

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

1. เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยสะโพกหักที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำและมีโรคร่วม ✓
2. ระยะเวลาที่ดำเนินการ ตั้งแต่วันที่ 28 มีนาคม 2566 ถึงวันที่ 11 เมษายน 2566 รวมระยะเวลาดูแล 15 วัน
3. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน
บทนำ

กระดูกสะโพกหักจากการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุเป็นปัญหาสำคัญเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 2 รองจากอุบัติเหตุทางถนน และการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ อาจส่งผลทำให้กระดูกสะโพกหักตามสถิติของมูลนิธิโรครกระดูกพรุนระหว่างประเทศ ประมาณร้อยละ 12-20 มักเสียชีวิตใน 1 ปี ไม่ว่าจะรักษาโดยการผ่าตัดหรือรักษาแบบอนุรักษ์ ทั้งนี้ประเทศไทยกำลังเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ จึงควรตระหนักทั้งการป้องกันและรักษา (จิตติมา เอกวิโรจนสกุล, 2562)

กระดูกสะโพกหักเป็นปัญหาที่พบอุบัติการณ์การเกิดสูงขึ้น ตามประชากรที่เพิ่มขึ้น โดยสาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากอุบัติเหตุและการพลัดตกหกล้ม เป็นปัญหาที่สำคัญทางสาธารณสุข พบได้ร้อยละ 40 ซึ่งพบผลกระทบหลายด้านโดยเฉพาะอัตราการตายภายใน 1, 4 เดือน และ 1 ปีร้อยละ 10, 20 และ 30 ตามลำดับ คาดการณ์ว่าปี 2568 จำนวนผู้สูงอายุที่มีกระดูกสะโพกหักจะเพิ่มขึ้นจาก 1.66 ล้านคนเป็น 2.6 ล้านคน และเพิ่มเป็น 4.5 ล้านคนในปี 2593 ส่วนประเทศไทยมีการศึกษาในจังหวัดเชียงใหม่ในปี 2556 พบว่าพบอุบัติการณ์การเกิดกระดูกสะโพกหักในผู้สูงอายุ มากกว่า 50 ปี คิดเป็น 181 ต่อ 100,000 คน (ธานินทร์ จินตามาศย์, 2561) ผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักส่วนใหญ่เป็นกลุ่มผู้สูงอายุซึ่งมีปัญหาซับซ้อน เนื่องจากส่วนมากมีโรคประจำตัวร่วมด้วย เช่น เบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคไต เป็นต้น ผู้ป่วยกลุ่มนี้จึงมีความเสี่ยงในการผ่าตัด จำเป็นต้องได้รับการประเมินจากอายุรแพทย์หรือวิสัญญีแพทย์ก่อนผ่าตัด จึงทำให้มีการชะลอการผ่าตัดส่งผลต่อภาระค่าใช้จ่าย มีจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลนาน การรักษาโดยการผ่าตัดเป็นการรักษาที่นิยมใช้มากในปัจจุบันเพื่อให้สามารถลงน้ำหนักขาข้างที่หัก และฟื้นคืนสู่สภาพปกติได้เร็วที่สุด รวมทั้งป้องกันภาวะแทรกซ้อน การผ่าตัดควรทำภายใน 7 วัน หลังสะโพกหัก (ธนัทสร นิธิวรโชต, 2565)

จากสถิติผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักของหอผู้ป่วยพิเศษศัลยกรรมกระดูก โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว ในปี 2564-2566 มีผู้ป่วยกระดูกสะโพกหัก จำนวน 16 ราย, 19 ราย และ 47 ราย ตามลำดับ โดยได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม จำนวน 5 ราย, 6 ราย และ 15 ราย พบว่าผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักเป็นผู้สูงอายุ และมีโรคร่วม เช่น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง โรคเก๊าท์ และโรคไต เป็นต้น การวางแผนการพยาบาลที่มีความจำเพาะกับผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมและมีโรคร่วม จะช่วยลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น ช็อกจากการเสียเลือด ข้อสะโพกเทียมหลุด แผลกดทับ ปอดอักเสบ แผลผ่าตัดติดเชื้อ และภาวะแทรกซ้อนจากโรคร่วมที่ผู้ป่วยเป็นอยู่เดิมส่งผลต่อการฟื้นตัวหลังผ่าตัด หากได้รับการดูแลที่เหมาะสมตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัดมีการกำหนดแนวทางปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดเป็นระบบและต่อเนื่อง จนกระทั่งจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล รวมถึงการแนะนำแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยจะทำให้การฟื้นตัวของผู้ป่วยเร็วขึ้น ภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ได้ ผู้ป่วยสามารถกลับไปใช้ชีวิตประจำวันได้ตามปกติ ดังนั้น ผู้ศึกษาจึงมีความสนใจศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยสะโพกหักที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำและมีโรคร่วมเพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน สามารถกลับไปใช้ชีวิตได้ใกล้เคียงปกติมากที่สุด

ความหมายของโรค

กระดูกสะโพกหัก หมายถึง การหักของกระดูกต้นขาบริเวณสะโพก ทำให้ส่วนหัวและก้านของกระดูกต้นขาแยกจากกัน แบ่งตามตำแหน่งที่หักไว้ 3 บริเวณ คือ การหักของกระดูกต้นขาส่วนคอ (femoral-neck fracture) การหักของกระดูกอินเตอร์โทรแซนเทอริก (Intertrochanteric Fracture) และการหักของกระดูกใต้อินเตอร์โทรแซนเทอริก (subtrochanteric Fracture) บริเวณที่พบว่าการหักมากที่สุด ได้แก่ การหักของกระดูกต้นขาส่วนคอ และการหักของกระดูกอินเตอร์โทรแซนเทอริกซึ่งพบมากกว่าร้อยละ 90 ของการเกิดกระดูกสะโพกหักในผู้สูงอายุ (วิลเลียมส์ วิลสัน, 2565)

พยาธิสภาพ

เมื่อมีแรงกระทำที่กระดูก ทำให้มีการฉีกขาดของเยื่อหุ้มกระดูกและเนื้อเยื่อกระดูกกล้ามเนื้อบริเวณกระดูกที่หักจะเกร็งตัว มีเลือดออกบริเวณปลายกระดูกที่หัก กระดูกที่หักจะทำให้สูญเสียความมั่นคง ทำให้เคลื่อนไหวไม่ได้ตามปกติและการที่เนื้อเยื่อรอบๆกระดูกได้รับบาดเจ็บทำให้เกิดการอักเสบมีอาการปวด บวม แดง และอุณหภูมิสูงขึ้นบริเวณที่หัก สาเหตุที่สำคัญ คือ การหกล้ม และสาเหตุส่งเสริม ได้แก่ ภาวะกระดูกพรุน โดยเฉพาะในเพศหญิงจะพบมากกว่าเพศชาย เนื่องจากเมื่อเริ่มเข้าสู่วัยหมดประจำเดือน รังไข่มีการสร้างฮอร์โมนเอสโตรเจนลดลง ทำให้มีมวลกระดูกและความหนาแน่นของกระดูกลดลง (ธนัทสร นิธิวรโชต, 2565)

สาเหตุ

สาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยหกล้มและเกิดกระดูกหักได้ง่ายกว่าวัยอื่น ๆ เนื่องจาก 2 สาเหตุ

