

ผลงานที่เป็นผลการดำเนินงานที่ผ่านมา

1. **ชื่อผลงาน** การพยาบาลผู้ป่วยกระดูกคอสะโพกหัก
2. **ระยะเวลาที่ดำเนินการ** 13 วัน (ตั้งแต่วันที่ 28 ตุลาคม 2556 ถึงวันที่ 9 พฤศจิกายน 2556)
3. **ความรู้ทางวิชาการหรือแนวคิดที่ใช้ในการดำเนินการ**

กระดูกสะโพกหัก (hip fracture) หมายถึง การหักของกระดูกต้นขาบริเวณสะโพก ทำให้ส่วนหัว และ ก้านของกระดูกต้นขาแยกจากกัน แบ่งตามตำแหน่งที่หักได้ 3 บริเวณ คือ การหักของกระดูกต้นขาส่วนคอ (femoral-neck fracture) การหักของกระดูกอินเตอร์โทรแคนเทอร์ริก (intertrochanteric fracture) และการหักของกระดูกใต้อินเตอร์โทรแคนเทอร์ริก (subtrochanteric fracture) บริเวณที่พบว่ามีกรหักมากที่สุด ได้แก่ การหักของกระดูกต้นขาส่วนคอ และการหักของกระดูกอินเตอร์โทรแคนเทอร์ริก ซึ่งพบมากกว่าร้อยละ 90 ของ การเกิดกระดูกสะโพกหักในผู้สูงอายุ

พยาธิสภาพ

เมื่อมีแรงมากระทำที่กระดูก ทำให้มีการฉีกขาดของเยื่อหุ้มกระดูก และเนื้อเยื่อกระดูก กล้ามเนื้อบริเวณกระดูกที่หักจะเกร็งตัว มีเลือดออกบริเวณปลายกระดูกที่หัก กระดูกที่หักจะทำให้สูญเสียความมั่นคง ทำให้เคลื่อนไหวไม่ได้ตามปกติ และการที่เนื้อเยื่อรอบ ๆ กระดูกได้รับบาดเจ็บ ทำให้เกิดปฏิกิริยาการอักเสบ มีอาการปวด บวม แดง และอุณหภูมิสูงขึ้นบริเวณที่หัก กระดูกสะโพกหักในผู้สูงอายุมีสาเหตุสำคัญ คือ การหกล้ม และมีสาเหตุส่งเสริมที่สำคัญ ได้แก่ ภาวะกระดูกพรุน โดยเฉพาะในเพศหญิงจะพบว่าเกิดภาวะนี้ มากกว่าเพศชาย เนื่องจากเมื่อเริ่มเข้าสู่วัยหมดประจำเดือน รังไข่มีการสร้างฮอร์โมนเอสโตรเจนลดลง ทำให้มีมวลกระดูก และความหนาแน่นของกระดูกลดลง

1. การหักของกระดูกที่เกิดขึ้นภายในข้อและเบ้าของข้อสะโพก (intracapsula fractures) หรือการหักของกระดูกคอของกระดูกต้นขา ประกอบด้วย การหักบริเวณแนวใต้หัวกระดูกต้นขา (subcapsular fractures) และการหักของกระดูก ผ่านบริเวณแนวของคอของกระดูกต้นขา (transcervical fractures)

2. การหักของกระดูกที่เกิดขึ้นภายนอกข้อและเบ้าของข้อสะโพก (extracapsular fracture) หมายถึง การหักของกระดูกอินเตอร์โทรแคนเทอร์ริก เป็นการหักบริเวณระหว่างปุ่มกระดูกเกรทเทอร์โทรแคนเตอร์ (greater trochanter) และปุ่มกระดูกเลซเซอร์โทรแคนเตอร์ (lesser trochanter)

3. การหักของกระดูกใต้อินเตอร์โทรแคนเทอร์ริก เป็นการหักของกระดูกเลซเซอร์โทรแคนเตอร์ และ ส่วนที่ต่ำลงไป 5 เซนติเมตร (หรือต่ำลงไปไม่เกิน 2 นิ้ว)

อาการและอาการแสดง

1. ปวดและกดเจ็บบริเวณที่หัก โดยทั่วไปอาการปวดจะสัมพันธ์กับการเคลื่อนไหว ถ้าพักจะดีขึ้น ถ้าเคลื่อนไหวจะปวดมาก ซึ่งเป็นเรื่องของการเพิ่มแรงเครียด หรือความดันที่เนื้อเยื่ออ่อนส่วนที่ไวต่อความรู้สึก เช่น เยื่อหุ้มกระดูก แคปซูลหุ้มข้อ

2. สูญเสียหน้าที่ (loss function) บริเวณที่หักจะทำงานไม่ได้ตามปกติ เช่น กระดูกขาหัก จะเดินไม่ได้ เนื่องจากผู้ป่วยปวดและกระดูกหักแยกออกจากกัน กล้ามเนื้ออ่อนแรง เข่าอ่อน ข้อติด

3. ผิดรูป (deformity) เมื่อกระดูกหักรูปร่างของกระดูกจะเปลี่ยนไป เช่น ขาสั้น ขาบิด หมุนผิดปกติ กระดูกโก่ง ซ้อนเกยกัน บริเวณที่หักบวมมาก และฟกช้ำ เนื่องจากเนื้อเยื่อได้รับบาดเจ็บและมีเลือดออก

4. การเคลื่อนไหวผิดปกติและมีเสียงเกิดจากปลายกระดูกเสียดสีกัน(false movement and crepitation) ภาวะแทรกซ้อน

1. ภาวะแทรกซ้อนทั่วไป เนื่องจากผู้ป่วยอายุมากและไม่สามารถช่วยตัวเองได้ จากอาการปวดจึงเกิดปัญหาต่อระบบต่างๆ เช่น แผลกดทับ ปอดบวม ติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ

2. กระดูกติดช้าหรือไม่ติด (delayed or nonunion) เกิดเนื่องจากมีเลือดมาเลี้ยงกระดูกที่หักนี้น้อย และการยึดตรึงกระดูกที่หักได้ไม่แข็งแรงมั่นคง

3. หัวกระดูกตาย (avascular necrosis) ภาวะแทรกซ้อนในข้อ 2-3 สามารถป้องกันได้โดยการผ่าตัดเร็วที่สุด จัดกระดูกให้เข้าที่ปกติ และยึดตรึงกระดูกให้แข็งแรง (early anatomical rigid internal fixation) การวินิจฉัย

1. การซักประวัติเกี่ยวกับสาเหตุ สถานที่ได้รับบาดเจ็บ การรักษาที่ได้รับมาก่อน การบาดเจ็บที่อื่นที่เกิดร่วมด้วย ซักถามเกี่ยวกับการใช้ยาระงับปวดส่วนนั้นภายหลังบาดเจ็บ ไม่สามารถใช้ได้เลย หรืออาจใช้ได้บ้างแต่ยังมีความผิดปกติอยู่ รวมถึงประวัติในอดีตที่มีความสัมพันธ์เกี่ยวเนื่องจนถึงปัจจุบัน เช่น ประวัติการได้รับกัมมันตรังสีมาก่อนประวัติการผ่าตัด รวมทั้งโรคที่เคยเป็นหรือเป็นอยู่ โดยเฉพาะโรคหัวใจ โรคเบาหวาน โรคไต โรคระบบทางเดินหายใจ ซึ่งอาจมีความสำคัญต่อกันได้

