

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

1. เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยกระดูกต้นขาหักที่ได้รับการผ่าตัดยึดตรึงกระดูกภายใน : กรณีศึกษา พ.ศ. 2566
2. ระยะเวลาที่ดำเนินการ ระหว่างวันที่ 20 กรกฎาคม 2566 ถึงวันที่ 30 กันยายน 2566
3. ความรู้ ความชำนาญ หรือความเชี่ยวชาญ และประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

การศึกษา “การพยาบาลผู้ป่วยกระดูกต้นขาหักที่ได้รับการผ่าตัดยึดตรึงกระดูกภายใน : กรณีศึกษา พ.ศ. 2566” ครั้งนี้ความรู้ ความชำนาญ หรือความเชี่ยวชาญ และประสบการณ์ที่ใช้ในการดำเนินงาน ดังนี้

3.1 ความรู้เกี่ยวกับกระดูกต้นขาหัก

3.1.1 กายวิภาคและสรีรวิทยาที่เกี่ยวข้อง

3.1.1.1 กระดูกต้นขา (Femur) เป็นกระดูกที่ยาวและหนักมากที่สุดในร่างกาย ปลายด้านบนมีลักษณะเป็นหัวกลมมน เรียกส่วนนี้ว่าส่วนหัวกระดูกสะโพก (head of femur) ประกอบเป็นข้อต่อกับเบ้าสะโพก (acetabulum) ของกระดูกสะโพก เกิดเป็นข้อสะโพก ต่ำลงมาเป็นคอคอดเรียกว่าคอกระดูกสะโพก (neck of femur) ใต้ต่อ neck มีปุ่มนูนสำหรับเป็นที่เกาะของกล้ามเนื้อสะโพกและต้นขา 2 อัน ปุ่มใหญ่ที่อยู่ทางด้านนอก เรียกว่า greater trochanter และปุ่มเล็กที่อยู่ทางด้านใน เรียกว่า lesser trochanter ปลายล่างของกระดูกต้นขา (femur) แผลออกเป็น medial condyle และ lateral condyle ทางด้านในและด้านนอกตามลำดับเพื่อประกอบเป็นข้อต่อกับกระดูกปลายขา

3.1.1.2 กระดูกต้นขาสั้นปลายหัก (Distal femur fracture) กระดูกต้นขาสั้นปลายประกอบด้วยบริเวณ supracondylar และ intercondylar ของกระดูกต้นขานับบริเวณตั้งแต่ส่วนที่เป็นบริเวณที่อยู่ระหว่างส่วนปลายและส่วนกลางของกระดูกยาว (metaphyseal-diaphyseal junction) ลงไปจนถึงส่วนที่เป็นผิวข้อของข้อเข่า หรือนับเป็นระยะประมาณ 15 เซนติเมตรจากผิวข้อของกระดูกส่วนปลายกระดูกต้นขา ซึ่งจะท่ามุม valgus ประมาณ 7-11 องศา กับแนวแกนของกระดูกต้นขา ซึ่งเป็นมุมที่มีความสำคัญต่อหน้าที่การทำงานและความทนทานของข้อเข่า เมื่อเกิดการหักของกระดูกต้นขาสั้นปลาย กล้ามเนื้อของต้นขาจะหดตัวทำให้เกิดการสั้นของรยางค์และเกิดการเคลื่อนที่ผิดรูปของกระดูกที่เกิดการหัก (displacement) โดยแรงดึงของกล้ามเนื้อบริเวณน่อง (gastrocnemius) ทำให้เกิดมุมของกระดูกที่เอียงไปทางด้านหลัง (posterior angulation) หรือหากลักษณะของกระดูกที่หักนั้นมีลักษณะการเกิดแตกของกระดูก Intercondylar split ร่วมด้วย จะทำให้แรงดึงของกล้ามเนื้อบริเวณน่อง (gastrocnemius) ซึ่งมี 2 จุดเกาะ คือ medial และ lateral head ดึงให้กระดูกหักที่ส่วนปลายของต้นขาแต่ละด้านเกิดการหมุนไปตามแรงดึงของ lateral และ medial head ของกล้ามเนื้อบริเวณน่อง (gastrocnemius) ทำให้ผิวข้อไม่เรียบ (incongruity)

3.1.2 ความหมายของโรค

กระดูกหัก (Bone Fracture) คือ ภาวะที่มีการแตกหรือหักของกระดูก บริเวณที่หักอาจจะแตกเป็นรอยจะเคลื่อนออกจากกันหรือไม่ก็ได้ บางครั้งแตกเป็นหลายชิ้น ขึ้นอยู่กับลักษณะการบาดเจ็บและความรุนแรงของอุบัติเหตุ กระดูกได้รับแรงกระแทกมากเกินไป ส่งผลให้กระดูกไม่สามารถรองรับน้ำหนักจากแรงดังกล่าวได้ และเกิดหัก

ก่อให้เกิดอาการปวด เสื่อมสมรรถภาพในการทำงาน รวมทั้งมีเลือดออกและได้รับบาดเจ็บบริเวณ รอบกระดูกที่ได้รับแรงกระแทก หากร่างกายได้รับแรงกระแทกอย่างรุนแรง จะส่งผลให้กระดูกแตกหรือหักได้กระดูกหักสามารถแบ่งออกเป็น 2 ประเภท ได้แก่ กระดูกหักชนิดไม่มีแผล (Closed Fracture) และกระดูกหักแบบแผลเปิด (Open หรือ Compound Fracture) ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

- กระดูกหักชนิดไม่มีแผล (Closed Fracture) คือ กระดูกหัก แต่ผิวหนังไม่ได้รับบาดเจ็บใดๆ
- กระดูกหักแบบแผลเปิด (Open หรือ Compound Fracture) คือ กระดูกที่ทิ่มผิวหนังออกมาหรือได้รับบาดเจ็บจนผิวหนังเปิด ซึ่งเสี่ยงต่อการติดเชื้อได้ (ยงค์ศักดิ์ เลียงอุดม, 2563)

3.1.3 อุบัติการณ์

อุบัติการณ์ของกระดูกต้นขาหัก เป็นปัญหาสุขภาพที่พบได้บ่อยและมีความสำคัญสำหรับประเทศไทย ปัญหาหนึ่ง โดยเฉพาะเด็กวัยรุ่น และผู้สูงอายุมีแนวโน้มสถิติการเกิดกระดูกต้นขาหักที่สูงขึ้น จากการศึกษาในสหรัฐอเมริกาพบว่า ผู้ป่วยกระดูกต้นขาหัก พบมากถึง 250,000 รายในแต่ละปีซึ่งปัญหาดังกล่าวนี้ 90 เปอร์เซ็นต์ของผู้ป่วยจะพบในผู้ที่มีอายุมากกว่า 50 ปีและช่วงของวัยรุ่นที่เป็นปัญหายอดนิยมคือ เกิดจากอุบัติเหตุจากรถ รวมถึงอุบัติเหตุจากการเล่นกีฬา (April Reynolds, 2013) องค์การอนามัยโลก ได้ประมาณการว่าในแต่ละปีทั่วโลกมีผู้บาดเจ็บและพิการกว่า 50 ล้านคน และการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางจราจรที่เป็นอันตรายต่อร่างกายคือกระดูกหัก พบมากที่สุดได้แก่กระดูกขาหักร้อยละ 30-40 ตำแหน่งที่พบมากที่สุดคือกระดูกต้นขาซึ่งต้องใช้เวลาในการฟื้นฟูสุขภาพกายมากกว่า 1 ปี (ชฎานันท์ ช่วยบุตดา และคณะ, 2562) สำหรับในประเทศไทยอุบัติการณ์ของการเกิดกระดูกต้นขาหักจากอุบัติเหตุจากรถเป็นสาเหตุการเกิดอันดับที่ 4 และจากการเก็บสถิติของสถาบันวิจัย ด้านการคมนาคม มหาวิทยาลัยมิชิแกน ประเทศ สหรัฐอเมริกา ร่วมกับข้อมูลขององค์การอนามัยโลก ระบุว่าสถิติการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุบนท้องถนนทั่วโลก มีค่าเฉลี่ย 18 คน ต่อประชากรหนึ่งแสนคนต่อปีซึ่ง ประเทศไทยติดอันดับการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุบนท้อง ถนนเป็นอันดับที่ 2 ของโลกคือจำนวน 44 คน ต่อแสน ประชากร (สถิติกระทรวงสาธารณสุข แห่งประเทศไทย, 2560)

จากการศึกษาสถิติการดูแลผู้ป่วยกระดูกต้นขาหักที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลชุมชนในระหว่างปี 2564 ถึง 2566 พบว่ามีผู้ป่วยจำนวน 16, 26 และ 38 รายตามลำดับ ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดจากกระดูกต้นขาหัก 15, 24 และ 38 รายตามลำดับ (งานสารสนเทศ ข้อมูลเวชระเบียน โรงพยาบาลชุมชน)

3.1.4 สาเหตุของกระดูกต้นขาหักส่วนปลาย

กระดูกต้นขาหักส่วนปลายในคนทั่วไปมักเกิดจากอุบัติเหตุอย่างการถูกรถชน ส่วนคนสูงอายุมักกระดูกต้นขาหักจากการหกล้ม โดยมีปัจจัยที่อาจเพิ่มความเสี่ยงในการเกิดกระดูกต้นขาหักมากขึ้น ดังนี้

3.1.4.1 อายุมาก ด้วยกระดูกที่เสื่อมสภาพลงและมวลกล้ามเนื้อที่น้อยลงไปตามอายุ ผู้สูงอายุจึงมักเกิดปัญหากระดูกหักได้ง่ายกว่าคนวัยอื่น โดยเฉพาะผู้ที่มีปัญหาในการมองเห็นหรือการทรงตัวที่มักเสี่ยงต่อการหกล้ม

3.1.4.2 เพศหญิง เมื่อสตรีเข้าสู่วัยหมดประจำเดือน ระดับฮอร์โมนเอสโตรเจนจะลดลง ส่งผลให้ร่างกายสูญเสียมวลกระดูกเร็วขึ้น กระดูกจะพรุนและเปราะบางเร็ว ซึ่งจะตรงกันข้ามกับเพศชายที่จะค่อยๆ สูญเสียมวลกระดูกอย่างช้าๆ

3.1.4.3 ปัญหาสุขภาพ หากกระดูกสะโพกข้างใดข้างหนึ่งเคยหักมาก่อนก็มีโอกาสสูงที่กระดูกสะโพกอีกข้างจะหักตาม รวมทั้งผู้ที่ปัญหาสุขภาพบางอย่างก็อาจทำให้กระดูกสะโพกเสี่ยงต่อการหักได้ง่ายขึ้น เช่น โรคระบบต่อมไร้ท่ออย่างไทรอยด์เป็นพิษอาจส่งผลให้กระดูกบาง โรคเกี่ยวกับลำไส้อาจลดการดูดซึมของวิตามินดีและแคลเซียมจนกระดูกอ่อนแอ ปัญหาเกี่ยวกับสมองหรือระบบประสาทอาจทำให้ผู้ป่วยหกล้มได้ง่าย อย่างความทรงจำบกพร่อง สมองเสื่อม โรคพาร์กินสัน โรคหลอดเลือดสมองและปลายประสาทอักเสบ เป็นต้น

3.1.4.4 การใช้ยาบางชนิด การใช้ยาสเตียรอยด์อย่างเพรดนิโซโลนอาจทำให้กระดูกอ่อนแอได้หากใช้ติดต่อกันในระยะยาว รวมถึงยาที่ส่งผลต่อระบบประสาทส่วนกลางบางชนิดอาจทำให้เวียนศีรษะและเสี่ยงต่อการหกล้มได้มากขึ้น เช่น ยานอนหลับ ยาต้านอาการทางจิต ยาคลายประสาท เป็นต้น

3.1.4.5 ร่างกายขาดสารอาหาร อาหารที่เรารับประทานในแต่ละวัน มีสารอาหารหลายชนิดที่ช่วยในการเสริมสร้างกระดูกให้แข็งแรง โดยเฉพาะโปรตีน วิตามินดี หรือแคลเซียม หากร่างกายขาดสารอาหารเหล่านี้ตั้งแต่อายุน้อยก็อาจทำให้มวลกระดูกลดต่ำกว่าที่ควรจะเป็น จึงเสี่ยงต่อการแตกหักเมื่ออายุมากขึ้น ทั้งนี้ โรคการกินผิดปกติอย่างโรคอะนอเร็กเซียหรือโรคบูลิเมีย อาจส่งผลให้ร่างกายได้รับสารอาหารที่จำเป็นต่อกระบวนการสร้างกระดูกลดลง กระดูกจึงอาจอ่อนแอ และแตกหักได้ง่ายเช่นกัน

3.1.4.6 วิถีชีวิต การขาดการออกกำลังกายที่เพิ่มมวลกระดูก อาจเสี่ยงต่อการหกล้มและกระดูกหักมากกว่าผู้ที่ออกกำลังกายเป็นประจำ ไม่ว่าจะเป็นการวิ่งหรือการเดิน ยิ่งไปกว่านั้น การสูบบุหรี่และดื่มแอลกอฮอล์บ่อยครั้งอาจส่งผลต่อกระบวนการสร้างและซ่อมแซมกระดูก ทำให้สูญเสียมวลกระดูกได้

3.1.5 อาการแสดงและการตรวจร่างกายในภาวะกระดูกต้นขาส่วนปลายหัก

3.1.5.1 ปวดบริเวณต้นขาและเข่าอย่างมาก

3.1.5.2 มีอาการบวม ผิดรูป รอยช้ำ

3.1.5.3 ไม่สามารถลงน้ำหนักที่ขาข้างที่บาดเจ็บได้

หากแพทย์ผู้ทำการรักษาพบว่า ประวัติการเกิดอุบัติเหตุและอาการแสดงทำให้สงสัยว่า มีกระดูกต้นขาส่วนปลายหัก ควรส่งตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติมด้วยภาพเอกซเรย์ เมื่อภาพเอกซเรย์ยืนยันการวินิจฉัยแล้วอาจทำการส่งภาพเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (CT scan) เพิ่มเติม หากต้องการรายละเอียดของกระดูกที่หักเพิ่ม เพื่อวางแผนในการรักษา โดยภาพ CT scan จะให้รายละเอียดเพิ่มเติม ในเรื่องลักษณะของกระดูกที่หัก ว่ามีการเข้าข้อเข้าหรือไม่ ลักษณะกระดูกหักเป็นหลายชิ้น (comminution) และที่สำคัญคือ ทำให้มองเห็นกระดูกหักในแนวระนาบที่แบ่งออกเป็นส่วนหน้าและส่วนหลัง (coronal plane) ได้ดีกว่าภาพเอกซเรย์แบบธรรมดา มาก เช่น พบว่า CT scan สามารถช่วยให้เห็น Hoffa fracture ได้เพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 40 ในรายที่มองไม่เห็นจากภาพถ่ายรังสีแบบปกติ

3.1.6 การวินิจฉัยกระดูกต้นขาหักส่วนปลาย

ในเบื้องต้นแพทย์จะตรวจดูอาการของกระดูกสะโพกหักอย่างอาการบวม รอยช้ำ หรืออาการอื่น ๆ ที่เกิดขึ้น จากนั้นจะให้ผู้ป่วยเข้ารับการเอกซเรย์เพื่อดูรอยร้าว สภาพโดยรวมและความผิดปกติของกระดูก บริเวณสะโพก ในกรณีที่การเอกซเรย์เห็นไม่ชัดเจน แพทย์อาจตรวจเพิ่มเติมด้วยวิธีอื่น ๆ เช่น การทำซีที สแกน (CT Scan) หรือการทำเอ็มอาร์ไอ สแกน (MRI Scan) ซึ่งจะช่วยให้ถ่ายภาพของกระดูกได้ละเอียดกว่าการเอกซเรย์ทั่วไป