1. สาเหตุภายนอก หมายถึง สิ่งแวดล้อมรอบตัวไม่ว่าจะเป็นภายในบ้านหรือนอกบ้านซึ่งจะเกี่ยวกับแสงสว่างที่ไม่เพียงพอ พื้นลื่นขรุขระ หรือสิ่งกีดขวางและผนังหรือที่จับยึดที่ไม่เหมาะสมหรือไม่เพียงพอ สาเหตุเหล่านี้มีความสำคัญกับการหกล้มของผู้ป่วยมาก

2. สาเหตุภายใน หมายถึง โรคหรือความผิดปกติต่างๆของร่างกายและจิตใจรวมถึงผลข้างเคียงจากยาที่ได้รับอยู่ ถ้าได้รับจำนวนมากเท่าไรโอกาสที่จะเกิดผลข้างเคียงยิ่งมากเท่านั้นและจัดเป็นปัญหาที่สำคัญในผู้ป่วย ยาที่มักพบว่าเป็นปัญหา ได้แก่ยาที่ทำให้หัวใจเต้นช้า เป็นผลให้การรับรู้ลดลงและการประมวลผลเพื่อการควบคุมการทรงตัวของสมองด้อยลง เช่น ยาลดน้ำมูก ยานอนหลับ ยาทางจิตเวช และยาลดความดันโลหิตสูง บางชนิด นอกจากนี้ยาที่ทำให้ความดันโลหิตตกเมื่อเปลี่ยนท่าจากท่านอนหรือท่านั่งเป็นท่านยืน ได้แก่ ยาลดความดันโลหิตสูง ซึ่งพบว่าเป็นสาเหตุของการหกล้ม (ธนัทสร นิธิวรโชต, 2565)

อาการและอาการแสดง

อาการที่พบบ่อยคือ อาการปวดข้อสะโพก ซึ่งระดับความเจ็บปวดขึ้นอยู่กับความมาก-น้อยของการเคลื่อนของกระดูก ผู้ป่วยจะไม่สามารถลงน้ำหนักบนขาข้างที่สะโพกบาดเจ็บได้ การตรวจพิสัยการขยับของข้อสะโพกจะลดลง มีการยุบตัวหรือการเคลื่อนออกของหัวกระดูกสะโพก จะตรวจพบขาสั้นลงด้วยและจะบิดออกไปทางด้านนอก(External rotation) กรณีที่มีการหักของกระดูกภายในเยื่อหุ้มข้อสะโพก จะไม่พบอาการบวมและรอยฟกช้ำ แต่จะพบรอยจ้ำเลือดในกรณีที่มีการหักของกระดูกที่อยู่ภายนอกหุ้มข้อสะโพก ก่อให้เกิดผลกระทบต่อการดำเนินชีวิต (จินพิชญชา สาธิตมาศ(มะมม), 2562)

การวินิจฉัย

1.การซักประวัติเกี่ยวกับสาเหตุ สถานที่ได้รับบาดเจ็บ อวัยวะที่ได้รับบาดเจ็บไม่สามารถใช้ได้เลยหรืออาจใช้ได้บ้าง แต่ยังมีคามผิดปกติอยู่ รวมทั้งโรคประจำตัว เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคไต โรคหัวใจ

2.การตรวจร่างกาย คือ อวัยวะที่ผิดปกติ บวม ความสั้นยาวของขาทั้งสองข้าง การเคลื่อนไหวผิดปกติ ปวดเมื่อเคลื่อนไหว และการตรวจทางห้องปฏิบัติการร่วมด้วย ได้แก่ การตรวจด้วยภาพรังสี

การรักษาที่มีเป้าหมาย คือ การทำให้กระดูกเชื่อมติดกันในลักษณะที่ใกล้เคียงกับกายวิภาคเดิมมากที่สุด จนเกิดความแข็งแรง และสามารถเคลื่อนไหวหรือรับน้ำหนักได้ปกติ แบ่งเป็น 2 วิธี

1. การรักษาโดยไม่ผ่าตัด เป็นการรักษาแบบประคับประคอง โดยใช้วิธีการดึงถ่วงกระดูกแบบการใส่เครื่องดึงให้ติดกับผิวหนัง (Skin traction) โดยใช้น้ำหนักในการถ่วงดึงประมาณ 2-3 กิโลกรัม หรือ 1 ใน 10 ของน้ำหนักตัว เพื่อลดการบาดเจ็บของเนื้อเยื่ออ่อน การหดเกร็งตัวของกล้ามเนื้อ และกระตุ้นการไหลเวียนเลือดที่ไปเลี้ยงหัวกระดูกต้นขา การรักษาด้วยวิธีนี้ส่วนใหญ่ทำในผู้สูงอายุที่มีภาวะแทรกซ้อนทางอายุรกรรม เช่น โรคของระบบหัวใจและหลอดเลือด หรือในกรณีที่ไม่ผ่าตัด (ฉิมพิชญ์ชา สาธิยามาศ (มะมม), 2562)

2. การรักษาโดยวิธีการผ่าตัดเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถลงน้ำหนักขาข้างที่หักและฟื้นคืนสู่สภาพปกติให้เร็วที่สุด รวมทั้งป้องกันภาวะแทรกซ้อน วิธีผ่าตัดมี 2 วิธี

2.1 การผ่าตัดยึดตรึงด้วยโลหะ (Closed or open reduction with External Fixation) การใช้ Multiple Screw เพื่อยึดกระดูกเข้าหากัน วิธีนี้เหมาะสมกับผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักแบบกระดูกไม่เคลื่อนออกจากกัน (non displaced Fracture) ทุกกลุ่มอายุและกระดูกสะโพกหักที่เคลื่อนออกจากกัน (displaced Fracture) ที่อายุน้อยกว่า 65 ปี ซึ่งไม่เหมาะสมที่จะเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม

2.2 การผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม (Hip replacement) กรณีรายที่มีภาวะกระดูกพรุนมากมีความเสื่อมของผิวข้อบริเวณเข้าสะโพกซึ่งเป็นการรักษาด้วยการใช้วัสดุที่ประดิษฐ์ขึ้นใส่แทนข้อสะโพกเดิมที่เสียไป การผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม มี 2 ชนิด

- เปลี่ยนข้อสะโพกเฉพาะหัวกระดูกต้นขาอย่างเดียว ซึ่งตัดเฉพาะส่วนหัวของกระดูกต้นขาออกแล้วใส่ข้อเทียมเฉพาะส่วนที่เป็นหัวกระดูกและด้านเท่านั้น (Hemiarthroplasty prosthesis)

- เปลี่ยนข้อสะโพกเทียมหัวด้านเข้าและกระดูกต้นขา (total hip replacement)

การพยาบาลระยะก่อนผ่าตัด

1. การเตรียมความพร้อมด้านจิตใจ พยาบาลควรอธิบายให้ผู้ป่วยและครอบครัวทราบเกี่ยวกับรายละเอียดของขั้นตอนการผ่าตัด อาการเจ็บปวดที่อาจเกิดขึ้น สิ่ง que ผู้ป่วยควรปฏิบัติก่อนและหลังได้รับการผ่าตัด และเมื่อกลับไปอยู่บ้าน รวมทั้งระยะเวลาการนอน

