



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยศัลยกรรม โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต

ที่ ภก ๐๐๓๓.๒๐๓.๐๘๘

วันที่ ๑๘ กรกฎาคม ๒๕๖๗

เรื่อง ขออนุญาตเผยแพร่ข้อมูลผ่านเว็บไซต์ของโรงพยาบาลวชิระภูเก็ต

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลวชิระภูเก็ต

ข้าพเจ้า นางหทัยรัตน์ วิทยาดันติธรรม ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานผู้ป่วยศัลยกรรม โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต ทำโครงการวิจัยเรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยกระดูกสะโพกส่วนคอหักและมีโรคร่วมซึ่งได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม: กรณีศึกษา เนื่องจากโครงการวิจัยดังกล่าวได้ดำเนินการเสร็จสิ้นแล้ว

ในการนี้ ข้าพเจ้าจึงขออนุญาตเผยแพร่ผลงานวิจัยผ่านเว็บไซต์ของโรงพยาบาลวชิระภูเก็ต ซึ่งเป็นหน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข เพื่อเป็นการเปิดเผยข้อมูลและการให้บริการสาธารณะผ่านระบบสารสนเทศของหน่วยงาน

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา หากเห็นชอบได้โปรดลงนามในแบบฟอร์มการขอเผยแพร่และอนุญาตให้เผยแพร่ผ่านเว็บไซต์ของโรงพยาบาลวชิระภูเก็ตต่อไป จะเป็นพระคุณยิ่ง

(นางหทัยรัตน์ วิทยาดันติธรรม)

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

ลงชื่อ

(นางสาวสุพัตรา ธรรมอิสฐาน)

หัวหน้าพยาบาล
หัวหน้าหน่วยงาน/กลุ่มงาน

(นายวีระศักดิ์ หสอทองคำ)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลวชิระภูเก็ต

๒๓ ก.ค. ๒๕๖๗

แบบฟอร์มการขอเผยแพร่ข้อมูลผ่านเว็บไซต์ของหน่วยงานในราชการบริหารส่วนกลาง
ตามประกาศโรงพยาบาลวชิระภูเก็ต
เรื่อง แนวทางการเผยแพร่ข้อมูลต่อสาธารณะผ่านเว็บไซต์ของหน่วยงาน พ.ศ. ๒๕๖๖
สำหรับหน่วยงานในสังกัดโรงพยาบาลวชิระภูเก็ต

แบบฟอร์มการขอเผยแพร่ข้อมูลผ่านเว็บไซต์ของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ชื่อหน่วยงาน : หอผู้ป่วยหลวงพ่อแช่ม๒- ๓ โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต

วัน/เดือน/ปี : ๑๙ กรกฎาคม ๒๕๖๗

หัวข้อ : การพยาบาลผู้ป่วยกระดูกสะโพกส่วนคอหักและมีโรคร่วมซึ่งได้รับการรักษาโดยการผ่าตัด

เปลี่ยนข้อสะโพกเทียม: กรณีศึกษา

หมายเหตุ :

.....

.....

.....

.....

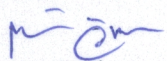
.....

.....

.....

.....

ผู้รับผิดชอบการให้ข้อมูล



(นางหทัยรัตน์ วิทยาตันติธรรม)

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

วันที่ ๑๙ กรกฎาคม ๒๕๖๗

ผู้พิจารณารับรอง



(นายแพทย์ทัปณ สัมปพันธ์)

ตำแหน่ง รองผู้อำนวยการด้านวิจัยและพัฒนา

วันที่ 24-7-67

ผู้รับผิดชอบการนำข้อมูลขึ้นเผยแพร่



(นายวุฒิชัย ช่างคิด)

ตำแหน่ง นักวิชาการคอมพิวเตอร์ปฏิบัติการ

วันที่ 24 ก.ค. ๒๕๖๗

การพยาบาลผู้ป่วยกระดูกสะโพกส่วนคอหักที่มีโรคร่วมและได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม: กรณีศึกษา

(Nursing Care of Patients with Femoral Neck Fracture and Comorbidities Undergoing Total Hip Arthroplasty: A Case Study)

หทัยรัตน์วิทยาดันติธรรม พว.*

HatairathVittayatuntitum RN*

บทคัดย่อ

ภูมิหลัง:ภาวะกระดูกสะโพกส่วนคอหักเป็นปัญหาที่พบบ่อยในผู้สูงอายุและมักมีโรคร่วมอื่นๆซึ่งส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนและการฟื้นฟูสภาพที่ยากลำบากยิ่งขึ้นการรักษาด้วยการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมเป็นทางเลือกที่ได้ผลดีในผู้ป่วยกลุ่มนี้แต่ต้องอาศัยการดูแลอย่างใกล้ชิดจากทีมสหสาขาวิชาชีพ โดยเฉพาะพยาบาล เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยกระดูกสะโพกส่วนคอหักที่มีโรคร่วมและได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมโดยประยุกต์ใช้กระบวนการพยาบาล

วิธีดำเนินการ: เป็นการศึกษาเปรียบเทียบกรณีศึกษาผู้ป่วย ๒ ราย คัดเลือกแบบเจาะจงโดยเป็นผู้ป่วยกระดูกสะโพกส่วนคอหักและมีโรคร่วมที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมแบบHemiarthroplastyรับรักษาในโรงพยาบาลวชิระภูเก็ตในเดือนธันวาคม พ.ศ.๒๕๖๕ ถึงเดือนมีนาคม พ.ศ.๒๕๖๖เก็บข้อมูลพื้นฐานจากเวชระเบียน การสัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติ ร่วมกับการสังเกตประเมินแบบแผนสุขภาพตามกรอบแนวคิดกอร์ดอน ๑๑ แบบแผน

ผลการศึกษา:พบว่าพยาบาลผู้ป่วยกระดูกสะโพกส่วนคอหักที่มีโรคร่วมและได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมครอบคลุมการดูแลทั้งระยะก่อนผ่าตัดระหว่างผ่าตัดและหลังผ่าตัดโดยเน้นการประเมินแบบองค์รวมตามแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน การป้องกันและเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน เช่น การติดเชื้อ ลิ่มเลือดอุดตัน กล้ามเนื้ออ่อนแรง สับสน แผลกดทับ ข้อติดแข็งและข้อเทียมหลุดรวมถึงการส่งเสริมการฟื้นฟูสภาพโดยทีมสหสาขาวิชาชีพตลอดจนการให้ความรู้และฝึกทักษะการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องแก่ผู้ป่วยและญาติ

สรุปและข้อเสนอแนะ:การพยาบาลผู้ป่วยกระดูกสะโพกส่วนคอหักที่มีโรคร่วมและได้รับการผ่าตัดใส่ข้อสะโพกเทียมต้องอาศัยความร่วมมือจากทีมสหสาขาวิชาชีพในการวางแผนและให้การดูแลที่สอดคล้องกับสภาพและความต้องการของผู้ป่วยแต่ละรายตามแนวคิดการดูแลแบบองค์รวมควรมีการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลและศึกษาวิจัยเพิ่มเติมเพื่อพัฒนานวัตกรรมการดูแลและส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยกลุ่มนี้อย่างต่อเนื่อง

คำสำคัญ:กระดูกสะโพกส่วนคอหัก, โรคร่วม, การผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม, กระบวนการพยาบาล

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการหอผู้ป่วยพิเศษหลวงพ่อแช่ม โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต

Abstract

Background: Femoral neck fracture is a common problem among elderly people, often associated with comorbidities that complicate recovery and rehabilitation. Total hip arthroplasty (THA) is an effective treatment option, but requires close multidisciplinary care, especially from nurses, to prevent complications.

Objective: To study nursing care approaches for patients with femoral neck fracture and comorbidities undergoing THA, applying the nursing process.

Methods: A comparative case study of two patients selected purposively with femoral neck fracture and comorbidities who underwent hemiarthroplasty at Vachira Phuket Hospital from December ๒๐๒๒ to March ๒๐๒๓. Data were collected from medical records, patient and caregiver interviews, and observation. Health patterns were assessed using Gordon's ๑๑ functional health patterns.

Results: Nursing care of these patients covered pre-operative, intra-operative and post-operative phases, emphasizing holistic assessment based on Gordon's health patterns, prevention and monitoring of complications such as infection, venous thromboembolism, muscle weakness, confusion, pressure ulcers, joint stiffness and prosthesis dislocation, as well as promoting rehabilitation by a multidisciplinary team and providing education and skills training to patients and caregivers.

Conclusion and Recommendations: Nursing care for patients with femoral neck fracture and comorbidities undergoing THA requires collaboration from a multidisciplinary team to plan and provide individualized care based on a holistic care approach. Nursing guidelines should be developed and further research conducted to advance innovative care and continuously promote quality of life for these patients.