3.1.7 การรักษากระดูกต้นขาหักส่วนปลาย

3.1.7.1 การรักษาแบบไม่ผ่าตัด

การรักษากระดูกส่วนปลายต้นขาหักแบบไม่ผ่าตัดนั้น มีข้อบ่งชี้ในภาวะกระดูกหักชนิดที่มีความมั่นคงดีและมีการเคลื่อนที่ของชิ้นกระดูกที่น้อย ก็อาจพิจารณารักษาด้วยวิธีนี้ได้ วิธีการรักษาแบบไม่ผ่าตัดนั้นกระทำโดยการจำกัดน้ำหนักของการลงน้ำหนัก (weight bearing) ร่วมกับการใส่อุปกรณ์พยุงข้อเข่า (hinge knee brace) หรือ การทำ traction โดยไม่ว่าจะเลือกทำการรักษาด้วยอุปกรณ์ชนิดใดก็ตาม ต้องมีการติดตามการรักษาด้วยภาพรังสีเอกซเรย์เป็นระยะอย่างใกล้ชิดเพื่อดูการเคลื่อนที่ของกระดูกที่หัก และประเมินความก้าวหน้าของการติดของกระดูก แพทย์ผู้ทำการรักษาควรพิจารณาให้ผู้ป่วยเริ่มลงน้ำหนักได้เมื่อเห็นหลักฐานของการติดของกระดูก ในภาพถ่ายรังสีเอกซเรย์ การรักษาแบบไม่ผ่าตัดนั้นมีผลไม่พึงประสงค์ (complications) ที่อาจพบได้ เช่น แผลกดทับจากการที่ผู้ป่วยเคลื่อนที่น้อย ระหว่างการทำการรักษาแบบไม่ผ่าตัด ข้อเข่ายึดติด ภาวะลิ่มเลือดอุดตัน (Thromboembolic disease) ดังนั้นจึงมี การศึกษาที่แนะนำให้ทำผ่าตัดรักษาในผู้ป่วยกระดูกต้นขาส่วนปลายหักที่มีสภาพร่างกายพร้อมรับการผ่าตัดแม้จะเป็นผู้ป่วยที่เคลื่อนไหวไม่ได้ (non ambulatory) ก็ตามเพื่อหลีกเลี่ยงผลที่ไม่พึงประสงค์จากการที่ผู้ป่วยไม่สามารถเคลื่อนที่ได้เป็นระยะเวลานานระหว่างการรักษาแบบไม่ผ่าตัด ดังกล่าว

3.1.7.2 การรักษาด้วยการผ่าตัด

การรักษากระดูกต้นขาส่วนปลายหัก เพื่อต้องการการจัดเรียงกระดูกที่ดี และการยึดตามกระดูกที่แข็งแรง โดยเฉพาะ หากเป็นการแตกหักเข้าข้อ จะต้องจัดเรียงผิวข้อให้ใกล้เคียงกับสภาพปกติ (anatomic reduction) ให้มากที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ การจัดเรียงกระดูกมักเริ่มจากการทำส่วนของผิวข้อ (articular block) ให้ดีก่อน โดยเมื่อเลือกตำแหน่งการผ่าตัดที่เหมาะสม และเปิดเข้าไปจนเห็นชิ้นของผิวข้อที่เกิดการแตกหัก (articular fragments) ให้ทำการจัดเรียงกระดูกโดยสามารถใช้อุปกรณ์ช่วย เช่น reduction clamps, periosteum elevator เป็นต้น เมื่อทำการจัดเรียงกระดูกได้เป็นที่พอใจแล้วจึงใช้ลวดโลหะขนาดเล็ก (Kirschner wires) หรือสกรูที่ใช้ยึดกระดูกสองชิ้นเข้าด้วยกัน (Interfragmentary screws) เพื่อยึดตรึงกระดูกส่วนผิวข้อไว้ (articular block) โดยต้องเลือกวางตำแหน่งของอุปกรณ์ให้ไม่ขัดขวางการวางอุปกรณ์หลัก เช่น แผ่นโลหะที่ใช้ยึดตรึงกระดูก (locking plate) ซึ่งจะใช้ในการเชื่อมส่วนของพื้นผิวข้อต่อ (articular block) เข้ากับส่วนกลางของกระดูกต้นขา (femoral diaphysis) ซึ่งผู้ทำการรักษาจะต้องคำนึงถึงความยาวที่ถูกต้องของกระดูกต้นขา alignment และการหมุนของกระดูกรอบแกนตามยาว (rotation) ของกระดูกต้นขาให้ถูกต้อง ใกล้เคียงกับธรรมชาติด้วย โดยประเมินจากทั้งใน surgical field และใช้ภาพจากเครื่องเอกซเรย์ภาพเคลื่อนไหว (fluoroscopy machine) ร่วมในการประเมินด้วยหากผู้ป่วยมีข้อบ่งชี้ในการผ่าตัดที่เหมาะสมและมีร่างกายที่แข็งแรง สามารถรับการผ่าตัดได้อย่างปลอดภัย จะมีทางเลือก ในการผ่าตัดรักษา ขึ้นอยู่กับลักษณะของกระดูกที่แตกหักและสภาพของผู้ป่วย เช่นการยึดกระดูกจากภายนอก (external fixator) ซึ่งมีที่ใช้ในผู้ป่วยที่เป็นกระดูกหักรุนแรงที่แตกเป็นชิ้นเล็กๆ หลายชิ้น (severe comminuted fracture) กระดูกหัก

ที่มีแผลเปิดขนาดใหญ่ (severe open fracture) การสมานแผลของผิวหนังไม่ดี (poor skin healing potential) การบาดเจ็บหลายตำแหน่ง (multiple injury) หรือผู้ป่วยที่มีสภาพร่างกายที่ไม่พร้อมรับการผ่าตัดใหญ่ โดยการยึดกระดูกจากภายนอก (external fixator) นั้นมีข้อดีคือสามารถทำได้โดยใช้เวลาไม่นาน สามารถช่วยรักษาความยาวของกระดูกต้นขาไว้ได้ มีการเสียเลือดระหว่างการผ่าตัดน้อย และมีการรบกวนหรือสร้างความเสียหายแก่เนื้อเยื่อ (soft tissue) และเยื่อหุ้มกระดูก (periosteum) บริเวณที่เกิดกระดูกหักน้อย สำหรับการใช้อุปกรณ์ยึดกระดูกจากภายนอก (external fixation) ในกระดูกต้นขาส่วนปลายหักนั้นสามารถใช้ได้ทั้งในรูปแบบของ half pin, semicircular, circular หรือ hybrid แล้วแต่รูปแบบของกระดูกที่หักและความชำนาญของแพทย์ผู้ทำการรักษา ในผู้ป่วยที่มีกระดูกหักชนิดที่ไม่สามารถ reconstruction และยึดตามกระดูกได้โดยวิธีผ่าตัดแบบปกติ เช่นมีกระดูกหักรุนแรงที่แตกเป็นชิ้นเล็กๆ หลายชิ้น (severe comminution) การรักษาด้วยการทำการยึดตรึงภายใน (limited internal fixation) ในส่วนของการเชื่อมส่วนของพื้นผิวข้อต่อ (articular block) ร่วมกับการใช้อุปกรณ์ยึดกระดูกจากภายนอก (external fixator) เป็นหนึ่งในทางเลือกในการรักษาผู้ป่วยกลุ่มนี้ โดยมีการรายงานว่าได้ผลการรักษาที่ดี มีอัตราการกระดูกติดร้อยละ 92.3 - 100 ที่ 4-6 เดือนหลังการผ่าตัด อย่างไรก็ตามการยึดกระดูกจากภายนอก (external fixation) มีผลไม่พึงประสงค์ ได้แก่ ความไม่สะดวกของผู้ป่วยจากลักษณะทางกายภาพของการยึดกระดูกจากภายนอก (external fixator) ที่ยื่นออกมาจากร่างกาย การติดเชื้อรอบๆ หมุด หรือลวดโลหะ (pin tract infection) การติดเชื้อในชั้นลึก (deep infection) การเชื่อมผิดรูปของกระดูก (malunion) กระดูกหักไม่เชื่อมติดกัน (nonunion) และข้อเข่ายึด (stiffness) ของข้อต่อ หรือข้อต่อข้างเคียง ดังนั้นจึงควรเลือกใช้เฉพาะในรายที่มีข้อบ่งชี้ดังกล่าวข้างต้นเท่านั้น

การฟื้นฟูร่างกายหลังผ่าตัด

หลังการผ่าตัดผู้ป่วยจะต้องฟื้นฟูร่างกายด้วยการทำกายภาพบำบัด โดยในขั้นตอนแรกจะมุ่งเน้นไปที่การเคลื่อนไหวและเสริมสร้างความแข็งแรงของกระดูก ซึ่งจะมีวิธีต่างกันไปขึ้นอยู่กับประเภทของการผ่าตัด หากการผ่าตัดยึดตามกระดูกสามารถทำได้อย่างแข็งแรงและมีความมั่นคง ควรแนะนำให้ผู้ป่วยเริ่มทำการกายภาพบำบัดโดยการขยับข้อเข่าได้ทันทีหลังผ่าตัดเพื่อลดการเกิดข้อเข่ายึด (stiffness) และการสูญเสียการทำงานของข้อเข่า (loss of function) และควรให้ผู้ป่วยทำการฝึกกล้ามเนื้อ Quadriceps และกล้ามเนื้อ Hamstring และสามารถเริ่มเดินหามลงน้ำหนักที่ขาข้างที่ได้รับบาดเจ็บหรือผ่าตัด (non weight bearing) หรือการแตะปลายเท้าลงพื้นเพื่อช่วยทรงตัว หามลงน้ำหนักที่ขา (toe touch weight bearing) ได้จนเมื่อถึงเวลา 12 สัปดาห์หลังผ่าตัดหรือมองเห็นกระดูกติดในภาพรังสีเอกซเรย์จึงให้เดินลงน้ำหนักได้เต็มที่โดยไม่มีข้อจำกัด (full weight bearing) ได้ และที่สำคัญต้องทำการรักษาภาวะกระดูกพรุนให้แก่ผู้ป่วยด้วย ผู้ป่วยและคนในครอบครัวหรือผู้ดูแลอาจต้องปรึกษานักกายภาพบำบัดเพื่อนำไปปฏิบัติตามหากต้องกลับไปพักรักษาตัวอยู่ที่บ้าน ในระหว่างนี้จะต้องใช้อุปกรณ์ช่วยเดินเพื่อพยุงร่างกายด้วย

การใช้ยา

แพทย์อาจจ่ายยาแก้ปวดที่เหมาะสมให้กับผู้ป่วย เพื่อบรรเทาอาการปวดที่เกิดขึ้น และในผู้ป่วยกระดูกต้นขาหักที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไปอาจต้องใช้ยาต้านการอักเสบอย่างยากลุ่มบิสฟอสโฟเนตส์ เพื่อให้กระดูกแข็งแรงขึ้น และลดความเสี่ยงที่กระดูกต้นขาอีกข้างจะหักไปด้วย ซึ่งอาจเป็นยาที่มีรับประทานหรือยาฉีดเข้าหลอดเลือดดำ

3.1.7.3 การรักษาแบบประคับประคอง

ผู้ป่วยบางรายอาจต้องรักษาแบบประคับประคองหากแพทย์พิจารณาแล้วว่าไม่เหมาะสมกับการรักษาด้วยการผ่าตัด เช่น ผู้ป่วยที่มีร่างกายอ่อนแอมาก มีความเสี่ยงสูงหากต้องผ่าตัด หรือผู้ป่วยที่ไม่ได้ไปพบแพทย์ทันทีหลังกระดูกสะโพกหักและกระดูกเริ่มติดแล้ว เป็นต้น การรักษาประเภทนี้อาจทำให้ผู้ป่วยต้องนอนรักษาตัวในโรงพยาบาลเป็นระยะเวลานาน ร่างกายฟื้นตัวได้ช้า ในระยะยาวอาจส่งผลให้สุขภาพโดยรวมไม่แข็งแรงได้

3.1.8 การพยาบาลผู้ป่วยกระดูกต้นขาส่วนปลายหัก

3.1.8.1 การพยาบาลระยะก่อนผ่าตัด

1. การประเมินปัญหา ความต้องการ และเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และปฏิบัติการเพื่อเตรียมความพร้อมผู้ป่วยและครอบครัวก่อนผ่าตัด แนวทางปฏิบัติ

1.1 ประสานงานกับทีมพยาบาลประจำหอผู้ป่วย/ทีมวิสัญญีพยาบาล/ศัลยแพทย์ และทีมสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง เพื่อวางแผนการผ่าตัด

1.2 เยี่ยมผู้ป่วยก่อนวันผ่าตัด เพื่อสร้างสัมพันธภาพ พร้อมทั้งทำความรู้จัก ชื่อ สกุล และตัวผู้ป่วย เพื่อป้องกันการทำผ่าตัดผิดคน

1.3 ตรวจสอบความถูกต้องของเอกสารในเรื่องการลงนามยินยอมผ่าตัด ผลการตรวจร่างกาย ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ และเอกสารสิทธิในการรักษาพยาบาล

1.4 ประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย โดยรวบรวมข้อมูล ผู้ป่วยจากการซักประวัติ การตรวจร่างกาย ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ผลการตรวจทางรังสี หรือผลการตรวจพิเศษอื่น ๆ รวมทั้งความพร้อมด้านร่างกาย จิตใจ และอารมณ์ของผู้ป่วยก่อนผ่าตัด

1.5 ให้คำแนะนำผู้ป่วยและครอบครัว ทบทวนการปฏิบัติตนก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด หลังผ่าตัด ให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการผ่าตัด

1.6 เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัว ซักถาม หรือระบายความรู้สึก

3.1.8.2 การพยาบาลระยะหลังผ่าตัด

การดูแลผู้ป่วยสูงอายุหลังผ่าตัด มีดังนี้ (จินพิชญชา มะम्म, 2562)

1. การประเมินระดับความรู้สึกตัว สัญญาณชีพอย่างต่อเนื่อง โดยหลังผ่าตัดบันทึกค่าสัญญาณชีพทุก 15 นาที 4 ครั้ง ทุก 30 นาที 2 ครั้ง เมื่อผู้ป่วยมีอาการคงที่ให้บันทึกสัญญาณชีพทุก 1 ชั่วโมง หากพบความผิดปกติ เช่น ความดันโลหิตลดลงมาก หายใจผิดปกติ ค่าออกซิเจนในเลือดต่ำกว่า 90 เปอร์เซ็นต์ ให้รีบรายงานแพทย์

2. การประเมินภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาระงับความรู้สึก แบ่งเป็น (วิไลลักษณ์ วิไลพันธ์, 2565)

2.1 กรณีได้รับยาระงับความรู้สึกโดยการดมยาสลบระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย (General anesthesia) ให้นอนราบหนุนหมอน 1 ใบ ประเมินอาการ หายใจผิดปกติ อัตราการหายใจอยู่ระหว่าง 12 ถึง 18 ครั้งต่อนาที ค่าออกซิเจนในเลือดไม่ควรต่ำกว่า 90 เปอร์เซ็นต์ ถ้ามีอาเจียนให้ตะแคงหน้า ระวังการสำลักเข้าหลอดลม

2.2 กรณีได้รับยาระงับความรู้สึกทางไขสันหลัง (Spinal anaesthesia) ให้นอนราบ 6 ชั่วโมง ประเมินอาการปวดศีรษะ จากการรั่วของน้ำไขสันหลัง กรณีไม่ได้คาสายสวนปัสสาวะ ให้ประเมินกระเพาะปัสสาวะโป่งตึง ถ่ายปัสสาวะเองไม่ได้หลังผ่าตัด 6-8 ชั่วโมง ต้องรายงานแพทย์เพื่อสวนปัสสาวะออกเป็นครั้งคราว