2. การตรวจร่างกายทั่วไปเกี่ยวกับอวัยวะที่ผิดรูป การเคลื่อนไหวที่ผิดปกติ ความปวดเมื่อเคลื่อนไหว มีการสูญเสียการทำงานของอวัยวะนั้นหรือไม่ ดูอาการที่ผู้ป่วยแสดงออก การแสดงออกของสีหน้า ลักษณะรูปร่าง การนั่ง การนอน รวมทั้งรูปร่างของอวัยวะที่ผิดรูปที่เห็นได้ภายนอก การตรวจร่างกาย มีดังนี้

2.1 ดู สังเกตดูตั้งแต่ผิวหนัง กล้ามเนื้อ (ลีบหรือใหญ่) แผลเป็น แผลผ่าตัด และความผิดรูปของอวัยวะ บวม ความสั้นยาวของขา เทียบกัน 2 ข้าง ถ้าผู้ป่วยสามารถเดินได้ ก็ให้สังเกตการเดินเพื่อหาสิ่งผิดปกติ

2.2 คลำ เช่น ความรู้สึกร้อน เย็นของผิวหนัง การเคลื่อนไหวของส่วนที่ผิดปกติ เช่น กระดูกไม่ติด ข้อเคลื่อนไหวหลุด รวมทั้งความรู้สึกราบเรียบของการเคลื่อนไหวของข้อ และกำลังของกล้ามเนื้อ

2.3 ขยับ ข้อทุกข้อจะสามารถขยับได้ราบเรียบ และเต็มพิสัยการเคลื่อนไหว แต่ถ้ามีความเจ็บปวดจะขยับได้น้อยลง อาจเนื่องมาจากกล้ามเนื้อหดเกร็ง กล้ามเนื้อที่อ่อนแรง กล้ามเนื้อนิ่มขาด ข้อติด ข้อหักรั้ง หรือการมีชิ้นกระดูกมาขวาง ทำให้การเคลื่อนไหวของข้อไม่สุดได้

2.4 การฟัง เสียงที่ได้ยินจากกระดูกหักเสียดสี (crepitus) เสียงจากเอ็นกล้ามเนื้อเสียดสีกัน(snapping)

3. การตรวจพิเศษอื่น ได้แก่

3.1 การถ่ายภาพรังสี (x-ray)

3.2 เอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (computerized tomography:CT) คลื่นเสียงความถี่สูง (magnetic

resonance imaging:MRI) จะช่วยในการตรวจการบาดเจ็บของเนื้อเยื่ออ่อน ซึ่งเกิดร่วมด้วย

การประเมินทางห้องปฏิบัติการ

ตรวจเลือด และปัสสาวะเพื่อหาความผิดปกติอันจะก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อน และเป็นการวินิจฉัยผู้ป่วย เพื่อเตรียมพร้อมสำหรับแผนการรักษาต่อเนื่อง เช่น การเข้ารับการรักษา

การรักษา

เมื่อเกิดกระดูกสะโพกหัก ผู้สูงอายุต้องรีบเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล การเริ่มต้นการรักษาที่เร็ว จะยังเป็นผลดีต่อผู้สูงอายุเพราะลดระยะเวลาที่มีภาวะจำกัดของการเคลื่อนไหว รวมทั้งป้องกันภาวะแทรกซ้อน ต่างๆ การรักษาแบ่งออกเป็น 2 วิธี ได้แก่

1. การรักษาแบบไม่ผ่าตัด เป็นการรักษาแบบประคับประคอง โดยการใช้เครื่องดึงถ่วงน้ำหนัก (skin-traction) เป็นเวลาอย่างน้อยนานประมาณ 6 สัปดาห์ มักทำในกรณีที่ผู้สูงอายุไม่ยินยอมผ่าตัด หรือผู้สูงอายุ ที่มีสภาวะร่างกายที่ไม่พร้อมสำหรับผ่าตัด เช่น ผู้สูงอายุที่มีโรคร่วมทางอายุรกรรมด้วย

2. การรักษาโดยการผ่าตัด เป็นการรักษาที่เป็นที่นิยมมากในปัจจุบัน การผ่าตัดควรทำให้เร็วที่สุด ภายใน 24-48 ชั่วโมงภายหลังการเกิดกระดูกสะโพกหัก เพื่อลดอาการปวด ป้องกันภาวะแทรกซ้อน และเพื่อให้ สูงอายุฟื้นคืนสู่สภาพปกติให้เร็วที่สุด

2.1 การผ่าตัดใส่ข้อสะโพกเทียม ทำในกรณีที่มีการหักของคอกระดูกต้นขาที่มีภาวะกระดูกพรุนมาก จนไม่สามารถใช้เครื่องยึดตรึงกระดูกได้อย่างมั่นคง แบ่งได้เป็น 2 ชนิดได้แก่ ชนิดที่ใช้แทนเฉพาะหัวกระดูก ต้นขา (hemiarthroplasty) และชนิดที่ใช้แทนทั้งหัวกระดูกต้นขาและบ่าของกระดูกสะโพก (total hip arthroplasty)

2.2 การผ่าตัดเพื่อการยึดตรึงกระดูกไว้ภายใน มีอยู่ 2 ตำแหน่ง คือ การยึดตรึงการหักของปุ่มกระดูก โคนขา และการหักบริเวณใต้ปุ่มกระดูกโคนขา

การพยาบาล

1. การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการดึงถ่วงน้ำหนัก (skin traction)

1.1 ถ่วงน้ำหนักตามแผนการรักษาของแพทย์ จัดแนวแรงให้ได้ประสิทธิภาพ

1.2 ประเมินผิวหนังบริเวณที่ติดแถบขาว เฝ้ารังอากาศแพพลาสเตอร์(adhesive tape) ถุงน้ำ(blister)

2. การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด

การพยาบาลระยะก่อนผ่าตัด

1. เตรียมผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการได้แก่ การตรวจเลือด ปัสสาวะ การถ่ายภาพรังสี

2. การเตรียมร่างกาย ได้แก่ ดูแลความสะอาดร่างกาย ผิวหนังบริเวณสะโพกข้างที่ผ่าตัด เพื่อ ป้องกันความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ

3. การบันทึกสัญญาณชีพ

4. การเตรียมทางด้านจิตใจ อธิบายให้ผู้ป่วย และญาติทราบถึงวิธีการและขั้นตอนการผ่าตัด เพื่อให้ ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวล และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติซักถาม

5. ให้คำแนะนำถึงการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน เช่น การพลิกตะแคงตัว การเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด การฟื้นฟูสภาพร่างกายหลังผ่าตัด

การพยาบาลระยะหลังผ่าตัด

1. ตรวจและบันทึกสัญญาณชีพ (vital signs) ความสมดุลของสารน้ำในร่างกาย (intake output) ปริมาณเลือดจากสายระบาย (drain) สารคัดหลั่งจากแผลผ่าตัด