2. การเตรียมความพร้อมด้านร่างกาย

2.1 ประเมินอาการปวด และการจัดการความเจ็บปวด อย่างเหมาะสม

2.2 งดยาละลายลิ่มเลือดก่อนผ่าตัด 7 วัน หรือตามแผนการรักษาของแพทย์ รวมทั้งพิจารณาตัวอื่น ๆ ด้วย เนื่องจากผู้สูงอายุส่วนใหญ่มียาประจำหลายตัว

2.3 เตรียมผลทางห้องปฏิบัติการ ผลเอกซเรย์ คลื่นไฟฟ้าหัวใจ อุปกรณ์และยาให้พร้อม

2.4 เตรียมความสะอาดของร่างกาย ช่องปาก ฝ่ามือ เล็บและบริเวณที่ผ่าตัด

2.5 งดน้ำอาหารหลังเที่ยงคืนก่อนวันผ่าตัด เพื่อป้องกันการสำลักเศษอาหารเข้าปอด

2.6 ฝึกการหายใจลึกๆ การไอเอาเสมหะออกอย่างมีประสิทธิภาพ และดูแลให้ผู้ป่วยพักผ่อนให้

เพียงพอ

3. การป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการดึงถ่วงน้ำหนักผ่านผิวหนัง (Skin traction) ในช่วงระหว่างรอผ่าตัด

3.1 บรรเทาอาการปวด โดยการจัดท่าผู้ป่วยให้ขาอยู่ในแนวตั้งถ่วงของกระดูก ไม่ควรเอาน้ำหนักที่ใช้ถ่วงออก เพราะจะทำให้กล้ามเนื้อเกิดการหดเกร็ง เจ็บปวดได้ การพยาบาลด้วยเทคนิคเบี่ยงเบนความสนใจ การให้ยาแก้ปวดตามแผนการรักษาของแพทย์

การพยาบาลระยะก่อนผ่าตัด (ต่อ)

3.2 ดูแลและป้องกันการบาดเจ็บของเส้นประสาทและหลอดเลือด โดยประเมินการบวมจากการบาดเจ็บกระดูกสะโพกหัก แรกกดจากการบวมในช่องกล้ามเนื้อ ทำให้เลือดไปเลี้ยงอวัยวะส่วนปลายไม่ดี ถ้ามีอาการปวดขา จับชีพจรหลังเท้าทั้ง 2 ข้างไม่ได้ ผิวหนังเย็น ซีด เมื่อกดเล็บแล้วปล่อย (Capillary refill/blanching test) เล็บซีดขาวนานเกิน 3 วินาที (ฉันทพิชญ์ สาธิตมาศ(มะมม), 2562) แสดงว่าการไหลเวียนกลับของเลือดส่วนปลายไม่ดี ถ้ามีอาการดังกล่าว ควรรีบรายงานแพทย์ทันที

3.3 ดูแลและป้องกันการเกิดแผลกดทับ โดยใส่ที่นอนลม จัดผ้าปูที่นอนให้เรียบตึงอยู่เสมอ และดูแลผิวหนังให้แห้งสะอาด กระตุ้นให้เปลี่ยนอิริยาบถบ่อย ๆ และให้หมุนหมอนยกสันเท้า โดยใช้ผ้าประคองขาทั้งสองด้าน ป้องกันแผลกดทับที่สันเท้า และการบิดออกของขา

การพยาบาลระยะหลังผ่าตัด

1. การประเมินระดับความรู้สึกตัว สัญญาณชีพอย่างต่อเนื่อง โดยหลังผ่าตัดบันทึกค่าสัญญาณชีพทุก 15 นาที 4 ครั้ง ทุก 30 นาที 2 ครั้ง เมื่อผู้ป่วยมีอาการคงที่ให้บันทึกสัญญาณชีพทุก 1 ชั่วโมง หากพบความผิดปกติ เช่น ความดันโลหิตลดลงมาก ให้รีบรายงานแพทย์

2. การประเมินภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาระงับความรู้สึกแบ่งเป็น

2.1 กรณีได้รับยาระงับความรู้สึกโดยการดมยาสลบ ให้นอนราบหนุนหมอน 1 ใบ ประเมินอาการหายใจผิดปกติ ถ้ามีอาการให้ตะแคงหน้า ระวังการสำลักเข้าหลอดลม

2.2 กรณีได้รับยาระงับความรู้สึกทางไขสันหลัง ให้นอนราบ 6 ชั่วโมง ประเมินอาการปวดศีรษะจากการรั่วของน้ำไขสันหลัง กรณีไม่ได้คายสวนปัสสาวะ ให้ประเมินกระเพาะปัสสาวะโป่งตึง ถ่ายปัสสาวะเองไม่ได้หลังผ่าตัด 6-8 ชั่วโมง ต้องรายงานแพทย์เพื่อสวนปัสสาวะออกเป็นครั้งคราว

3. การประเมินการเสียเลือดจากแผลผ่าตัด บันทึกลักษณะและปริมาณสิ่งคัดหลั่งจากแผล และสายระบายเลือด (Vacuum drain)

4. การประเมินอาการปวดแผลผ่าตัดกรณีได้รับยากลุ่มโอปิออยด์ ต้องเฝ้าระวังอันตรายจากอาการข้างเคียงของยา เช่น กัดการหายใจ คลื่นไส้อาเจียน ท้องผูก เป็นต้น

5. การป้องกันการเคลื่อนหลุดของหัวกระดูกต้นขาเทียม ในกรณีที่เป็นการผ่าตัดใส่กระดูกสะโพกเทียม ให้การดูแล ดังนี้

5.1 หลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม ต้องจัดท่านอนเหยียด ขาข้างทั้งสองข้างออกจากกันประมาณ 15-30 องศา (Abduction) โดยใช้หมอนสามเหลี่ยม (Abduction pillow) กั้นกลางระหว่างขา ขาข้างที่ผ่าตัดต้องไม่บิดเข้าในหรือออกนอก เพื่อป้องกันการเคลื่อนหลุดของหัวกระดูกต้นขาเทียม และไม่ให้เกิดการกดทับเส้นประสาทหรือเส้นเลือดในส่วนคอของกระดูกฟิบูลา (Neck of fibula)

5.2 การพลิกตะแคงตัว ควรพลิกไปทางด้านที่ไม่ผ่าตัดในลักษณะพลิกทั้งตัว(Log roll) ขาข้างผ่าตัดเหยียดตรงสอดหมอนไว้ที่ระหว่างขา เพื่อให้ขาข้างออกเสมอ ข้อสะโพกต้องไม่หุบงอเข้า

5.3 ระวังการเกิดอุบัติเหตุ โดยเฉพาะการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย

5.4 ประเมินการเคลื่อนหลุดของข้อ โดยสังเกตอาการบวม ปวดบริเวณข้อสะโพกและต้นขา ความยาวของขา 2 ข้างจะไม่เท่ากัน

6. ติดตามผลน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารทุกมื้อและก่อนนอน เพื่อเฝ้าระวังภาวะน้ำตาลในเลือดสูง-ต่ำ (วิไลลักษณ์ วิไลพันธ์, 2565)

การพยาบาลระยะวางแผนจำหน่าย

1. การประเมินความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยและผู้ดูแล สภาพแวดล้อมที่บ้านความจำเป็นในการส่งต่อไปยังสถานบริการใกล้บ้าน

