

คำนำ

กระดูกสะโพกหักในผู้สูงอายุเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญ อาจส่งผลให้ผู้ป่วยไม่สามารถกลับไปดำรงชีวิตได้เป็นปกติเหมือนเดิม ต้องเป็นภาระในการดูแลของครอบครัวหรือทำให้เสียชีวิตก่อนเวลาอันควร ซึ่งปัญหานี้มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นตามอายุขัยเฉลี่ยของประชากรในทุกภูมิภาคของโลก ร่วมกับผู้ป่วยในกลุ่มนี้มักมีโรคเรื้อรังทางอายุรกรรมร่วมด้วย เช่น โรคความดันโลหิตสูง เบาหวานหรือโรคหัวใจ เป็นต้น ดังนั้นการให้การพยาบาลผู้ป่วยกระดูกสะโพกหัก พยาบาลจะต้องเป็นผู้มีความรู้ความสามารถในการให้การพยาบาลตามมาตรฐานวิชาชีพ สอดคล้องกับแผนการรักษาของแพทย์ ครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม รวมทั้งให้คำแนะนำในการดูแลตนเอง เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถฟื้นฟูสมรรถภาพ ป้องกันความพิการที่อาจเกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ในสภาวะการณ์ปัจจุบันได้มีการปรับปรุงระบบการบริการด้านสุขภาพให้มีคุณภาพสูงสุด เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับบริการที่ดีตามมาตรฐานวิชาชีพและเกิดความพึงพอใจในการบริการ ภายใต้อำนาจหน้าที่ที่เหมาะสม โดยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน จำนวนวันนอนในโรงพยาบาลเป็นไปตามมาตรฐาน และไม่มีอัตราการกลับมารักษาซ้ำ

กรณีศึกษาที่จัดทำขึ้น มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้สนใจ เข้าใจถึงปัญหาที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมและมีภาวะแทรกซ้อนลิ่มเลือดอุดตันหลอดเลือดดำ ตลอดจนเข้าใจแนวทางการประเมินสภาพ การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผลการพยาบาล ซึ่งจะนำไปสู่การพยาบาลที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น และส่งผลให้ผู้ป่วยได้พัฒนาความสามารถจนช่วยเหลือตนเองได้เต็มศักยภาพ และมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

นางสาวธนัทสร นิธิวรโชติ

19 ธันวาคม 2565

กรมการแพทย์

โรงพยาบาลเลิดสิน

ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน

สารบัญ

	หน้า
คำนำ	ก
สารบัญ	ข
สารบัญภาพ	ค
บทที่ 1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
วัตถุประสงค์	2
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	2
บทที่ 2 ทฤษฎี	3
กายวิภาคและสรีรวิทยาของข้อสะโพก	3
กระดูกสะโพกหัก	4
สาเหตุ	6
อาการและอาการแสดง	6
การรักษา	7
ภาวะแทรกซ้อนที่อาจพบในการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม	10
การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม	12
โรคกระดูกพรุน และการป้องกันกระดูกหักซ้ำ	26
ภาวะลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำลึก (Deep Vein Thrombosis: DVT)	42
โรคความดันโลหิตสูง	46
บทที่ 3 ทฤษฎีการพยาบาลที่นำมาประยุกต์ใช้ในกรณีศึกษา	49
บทที่ 4 กรณีศึกษา	65
แบบแผนพฤติกรรมสุขภาพ	65
การตรวจร่างกายตามระบบ	67
การตรวจทางห้องปฏิบัติการและรังสีวิทยา	70
เปรียบเทียบทฤษฎีกับกรณีศึกษา	76
การเยี่ยมผู้ป่วยในขณะที่อยู่ในความดูแล	88
สรุปปัญหาที่พบจากกรณีศึกษา	95
บทที่ 5 สรุปวิจารณ์และข้อเสนอแนะ	113
บรรณานุกรม	117
ภาคผนวก	119