2. ประเมินอาการปวด จากการสอบถามโดยใช้ตารางประเมินอาการปวดเป็นตัวเลข หรือประเมินจากสีหน้า ให้ยาบรรเทาอาการปวดตามแผนการรักษา เฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนและผลข้างเคียงของยา

3. ดูแลให้นอนราบขาข้างที่ทำผ่าตัดอยู่ในท่ากางขาออกพอสสมควร (abduction) โดยใช้หมอนสามเหลี่ยมวางระหว่างขาทั้ง 2 ข้าง ปลายเท้าตั้งตรงไม่บิดเข้าหรือออก พลิกตะแคงตัวไปฝั่งตรงข้ามกับด้านที่ทำผ่าตัดทุก 2 ชั่วโมง ขณะพลิกตัวขาข้างที่ทำผ่าตัดควรกางออกเสมอ โดยใช้หมอนวางระหว่างขาทั้ง 2 ข้าง

4. ดูแลความสะอาดโดยทั่วไป เฝ้าระวังการติดเชื้อหลังผ่าตัด โดยทำความสะอาดแผลใช้หลักปราศจากเชื้อ (sterile dressing) และให้ยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษา

5. ประเมินการเกิดลิ่มเลือดในหลอดเลือดดำและผนังหลอดเลือดอีกเสบ (venous thrombosis and thrombophlebitis) สังเกตอาการเริ่มแรกของการเกิดภาวะก้อนเลือดอุดตัน เช่น อ่อนหภูมิ ความผิดปกติของสีผิวและเล็บเท้า ซิฟจรบริเวณขา 2 ข้าง ความรู้สึกและการเคลื่อนไหวของขาข้างที่ทำผ่าตัด ถ้ามีอาการกดเจ็บบริเวณน่อง/ขาหนีบ ชาและมีอาการบวม รีบรายงานแพทย์

6. กระตุ้นให้มีการเคลื่อนไหว ทำกายภาพบำบัด ระวังการเกิดอุบัติเหตุ

7. การจัดการอาหาร ควรเป็นอาหารที่ให้แคลอรีสูง โปรตีนสูง คากายสูง

8. ประเมินสภาพจิตใจ ให้กำลังใจผู้ป่วย เนื่องจากการถูกจำกัดการเคลื่อนไหว เป็นความเจ็บป่วยที่ต้องพึ่งพาและเป็นภาระผู้อื่น ทำให้ผู้ป่วยเกิดความด้อยค่า และสูญเสียคุณค่าในตัวเอง ก่อให้เกิดความเครียด

9. การวางแผนการจำหน่าย เริ่มหลังจากผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ประเมินความสามารถในการดูแลตนเอง ความสามารถของผู้ดูแล แหล่งประโยชน์สภาพครอบครัว การส่งต่อที่จำเป็น

เภสัชวิทยา

1. Tramol เป็นยาบรรเทาอาการปวด การพยาบาล สังเกตอาการแพ้ยา แน่นหน้าอก หายใจลำบาก บวมของหน้าตา หน้าริมฝีปาก คลื่นไส้ อาเจียน ปวดศีรษะ เสียดท้อง หรือซึม

2. Morphine เป็นยาบรรเทาอาการปวด การพยาบาล ตรวจสอบสัญญาณชีพก่อนและหลังให้ยา ถ้าพบความดันโลหิตต่ำกว่า 90/60 มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นของหัวใจน้อยกว่า 60 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจน้อยกว่า 12 ครั้งต่อนาที หรือหายใจลำบาก ควรรายงานแพทย์

3. Cefazolin เป็นยาปฏิชีวนะกลุ่ม cephalosporins ออกฤทธิ์ในการฆ่าเชื้อ gram positive และ gram negative bacteria การพยาบาล ระวังการใช้ในผู้ป่วยที่แพ้ยาในกลุ่ม penicillin สังเกตอาการผื่นขึ้น คันตามตัว ต้องหยุดยาและรายงานแพทย์ทันที ติดตามการทำงานของไต

4. Regular insulin ออกฤทธิ์โดยจับกับอินซูลินรีเซพเตอร์ที่เยื่อหุ้มเซลล์ มีฤทธิ์ลดระดับน้ำตาลในเลือด โดยเร่งกลูโคสเข้าเซลล์กล้ามเนื้อและไขมันดีขึ้น การพยาบาล สังเกตอาการของระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ เช่น ปวดหัว เหงื่อออก ตัวเย็น ใจสั่น กระสับกระส่าย อ่อนเพลีย ชาในปากหรือริมฝีปาก มองภาพไม่ชัด ถ้ามีอาการเหล่านี้ให้ดื่มน้ำผลไม้ หรือรับประทานอาหารที่มีน้ำตาลผสม และรายงานแพทย์ทันที

4. สรุปสาระสำคัญของเรื่องและขั้นตอนการดำเนินการ

กระดูกสะโพกหัก เป็นภาวะที่พบบ่อยในวัยสูงอายุ และอุบัติการณ์การเกิดภาวะดังกล่าวมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นตามการเพิ่มของประชากรผู้สูงอายุทั่วโลก ก่อให้เกิดผลต่อการดำเนินชีวิต เนื่องจากถูกจำกัดการเคลื่อนไหว ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ตามบทบาทปกติได้ เป็นความเจ็บป่วยที่ต้องพึ่งพา และเป็นภาระของผู้อื่น ผู้จัดทำจึงเห็นความสำคัญ และมีความสนใจที่จะศึกษาผู้ป่วยเพื่อใช้เป็นแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ ให้ผู้ป่วยสูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี

กรณีศึกษา ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 82 ปี HN113186/56 AN16073/56 อาการสำคัญที่นำมาโรงพยาบาล 9 วันก่อนมาโรงพยาบาล ตกจากบันไดสะโพกขวากระดูกหัก เดินไม่ไหว สะโพกขวาบวม มีอาการปวดมากขึ้น ญาตินำมาโรงพยาบาล พบแพทย์ศัลยกรรมกระดูก เอกซเรย์กระดูกสะโพกขวาพบว่ามีกระดูกต้นขาขวาส่วนคอหัก (fracture neck of right femur) จึงรับไว้รักษาตัวในโรงพยาบาล วันที่ 28 ตุลาคม 2556 เวลา 12.30 น. ถ่วงน้ำหนักกระดูกต้นขา (skin traction) 2 กิโลกรัม เป็นเวลา 3 วัน มีโรคประจำตัวความดันโลหิตสูง 10 ปี โรคเบาหวาน 10 ปี รับประทานยารักษาต่อเนื่อง ปรีกษาแพทย์อายุรกรรมเพื่อวางแผนผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพก แกร็บระดับน้ำตาลในเลือด 238 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ แพทย์ให้ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ 80-200 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ พยาบาลได้แนะนำการรับประทานอาหารเฉพาะโรค เจาะน้ำตาลในเลือด ให้ยาอินซูลินฉีดตามแผนการรักษา ผู้ป่วยควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในช่วง 140-190 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ เข้ารับการผ่าตัดวันที่ 31 ตุลาคม 2556 ทำ Cementless Austin Moore hemiarthroplasty ภายหลังการผ่าตัด มีแผลผ่าตัดบริเวณสะโพกขวา ดูแลความสะอาดแผล แผลไม่มีการติดเชื้อ สังเกตจุดบันทึกปริมาณเลือดจากสายระบายเลือด เฝาระวังการติดเชื้อจากการคาสายสวนปัสสาวะ ได้รับสารน้ำและยาปฏิชีวนะทางหลอดเลือดดำ แพทย์ให้ถอดสายระบายเลือด สายสวนปัสสาวะ และสายน้ำเกลือได้วันที่ 1 พฤศจิกายน 2556 เริ่มฟื้นฟูโดยการทำกายภาพบำบัดวันที่ 4 พฤศจิกายน 2556 ผู้ป่วยเดินได้โดยใช้อุปกรณ์พยุงเดินสี่ขา (walker) ลงน้ำหนักขาได้เต็มที่ไม่มีเกิดอุบัติเหตุ ไม่มีภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพก วางแผนการจำหน่ายโดยให้คำแนะนำญาติในการดูแล และทำกายภาพบำบัดให้กับผู้ป่วย และสามารถจำหน่ายกลับบ้านได้ เมื่อวันที่ 9 พฤศจิกายน 2556 สรุประยะเวลาอนโรงพยาบาล 13 วัน

