสั้นลง -ขาข้างที่สะโพกบาดเจ็บพลิกออกด้านข้าง	-ปวดสะโพกซ้ายรุนแรง -ไม่สามารถลงเดินได้ -สะโพกซ้ายบวม ไม่มีรอยช้ำ -ขาข้างซ้ายสั้นกว่าขาขวา -ขาข้างซ้ายพลิกออก	-ปวดสะโพกซ้ายรุนแรง -ไม่สามารถลงเดินได้ -สะโพกซ้ายบวม ไม่มีรอยช้ำ -ขาข้างซ้ายสั้นกว่าขาขวา -ขาข้างซ้ายพลิกออก
การวินิจฉัย	fracture neck of femur	fracture neck of left femur	fracture neck of left femur
ภาพรังสี	การจำแนกประเภทนิยมจำแนกตามวิธีของ Garden classification type I incomplete fracture. (valgus impacted) 	 type IV complete fracture. fully displaced	 type IV complete fracture. fully displaced

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบข้อมูลการเจ็บป่วยของกรณีศึกษา (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	ทฤษฎี	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
	<p>type II complete fracture. nondisplaced</p> 		
	<p>type III complete fracture. partially displaced</p> 		
	<p>type IV complete fracture. fully displace</p> 		
การรักษา	<ol style="list-style-type: none"> 1. skin traction 2. ผ่าตัดตามโลหะ 3. ผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม 	<p>ผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม</p> 	<p>skin traction ผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม</p> 
จำนวนวันรอผ่าตัด	3	6	24
จำนวนวันนอนโรงพยาบาล	8-10	12	32

วารสารวิชาการและการพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี จักรีรัช
ปีที่ 1 ฉบับที่ 2 (กรกฎาคม – ธันวาคม 2564)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบข้อวินิจฉัยการพยาบาลและปฏิบัติการพยาบาล

การพยาบาล	ข้อวินิจฉัย	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
ระยะก่อนผ่าตัด	1.ไม่สบายจากการปวดสะโพกซ้ายมาก	ประเมินความเจ็บปวดโดยใช้ numeric rating scale และให้การแก้ไขตามระดับความเจ็บปวดเพื่อลดอาการเจ็บปวดและลดความเสี่ยงที่จะทำให้เกิดความดันโลหิตสูงได้	ประเมินความเจ็บปวดโดยใช้ numeric rating scale และให้การแก้ไขตามระดับความเจ็บปวดเพื่อลดอาการเจ็บปวดและลดความเสี่ยงที่จะทำให้เกิดความดันโลหิตสูงได้
	2.วิตกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัด	ให้ข้อมูลที่เพียงพอเกี่ยวกับแผนการรักษา พร้อมเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติซักถาม	ให้ข้อมูลที่เพียงพอเกี่ยวกับแผนการรักษา พร้อมเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติซักถาม
	3.เตรียมความพร้อมก่อนจำหน่าย (มีโอกาสปฏิบัติตัวต่อเนื่องไม่ถูกต้อง)	- อธิบายแผนการรักษา การปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด เปลี่ยนข้อสะโพกเทียม แจกเอกสารการปฏิบัติตัว	- อธิบายแผนการรักษา การปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด เปลี่ยนข้อสะโพกเทียม แจกเอกสารการปฏิบัติตัว
	4.มีโอกาสดังเกิด deep vein thrombosis/ pulmonary embolism	กระตุ้นให้ ankle pumping สังเกตอาการบวมของขา วัด oxygen saturation วันละ 1 ครั้ง ใช้ modified early warning signs	กระตุ้นให้ ankle pumping สังเกตอาการบวมของขา วัด oxygen saturation วันละ 1 ครั้ง ใช้ modified early warning signs
	5.ภาวะน้ำตาลในเลือดสูง	เจาะระดับน้ำตาลปลายนิ้วและรายงานแพทย์เมื่อผิดปกติ สังเกตอาการผิดปกติ แนะนำเรื่องอาหารที่มีน้ำตาลต่ำให้การแก้ไขตามแผนการรักษา	เจาะระดับน้ำตาลปลายนิ้วและรายงานแพทย์เมื่อผิดปกติ สังเกตอาการผิดปกติ แนะนำเรื่องอาหารที่มีน้ำตาลต่ำให้การแก้ไขตามแผนการรักษา
	6. ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ	-	เจาะระดับน้ำตาลปลายนิ้วและรายงานแพทย์เมื่อผิดปกติ สังเกตอาการผิดปกติ ให้การแก้ไขตามแผนการรักษา
	7. มีโอกาสดังเกิด pressure ulcer	ประเมินระดับ Braden score สังเกตลักษณะผิวหนังตามปุ่มกระดูก พลิกตะแคงตัวทุก 2 ชั่วโมง	ประเมินระดับ Braden score สังเกตลักษณะผิวหนังตามปุ่มกระดูก พลิกตะแคงตัวทุก 2 ชั่วโมง
	8.มีโอกาสดังเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัด	ติดตามผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ ผลตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ chest x-ray ปรึกษาอายุรแพทย์ ปรึกษาวิสัญญีแพทย์ และให้การพยาบาลตามแผนการรักษา	
	9. มีภาวะความดันโลหิตสูง 158/67 มิลลิเมตรปรอท		วัดสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง แนะนำอาหารจัด ให้ยารับประทานตามแผนการรักษาสังเกตอาการปวดศีรษะ ตาพร่า

วารสารวิชาการและการพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี จักรีรัช
ปีที่ 1 ฉบับที่ 2 (กรกฎาคม - ธันวาคม 2564)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบข้อวินิจฉัยการพยาบาลและปฏิบัติการพยาบาล (ต่อ)

การพยาบาล	ข้อวินิจฉัย	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
	10. มีการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ		retained foley's catheter, ทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์เข้า-เย็นและหลังขับถ่าย แนะนำดื่มน้ำ 1แก้ว/ชั่วโมง ให้ยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษา
	11.ซีด hematocrit = 26.7%		ให้ยา folic acid และให้ PRC 1 unit ตามแผนการรักษา
	12.ภาวะโซเดียมในเลือดต่ำ		อาการซึม อ่อนเพลีย ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำและให้ยา NaClรับประทาน ติดตามผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ วัดสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง
	13.ไม่สุขสบายจากท้องผูก		พลิกตะแคงตัวทุก 2 ชั่วโมง แนะนำดื่มน้ำ 1แก้ว/ชั่วโมง ให้ยาปรับ senokot 2 tabs oral hs. และunison enemaตามแผนการรักษา
	14.มีโอกาสดึง peroneal nerve injury,plaster sore		จัดท่านอนไม่ให้ปุ่มกระดูกข้างเข่าด้านนอกถูกกดทับ สังเกตอาการเท้าตก สังเกตลักษณะผิวหนังว่ามีผื่น ตุ่มน้ำ
	15.มีโอกาสดึงภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัด		ภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัด ติดตามผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ ผลตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ เอกซเรย์ปอด (chest x-ray) ปรึกษาอายุรแพทย์ ปรึกษาวิสัญญีแพทย์ และให้การพยาบาลตามแผนการรักษา
ระยะผ่าตัด	1.มีโอกาสดึงภาวะแทรกซ้อนจากการทำ spinal block	วัดสัญญาณชีพทุก 15 นาที 4 ครั้ง ทุก 30นาที 2ครั้ง ทุก 1 ชั่วโมงจนคงที่ แนะนำดื่มน้ำ 1แก้ว/ชั่วโมง สังเกตอาการขาของขา อาการปวดศีรษะในท่านั่ง ยืน	วัดสัญญาณชีพทุก 15 นาที 4ครั้ง ทุก 30 นาที 2ครั้ง ทุก 1ชั่วโมงจนคงที่ สังเกตระดับความรู้สึกตัว การหายใจ อาการคัน การคลื่นไส้อาเจียน แนะนำดื่มน้ำ 1แก้ว/ชั่วโมง สังเกตอาการขาของขา อาการปวดศีรษะในท่านั่ง ยืน
	2.มีโอกาสดึงภาวะ hypovolemic shock	วัดสัญญาณชีพทุก 15 นาที 4 ครั้ง ทุก 30นาที 2ครั้ง ทุก 1 ชั่วโมงจนคงที่สังเกตจำนวนเลือดที่ออก วัดจำนวนปัสสาวะทุก 2-4ชั่วโมง ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ เจาะ hematocrit	วัดสัญญาณชีพทุก 15 นาที 4ครั้ง ทุก 30 นาที 2ครั้ง ทุก 1ชั่วโมงจนคงที่สังเกตจำนวนเลือดที่ออก วัดจำนวนปัสสาวะทุก 2-4ชั่วโมง ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ เจาะ hematocrit

วารสารวิชาการและการพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี จักรีรัช
ปีที่ 1 ฉบับที่ 2 (กรกฎาคม – ธันวาคม 2564)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบข้อวินิจฉัยการพยาบาลและปฏิบัติการพยาบาล (ต่อ)