Keywords: Femoral neck fracture, comorbidities, total hip arthroplasty, nursing process

*Registered Nurse, Senior Professional Level, LuangPorChaem Private Ward,
Vachira Phuket Hospital

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

กระดูกสะโพกส่วนคอหักจากการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุเป็นปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องทั่วโลก รวมทั้งในประเทศไทย เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างภายในของเนื้อเยื่อกระดูก ทำให้มวลกระดูกลดลงร่วมกับการเสื่อมของกระดูก ส่งผลให้เกิดโรคกระดูกพรุนและภาวะกระดูกหักได้ง่าย โดยเฉพาะในเพศหญิงที่มีความเสี่ยงสูงกว่าเพศชายหลายเท่า ผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักส่วนใหญ่เป็นกลุ่มผู้สูงอายุซึ่งมีปัญหาซับซ้อน เนื่องจากส่วนมากมีโรคประจำตัวร่วมด้วย เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคไต เป็นต้น (ยศ, ๒๕๖๓) ซึ่งทำให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีภาวะเจ็บป่วยที่ยากต่อการประเมิน และมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดสูง ภาวะกระดูกสะโพกส่วนคอหักก่อให้เกิดผลกระทบต่อการดำเนินชีวิต เนื่องจากผู้ป่วยจะมีอาการปวดมาก ไม่สามารถลงน้ำหนักขาข้างที่สะโพกบาดเจ็บได้ จนไม่สามารถเคลื่อนไหวได้ตามปกติ ทำให้ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ การรักษาต้องนอนโรงพยาบาลเป็นเวลานานและมีอัตราการเสียชีวิตสูง อีกทั้งยังเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการถูกจำกัดการเคลื่อนไหว เช่น ปอดอักเสบ แผลกดทับ การติดเชื้อในร่างกาย กล้ามเนื้อลีบ และข้อยึดติด ผู้ป่วยจึงตกอยู่ในภาวะพึ่งพิง รู้สึกเป็นภาระของผู้อื่น ส่งผลกระทบต่อด้านจิตใจ ทำให้เกิดความวิตกกังวลหรือมีอาการซึมเศร้า และการรับรู้คุณค่าในตนเองลดลง การรักษาโดยวิธีการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมเป็นการผ่าตัดเพื่อบรรเทาอาการปวดดำรงไว้ซึ่งการเคลื่อนไหวและความมั่นคงของสะโพก ผู้ป่วยที่มีกระดูกต้นขาส่วนคอหักส่วนใหญ่จะได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม(arthroplasty) ได้แก่ การผ่าตัดที่เปลี่ยนเฉพาะส่วนหัวกระดูกต้นขาโดยไม่ได้เปลี่ยนเบ้า(hemiarthroplasty) และการผ่าตัดที่เปลี่ยนทั้งส่วนหัวกระดูกต้นขาและเบ้าสะโพก(total hip arthroplasty) (จินพิชญ์ชา, ๒๕๖๒) ซึ่งช่วยบรรเทาอาการปวด รักษาการเคลื่อนไหวและความมั่นคงของข้อสะโพก ลดภาวะทุพพลภาพ การกลับเข้ารับรักษาในโรงพยาบาล และการเสียชีวิตอย่างไรก็ตามหากการพยาบาลทั้งก่อนและหลังผ่าตัดไม่มีประสิทธิภาพเพียงพออาจก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่ส่งผลต่อการฟื้นตัวและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ดังนั้นการวางแผนการพยาบาลเฉพาะเจาะจงและบริหารจัดการให้ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดอย่างทันทั่วที่จะช่วยลดภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้และทำให้ผู้ป่วยฟื้นตัวเร็วการดูแลผู้ป่วยอย่างไรก็ตามผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหักส่วนใหญ่มักมีปัญหาซับซ้อน บางรายยังมีโรคประจำตัว เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ทำให้การรักษาพยาบาลมีความซับซ้อนมากขึ้น อาจจำเป็นต้องชะลอการผ่าตัด ซึ่งจะทำให้อัตราการตายเพิ่มมากขึ้นและยังส่งผลให้ค่าใช้จ่ายและจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลนานขึ้นด้วย ผู้ป่วยที่มีโรคร่วมจะทำให้มีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางกายภาพ สรีระและการทำหน้าที่ของระบบต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับโรคนั้นทำให้การดูแลซับซ้อนมากขึ้น ซึ่งโรคร่วมเหล่านี้มีผลทั้งทางตรงและทางอ้อมที่ทำให้การฟื้นตัวและการหายล่าช้า การผ่าตัดข้อสะโพก(Hip Arthroplasty) เป็นการผ่าตัดใหญ่ของการผ่าตัดศัลยกรรมกระดูกที่มีความเสี่ยงภาวะแทรกซ้อนทางหัวใจและภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดในช่วง ๓๐ วัน เป็นความเสี่ยงระดับปานกลาง (Moderate Risk)ร้อยละ ๑-๕ ดังนั้น หากผู้ป่วยมีโรคความดันโลหิตสูงร่วมด้วยยิ่งทำให้ความเสี่ยงดังกล่าวเพิ่มสูงขึ้นและทำให้มีการเสียชีวิตเพิ่มมากขึ้นระหว่างการผ่าตัด (ดวงภรณ์, ๒๕๖๕)

โรงพยาบาลวชิระภูเก็ตเป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิขนาด ๕๕๑ เตียง จากสถิติมีผู้ป่วยกระดูกสะโพกส่วนคอหักที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมในปี พ.ศ. ๒๕๖๔, ๒๕๖๕ และ ๒๕๖๖ จำนวน ๓๙,๓๑ และ ๕๔ รายตามลำดับ และยังพบภาวะแทรกซ้อนหลอดเลือดอุดตันในปอด(Pulmonary embolism: PE)ในปี ๒๕๖๕ จำนวน ๑ ราย เกิดภาวะลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำส่วนลึก(Deep vein thrombosis: DVT)ในปี ๒๕๖๖ จำนวน ๑ ราย การพยาบาลผู้ป่วยกระดูกสะโพกส่วนคอหักที่มีโรคร่วมเป็นความท้าทายของพยาบาล เนื่องจากมีปัญหาที่ซับซ้อน จำเป็นต้องอาศัยความรู้ ทักษะ และประสบการณ์ในการดูแลแบบองค์รวมปรับใช้ศาสตร์และศิลป์ทางการพยาบาลให้สอดคล้องกับบริบทของผู้ป่วยแต่ละราย มีการประสานความร่วมมือกับทีมสุขภาพและเครือข่ายทางสังคม เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างครอบคลุม ปลอดภัย และมีคุณภาพ

ชีวิตที่ดีอย่างเหมาะสมตามศักยภาพ ดังนั้นการวางแผนการพยาบาลเฉพาะเจาะจงและบริหารจัดการให้ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดอย่างทันทั่วทั้งที่ จะช่วยลดภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้และทำให้ผู้ป่วยฟื้นตัวเร็ว ผู้ศึกษาจึงมีความสนใจที่จะศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยกระดูกสะโพกส่วนคอหักที่มีโรคร่วมและได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมเพื่อให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้รับการดูแลที่ได้มาตรฐาน มีความปลอดภัย ไม่เกิดอันตรายจากภาวะแทรกซ้อน ได้รับการฟื้นฟูสภาพกลับไปใช้ชีวิตได้อย่างมีคุณภาพ

พยาธิสภาพของโรค

เมื่อมีแรงมากระทำที่กระดูกสะโพก ทำให้เกิดการแตกหักบริเวณคอกระดูก ส่งผลให้มีการฉีกขาดของเยื่อหุ้มกระดูก (periosteum) กล้ามเนื้อ และหลอดเลือดที่มาเลี้ยงบริเวณดังกล่าว ทำให้เกิดเลือดออกและการอักเสบ กระดูกที่หักจะไม่สามารถรับน้ำหนักได้ตามปกติ ก่อให้เกิดอาการปวด บวม แดง และมีไข้ตามมา ผู้ป่วยกระดูกสะโพกส่วนคอหักจะมีอาการปวดรุนแรงบริเวณสะโพก ขาหนีบ หรือต้นขา ไม่สามารถเคลื่อนไหวหรือลงน้ำหนักที่ขาข้างที่มีกระดูกหักได้ อาจพบว่าขาข้างนั้นสั้นและหมุนออกด้านนอกผิดปกติกระดูกสะโพกส่วนคอเป็นบริเวณที่มีเลือดมาเลี้ยงน้อยกว่าส่วนอื่นของกระดูกสะโพก และมีความเสี่ยงต่อภาวะขาดเลือด (avascular necrosis) ที่อาจนำไปสู่ข้อสะโพกเสื่อมในระยะยาวได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกรณีที่มีการเคลื่อนที่ของกระดูก (displaced fracture) หรือไม่ได้รับการจัดเรียงและยึดตรึงกระดูกอย่างเหมาะสมตั้งแต่ระยะแรก

การวินิจฉัยโรค

การซักประวัติและการตรวจร่างกายจะพบอาการและอาการแสดงแต่การวินิจฉัยที่แม่นยำต้องอาศัยภาพถ่ายรังสี (x-ray) ของข้อสะโพกเพื่อประเมินตำแหน่ง ลักษณะ และระดับความรุนแรงของกระดูกหัก ในบางรายอาจต้องใช้ภาพถ่ายด้วยคอมพิวเตอร์ (computed tomography : CT) หรือคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า (magnetic resonance imaging: MRI) เพื่อดูรายละเอียดมากขึ้น นอกจากนี้ยังต้องมีการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เช่น complete blood count (CBC), electrolyte, blood urea nitrogen (BUN), creatinine, prothrombin time (PT) เพื่อประเมินสภาพของผู้ป่วยโดยรวม