ขั้นตอนการดำเนินการ

1. รับย้ายจากหอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกหญิง วันที่ 28 ตุลาคม 2556 เวลา 18.40 น. ให้ประวัติว่าตกจากบันได สะโพกขวากระดูกหัก เดินไม่ไหว สะโพกขวาบวม ปวด แพทย์วินิจฉัยว่ามีกระดูกต้นขาขวาส่วนคอหัก
2. ดูแลให้ได้รับการถ่วงน้ำหนักสะโพกซ้าย 2 กิโลกรัม จัดทำเพื่อความสบาย ให้ยาแก้ปวด Tramol 50 มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำ แนะนำการปฏิบัติตัวก่อนการผ่าตัด

3. เจาะเลือดตรวจระดับน้ำตาลในเลือดได้ 238 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร (mg/dl) ปรีกษาแพทยอายุรกรรม ให้ความสำคัญระดับน้ำตาล โดยเจาะเลือดหาระดับน้ำตาลที่ปลายนิ้ว (D7X) ก่อนรับประทานอาหาร วันที่ 29-30 ตุลาคม 2556 จนอยู่ในเกณฑ์ระหว่าง 140-190 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร แพทย์อายุรกรรมจึงให้ผ่าตัดทางด้านศัลยกรรมกระดูกได้

4. เตรียมผู้ป่วยเพื่อเข้ารับการผ่าตัดวันที่ 31 ตุลาคม 2556 ทำ Cementless Austin Moore hemiarthroplasty เวลา 9.50-11.10 น. ดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัด ติดตามสัญญาณชีพ ให้ยาระงับปวด morphine 3 มิลลิกรัมทาง หลอดเลือดดำ ยาปฏิชีวนะ Cefazolin 1 กรัมทางหลอดเลือดดำทุก 6 ชั่วโมง ดูแลความสะอาดแผลทำแผลวันละ 1 ครั้ง จัดท่านอนวางหมอนสามเหลี่ยม แนะนำการเคลื่อนไหวเท้าระวังภาวะข้อสะโพกเคลื่อนหลุด ประสานหน่วยงาน กายภาพบำบัดเพื่อฟื้นฟูร่างกาย ทำกายภาพทุกวันหลังผ่าตัด ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย รวม 13 วัน

5. แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้ จำหน่ายผู้ป่วยวันที่ 9 พฤศจิกายน 2556 แนะนำการปฏิบัติตัวป้องกันภาวะ ข้อสะโพกเคลื่อนหลุด การทำกายภาพบำบัด การดูแลความสะอาดแผล การตัดไหม และมาพบแพทย์ตามนัด

5. ผู้ร่วมดำเนินการ

-ไม่มี-

6. ส่วนของงานที่ผู้เสนอเป็นผู้ปฏิบัติ เป็นผู้ดำเนินการทั้งหมดร้อยละ 100 โดยดำเนินการดังนี้

ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 82 ปี HN113186/56 AN16073/56 ช่วยเหลือตนเองได้เล็กน้อย ปฏิเสธการดื่มสุรา และการสูบบุหรี่ มีโรคประจำตัวเป็นความดันโลหิตสูง 10 ปี โรคเบาหวาน 10 ปี รับประทานยารักษาต่อเนื่อง ญาติให้ประวัติว่า 9 วันก่อนมาโรงพยาบาลตากสิน ตกจากบันไดสะโพกขวากระดูกหัก เดินไม่ไหว สะโพก ขวามวม มีอาการปวดมากขึ้น ญาตินำมาโรงพยาบาล วันที่ 28 ตุลาคม 2556 เวลา 9.00 น. พบแพทย์ศัลยกรรม กระดูก เอกซเรย์กระดูกสะโพกขวาพบว่ามีการแตกหักของกระดูกต้นขาขวาส่วนคอหัก (fracture neck of right femur) จึงรับ รักษาตัวในโรงพยาบาล วันที่ 28 ตุลาคม 2556 เวลา 12.30 น. แรกแรกที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกหญิง เจาะ เลือดระดับเม็ดเลือดขาวในเลือด 7,100 (ค่าปกติ 4,500-10,000 cell/ml) ฮีโมโกลบิน 14.8 g/dl (ค่าปกติ 12-16 g/dl) ฮีมาโตคริต 46.5 vol% (ค่าปกติ 37-47 vol%) เกล็ดเลือด 275,000 cell/ml (ค่าปกติ 150,000-400,000 cell/ml) ระดับ น้ำตาลในเลือด 238 mg/dl (ค่าปกติ 80-200 mg/dl) ผลอิเล็กโทรไลต์ในร่างกาย โซเดียม 132.7 mmol/l (ค่าปกติ 135-148 mmol/l) โพแทสเซียม 4.11 mmol/l (ค่าปกติ 3.5-5.3 mmol/l) คลอไรด์ 99 mmol/l (ค่าปกติ 98-110 mmol/l) ไบคาร์บอเนต 22 mmol/l (ค่าปกติ 22-30 mmol/l) ผลการตรวจ HIV ไม่พบเชื้อ HIV ผลตรวจปัสสาวะเม็ดเลือด ขาว 0-1 /HPF (ค่าปกติ 0-5/HPF) เม็ดเลือดแดง 10-20 /HPF (ค่าปกติ 0-5/HPF) พบแบคทีเรียย่อย (rare) ย้ายเข้า หอผู้ป่วยพิเศษชั้น 16 โดยแพทย์อนุญาต วันที่ 28 ตุลาคม 2556 เวลา 18.40 น.