การพยาบาล	ข้อวินิจฉัย	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
	3. มีโอกาสเกิด hip dislocation	จัดท่านอนทางขาด้วยหมอนทางขา สังกศความยาวของขา 2ข้าง	จัดท่านอนทางขาด้วยหมอนทางขา สังกศความยาวของขา 2ข้าง
	4. ไม่สุขสบายจากการปวดสะโพกซ้ายมาก	ประเมินความเจ็บปวดโดยใช้ numeric rating scale และให้การแก้ไขตามระดับความเจ็บปวดเพื่อลดอาการเจ็บปวด และลดความเสี่ยงที่จะทำให้เกิดความดันโลหิตสูงได้	ประเมินความเจ็บปวดโดยใช้ numeric rating scale และให้การแก้ไขตามระดับความเจ็บปวดเพื่อลดอาการเจ็บปวด และลดความเสี่ยงที่จะทำให้เกิดความดันโลหิตสูงได้
	5. มีโอกาสเกิดการติดเชื้อแผลผ่าตัด	วัดสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง แนะนำการดูแลบาดแผล สังกศอาการบวมแดงร้อน ให้ยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษา	วัดสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง แนะนำการดูแลบาดแผล สังกศอาการบวมแดงร้อน ให้ยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษา
	6. มีโอกาสเกิด deep vein thrombosis/ Pulmonary embolism	กระตุ้นให้ ankle pumping สังกศอาการบวมของขา วัด oxygen saturation วันละ 1 ครั้ง ใช้ modified early warning signs	กระตุ้นให้ ankle pumping สังกศอาการบวมของขา วัด oxygen saturation วันละ 1 ครั้ง ใช้ modified early warning signs
	7. มีโอกาสเกิดการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ	ทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ เช้า-เย็นและเมื่อขับถ่าย แนะนำ ตุ่มน้ำ 1 แก้ว/ชั่วโมง แนะนำ การปฏิบัติตัวขณะคาสายสวนปัสสาวะ สังกศลักษณะและจำนวนปัสสาวะ	ทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ เช้า-เย็นและเมื่อขับถ่าย แนะนำ ตุ่มน้ำ 1 แก้ว/ชั่วโมง แนะนำ การปฏิบัติตัวขณะคาสายสวนปัสสาวะ สังกศลักษณะและจำนวนปัสสาวะ
ระยะหลังผ่าตัด	8. เสี่ยงสมดุลการเคลื่อนไหว	พยุ่งนั่งห้อยขาข้างเดียว แนะนำ ออกกำลังกล้ามเนื้อหน้าขา ปรีกษานักกายภาพบำบัด	พยุ่งนั่งห้อยขาข้างเดียว แนะนำ ออกกำลังกล้ามเนื้อหน้าขา ปรีกษานักกายภาพบำบัด
ระยะจำหน่าย	1. มีโอกาสปฏิบัติตัวต่อเนื่องไม่ถูกต้อง	ทบทวนการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด ตามหลัก DEMETHOD ของ care giver และผู้ป่วย 2. การให้ความรู้เรื่องการป้องกันการหกล้มซ้ำ	ทบทวนการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดตามหลัก DEMETHOD ของ care giver และผู้ป่วย 2. การให้ความรู้เรื่องการป้องกันการหกล้มซ้ำ
ระยะหลังจำหน่าย		มีการติดตามภาวะสุขภาพผู้ป่วย หลังจำหน่ายเพื่อประเมินความรู้ความสามารถและประเมินปัญหาที่อาจเกิดขึ้น	มีการติดตามภาวะสุขภาพผู้ป่วย หลังจำหน่ายเพื่อประเมินความรู้ความสามารถและประเมินปัญหาที่อาจเกิดขึ้น

ประเมินผลทางการพยาบาล

1. ผู้ป่วยทั้งสองรายมีโรคประจำตัวเบาหวาน ความดันโลหิตสูง มาด้วยสาเหตุการเจ็บป่วย การลื่นล้ม (การบาดเจ็บไม่รุนแรง) อาการและอาการแสดงเหมือนกัน ปวดสะโพกซ้าย สะโพกซ้าย บวม ขาข้างซ้ายสั้นกว่าขาขวา ขาซ้ายพลิกออก ด้านข้าง กรณีศึกษาที่ 1 ได้รับยา aspirin (81) และ รอยหยดยา aspirin (81) 6 วัน จึงได้รับทำผ่าตัด กรณีศึกษาที่ 2 เกิดภาวะแทรกซ้อน คือ การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะและภาวะ hyponatremia ซึ่งต้องได้รับการรักษา 24 วันจึงได้รับการผ่าตัด

2. การเตรียมความพร้อมก่อนการผ่าตัด เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดติดตามผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ ผลตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ chest x-ray ปรีกษาอายุรแพทย์ ปรีกษาวิสัญญีแพทย์ และให้ยาความดันโลหิตสูงต่อเนื่อง เพื่อควบคุมความดันโลหิตหลังให้การพยาบาล ผู้ป่วยมีความพร้อมในการผ่าตัด ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนขณะผ่าตัดและหลังผ่าตัด

3. การใช้การจัดการความปวด กรณีศึกษาที่ 1 ให้ยาตามระดับความเจ็บปวด กรณีศึกษาที่ 2 ให้ยาตามระดับความเจ็บปวด แต่ผู้ป่วยต้องรอความพร้อมของร่างกาย ต้องรอการผ่าตัดเป็นระยะเวลา 24 วันแพทย์ให้ on skin traction เพื่อลดอาการปวด การดั่งรังของกล้ามเนื้อ จึงต้องให้การพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น เช่น plaster ulcer, peroneal nerve injury หลังให้การพยาบาลระดับความเจ็บปวดไม่เกิน 3 คะแนน

4. มีโอกาสเกิด deep vein thrombosis/ pulmonary embolism กระตุ้นให้ ankle

pumping สังเกตอาการบวมของขา วัด oxygen saturation วันละ 1 ครั้งใช้ modified early warning signs พบว่าทั้งสองกรณีศึกษาไม่เกิด deep vein thrombosis/ pulmonary embolism