2. การให้ความรู้ในการดูแลต่อเนืองที่บ้าน เพื่อป้องกันข้อสะโพกเทียมหลุด หลวม หรือเสื่อมก่อนเวลาอันควร ได้แก่

2.1 การนั่ง ควรหลีกเลี่ยงท่าที่ต้องงอสะโพกมากเกินไป 90 องศา เช่น การนั่งพับเพียบกับพื้น ไขว่ห้าง นั่งคุกเข่าหรือนั่งยองๆ ควรเดินก้าวสั้นๆ ไม่เร่งรีบ และในผู้ป่วยที่ผ่าตัดข้อสะโพกด้านหลัง ระวังการหุบงอข้อสะโพกเข้ามากเกินไป ส่วนผู้ป่วยที่ผ่าตัดข้อสะโพกทางด้านหน้า ระวังการหมุนข้อสะโพกออกทางด้านนอกหรือไปทางด้านหลังมากเกินไป เพื่อป้องกันการเคลื่อนหลุดของหัวกระดูกข้อเทียม

2.2 หลีกเลี่ยงการนั่งเก้าอี้โยกหรือเตี้ย ควรเลือกนั่งเก้าอี้ที่เข้าไม่สูงเกินข้อสะโพก สามารถวางเท้าได้พอดีกับพื้น พยายามให้ขาข้างที่ผ่าตัดอยู่ด้านหน้า

2.3 หลีกเลี่ยงการยกของหนัก การวิ่งกระโดดและควบคุมน้ำหนักตัวไม่ให้อ้วน เพื่อลดแรงกดบริเวณข้อสะโพก

2.4 การซบถ่าย ให้นั่งโถส้วมแบบชักโครก กรณีใช้หมอนนอน ให้เลือกชนิดแบน (Orthopedics bed pan)

2.5 การนอน เียงนอนไม่ควรสูงหรือต่ำเกินไป การขึ้นลงเตียง ให้นั่งขอบเตียง แล้วค่อยๆ เอนตัวลงใช้ข้อศอกยันที่นอน หมุนก้นแล้วยกขาสองข้างขึ้นเตียง พยายามไม่ให้ขาข้างที่ผ่าตัดหุบงอ ใช้หมอนคั่นระหว่างขาเสมอ ควรนอนตะแคงที่ขาข้างที่ดี

2.6 การเดิน ควรใช้อุปกรณ์ช่วยพยุงเดิน เช่น ไม้เท้าค้ำยัน (Crutches) โครงเหล็กสี่ขา (Walker) เมื่อขึ้นบันไดหรือทางต่างระดับ ให้ก้าวขาข้างที่ไม่ผ่าตัดขึ้นไปก่อน แล้วก้าวขาข้างที่ผ่าตัดตามขึ้นมายืนอยู่ที่บันไดขั้นเดียวกัน การลงบันไดให้ใช้ไม้เท้านำลงไปก่อน ก้าวขาข้างที่ผ่าตัดตามลงมา แล้วจึงก้าวขาอีกข้างลงมายืนที่บันไดขั้นเดียวกัน เพื่อลดแรงกดที่ข้อสะโพก

2.7 ไม่ก้มหยิบของที่พื้น ก้มสวมถุงเท้า รองเท้า หรือก้มตัดเล็บเท้า เพราะจะทำให้ข้อสะโพกงอ เกิดข้อเคลื่อนหรือหลุดได้

2.8 การแต่งตัว ให้นั่งบนเก้าอี้ สวมใส่กางเกง ผ่าถุง หรือกระโปรงด้วยขาข้างที่ผ่าตัดก่อน ส่วนเวลาถอดให้ถอดขาข้างที่ติดออกก่อนเสมอ ไม่ควรยีนใส่ เพราะจะทำให้ข้อสะโพกงอ ขณะก้มหรือโน้มตัวไปด้านหน้า

2.9 ดูแลให้ได้รับสารอาหารที่มีประโยชน์ ครบ 5 หมู่ เพิ่มแคลเซียม เสริมสร้างกระดูก เช่นนมจืด ปลาเล็กปลาน้อย งาดำ เต้าหู้ เป็นต้น ควรงดอาหารไขมันสูง และควบคุมน้ำหนักไม่ให้อ้วน

2.10 แนะนำการดูแลแผลผ่าตัด โดยไปทำแผลทุกวันที่สถานบริการสุขภาพใกล้บ้าน ระวังแผลสกปรก เปียกน้ำ หรือหากแผลเปียกน้ำ ต้องรีบทำแผลใหม่ทันที สังเกตอาการผิดปกติของแผล ถ้าปวด บวม แดง ร้อน มีไข้ รีบมาโรงพยาบาลทันที

2.11 สังเกตอาการผิดปกติของข้อสะโพกเคลื่อนหลุด ได้แก่ ปวดมากบริเวณข้อสะโพกและต้นขา มีอาการบวม ขาข้างที่ผ่าตัดผิดรูป ความยาวของขาไม่เท่ากัน ขาข้างผ่าตัดจะสั้นกว่า เดินไม่ได้ ให้รีบมาพบแพทย์ก่อนทันที

2.12 เน้นย้ำความสำคัญของการมาตรวจตามนัด และการรับประทานยาตามแผนการรักษาทั้งยาที่เกี่ยวข้องกับการรักษาหลังผ่าตัดและยาที่ใช้รักษาโรคร่วม

การพยาบาลระยะวางแผนจำหน่าย (ต่อ)

3. การสนับสนุนด้านจิตสังคม เช่น การให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับปัญหาความวิตกกังวล เมื่อต้องกลับไปดูแลต่อเองที่บ้าน การฝึกเทคนิคผ่อนคลาย เช่น ฝึกการหายใจหรือสมาธิ และการส่งปรึกษาหน่วยให้คำปรึกษาหรือนักจิตวิทยา รวมทั้งนักสังคมสงเคราะห์ ในกรณีมีปัญหาด้านค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษา ผู้ป่วยสรุปกระดูกสะโพกหักในผู้สูงอายุ ทำให้ความสามารถในการช่วยเหลือตนเองและการเคลื่อนไหวลดลง ผู้ป่วยต้องทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวด จำเป็นต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลโดยเร็วที่สุด เพื่อที่จะได้รับการรักษาที่ถูกต้องเหมาะสม ผู้สูงอายุที่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพก อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้นได้ทั้งก่อนและหลังการผ่าตัด พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการเฝ้าระวัง และป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเป็นอันตรายต่อผู้ป่วยในระยะก่อนและหลังผ่าตัด รวมทั้งในการวางแผนจำหน่าย โดยมีการร่วมมือกันระหว่างบุคลากรสุขภาพที่เกี่ยวข้อง ผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมีการฟื้นหายอย่างรวดเร็ว และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น (พัชรพร ตาใจ, 2563)