ก่อนเข้ารับการผ่าตัด มีข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล และการวางแผนให้การพยาบาล ดังนี้

ปัญหาที่ 1 ผู้ป่วยไม่สุขสบายเนื่องจากปวดสะโพกซ้าย แผนการพยาบาลวันที่ 28 ตุลาคม 2556 ดูแลให้ ผู้ป่วยได้รับการถ่วงน้ำหนัก 2 กิโลกรัม เพื่อลดการเคลื่อนไหวของกระดูกบริเวณที่หัก ดูแลให้ยาแก้ปวด Tramol 50 มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำ ในวันที่ 29 ตุลาคม 2556 เวลา 04.00 น., 18.10 น. และวันที่ 30 ตุลาคม 2556 เวลา 06.00 น. เพื่อบรรเทาอาการปวด สังเกตเท้าระวังผลข้างเคียงจากยา ผู้ป่วยไม่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน

ไม่มีอาการปวดศีรษะ เสียดท้อง หรือซึม ให้การพยาบาลต่างๆ ด้วยความนุ่มนวล โดย พลิกตะแคงตัว จัดทำนอนให้สุขสบาย ผู้ป่วยพักผ่อนได้

ปัญหาที่ 2 ผู้ป่วยมีภาวะน้ำตาลในเลือดสูง วันที่ 28 ตุลาคม 2556 ระดับน้ำตาลในเลือด 238 mg/dl ให้ยาอินซูลิน (regular insulin) ฉีดใต้ผิวหนัง 6 ยูนิต การพยาบาลแนะนำให้ผู้ป่วยและญาติ สังเกตอาการของระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ เช่น ปวดหัว เหงื่อออก ตัวเย็น ใจสั่น กระสับกระส่าย อ่อนเพลีย ซาในปากหรือริมฝีปาก มองภาพไม่ชัด หากมีให้รีบแจ้ง และประเมินอาการอย่างใกล้ชิดหลังได้รับยาภายใน 6 ชั่วโมง พบว่าผู้ป่วยไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากยาอินซูลิน วันที่ 29 ตุลาคม 2556 ปรีกษาแพทย์อายุรกรรมเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด เจาะเลือดหาระดับน้ำตาลที่ปลายนิ้ว (DXT) ก่อนอาหาร วันที่ 29-30 ตุลาคม 2556 น้ำตาลในเลือดอยู่ระหว่าง 140-190 mg/dl (ค่าปกติ 80-200 mg/dl) ไม่ได้รับยาอินซูลิน แนะนำการรับประทานอาหารเฉพาะโรคเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ผู้ป่วยปฏิบัติตามได้ถูกต้อง ไม่มีภาวะ hypoglycemia หรือ hyperglycemia

วันที่ 31 ตุลาคม 2556 ดูแลความสะอาดร่างกายและผิวหนังบริเวณที่จะผ่าตัด ทำเครื่องหมายระบุตำแหน่งผ่าตัดบริเวณสะโพกขวาเพื่อป้องกันการผ่าตัดผิดข้าง ดูแลให้ผู้ป่วยเข้ารับการผ่าตัดตามกำหนดเวลา 09.50-11.10 น. ทำ Cementless Austin Moore hemiarthroplasty โดยให้จี้ดยชาเข้าทางช่องไขสันหลัง (spinal block) ขณะผ่าตัดเสียเลือด 150 มิลลิลิตร ย้ายไปห้องพักฟื้นเวลา 11.10 น. ย้ายเข้าหอผู้ป่วยพิเศษชั้น 16 เวลา 12.20 น. แรกรับผู้ป่วยรู้สึกตัวดี มีอาการชาขา 2 ข้าง ไม่ปวดแผลผ่าตัด แผลผ่าตัดสะโพกขวาไม่มีเลือดซึม มีสายระบายเลือดจากแผลผ่าตัด 1 สาย มีเลือดออกประมาณ 30 มิลลิลิตร คาสายสวนปัสสาวะ ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำเป็น 0.9%NSS 1000 มิลลิลิตร อัตราการหยด 100 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง วัดสัญญาณชีพอุณหภูมิร่างกาย 36.7 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 82 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 166/63 มิลลิเมตรปรอท ออกซิเจนในเลือด 97 เปอร์เซ็นต์ ปริมาณสารน้ำที่ได้รับ (intake) 100 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง ปัสสาวะออก (out put) 60 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง

หลังการผ่าตัด มีข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล และการวางแผนให้การพยาบาล ดังนี้

ปัญหาที่ 1 เสี่ยงต่อภาวะช็อคเนื่องจากเสียเลือด วันที่ 31 ตุลาคม 2556 ให้การพยาบาลโดยวัดและบันทึกสัญญาณชีพอุณหภูมิร่างกาย 37.7-37.8 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 88-102 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20-22 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 119/57-149/67 มิลลิเมตรปรอท ประเมินเลือดออกบริเวณแผลผ่าตัด ไม่มีเลือดซึมผ้าปิดแผล บันทึกปริมาณเลือดที่ออกจากสายระบายในแต่ละเวร เวนเข้ามีเลือดออกในขวระบายเลือด 30 มิลลิลิตร เวนบาย 50 มิลลิลิตร เจาะเลือดตรวจหาค่าความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดง หรือฮีมาโตคริต เวลา 18.00 น. ได้ 33 vol%

ปัญหาที่ 2 เสี่ยงต่อการเกิดภาวะข้อสะโพกเคลื่อนหลุด ให้การพยาบาลโดยดูแลห็นอนราบ ขาข้างที่ทำผ่าตัดอยู่ในท่ากางขาออกพอสสมควร (abduction) โดยใช้หมอนสามเหลี่ยมวางระหว่างขาทั้ง 2 ข้าง ปลายเท้าตั้งตรงไม่บิดเข้าหรือออก ขณะพลิกตัวพยายามให้ขาข้างที่ทำผ่าตัดกางออกเสมอ โดยใช้หมอนวางระหว่างขาทั้ง 2 ข้าง พลิกตัวทุก 2 ชั่วโมง เพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ หลังผ่าตัดส่งเอกซเรย์สะโพกขวาไม่มีภาวะข้อสะโพกเทียมเคลื่อนหลุด

ปัญหาที่ 3 เสี่ยงต่อการเกิดภาวะลิ่มเลือดอุดตันที่ขา โดยประเมินอาการบวมของขาข้างที่ผ่าตัด ดูเลวองขาสูงรองหมอน 1 ใบ แนะนำการบริหารกล้ามเนื้อและข้อ โดยการกระดกปลายเท้าขึ้นลงเพื่อเพิ่มการไหลเวียนของเลือด ผู้ป่วยปฏิบัติตามคำแนะนำ ขาข้างขวาไม่บวม ไม่เกิดภาวะลิ่มเลือดอุดตันที่ขา