5. เตรียมความพร้อมก่อนจำหน่าย (มีโอกาสปฏิบัติตัวต่อเนื่องไม่ถูกต้อง) ต้องมีการค้นหาผู้ดูแลหลัก (caregiver) อธิบายแผนการรักษา การปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม แจกเอกสารคู่มือการปฏิบัติตัว หลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม ทั้งสองกรณีศึกษา มีผู้ดูแลหลัก (care giver) คือบุตร

6. เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนาน
6.1 มีโอกาสเกิด pressure ulcer ประเมินระดับ Braden score กรณีศึกษาที่ 1 = 13 คะแนน กรณีศึกษาที่ 2 = 14 คะแนน สังเกตลักษณะผิวหนังตามปุ่มกระดูก พลิกตะแคงตัว ทุก 2 ชั่วโมงดูแลไม่ให้เกิดการเสียดสี ใช้นอนโฟม หลังปฏิบัติการพยาบาลทั้งสองกรณีศึกษา ไม่เกิด pressure ulcer

6.2 การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ กรณีศึกษาที่ 1 ไม่เกิด กรณีศึกษาที่ 2 มีการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ retained foley's catheter ทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์เข้า-เย็นและเมื่อขับถ่ายแนะนำดื่มน้ำ 1 แก้ว/ชั่วโมง ให้อาปภูชีวะนะตามแผนการรักษา หลังให้การพยาบาลผล urine analysis ปกติ

7. ภาวะท้องผูก กรณีศึกษาที่ 1 ไม่เกิดภาวะท้องผูก กรณีศึกษาที่ 2 ท้องผูก ให้พลิกตะแคงตัวทุก 2 ชั่วโมง แนะนำดื่มน้ำ 1 แก้ว/ชั่วโมง ให้อา senokot 2 tabs oral hs.และunison enema

ตามแผนการรักษาหลังให้การพยาบาลผู้ป่วย
ถ่ายอุจจาระได้

8. มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการ
ระงับความรู้สึก กรณีศึกษาที่ 1 ได้รับการทำ
spinal block การพยาบาล วัดสัญญาณชีพทุก
15 นาที 4 ครั้ง ทุก 30 นาที 2 ครั้ง ทุก 1 ชั่วโมง
จนคงที่แนะนำดื่มน้ำ 1 แก้ว/ชั่วโมง สังเกตอาการ
ชาของขา อาการปวดศีรษะในท่านั่ง ยืน กรณีศึกษา
ที่ 2 ได้รับการทำ spinal block+ morphine
การพยาบาลวัดสัญญาณชีพทุก 15 นาที 4 ครั้ง
ทุก 30 นาที 2 ครั้ง ทุก 1 ชั่วโมงจนคงที่สังเกต
ระดับความรู้สึกตัว การหายใจ อาการคัน
การคลื่นไส้อาเจียนแนะนำดื่มน้ำ 1 แก้ว/ชั่วโมง
สังเกตอาการชาของขา อาการปวดศีรษะในท่านั่ง
ยืนหลังให้การพยาบาลทั้งสองกรณีศึกษาไม่เกิด
ภาวะแทรกซ้อน สัญญาณชีพปกติ

9. มีโอกาสเกิดภาวะ hypovolemic
shock กรณีศึกษาที่ 1 มียาละลายลิ่มเลือดหยุดยา
aspirin (81) ได้ 6 วัน กรณีศึกษาที่ 2 มีภาวะซีด
ให้การพยาบาลวัดสัญญาณชีพทุก 15 นาที 4 ครั้ง
ทุก 30 นาที 2 ครั้ง และทุก 1 ชั่วโมงจนคงที่สังเกต
จำนวนเลือดที่ออก วัดจำนวนปัสสาวะทุก
2-4 ชั่วโมง ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ เจาะเลือด
ตรวจ hematocrit หลังให้การพยาบาลไม่เกิด
ภาวะ hypovolemic shock สัญญาณชีพปกติ

10. มีโอกาสเกิด hip dislocation มีการ
ให้คำแนะนำตั้งแต่ก่อนการผ่าตัด แจกเอกสารการ
ปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม
ใช้นวัตกรรมหมอนกางขา สังเกตความยาว
ของขา 2 ข้าง หลังให้การพยาบาลทั้งสองกรณี
ศึกษาไม่เกิด hip dislocation

11. มีโอกาสเกิดการติดเชื้อแผลผ่าตัด
ผู้ป่วยทั้งสองกรณีศึกษามีโรคเบาหวาน ได้รับการ
ดูแลรักษาเพื่อควบคุมระดับน้ำตาล วัดสัญญาณชีพ
ทุก 4 ชั่วโมง แนะนำการดูแลบาดแผล สังเกต
อาการบวมแดงร้อน ให้อยู่ปฏิบัติตัวตามแผนการ
รักษาหลังให้การพยาบาลทั้งสองกรณีศึกษาไม่เกิด
การติดเชื้อแผลผ่าตัด