การรักษา

การรักษาที่มีประสิทธิภาพและเป็นมาตรฐานสำหรับผู้สูงอายุในปัจจุบัน คือ การผ่าตัดเพื่อจัดเรียงและยึดตรึงกระดูกให้กลับเข้าที่ (open reduction and internal fixation : ORIF) หรือการเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมบางส่วนหรือทั้งหมด (hip arthroplasty) ขึ้นอยู่กับตำแหน่งและความรุนแรงของกระดูกหัก อายุ และสภาพร่างกายของผู้ป่วย ซึ่งช่วยให้ผู้ป่วยกลับมาเคลื่อนไหวและลงน้ำหนักได้เร็ว ลดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนติดเตียงนาน เมื่อเปรียบเทียบกับการรักษาแบบไม่ผ่าตัดการผ่าตัด ORIF เหมาะสำหรับกระดูกสะโพกหักที่ไม่มีการเคลื่อนหรือมีการเคลื่อนเพียงเล็กน้อย (nondisplaced or minimally displaced fracture) โดยการใช้สกรูยึดกระดูก (cannulated screw fixation) เพื่อให้กระดูกติดกัน ในกรณีที่กระดูกมีการเคลื่อนมาก (displaced fracture) โดยเฉพาะในผู้สูงอายุที่มีภาวะกระดูกพรุนและข้อเสื่อม จะพิจารณาการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมบางส่วน (hemiarthroplasty) หรือเปลี่ยนข้อสะโพกทั้งหมด (total hip replacement) เนื่องจากลดความเสี่ยงของการเกิดหัวกระดูกตาย การผ่าตัดซ้ำ และทำให้ผลการรักษาดีกว่า อย่างไรก็ตาม การตัดสินใจเลือกวิธีการผ่าตัดต้องพิจารณาจากหลายปัจจัย ได้แก่ ชนิดและลักษณะของกระดูกหัก อายุและสุขภาพโดยรวมของผู้ป่วย โรคร่วม ความเสี่ยงในการผ่าตัด ระดับกิจกรรมของผู้ป่วย รวมถึงความชำนาญของศัลยแพทย์และความพร้อมของสถานพยาบาล

วัตถุประสงค์

๑. เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยกระดูกสะโพกส่วนคอหักและมีโรคร่วมซึ่งได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม
๒. เพื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลผู้ป่วยกระดูกสะโพกส่วนคอหักและมีโรคร่วมซึ่งได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมจำนวน ๒ ราย
๓. เพื่อเป็นแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมในระยะก่อนและหลังผ่าตัด ไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง ได้รับการพยาบาลตามมาตรฐาน มีคุณภาพและมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

กรอบแนวคิด

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดกระบวนการพยาบาล ประกอบด้วย การประเมินผู้ป่วยแบบองค์รวม กำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล วางแผนปฏิบัติการพยาบาล ปฏิบัติการพยาบาล และประเมินผลลัพธ์ในผู้ป่วยกระดูกสะโพกส่วนคอหักและมีโรคร่วมซึ่งได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมโดยอาศัยการประเมินแบบแผนสุขภาพตามทฤษฎีของกอร์ดอน (Gordon's functional health patterns) ซึ่งครอบคลุม ๑๑ ด้าน ได้แก่ การรับรู้ภาวะสุขภาพ โภชนาการและเมแทบอลิซึม การขับถ่ายกิจกรรมและการออกกำลังกาย การนอนหลับและพักผ่อน ความรู้สึกและการรับรู้ บทบาทและความสัมพันธ์ เพศและการสืบพันธุ์ การปรับตัวและความทนทานต่อความเครียด ค่านิยมและความเชื่อ

ขั้นตอนและวิธีดำเนินการ

๑. คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sampling) จำนวน ๒ ราย
๒. เก็บรวบรวมข้อมูลจากแหล่งต่าง ๆ ได้แก่ ทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยเพื่อศึกษาประวัติการเจ็บป่วย
๓. ศึกษาและรวบรวมความรู้ทางด้านวิชาการ จากตำรา เอกสารและฐานข้อมูลวิชาการ วารสารทาง การแพทย์และการพยาบาล
๔. การนำใช้กระบวนการพยาบาล ๕ ขั้นตอน ได้แก่ การประเมินภาวะสุขภาพและวิเคราะห์อาการ วางแผนให้การพยาบาล โดยเก็บรวบรวมข้อมูลของผู้ป่วยอย่างเป็นระบบจากเวชระเบียน ชักประวัติจากผู้ป่วย และญาติ นำผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ผลการตรวจวินิจฉัยโรคและผลการตรวจทางรังสีมาวิเคราะห์ รวมทั้งข้อมูลอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย
๕. วิเคราะห์และกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลซึ่งต้องสอดคล้องและมีความสัมพันธ์กับข้อมูลสภาพปัญหาของผู้ป่วยเพื่อให้ทราบถึงการตอบสนองต่อภาวะเจ็บป่วยและการรักษา รวมทั้งจัดลำดับความสำคัญของปัญหา เพื่อให้การพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ
๖. วางแผนให้การพยาบาลตามปัญหาโดยกำหนดวัตถุประสงค์ทางการพยาบาล กิจกรรมการพยาบาล เกณฑ์การประเมินผล และผลลัพธ์ทางการพยาบาลตามข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลเพื่อใช้เป็นแนวทางประเมินผลการพยาบาล
๗. ปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลตามแผนที่ได้วางไว้ในขณะที่รับผู้ป่วยไว้ใน การดูแลเพื่อดำเนินการ แก้ไขปัญหาได้อย่างเหมาะสมตามสภาพของผู้ป่วยตามความรุนแรง ตามสถานะของโรคซึ่งการปฏิบัติกิจกรรม การพยาบาลตามแผนการพยาบาล ได้มีการประเมินอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยในแต่ละระยะของการรักษาและปรับแผนการพยาบาลทุกครั้งเมื่อผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลง
๘. ประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาลหลังให้การพยาบาลตามแผนการพยาบาลซึ่งเป็นขั้นตอนสุดท้ายของกระบวนการพยาบาลโดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อประเมินว่าข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อใดได้รับการแก้ไข ปัญหาหมดไปหรือยังมีอยู่
๙. นำข้อมูลที่ได้จากการศึกษามาสรุปผลเป็นกรณีศึกษา และจัดทำเป็นเอกสารวิชาการเพื่อเผยแพร่

ผลการศึกษา

กรณีศึกษาที่ ๑

ชายไทยอายุ ๗๒ ปี รับไว้ในโรงพยาบาลวชิระภูเก็ตเมื่อวันที่ ๑๖ ธันวาคม ๒๕๖๕ ด้วยอาการสำคัญ ๑๒ ชั่วโมง ก่อนมาโรงพยาบาลได้รับอุบัติเหตุลื่นล้มเอง ปวดบริเวณต้นขาด้านขวา ได้รับการวินิจฉัย close fracture neck of right femur แรกรับเข้าหอผู้ป่วยเวลา ๑๒.๓๕ น. อุณหภูมิ ๓๖.๕ องศาเซลเซียส ชีพจร ๗๖ ครั้ง/นาที หายใจ ๒๒ ครั้ง/นาที ความดันโลหิต ๑๒๖/๗๔ มิลลิเมตรปรอทปวดสะโพกขวา pain score ๒-๓ คะแนน มีโรคร่วม ได้แก่ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง โรคหลอดเลือดสมอง โรคไตเรื้อรัง

ระยะที่ ๓ ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ: blood sugar ๗๖ mg%, BUN ๒๖ mg/dL, Creatinine ๑.๒๓ mg/dL GFR (CKD-EPI) ๕๘.๓, Total protein ๗.๑ g/dL, Albumin ๓.๗ g/dL, globulin ๓.๔ g/dL, AST (SGOT) ๒๒ U/L, ALT (SGPT) ๑๙ U/L, Alkaline Phosphatase ๖๖ U/L, Total protein ๐.๖๐ mg/dL, Direct bilirubin ๐.๒๓ mg/dL, Sodium ๑๓๕ mmol/L, Potassium ๔.๑๙ mmol/L, Chloride ๑๐๔ mmol/L, TCO₂ ๑๗ mmol/L, WBC ๑๐,๑๐๐ cell/uL, HB ๑๒.๐, Hematocrit ๓๖.๕%, Platelet count ๑๗๕,๐๐๐ cell/uL, Neutrophil ๘๗%, PT ๑๔.๓ sec, INR ๑.๒๕, APTT ๓๐.๘ sec, APTT Ratio ๑.๑๙, Urine culture : No growth ได้รับการผ่าตัด cementless bipolar hemiarthroplasty ด้านขวา วันที่ ๒๒ ธันวาคม ๒๕๖๕ หลังผ่าตัดมีภาวะช็อคเนื่องจากเสียเลือด Hct ลดลงเหลือ ๒๖.๘% ได้รับเลือด ๒ unit, ติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ ให้ยาปฏิชีวนะ วันที่ ๔ หลังผ่าตัดอาการดีขึ้น สามารถกลับบ้านได้โดยส่งต่อทีมเยี่ยมบ้าน สรุปผู้ป่วยนอนโรงพยาบาล ๒๓ วัน