3. การประเมินการเสียเลือดจากแผลผ่าตัด บันทึกลักษณะและปริมาณสิ่งคัดหลั่งจากแผล และสายระบายเลือด

4. การประเมินอาการปวดแผลผ่าตัด กรณีได้รับยากลุ่มโอปิออยด์ ต้องเฝ้าระวังอันตรายจากอาการข้างเคียงของยา เช่น กดการหายใจ คลื่นไส้อาเจียน ท้องผูก เป็นต้น

5. การป้องกันการเกิดลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำ (Venous thrombosis embolism) ซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนที่อันตราย ส่งผลให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ในเวลาอันรวดเร็ว แนวทางการเฝ้าระวังและป้องกัน มีดังนี้

5.1 กระตุ้นให้ผู้ป่วยเปลี่ยนอิริยาบถบ่อย ๆ อยู่ในท่าที่ถูกต้อง ออกกำลังบริหารข้อเท้า ทุก 1-2 ชั่วโมง ควรให้ลุกเดินโดยเร็วหลังผ่าตัด ในรายที่มีความเสี่ยงสูงที่จะเกิดลิ่มเลือดอุดตัน แพทย์จะพิจารณาให้ยาละลายลิ่มเลือดในขนาดต่ำ ฉีดเข้าชั้นใต้ผิวหนังร่วมกับการพันผ้ายืดบริเวณขา จนกว่าผู้ป่วยจะสามารถเดินได้

5.2 สังเกตและเฝ้าระวังอาการผิดปกติ ได้แก่

5.2.1 อาการแน่นหน้าอก หายใจเร็ว หัวใจเต้นเร็ว ไอเป็นเลือด หลอดเลือดดำที่คอโป่งจากภาวะลิ่มเลือดอุดตันที่ปอด (Pulmonary embolism)

5.2.2 อาการขาบวม อุณหภูมิปลายเท้าเย็น ชีต ปวดน่องมากขณะกระดกข้อเท้าขึ้น คลำชีพจรขาข้างที่ผ่าตัดไม่ได้ จากการเกิดลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำส่วนลึก (Deep vein thrombosis)

5.2.3 อาการเหนื่อย กระสับกระส่าย ระดับออกซิเจนในเลือดลดต่ำลง มีจุดเลือดออก (Petechiae) ตามร่างกาย โดยเฉพาะบริเวณหน้าอก รักแร้ เปลือกตา จากการเกิดภาวะก้อนไขมันอุดตัน (Fat embolism)

6. การป้องกันการติดเชื้อที่แผลผ่าตัดและข้อสะโพกเทียม โดยให้การพยาบาลอย่างถูกเทคนิค ตั้งแต่สุขอนามัยส่วนบุคคล การเตรียมผิวหนังก่อนผ่าตัด การดูแลแผลผ่าตัด โดยยึดหลักปราศจากเชื้อ การดูแลสายยางระบายเลือดออกจากแผลในระบบสุญญากาศไม่ให้เกิดก้อนเลือดอุดตัน (Hematoma) ซึ่งเป็น สาเหตุหนึ่งในการติดเชื้อได้

7. การป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการนอนท่าเดียวนาน ๆ เนื่องจากถูกจำกัดการเคลื่อนไหว

7.1 กระตุ้นให้ออกกำลังกายบริหารข้อและกล้ามเนื้อทุกวัน หลังผ่าตัดวันแรกให้เหยียดขาตรง กระดกข้อเท้าขึ้น กดเข่าลงบนที่นอนให้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้ และเกร็งกล้ามเนื้อต้นขาสลับกับคลายกล้ามเนื้อ (Quadriceps setting exercise) และหมุนข้อเท้าเป็นวงกลม กระดกขึ้นลง (Ankle pumping exercise) เพื่อเพิ่ม

การไหลเวียนของเลือด ลดการบวม ป้องกันกล้ามเนื้อลีบ ข้อติดแข็ง หรือลิ่มเลือดอุดตัน และช่วยเสริมสร้างความแข็งแรงของกล้ามเนื้อบริเวณสะโพก

7.2 เผื่อระวังการเกิดแผลกดทับ โดยเปลี่ยนท่าบ่อยๆ ทุก 2 ชั่วโมง และสามารถตะแคงตัวได้ 30 องศา ยกศีรษะสูงได้ไม่เกิน 60 องศา รongหมอนบริเวณปุ่มกระดูกต่างๆ เพื่อไม่ให้กดทับพื้นที่นอน ไม่ดึงลากตัวผู้ป่วย ดูแลไม่ให้ผิวหนังเปื่อยและอุจจาระปัสสาวะเป็นเวลานาน สังเกตรอยแดง ผิวซีด ตุ่มน้ำพุอง บริเวณผิวหนัง ทุกครั้งเวลาพลิกตัวโดยเฉพาะบริเวณปุ่มกระดูก

7.3 เผื่อระวังการติดเชื้อปอดอักเสบ ปอดแฟบ โดยการสอนให้ผู้ป่วยฝึกการหายใจเข้าออก ลึกๆ ยาว ๆ (Deep breathing exercise) และไออย่างมีประสิทธิภาพ (Effective cough) จะทำให้ปอดและกระบังลม ขยายตัวได้ดี ลดการคั่งค้างของเสมหะ

7.4 เผื่อระวังการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ โดยการทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ ภายนอก อย่างถูกวิธี เช็ดทำความสะอาดจากด้านหน้าไปหลัง และไม่เช็ดย้อนกลับไปกลับมา ไม่กลั้นปัสสาวะ ในรายที่ไม่มีข้อห้าม ควรกระตุ้นให้ผู้ป่วยดื่มน้ำอย่างน้อยวันละ 2-3 ลิตร

7.5 ป้องกันภาวะท้องผูก โดยกระตุ้นให้ผู้ป่วยขยับพลิกตัวบ่อยๆ ไม่เครียด ดื่มน้ำ และรับประทานผักผลไม้ที่มีกากใย

3.2 ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญ และประสบการณ์

3.2.1 กระบวนการพยาบาล (Nursing process) มีองค์ประกอบที่สำคัญหรือมีขั้นตอนการดำเนินงาน ดังนี้

ขั้นที่ 1 การประเมินสภาพ (Assessment) เป็นขั้นตอนแรกของกระบวนการพยาบาล เป็นการเก็บรวบรวม จัดกลุ่ม ตรวจสอบและบันทึกข้อมูลของผู้รับบริการอย่างมีระบบ โดยใช้แบบประเมินภาวะสุขภาพ แล้วนำข้อมูลมาวิเคราะห์เพื่อนำไปสู่การวินิจฉัยการพยาบาลต่อไป

ขั้นที่ 2 การวินิจฉัยการพยาบาล (Nursing Diagnosis) เป็นขั้นตอนของการดำเนินการเกี่ยวกับข้อมูลที่เก็บรวบรวมมาได้ เพื่อนำมาตัดสินใจว่าปัญหาหรือสภาวะสุขภาพของผู้รับบริการที่เกิดขึ้น ในขณะนั้นคืออะไร หรือมีแนวโน้มที่จะเกิดขึ้นคืออะไร พยาบาลนำข้อมูลที่รวบรวมได้มาวิเคราะห์ แปลความ จัดกลุ่ม ตัดสิน และกำหนดชื่อของภาวะสุขภาพนั้น เพื่อนำไปวางแผนการพยาบาลต่อไป

ขั้นที่ 3 การวางแผนการพยาบาล (Nursing Care Planning) เป็นขั้นตอนที่พยาบาลนำเอาปัญหาหรือสภาวะสุขภาพของผู้รับบริการ ที่ประเมินได้จากขั้นตอนการวินิจฉัย มาจัดลำดับความสำคัญของปัญหา เพื่อให้ทราบว่าปัญหาใดต้องได้รับการแก้ไขก่อนหลัง จากนั้นกำหนดจุดมุ่งหมายของการพยาบาล กำหนดเกณฑ์การประเมินผล กำหนดกิจกรรมการพยาบาล และเขียนแผนการพยาบาลลงในแบบฟอร์มแผนการพยาบาลเป็นลายลักษณ์อักษรที่ชัดเจน

ขั้นที่ 4 การปฏิบัติการพยาบาล (Nursing Intervention) เป็นขั้นตอนเพื่อนำแผนที่กำหนดไว้ในขั้นที่ 3 มาสู่การปฏิบัติจริงกับผู้ป่วย เพื่อให้บรรลุจุดมุ่งหมายที่ตั้งไว้ ในขั้นตอนนี้พยาบาลต้องมีความรู้ ความเข้าใจถึงศาสตร์ทางการพยาบาลและศาสตร์สาขาที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้การดูแลผู้รับบริการได้อย่างเหมาะสม ภายหลังปฏิบัติการพยาบาลแล้วจะต้องทำการบันทึกกิจกรรมที่ได้ให้

ขั้นที่ 5 การประเมินผลการพยาบาล (Evaluation) เป็นการประเมินว่าผู้รับบริการได้รับการดูแลและมีการพัฒนาไปสู่จุดมุ่งหมายที่วางไว้ตามเกณฑ์ที่กำหนดหรือไม่ ในขั้นตอนนี้พยาบาลและผู้รับบริการต้องตัดสินใจร่วมกันว่าแผนการพยาบาลได้ผลหรือไม่ มีปัจจัยใดที่มีผลทำให้บรรลุผลหรือล้มเหลว ถ้าพบว่าการพยาบาลที่ปฏิบัติไม่บรรลุเป้าหมาย จำเป็นต้องปรับแผนการพยาบาลใหม่ โดยเริ่มดำเนินการตั้งแต่ข้อ 1-4 ใหม่ จนสามารถบรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้

3.2.2 การประเมินภาวะสุขภาพตาม 11 แบบแผน

แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน ใช้เป็นแนวทางในการประเมินภาวะสุขภาพของบุคคล ครอบครัวหรือชุมชน โดยประเมินแบบแผน พฤติกรรมภายนอกและภายในของบุคคลที่เกิดขึ้น ช่วงระยะเวลาหนึ่งและมีผลต่อสุขภาพ รวมทั้งปัจจัยส่งเสริม หรือปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการทำหน้าที่ การประเมินภาวะสุขภาพโดยใช้แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน ประกอบด้วย 11 แบบแผน แต่ละแบบแผนจะมีความสัมพันธ์กัน โดยการประเมินภาวะสุขภาพเป็นขั้นตอนแรกของกระบวนการพยาบาล ซึ่งแบบแผนสุขภาพ 11 แบบแผน เป็นเครื่องมือในการค้นหาปัญหาหรือความต้องการของผู้รับบริการ แล้วนำไปปฏิบัติการพยาบาลเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วย ได้สอดคล้องกับความต้องการ ช่วยให้เข้าใจถึงการดำรงชีวิต การปรับตัว และจิตสังคมของผู้ป่วย ประกอบด้วย 11 ด้าน ดังนี้

1. การรับรู้ภาวะสุขภาพและการดูแลสุขภาพ เกี่ยวข้องกับการรับรู้ภาวะสุขภาพ การดูแลสุขภาพ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การดูแล และการฟื้นฟูสุขภาพ
2. โภชนาการและการเผาผลาญสารอาหาร เกี่ยวข้องกับการรับประทานอาหาร ภาวะโภชนาการ น้ำและเกลือแร่ การเจริญเติบโต และระบบภูมิคุ้มกัน
3. การขับถ่าย เกี่ยวข้องกับการขับถ่ายอุจจาระ ปัสสาวะ รวมถึงปัจจัยส่งเสริม และปัญหาอุปสรรคต่อ การขับถ่าย
4. กิจกรรมและการออกกำลังกาย เกี่ยวข้องกับแผนการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และกิจกรรมต่างๆ การดูแลสิ่งแวดล้อมที่อยู่อาศัย การออกกำลังกายและการใช้เวลาว่าง การพัฒนาการทำงานของโครงสร้างและกล้ามเนื้อ ระบบหายใจ ระบบหัวใจและไหลเวียนเลือด
5. การพักผ่อนนอนหลับ เป็นแบบแผนด้านการพักผ่อนหรือการผ่อนคลายและการนอนหลับ
6. สติปัญญาและการรับรู้เป็นแบบแผนเกี่ยวกับการรับรู้ความรู้สึกทางประสาทสัมผัส ความสามารถทางสติปัญญา ได้แก่ ความคิด การแก้ปัญหาการตัดสินใจและการเรียนรู้
7. การรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์เป็นแบบแผนที่เกี่ยวข้องกับภาพลักษณ์ อัตมโนทัศน์ และความภูมิใจในตนเอง
8. บทบาทและสัมพันธภาพ เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติตามบทบาท สัมพันธภาพ และการสื่อสารและการพัฒนาการด้านสังคม
9. เพศและการเจริญพันธุ์เป็นแบบแผนด้านพัฒนาการทางเพศ การเจริญพันธุ์และเพศสัมพันธ์
10. การปรับตัวและการทนทานต่อความเครียด เป็นแบบแผนด้านการจัดการและการปรับตัวกับความเครียด
11. คุณค่าและความเชื่อ เป็นแบบแผนด้านการรับรู้เกี่ยวกับสิ่งที่บุคคลเชื่อถือ ศรัทธา สิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจ คุณค่าในชีวิต และความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพ

1. วิเคราะห์ปัญหาและกำหนดข้อวินิจฉัย ในกรณีศึกษา ดังนี้

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลระยะก่อนผ่าตัด

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 1 มีอาการปวดเนื่องจากกระดูกต้นขาส่วนปลายหัก

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 2 วิตกกังวลเนื่องจากพร่องความรู้เรื่องโรคและการผ่าตัด

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 3 เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน จากโรคความดันโลหิตสูง

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 4 เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากกระดูกต้นขาส่วนปลายหัก: ภาวะลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำส่วนลึก ภาวะก้อนไขมันอุดตันในปอด

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลระยะหลังผ่าตัด

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 5 เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากวิธีการระงับความรู้สึกโดยการฉีดยาชาเข้าช่องน้ำไขสันหลัง

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 6 มีโอกาสเกิดสูญเสียเลือดมาก และภาวะช็อกจากการสูญเสียเลือดหลังผ่าตัด

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 7 ปวดเนื่องจากเนื้อเยื่อบาดเจ็บจากการผ่าตัดใส่เหล็กตามกระดูก

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 8 เสี่ยงต่อการติดเชื้อ เนื่องจากมีทางเปิดเข้าสู่ร่างกายจากบาดแผลผ่าตัด

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 9 มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อน ภาวะลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำส่วนลึก ภาวะก้อนไขมันอุดตันในปอด

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 10 พร่องความสามารถในการเคลื่อนไหวและการเดินหลังผ่าตัด

ข้อวินิจฉัยระยะฟื้นฟูและวางแผนจำหน่าย

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 11 พร่องความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด และการดูแลตนเองเมื่อกลับบ้าน

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 12 เสี่ยงต่อภาวะกระดูกหักซ้ำ

2. การวางแผนการดูแล โดยมีเป้าหมาย ดังนี้

2.1 เพื่อให้ผู้ป่วยปวดลดลง

2.2 เพื่อให้ผู้ป่วยวิตกกังวลลดลง และมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด

2.3 เพื่อให้ผู้ป่วยไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง สามารถควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ

2.4 เพื่อให้ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะหลอดเลือดดำส่วนลึกอุดตัน

2.5 เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจาก ภาวะแทรกซ้อนจากวิธีการระงับความรู้สึกโดยการฉีดยาชาเข้าช่องน้ำไขสันหลัง

2.6 เพื่อให้ผู้ป่วยไม่มีภาวะช็อกจากการสูญเสียเลือดหลังผ่าตัด

2.7 เพื่อให้ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะติดเชื้อแผลผ่าตัด

2.8 เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถทำกิจวัตรประจำวันช่วยเหลือตนเองได้