12. เสี่ยงสมดุลงการเคลื่อนไหว ผู้ป่วย
ทั้งสองกรณีศึกษาเป็นผู้สูงอายุ กล้ามเนื้อไม่แข็งแรง
ให้การพยาบาลโดยพยุงนั่งห้อยขาข้างเดียว
แนะนำออกกำลังกายกล้ามเนื้อหน้าขา ปรึกษา
นักกายภาพบำบัด และประเมินการฝึกเดิน
หลังให้การพยาบาล ทั้งสองกรณีศึกษาสามารถ
เดินด้วย pick up walker ได้

13. อาการข้างเคียงของยาที่ได้รับกรณีศึกษา
ที่ 1 ไม่เกิดอาการข้างเคียง กรณีศึกษาที่ 2 เกิด
อาการข้างเคียงหลังได้ยา gabapentin เวียนศีรษะ
คลื่นไส้อาเจียน ให้การพยาบาล โดยจับน้ำอุ่น
รายงานแพทย์ หยุดยา gabapentin เฝ้าระวังการ
พลัดตกหกล้ม และให้ยารับประทานแก้เวียนศีรษะ
คลื่นไส้อาเจียนตามแผนการรักษา หลังให้การ
พยาบาลอาการทุเลา

14. มีโอกาสปฏิบัติตัวต่อเนื่องไม่ถูกต้อง
ทั้งสองกรณีศึกษาเป็นผู้สูงอายุไม่สามารถรับรู้
ข้อมูลได้ทั้งหมด ต้องการการพึ่งพา มีการค้นหา
ผู้ดูแลหลัก (care giver) ทบทวนการปฏิบัติตัวหลัง
ผ่าตัดตามหลัก DEMETHOD ของผู้ดูแลหลัก
(care giver) และผู้ป่วยการให้ความรู้เรื่อง
การป้องกันการหกล้มซ้ำหลังให้การพยาบาลญาติ
มีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง

15. การติดตามภาวะสุขภาพผู้ป่วยหลังจำหน่ายเพื่อประเมินความรู้ความสามารถและประเมินปัญหาที่อาจเกิดขึ้น พบว่าทั้งสองกรณีศึกษาผู้ป่วยและญาติสามารถปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง ไม่เกิดการเคลื่อนหลุดของข้อสะโพกเทียม ไม่เกิดการพลัดตกหกล้มซ้ำ

สรุปและการอภิปรายผลการวิจัย

1. จากการศึกษาทั้ง 2 กรณีศึกษาพบว่า การเกิดกระดูกต้นขาส่วนคอหักในผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวร่วมสอดคล้องกับงานวิจัยของ พรฤทธิ์ รัตนเมธานนท์⁶ ที่พบว่า มีอัตราการเกิดกระดูกหักเพิ่มขึ้นในกลุ่มประชากรที่มีอายุมากกว่าห้าสิบปี ซึ่งมีสาเหตุมาจากโรคกระดูกพรุน การเกิดกระดูกหักจากกระดูกพรุนส่งผลเสียทั้งสภาพร่างกาย สภาพจิตใจ ภาวะความเป็นอยู่ และสภาพทางเศรษฐกิจ โรคเบาหวานเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดกระดูกหัก 1.2 เท่า และเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดกระดูกบริเวณสะโพกหัก 1.7 เท่าเมื่อเทียบกับประชากรทั่วไปซึ่งเกิดจากหลายปัจจัย เช่น คุณภาพกระดูกและความแข็งแรงของกระดูกลดลง, ผู้ป่วยเบาหวานยังมีอุบัติการณ์ของการล้มมากขึ้นจากภาวะแทรกซ้อนของโรค ได้แก่ เบาหวานขึ้นจอประสาทตาทำให้การมองเห็นผิดปกติไป การเสื่อมของเส้นประสาททำให้ภาวะพร่องวิตามินดี น้ำตาลในเลือดต่ำ ความดันโลหิตต่ำลงเมื่อเปลี่ยนท่าทาง (orthostatic hypotension) รวมไปถึงผลข้างเคียงจากยารักษาโรคเบาหวาน

2. การพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุกระดูกต้นขาส่วนคอหักที่มีโรคร่วมความดันโลหิตสูง

โรคเบาหวานถ้าผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดล่าช้าจะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ เช่น ผลกดทับ การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ ส่งผลให้อัตราการเสียชีวิต อัตราการทุพพลภาพเพิ่มขึ้น จำนวนวันนอน และค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น จึงต้องได้รับความร่วมมือจากทีมสหสาขาวิชาชีพ ทั้ง ศัลยแพทย์ อายุรแพทย์ วิสัญญีแพทย์ แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูพยาบาล ทีมพยาบาลวิสัญญี ทีมห้องผ่าตัด นักกายภาพบำบัด นักโภชนาการ ทีมเวชกรรมสังคม สอดคล้องกับงานวิจัยของ วิวัฒน์ วจนวิศิษฐ์⁷ ที่พบว่า หากผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักได้รับการผ่าตัดภายใน 48-72 ชั่วโมง (Hip fast tract) สามารถลดอัตราทุพพลภาพ ลดภาวะแทรกซ้อนและเพิ่มอัตราการรอดชีวิตได้อย่างมีนัยสำคัญ ดังนั้นจึงมีนโยบายที่จะรักษาผู้ป่วยเหล่านี้แบบเร่งด่วน และดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดอย่างใกล้ชิดรวมทั้งการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยอย่างรวดเร็วหลังจากการผ่าตัดและดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องไปจนถึงกลับบ้าน และที่สุดสามารถนำผู้ป่วยกลับสู่สังคมด้วยคุณภาพชีวิตที่ดี