กรณีศึกษาที่ ๒

ชายไทยอายุ ๖๙ ปี ผู้ป่วยเป็น known case old CVA มี left hemiplegia รับไว้ในโรงพยาบาลวชิระภูเก็ตเมื่อวันที่ ๑๕ มิถุนายน ๒๕๖๕ มาโรงพยาบาลด้วยอาการสำคัญ ๓ ชั่วโมง ก่อนมาโรงพยาบาล ผู้ป่วยไถลตกจากรถเข็น สะโพกซ้ายกระแทกพื้นปวดสะโพกซ้ายมากญาตินำส่งโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดพังงาให้ยาแก้ปวดไปกินที่บ้าน อาการปวดมากขึ้นญาติจึงส่งตัวมารักษาที่โรงพยาบาลเอกชนในจังหวัดภูเก็ต เอกซเรย์พบว่า มี displace fracture neck left femur จึงขอย้ายมารักษาที่โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต ผู้ป่วยเลือกวิธีการรักษาแบบไม่ผ่าตัดให้กลับบ้านได้นัด Follow up ๒ สัปดาห์ พยาบาลได้อธิบายความเสี่ยงให้ผู้ป่วยและญาติรับทราบ วันที่ ๑๕ มิถุนายน ๒๕๖๕ มาพบแพทย์ตามนัดพบว่า มีอาการบวมของสะโพกและเท้ามากขึ้น ผู้ป่วยและญาติตัดสินใจผ่าตัด แพทย์นัดผ่าตัด cementless bipolar hemiarthroplasty ด้านซ้าย ในวันที่ ๑๖ มิถุนายน ๒๕๖๕ มีประวัติเป็นโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน ไขมันในเลือดสูง โรคหลอดเลือดสมอง มีอัมพาตครึ่งซีกด้านซ้าย รับประทานยาที่โรงพยาบาลชุมชนใกล้บ้านในจังหวัดพังงา อาการแรกเริ่มรู้สึกตัวดี ปวดสะโพกซ้าย อุณหภูมิ ๓๖.๖ °C ชีพจร ๙๐ ครั้ง/นาที หายใจ ๒๒ ครั้ง/นาที ความดันโลหิต ๑๗๐/๑๐๗ mmHg ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ: BUN ๒๓ mg/dL, Cr ๐.๘๙ mg/dL, eGFR ๘๗.๒, sodium ๑๔๑ mmol/L, potassium ๓.๘๓ mmol/L, chloride ๑๐๗ mmol/L, CO₂ ๒๐ mmol/L, WBC ๖,๙๙๐ cells/uL, Hct ๓๕.๕ %, Hb ๑๑.๙ g/dL, PT ๑๑.๑ sec, INR ๑.๐๑, APTT ๒๕.๑ sec หลังผ่าตัดมีภาวะหัวใจล้มเหลวจากการได้รับสารน้ำเกิน มีภาวะขาดสมดุลของเกลือแร่โซเดียมและโพแทสเซียม วันที่ ๕ หลังผ่าตัดมีไข้ สงสัยติดเชื้อปอดจากการสำลัก ให้ยาปฏิชีวนะและทำ septic workup วันที่ ๘ หลังผ่าตัดอาการดีขึ้นสามารถกลับบ้านได้โดยนัดติดตามผลเฉพาะเชื้อ และฝึกกลืนที่โรงพยาบาลชุมชน สรุปผู้ป่วยนอนโรงพยาบาล ๑๗ วัน

ตารางที่ ๑ เปรียบเทียบวิเคราะห์ผู้ป่วยตั้งแต่การเข้าถึงบริการจนถึงการวางแผนจำหน่าย

ประเด็น เปรียบเทียบ	กรณีศึกษาที่ ๑	กรณีศึกษาที่ ๒	การวิเคราะห์เปรียบเทียบ
สาเหตุและปัจจัย เสี่ยง ๑. สาเหตุ	อุบัติเหตุลื่นล้มเอง	อุบัติเหตุตกจากรถเข็น	ผู้ป่วยทั้ง๒ราย มีสาเหตุการเกิด กระดูกสะโพกส่วนคอหักจาก อุบัติเหตุพลัดตกหกล้ม ซึ่งเป็น สาเหตุส่วนใหญ่ของการเกิดสะโพก หักในผู้สูงอายุ และมักหกล้มเวลา ทำกิจกรรม นอกจากนั้นยังมีปัจจัย เสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมที่เอื้ออำนวย ต่อการพลัดตกหกล้ม ได้แก่ สภาพ พื้นบ้านที่ลื่น ลาดเอียง มีสิ่งกีด ขวาง แสงสว่างไม่เพียงพอ เป็นต้น
๒. อายุ	๗๒ปี	๖๙ ปี	ผู้ป่วยทั้ง๒รายเป็นผู้สูงอายุ มีความ เสี่ยงในการพลัดตกหกล้มเนื่องจาก ระบบการทำงานของร่างกายเกิด ความเสื่อมถอย การรับรู้ การสัมผัส การทำงานของระบบประสาท กล้ามเนื้อข้อต่อต่างๆลดลง ทำให้ ขาดความมั่นคงขณะเดิน มีความ บกพร่องในการมองเห็น นอกจากนั้นอายุที่เพิ่มมากขึ้นส่งผล ต่อความแข็งแรงของกระดูก ความ หนาแน่นของมวลกระดูกและมวล กล้ามเนื้อสูญหายไป
๓. โรคร่วม	มีโรคร่วม ได้แก่ โรค เบาหวาน โรคความดัน โลหิตสูง โรคไขมันใน เลือดสูงโรคไตเรื้อรังและ ภาวะหลอดเลือดดำอุดตันเรื้อรัง	มีโรคร่วมได้แก่ โรค เบาหวาน โรคความดัน โลหิตสูง โรคไขมันใน เลือดสูงและโรคหลอดเลือด สมองมีอัมพาตครึ่ง ซีก	ผู้ป่วยทั้ง๒ราย มีโรคประจำตัวร่วม เหมือนกัน จำนวน ๔โรค จัดเป็น กลุ่มเสี่ยงโดยผู้ป่วยที่มีโรคร่วม เกิด อุบัติเหตุพลัดตกหกล้มจะมีความ เสี่ยงต่อการเกิดกระดูกสะโพกส่วน คอหักมากกว่าเมื่อเทียบกับกลุ่มที่ ไม่มีโรคประจำตัว โรคที่พบมาก ที่สุด คือโรคความดันโลหิตสูง รองลงมาคือโรคเบาหวาน
ก่อนเข้ารับบริการ	อุบัติเหตุลื่นล้มเองที่บ้าน	อุบัติเหตุตกจากรถเข็น	ผู้ป่วยทั้ง๒ราย มีระยะเวลาการ

ตารางที่ ๑ เปรียบเทียบวิเคราะห์ผู้ป่วยตั้งแต่การเข้าถึงบริการจนถึงการวางแผนจำหน่าย

ประเด็น เปรียบเทียบ	กรณีศึกษาที่ ๑	กรณีศึกษาที่ ๒	การวิเคราะห์เปรียบเทียบ
ก่อนเข้ารับการรักษาใน โรงพยาบาล	อุบัติเหตุลื่นล้มเองที่บ้าน มีญาตินำส่งโรงพยาบาล วชิระภูเก็ตทันที	นำส่งโรงพยาบาลชุมชน ก่อนด้วยอาการปวด สะโพกซ้ายมา ๓ วัน ที่ โรงพยาบาลชุมชนได้รับ ยาแก้ปวดและให้ผู้ป่วย กลับบ้านหลังกลับบ้าน นอนเหยียดขาไม่ได้ต้อง นั่งหลับญาติจึงนำส่ง โรงพยาบาลเอกชนใน จังหวัดภูเก็ต ได้รับการ วินิจฉัยว่าเป็นกระดูก สะโพกส่วนคอหัก (Femoral neck frac ture) ญาติจึงขอมา รักษาต่อที่โรงพยาบาล วชิระภูเก็ต โดยแพทย์ให้ ทางเลือกผู้ป่วยและญาติ เกี่ยวกับวิธีการรักษาคือ การรักษาโดยการผ่าตัด และการรักษาโดยไม่ ผ่าตัด แจ้งข้อมูลพยาธิ สภาพของโรค ข้อดี ข้อเสียของการรักษาของ แต่ละวิธี ผู้ป่วยและญาติ ขอเลือกวิธีแบบไม่ผ่าตัด ก่อนแพทย์นัดมาติดตาม อาการ ๒ สัปดาห์ หลังมา พบแพทย์ตามนัดพบว่า ปวดสะโพกลดลง เหยียด ข้อสะโพกซ้ายไม่ได้ สะโพกซ้ายและเท้าบวม ผู้ป่วยและญาติตัดสินใจ ผ่าตัดเปลี่ยนใส่ข้อ สะโพกเทียม	เข้าถึงที่แตกต่างกัน โดยการศึกษา ที่ ๒ มีความล่าช้าในการเข้าถึงการ รักษาเนื่องจากปัจจัยต่างๆ ได้แก่ ๑.ไม่ได้รับการวินิจฉัยเบื้องต้นที่ โรงพยาบาลชุมชนว่ามีกระดูก สะโพกส่วนคอหัก ๒.เมื่อได้รับข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการ รักษา ผู้ป่วยและญาติขอเลือกวิธี แบบไม่ผ่าตัดก่อนเนื่องจากกลัว ความเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อนจาก การผ่าตัด แต่หลังจากมาพบแพทย์ ตามนัดพบว่ามีอาการบวมของ สะโพกและเท้ามากขึ้นเนื่องจาก การหักของกระดูกทำให้มีเลือด ออกบริเวณที่หัก รวมถึงมีไขกระดูก ไหลออกมาที่บริเวณเนื้อเยื่อ โดยรอบร่วมกับผู้ป่วยมีการใช้ยา ละลายลิ่มเลือด(ASA gr.๑) เป็น ปัจจัยส่งเสริมให้เลือดออกง่ายข้อ สะโพกซ้ายจึงบวมขึ้นมาก นอกจากนั้นผู้ป่วยยังมีภาวะข้อ สะโพกติด มีความลำบากในการลุก นั่งรถเข็น ผู้ป่วยและญาติจึง ตัดสินใจผ่าตัดในเวลาต่อมา
การวินิจฉัยและ	Closed fracture neck	Closed fracture neck	ผู้ป่วยทั้ง ๒ รายกระดูกหักบริเวณคอ

ตารางที่ ๑ เปรียบเทียบวิเคราะห์ผู้ป่วยตั้งแต่การเข้าถึงบริการจนถึงการวางแผนจำหน่าย