สารบัญภาพ

	หน้า	
รูปที่ 1	กายวิภาคของกระดูกสะโพก	4
รูปที่ 2	แสดงการหักของกระดูก Intertrochanteric	5
รูปที่ 3	ส่วนประกอบของข้อสะโพกเทียม	8
รูปที่ 4	การบริหารกล้ามเนื้อต้นขาโดยการเกร็งกล้ามเนื้อแล้วกดเข้าลงกับที่นอนหรือม้วนผ้า	13
รูปที่ 5	การบริหารข้อเท้าโดยการกระดกข้อเท้าขึ้น ลง	14
รูปที่ 6	การบริหารกล้ามเนื้อสะโพกโดยการขมิบก้น	14
รูปที่ 7	การบริหารข้อโดยการงอข้อเข่า ข้อสะโพก และเหยียดออก	15
รูปที่ 8	การนั่ง	22
รูปที่ 9	การลงนั่งและลุกจากเก้าอี้	22
รูปที่ 10	การขึ้นและลุกจากเตียงนอน	23
รูปที่ 11	การเดินด้วยวอล์คเกอร์	23
รูปที่ 12	การเดินด้วยไม้ค้ำยันรักแร้	24
รูปที่ 13	การขึ้นลงบันได	24
รูปที่ 14	การหยิบของที่พื้น	25
รูปที่ 15	โครงสร้าง Fracture Liaison Service ในประเทศสกอตแลนด์	30
รูปที่ 16	ท่าบริหารข้อเท้า	35
รูปที่ 17	ท่าบริหารกล้ามเนื้อต้นขาด้านหน้า	35
รูปที่ 18	ท่าบริหารกล้ามเนื้อต้นขาด้านหลัง	36
รูปที่ 19	ท่าบริหารสะโพกด้านข้าง	36
รูปที่ 20	ท่ายืนขาเดียว แบบมีราวจับ	37
รูปที่ 21	ท่าลุกจากเก้าอี้ โดยใช้ 2 มือพยุง	38
รูปที่ 22	ท่าลุกจากเก้าอี้ โดยใช้มือเดียวพยุง	38
รูปที่ 23	ท่าลุกจากเก้าอี้ โดยไม่ใช้มือพยุง	39
รูปที่ 24	ท่าการยืนต่อเท้า แบบมีราวจับ	39
รูปที่ 25	ท่าการเดินต่อเท้า แบบมีราวจับ	40
รูปที่ 26	ท่าการเดินด้วยปลายเท้า แบบมีราวจับ	40
รูปที่ 27	ท่าการเดินด้วยส้นเท้า แบบมีราวจับ	41
รูปที่ 28	แสดงความเกี่ยวพันขององค์กรวม	49

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

กระดูกสะโพกหักจากการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุเป็นปัญหาสำคัญ เป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 2 รองจากอุบัติเหตุทางถนน และการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ ส่งผลทำให้กระดูกสะโพกหักตามสถิติของมูลนิธิโรคกระดูกพรุนนานาชาติ พบว่าประมาณร้อยละ 12 - 20 ของผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักมักเสียชีวิตใน 1 ปี ไม่ว่าจะรักษาโดยการผ่าตัดหรือรักษาแบบอนุรักษ์ ทั้งนี้อัตราการเสียชีวิตจะเพิ่มขึ้น ถ้าผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้นทั้งในช่วงการรักษาและมีโรคร่วม อีกทั้งประเทศไทยกำลังเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ปัญหาจากการพลัดตกหกล้มยังเป็นปัญหาสำคัญ ซึ่งควรตระหนักทั้งการป้องกันและรักษา (จิตติมา เอกวิโรจน์สกุล, 2562)

การดูแลผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหัก จำเป็นต้องได้รับการดูแลจากทีมสหสาขาวิชาชีพ ผลลัพธ์ทางการรักษาขึ้นอยู่กับแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพ ผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหักส่วนใหญ่มักมีปัญหาซับซ้อน บางรายมีโรคประจำตัวร่วมด้วย เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง หรือโรคหัวใจ ทำให้มีการชะลอการผ่าตัด ส่งผลต่อภาระค่าใช้จ่าย มีจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลนาน และทำให้อัตราตายเพิ่มมากขึ้น (ไพรัช ประสงค์จีน, 2552) การรักษาโดยการผ่าตัดเป็นการรักษาที่นิยมใช้มากในปัจจุบัน เพื่อให้สามารถลงน้ำหนักขาข้างที่หัก และฟื้นคืนสู่สภาพปกติได้เร็วที่สุด รวมทั้งป้องกันภาวะแทรกซ้อน การผ่าตัดควรทำภายใน 7 วัน หลังสะโพกหัก (Singh, Charles, Maceachern, & Changulani, 2016) แม้ว่าวิธีการรักษากระดูกสะโพกหักจะมีประสิทธิภาพมากขึ้น แต่การดูแลผู้ป่วยที่ไม่เหมาะสม อาจทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อนภายหลังการผ่าตัดได้ เช่น ปอดบวม แผลกดทับ กล้ามเนื้อลีบ ข้อติดแข็ง การเกิดข้อสะโพกเทียมหลุด และภาวะลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำส่วนลึก หากไม่ได้รับการรักษาและการดูแลที่มีประสิทธิภาพ จะทำให้เกิดภาวะทุพพลภาพตามมา ก่อให้เกิดปัญหาทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม รวมถึงการเสียชีวิตได้ในที่สุด (Meehan et al, 2019) ดังนั้นพยาบาลจึงเป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยในทุกระยะ ตั้งแต่รับใหม่จนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

โรงพยาบาลเลิดสิน เป็นโรงพยาบาลตติยภูมิ ขนาด 609 เตียง จากสถิติผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม โรงพยาบาลเลิดสิน ในปีพ.ศ. 2563, 2564 และ 2565 จำนวน 184, 172 และ 166 รายตามลำดับ และสถิติของผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนภาวะลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำส่วนลึก ในปี 2563, 2564 และ 2565 เป็นจำนวนร้อยละ 2.71, 1.14 และ 1.20 ตามลำดับ (สถิติโรงพยาบาลเลิดสิน, 2565) ซึ่งภาวะลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำส่วนลึก (deep vein thrombosis: DVT) เป็นปัญหาที่สำคัญในการผ่าตัดทางออร์โธปิดิกส์ โดยเฉพาะการผ่าตัดบริเวณรยางค์ส่วนล่าง เช่น การผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าและข้อสะโพกเทียม (Della Valle CJ, Steiger DJ, Di Cesare PE, 1998) ซึ่งเป็นการรักษาภาวะข้อเข่าและข้อสะโพกเสื่อมที่ได้รับความนิยมมากในปัจจุบัน ภาวะ deep vein thrombosis นี้เป็นการเกิดลิ่มเลือดในหลอดเลือดดำของขาจากหลายสาเหตุ เช่น การไหลเวียนเลือดที่ผิดปกติ

หรือการแข็งตัวของเลือดง่ายกว่าปกติ เป็นต้น ทำให้เกิดอาการปวดบวมและเกิดการอักเสบบริเวณขาและลิ้มเลือดดังกล่าว สามารถหลุดลอยไปตำแหน่งอื่น ๆ ที่สำคัญในร่างกาย เช่น ภาวะลิ้มเลือดอุดตันที่ปอด (pulmonary embolism) อัมพาต (stroke) และทำให้เกิดอันตรายแก่ชีวิตผู้ป่วยได้ (Lotke PA, Steinberg ME, Ecker ML, 1994) จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดข้อเข่าและข้อสะโพกเทียมที่ไม่ได้รับการป้องกันภาวะนี้สามารถเกิดภาวะ deep vein thrombosis ตามหลังการผ่าตัดในได้สูงถึง 50% (Park YG, Ha CW, Lee SS, Shaikh AA, Park YB, 2016) นอกจากนี้ยังพบว่าสามารถเกิดภาวะ pulmonary embolism ได้ถึง 20% และมีอาการรุนแรงถึงขั้นเสียชีวิตได้ถึง 2% (Park YG, Ha CW, Lee SS, Shaikh AA, Park YB, 2016)