ปัญหาที่ 4 ผู้ป่วยมีโอกาสติดเชื้อหลังผ่าตัด วันที่ 1 พฤศจิกายน 2556 ให้การพยาบาลโดยวัดและบันทึกสัญญาณชีพ อุณหภูมิร่างกาย 38.1 องศาเซลเซียส ดูแลเช็ดตัวลดไข้ ให้ยา Paracetamol (500) 2 เม็ดรับประทาน 02.00 น. ให้ยาปฏิชีวนะ Cefazolin 1 กรัม ทางหลอดเลือดดำทุก 6 ชั่วโมง ตามแผนการรักษา โดยประเมินหลอดเลือดดำและผิวหนังบริเวณที่ได้รับยาทุกแวน ไม่มีภาวะหลอดเลือดดำอักเสบ ต่อมาผู้ป่วยไม่มีไข้ อุณหภูมิร่างกาย 36-37.2 องศาเซลเซียส ดูแลทำความสะอาดร่างกาย และอวัยวะสืบพันธุ์ขณะได้รับการใส่สายสวนปัสสาวะ แนะนำให้ดื่มน้ำวันละ 2 -3 ลิตร แพทย์ให้ถอดสายสวนปัสสาวะออกได้ ปัสสาวะได้เองไม่แสบขัด ไม่มีตะกอน ไม่มีกลิ่นฉุน ถอดสายระบายเลือดจากแผล ดูแลทำความสะอาดแผลผ่าตัด โดยใช้หลักปราศจากเชื้อ แผลผ่าตัดแห้ง ไม่มีสิ่งคัดหลั่งผิดปกติ ไม่มีการอักเสบหรือติดเชื้อ กระตุ้นให้ผู้ป่วยเคลื่อนไหว จัดทำนั่งศิระสูงเพื่อรับประทานอาหาร เฝ้าระวังการสำลัก ผู้ป่วยไม่มีการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ

ปัญหาที่ 5 ผู้ป่วยไม่สุขสบายเนื่องจากปวดแผลผ่าตัด วันที่ 1 พฤศจิกายน 2556 ให้การพยาบาลโดยสอบถามอาการปวดโดยใช้ pain scale คะแนน 0-10 (ไม่ปวดเลยถึงปวดมากที่สุด) ผู้ป่วยปวด 6 คะแนน ให้ยา morphine 3 มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำ เวลา 11.30 น. สังเกตภาวะแทรกซ้อนจากยา ผู้ป่วยไม่มีอาการคลื่นไส้อาเจียน ไม่มีผื่นคัน สัญญาณชีพอุณหภูมิร่างกาย 36.5 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 78 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 22 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 141/66 มิลลิเมตรปรอท ให้การพยาบาลโดยการพลิกตะแคงตัวด้วยความนุ่มนวล เพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ จัดให้นอนในท่าที่สุขสบาย ผู้ป่วยร้องปวดมีสีหน้าไม่สุขสบายเวลาพลิกตะแคงตัว หลังจาก จัดทำนอนให้ผู้ป่วย นอนหลับได้

ปัญหาที่ 6 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุพลัดตกหกล้ม วันที่ 2 พฤศจิกายน 2556 เริ่มฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยหลังผ่าตัด กระตุ้นให้ลุกนั่งห้อยขาข้างเตียงอย่างถูกวิธี และออกกำลังกายแขนขา แนะนำญาติดูแลใกล้ชิด เฝ้าระวังการเกิดอุบัติเหตุ ประสานหน่วยงานกายภาพบำบัด เพื่อช่วยเหลือให้ผู้ป่วยออกกำลังกายโดยใช้อุปกรณ์พยุงเดินสี่ขา (walker) ส่งทำกายภาพบำบัดโดยรถนั่ง ระวังระวังในการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย เฝ้าระวังการเกิดอุบัติเหตุพลัดตกหกล้ม วันที่ 4 พฤศจิกายน 2556 ผู้ป่วยสามารถเดินด้วย walker ประมาณ 15 เมตร 2 รอบ มีอาการเจ็บที่สะโพกขวาเล็กน้อย จนกระทั่งวันที่ 8 พฤศจิกายน 2556 ออกกำลังกายได้ดีขึ้น เดินด้วย walker ประมาณ 40 เมตร ช่วยพยุงน้อยลง ทีมกายภาพบำบัดสอนการออกกำลังกายแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแล ให้แผ่นพับเกี่ยวกับการทำกายภาพบำบัดเพื่อดูแลตนเองต่อที่บ้าน แนะนำการดูแลทำความสะอาด การมาตัดไหมเมื่อครบ 14 วันหลังผ่าตัด คือวันที่ 14 พฤศจิกายน 2556 มาพบแพทย์ตามนัด วันที่ 18 พฤศจิกายน 2556 และการสังเกตอาการผิดปกติที่ควรมาโรงพยาบาล ได้แก่ แผลผ่าตัดติดเชื้อ ข้อสะโพกเทียมเคลื่อนหลุด

วันที่ 9 พฤศจิกายน 2556 แพทย์อนุญาตให้ผู้ป่วยกลับบ้านได้ ภายหลังจากการผ่าตัด แผลแห้งดี ไม่มีการอักเสบติดเชื้อ ไม่ปวดแผล ไม่มีภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด เช่น ข้อสะโพกเทียมเคลื่อนหลุด ติดเชื้อทางเดินหายใจ ติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ ภาวะลิ่มเลือดอุดตันที่ขา หรือแผลกดทับ ผู้ป่วยฟื้นฟูสภาพร่างกายโดยสามารถ

ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ เดินได้เองโดยใช้ walker มีญาติคอยช่วยเหลือบางส่วน มีความเข้าใจในการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดพอสมควร ผู้ป่วยสามารถจำหน่ายกลับบ้านได้ สรุประยะเวลานอนโรงพยาบาล 13 วัน

7. ผลสำเร็จของงาน

จากการให้การพยาบาลผู้ป่วยกระดูกคอสะโพกหัก หลังผ่าตัดเปลี่ยนกระดูกสะโพก ผู้ป่วยไม่มีภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด เช่น แผลผ่าตัดติดเชื้อ ภาวะลิ่มเลือดอุดตันที่ขา การเกิดแผลกดทับ การติดเชื้อระบบทางเดินหายใจจากการนอนนาน การติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะจากการคาสายสวนปัสสาวะ ภาวะข้อสะโพกเทียมเคลื่อนหลุด และอุบัติเหตุจากการทำกายภาพบำบัด ผู้ป่วยสูงอายุหลังผ่าตัดสามารถฟื้นฟูสภาพร่างกายได้โดยไม่เกิดภาวะทุพพลภาพ สามารถช่วยเหลือตนเองได้ในระดับหนึ่ง โดยไม่เป็นภาระต่อผู้ดูแล จากการทวนสอบความเข้าใจ ญาติมีความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับบ้าน อย่างเหมาะสม สามารถช่วยเหลือฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องได้โดยการทำกายภาพบำบัด ไม่เกิดค่าใช้จ่ายในด้านของการรักษาภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัด ไม่เพิ่มระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาล ผู้ป่วยสามารถกลับบ้านได้ วันที่ 9 พฤศจิกายน 2556 และแนะนำการตัดไหมเมื่อครบ 14 วันหลังผ่าตัด คือวันที่ 14 พฤศจิกายน 2556 ในสถานพยาบาลที่ผู้ป่วยสะดวกเดินทาง

8. การนำไปใช้ประโยชน์

1. เป็นแนวทางสำหรับตนเอง ในการปฏิบัติกรพยาบาลผู้ป่วยกระดูกสะโพกหัก หลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม อย่างมีประสิทธิภาพ ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน ไม่มีภาวะทุพพลภาพหลังผ่าตัด ได้รับการฟื้นฟูอย่างรวดเร็ว
2. เพิ่มคุณภาพการให้บริการทางการพยาบาล ลดค่าใช้จ่ายและระยะเวลาในการอยู่โรงพยาบาล