ประเด็น เปรียบเทียบ	กรณีศึกษาที่ ๑	กรณีศึกษาที่ ๒	การวิเคราะห์เปรียบเทียบ
การจัดการ เบื้องต้น	right femur	left femur	กระดูกต้นขา(Femoral neck fracture)ได้รับการจัดการความปวดเบื้องต้นปรึกษากายภาพบำบัด Upright หัวเตียงสูงลูกนั่งบนเตียง Aspiration percussion Deepbreathing exercise เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการนอนบนเตียงนาน
การรักษา	Cementless Bipolar hemiarthroplasty right femur	Cementless Bipolar hemiarthroplasty left femur	ผู้ป่วยทั้ง ๒ ราย ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมบางส่วนแบบที่ไม่ใช้ซีเมนต์ยึดกระดูก Cementless Bipolar Hemiarthroplasty เป็นการผ่าตัดเปลี่ยนเฉพาะส่วนหัวกระดูกเท่านั้น (femoral head) เหมาะกับผู้สูงอายุที่กระดูกคอสะโพกหักชนิดมีการเคลื่อนของกระดูก
ภาวะแทรกซ้อน	- ภาวะช็อคจากการสูญเสียเลือด - การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ - แผลกดทับเสี่ยง - ภาวะลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำส่วนลึก - เสี่ยงข้อสะโพกเทียมเคลื่อนหลุด	- ภาวะขาดสมดุลเกลือแร่ - ภาวะน้ำเกิน - ภาวะหัวใจล้มเหลว - ติดเชื้อปอดจากการสำลัก - เสี่ยงข้อสะโพกเทียมเคลื่อนหลุด	ผู้ป่วยทั้ง ๒ ราย มีภาวะแทรกซ้อนที่คล้ายคลึงกันได้แก่ - ภาวะช็อค เนื่องจากการผ่าตัดเปลี่ยนใส่ข้อสะโพกเทียมเป็นการผ่าตัดใหญ่มีการสูญเสียเลือดจำนวนมาก โดยในกรณีศึกษาที่ ๑ จำนวน ๒๕๐ มิลลิลิตร กรณีศึกษาที่ ๒ จำนวน ๒๐๐ มิลลิลิตร - การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ ปอดติดเชื้อจากการสำลัก แผลกดทับ ภาวะลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำส่วนลึกเกิดจากการนอนบนเตียงนาน เคลื่อนไหวได้น้อย และ โรคประจำตัวของผู้ป่วยคือโรคหลอดเลือดสมองและมีอัมพาตครึ่งซีก - มีความเสี่ยงข้อสะโพกเทียมเคลื่อนหลุด ซึ่งเป็นความเสี่ยงจากการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมแต่กรณีศึกษาที่ ๒ มีปัจจัยเสี่ยง
ภาวะแทรกซ้อน			

ตารางที่ ๑ เปรียบเทียบวิเคราะห์ผู้ป่วยตั้งแต่การเข้าถึงบริการจนถึงการวางแผนจำหน่าย

ประเด็น เปรียบเทียบ	กรณีศึกษาที่ ๑	กรณีศึกษาที่ ๒	การวิเคราะห์เปรียบเทียบ
(ต่อ)			มากกว่ากรณีศึกษาที่ ๑ เนื่องจากผู้ป่วยนั่งรถเข็นมานาน ๑ ปี มีภาวะกล้ามเนื้อลีบ นอกจากนี้ยังมีภาวะแทรกซ้อน ขาดสมดุลเกลือแร่จากการรับประทานอาหารได้น้อย กลืนลำบาก มีภาวะน้ำเกินและหัวใจล้มเหลว
การฟื้นฟูสภาพ	ส่งเสริมการเคลื่อนไหวบริเวณข้อสะโพกให้ ความรู้การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน	มีข้อจำกัดเนื่องจาก left hemiparesis ต้องได้รับการกระตุ้นการฟื้นฟูเคลื่อนไหวมากกว่าปกติ	กรณีศึกษาที่ ๑ ลูกเดินแบบลงน้ำหนักขาข้างที่ผ่าตัดได้บางส่วน (Partial weight bearing with walker) กรณีศึกษาที่ ๒ ลูกนั่งบนเตียงและปรึกษาการทำกิจกรรมบำบัดต่อที่โรงพยาบาลชุมชน
การวางแผน จำหน่าย	กลับบ้านได้ภายใน ๔ วัน หลังผ่าตัดมีภาวะพึงพาญาติส่งต่อข้อมูลทีมสุขภาพชุมชนเพื่อติดตามเยี่ยมบ้านให้ ความรู้การทำกายภาพ และการปฏิบัติตัว	มีภาวะแทรกซ้อนมากกว่าต้องนอนโรงพยาบาลนานขึ้นถึง ๘ วันต้องนัดติดตามผลเฉพาะเชื้อปอดอักเสบและฝึกกลืนต่อที่โรงพยาบาลชุมชนส่งต่อเครือข่ายเยี่ยมบ้าน	ผู้ป่วยทั้ง ๒ ราย มีการส่งต่อข้อมูลทีมสุขภาพชุมชน เพื่อติดตามเยี่ยมบ้าน

ตารางที่ ๒ เปรียบเทียบข้อวินิจฉัยการพยาบาลและการปฏิบัติการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล		กิจกรรมการพยาบาลและผลการเปรียบเทียบ
กรณีศึกษาที่ ๑	กรณีศึกษาที่ ๒	
ระยะแรกรับ ๑.ปวดสะโพกเนื่องจากกระดูกสะโพกขวาหัก ข้อมูลสนับสนุน -ผู้ป่วยบ่นปวดสะโพกขวา -pain score ๒-๓ คะแนน	๑.ปวดสะโพกเนื่องจากกระดูกสะโพกซ้ายหัก ข้อมูลสนับสนุน -ผู้ป่วยบ่นปวดสะโพกซ้าย -เท้าซ้ายบวม - pain score ๓ คะแนน	๑.ประเมินความปวดโดยใช้ numeric pain rating score (NSR) ๒.การจัดการความปวดโดยการให้ยา พร้อมเฝ้าระวังผลข้างเคียงจากยา โดยเฉพาะ opioid ประเมิน sedative score และอัตราการหายใจร่วมด้วย - กรณี pain score ๗-๑๐ คะแนน (severe pain) บริหารยา morphine ตามแผนการรักษา และประเมินซ้ำ ทุก ๑๕-๓๐ นาที

ตารางที่ ๒ เปรียบเทียบข้อวินิจฉัยการพยาบาลและการปฏิบัติการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล		กิจกรรมการพยาบาลและผลการเปรียบเทียบ
กรณีศึกษาที่๑	กรณีศึกษาที่๒	
		- กรณีpainscore≤๖คะแนน(mildto moderate pain) บริหารยาparacetamol ๓.การจัดทำนอนที่ถูกต้องและให้ผู้ป่วยรู้สึกสบาย ๕.พูดคุย เบี่ยงเบนความสนใจสัมผัสอย่างนุ่มนวล ผลการเปรียบเทียบหลังจากผู้ป่วยทั้ง๒รายได้รับยาลดปวด ทุกอาการปวดสะโพก
๒.วิตกกังวลเนื่องจากขาดความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม ข้อมูลสนับสนุน -ผู้ป่วยมีโรคประจำตัวหลายโรค ต้องเข้ารับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม ซึ่งมีความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนต่างๆ แสดงความกังวลเกี่ยวกับผลการผ่าตัด -ผู้ป่วยและญาติซักถามเกี่ยวกับขั้นตอนการผ่าตัดและการปฏิบัติตัว	๒.วิตกกังวลเนื่องจากขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม ข้อมูลสนับสนุน - ผู้ป่วยและญาติซักถามเกี่ยวกับขั้นตอนการผ่าตัดภาวะแทรกซ้อน และการปฏิบัติตัว	๑.ประเมินสภาพจิตใจของผู้ป่วย ได้แก่ ความวิตกกังวล ความเครียด ๒.สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยและผู้ดูแล ๓.อธิบายและให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคกระบวนการรักษาพยาบาล การปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด การจัดการอาการปวด เปิดโอกาสให้ซักถาม พูดคุยให้กำลังใจ ตอบข้อซักถามของผู้ป่วยเพื่อลดความกังวล ๔.ประเมินบทบาท สัมพันธภาพในครอบครัว ญาติและผู้ดูแลเพื่อหาผู้ดูแลหลักให้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย ๕.ประเมินฐานะทางเศรษฐกิจเกี่ยวกับค่าข้อสะโพกเทียม ค่ารักษาพยาบาลและหากมีปัญหาส่งปรึกษาสังคมสงเคราะห์ ๖.สอนแนะนำและกระตุ้นให้ผู้ป่วยบริหารร่างกาย กล้ามเนื้อสะโพก ข้อเท้า(Ankle pump) ผลการเปรียบเทียบผู้ป่วยทั้ง๒ราย คลายความวิตกกังวลโดยกรณีศึกษาที่๑ มีภรรยาผู้ดูแลหลักและกรณีศึกษาที่๒ มีบุตรสาวเป็นผู้ดูแลหลัก
๓.เสี่ยงต่อภาวะ Hypo-hyperglycemiaเนื่องจากไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ ข้อมูลสนับสนุน -มีโรคประจำตัวเป็นโรคเบาหวาน	๓.เสี่ยงต่อภาวะ Hypo-hyperglycemiaเนื่องจากไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ ข้อมูลสนับสนุน - มีโรคประจำตัวเป็นโรคเบาหวาน	๑.การเตรียมผ่าตัดโดยใช้ Protocol DM เพื่อให้ระดับน้ำตาลอยู่ในเกณฑ์ปลอดภัยสู่กับภาวะstress ในกระบวนการผ่าตัดได้ ผลการเปรียบเทียบผู้ป่วยทั้ง๒รายมีระดับน้ำตาลอยู่ในเกณฑ์ปกติ
ระยะหลังผ่าตัด ๔.เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน	๔.เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน	๑.ประเมินและบันทึกสัญญาณชีพตามมาตรฐานการดูแลหลังผ่าตัด