ดังนั้นพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งที่สำคัญในทีมสหสาขาวิชาชีพในการร่วมกันดูแลผู้ป่วยต้องมีความรู้ความเข้าใจ การวางแผนการพยาบาลที่มีความเฉพาะเจาะจง การบริหารจัดการให้ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดตามเป้าหมายที่กำหนด จะช่วยลดภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้ ช่วยให้ผู้ป่วยฟื้นตัวเร็ว ร่วมกับการพยาบาลเพื่อป้องกันกระดูกหักซ้ำ การกำหนดเป้าหมายร่วมกันจะช่วยให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลสามารถกลับไปดูแลตนเองที่บ้านได้อย่างมั่นใจ ผู้ศึกษาจึงสนใจที่จะศึกษาข้อมูลเกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักที่มีภาวะแทรกซ้อนภาวะลิ้มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำส่วนลึก (DVT) เพื่อนำผลการศึกษามาพัฒนา ปรับปรุงแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ ให้ได้มาตรฐานเพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้ต่อไป

วัตถุประสงค์การศึกษา

1. เพื่อศึกษาเกี่ยวกับผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักที่มีภาวะแทรกซ้อนภาวะลิ้มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำส่วนลึก (DVT) ร่วมกับการดูแลเพื่อป้องกันกระดูกหักซ้ำ
2. เพื่อให้ผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักที่มีภาวะแทรกซ้อนลิ้มเลือดอุดตันหลอดเลือดดำส่วนลึก (DVT) ได้รับการพยาบาลที่ถูกต้องและมีประสิทธิภาพ

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมมีความปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนภาวะลิ้มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำส่วนลึก (DVT)
2. เป็นแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักที่มีภาวะแทรกซ้อนลิ้มเลือดอุดตันหลอดเลือดดำส่วนลึก (DVT) สำหรับพยาบาลและนักศึกษาพยาบาล

โรงพยาบาลเลิดสิน

ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน

บทที่ 2 ทฤษฎี

ในการศึกษาเรื่องการพยาบาลผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักจากโรคกระดูกพรุนที่ทำผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมและมีภาวะแทรกซ้อนลิ่มเลือดอุดตันหลอดเลือดดำส่วนลึก ร่วมกับเป็นผู้ป่วยที่มีโรคร่วมความดันโลหิตสูง ผู้เขียนได้ศึกษาค้นคว้าจากตำรา เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องสรุปเป็นสาระสำคัญ เสนอเป็นหัวข้อตามลำดับ ดังนี้

1. กายวิภาคและสรีรวิทยาของข้อสะโพก
2. กระดูกสะโพกหัก
3. โรคกระดูกพรุน และการป้องกันกระดูกหักซ้ำ
4. ภาวะลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำส่วนลึก (Deep Vein Thrombosis: DVT)
5. ความดันโลหิตสูง