2.9 เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจและการปฏิบัติตัวภายหลังผ่าตัดและเมื่อกลับไปอยู่บ้าน

2.10 ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ ประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มได้ 0-24 คะแนน

3. กิจกรรมการพยาบาล

3.1 การพยาบาลเพื่อบรรเทาความเจ็บปวดจากแผล ได้แก่ สังเกต และประเมินความเจ็บปวด โดยใช้แบบประเมินความปวด Numeric rating scale (NRS) ดูแลประคบเย็นบริเวณแผลผ่าตัด ดูแลให้ยาลดปวด มอร์ฟีน 3 มิลลิกรัม ฉีดทางเส้นเลือดดำทุก 4 ชั่วโมง แนะนำกิจกรรมที่ชอบเพื่อเบี่ยงเบนความสนใจจากอาการปวด จัดสิ่งแวดล้อมเพื่อให้ผู้ป่วยพักผ่อนเพียงพอ โดยดูแลเรื่องแสงไฟ เสียงรบกวนจากการปฏิบัติงาน สังเกตอาการที่แสดงต่อความเจ็บปวดของผู้ป่วย เช่น สีหน้าท่าทาง

3.2 การพยาบาลเพื่อให้ผู้ป่วยวิตกกังวลลดลง และมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด ได้แก่ ประเมินสีหน้า ท่าทาง ที่แสดงถึงความวิตกกังวลของผู้ป่วยและญาติ รวมทั้งประเมินความรู้ความเข้าใจของผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับโรคและแผนการรักษา สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยและญาติให้การพยาบาลด้วยความเต็มใจนุ่มนวล พูดคุยให้ข้อมูลพยากรณ์ อธิบายแผนการรักษา การปฏิบัติตัวขณะเจ็บป่วย อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติทราบเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด เปิดโอกาสให้ซักถามปัญหาและข้อสงสัย พร้อมตอบคำถามผู้ป่วยและญาติอย่างชัดเจน

3.3 การพยาบาลเพื่อให้ผู้ป่วยไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง ประเมินสัญญาณชีพของผู้ป่วยทุก 4 ชั่วโมง ดูแลให้ได้รับยา Enalapril 5 มิลลิกรัม 1 เม็ด หลังอาหารเช้า ตามแผนการรักษา จัดการควบคุมอาการปวดโดยการบริหารยาแก้ปวดตามแผนการรักษา เพื่อลดปัจจัยส่งเสริมให้ความดันโลหิตสูง สังเกตอาการปวดศีรษะ วิงเวียนศีรษะ แนะนำให้รับประทานอาหารรสจืด

3.4 การพยาบาลเพื่อให้ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะหลอดเลือดดำส่วนลึกอุดตัน ภาวะก้อนไขมันอุดตันในปอด ได้แก่ ประเมินการทำงานของเส้นประสาทส่วนปลายของขาข้างที่หักเปรียบเทียบกับขาอีกข้าง โดยคลำชีพจรบริเวณหลังเท้า สังเกตอาการบวมตึง ออมนวมมีผิวหนังที่ขา ขา และปลายเท้า เพื่อประเมินการอุดตันของหลอดเลือดดำ กระตุ้นการเคลื่อนไหวร่างกาย โดยการเกร็งกล้ามเนื้อต้นขาบริเวณกล้ามเนื้อข้อเท้า โดยการกระดกข้อเท้าขึ้นลงบ่อยๆ (Anker pumping exercise)

3.5 การพยาบาลเพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจาก ภาวะแทรกซ้อนจากวิธีรับความรู้สึกโดยการฉีดยาเข้าช่องน้ำไขสันหลัง ได้แก่ ประเมินระดับความรู้สึกตัว ระบบไหลเวียนเลือดระดับความอึดตัวของออกซิเจนในเลือด ประเมินกำลังกล้ามเนื้อความรู้สึกขาของขาทั้งสองข้าง จัดท่านอนให้นอนหงายราบ เพื่อลดการดึงรั้งของเยื่อหุ้มสมองที่เกิดจากแรงโน้มถ่วงและความดันในกะโหลกศีรษะที่ลดต่ำลง ให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวหลังได้รับยาระงับความรู้สึกทางช่องไขสันหลังให้นอนราบ 6 ชั่วโมง วัดและบันทึกสัญญาณชีพทุก 15 นาที จำนวน 4 ครั้ง ทุก 30 นาที 2 ครั้ง ทุก 1 ชั่วโมง 2 ครั้ง จนค่าคงที่ เฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนการเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น ความดันโลหิตต่ำ คลื่นไส้อาเจียน การเกิดพิษของยาชา คือ ระดับการชาที่สูงมากจนมีผลต่อการทำงานของเส้นประสาทที่ควบคุมการหายใจ

3.6 การพยาบาลเพื่อให้ผู้ป่วยไม่มีภาวะช็อกจากการสูญเสียเลือดหลังผ่าตัด ได้แก่ ประเมินสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง รวมทั้งประเมินอาการและกาแสดงของภาวะ hypovolemic shock ได้แก่ ระดับความรู้สึกตัวที่เปลี่ยนแปลง อาการกระสับกระส่าย เหงื่อออก ตัวเย็น ประเมินเลือดออกจากจากสายระบายและลักษณะบาดแผล ติดตามปริมาณความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดงปลายนิ้ว

3.7 การพยาบาลเพื่อให้ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะติดเชื้อแผลผ่าตัด ได้แก่ สังเกตอาการผิดปกติของแผลผ่าตัด เช่น แผลผ่าตัดบวมแดง ร้อน หนองหรือเลือดซึมออกจากแผล ประเมินสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง โดยเฉพาะอุณหภูมิร่างกาย ให้คำแนะนำการดูแลแผล ระวังไม่แผลผ่าตัดเปียกน้ำ ไม่แกะเกาแผล ไม่ให้บีบนิ้วบริเวณรอบ ๆ แผลเพื่อไม่ให้แผลบวมซ้ำ และเชื้อโรคเข้าสู่บาดแผล ดูแลให้ยาปฏิชีวนะ Cefazolin 1 gm. iv q 6 hrs. ทำแผลด้วยหลักปราศจากเชื้อ

3.8 การพยาบาลเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถทำกิจวัตรประจำวันช่วยเหลือตนเองได้ และไม่เสี่ยงต่อภาวะกระดูกหักซ้ำ ได้แก่ ประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มโดยใช้แบบประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม วันละ 1 ครั้ง แนะนำการเดินด้วยโครงเหล็กสี่ขา (Walker) แบบไม่ลงน้ำหนัก ให้การช่วยเหลือในการฝึกเดิน และกิจวัตรประจำวัน ปรับระดับเตียงให้ต่ำสุด ยกไม้กั้นเตียง และให้ญาติเฝ้าดูแลข้างเตียง จัดวางอุปกรณ์และของใช้ไว้ใกล้ผู้ป่วยสะดวกใช้งาน ดูแลและกระตุ้นให้ผู้ป่วยลุกนั่ง โดยการออกกำลังกายฝึกกล้ามเนื้อแบบ Isotonic exercise

3.9 คำแนะนำก่อนกลับบ้าน ประเมินและทบทวนความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตนและการดูแลตนเองเมื่อกลับบ้าน ได้แก่ การออกกำลังการ การเดินโดยใช้โครงเหล็กสี่ขา แนะนำให้รับประทานยาตามแผนการรักษา แนะนำการรับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่เพื่อส่งเสริมการหายของแผลไม่ให้แกะเกาแผลไม่ให้แผลผ่าตัดถูกน้ำ เปิดทำแผลทุกวัน วันละครั้ง สังเกตลักษณะของแผลผ่าตัด หากมีอาการ ปวด บวม แดง แผลซึม หากพบอาการผิดปกติ ให้มาพบแพทย์ก่อนวันนัด

4. การประเมินผล

ผู้ป่วยเข้าใจคำแนะนำการปฏิบัติตัว ปลอดภัยจากการทำการผ่าตัด ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น การเกิดลิ่มเลือดอุดตันเส้นเลือดดำ การได้รับการบาดเจ็บต่อเส้นเลือดเส้นประสาท ข้อติด การติดเชื้อที่แผลผ่าตัด

4. สรุปสาระ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

4.1 หลักการและเหตุผล

ปัจจุบันการเกิดอุบัติเหตุทางจราจรถือเป็นปัญหาที่สำคัญทั่วโลก องค์การอนามัยโลก ได้ประมาณการว่าในแต่ละปีทั่วโลกมีผู้บาดเจ็บและพิการกว่า 50 ล้านคน และการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางจราจรที่เป็นอันตรายต่อร่างกายคือกระดูกหัก พบมากที่สุดได้แก่กระดูกขาหักร้อยละ 30-40 ตำแหน่งที่พบมากที่สุดคือกระดูกต้นขาซึ่งต้องใช้เวลาในการฟื้นฟูสุขภาพกายมากกว่า 1 ปี (ชญานันท์ ช่วยบุตดา และคณะ, 2562) เมื่อมีผู้ป่วยกระดูกต้นขาหัก โดยส่วนใหญ่แพทย์มักจะทำการรักษาด้วยการผ่าตัด เพื่อให้คนไข้กลับมาเดินได้ปกติ แต่จำเป็นต้องใช้เวลาในการรักษาตัว โดยเฉพาะในผู้สูงอายุ เพราะเมื่อกระดูกหักแล้ว ก็อาจจะเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตรายถึงชีวิตถ้าไม่ได้รับการรักษาทันเวลาที่ เช่น การเกิดลิ่มเลือดอุดตันที่ขา หรือที่ปอด เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการไม่สามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้ เช่น แผลกดทับ ติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ การติดเชื้อหลังผ่าตัด ปอดบวม หรือปอดอักเสบ นอกจากนี้ผู้สูงอายุบางรายอาจใช้เวลาในการฟื้นฟูนานกว่าปกติ และมีโอกาสสูงที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อน ทำให้สูญเสียมวลกล้ามเนื้อ ทำให้กล้ามเนื้อลีบและเดินไม่คล่อง หรืออาจเกิดการล้มซ้ำ ส่งผลให้มีค่าใช้จ่ายในการรักษามากขึ้น จากสถิติการดูแลผู้ป่วยกระดูกต้นขาหักที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลชุมชนแพในระหว่างปี 2564 ถึง 2566 พบว่ามีผู้ป่วยจำนวน 16, 26 และ 38 รายตามลำดับ ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดจากกระดูกต้นขาหักจำนวน 15, 24

และ 38 รายตามลำดับ (งานสารสนเทศ ข้อมูลเวชระเบียน โรงพยาบาลชุมแพ, 2566) จากสถิติดังกล่าวพบว่า มีแนวโน้มที่สูงมากขึ้นตามลำดับ จากการทบทวนการดูแลผู้ป่วยกระดูกต้นขาหักที่ได้รับการผ่าตัดยึดตรึงกระดูกภายใน พบภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยกระดูกต้นขาหักที่ได้รับการผ่าตัดยึดตรึงกระดูกภายใน ทั้งในขณะที่พักรักษาในโรงพยาบาลและเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน คือ ปี 2564 พบผู้ป่วยเกิดปอดอักเสบ จำนวน 2 ราย ติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ จำนวน 1 ราย และผู้ป่วยไม่มีความพร้อมในการจำหน่าย จำนวน 1 ราย ปี 2565 พบเกิดปอดอักเสบ จำนวน 2 ราย เกิดภาวะลิ้มเลือดอุดตันหลอดเลือดดำส่วนลึก จำนวน 1 ราย ปี 2566 พบผู้ป่วยสายระบายเลื่อนหลุด จำนวน 1 ราย ปอดอักเสบ จำนวน 1 ราย ผู้ป่วยไม่มีความพร้อมในการจำหน่าย จำนวน 1 ราย และกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำเนื่องจากหกล้มกระดูกหักซ้ำ จำนวน 1 ราย จากการทบทวนพบว่า ผู้ป่วยกระดูกต้นขาหักที่ได้รับการผ่าตัดยึดตรึงกระดูกภายใน มีความวิตกกังวลและขาดความรู้การปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด และพบความสามารถในการเคลื่อนไหวต่ำ (poor ambulation) หลังผ่าตัด และจากการวิเคราะห์ความต้องการของผู้ป่วยกระดูกต้นขาหักที่ได้รับการผ่าตัดยึดตรึงกระดูกภายใน คือ การผ่าตัดปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน และได้รับคำแนะนำในการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด และพบว่าหลังผ่าตัดผู้ป่วยขาดความรู้ ความเข้าใจในการดูแลตนเอง ก่อนและหลังผ่าตัดไม่เหมาะสม ส่งผลให้เกิดปัญหาตามมา เช่น สายระบายเลื่อนหลุด ผลักตกหกล้ม ขาดความมั่นใจในการฟื้นฟูกล้ามเนื้อหลังผ่าตัดลงน้ำหนักก่อนแพทย์อนุญาต เป็นต้น

เพื่อให้ผู้ป่วยมีความปลอดภัยจากภาวะกระดูกต้นขาหัก ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัด ลดระยะเวลาในการนอนรักษาในโรงพยาบาลและลดค่าใช้จ่ายในการรักษา ผู้ศึกษาจึงมีความสนใจในการที่จะศึกษาสาเหตุ ปัจจัยเสี่ยง อาการและอาการแสดง การรักษาฟื้นฟู ดูแลต่อเนื่องโดยมีสหสาขาวิชาชีพร่วมดูแลผู้ป่วยกระดูกต้นขาส่วนปลายหัก นำไปสู่แนวทางการพยาบาลที่เหมาะสม ครอบคลุมปัญหาทางการพยาบาลดูแลผู้ป่วยกระดูกต้นขาส่วนปลายหัก ผู้ศึกษาจึงสนใจศึกษาผู้ป่วยที่ได้รับมอบหมายจำนวน 1 ราย

4.2 วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยกระดูกต้นขาส่วนปลายหักแบบปิดที่ได้รับการผ่าตัดยึดตรึงกระดูกภายใน : กรณีศึกษา 1 ราย

4.3 เป้าหมาย

ให้การพยาบาลผู้ป่วยกระดูกต้นขาส่วนปลายหักแบบปิดที่ได้รับการผ่าตัดยึดตรึงกระดูกภายใน : กรณีศึกษา โดยใช้กระบวนการพยาบาลเป็นแนวทางในการศึกษา เพื่อให้ผู้ป่วยกระดูกต้นขาส่วนปลายหักกระดูกต้นขาส่วนปลายหักแบบปิดที่ได้รับการผ่าตัดยึดตรึงกระดูกภายในปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน ฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดได้ดี สามารถปฏิบัติกิจกรรมด้วยตัวเองโดยใช้เครื่องช่วยพยุงเดิน เมื่อผู้ป่วยอาการดีขึ้นจะสามารถกลับไปทำงาน หรือปฏิบัติภารกิจอื่นๆ ได้

4.4 ขอบเขตการศึกษา

เป็นการศึกษาผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยกระดูกต้นขาส่วนปลายหักแบบปิดที่ได้รับการผ่าตัดยึดตรึงกระดูกภายใน จำนวน 1 ราย ณ หอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกและข้อ โรงพยาบาลชุมแพ ระหว่างวันที่ 20 กรกฎาคม 2566 ถึงวันที่ 30 กันยายน 2566 โดยดำเนินการรวบรวมข้อมูลอาการสำคัญประวัติการเจ็บป่วย แผนการดำเนินชีวิต พร้อมทั้งประเมินสภาพผู้ป่วยวางแผนการพยาบาล ปฏิบัติการพยาบาลและประเมินผลการพยาบาลอภิปรายสรุปผลการศึกษา