ตารางที่ ๒ เปรียบเทียบข้อวินิจฉัยการพยาบาลและการปฏิบัติการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล		กิจกรรมการพยาบาลและผลการเปรียบเทียบ
กรณีศึกษาที่๑	กรณีศึกษาที่๒	
จากการได้รับยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย (GeneralAnesthesia:GA) ข้อมูลสนับสนุน -ผู้ป่วยสูงอายุ -ผู้ป่วยมีประวัติโรคร่วมหลายโรค	จากการได้รับยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย (GeneralAnesthesia:GA) ข้อมูลสนับสนุน -ผู้ป่วยสูงอายุ -ผู้ป่วยมีประวัติโรคร่วมหลายโรค	๒.ประเมิน sedation score ๓.ประเมินอาการคลื่นไส้อาเจียน ผิวน้ำเขียว ตัวเย็น (body temperature<๓๖.๕ องศาเซลเซียส) ๔.จัดให้ผู้ป่วยนอนราบ ตะแคงหน้าไปด้านใดด้านหนึ่งป้องกันการสำลักหากผู้ป่วยอาเจียน ผลการเปรียบเทียบผู้ป่วยทั้ง๒รายปลอดภัยจากการผ่าตัด ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย
๕.ปวดแผลผ่าตัดเนื่องจากเนื้อเยื่อได้รับการกระทบกระเทือนจากการผ่าตัด ข้อมูลสนับสนุน - ผู้ป่วยมีแผลผ่าตัดบริเวณสะโพกขวา Pain score ๕-๗ คะแนน	๖.ปวดแผลผ่าตัดเนื่องจากเนื้อเยื่อได้รับการกระทบกระเทือนจากการผ่าตัด ข้อมูลสนับสนุน - ผู้ป่วยมีแผลผ่าตัดบริเวณสะโพกซ้าย Pain score ๕ คะแนน	๑.การจัดการความปวดตามแนวปฏิบัติการพยาบาล ประเมินความปวดโดยใช้ numeric ratingscaleในระยะหลังผ่าตัดมีการประเมินความปวดทุก ๔ ชั่วโมง จนครบ ๗๒ ชั่วโมง ดูแลให้ได้รับยาแก้ปวดตามแผนการรักษา ๒.ดูแลให้Cold pack ประคบทุก ๒ ชั่วโมง ๓. ใช้เทคนิคต่างๆ เช่น การเบี่ยงเบนความสนใจ การสัมผัสอย่างนุ่มนวล (Ankle pump) ๔.จัดทำให้ถูกต้องและให้ผู้ป่วยรู้สึกสบาย ๕.ประเมินตำแหน่ง ลักษณะและระดับความปวดซ้ำหลังจากที่ผู้ป่วยได้รับยาบรรเทาอาการปวด ผลการเปรียบเทียบ ผู้ป่วยทั้ง๒ราย ความปวดลดลง ระดับความปวดเมื่อประเมินด้วยnumeric rating scale น้อยกว่า ๔คะแนน
๖.เสี่ยงต่อการติดเชื้อที่ปอดหรือปอดอักเสบ ไม่มีภาวะเสี่ยงต่อการติดเชื้อที่ปอดหรือปอดอักเสบ	๗.เสี่ยงต่อการติดเชื้อที่ปอดหรือปอดอักเสบ ข้อมูลสนับสนุน -มีอาการกลืนลำบาก สำลักลิ้นลายบ่อ - มีไอและมีเสมหะเป็นหนอง	๑.ประเมินและบันทึกสัญญาณชีพ ทุก๔ชั่วโมง ๒.ประเมินการหายใจทั้งลักษณะจังหวะ และอัตรา การหายใจ ๓.ประเมินลักษณะของเสมหะ ๔.ฟังเสียงปอด ๕.กระตุ้นให้มีการไอและหายใจอย่างมีประสิทธิภาพ ๖.ดูแลความสะอาดของปากและฟัน๗.ติดตามผล chest X-ray ๘.ดูแลให้ยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษา ผลการเปรียบเทียบ ผู้ป่วยรายที่๑ ไม่พบการติดเชื้อ

ตารางที่ ๒ เปรียบเทียบข้อวินิจฉัยการพยาบาลและการปฏิบัติการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล		กิจกรรมการพยาบาลและผลการเปรียบเทียบ
กรณีศึกษาที่๑	กรณีศึกษาที่๒	
		เชื้อที่ปอดผู้ป่วยรายที่๒ พบการติดเชื้อที่ปอดหลังให้ยาปฏิชีวนะตามผลเพาะเชื้อ ให้อาหารทางสายยาง ทำกายภาพบำบัดทรวงอกเคาะปอดเพื่อระบายเสมหะ ไม่มีการสำลักซ้ำ อาการปอดอักเสบดีขึ้น ผลเพาะเชื้อเสมหะไม่พบเชื้อ
๗.เสี่ยงต่อการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะเนื่องจากการขยับย้ายปัสสาวะเปลี่ยนแปลงไป ข้อมูลสนับสนุน -ผู้ป่วยมีไข้อุณหภูมิ๓๘.๔-๓๘.๙ องศาเซลเซียส -ปัสสาวะมีสีเหลืองเข้ม - ส่งตรวจUrine Analysis พบWBC ๒๐-๓๐cells/HPF	๘.เสี่ยงต่อการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะเนื่องจากการขยับย้ายปัสสาวะเปลี่ยนแปลงไป ไม่มีภาวะเสี่ยงต่อการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ	๑.ดูแลระบบระบายน้ำปัสสาวะให้อยู่ในระบบปิดตลอดเวลา บันทึกปริมาณ สี กลิ่น ของปัสสาวะทำความสะอาดบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์เข้า-เย็น และทุกครั้งหลังขยับย้าย ๒.กระตุ้นให้ดื่มน้ำอย่างน้อยวันละ ๒-๓ ลิตร ๓.ให้ความรู้กับญาติในการประเมินและป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ ๔.ดูแลให้ได้รับยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษา ผลการเปรียบเทียบ มีการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะในผู้ป่วยรายที่๑ หลังได้รับการดูแลตามแผนการรักษาอาการของการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะทุเลา ผลตรวจปัสสาวะไม่พบเชื้อ
๘.เสี่ยงต่อข้อสะโพกเทียมเคลื่อนหลุด(hip dislocation) ข้อมูลสนับสนุน -ผู้ป่วยทำผ่าตัดแบบเปิดแผลผ่าตัดเข้าทางด้านหลัง (posteriorapproach)เป็นท่าที่เสี่ยงต่อการหลุดไปทางด้านหลัง	๙.เสี่ยงต่อข้อสะโพกเทียมเคลื่อนหลุด(hip dislocation) ข้อมูลสนับสนุน -ผู้ป่วยทำผ่าตัดแบบเปิดแผลผ่าตัดเข้าทางด้านหน้า (anteriorapproach)เป็นท่าที่เสี่ยงต่อการหลุดน้อยกว่าทำผ่าตัดแบบเปิดแผลผ่าตัดเข้าทางด้านหลัง (posterior approach) -กล้ามเนื้อต้นขาซ้ายลีบ	๑.ประเมินความผิดปกติบริเวณขาข้างที่ผ่าตัด เช่น หน้าขาโป่งตึง ขาหดสั้น เป็นต้น ซึ่งเมื่อพบความผิดปกติให้รายงานแพทย์ ๒.จัดเตรียมเตียงที่มี overhead frame ที่ผู้ป่วยจะสามารถใช้ Trapeze barช่วยยกตัวเองได้ ๓.จัด position ดังนี้ ๓.๑ ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดโดยเปิดแผลผ่าตัดเข้าทางด้านหน้า(anterior approach)ต้องจัด position ห้ามกางขาออก(abduction) ออกมาและหมุนข้อสะโพกออกด้านนอก (hip internal rotation) ให้นอนหุบขา ขาตั้งตรง ขาไม่แบะออกนอก ๓.๒ ห้ามงอข้อสะโพกสูงเกิน ๙๐องศาและหลีกเลี่ยงการนอนตะแคงทับข้างผ่าตัด ๓.๓ ห้ามไขว้ขา ๓.๔การพลิกตะแคงตัวต้อง support ขาข้างที่ผ่าตัดให้ตรงอยู่เสมอ(แนวalignment) โดยใช้หมอน supportขณะตะแคง ๓.๕ รองบริเวณขาและสะโพกเมื่อต้องสอดหม้อ