3. การเฝ้าระวังการเกิดภาวะลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำส่วนลึก/โรคลิ่มเลือดอุดตันในปอด (deep vein thrombosis/ pulmonary embolism) แม้จะพบได้น้อย แต่มีความรุนแรงอาจทำให้เสียชีวิตได้ ภาวะความดันโลหิตสูงมีความสัมพันธ์ในการเกิด deep vein thrombosis ภาวะหลอดเลือดดำอุดตันที่ขาสามารถนำไปสู่การเกิดภาวะหลอดเลือดอุดตันในปอด (pulmonary embolism) ซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนรุนแรงพยาบาลต้องมีความรู้ในการเฝ้าระวังโดยใช้ modified early warning signs

การป้องกันการเกิดโดยการกระตุ้นให้ผู้ป่วยกระดก ฝ่าเท้าขึ้นและคว่ำปลายเท้าลง (dorsiflexion & plantar flexion) สอดคล้องกับงานวิจัยของ พรทิพย์ สาริโส⁸ ที่ให้ผู้ป่วยกระดกฝ่าเท้าขึ้น และคว่ำปลายเท้าลง (dorsiflexion & plantar flexion) 10 ครั้ง ทุก 1-2 ชั่วโมงเพื่อเพิ่มการไหลกลับของเลือดดำอีกทั้งยังช่วยเพิ่มความเร็วในการไหลของเลือดดำที่ขา

4. พยาบาลควรต้องมีความรู้และทักษะในการจัดการความปวดของผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้สูงอายุมีความพร้อมในการผ่าตัดและการฟื้นฟูสภาพ สอดคล้องกับงานวิจัยของ Maher et al⁹ ที่พบว่าการจัดการความปวดควรเริ่มทำทันทีที่ผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหักเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล โดยการประเมินความปวดให้เหมาะสมกับลักษณะของผู้สูงอายุที่มีปัญหาการมองเห็น และการได้ยิน ควรให้เวลาในการตอบคำถามประเมินความปวด ผู้สูงอายุสมอแสงเสื่อมหรือภาวะสับสนเฉียบพลันที่มีปัญหาการรับรู้ในระดับน้อย ถึงปานกลาง ให้ถามผู้ป่วยด้วยคำถามสั้นๆง่ายๆ ผู้สูงอายุที่มีปัญหาเรื่องการรับรู้ในระดับรุนแรงให้ประเมินความปวดโดยสังเกตอาการทางกายและพฤติกรรมการแสดงออก และจากการศึกษาของ นันทิกานต์ แสงทอน และคณะ¹⁰ พบว่าความปวดยังส่งผลต่อด้านจิตใจ คือทำให้เกิดความวิตกกังวลเกิดความเครียด หรืออาจส่งผลต่อความอยากอาหารนอนไม่หลับและอาจทำให้การฟื้นตัวเป็นไปได้ช้า

5. การหยุดยาละลายลิ่มเลือดก่อนได้รับการผ่าตัดอันทำให้เกิดปัญหาการผ่าตัดล่าช้าได้ หลังเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลการผ่าตัดล่าช้า

ทำให้เกิดปัญหาสุขภาพ ภาวะแทรกซ้อน และอัตราการตายที่เพิ่มขึ้นจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่ง ที่ต้องมีการทำงานร่วมกันระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพ ซึ่งไม่สอดคล้องกับงานวิจัย ของ สุวิมล ต่างวิวัฒน์ และคณะ¹¹ ที่พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับยาต้านเกล็ดเลือด เช่น aspirin, clopidogrel, ticagrelor หรือ prasugrel ไม่ควรได้รับการเลื่อนผ่าตัด ควรหลีกเลี่ยงการฉีดยาชาเข้าช่องน้ำไขสันหลัง ยกเว้นผู้ป่วยที่ได้รับ aspirin การให้เกล็ดเลือด มีข้อบ่งชี้เฉพาะในกรณีผู้ป่วยมีเลือดออกจากการผ่าตัดแบบควบคุมไม่ได้ งานวิจัยดังกล่าวเป็นงานวิจัยใหม่ แต่แพทย์โรงพยาบาลราชบุรียังลงความเห็นให้หยุดยา aspirin ก่อนผ่าตัด 5-7 วัน เพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย

6. การบริหารยาต่างๆ ในผู้สูงอายุผู้ป่วย อาจเกิดอาการข้างเคียง เช่น ยา gabapentin มีอาการข้างเคียงคือเวียนศีรษะ คลื่นไส้อาเจียน ทำให้รับประทานอาหารไม่ได้ ในผู้ป่วยที่มีโรคเบาหวาน อาจทำให้เกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ (hypoglycemia) จนเกิดอันตรายต่อผู้ป่วยได้พยาบาลจึงต้องมีความรู้ เรื่องการออกฤทธิ์ และอาการข้างเคียง การแพ้ยา เพื่อสามารถเฝ้าระวังและแก้ไขได้ทันที่สอดคล้องกับงานวิจัยของ ทิพวัลย์ สุวรรณรักษ์¹² ที่พบว่าการใช้ยาในผู้สูงอายุนั้นเป็นสิ่งที่ผู้ให้การดูแลสุขภาพควรตระหนักและพึงระมัดระวังเพราะปัญหาที่เกิดจากการใช้ยานอกจากอันตรายที่มาจากตัวยาเองแล้วยังมีปัญหามาจากตัวผู้สูงอายุแต่ละคนด้วย เช่น ความเสื่อมของอวัยวะที่เกี่ยวข้องกับการขับถ่ายยา ทำให้เกิดการสะสมของยาในร่างกายเพิ่มมากขึ้น

7. การวางแผนการพยาบาลในการ
จำหน่าย พยาบาลต้องหาข้อมูลด้านผู้ดูแล
หลัก (care giver) เนื่องจากผู้ป่วยทั้ง 2 กรณีศึกษา
เป็นผู้ป่วยสูงอายุ มีข้อจำกัดหลายอย่าง เช่น
ความจำ การช่วยเหลือตัวเองที่ลดลง โรคประจำตัว
การป้องกันการหกล้ม ข้อมูลด้านการปฏิบัติกิจวัตร
ประจำวัน สถานที่ แหล่งประโยชน์ เพื่อวางแผน
การดูแล การสอน/สาธิตการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกัน
ข้อสะโพกเทียมหลุด การป้องกันการหกล้มซ้ำ
ถ้ามีการให้ความรู้ตั้งแต่แรกเริ่ม และมีการทบทวน
เป็นระยะ จะทำให้ผู้ป่วยและญาติ (care giver)
มีความมั่นใจ ปฏิบัติตัวได้ถูกต้องสอดคล้องกับงาน
วิจัยของ จิณพิชญ์ชา มะมม¹³ ที่พบว่าการเกิด
กระดูกสะโพกหักทำให้เกิดผลกระทบต่อ
ดำเนินชีวิต เนื่องจากความเจ็บปวดและถูกจำกัด
การเคลื่อนไหว ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน
ได้ อีกทั้งเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจาก
การถูกจำกัดการเคลื่อนไหว เช่น ปอดอักเสบ
แผลกดทับ การติดเชื้อในร่างกาย กล้ามเนื้อลีบ
ข้อยึดติด ทำให้ผู้ป่วยตกอยู่ในภาวะพึ่งพิงและ
รู้สึกเป็นภาระของผู้อื่น ส่งผลกระทบต่อด้านจิตใจ
ทำให้เกิดความวิตกกังวล หรือมีอาการซึมเศร้า
และการรับรู้คุณค่าในตนเองลดลง

8. การติดตามมีการติดตามภาวะ
สุขภาพผู้ป่วยหลังจำหน่ายเพื่อประเมินความรู้
ความสามารถและประเมินปัญหาที่อาจเกิดขึ้น

เช่น การพลัดตกหกล้มซ้ำ ซึ่งสามารถทำให้ทราบ
ข้อมูลของผู้ป่วย ผู้ป่วยและญาติสามารถปรึกษาได้
การให้ความรู้เรื่องการป้องกันการหกล้ม ซึ่ง
ประกอบด้วย การป้องกันทั้งที่โรงพยาบาล ที่บ้าน
และในชุมชน สามารถลดอัตราการหกล้มซ้ำของ
ผู้สูงอายุที่กระดูกสะโพกหักได้อย่างมีนัยสำคัญ
หากดำเนินการให้ความรู้ในการป้องกันการหกล้ม
แก่ผู้สูงอายุทุกราย โดยเน้นการป้องกันที่บ้าน
และการดูแลโดยชุมชน จะทำให้อัตราการเกิด
กระดูกหักในผู้สูงอายุลดลงได้

ข้อเสนอแนะ

1. พยาบาลประจำหอผู้ป่วยให้การ
พยาบาลตามโครงการ Hip fast tract เพื่อให้
ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดภายใน 72 ชั่วโมง
แต่เนื่องจากผู้ป่วยสูงอายุและมีโรคประจำตัว คือ
โรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน ซึ่งมี
ความเสี่ยงสูงต่อการผ่าตัด ต้องควบคุมระดับ
ความดันโลหิต และระดับน้ำตาลให้อยู่ในภาวะปกติ
ก่อนการผ่าตัด อาจทำให้การผ่าตัดล่าช้า พยาบาล
จึงต้องมีความรู้สมรรถนะในการจัดการ เพื่อให้
การผ่าตัด การรักษาเป็นไปตามเป้าหมาย