4.5 ขั้นตอนในการดำเนินงาน

1. ศึกษาสถิติ ข้อมูลผู้ป่วย 5 อันดับโรคแรกของงานการพยาบาลหอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกและข้อ กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ ย้อนหลัง 3 ปี
2. เลือกศึกษาผู้ป่วยกระดูกต้นขาหัก เนื่องจากเป็นผู้ป่วยในกลุ่มโรคที่พบมากจัดอยู่ใน 5 อันดับโรคแรก ของงานการพยาบาลหอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกและข้อ กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์
3. ขออนุมัติหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ หัวหน้าพยาบาล และผู้อำนวยการ โรงพยาบาลชุมแพ ในการศึกษาและเข้าถึงข้อมูลผู้ป่วยกรณีศึกษา
4. ศึกษาเอกสาร วิชาการที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับภาวะกระดูกหัก กายวิภาค และสรีรวิทยาของระบบกระดูกและข้อที่เกี่ยวข้อง สาเหตุและปัจจัยที่มีผลต่อการหักของกระดูก อาการและอาการแสดง การวินิจฉัยโรค
5. ดำเนินการศึกษาผู้ป่วยตามขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล ดังนี้
 - 5.1.1 ประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วย หมายถึง การที่พยาบาลวิชาชีพทำการรวบรวมข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของผู้รับบริการที่เป็นสาเหตุของการเกิดปัญหาด้านสุขภาพ ตั้งแต่การประเมินในระยะแรกรับ ระยะดูแลต่อเนื่อง ระยะจำหน่าย รวมไปถึงการสื่อสารข้อมูลการประเมินไปสู่ทีมพยาบาล
 - 5.1.2 วินิจฉัยการพยาบาล หมายถึง การที่พยาบาลวิชาชีพนำข้อมูลของผู้รับบริการที่ได้จากการประเมินภาวะสุขภาพ นำมาวิเคราะห์ ระบุปัญหาที่เกี่ยวกับสุขภาพเพื่อนำมากำหนดเป็นข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ให้สอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วย
 - 5.1.3 วางแผนการพยาบาล หมายถึง การที่พยาบาลวิชาชีพกำหนดขั้นตอน วิธีปฏิบัติการพยาบาล ตามผลการประเมินภาวะสุขภาพและการวินิจฉัยการพยาบาล
 - 5.1.4 ปฏิบัติการพยาบาลตามแผน หมายถึง การที่พยาบาลวิชาชีพลงมือปฏิบัติการพยาบาล ตามแผนการพยาบาลที่ได้กำหนดไว้ เพื่อให้ผู้รับบริการมีภาวะสุขภาพที่ดี แก้ไขความผิดปกติที่เกิดขึ้นให้สู่สภาวะปกติ
 - 5.1.5 ประเมินผลการพยาบาล และแก้ไขปรับปรุงการพยาบาลให้เหมาะสมกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยที่มีการเปลี่ยนแปลง การที่พยาบาลวิชาชีพทำการประเมินผลของการปฏิบัติการพยาบาลที่ทำกับ ผู้รับบริการว่าสามารถแก้ไขปัญหภาวะสุขภาพ บรรลุตามแผนทางการพยาบาลหรือไม่
6. สรุปผลการศึกษา ปัญหา อุปสรรค
7. เสนอผลการศึกษาต่อหัวหน้าการพยาบาลหอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกและข้อ และทีมการพยาบาล
8. จัดทำผลงานวิชาการ

4.6 เป้าหมายของงาน / ผลที่คาดว่าจะได้รับ

4.6.1 ผู้ป่วยกระดูกต้นขาส่วนปลายหักที่ได้รับการผ่าตัดยึดตรึงกระดูกภายใน : กรณีศึกษา ผู้ป่วยปลอดภัยจากอาการบาดเจ็บที่เกิดขึ้นและไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนขณะรับการรักษา

4.6.2 พัฒนาศมรรถนะของพยาบาลในการใช้กระบวนการพยาบาล ในการพยาบาลผู้ป่วยกระดูกต้นขาส่วนปลายหักที่ได้รับการผ่าตัดยึดตรึงกระดูกภายใน

5. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

5.1 ผลสำเร็จของงานเชิงปริมาณ

กรณีศึกษาผู้ป่วยกระดูกต้นขาส่วนปลายหักแบบปิดที่ได้รับการผ่าตัดยึดตรึงกระดูกภายในจำนวน 1 ราย โดยมีผลสำเร็จดังนี้ ผู้ป่วยเพศหญิง อายุ 63 ปีรับ Refer จากโรงพยาบาลภูเวียง เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลชุมแพ วันที่ 20 กรกฎาคม 2566 มาโรงพยาบาลด้วยอาการ ปวดและบวมผิดรูปที่เข่าข้างขวาก่อนมาโรงพยาบาล 7 ชั่วโมง ชักประวัติพบว่าเกิดอุบัติเหตุขับรถจักรยานยนต์พุ่ง (ซาเล้ง) ชนกับจักรยานยนต์ไม่สลบ มีอาการปวดเข่าข้างขวา เข่าข้างขวาบวมผิดรูป เดินลงน้ำหนักไม่ได้เนื่องจากปวดมาก การตรวจวินิจฉัยของแพทย์พบว่า กระดูกต้นขาส่วนปลายข้างขวาหักแบบปิด (Close fracture right distal femur) และแนะนำให้ทำการผ่าตัดที่โรงพยาบาลชุมแพ รับไว้ในโรงพยาบาล เมื่อวันที่ 20 กรกฎาคม 2566 เวลา 16.45 น. ที่หอศัลยกรรมกระดูกและข้อ สัญญาณชีพแรกเริ่ม อุณหภูมิร่างกาย 36.8 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 72 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 120/67 มิลลิเมตรปรอท ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ พบว่าระดับเม็ดเลือดขาว 9,980 cells/cumm. (ค่าปกติ 4,500-10,000 cells/cumm.) ฮีโมโกลบิน 10.4 gm/dl (ค่าปกติ 13.0-18.0 gm/dl) ฮีมาโตคริต 31.8 gm/dl (ค่าปกติ 40.0-54.0 gm/dl) เพลตเลต 204,000 cell/cumm (ค่าปกติ 14,000-400,000 cells/cumm.) ผลตรวจ HIV ไม่พบเชื้อ ผลการตรวจภาพถ่ายรังสีทรวงอกปกติ จากการซักประวัติพบว่าผู้ป่วยมีโรคประจำตัวความดันโลหิตสูง (Hypertension) ซึ่งรับประทานยา Enalapril 5 มิลลิกรัม 1 เม็ด หลังอาหารเช้า และโรคไทรอยด์ (Thyrotoxicosis) รับประทานยา Methimazole 5 มิลลิกรัม 1 เม็ด หลังอาหารเช้า จากการสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยโดยการซักถามประเมินการรับรู้ของผู้ป่วย พบว่าผู้ป่วยวิตกกังวลเนื่องจากจะต้องได้รับการผ่าตัด และขาดความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด ก่อนผ่าตัด แนะนำการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด ให้นั่งน้ำงดอาหาร เวลา 10.00 น. ไม่นำสิ่งของมีค่าเข้าห้องผ่าตัด ใช้เวลาในการผ่าตัดประมาณ 1 ชั่วโมง ถึง 2 ชั่วโมง แนะนำการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดเช่น การเคลื่อนไหวร่างกายไม่ให้นอนในท่าเดิมเป็นเวลานาน เพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับและติดของข้อต่างๆ และแนะนำให้สังเกตเลือดออกที่แผลผ่าตัดหากพบว่ามีเลือดออกมากให้แจ้งพยาบาลที่หอผู้ป่วยเพื่อรายงานแพทย์เจ้าของไข้รับทราบ การดูแลทำความสะอาดร่างกายและทางเดินปัสสาวะเนื่องจากต้องได้รับการใส่สายสวนปัสสาวะ หากปวดแผลให้ขอยาบรรเทาปวดกับพยาบาล

วันที่ 21 กรกฎาคม 2566 เวลา 06.00 น. แนะนำให้ผู้ป่วยทำความสะอาดร่างกาย เวลา 07.00 น. ให้ผู้ป่วยรับประทานยา Enalapril 5 มิลลิกรัม 1 เม็ด หลังอาหารเช้า และยา Methimazole 5 มิลลิกรัม 1 เม็ด หลังอาหารเช้า ตามแผนการรักษาของแพทย์ เวลา 08.00 น. ตรวจสอบความพร้อมของผู้ป่วยก่อนนำส่งผู้ป่วยไปห้องผ่าตัด

โดยตรวจสอบชื่อ-สกุล การผ่าตัดข้างที่ผ่าตัด เครื่องหมายบ่งบอกข้างที่จะทำการผ่าตัด แนะนำให้ถอดชุดชั้นใน เครื่องประดับและของมีค่าต่างๆ ไม่ให้นำไปห้องผ่าตัดป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ และป้องกันทรัพย์สินสูญหาย เมื่อเจ้าหน้าที่ห้องผ่าตัดมาถึงหอผู้ป่วย ทวนชื่อ-สกุล ป้ายชื่อมือ การผ่าตัด ข้างที่ผ่าตัด ตรงกับเอกสารหรือไม่ วัดสัญญาณชีพอุณหภูมิร่างกาย 37.5 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 72 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 141/81 มิลลิเมตรปรอท ผู้ป่วยได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ 0.9% NSS 1,000 ml. rate 80 ml/hr. เมื่อตรวจสอบว่าถูกต้องแล้ว ส่งผู้ป่วยขึ้นรถนอนเพื่อทำการผ่าตัด

เวลา 17.35 น. ผู้ป่วยถึงห้องผ่าตัด วัดสัญญาณชีพอุณหภูมิร่างกาย 37.2 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 78 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 139/80 มิลลิเมตรปรอท ผู้ป่วยเข้ารับการผ่าตัดเวลา 18.42 ถึง 21.00 น. รวมระยะเวลาผ่าตัด 2 ชั่วโมง 18 นาที สูญเสียเลือดขณะผ่าตัด 300 มิลลิลิตร ใส่สายระบายไว้ (Radivac drain) ออกเป็นเลือดปริมาณ 90 มิลลิลิตร แผลผ่าตัดที่ต้นขาขวาแผลไม่ซึม

เวลา 22.00 น. แรกรับจากห้องผ่าตัด ผู้ป่วยสีหน้าอ่อนเพลีย มีแผลผ่าตัดขึ้นขาด้านขวา แผลไม่ซึม มีอาการปวดแผลผ่าตัดระดับความปวด (Pain score) 4 คะแนน เคลื่อนไหวขาทั้งสองข้างไม่ได้ จัดท่านอนให้นอนราบ 4-6 ชั่วโมง และทำกิจวัตรบนเตียงเพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ ให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและญาติในการสังเกตอาการผิดปกติ เช่น หน้ามืดวิงเวียน ปวดศีรษะ หายใจไม่สะดวก แผลผ่าตัดมีเลือดไหล หากพบอาการผิดปกติให้แจ้งพยาบาลเพื่อแจ้งให้แพทย์เจ้าของไข้รับทราบ สัญญาณชีพอุณหภูมิร่างกาย 36.7 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 74 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 133/84 มิลลิเมตรปรอท ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ 0.9% NSS 1,000 ml rate 80 ml/hr. แพทย์เจ้าของไข้ให้ยาแก้ปวดเป็น มอร์ฟีน 3 มิลลิกรัม ฉีดทางเส้นเลือดดำทุก 4 ชั่วโมง ให้เพื่อบรรเทาอาการปวด ติดตามดูแลวัดสัญญาณชีพหลังผ่าตัด ทุก 15 นาที 4 รอบ ทุก 30 นาที 2 รอบ เมื่อครบประเมินหลังผ่าตัด 2 ชั่วโมง วัดสัญญาณชีพ อุณหภูมิร่างกาย 36.8 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 76 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 154/82 มิลลิเมตรปรอท ผู้ป่วยสีหน้าอ่อนเพลีย เริ่มขยับขาทั้งสองข้างได้ ปวดแผลคะแนนความปวด (Pain score) 7 คะแนน ได้รับยาบรรเทาปวดเป็น มอร์ฟีน 3 มิลลิกรัม ฉีดทางเส้นเลือดดำทุก 4 ชั่วโมง ตรวจปริมาณความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดงที่ปลายนิ้ว 35 Vol%

วันที่ 22 กรกฎาคม 2566 ผู้ป่วยสีหน้าอ่อนเพลีย ไม่มีอาการหน้ามืดวิงเวียน สามารถช่วยเหลือตนเองได้ เล็กน้อย มีอาการปวดแผลผ่าตัดระดับความปวด (Pain score) 7 คะแนน ได้รับยาบรรเทาปวดเป็น มอร์ฟีน 3 มิลลิกรัม ฉีดทางเส้นเลือดดำ ทุก 4 ชั่วโมง วัดสัญญาณชีพอุณหภูมิร่างกาย 38.5 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 86 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 147/70 มิลลิเมตรปรอท แผลไม่ซึม Radivac drain ทำงานปกติมีเลือดออกเพิ่ม 160 มิลลิลิตร ให้ยาฆ่าเชื้อเป็น Cefazolin 1 gm. iv q 6 hrs. พยาบาลต้องคอยกระตุ้นผู้ป่วยให้เคลื่อนไหวและกระดกข้อเท้าข้างที่ทำผ่าตัด ภายใต้ความเจ็บปวดเพื่อไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัด ดูแลให้ผู้ป่วยเกร็งกล้ามเนื้อขา เพื่อเตรียมตัวฝึกเดิน ผู้ป่วยงอเข้าได้ 50 องศา โดยใช้เครื่องช่วยการเคลื่อนไหวข้อเข่าอย่างต่อเนื่อง

วันที่ 23 กรกฎาคม 2566 ผู้ป่วยสดชื่นขึ้น ลูกนั่งรับประทานอาหารได้ ขยับขากระดกข้อเท้าข้างที่ทำผ่าตัดได้ดี ไม่ชาขา Radivac drain ทำงานปกติไม่ออกเพิ่ม แผลไม่บวมแดง ไม่ซึม มีอาการปวดแผลผ่าตัดระดับความปวด (Pain score) 7 คะแนน ได้รับยาบรรเทาปวด เป็นมอร์ฟิน 3 มิลลิกรัม ฉีดทางเส้นเลือดดำทุก 4 ชั่วโมง หลังให้ยาอาการปวดทุเลา วัดสัญญาณชีพอุณหภูมิร่างกาย 37.6 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 88 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 136/86 มิลลิเมตรปรอท แพทย์ให้ปรึกษานักกายภาพบำบัด เพื่อฝึกบริหารกล้ามเนื้อ และเตรียมตัวฝึกเดิน

วันที่ 24 กรกฎาคม 2566 ผู้ป่วยสดชื่นดี สัญญาณชีพอุณหภูมิร่างกาย 38.4 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 72 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 141/81 มิลลิเมตร แพทย์ให้เจาะเลือดและตรวจปัสสาวะเพื่อประเมินการติดเชื้อ ผลตรวจปกติ ไม่มีปัสสาวะแสบขัด ไม่มีหายใจเหนื่อยหอบ ฟังปอดปกติ แนะนำให้เช็ดตัวลดไข้ แพทย์ให้การรักษาโดย เปลี่ยนยาฆ่าเชื้อเป็น Ceftriaxone 2 กรัม ฉีดทางเส้นเลือดดำวันละครั้ง และให้ยา Clindamycin 600 มิลลิกรัม ฉีดทางเส้นเลือดดำ ทุก 8 ชั่วโมง ลูกนั่งรับประทานอาหารได้ เคลื่อนไหวขาได้ แต่ยังมีอาการปวด แผลไม่บวมแดง ไม่ซึม ขาไม่บวม ไม่ขากระดกข้อเท้าได้ดี ฝึกเดินลงน้ำหนักบางส่วน โดยใช้อุปกรณ์ช่วยเดิน 4 ขา ผู้ป่วยลุกขึ้นได้ แต่ยังไม่สามารถเดินไม่ได้