ตารางที่ ๒ เปรียบเทียบข้อวินิจฉัยการพยาบาลและการปฏิบัติการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล		กิจกรรมการพยาบาลและผลการเปรียบเทียบ
กรณีศึกษาที่ ๑	กรณีศึกษาที่ ๒	
		นอนให้ผู้ป่วย ควรใช้หมอนนอนชนิดแบน ๔.กระตุ้นให้ออกกำลังกาย เสริมสร้างความแข็งแรงของกล้ามเนื้อรอบข้อสะโพก ผลการเปรียบเทียบผู้ป่วยทั้ง ๒ ราย ไม่พบอาการและอาการแสดงของข้อสะโพกเทียมเคลื่อนหลุด สามารถทำกายภาพบำบัดตามแผนได้โดยไม่มีอาการปวดหรือข้อติดขัด
๙.เสี่ยงต่อการเกิดภาวะหลอดเลือดดำส่วนลึกอุดตัน (Deep Vein Thrombosis: DVT) เนื่องจากการถูกจำกัดการเคลื่อนไหว ข้อมูลสนับสนุน -มีประวัติ venous insufficiency	๑๐.เสี่ยงต่อการเกิดภาวะหลอดเลือดดำส่วนลึกอุดตัน (Deep Vein Thrombosis: DVT) เนื่องจากการถูกจำกัดการเคลื่อนไหว ข้อมูลสนับสนุน -มีอาการขาชาบบวม มีอาการปวดตึงน่อง (Homan's sign)	๑.ประเมินระดับความเสี่ยงของการเกิด DVT โดยใช้แบบประเมิน Autar Score ๒.ดูแลให้ได้รับปริมาณน้ำอย่างเพียงพอเพื่อป้องกันภาวะ dehydration ๓.เวลาพลิกตะแคงตัวต้อง immobilize ให้ขาข้างที่ผ่าตัดอยู่ในแนวตรงเพื่อป้องกันการหลุดลอยของ Emboli ๔.ให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัว โดยการออกกำลังกายขาทั้ง ๒ ขา กดเข่าลงบนที่นอน และทำ ankle pumping exercise อย่างน้อย ๑๐ ครั้ง ทุก ๑-๒ ชั่วโมงขณะตื่นนอนหรือใช้ intermittent pneumatic cuff compression เพื่อส่งเสริมการไหลเวียนเลือดกลับรวมกับการ early ambulation ๕.กรณีได้รับยาป้องกันการเกิด DVT ประเมินอาการข้างเคียงของยา เช่น มีเลือดออก และติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการเกี่ยวกับการแข็งตัวของเลือด ๖.ประเมินภาวะ DVT ได้แก่ขาบวมตึง ปวดลึกๆ ตึงน่อง ประเมินชีพจรหลังเท้า และอาการปวดเมื่อกดขาขึ้น ขณะที่เข่าอยู่ในท่าเหยียดตรง (Homan's sign position) ๗.หากสงสัยว่าเกิดภาวะ DVT จัดบริหารบริเวณขาไว้ก่อน ป้องกันการเกิด Pulmonary embolism (โรคลิ่มเลือดอุดตันในปอด) แนะนำไม่ให้ไขว้ขา ดูแลให้ได้รับยาป้องกันการแข็งตัวของเลือดและติดตามอาการข้างเคียงของยา ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการเกี่ยวกับการแข็งตัวของเลือด ผลการเปรียบเทียบ ผู้ป่วยทั้ง ๒ ราย มีความเสี่ยงใน

ตารางที่ ๒ เปรียบเทียบข้อวินิจฉัยการพยาบาลและการปฏิบัติการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล		กิจกรรมการพยาบาลและผลการเปรียบเทียบ
กรณีศึกษาที่ ๑	กรณีศึกษาที่ ๒	
		การเกิดDVT โดยกรณีศึกษาที่ ๑สามารถปฏิบัติตามคำแนะนำได้ดีตั้งแต่เริ่มแรกไม่มีอาการและอาการแสดงของDVT ส่วนกรณีศึกษาที่ ๒มีอาการขาชาวยบวม ปวดตึงน่อง (Homan's sign) ส่งตรวจ Ultrasound doppler ที่ขาซ้ายไม่พบ DVT
๑๐. เสี่ยงต่อภาวะน้ำเกินและขาดสมดุลของสารน้ำ ละเกลือแร่ไม่พบภาวะน้ำเกินและขาดสมดุลของสารน้ำ ละเกลือแร่	๑๑. เสี่ยงต่อภาวะน้ำเกินและขาดสมดุลของสารน้ำ ละเกลือแร่ ข้อมูลสนับสนุน - ผู้ป่วยระดับSerum sodium(๑๓๐mmol/L) ต่ำ - มีอาการสับสน กระสับกระส่าย - เหนื่อยง่ายขึ้นเมื่อพูดคุยหรือเปลี่ยนอิริยาบถ - นอนราบไม่ได้ - ความดันโลหิต ๑๖๗/๗๙ - CXR พบ cardiomegaly with pleural edema - mild pitting edema	๑. ประเมินสัญญาณชีพ ๒. ประเมินอาการทางระบบประสาท เช่น ชี้นิ้วสับสน ๓. ปรับจำนวนและอัตราการให้สารน้ำตามความเหมาะสม ๔. ทำ intake-output ๕. ติดตามระดับเกลือแร่ในเลือดอย่างน้อยวันละ ๑ ครั้ง ผลการเปรียบเทียบพบว่า กรณีศึกษาที่ ๑ระดับเกลือแร่ในร่างกายอยู่ในระดับปกติส่วนกรณีศึกษาที่ ๒มีระดับ Serum sodium(๑๓๐mmol/L) ต่ำมีอาการสับสน กระสับกระส่ายต่อมาผู้ป่วยมีภาวะน้ำเกินและหัวใจล้มเหลว แพทย์แก้ไขภาวะน้ำเกินและบรรเทาอาการหัวใจล้มเหลว โดยให้ยาขับปัสสาวะ Furosemide ๔๐ mg vein จำกัดปริมาณสารน้ำที่ให้ทางหลอดเลือดดำ หลังได้ Furosemide ๔๐ mg vein ผู้ป่วยหายใจสะดวกขึ้น สามารถนอนราบได้นานขึ้นโดยไม่มีอาการ บวม ลดลง ความดันโลหิต ๑๒๖/๖๒ มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นชีพจร ๙๑ ครั้ง/นาที การหายใจ ๒๐ ครั้ง/นาที ค่าออกซิเจนในกระแสเลือด ๙๗ เปอร์เซ็นต์
๑๑. เสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับเนื่องจากการถูกจำกัดการเคลื่อนไหว หลังผ่าตัด ผู้ป่วยเคลื่อนไหวน้อย ข้อมูลสนับสนุน - Braden scale ๑๖ คะแนน	๑๒. เสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับเนื่องจากการถูกจำกัดการเคลื่อนไหว หลังผ่าตัด ผู้ป่วยเคลื่อนไหวน้อย ข้อมูลสนับสนุน - ผู้ป่วยเคลื่อนไหวร่างกายได้น้อยเนื่องจากเป็น	๑. การประเมินความเสี่ยงในการเกิดแผลกดทับ โดยใช้แบบประเมิน Braden Scale ประเมินเวอร์ละ ๑ ครั้ง สังเกตรอยแดง ผิวซีด ตุ่มน้ำพุพองบริเวณผิวหนังทุกครึ่งเวลาพลิกตะแคงตัว โดยเฉพาะบริเวณปุ่มกระดูก ๒. จัดให้ผู้ป่วยนอนที่นอนลม ดูแลผิวหนังให้แห้งไม่เปียกชื้นเมื่อผู้ป่วยอุจจาระ ปัสสาวะ ไม่ดึงลากตัวผู้ป่วย ๓. ดูแลเปลี่ยนท่าทุก ๒ ชั่วโมง ดูแลบริเวณผิวหนัง

ตารางที่ ๒ เปรียบเทียบข้อวินิจฉัยการพยาบาลและการปฏิบัติการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล		กิจกรรมการพยาบาลและผลการเปรียบเทียบ
กรณีศึกษาที่๑	กรณีศึกษาที่๒	
	อัมพาตครึ่งซีก -นอนบนเตียงตลอดเวลา -Bradenscale๑๕คะแนน	ให้แห้งสะอาด ๔.ส่งเสริมการเคลื่อนไหวของร่างกาย และจัดการความปวดเพื่อให้สามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้มากขึ้น ๕.จัดให้มีการประเมินภาวะโภชนาการโดยนักโภชนาการ ใช้แบบคัดกรองภาวะโภชนาการอย่างง่าย ผลการเปรียบเทียบพบว่ากรณีศึกษาที่๑มีผลกดทับบริเวณก้นกบ ระยะที่ ๒ มีการประเมินและวัดขนาดแผลทุกวัน ทำความสะอาดแผลด้วยNSS ใช้แผ่นปิดแผลชนิดมีสารดูดซับ แผลกดทับมีขนาดเล็กลง ไม่มีการติดเชื้อ ผิวหนังบริเวณอื่นไม่เกิดแผลกดทับซ้ำ กรณีศึกษาที่๒ไม่เกิดแผลกดทับ ผิวหนังบริเวณที่มีความเสี่ยงไม่มีรอยแดง ตุ่มน้ำหรือรอยถลอก
ระยะดูแลต่อเนื่อง ๑๒.เตรียมความพร้อมก่อนกลับบ้าน ข้อมูลสนับสนุน -ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการดูแลต่อเนื่องที่บ้านเนื่องจากผู้ป่วยมีโรคร่วมหลายโรค	๑๓.เตรียมความพร้อมก่อนกลับบ้าน ข้อมูลสนับสนุน -ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการดูแลต่อเนื่องที่บ้านเนื่องจากผู้ป่วยมีโรคร่วมหลายโรค ช่วยเหลือตัวเองได้น้อย ญาติไม่เคยดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดมาก่อน ขาดความมั่นใจในการดูแลที่บ้าน	การเตรียมความพร้อมด้านร่างกายและจิตใจ ๑.ประเมินความรู้และการปฏิบัติของผู้ป่วยและญาติที่สามารถให้การดูแลตนเองได้ ๒.ให้คำแนะนำและทบทวนวิธีการปฏิบัติตัว ดังนี้ ๒.๑ การป้องกันการติดเชื้อแผลผ่าตัดได้แก่ ดูแลแผลไม่ให้แผลเปียกน้ำและไม่เปิดทำแผลจนถึงวันนัดตัดไหม สังเกตอาการบวม แดงร้อนหรือมีสารคัดหลั่งซึมจากแผลให้รีบมาพบแพทย์ควรรับประทานอาหารให้ครบ ๕หมู่เพื่อส่งเสริมการหายของแผล โดยเฉพาะอาหารประเภทโปรตีน ๒.๒ การจัดการกับอาการปวด เมื่อมีอาการปวดสามารถรับประทานยาบรรเทาอาการปวดได้ตามแผนการรักษาของแพทย์ ไม่ปรับยาเองและไม่ซื้อยาแก้ปวดมารับประทานเอง ๒.๓การป้องกันข้อสะโพกเทียมหลุดให้หลีกเลี่ยงการไขว้ขา การนั่งไขว่ห้าง หลีกเลี่ยงท่าที่ข้อสะโพกมากกว่า๙๐องศา เช่นการนั่งยองๆ การนั่งเก้าอี้เตี้ย หากจำเป็นต้องขับถ่ายให้นั่งโดยใช้ส้วมชักโครกหรือเก้าอี้สุขภัณฑ์ เลือกนั่งเก้าอี้สูง มีพนักพิงและมีที่พักแขน(arm rest)เพื่อสะดวกในการลุกขึ้นหรือเปลี่ยนอิริยาบถ ถ้านอนตะแคง ควรนอน