2. ควรมีการศึกษาเชิงเปรียบเทียบ
ระหว่างการดูแลผู้ป่วยโดยใช้แนวปฏิบัติทางการ
พยาบาลการดูแลผู้ป่วยตามโครงการ Hip fast
tract และผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลปกติ

เอกสารอ้างอิง

1. พรรณงาม พิมพ์ชู. ประสิทธิภาพของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการอาการปวดในผู้สูงอายุหลังผ่าตัดกระดูกสะโพกห่อผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต]. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2557.
2. ฐิตินันท์ อนุสรณ์วงศ์ชัย. ปัจจัยเสี่ยงการเกิดกระดูกสะโพกหักในผู้ป่วยสูงอายุที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลเถิดสิน. วารสารกรมการแพทย์. 2561; 43(3): 56-9.
3. Kanis JA, Odén A, McCloskey EV, Johansson H, Wahl DA, Cooper C. A systematic review of hip fracture incidence and probability of fracture worldwide. *Osteoporos Int.* 2012; 23(9): 2239-56. doi:10.1007/s00198-012-1964-3
4. อัญชลี คันธานนท์. การพยาบาลผู้สูงอายุกระดูกข้อสะโพกหักที่มีโรคเรื้อรังร่วมด้วย. วารสารวิชาการแพทย์เขต 11. 2556; 7(2): 271-80.
5. ประเสริฐ หล้าผลวนฉิษย์, เจริญชัย พากเพียรไพโรจน์, สมศักดิ์ ลีเชวงวงศ์. บูรณาการในการป้องกันและรักษากระดูกหักซ้ำซ้อนจากโรคกระดูกพรุน. วารสารกรมการแพทย์. 2558; 40(4): 16-9.
6. พรฤทัย รัตนเมธานนท์, ประสิทธิ์ ลีวัฒนภัทร. การเปรียบเทียบ FRAX score เพื่อประเมินโอกาสเกิดกระดูกหักเนื่องจากกระดูกพรุนในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่สองเปรียบเทียบกับผู้ป่วยที่ไม่ได้เป็นโรคเบาหวานที่เคยมีกระดูกสะโพกหักจากกระดูกพรุนมาก่อน. วชิรเวชสารและวารสารเวชศาสตร์เขตเมือง. 2564; 65(3): 221-34.
7. วิวัฒน์ วจนะวิศิษฐ. (บรรณาธิการ). ออร์โธปิดิกส์. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: ภาควิชาออร์โธปิดิกส์ คณะแพทยศาสตร์; 2554.
8. พรทิพย์ สารีโส, เกศรินทร์ อูทธิยะประสิทธิ์. การประยุกต์ใช้หลักฐานเชิงประจักษ์เพื่อป้องกันหลอดเลือดดำอุดตันในผู้ป่วยอายุรกรรม-ศัลยกรรม. วารสารพยาบาลศาสตร์คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล. 2554; 29(2): 27-36.
9. Maher C, Olds TS, Eisenmann JC, Dollman J. Screen time is more strongly associated than physical activity with overweight and obesity in 9- to 16-year-old Australians. *Acta Paediatr.* 2012; 101(11): 1170-4. doi:10.1111/j.1651-2227.2012.02804.x
10. นันทิกานต์ แสงทอน, สุภาพ อาลีเอื้อ, พิชญ์ประอร ยังเจริญ, วิโรจน์ กวินวงศ์โกวิท. ความปวด ความสามารถในการทำกิจกรรม และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีปัญหาข้อเข่าและข้อสะโพก: การศึกษาเปรียบเทียบก่อนและหลังผ่าตัด. ราชวิทยาลัยพยาบาลสาร. 2562; 25(1): 74-86.

11. สุวิมล ต่างวิวัฒน์, มิ่งขวัญ วงษ์ยิ่งสิน, วราลักษณ์ ศรีนนท์ประเสริฐ, ชาญญา บุญยศิรินันท์, อัญชญา สุรอมรรรัตน์, สุรีย์ สมประดีกุล และคนอื่นๆ. แนวทางการดูแลรักษาของทีมสหสาขา โรงพยาบาล ศิริราช: ผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการผ่าตัดกระดูกสะโพกหักที่ได้รับยาต้านการแข็งตัวของเลือด (anticoagulant) และยาต้านเกล็ดเลือด (antiplatelet) ช่วงก่อน ระหว่างและหลังผ่าตัด. วิทยุสื่อสาร. 2564; 47(3): 260-70.
12. ทิพวัลย์ สุวรรณรักษ์, อัญชลี เขียวโสธร ดุวอล. การใช้ยาในผู้สูงอายุ. วารสารวิชาการมหาวิทยาลัย อีสเทิร์นเอเชีย ฉบับวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี. 2557; 8(2): 79-86.
13. จินพิชญ์ชา มะมม. บทบาทพยาบาลกับแผลกดทับ: ความท้าทายในการป้องกันและการดูแล. วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี 2562; 20(5): 478-90.