วันที่ 25 กรกฎาคม 2566 สดชื่นดี ลูกนั่งรับประทานอาหารได้ ปวดแผลคะแนนความปวด (Pain score) 2-3 คะแนน สัญญาณชีพอุณหภูมิร่างกาย 36.8 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 80 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 110/70 มิลลิเมตร แพทย์จึงส่งตัวผู้ป่วยเพื่อรับการดูแลรักษาต่อที่โรงพยาบาลใกล้บ้าน เพื่อให้ยาฆ่าเชื้อและกายภาพบำบัดต่อ แนะนำการปฏิบัติตัว รับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่เพื่อส่งเสริมการหายของแผลไม่ให้แกะเกาแผลไม่ให้แผลผ่าตัดถูกน้ำ เปิดทำแผลทุกวัน วันละครั้ง ครบตัดไหมในวันที่ 4 สิงหาคม 2566 และออกกำลังกายตามคำแนะนำของนักกายภาพและเดินโดยใช้อุปกรณ์พยุงเดินตลอด และให้ญาติดูแลใกล้ชิดเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มแนะนำให้ผู้ป่วยและญาติสังเกตลักษณะของแผลผ่าตัด หากมีอาการ ปวด บวม แดง แผลซึม หากพบอาการผิดปกติให้มาพบแพทย์ก่อนวันนัด รวมวันนอนในโรงพยาบาลรวมทั้งสิ้น 5 วัน นัดตรวจซ้ำอีก 2 สัปดาห์ มาตรวจตามนัด ในวันที่ 10 สิงหาคม 2566 สดชื่นดี แผลผ่าตัดที่ต้นขาขวาแห้งดี ไม่บวมแดง แผลดีดี เดินได้โดยใช้อุปกรณ์ช่วยเดิน 4 ขา ไม่มีพลัดตกหกล้ม

ในการดูแลเมื่อ วันที่ 20 กรกฎาคม 2566 เวลา 16.45 น. ถึงวันที่ 25 กรกฎาคม 2566 รวมระยะเวลาที่อยู่ในความดูแล 5 วัน ผู้ป่วยรายนี้มีข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล 12 ข้อ ให้การดูแลบรรลุตามวัตถุประสงค์ทุกข้อ ผู้ป่วยปลอดภัยจากการทำการผ่าตัด ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น การเกิดลิ่มเลือดอุดตันเส้นเลือดดำ การได้รับการบาดเจ็บต่อเส้นเลือดเส้นประสาท ข้อติด การติดเชื้อที่แผลผ่าตัด

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

จากการศึกษาพบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ทั้งหมด 12 ข้อ ดังนี้

การพยาบาลระยะก่อนผ่าตัด

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 1 มีอาการปวดเนื่องจากกระดูกต้นขาส่วนปลายหัก

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 2 วิตกกังวลเนื่องจากพร่องความรู้เรื่องโรคและการผ่าตัด

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 3 เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน จากโรคความดันโลหิตสูง

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 4 เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากกระดูกต้นขาส่วนปลายหัก: ภาวะลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำส่วนลึก ภาวะก้อนไขมันอุดตันในปอด

การพยาบาลระยะหลังผ่าตัด

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 5 เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากวิธีการระงับความรู้สึกโดยการฉีดยาชาเข้าช่องน้ำไขสันหลัง

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 6 มีโอกาสเกิดสูญเสียเลือดมาก และภาวะช็อกจากการสูญเสียเลือดหลังผ่าตัด

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 7 ปวดเนื่องจากเนื้อเยื่อบาดเจ็บจากการผ่าตัดใส่เหล็กตามกระดูก

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 8 เสี่ยงต่อการติดเชื้อ เนื่องจากมีทางเปิดเข้าสู่ร่างกายจากบาดแผลผ่าตัด

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 9 มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อน ภาวะลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำส่วนลึก ภาวะก้อนไขมันอุดตันในปอด

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 10 พร่องความสามารถในการเคลื่อนไหวและการเดินหลังผ่าตัด

ระยะฟื้นฟูและวางแผนจำหน่าย

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 11 พร่องความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด และการดูแลตนเองเมื่อกลับบ้าน

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 12 เสี่ยงต่อภาวะกระดูกหักซ้ำ

ปัญหาดังกล่าวข้างต้น ผู้ศึกษาได้ใช้กระบวนการพยาบาลเป็นแนวทางในการดูแลตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่าย ครอบคลุมขั้นตอนการประเมิน การวินิจฉัยปัญหา การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผลการพยาบาล ซึ่งพบว่า ปัญหาได้รับการแก้ไขบรรลุตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ทุกข้อ ผู้ป่วยและญาติมีความพึงพอใจในการรักษาในระดับมาก

5.2 ผลสำเร็จเชิงคุณภาพ

เพื่อให้ผู้ป่วยกระดูกต้นขาหักที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดตามเหล็ก มีความรู้ สามารถดูแลตนเองที่บ้านได้ ถูกต้องหลังผ่าตัด หายจากอาการเจ็บปวด เคลื่อนไหวได้ดี สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ตามความเหมาะสม ใช้งานได้เหมือนหรือใกล้เคียงกับปกติ ผู้ศึกษาได้ใช้กระบวนการพยาบาลเป็นแนวทางในการศึกษาในทุกๆระยะของการพยาบาลก่อนและหลังผ่าตัด พยาบาลวิชาชีพทีมดูแลได้ใช้มาตรฐานตามขั้นตอนการเตรียมก่อนผ่าตัด และวางแผนการดูแลหลังผ่าตัด ผู้ป่วยปลอดภัยไม่มีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง ส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถกลับไปใช้ชีวิตประจำวันได้ใกล้เคียงกับปกติ สนับสนุนการบรรลุตัวชี้วัดในการปฏิบัติงานหอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกและข้อ คือ ไม่พบการติดเชื้อเฉพาะตำแหน่งในการใส่ Implant และไม่เกิดการเกิด Implant failure จากการปฏิบัติตัวไม่ถูกต้อง ผู้ป่วยและญาติมีความพึงพอใจในการรักษาโดยการตอบในระดับมากทุกข้อ คิดเป็นร้อยละ 85

6. การนำไปใช้ประโยชน์ / ผลกระทบ

6.1 การนำไปใช้ประโยชน์

การศึกษาครั้งนี้ ศึกษาเกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยกระดูกต้นขาส่วนปลายหักแบบปิด เพื่อเป็นแนวทางในการประเมิน รวบรวมข้อมูลกรณีศึกษา ซึ่งประกอบด้วย การซักประวัติ การตรวจร่างกาย การตรวจทางห้องปฏิบัติการ แผนการรักษาของแพทย์ รวบรวมนำข้อมูลมาวิเคราะห์ปัญหาและภาวะเสี่ยง นำไปสู่การวินิจฉัยทางการพยาบาล วางแผนการพยาบาล และให้การพยาบาลได้สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย ผลจากการศึกษากรณีศึกษา นำความรู้ที่ได้รับจากการศึกษาเป็นแนวทางในการพัฒนาการพยาบาลดูแลผู้ป่วยกระดูกต้นขาส่วนปลายหัก ส่งผลให้เกิดประโยชน์เป็นแนวทางการพยาบาลที่ครอบคลุม และเพื่อการให้การพยาบาลที่มีประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยกระดูกต้นขาส่วนปลายหัก

6.2 ผลกระทบ

6.2.1 ผู้รับบริการ ผู้ป่วยได้รับการดูแลครอบคลุมปัญหาการเจ็บป่วยและความต้องการของผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ ถูกต้อง ปลอดภัยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนหรือเสียชีวิตจากภาวะแทรกซ้อน

6.2.2 ผู้ศึกษา ได้รับความรู้ ความเข้าใจ มีทักษะการดูแลผู้ป่วยกระดูกต้นขาส่วนปลายหัก เพิ่มพูนมากยิ่งขึ้น

6.2.3 หน่วยงาน การศึกษาครั้งนี้เป็นผลมาจากการดำเนินการที่เป็นความร่วมมือของบุคลากรในหน่วยงาน สหสาขาวิชาชีพต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง ที่มีส่วนช่วยดูแลผู้ป่วยกระดูกต้นขาส่วนปลายหัก ส่งผลให้เกิดการเรียนรู้ พัฒนาแบบแผนการพยาบาลให้มีประสิทธิภาพครอบคลุมปัญหามากยิ่งขึ้น ซึ่งสามารถนำมาเป็นแบบแผนการพยาบาลในหน่วยงาน ใช้ในการดูแลผู้ป่วยกระดูกต้นขาส่วนปลายหัก หรือผู้ป่วยที่มีลักษณะคล้ายๆ กันได้

7. ความยุ่งยาก ซับซ้อนในการดำเนินการ

7.1 ผู้ป่วยสูงอายุ ไม่สามารถจดจำคำแนะนำ หรือทำความเข้าใจในคำอธิบายเกี่ยวกับแผนการรักษาในการปฏิบัติได้ทั้งหมด ต้องใช้เวลาในการทำความเข้าใจในคำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัว แผนการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับ พยาบาลต้องประเมินความรู้ ความเข้าใจซ้ำๆ เพื่อให้เกิดความเข้าใจ และสามารถนำไปปฏิบัติตามอย่างมีประสิทธิภาพ

7.2 ผู้ป่วยมีโรคประจำตัวที่ต้องได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง เสี่ยงต่ออาการกำเริบระหว่างรับการรักษา พยาบาลจึงต้องมีทักษะในการเฝ้าระวังและประเมินอาการอย่างใกล้ชิด เพื่อให้การดูแลอย่างทันท่วงทีเมื่อผู้ป่วยมีอาการกำเริบที่รุนแรง

8. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

การปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลด้านการให้ความรู้ หรือคำอธิบายแผนการรักษาผู้ป่วยไม่สามารถจดจำคำแนะนำ หรือทำความเข้าใจในคำอธิบายเกี่ยวกับแผนการรักษาในการปฏิบัติได้ทั้งหมด เนื่องจากผู้ป่วยจัดอยู่ในกลุ่มผู้สูงอายุ การให้ความรู้แก่ผู้สูงอายุมีความสำคัญและมีความท้าทายหลายประการที่ควรคำนึงถึง เพื่อให้กระบวนการเรียนรู้มีประสิทธิภาพ และช่วยให้ผู้สูงอายุได้รับประโยชน์สูงสุดจากการเรียนรู้ จากปัญหาที่พบเมื่อให้ความรู้แก่ผู้ป่วย คือ การเสื่อมสภาพทางร่างกาย การมองเห็นและการได้ยินลดลง ทำให้ยากต่อการเรียนรู้ หากไม่มีสื่อที่เหมาะสม

การเคลื่อนไหวและความคล่องแคล่วลดลง ทำให้การใช้สื่อการเรียนรู้ ที่ต้องการความคล่องตัวหรือเทคโนโลยีที่ซับซ้อน อาจไม่เหมาะสม การเสื่อมสภาพทางจิตใจความจำและการคิดวิเคราะห์ลดลง มีปัญหาในการจดจำข้อมูลใหม่ ๆ หรือ คิดวิเคราะห์อย่างรวดเร็ว ทำให้กระบวนการเรียนรู้ช้าลง ต้องมีวิธีการสอนที่เน้นการทบทวนและการฝึกซ้ำการปรับตัว ต่อเทคโนโลยีใหม่ ๆ รู้สึกไม่มั่นใจหรือไม่ถนัดในการใช้เทคโนโลยีสมัยใหม่ การขาดความสนใจในการเรียนรู้ ไม่เห็น ความจำเป็นในการเรียนรู้สิ่งใหม่ ๆ โดยเฉพาะเทคโนโลยี เนื่องจากมองว่าไม่มีความสำคัญต่อชีวิตประจำวันจากปัญหา ดังที่กล่าวมานั้น มีแนวทางการแก้ไขดังนี้ ปรับสื่อการเรียนรู้ การใช้สื่อที่เหมาะสมกับสภาพร่างกายและจิตใจ เช่น ตัวอักษรใหญ่ สีที่ชัดเจน เสียงที่ฟังง่าย หรืออุปกรณ์เทคโนโลยีที่ใช้ทำงานง่าย การสร้างสภาพแวดล้อมที่สนับสนุน การสนับสนุนจากครอบครัว ชุมชน เพื่อสร้างแรงจูงใจและความมั่นใจในการเรียนรู้ การสอนควรเป็นไปอย่างช้า ๆ และเน้นการทบทวน ฝึกฝน ควรปรับสื่อการสอน เช่น หนังสือตัวอักษรใหญ่ เสียงที่ชัดเจน หรือเทคโนโลยีช่วยฟัง การให้ความรู้ที่น่าสนใจโดยใช้เทคโนโลยีเข้ามามีส่วนร่วมในการจัดทำสื่อให้มีความทันสมัย เข้าใจง่าย และผู้ป่วย สามารถฟังได้ช้าๆหลายรอบ โดยผ่านโทรศัพท์หรือโทรศัพท์ส่วนตัว เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเรียนรู้และจดจำได้อย่างมีประสิทธิภาพ

9. ข้อเสนอแนะ

ควรมีการเตรียมความพร้อมในการดูแลต่อเนื่องในทุกระยะ โดยการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยเพื่อดูแลตนเองได้อย่างถูกต้อง ครบถ้วน ที่จะช่วยในการดำรงชีวิต กิจกรรมประจำวัน ให้สามารถดำรงอยู่อย่างมีประสิทธิภาพที่สุด และสามารถสังเกตอาการผิดปกติได้ด้วยตนเอง การให้ความรู้เพื่อเตรียมความพร้อมในการดูแลต่อเนื่อง (Continuity of Care Education) เป็นกระบวนการที่สำคัญในการช่วยให้ผู้ป่วย และครอบครัวสามารถจัดการกับสุขภาพ และความต้องการในการดูแลอย่างต่อเนื่องได้ด้วยตนเองอย่างมีประสิทธิภาพ ขั้นตอนและแนวทางที่สามารถใช้ในการ ให้ความรู้เพื่อเตรียมความพร้อมดังต่อไปนี้

1. ประเมินความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว ตรวจสอบความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับโรคหรือภาวะสุขภาพของผู้ป่วย ประเมินความพร้อมของผู้ป่วยและครอบครัวในการดูแลต่อเนื่อง เช่น ความเข้าใจ การมีส่วนร่วม และความสามารถในการรับมือ

2. การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคหรือภาวะสุขภาพ อธิบายลักษณะของโรค การพยากรณ์โรค และผลกระทบต่อชีวิตประจำวัน แนะนำวิธีการจัดการกับอาการและสัญญาณเตือนต่าง ๆ ที่ควรเฝ้าระวัง ให้ความรู้เกี่ยวกับวิธีการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการกำเริบหรือการเสื่อมสภาพของโรค

3. สอนการดูแลตนเอง การให้คำแนะนำในการดูแลร่างกาย เช่น การรับประทานยา การปรับอาหาร และการออกกำลังกายที่เหมาะสม การสอนวิธีดูแลบาดแผล การทำกายภาพบำบัด หรือการใช้อุปกรณ์ช่วยเหลือในการดำเนินชีวิต

4. การสนับสนุนทางอารมณ์และจิตใจ จัดการกับความเครียดและความวิตกกังวลของผู้ป่วยและครอบครัว แนะนำวิธีการรับมือกับความเปลี่ยนแปลง ที่อาจเกิดขึ้นจากภาวะสุขภาพ สนับสนุนการสร้างเครือข่ายสังคมเพื่อช่วยเหลือกันในชุมชน

5. การติดตามผลและประเมินการเรียนรู้ จัดเตรียมช่องทางสำหรับการติดตามผลการดูแลและให้คำปรึกษาหลังการให้ความรู้ ประเมินว่าผู้ป่วยและครอบครัวสามารถนำความรู้ไปปฏิบัติได้อย่างเหมาะสมหรือไม่ ปรับปรุงข้อมูลและให้คำแนะนำเพิ่มเติมตามความจำเป็น การให้ความรู้เหล่านี้จะช่วยเสริมสร้างความมั่นใจและความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยระยะยาว ช่วยลดความเสี่ยงในการกลับเข้าโรงพยาบาลหรือลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยได้

10. การเผยแพร่ผลงาน (ถ้ามี)

ไม่มี

11. สัดส่วนผลงานของผู้ขอประเมิน

นางสาวชนิษฐา ลัดเหลา สัดส่วนของผลงาน 100%

12. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน (ถ้ามี)

นางสาวชนิษฐา ลัดเหลา สัดส่วนของผลงาน 100%

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

ลงชื่อ..... ชนิษฐา ลัดเหลา

(นางสาวชนิษฐา ลัดเหลา)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

(วันที่) 15 / กุมภาพันธ์ / 2564

ผู้ขอประเมิน

ขอรับรองว่าสัดส่วนการดำเนินการข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
นางสาวชนิษฐา ลัดเลลา	ชนิษฐา ลัดเลลา

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นความจริงทุกประการ


(ลงชื่อ)..... 