ตารางที่ ๒ เปรียบเทียบข้อวินิจฉัยการพยาบาลและการปฏิบัติการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล		กิจกรรมการพยาบาลและผลการเปรียบเทียบ
กรณีศึกษาที่๑	กรณีศึกษาที่๒	
		ทับขาข้างดีโดยมีหมอนรองระหว่างขาทั้ง๒ข้าง เพื่อให้ขาข้างที่ผ่าตัดอยู่ในท่ากางออก หากได้รับอุบัติเหตุบริเวณสะโพกซ้ำและมีอาการปวดบวมบริเวณสะโพก ควรรีบมาพบแพทย์ ๓.ให้คำแนะนำเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นและมีผลกระทบต่อการเจ็บป่วย ได้แก่ การรับประทานอาหารที่มีกากใย การจัดสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัย ได้แก่ ทางเดินไม่มีสิ่งกีดขวาง พื้นไม่เปียก น้ำ มีราวจับและแสงสว่างเพียงพอ หลีกเลี่ยงพื้นต่างระดับและการขึ้น-ลงบันได การใช้เครื่องช่วยเดินหรือ ambulate ด้วย Wheel chair ๔.รับประทานยาให้ตรงเวลาและสังเกตอาการข้างเคียง ๕.เน้นย้ำการมาตรวจตามนัดและขั้นตอนการเข้าถึงบริการกรณีฉุกเฉินรวมถึงสถานพยาบาลที่อยู่ใกล้เคียง ๖.ให้กำลังใจ สร้างความเชื่อมั่นปรึกษาทีมเยี่ยมบ้าน ผลการเปรียบเทียบ ผู้ป่วยทั้ง๒รายและญาติสามารถบอกวิธีการดูแลตนเองได้และสามารถปฏิบัติตามได้ตามศักยภาพภายหลังจากได้รับการสอนสาธิต

สรุปผลการนิศึกษาทั้ง๒ ราย

จากการศึกษากรณีผู้ป่วยกระดูกสะโพกส่วนคอหักและมีโรคร่วมซึ่งได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมจำนวน ๒ ราย พบว่าผู้ป่วยทั้งสองรายมีภาวะแทรกซ้อนที่คล้ายคลึงกัน ได้แก่ ภาวะซีด การติดเชื้อ ภาวะหัวใจและการไหลเวียนผิดปกติ แต่มีบางภาวะที่แตกต่างกันไปตามโรคประจำตัวและปัจจัยส่งเสริมของแต่ละบุคคล เช่น ในรายที่มีโรคหลอดเลือดสมองเดิมจะพบภาวะสับสนและปอดอักเสบจากการสำลักเพิ่มเติม การวางแผนการพยาบาลตามกระบวนการพยาบาล โดยเน้นการประเมินแบบองค์รวมตามแบบแผนสุขภาพ จะช่วยให้พยาบาลสามารถค้นหาความเสี่ยง ภาวะเปราะบาง และปัญหาที่เกิดขึ้น เพื่อวางแผนการพยาบาลได้สอดคล้องกับสภาพผู้ป่วยและครอบครัวทุกมิติ ทั้งการป้องกัน เฝ้าระวัง และแก้ไขภาวะแทรกซ้อนได้อย่างมีประสิทธิภาพ อันจะช่วยลดระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล ภาวะทุพพลภาพ และอัตราการเสียชีวิตในผู้ป่วยกลุ่มนี้ลงได้

วิจารณ์

อุบัติการณ์ของภาวะกระดูกสะโพกส่วนคอหักในผู้สูงอายุเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง และพบภาวะแทรกซ้อนได้บ่อย โดยเฉพาะในผู้ที่มีโรคร่วมหลายโรค ก่อให้เกิดความสูญเสียทั้งด้านคุณภาพชีวิตและเศรษฐกิจอย่างมหาศาล การทำความเข้าใจถึงอาการและอาการแสดงรวมถึงปัจจัยเสี่ยงและพยาธิสภาพของโรค จะช่วยให้พยาบาลสามารถนำความรู้ไปประยุกต์ใช้ในการวิเคราะห์และแก้ไขปัญหาของผู้ป่วยได้ตรงประเด็น การดูแลแบบสหสาขาวิชาชีพโดยเน้นบทบาทของพยาบาลในการเป็นผู้ประสานการดูแล ตั้งแต่การประเมินความเสี่ยง ป้องกันภาวะแทรกซ้อน ให้การพยาบาลฟื้นฟูสภาพ และช่วยเหลือด้านจิตสังคมอย่างต่อเนื่อง รวมถึงการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล จะเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลและคุณภาพของการรักษาพยาบาล ทั้งนี้ การนำกระบวนการพยาบาลและการประเมินตามแบบแผนสุขภาพมาใช้ในการตัดสินใจทางคลินิก จะช่วยลดความผิดพลาดและเพิ่มความปลอดภัยในการดูแล นำไปสู่ผลลัพธ์ที่ดีของผู้ป่วยและครอบครัวในระยะยาว

อย่างไรก็ตาม การศึกษาครั้งนี้เป็นเพียงการวิเคราะห์กรณีศึกษา ๒ ราย จึงอาจไม่ครอบคลุมถึงปัญหาที่หลากหลายของผู้ป่วยสูงอายุโรคกระดูกสะโพกหักทั้งหมด รวมทั้งยังขาดมุมมองของผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับประสบการณ์การเจ็บป่วยและความต้องการการดูแล ซึ่งเป็นประเด็นที่ควรศึกษาเพิ่มเติมเชิงคุณภาพ เพื่อทำความเข้าใจที่ลึกซึ้งยิ่งขึ้น และนำไปพัฒนาระบบการดูแลที่เน้นผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลางอย่างแท้จริง

ข้อเสนอแนะ

๑. ควรมีการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยกระดูกสะโพกส่วนคอหักและมีโรคร่วมซึ่งได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม โดยประยุกต์ใช้กระบวนการพยาบาลและหลักฐานเชิงประจักษ์ เพื่อเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ให้มีประสิทธิภาพและครอบคลุม

๒. จัดตั้งทีมสหสาขาวิชาชีพร่วมกันดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่แรกรับจนจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน และสร้างระบบส่งต่อข้อมูลไปยังหน่วยบริการสุขภาพในพื้นที่

๓. ส่งเสริมการฝึกอบรมความรู้และทักษะที่จำเป็นให้แก่บุคลากรทางการพยาบาล ในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ รวมถึงการใช้เครื่องมือประเมินความเสี่ยงและเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน

๔. ศึกษาวิจัยเพิ่มเติมเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อผลลัพธ์การฟื้นฟูและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย รวมถึงนวัตกรรมการดูแลที่ช่วยป้องกันและจัดการภาวะแทรกซ้อนได้อย่างเหมาะสม

เอกสารอ้างอิง

- จินพิชญ์ขามะมม. (๒๕๖๒). การพยาบาลผู้ป่วยโรคกระดูกและข้อ. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- ดวงภรณ์ กุลใบ. (๒๕๖๕). กรณีศึกษา การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน, ๗(๓), ๔๓-๕๓.
- ธนวรรณเนียมกล้า. (๒๕๖๕). การพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหักที่ได้รับการผ่าตัดและมีภาวะหัวใจห้องบนสั่นพลิ้วร่วมกับภาวะปอดอักเสบ. กรุงเทพฯ: โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.
- ธานินทร์จินตามาศย์. (๒๕๖๒). ผลการรักษาผู้ป่วยกระดูกหักซ้ำในผู้ป่วยที่เคยกระดูกบริเวณสะโพกหัก. ชัยภูมิ: โรงพยาบาลภูเขียวเฉลิมพระเกียรติ.
- พวงทิพย์กัจฉมาภรณ์. (๒๕๖๔). การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมจากกระดูกต้นขาส่วนคอหักและมีภาวะความดันโลหิตสูงและเบาหวาน: กรณีศึกษาเปรียบเทียบ. วารสารวิชาการและการพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี จักรีรัช, ๑(๒), ๙๕-๑๑๒.
- ยศเขียวอมร. (๒๕๖๓). อุบัติการณ์และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับอัตราการตายปีแรกของผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหักที่ผ่าตัดในโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยมราช. วารสารแพทย์เขต ๔-๕, ๔๐, ๔๓๙-๔๔.
- สมปรารถนาคลังบุญครอง. (๒๕๖๔). การพยาบาลผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักและมีโรคร่วมที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม: กรณีศึกษา ๒ ราย. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม, ๑๘(๑), ๑๕๔-๑๖๓.
- อมรศักดิ์รูปสูงและคณะ. (๒๕๖๓). ผลลัพธ์ทางคลินิกของโครงการพัฒนาระบบร่วมกันระหว่างโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลชุมชนในการดูแลระยะกลางหลังการผ่าตัดในผู้ป่วยกระดูกสะโพกหัก จังหวัดเชียงราย: การวิเคราะห์เบื้องต้น. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข, ๑๔(๑), ๘๘-๑๐๐.
- Hip Fractures [Internet]. AAOS. C๑๙๙๕-๒๐๑๗ [cited ๒๐๑๗ Mar ๒๒.] Available from: <http://www.orthoinfo.aaos.org/topic.cfm?topic=A๐๐๓๙๒>