- ส่งเยี่ยมบ้านระบบ coc

- ประสานทีมสหสาขาวิชาชีพติดตามเยี่ยมบ้านหลังกลับบ้าน 7 วัน เพื่อประเมินต่อเนื่อง

4. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

4.1 สรุปสาระสำคัญ

กรณีศึกษา

ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 74 ปี ให้ประวัติว่า 7 วันก่อนมาโรงพยาบาลส้นล้ม สะโพกซ้ายกระแทกพื้น เดินลงน้ำหนักขาซ้ายได้ ต่อมา 1 วันก่อนมาโรงพยาบาลปวดสะโพกซ้ายมากขึ้น เดินลงน้ำหนักขาซ้ายไม่ได้ ญาตินำส่งโรงพยาบาล เข้ารักษาที่โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว วันที่ 28 มีนาคม 2566 เวลา 14.00 น. แพทย์วินิจฉัย Closed Fracture neck of left femur with Hypoglycemia มีโรคประจำตัวเป็นโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไขมันในเส้นเลือดสูง และไตเสื่อมเรื้อรังระยะที่ 3 ได้รับการรักษาโดยการดึงถ่วงน้ำหนักผ่านผิวหนัง (Skin traction) ที่ขาซ้าย 5 กิโลกรัม เป็นระยะเวลา 3 วัน และได้รับการผ่าตัด Bipolar Cement less hemiarthroplasty Left hip under spinal block วันที่ 30 มีนาคม 2566 มีความเสี่ยงในการผ่าตัดจากโรคร่วม ได้รับการประเมินจากแพทย์อายุรกรรมก่อนผ่าตัด ได้รับการเตรียมผ่าตัดตามแนวทางปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยสะโพกซ้ายหัก หลังผ่าตัดผู้ป่วยรู้สึกตัวดี หายใจไม่หอบเหนื่อย ค่าอิมตัวของออกซิเจนในเลือด 93 เปอร์เซ็นต์ให้ออกซิเจนทางจมูกในอัตรา 3 ลิตรต่อนาที ใส่สายระบายเลือดจากแผลผ่าตัด (Radivac drain) เสียเลือดขณะผ่าตัด 200 มิลลิลิตร ความเข้มข้นของเลือดลดลงจาก 33 เปอร์เซ็นต์ เหลือ 32 เปอร์เซ็นต์ สัญญาณชีพ อุณหภูมิร่างกาย 36.5 องศาเซลเซียส ชีพจร 86 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 145/86 มิลลิเมตรปรอท ค่าอิมตัวของออกซิเจนในเลือดขณะให้ออกซิเจนทางจมูกได้ 97 เปอร์เซ็นต์ ระดับน้ำตาลในเลือดได้ 150 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ ไม่มีอาการเหงื่อออกตัวเย็น ปวดแผลผ่าตัดที่สะโพกซ้าย pain score 7 คะแนน ได้รับยา morphine 4 มิลลิกรัมทางหลอดเลือดดำเพื่อบรรเทาอาการปวด หลังได้รับยาแก้ปวด pain score ลดลงเหลือ 3 คะแนน ใส่สายสวนปัสสาวะไว้ ปัสสาวะสีเหลืองมีตะกอนเล็กน้อย มีการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ ใหยาปฏิชีวนะทางหลอดเลือดดำ หลังผ่าตัดวันที่ 1-4 ผู้ป่วยรู้สึกตัวดีแผลผ่าตัดสะโพกซ้ายแห้งดี สายระบายเลือดจากแผล จำนวน 110 มิลลิลิตร ผลค่าความเข้มข้นของเลือด ได้ 30 เปอร์เซ็นต์ ระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในช่วง 102-160 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ ไม่มีอาการเหงื่อออกตัวเย็น ได้รับยาควบคุมระดับน้ำตาล Metformin (500) 2 เม็ดหลังอาหารเช้า-เย็น Glipizide (5) 2 เม็ดก่อนอาหารเช้า-เย็นและNPH 6 ยูนิตใต้ผิวหนังก่อนนอน ปวดแผลผ่าตัดสะโพกซ้าย pain score อยู่

4. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

4.1 สรุปสาระสำคัญ (ต่อ)

ในช่วง 8 คะแนน ได้รับยา Morphine 4 มิลลิกรัมทางหลอดเลือดดำ ใส่สายสวนปัสสาวะปัสสาวะสีเหลืองมีตะกอนลดลง สัญญาณชีพ อุณหภูมิร่างกาย 36.5-37.3 องศาเซลเซียส ชีพจร 84-94 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 18-20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิตอยู่ในช่วง 128/56-153/59 มิลลิเมตรปรอท ค่าอิมตัวของออกซิเจนในเลือด Room air 98 เปอร์เซ็นต์ หลังการผ่าตัดวันที่ 5 ผู้ป่วยมีอาการซึมลงเหงื่อออกตัวเย็น ประเมิน GCS E3V4M5 GCS 12 คะแนน ระดับน้ำตาลในเลือดได้ 41 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ แพทย์ให้ 50% glucose 50 มิลลิกรัมเข้าเส้นเลือดดำทันที ประเมินระดับน้ำตาลในเลือดซ้ำได้ 255 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ แพทย์ควบคุมระดับน้ำตาลด้วย RI scale และงดยาเบาหวานทุกชนิด สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 37 องศาเซลเซียส ชีพจร 108 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 22-24 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 171/93 มิลลิเมตรปรอท ค่าอิมตัวของออกซิเจนในเลือด 93 เปอร์เซ็นต์ ได้รับออกซิเจนทางจมูกในอัตรา 3 ลิตรต่อนาที ความเข้มข้นของเลือด 23 เปอร์เซ็นต์ ได้รับ Pack red cell 1 unit เข้าหลอดเลือดดำตามแผนการรักษาของแพทย์ หลังได้รับเลือดผลความเข้มข้นของเลือด 30 เปอร์เซ็นต์หลังการผ่าตัดวันที่ 6 ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี แผลผ่าตัดแห้ง แพทย์เอาสายระบายเลือดออก ปวดแผลผ่าตัด pain score 3 คะแนน ระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในช่วง 236-306 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ แพทย์พิจารณา off สารน้ำทางหลอดเลือดดำชนิด 5%D/N/2 ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้ประมาณ ½ ถาดทุกมื้อ ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดโดยให้ Metformin (500) 2 เม็ดหลังอาหารเช้า-เย็น Glipizide (5) 2 เม็ดก่อนอาหารเช้า-เย็น แพทย์ให้เอาสายปัสสาวะออก หลังเอาสายปัสสาวะออกผู้ป่วยสามารถปัสสาวะเองได้ ปัสสาวะสีเหลืองไม่มีตะกอน หลังผ่าตัดวันที่ 7-11 ปรึกษากายภาพบำบัดส่งผู้ป่วยฝึกกล้ามเนื้อแขนขา และฝึกเดินที่กายภาพบำบัด โดยใช้ Walker with partial weight bearing ผู้ป่วยเดินได้คล่อง แนะนำเรื่องการเตรียมบ้านเพื่อพักฟื้นที่บ้าน แพทย์จำหน่ายให้กลับบ้าน วันที่ 11 เมษายน 2566 และติดตามผลการรักษา 2 สัปดาห์