(นางจิรวรรณ อองจำปา)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ

หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยออโรโรติกส์

(วันที่) 25 / สิงหาคม / 2564

(ลงชื่อ)..... 

(นางละม่อม ไชยสิริ)

(ตำแหน่ง) หัวหน้าพยาบาล (พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ)

รองผู้อำนวยการฝ่ายการพยาบาล

(วันที่)...../...../.....

(ลงชื่อ).....  (นายสมเกียรติ ชูบัณฑิตกุล).....
(.....นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ.....)

ตำแหน่ง วิชาการในตำแหน่งผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมแพ

(วันที่)..... / 26 พ.ค. 2568 /

แบบเสนอแนวคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน (ระดับชำนาญการ)

1. **เรื่อง** การวางแผนการจำหน่ายในผู้ป่วยกระดูกต้นขาส่วนปลายหักที่ได้รับการผ่าตัดยึดตรึงกระดูกภายใน

2. **หลักการและเหตุผล**

ปัจจุบันการเกิดอุบัติเหตุทางจราจรถือเป็นปัญหาที่สำคัญทั่วโลก องค์การอนามัยโลก ได้ประมาณการว่าในแต่ละปีทั่วโลกมีผู้บาดเจ็บและพิการมากกว่า 50 ล้านคน และการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางจราจรที่เป็นอันตรายต่อร่างกายคือกระดูกหัก พบมากที่สุดได้แก่กระดูกขาหักร้อยละ 30-40 ตำแหน่งที่พบมากที่สุดคือกระดูกต้นขาซึ่งต้องใช้เวลาในการฟื้นฟูสุขภาพกายมากกว่า 1 ปี (ชฎานันท์ ช่วยบุตดา และคณะ, 2562) การรักษากระดูกต้นขาหักมีเป้าหมายเพื่อให้กระดูกติดและมีความแข็งแรงเพียงพอที่ผู้ป่วยจะสามารถกลับมาใช้ชีวิตได้ตามปกติ โดยไม่มีลักษณะผิดปกติให้เห็น หากได้รับการรักษาภาวะกระดูกหักที่ไม่เหมาะสม อาจทำให้มีภาวะแทรกซ้อนและมีผลกระทบต่อชีวิตของผู้ป่วยได้ค่อนข้างมาก การผ่าตัดตามกระดูกที่ต้นขาเป็นวิธีการรักษากระดูกขาหักที่ใช้กันแพร่หลายมากที่สุด และภาวะแทรกซ้อนสำคัญหลังการผ่าตัดคือ การติดเชื้อหลังผ่าตัด กระดูกไม่ติดหรือกระดูกติดล่าช้า ข้อติดแข็งกรณีผ่าตัดใกล้ข้อ และที่พบบ่อยคือการสูญเสียการยึดตรึงของแผ่นโลหะตามกระดูก (Fail plate) ซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญของผู้ป่วยที่ผ่าตัดใส่โลหะยึดตรึงภายใน ส่งผลให้ผู้ป่วยต้องกลับมาได้รับการรักษาซ้ำ และต้องให้การรักษาเพิ่มเติมเพื่อให้กระดูกติดและหลีกเลี่ยงความพิการ ทำให้ค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น และนอนโรงพยาบาลนานขึ้น บทบาทสำคัญของการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยกระดูกต้นขาส่วนปลายหักที่ได้รับการผ่าตัดยึดตรึงกระดูกนั้น นอกจากการดูแลเตรียมผู้ป่วยก่อนและหลังผ่าตัด การดูแลบรรเทาความปวดบริเวณบาดแผล เผื่อระวังไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนขณะรับการรักษาที่โรงพยาบาลแล้ว ในส่วนการให้ ความรู้ การฝึกทักษะในการดูแลตนเองหลังผ่าตัด จึงมีความสำคัญ เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความรู้ มั่นใจในการที่จะดูแลตนเองหลังการผ่าตัดและต่อเองที่บ้านได้ สามารถฟื้นฟูสภาพร่างกายให้กลับสู่ภาวะปกติ ลดโอกาสการเกิดทุพพลภาพ ลดโอกาสในการกลับมานอนโรงพยาบาลซ้ำ ภายใน 28 วัน (Re admit) ด้วยภาวะแทรกซ้อนต่างๆ

การให้ความรู้และการสร้างทักษะเพื่อการดูแลตนเองต่อเนื่องในกลุ่มผู้ป่วยกระดูกต้นขาส่วนปลายหักพยาบาลผู้ให้ความรู้ต้องมีความรู้ ความเข้าใจในการอธิบายดูแลตนเองต่อเนื่องที่บ้าน เป็นอย่างดีเพื่อไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อน มีทักษะในการถ่ายทอดความรู้ทั้งให้คำแนะนำ ด้านทฤษฎีและด้านปฏิบัติ เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีทักษะในการดูแลตนเองได้อย่างถูกต้อง

ผู้ศึกษาในฐานะพยาบาลวิชาชีพ ปฏิบัติงานที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกและข้อ โรงพยาบาลชุมแพ ได้ให้บริการพยาบาลผู้ป่วยกระดูกต้นขาส่วนปลายหัก ซึ่งเป็นกลุ่มผู้ป่วย 5 อันดับโรคสำคัญ ผู้ป่วยต้องได้รับการฟื้นฟูในเรื่องการเดินโดยใช้อุปกรณ์ช่วยเดิน ในการพุงร่างกาย ในการใช้ชีวิตประจำวันเมื่อกลับบ้าน ดังนั้นผู้ศึกษาจึงตระหนักถึงความสำคัญการให้ความรู้ และคำแนะนำในการปฏิบัติตัวแก่ผู้ป่วยเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน เพื่อลดโอกาสเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนจากการปฏิบัติตัวถูกต้อง จึงได้เสนอแนวทางการวางแผนการจำหน่ายในผู้ป่วยกลุ่มนี้

3. บทวิเคราะห์/แนวคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

3.1 บทวิเคราะห์

จากสถิติโรงพยาบาลชุมชนแพให้การดูแลรักษาผู้ป่วยกระดูกต้นขาหักที่ได้รับการผ่าตัดยึดตรึงกระดูกภายในปี 2564 ถึง 2566 รวมจำนวน 15 ครั้ง 24 ครั้ง และ 38 ครั้ง (PCT ออร์โธปิดิกส์โรงพยาบาล, 2567) ตามลำดับ มีแนวโน้มสูงขึ้น ซึ่งภาวะแทรกซ้อนในระยะแรกหลังผ่าตัด ระหว่าง 24-72 ชั่วโมง ที่พบ ได้แก่ ไม่สุขสบายเนื่องจากปวดแผล เสี่ยงต่อภาวะตกเลือดเนื่องจากการสูญเสียเลือดจากการแตกหักของกระดูก เสี่ยงต่อการติดเชื้อบริเวณแผลที่ใส่วัสดุยึดตรึงกระดูกภายในร่างกาย เสี่ยงต่อหลอดเลือดและเส้นประสาทส่วนปลายสูญเสียหน้าที่ เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนเนื่องจากจำเป็นต้องถูกจำกัดการเคลื่อนไหวของอวัยวะเช่น กล้ามเนื้ออ่อนแรงกล้ามเนื้อลีบ ข้อติดแข็ง ปอดบวมเฉพาที่ การอักเสบของหลอดเลือดดำส่วนปลาย ท้องผูก แผลกดทับ เป็นต้น มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการใส่วัสดุเพื่อยึดตรึงกระดูกภายใน เนื่องจากไม่ทราบวิธีการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง มีโอกาสเกิดภาวะหลอดเลือดดำส่วนขาตีบแคบ เนื่องจากเคลื่อนไหวตนเองได้น้อยภายหลังจากการผ่าตัด ขาดความรู้และความมั่นใจในการดูแลตนเองภายหลังจากการผ่าตัดยึดตรึงกระดูกภายในร่างกาย และจำเป็นต้องได้รับการเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่ายเพื่อการดูแลอย่างต่อเนื่อง ส่วนภาวะแทรกซ้อนที่ต้องใช้ระยะเวลา มากกว่า 6 เดือนที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยกลุ่มนี้คือ ความล้มเหลวจากการใส่วัสดุยึดตรึงกระดูกภายในร่างกาย (Loss of fixation or implant failure) และการเชื่อมติดของกระดูกล่าช้า (Nonunion) อาจจะพบหลังจาก 6 เดือนไปแล้ว ผู้ป่วยจะมีอาการเดินลงน้ำหนักไม่ได้ ซึ่งปัญหาส่วนใหญ่แล้วจะเกิดจากกระดูกหักแบบแยกเป็นสองท่อน จากการเกิดอุบัติเหตุที่รุนแรง ทำให้การไหลเวียนของเลือดได้ไม่เพียงพอภายหลังการผ่าตัดใส่วัสดุยึดตรึงภายใน จากภาวะแทรกซ้อนดังกล่าว จะเห็นได้ว่าการผ่าตัดกระดูกต้นขาหัก เพื่อใส่วัสดุยึดตรึงกระดูกภายในร่างกาย ย่อมก่อให้เกิดผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจดังนั้นการดูแลผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดเพื่อใส่วัสดุยึดตรึงกระดูกภายในร่างกาย จึงเป็นเรื่องสำคัญพยาบาลต้องให้ความรู้สร้างความเข้าใจเกี่ยวกับวิธีการปฏิบัติตัวหรือการดูแลตัวเอง และเตรียมความพร้อมให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเอง พร้อมทั้งการสังเกตความผิดปกติที่อาจเกิดขึ้นภายหลังการผ่าตัดได้

ผู้ป่วยทุกรายต้องได้รับการจัดการกับปัญหาต่างๆ เหล่านี้เพื่อไม่ให้เกิดขึ้นภายหลังการผ่าตัดโดยพยาบาล ผู้ดูแลต้องทำความเข้าใจปัญหาและข้อจำกัดในการดูแลตนเองของผู้ป่วยแต่ละราย พร้อมทั้งส่งเสริมให้ผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองอย่างมีประสิทธิภาพ การสอนและการควบคุมอารมณ์ตนเอง เพื่อให้การดำเนินชีวิตในระหว่างการรักษาเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ และให้ผ่านพ้นภาวะวิกฤตทางด้านสุขภาพที่อาจเกิดขึ้นได้ตลอดเวลา

3.2 แนวคิด

3.2.1 แนวคิดการเตรียมจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล (Discharge planning concept)

การวางแผนจำหน่ายเป็นกระบวนการของการประสานงานกันระหว่างบุคลากรสหสาขาวิชาชีพ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ต่อเนื่องตั้งแต่โรงพยาบาล จนกระทั่งกลับบ้าน รวมถึงสถานบริการสุขภาพ ในชุมชน ประกอบด้วย การประเมินความต้องการการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน โดยเริ่มต้นตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จนกลับไปอยู่ที่บ้าน การมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลเพื่อตั้งเป้าหมาย และดูแลตนเองภายหลังออกจากโรงพยาบาล มีการปรึกษาระหว่างบุคคลในทีมสุขภาพ ผู้ป่วย และญาติ เพื่อการเตรียมความพร้อมที่จะช่วยกันหา

แนวทาง ช่วยเหลือผู้ป่วยให้ได้มากที่สุด โดยมุ่งให้มีการดูแล รักษาต่อเนื่อง มีการฟื้นฟูสภาพอย่างเหมาะสม ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ ส่งผลให้มีภาวะสุขภาพดีที่สุด และประโยชน์ที่จะได้รับจากการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย คือ

- 1) ลดระยะเวลาในการพักรักษาพยาบาลในโรงพยาบาล
- 2) ลดอัตราการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลโดยไม่ได้อาสา
- 3) เพิ่มประสิทธิภาพในการประสานงานของบุคลากรในทีมสุขภาพระหว่างในโรงพยาบาลกับสถานที่รับจำหน่ายผู้ป่วย ซึ่งจะเห็นได้ว่าการวางแผนการจำหน่ายเป็นบทบาทหน้าที่ของบุคลากรสุขภาพทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วย เพราะเป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลเกิดการเรียนรู้และมั่นใจในการดูแลสุขภาพของตนเอง แนวคิดการวางแผนการจำหน่าย เป็นกระบวนการที่ได้รับการรักษาที่ถูกต้องเหมาะสม ส่งเสริมการดูแลอย่างต่อเนื่องจากโรงพยาบาลหรือหน่วยบริการสุขภาพภายหลังจำหน่าย เป็นการร่วมมือกันระหว่างบุคลากรในทีมสุขภาพ ตัวผู้ป่วยและครอบครัว (แวมาริเยห์ นิระฮิง และคณะ, 2562)

การเตรียมจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล (discharge planning) เป็นกระบวนการดูแลผู้ป่วยโดยเริ่มตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยการประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยเพื่อวางแผนแก้ปัญหา นำไปสู่ การปฏิบัติตามแผน และประเมินผล โดยต้องอาศัยความร่วมมือของผู้ป่วย ญาติ ผู้ดูแลและบุคลากรในทีมสุขภาพเพื่อให้เกิดการดูแลอย่างต่อเนื่องจนถึงการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน โดยใช้หลัก D-METHOD ตามความหมายด้วยย่อ (นงพิมล นิमितอนันท์, 2560) ดังนี้

D : Diagnosis ให้ความรู้เรื่องโรคที่เป็นอยู่ถึงสาเหตุ อาการ การปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง

M : Medicine การให้ผู้ป่วยได้รับความรู้เกี่ยวกับยาที่ตนเองได้รับอย่างละเอียด ถึงสรรพคุณ ขนาด วิธีใช้ ข้อควรระวังในการใช้ยา ตลอดจนการสังเกตภาวะแทรกซ้อน รวมทั้งข้อห้ามการใช้ยาซึ่งส่วนใหญ่ยาที่ใช้ในผู้ป่วยจะเป็นยากลุ่มยาปฏิชีวนะ ยาแก้ปวด ยาแก้แพ้ และยาริตามิน

E : Environment การจัดการสิ่งแวดล้อมที่บ้านให้เหมาะสมกับภาวะสุขภาพ การให้ผู้ป่วยได้รับความรู้เกี่ยวกับการจัดการสิ่งแวดล้อมที่บ้านให้เหมาะสม สถานที่นอนพัก ลักษณะเตียง ที่พักอาศัยควรมีอากาศถ่ายเทสะดวก การใช้ประโยชน์ในชุมชน รวมทั้งข้อมูลเกี่ยวกับการจัดการปัญหาด้านเศรษฐกิจ หรือการปรับตัวในสังคม ซึ่งผู้ป่วยบางรายอาจต้องมีการฝึกฝนอาชีพใหม่แทนอาชีพเดิม