9. ความยุ่งยาก ปัญหา อุปสรรคในการดำเนินการ

จากกรณีศึกษาผู้ป่วยสูงอายุมีโรคประจำตัวเป็นเบาหวาน ซึ่งแรกมีระดับน้ำตาลในเลือดสูง จึงต้องปรึกษาแพทย์อายุรกรรมเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด การผ่าตัดจึงล่าช้าออกไป อาจทำให้หัวกระดูกตายเนื่องจากมีเลือดมาเลี้ยงกระดูกที่หักนี้้น้อย ส่งผลให้การผ่าตัดอาจเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น กระดูกติดเชื้อ หรือไม่ติด และเนื่องจากภาวะเจ็บป่วยของผู้สูงอายุทำให้ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความเครียด และรู้สึกด้อยคุณค่าในตัวเอง ผู้ป่วยอาจไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาและการฟื้นฟูร่างกายได้

10. ข้อเสนอแนะ

1. จัดทำแนวทางปฏิบัติร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อให้เป็นแนวทางที่ครอบคลุมในการดูแลผู้ป่วยอย่างครบองค์รวม เป็นการเพิ่มมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ และประสิทธิผล
2. ประสานงานให้อาสาสมัครชุมชนเข้ามามีส่วนร่วม ในการจัดอบรมให้ความรู้กับผู้ดูแล (care giver) ในการดูแลผู้สูงอายุเพื่อเป็นการป้องกันระยะที่ 1 (primary prevention) ในคลินิกผู้สูงอายุ
3. การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติในการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้านเป็นเรื่องสำคัญ เนื่องจากหากปฏิบัติตัวไม่ถูกต้องอาจมีโอกาสดังกล่าวเกิดภาวะข้อสะโพกเคลื่อนหลุดได้

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ และได้ดำเนินการปรับปรุงแก้ไข
เป็นไปตามคำแนะนำของคณะกรรมการ

(ลงชื่อ).....จิตตินันท์ ต่องแสงจันทร์.....
(นางสาวจิตตินันท์ ต่องแสงจันทร์)
ผู้ขอรับการประเมิน
(วันที่).....4...../.....๕๓...../.....๖๖.....

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....[Signature].....
(นางรัศมี ผ่องบุรุษ)
(ตำแหน่ง) รักษาการในตำแหน่งหัวหน้าพยาบาล
ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลตากสิน
(วันที่).....4...../.....๕๓...../.....๖๖.....

(ลงชื่อ).....[Signature].....
(นางเลิศลักษณ์ ลีลาเรืองแสง)
(ตำแหน่ง) รองผู้อำนวยการโรงพยาบาล ฝ่ายการแพทย์
รักษาการในตำแหน่งผู้อำนวยการโรงพยาบาลตากสิน
(วันที่).....4...../.....๕๓...../.....๖๖.....

- หมายเหตุ
- นางพรทิญญา สุวรรณาคม ดำรงตำแหน่งรักษาการในตำแหน่งหัวหน้าพยาบาล
ตั้งแต่วันที่ 28 ธันวาคม 2555 ถึงวันที่ 30 กันยายน 2557 ปัจจุบันได้เกษียณอายุราชการ
 - นางคณดา สุขสมปอง ดำรงตำแหน่งผู้อำนวยการโรงพยาบาลตากสิน
ตั้งแต่วันที่ 9 มกราคม 2556 ถึงวันที่ 30 กันยายน 2557 ปัจจุบันได้เกษียณอายุราชการ

**ข้อเสนอ แนวคิด วิธีการเพื่อพัฒนางานหรือปรับปรุงงานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น
ของ นางสาวจิตตินันท์ ส่องแสงจันทร์**

เพื่อประกอบการแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)
(ตำแหน่งเลขที่ รพต. 803) สังกัดฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลตากสิน สำนักงานแพทย์
เรื่อง การเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม และป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด
หลักการและเหตุผล

การเปลี่ยนแปลงของสังคมไทยสู่การเป็นสังคมผู้สูงอายุ ส่งผลให้อัตราการพึ่งพิงสูงขึ้น เนื่องจากประชากรมีอายุขัยเฉลี่ยยืนยาวขึ้น โดยเฉพาะกลุ่มอายุ 80 ปีขึ้นไป ในขณะที่เดียวกันสังคมไทยเปลี่ยนจากสังคมเกษตรกรรมเป็นสังคมอุตสาหกรรม ทำให้สมาชิกในครอบครัวต้องเข้าสู่ตลาดแรงงานมากขึ้น ส่งผลให้ผู้สูงอายุกลุ่มดังกล่าวขาดผู้ดูแล โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพา การเสื่อมสภาพของอวัยวะต่างๆ ทำให้เกิดภาวะเจ็บป่วย ความสามารถในการช่วยเหลือตัวเองลดลง ผู้สูงอายุบางท่านอาจเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุได้ง่าย ทำให้เกิดภาวะทุพพลภาพตามมาได้ ซึ่งถือเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญประการหนึ่ง

จากแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงของสังคมผู้สูงอายุ และปัญหาดังกล่าว โรงพยาบาลตากสินได้ดูแลรักษาผู้ป่วยสูงอายุที่มาโรงพยาบาลด้วยอาการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุพลัดตกหกล้ม ในปี พ.ศ. 2556 มีผู้สูงอายุบาดเจ็บกระดูกสะโพกหักจากการหกล้ม 15 ราย ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น (ปีพ.ศ.2554 มีจำนวนผู้ป่วย 13 ราย, ปีพ.ศ.2555 มีจำนวนผู้ป่วย 14 ราย) บางรายได้รับการรักษาแบบประคับประคองไม่ผ่าตัด และบางรายเข้ารับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม หลังการผ่าตัดผู้ป่วยบางรายเกิดภาวะแทรกซ้อนที่พบในหอผู้ป่วยพิเศษ ได้แก่ การเกิดแผลกดทับ ในปีพ.ศ.2554 จำนวน 2 ราย, ปีพ.ศ.2556 จำนวน 1 ราย การติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ ในปีพ.ศ.2554 จำนวน 2 ราย, ปีพ.ศ.2555 จำนวน 1 ราย, ปีพ.ศ.2556 จำนวน 3 ราย เกิดภาวะลิ่มเลือดอุดตันที่ขาเนื่องจากผู้ป่วยไม่ขยับเคลื่อนไหว ในปีพ.ศ.2556 จำนวน 1 ราย ทำให้ระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาลนานขึ้น จึงได้มีแนวคิดในการจัดทำกรเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม และป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด เพื่อพัฒนาศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม และเพื่อไม่ให้เกิดภาวะทุพพลภาพ และเป็นภาระของผู้ดูแล

วัตถุประสงค์และหรือเป้าหมาย

1. เพื่อให้บุคลากรในหน่วยงาน ดูแลผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมได้อย่างมีประสิทธิภาพ
2. เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม
3. เพื่อลดค่าใช้จ่ายและระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล

กรอบการวิเคราะห์ แนวคิด ข้อเสนอ

ภาวะกระดูกสะโพกหัก เกิดจากการมีแรงกระทำที่กระดูก ทำให้มีการฉีกขาดของเนื้อเยื่อกระดูก และเนื้อเยื่อกระดูก ปลายของกระดูกที่หักออกจากกันเคลื่อนที่ไปจากตำแหน่งเดิม อาจทำลายอวัยวะใกล้เคียง ให้ได้รับบาดเจ็บเพิ่มขึ้น เช่น เส้นประสาท กล้ามเนื้อ กระดูกสะโพกหักในผู้สูงอายุมีสาเหตุสำคัญ คือ การหกล้ม เนื่องจากเมื่ออายุมากขึ้นจำนวนและขนาดของเส้นใยกล้ามเนื้อจะลดลง มีเนื้อเยื่อพังศืดเข้ามาแทนที่มากขึ้น อัตราการเสื่อมของกระดูก และการสร้างแคลเซียมสลายออกจากกระดูกมากขึ้น นอกจากการเสื่อมของข้อต่างๆ แล้ว การทรงท่าทางของร่างกายผู้สูงอายุก็เปลี่ยนไป สาเหตุส่งเสริมที่สำคัญ ได้แก่ ภาวะกระดูกพรุน เนื่องจากเมื่อเริ่มเข้าสู่วัยหมดประจำเดือน ร่างไข่มีการสร้างฮอร์โมนเอสโตรเจนลดลง ทำให้มีมวลกระดูก และความหนาแน่นของกระดูกลดลง โดยเฉพาะในเพศหญิงจะพบว่าเกิดภาวะนี้มากกว่าเพศชาย เมื่อเกิดภาวะกระดูกคอสะโพกหักทำให้สูญเสียความมั่นคง เคลื่อนไหวไม่ได้ตามปกติ ผู้ป่วยจึงต้องได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดใส่ข้อสะโพกเทียม ภายหลังการผ่าตัดโดยปกติร่างกายจะมีการปรับตัว ฟันฟูสภาพ

ในกรณีผู้สูงอายุมีการเสื่อมถอยของเซลล์ อวัยวะต่างๆ ตามทฤษฎีความเสื่อมโทรม(Wear and Tear Theory)ของ Dr. August Weismann เช่น 1)ระบบผิวหนัง เซลล์ผิวหนังและเส้นใยอีลาสตินลดลง ทำให้ความยืดหยุ่นของผิวหนังไม่ดี น้ำไขมันใต้ผิวหนังลดลง มีผลทำให้ผิวหนังแห้ง และแตกง่าย มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับจากการนอนในท่าเดียวนานๆ ภายหลังการผ่าตัด 2)ระบบทางเดินหายใจ พบว่ามีการเปลี่ยนแปลง ปริมาตรของปอด เนื่องจากความยืดหยุ่นของปอด และทรวงอกน้อยลง การระบายอากาศภายในปอด ไม่สม่ำเสมอ หลอดลมมีพังศืดมากขึ้น ประสิทธิภาพการขับเสมหะลดลง มีโอกาสเสี่ยงต่อภาวะปอดอักเสบจากการนอนนานๆ 3)ระบบทางเดินปัสสาวะ กระเพาะปัสสาวะมีขนาดเล็กลง กล้ามเนื้อกระเพาะปัสสาวะอ่อนกำลังลงทำให้มีปัสสาวะเหลือค้างหลังการขับถ่าย ผู้ป่วยบางรายได้รับการใส่สายสวนปัสสาวะหลังผ่าตัด เป็นระยะเวลาหนึ่ง ทำให้มีโอกาสเกิดการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ ทฤษฎีการถอยห่าง(Disengagement Theory)ของ Elaine Cummings and Willam Henry ผู้สูงอายุและสังคมจะลดบทบาทซึ่งกันและกัน เนื่องจากยอมรับว่าตนเองมีความสามารถลดลง สุขภาพเสื่อมลงจึงถอยหนีจากสังคมเพื่อลดความเครียด และรักษาพลังงาน ทำให้ผู้สูงอายุทำกิจกรรมลดลง เป็นผลให้การฟื้นฟูสภาพร่างกายหลังผ่าตัดเป็นไปได้ช้า ดังนั้น บทบาทของพยาบาลนอกจากจะต้องมีความรู้ ในเรื่องของการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมแล้ว จะต้องมีความรู้ ความเข้าใจถึงปัจจัยต่างๆ ของผู้สูงอายุ ทั้งด้านกายภาพ ชีวภาพ และด้านจิตใจ เพื่อให้การพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพแบบองค์รวม

โดยมีขั้นตอนปฏิบัติดังนี้

1. รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับสถิติการเกิดแผลกดทับ การติดเชื้อในโรงพยาบาล โดยเลือกกรณีผู้สูงอายุ ภายหลังการผ่าตัดกระดูกสะโพก สถิติการรายงานอุบัติการณ์เกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดกระดูกสะโพก จากทีมสหสาขาวิชาชีพ(Patient Care Team; PCT)ด้านศัลยกรรมกระดูก

2. เสนอปัญหาที่พบในที่ประชุมของหน่วยงานเพื่อวิเคราะห์หาสาเหตุของการเกิดปัญหา

3. ขออนุญาตหัวหน้าหน่วยงานในการจัดทำคู่มือการปฏิบัติงาน เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม และป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด

4. รวบรวมข้อมูลความรู้ทางวิชาการที่ทันสมัย งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม เพื่อนำมาเป็นข้อมูลและจัดทำคู่มือการปฏิบัติงานเรื่องการเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม และป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด เพื่อให้มีแนวทางปฏิบัติที่ตรงกัน

5. นำเสนอให้ผู้ทรงคุณวุฒิด้านศัลยกรรมกระดูก เพื่อตรวจสอบ และปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ

6. จัดประชุมชี้แจงเนื้อหา ให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม โดยกรณีศึกษาบุคลากรที่เข้ามาปฏิบัติงานใหม่ และประเมินความรู้ การปฏิบัติงานของบุคลากรทางการพยาบาลที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้การพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม โดยยึดหลักการปฏิบัติตามคู่มือการปฏิบัติงานที่ได้จัดทำขึ้น

7. ประเมินผลร่วมกันในหน่วยงาน หลังปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติพร้อมปรับปรุงแก้ไข
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. บุคลากรทางการพยาบาลสามารถให้การพยาบาล ผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2. ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม ลดระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล และไม่เกิดค่าใช้จ่ายเพิ่มจากการรักษาภาวะแทรกซ้อน

3. เป็นกิจกรรมพัฒนาคุณภาพของหน่วยงาน และการเชื่อมโยงสู่สหสาขาวิชาชีพ เพื่อใช้พัฒนาคุณภาพร่วมกัน

ตัวชี้วัดความสำเร็จ

1. ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ร้อยละ 100

2. ผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมฟื้นฟูสภาพร่างกาย สามารถช่วยเหลือตนเองในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ ร้อยละ 90

3. ระยะเวลาการเข้ารับการรักษา จนกระทั่งจำหน่ายกลับบ้านไม่เกิน 14 วัน ร้อยละ 90

(ลงชื่อ).....จิตตินันท์.....สงแสงจันทร์.....

(นางสาวจิตตินันท์ สงแสงจันทร์)

ผู้ขอรับการประเมิน

(วันที่).....4...../.....57...../.....57.....