4.2 ขั้นตอนการดำเนินการ

1. คัดเลือกเรื่องที่น่าสนใจ เป็นปัญหาสำคัญของหน่วยงาน ที่มารับการรักษาที่หอผู้ป่วยพิเศษ ศัลยกรรมกระดูก โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว จำนวน 1 ราย
2. รวบรวมข้อมูล ประวัติผู้ป่วย อาการสำคัญ ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต ผลการตรวจพิเศษ ผลการตรวจในห้องปฏิบัติการ การตรวจวินิจฉัย แผนการรักษาของแพทย์ การรักษา พยาบาล และการประเมินสภาพผู้ป่วย
3. ศึกษาค้นคว้าจากตำรา เอกสารวิชาการ การวิจัย สื่ออิเล็กทรอนิกส์ ปรึกษาแพทย์เจ้าของไข้ เพื่อใช้เป็นแนวทางในการวางแผนการพยาบาล และปฏิบัติการพยาบาล
4. รวบรวมข้อมูลนำมาวิเคราะห์และวางแผนในการพยาบาลตามกระบวนการพยาบาล โดยเน้นให้การพยาบาลแบบองค์รวม
5. ปฏิบัติการพยาบาลและประเมินผลการพยาบาล พร้อมทั้งปรับแผนการพยาบาลให้เหมาะสมกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย
6. ให้ข้อมูลเกี่ยวกับอาการ และอาการแสดงของโรค แผนการรักษาพยาบาล ความรู้และการปฏิบัติตน
7. สรุปผลการดำเนินการศึกษา ตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหา
8. เรียบเรียงการเขียน สรุปรายงาน เข้ารูปเล่ม
9. นำเอกสารให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบ และแก้ไขให้ถูกต้อง
10. เผยแพร่ผลงานโดยนำเสนอที่ประชุมวิชาการ (oral presentation) โรงพยาบาลรัฐประเทศ

4.3 เป้าหมายของงาน

1. เพื่อให้การพยาบาลผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักมีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำและมีโรคร่วมให้ปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน
2. เพื่อเพิ่มทักษะการพยาบาลผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักมีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำและมีโรคร่วม

5. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

5.1 ผลสำเร็จของงานเชิงปริมาณ

ให้การพยาบาลผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักมีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำและมีโรคร่วม จำนวน 1 ราย รับผิดชอบได้ตั้งแต่วันที่ 28 มีนาคม 2566 ถึงวันที่ 11 เมษายน 2566 รวมระยะเวลาที่อยู่ในความดูแล 14 วัน

5.2 ผลสำเร็จของงานเชิงคุณภาพ

กรณีศึกษาได้รับการพยาบาล โดยใช้กระบวนการพยาบาลที่มีความรู้ และมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้การดูแลรักษาพยาบาลได้ผลดี ผู้ป่วยปลอดภัย ผลลัพธ์ของการดูแลด้านการรักษาพยาบาล

1. ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลที่ถูกต้องตามมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักมีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำและมีโรคร่วม ในการเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงอย่างใกล้ชิดตั้งแต่แรกเริ่ม การดูแลหลังผ่าตัด เพื่อไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อน

2. ผู้ป่วยและญาติได้รับการให้ข้อมูลการรักษาพยาบาลอย่างต่อเนื่อง รวมถึงการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยและญาติเพื่อดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ก่อให้เกิดความพึงพอใจในการให้การพยาบาล

3. จากการให้การพยาบาลถูกต้องตามมาตรฐานการพยาบาลในการเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงอย่างใกล้ชิด ส่งผลให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนต่างๆ สามารถกลับไปใช้ชีวิตต่อที่บ้านได้

6. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

- 6.1 เพื่อใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักมีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำและมีโรคร่วม

- 6.2 เป็นแนวทางประกอบการนิเทศพยาบาลในหอผู้ป่วยพิเศษศัลยกรรมกระดูก

- 6.3 เป็นเอกสารวิชาการ สำหรับบุคลากรทางการพยาบาลและผู้สนใจ

7. ความยุ่งยากซับซ้อนในการดำเนินการ

- 7.1 เนื่องจากผู้ป่วยรายนี้เป็นผู้สูงอายุและมีโรคร่วม มีภาวะแทรกซ้อนจากภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ การดูแล ซับซ้อน มีผลทำให้นอนรักษาตัวในโรงพยาบาลนานกว่าปกติ

- 7.2 ผู้ป่วยมีความเสี่ยงในการผ่าตัดจากโรคร่วม ได้รับการประเมินจากทีมสหสาขาวิชาชีพ

- 7.3 มีข้อจำกัดเรื่องสถานที่ เนื่องจากหอผู้ป่วยพิเศษ เป็นห้องแบบปิด ไม่สามารถมองเห็นผู้ป่วยได้ตลอดเวลา การสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยจึงทำได้ยาก

8. ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินการ

- 8.1 พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหน่วยงาน ส่วนมากมีประสบการณ์การทำงานน้อยกว่า 5 ปี ขาดทักษะ การประเมินผู้ป่วยที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ

- 8.2 การพยาบาลผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักมีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำและมีโรคร่วม พยาบาลต้องมีความรู้เรื่องโรค การให้การพยาบาล ตั้งแต่แรกเริ่มจนกระทั่งจำหน่าย มีการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนต่างๆที่เกิดขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย

- 8.3 ผู้ป่วยสูงอายุ มีอุปสรรคต่อการสื่อสาร

9. ข้อเสนอแนะ

- 9.1 ควรพัฒนาสมรรถนะพยาบาล ในการดูแลผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักที่มีโรคร่วม
- 9.2 จัดทำแนวทางปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักมีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำและมีโรคร่วมให้ชัดเจน เพื่อเป็นแนวทางทางที่ครอบคลุมในการดูแลผู้ป่วย
- 9.3 ควรมีการนิเทศงานบุคลากรทางการพยาบาลเกี่ยวกับการประเมิน และการให้การพยาบาลผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักที่มีโรคร่วม

10. การเผยแพร่ผลงาน

ดำเนินการเผยแพร่โดย สัมครเข้าร่วมนำเสนอแบบบรรยาย (oral presentation) ในการประชุมเชิงปฏิบัติการนำเสนอแลกเปลี่ยนเรียนรู้ผลงานวิชาการของพยาบาลวิชาชีพ จังหวัดสระแก้ว จัดโดยโรงพยาบาลอรัญประเทศ วันที่ 23 พฤศจิกายน 2566 - 24 พฤศจิกายน 2566

11. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน

- 1) นางสาวจันทร์เจ้า อยู่ประพิส ผู้เสนอมีสัดส่วนของผลงาน ร้อยละ 100

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....*จันทร์เจ้า อยู่ประพิส*.....

(นางสาวจันทร์เจ้า อยู่ประพิส)

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

(วันที่).....*26* / *ธันวาคม* / *2566*.....

ผู้ขอประเมิน

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
นางสาวจันทร์เจ้า อยู่ประพิศ	จันทร์เจ้า อยู่ประพิศ

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....

(นางจิรฐา แจ่มศรี)

(ตำแหน่ง) หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยออโรโธปิดิกส์

(วันที่) 27 / ธันวาคม / 2566

ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ).....

(นางสาวรัตนา ด่านปริดา)

(ตำแหน่ง) หัวหน้าพยาบาล (พยาบาลวิชาชีพเชี่ยวชาญ)

(วันที่) 28 / ธันวาคม / 2566

ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ).....

(นายสมคิด ยืนประโคน)

(ตำแหน่ง) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว

(วันที่) ๒๘ / ธันวาคม / ๒๕๖๖

ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป

(ลงชื่อ).....