T : Treatment ทักษะที่เป็นตามแผนการรักษาเช่น การทำแผล รวมถึงการเฝ้าสังเกตอาการตนเองและแจ้งให้พยาบาลทราบ

H : Health การส่งเสริม ฟื้นฟูสภาพ ทางด้านร่างกายและจิตใจ ตลอดจนการป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ผู้ป่วยสามารถปรับวิถีการดำเนินชีวิตประจำวันให้เหมาะสมกับข้อจำกัดด้านสุขภาพ

O : Out patient การมาตรวจตามนัด การติดต่อขอความช่วยเหลือจากสถานพยาบาลใกล้บ้าน ในกรณีเกิดภาวะฉุกเฉินตลอดจนการส่งต่อผู้ป่วยให้ได้รับการดูแลต่อเนื่อง

D : Diet การให้ผู้ป่วยเข้าใจและเลือกรับประทานอาหารได้อย่างถูกต้อง เหมาะสมกับโรค โดยรับประทานอาหารครบ 5 หมู่ หลีกเลี่ยงหรืองดอาหารที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ

3.2.2 แนวคิดวงจรคุณภาพเดมมิ่ง (The Deming cycle)

วงล้อเดมมิ่งพัฒนาขึ้นโดย ดร.วิลเลียม เอ็ดเวิร์ด เดมมิ่ง เป็นกิจกรรมในการพัฒนาประสิทธิภาพและคุณภาพของการดำเนินงาน โดยมีกิจกรรม 4 ขั้นตอน คือ PDCA (Plan, Do, Check, Act) (ณัฐธัมภ์ อ่อนตาม, 2562) ได้แก่

1) การวางแผน (Plan) คือ การวางแผนการดำเนินงาน เพื่อให้เกิดการทำงานที่ได้ผลงาน การปรับปรุงเปลี่ยนแปลง การพัฒนาสิ่งใหม่ การแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติงาน มีส่วนที่สำคัญ เช่น การกำหนดเป้าหมาย วัตถุประสงค์ การจัดอันดับความสำคัญของเป้าหมาย กำหนดการดำเนินงาน กำหนดระยะเวลาการดำเนินงาน กำหนดผู้รับผิดชอบดำเนินการ และกำหนดงบประมาณที่จะใช้ การวางแผนที่ดีควรต้องเกิดจากการศึกษาที่ดี มีการวางแผนไว้รัดกุมรอบคอบปรับเปลี่ยนได้ตามความเหมาะสมของงานและเหตุการณ์ แผนที่ได้ต้องช่วยในการคาดการณ์สิ่งที่เกิดขึ้นและสามารถช่วยลดความสูญเสียที่อาจเกิดขึ้นได้

2) ปฏิบัติตามแผน (Do) คือ การดำเนินการเพื่อให้ได้ตามแผนที่มีการกำหนดไว้ อาจกำหนดโครงสร้างคณะทำงานรองรับการดำเนินการ เช่น คณะกรรมการ ฯลฯ กำหนดวิธีในการดำเนินงาน ขั้นตอน ผู้ดูแลรับผิดชอบ ผู้ตรวจสอบและทำการประเมินผล

3) ตรวจสอบการปฏิบัติตามแผน (Check) คือ ขั้นตอน que เริ่มเมื่อมีการดำเนินโครงการตามแผนควรจะต้องทำการประเมินผลการดำเนินงานว่าเป็นไปตามแผนงานที่กำหนดไว้หรือไม่ อาจประเมินในส่วนการประเมินผลการดำเนินตามขั้นตอน และการประเมินผลงานตามเป้าหมายของแผนงานที่ได้มีการกำหนดไว้ ในการประเมินนี้เราอาจสามารถทำได้เองโดยใช้คณะกรรมการที่รับผิดชอบในแผนการดำเนินงานภายในเป็นการประเมินตนเอง แต่การใช้คนภายในอาจทำให้ขาดความน่าเชื่อถือหรือประเมินผลได้ไม่เต็มที่ จะดีหากมีการตั้งคณะประเมินจากภายนอกมาช่วย เพราะน่าจะได้ผลการประเมินที่ดีกว่าที่ทีมงานภายใน เพราะอาจมีปัญหาช่วยกันประเมินผลให้ดีขึ้นจริง

4) ปรับปรุงแก้ไขพัฒนาต่อเนื่อง (Action) คือ การนำผลประเมินที่ได้มาทำการวิเคราะห์ เพื่อพัฒนาแผน ในการปรับปรุงต่อไป ในส่วนนี้ควรจะเสนอแนะปัญหาแนวทางการปรับปรุงแก้ไขปัญหา หรือการพัฒนากระบวนการที่มีอยู่แล้วให้ดียิ่งขึ้นไปอีกไม่มีที่สิ้นสุด จัดการสนองตอบความต้องการอย่างเหมาะสมสอดคล้องกับสังคมวัฒนธรรมด้วยความเมตตา และเอื้ออาทรดุจ ญาติมิตร โดยใช้ผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลาง พยาบาลจึงมีบทบาทในการเตรียมผู้ป่วย ญาติ และผู้ดูแลให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม ประสานกับผู้เกี่ยวข้องเพื่อให้การสนับสนุน การดูแลอย่างต่อเนื่อง ให้ข้อมูลที่จำเป็น ให้คำปรึกษาและให้กำลังใจแก่ผู้ป่วยและญาติ ติดตามสนับสนุน การดูแลอย่างต่อเนื่องที่บ้านและให้การจัดการช่วยเหลือเฉพาะอย่างเหมาะสม

3.3 ข้อเสนอ

ผู้ศึกษาได้มีแนวคิดพัฒนาแนวทางการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยกระดูกต้นขาส่วนปลายหักได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดตรึงกระดูกภายใน ให้ครอบคลุม ครบถ้วน และเป็นลายลักษณ์อักษรที่ชัดเจน ซึ่งเกิดจากการทบทวนปัญหาพร้อมกันของเจ้าหน้าที่ ในหอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกและข้อ ที่พบจากการให้การดูแลผู้ป่วย เพื่อร่วมกันทบทวนหาสาเหตุของปัญหา และแนวทางการแก้ปัญหาเพื่อเป็นการแก้ปัญหาอย่างเป็นระบบ และครอบคลุม ตั้งแต่

ระยะแรกรับ จนถึงระยะจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โดยจัดทำแนวทางการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยกระดูกต้นขา ส่วนปลายหักได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดตามหลักที่กระดูก ให้เป็นแนวทางเดียวกัน

3.3.1 กลุ่มเป้าหมาย

- พยาบาลวิชาชีพ กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลชุมแพ จำนวน 13 คน
- ผู้ป่วยกระดูกต้นขาส่วนปลายหัก ที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดยึดตรึงกระดูกภายในที่มารับบริการ

ในช่วงเวลาดำเนินการ

3.3.2 ขั้นตอนการดำเนินการ

โดยใช้วงจรคุณภาพของเดมมิ่ง (PDCA) มีกระบวนการ 4 ขั้นตอน ดังนี้

1. ขั้นวางแผน (Plan)

1.1 ศึกษาค้นคว้าความรู้ทางวิชาการ จากตำรา เอกสาร วรรณกรรมที่เกี่ยวข้องเพื่อนำมา จัดทำ/ปรับปรุงแนวทางการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยกระดูกต้นขาส่วนปลายหักที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดยึดตรึง กระดูกภายใน

1.2 กำหนดกลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ จำนวน 13 คน และผู้ป่วยกระดูกต้นขาส่วนปลายหักที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดยึดตรึงกระดูกภายในที่มารับการรักษาที่หอผู้ป่วย ศัลยกรรมกระดูกและข้อ ในช่วงเวลาดำเนินการ

2. ขั้นตอนการปฏิบัติ (Do)

2.1 จัดประชุมวางแผนในการดำเนินงาน การพัฒนาแนวทางการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วย กระดูกต้นขาส่วนปลายหัก ที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดยึดตรึงกระดูกภายใน ในกลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์

2.2 ดำเนินการจัดทำแนวทางการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยกระดูกต้นขาส่วนปลายหัก ที่ ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดยึดตรึงกระดูกภายใน

2.3 นำแนวทางการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยกระดูกต้นขาส่วนปลายหักที่ได้รับการรักษาด้วย การผ่าตัดยึดตรึงกระดูกภายใน ให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบความตรงของเนื้อหาและนำไปหาความเชื่อมั่น

2.4 ประชุมชี้แจงการใช้แนวทางการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยกระดูกต้นขาส่วนปลายหัก ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดยึดตรึงกระดูกภายในกับพยาบาลวิชาชีพ ในหอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกและข้อ รับทราบ

2.5 ทดลองใช้แนวทางการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยกระดูกต้นขาส่วนปลายหักได้รับการ รักษาด้วยการผ่าตัดยึดตรึงกระดูกภายในในหอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกและข้อทุกราย

3. ขั้นตอนการตรวจสอบ (Check)

3.1 สุ่มสังเกต ประเมินการปฏิบัติตามแนวทางการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยกระดูกต้นขา ส่วนปลายหัก ที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดยึดตรึงกระดูกภายใน

3.2 นำข้อมูลที่เก็บรวบรวมไว้มาวิเคราะห์ วางแผนแก้ไขปรับปรุงและพัฒนาทุก 1-3 เดือน

4. ขั้นตอนการแก้ไขปรับปรุง (Act)

4.1 ปรับปรุงแก้ไขข้อบกพร่อง นำแนวปฏิบัติที่ปรับปรุงใหม่มาทดลองปฏิบัติ

4.2 ประชุมชี้แจงผลการพัฒนา สอบถามปัญหาอุปสรรคในการปฏิบัติ และข้อเสนอแนะในการพัฒนาคุณภาพครั้งต่อไป

3.4 ระยะเวลาดำเนินการ

ดำเนินการระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2568 ถึง วันที่ 31 มีนาคม 2569

3.5 ข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

ข้อจำกัด

การพัฒนาแนวทางการวางแผนการจำหน่ายครั้งนี้ ใช้สำหรับผู้ป่วยกระดูกต้นขาส่วนปลายหักที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดยึดตรึงกระดูกภายในเพียง 1 ข้าง ยังไม่สามารถนำไปใช้สำหรับผู้ป่วยที่ผ่าตัดตามเหล็กที่ขาทั้ง 2 ข้าง

แนวทางแก้ไข

ควรมีการปรับใช้แนวทางการวางแผนการจำหน่ายเพิ่มเติม ในผู้ป่วยที่ผ่าตัดตามเหล็กที่ขาทั้ง 2 ข้าง เพื่อการปฏิบัติการพยาบาลด้านการฟื้นฟูสภาพที่เหมาะสมมากยิ่งขึ้น

4. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

1. หน่วยงานมีแนวทางการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยกระดูกต้นขาส่วนปลายหัก ที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดยึดตรึงกระดูกภายใน
2. ผู้ป่วยกระดูกต้นขาส่วนปลายหัก ที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดยึดตรึงกระดูกภายใน ได้รับการวางแผนการจำหน่ายตามแนวทางทุกราย
3. พยาบาลวิชาชีพในหน่วยงานมีความรู้และทักษะในการวางแผนการจำหน่าย ผู้ป่วยกระดูกต้นขาส่วนปลายหัก ที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดยึดตรึงกระดูกภายใน
4. พยาบาลวิชาชีพมีความพึงพอใจในการใช้แนวทางแนวทางการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยกระดูกต้นขาส่วนปลายหัก ที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดยึดตรึงกระดูกภายใน

5. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

1. พยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกและข้อ ใช้แนวทางแนวทางการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยกระดูกต้นขาส่วนปลายหัก ที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดยึดตรึงกระดูกภายในร้อยละ 100
2. ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพในหน่วยงาน ต่อการใช้แนวทางแนวทางการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยกระดูกต้นขาส่วนปลายหัก ที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดยึดตรึงกระดูกภายในมากกว่าร้อยละ 80
3. ผู้ป่วยกระดูกต้นขาส่วนปลายหัก ที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดยึดตรึงกระดูกภายในได้รับการวางแผนการจำหน่ายตามแนวทางร้อยละ 100

(ลงชื่อ)..... ณัฐชา สัตเหลา (ผู้ขอประเมิน)

(นางสาวณัฐชา สัตเหลา)

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

(วันที่)..... 25 / มีนาคม / 2568

ผู้ขอประเมิน

ส่วนที่ 4 แบบสรุปความเห็นในการประเมินบุคคล

ชื่อผู้ขอประเมิน นางสาวชนิษฐา ลัดเหลา

ตำแหน่งที่ขอประเมิน พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล) ตำแหน่งเลขที่ 224641

กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยออโรโรติกส์ กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลชุมแพ

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น

รายการประเมิน	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้รับ
1. ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ คุณสมบัติของบุคคล ประวัติการศึกษา ประวัติการรับราชการ ประวัติการฝึกอบรมดูงาน ประสบการณ์ในการทำงาน ผลการปฏิบัติราชการ และประวัติทางวินัย	20	19
2. ความรู้ ความสามารถ ทักษะ สมรรถนะที่จำเป็นต่อการปฏิบัติงาน ที่สอดคล้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง	30	26
3. ค่าโครงการผลงานที่จะส่งประเมิน และในกรณีที่มีผลงานนั้นมีผู้ร่วมจัดทำ ผลงาน ให้แสดงสัดส่วนและบทบาทของผู้ขอประเมินและผู้ร่วมจัดทำ ผลงาน รวมทั้งรายชื่อผู้ร่วมจัดทำผลงานด้วย	30	24
4. ข้อเสนอแนวคิดในการปรับปรุงงานหรือพัฒนางาน	10	6
5. อื่นๆ ตามที่เห็นสมควร เช่น การสื่อสารและปฏิสัมพันธ์ ทักษะคนดี เสียสละ ภาวะผู้นำ วิสัยทัศน์	10	10
รวม	100	87

1. ความเห็นของผู้บังคับบัญชาชั้นต้น

() เหมาะสม (ระบุเหตุผล).....

() ไม่เหมาะสม (ระบุเหตุผล).....

(ลงชื่อ)..... 

(นางจิวรรณ อองจำปา)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ

หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยออโรโรติกส์

(วันที่)..... 25 / มีนาคม / 2568

(ลงชื่อ)..... 

(นางละม่อม ไชยสิริ)

(ตำแหน่ง) หัวหน้าพยาบาล (พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ)

รองผู้อำนวยการฝ่ายการพยาบาล

(วันที่)..... / /

2. ความรับรองของผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป 1 ระดับ

- () เห็นด้วยกับการประเมินข้างต้น
 () ไม่เห็นด้วยกับการประเมินข้างต้น

(ระบุเหตุผล).....

(ลงชื่อผู้ประเมิน)  (นายสมเกียรติ ชูบัณฑิตกุล)

(..... นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ)

(ตำแหน่ง) วิชาการในตำแหน่งผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมแพ

(วันที่) / 26 พ.ค. 2568 /

3. ความเห็นของผู้มีอำนาจสั่งบรรจุตามมาตรา 57

- (✓) ผ่านการประเมิน ได้คะแนนรวมไม่ต่ำกว่าร้อยละ 70
 () ไม่ผ่านการประเมิน ได้คะแนนรวมไม่ถึงร้อยละ 70

(ระบุเหตุผล)

(ลงชื่อผู้ประเมิน)  (นายยุทธพร พิธสาร)

(..... รองผู้ว่าราชการจังหวัด ปฏิบัติราชการแทน)

(ตำแหน่ง) ผู้ว่าราชการจังหวัดขอนแก่น

(วันที่) 29 / 11 / 2568 /