(นายธราพงษ์ กัปโก)

(ตำแหน่ง) นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว

(วันที่) 9 ก.พ. 2567

แบบเสนอแนวความคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน
(ระดับชำนาญการพิเศษ)

.....

1. เรื่อง แนวทางปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยก่อนและหลังการผ่าตัดซ่อมเอ็นไขว้หน้าข้อเข่าโดยวิธีส่องกล้อง ✓

2. หลักการและเหตุผล

เอ็นไขว้หน้าข้อเข่า (Anterior Cruciate Ligament : ACL) เป็นเอ็นที่สำคัญที่อยู่ลึกเข้าไปในส่วนล่างของข้อเข่า ยึดเกาะระหว่างกระดูก Femur และกระดูก tibia ทำหน้าที่สำคัญในการรักษาความมั่นคงของข้อเข่าในการเคลื่อนไหว โดยช่วยป้องกันไม่ให้กระดูก tibia เคลื่อนที่มาด้านหน้า ช่วยให้มีความมั่นคงขณะหมุนข้อเข่า เช่นการวิ่ง การเดิน การงอเข่า (มารยาท เงินดี,2562). การบาดเจ็บของเส้นเอ็นไขว้หน้าของเข่าเป็นการบาดเจ็บเส้นเอ็นของเข่าที่พบได้บ่อยที่สุด ซึ่งร้อยละ 70 ของการบาดเจ็บ เกิดจากการเล่นกีฬา ส่วนสาเหตุอื่นๆ เช่น อุบัติเหตุทางจราจร หกล้ม เป็นต้น โดยกลไกการบาดเจ็บมีได้หลายแบบ แต่มักเกิดจากการมีแรงหมุนง่วงและแรงบิดต่อเข่า ขณะอยู่ท่า hyperextension การขาดของเอ็นไขว้หน้าทำให้เกิดปัญหาความมั่นคงแข็งแรงของข้อเข่าเป็นผลให้มีการทำลายโครงสร้างอื่น รอบเข่า เกิดข้อเข่าเสื่อม ก่อนเวลาอันควรตามมา อาจมีบาดเจ็บร่วมเช่น หมอนรองกระดูกข้อเข่าแตกหักได้ (สิณีนานู เจนวนิชสถาพร, 2558)

การฉีกขาดเส้นเอ็นไขว้หน้าของข้อเข่าเป็นการบาดเจ็บทางกีฬาที่พบได้บ่อย โดยเฉพาะในกลุ่มอายุ 16 - 39 ปีโดยมีการบาดเจ็บในเพศชายมากกว่าเพศหญิงถึง 4 เท่า สามารถทำการรักษาได้โดยการผ่าตัดสร้างเส้นเอ็นไขว้หน้า (Anterior Cruciate Ligament Reconstruction; ACLR) ซึ่งเป็นมาตรฐาน (Gold Standard) ของการรักษาภาวะนี้ นอกจากนี้ การผ่าตัดสร้างเส้นเอ็นไขว้หน้า (ACL reconstruction) ยังเป็นการผ่าตัดที่มีปริมาณอันดับต้นของการผ่าตัดทางออร์โธปิดิกส์ ซึ่งมีรายงานถึง 100,000 รายต่อปี ในสหรัฐอเมริกา (จิรวรัตน์ กิจสมานมิตร, 2559) จุดประสงค์หลักของการผ่าตัดสร้างเส้นเอ็นไขว้หน้า คือการแก้ไขภาวะการเคลื่อนไหวของข้อเข่าที่ผิดปกติ ในผู้ป่วยที่มีการฉีกขาดของเส้นเอ็นไขว้หน้า และเพื่อสร้างความมั่นคงให้เกิดขึ้นภายในข้อเข่า เพื่อให้ผู้ป่วยได้กลับไปใช้งานหรือเล่นกีฬาได้ ป้องกันการบาดเจ็บ ต่อกระดูกอ่อนผิวข้อและหมอนรองกระดูก รวมถึงการเกิดภาวะข้อเสื่อมก่อนกำหนดที่จะเกิดขึ้นตามมาได้ (ฉัตรชัย ยมศรีเคน ,2564)

จากสถิติหอผู้ป่วยพิเศษศัลยกรรมกระดูก โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว ในปี 2564-2566 พบว่ามีผู้ป่วยที่มารักษาภาวะเอ็นไขว้หน้าข้อเข่าฉีกขาดและได้รับการการผ่าตัดซ่อมเอ็นไขว้หน้าข้อเข่าโดยวิธีส่องกล้อง จำนวน 12 ราย, 7 และ 28 ราย ตามลำดับ ซึ่งภายหลังผ่าตัดผู้ป่วยต้องได้รับการดูแลที่ถูกต้อง และเหมาะสมเพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย และป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นหลังผ่าตัดได้แก่ ภาวะข้อเข่ายึดติด ภาวะติดเชื้อ รวมทั้งการดูแลผู้ป่วยให้มีระดับความเจ็บปวดภายหลังการผ่าตัดน้อยที่สุด การฟื้นฟูสภาพร่างกายและจิตใจ การฝึกความแข็งแรงของกล้ามเนื้อขา ทำให้ผู้ป่วยสามารถกลับไปดำเนินชีวิตประจำวันได้ และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นซึ่งปัจจุบัน หอผู้ป่วยพิเศษศัลยกรรมกระดูกไม่มีแนวทางปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยก่อนและหลังผ่าตัดซ่อมเอ็นไขว้หน้าข้อเข่าโดยวิธีส่องกล้องที่ชัดเจน และส่วนใหญ่พยาบาลมีประสบการณ์ทำงานน้อยกว่า 5 ปีและยังขาดทักษะและประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยด้านนี้

2. หลักการและเหตุผล (ต่อ)

ดังนั้น ผู้เสนอแนวคิดจึงมีความคิดทำแนวทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยก่อนและหลังการผ่าตัดซ่อมเอ็นไขว้หน้าข้อเข่าโดยวิธีส่องกล้องขึ้น เพื่อเพิ่มทักษะพยาบาลและเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพมีความพร้อมและให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตนในระยะก่อนและหลังการผ่าตัดซ่อมเอ็นไขว้หน้าข้อเข่าโดยวิธีส่องกล้อง ทั้งในขณะพักรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาลและกลับบ้านเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน ผู้ป่วยปลอดภัยสามารถกลับไปดำเนินชีวิตประจำวันได้ตามปกติ

3. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

แนวความคิด บทวิเคราะห์/แนวคิดข้อเสนอ

ภาวะเอ็นไขว้หน้าข้อเข่าฉีกขาดที่รับการผ่าตัดซ่อมเอ็นโดยวิธีการส่องกล้อง เป็นปัญหาสุขภาพ ที่ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยและบุคคลในครอบครัว ในเรื่องการดูแลและรักษา บทบาทพยาบาลที่สำคัญคือการดูแลผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนและดูแลด้านความวิตกกังวล โดยนำทฤษฎีทางการพยาบาลของโอเร็ม มาประยุกต์ใช้ในกระบวนการดูแลผู้ป่วย เมื่อบุคคลเกิดภาวะเจ็บป่วย ไม่สามารถดูแลตนเองได้ ย่อมต้องการความช่วยเหลือจากคนอื่น คือ ความพร้อมในการดูแลตนเอง (self care agency) ความต้องการการดูแลตนเองมากกว่าความสามารถที่ตอบสนองได้ และต้องการความช่วยเหลือในการดูแลในช่วงเวลาใดเวลาหนึ่งเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถกลับมาดูแลตัวเองได้ทั้งหมด (Orem, 1995 อ้างตาม สิริภัทร วัดกิ่ง, 2565) และนำกระบวนการดูแลผู้ป่วยซึ่งประกอบด้วย การเข้าถึงและเข้ารับบริการ การประเมินผู้ป่วย การวางแผน การดูแลผู้ป่วย การให้ข้อมูลและเสริมพลัง และการดูแลต่อเนื่อง (สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์กรมหาชน), 2561)

จากการนิเทศทางคลินิกพยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยพิเศษศัลยกรรมกระดูก พบว่าพยาบาลวิชาชีพยังขาดทักษะในการให้การพยาบาลผู้ป่วยภาวะเอ็นไขว้หน้าข้อเข่าฉีกขาดที่รับการผ่าตัดซ่อมเอ็นโดยวิธีการส่องกล้องและส่วนใหญ่พยาบาลวิชาชีพประสบการณ์ทำงานน้อยกว่า 5 ปี จำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 66.66 ของพยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยพิเศษศัลยกรรมกระดูก ทั้งหมด 6 คน ทำให้ขาดทักษะและความมั่นใจในการให้ความรู้และข้อมูลผู้ป่วยเรื่องนี้ อีกทั้งหอผู้ป่วยพิเศษศัลยกรรมกระดูกยังไม่มีแนวทางปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยก่อนและหลังการผ่าตัดซ่อมเอ็นไขว้หน้าข้อเข่าโดยวิธีส่องกล้อง และผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดซ่อมเอ็นไขว้หน้าข้อเข่าโดยวิธีส่องกล้อง เกิดอุบัติเหตุการใส่ lock knee brace ไม่ถูกต้อง ในปี 2564 - 2566 จำนวน 2 ราย , 2 ราย และ 3 ราย ตามลำดับ

ดังนั้น ผู้จัดทำจึงมีแนวคิดที่จะจัดทำ แนวทางปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยก่อนและหลังการผ่าตัดซ่อมเอ็นไขว้หน้าข้อเข่าโดยวิธีส่องกล้อง เพื่อเพิ่มทักษะของพยาบาลวิชาชีพในหน่วยงานและเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยก่อนและหลังผ่าตัดซ่อมเอ็นไขว้หน้าข้อเข่าตั้งแต่แรกรับ เตรียมก่อนผ่าตัด หลังผ่าตัดจนถึงระยะจำหน่าย ครอบคลุมทั้งการวางแผนดูแล การปฏิบัติการพยาบาล ประเมินผล ฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น ผู้ป่วยปลอดภัยมีคุณภาพ

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้มีแนวทางปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยก่อนและหลังการผ่าตัดซ่อมเอ็นไขว้หน้าข้อเข่าโดยวิธีส่องกล้อง
2. เพื่อให้มีการใช้แนวทางปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยก่อนและหลังการผ่าตัดซ่อมเอ็นไขว้หน้าข้อเข่าโดยวิธีส่องกล้องในหอผู้ป่วยพิเศษศัลยกรรมกระดูก
3. เพื่อให้ผู้รับบริการเกิดความพึงพอใจ

4. เพื่อให้ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดซ่อมเอ็นไขว้หน้าข้อเข่าโดยวิธีส่องกล้อง ใส่ lock knee brace ได้ถูกต้อง

ระยะเวลาดำเนินการ

เดือนเมษายน 2567 ถึงเดือนกันยายน 2567

กลุ่มเป้าหมาย

1. พยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยพิเศษศัลยกรรมกระดูก 6 คน
2. ผู้ป่วยเอ็นไขว้หน้าข้อเข่าบาดเจ็บที่ได้รับการผ่าตัดซ่อมเอ็นไขว้หน้าข้อเข่าโดยวิธีส่องกล้องและ
ผู้ดูแลหลักที่เข้ามารับการรักษาที่อยู่หอผู้ป่วยพิเศษศัลยกรรมกระดูก

ขั้นตอนการดำเนินการ

1. รวบรวมข้อมูล ปัญหา ผลกระทบจากการดูแลผู้ป่วยเอ็นไขว้หน้าข้อเข่าฉีกขาดที่ได้รับการผ่าตัดซ่อมเอ็นโดยวิธีการส่องกล้อง
2. วิเคราะห์ข้อมูล ผลกระทบที่เกิดขึ้น ประชุมร่วมกันในหน่วยงาน เพื่อออกแบบวางแผนในการทำแนวทางปฏิบัติ พร้อมจัดทำแนวทางปฏิบัติ
3. ดำเนินการโดยการให้ความรู้พยาบาลในหน่วยงานเรื่องแนวทางปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยก่อนและหลังผ่าตัดเอ็นไขว้หน้าข้อเข่าโดยวิธีส่องกล้อง
4. ดำเนินการในแนวทางปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยก่อนและหลังผ่าตัดซ่อมเอ็นไขว้หน้าข้อเข่าโดยวิธีส่องกล้อง
5. นิเทศกำกับติดตาม
6. รวบรวมข้อมูลการปฏิบัติปัญหาและอุปสรรคที่พบ
7. วิเคราะห์ข้อมูลตามตัวชี้วัดที่กำหนด
8. ประเมินผลการดำเนินการ

4. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

1. มีการนำแนวทางปฏิบัติพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยก่อนและหลังการผ่าตัดซ่อมเอ็นไขว้หน้าข้อเข่าโดยวิธีส่องกล้อง ในกลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว
2. พยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยพิเศษศัลยกรรมกระดูก มีความพึงพอใจในการใช้แนวทางพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยก่อนและหลังการผ่าตัดซ่อมเอ็นไขว้หน้าข้อเข่าโดยวิธีส่องกล้อง
3. มี application แนวทางปฏิบัติพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยก่อนและหลังการผ่าตัดซ่อมเอ็นไขว้หน้าข้อเข่าโดยวิธีส่องกล้อง
4. ผู้ป่วยและญาติเกิดความพึงพอใจ
5. ผู้ป่วยมีความมั่นใจในการปฏิบัติตัวก่อนและหลังการผ่าตัดซ่อมเอ็นไขว้หน้าข้อเข่าโดยวิธีส่องกล้องได้ถูกต้อง

5. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

1. มีแนวทางปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยก่อนและหลังการผ่าตัดซ่อมเอ็นไขว้หน้าข้อเข่าโดยใช้วิธีส่องกล้อง 1 ฉบับ
2. พยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยพิเศษศัลยกรรมกระดูกใช้แนวทางปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยก่อนและหลังการผ่าตัดซ่อมเอ็นไขว้หน้าข้อเข่าโดยใช้วิธีส่องกล้อง มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80
3. ผู้รับบริการมีความพึงพอใจแนวทางปฏิบัติ มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80
4. อุบัติการณ์การใส่ lock knee brace ไม่ถูกต้อง = 0

(ลงชื่อ)..... โทษหำ อยู่ประพิศ.....

(นางสาวจันทร์เจ้า อยู่ประพิศ)

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

(วันที่) 26 / ธันวาคม / 2566.....

ผู้ขอประเมิน