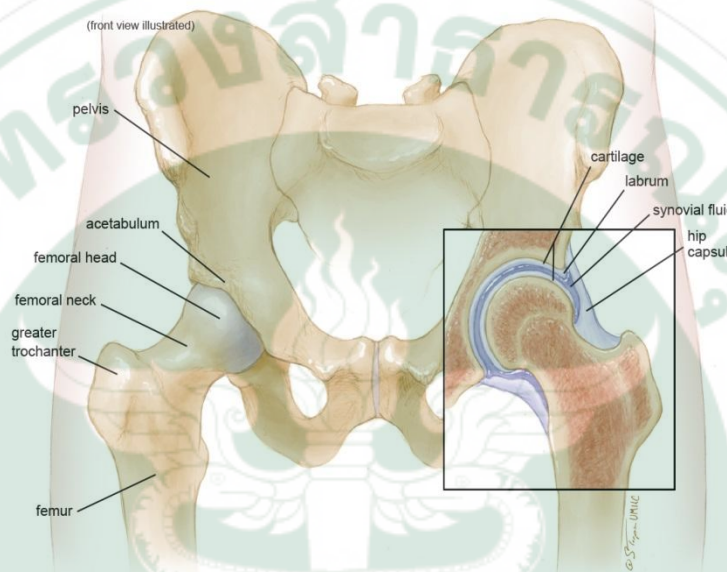
1. กายวิภาคและสรีรวิทยาของข้อสะโพก

กระดูกสะโพกมีลักษณะเป็นข้อต่อแบบ ball and socket synovial joint ที่ประกอบด้วยหัวกระดูกต้นขา ที่มีลักษณะเกือบเป็นทรงกลม ฝังอยู่ในเบ้าที่เป็นส่วนหนึ่งของกระดูกเชิงกราน แต่ระหว่างหัวกระดูก ต้นขา และเบ้า จะมีช่องว่างแยกกระดูกทั้งสองส่วนออกจากกัน ทำให้ข้อสะโพกสามารถเคลื่อนไหวได้มาก บริเวณหัวกระดูกต้นขา และบริเวณเบ้าจะมีกระดูกอ่อน (hyaline cartilage) หุ้มอยู่ ซึ่งกระดูกอ่อนที่ปกคลุมหัวกระดูกต้นขาด้านบนสุดจะหนา และจะบางลงเรื่อยๆ จนถึงบริเวณขอบล่างของหัวกระดูก ส่วนกระดูกอ่อน ที่บุผิวของเบ้าจะหนาทางด้านข้าง และจะบางลงที่บริเวณส่วนกลางของเบ้า ซึ่งกระดูกอ่อนนี้จะช่วยให้ข้อสะโพกเคลื่อนไหวได้อย่างราบรื่น

หัวกระดูกต้นขา ยึดติดกับลำกระดูกต้นขา (femoral shaft) ด้วยส่วนคอกระดูก (femoral neck) โดยคอกระดูกจะทำมุมกับลำกระดูกต้นขาประมาณ 125 - 135 องศา และจะเอียงเป็นมุมไปด้านหน้าเล็กน้อย (anteversion) ประมาณ 10 - 15 องศา ส่วนบนของกระดูกที่อยู่ต่ำลงมาจากส่วนคอกระดูกต้นขาทางด้านนอก เรียกว่า greater trochanter ซึ่งเป็นที่เกาะของกล้ามเนื้อในการกางข้อสะโพก (hip abductors) และส่วนล่างของกระดูกที่อยู่ต่ำลงมาจากส่วนคอกระดูกทางด้านใน เรียกว่า lesser trochanter ซึ่งเป็นที่เกาะของกล้ามเนื้อ iliopsoas และบริเวณที่อยู่ระหว่าง greater และ lesser trochanter นี้ จะมีสันกระดูกที่เรียกว่า intertrochanteric line

ส่วนเบ้าของกระดูกเชิงกรานที่ประกอบเป็นข้อสะโพกนั้น เรียกว่า acetabulum ซึ่งประกอบด้วยกระดูก 3 ชิ้น ได้แก่ ilium, ischium และ pubis ซึ่งเบ้านี้จะหันไปทางด้านหน้าลงล่าง และออกไปด้านข้าง (รูปที่ 1)

ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน



รูปที่ 1 กายวิภาคของกระดูกสะโพก

ที่มา: <https://www.muhealth.org>

สืบค้นเมื่อวันที่ 20 สิงหาคม 2565

2. กระดูกสะโพกหัก

พบมากในผู้สูงอายุมีสาเหตุสำคัญคือ การหกล้มและมีสาเหตุส่งเสริม ได้แก่ โรคกระดูกพรุน ซึ่งจะเกิดขึ้นในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย เนื่องจากผู้หญิงในวัยหมดประจำเดือนมีการสร้างฮอร์โมนเอสโตรเจนลดลง ทำให้มวลกระดูกและความหนาแน่นของกระดูกลดลง ส่วนปัจจัยเสี่ยงอื่นๆที่ทำให้กระดูกสะโพกหักในผู้สูงอายุ ได้แก่ เชื้อชาติ โรคหลอดเลือดสมอง เบาหวาน ภาวะไขมันในเลือดสูง ประวัติการหกล้มมาก่อน การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์มาก และการสูบบุหรี่

พยาธิสภาพ

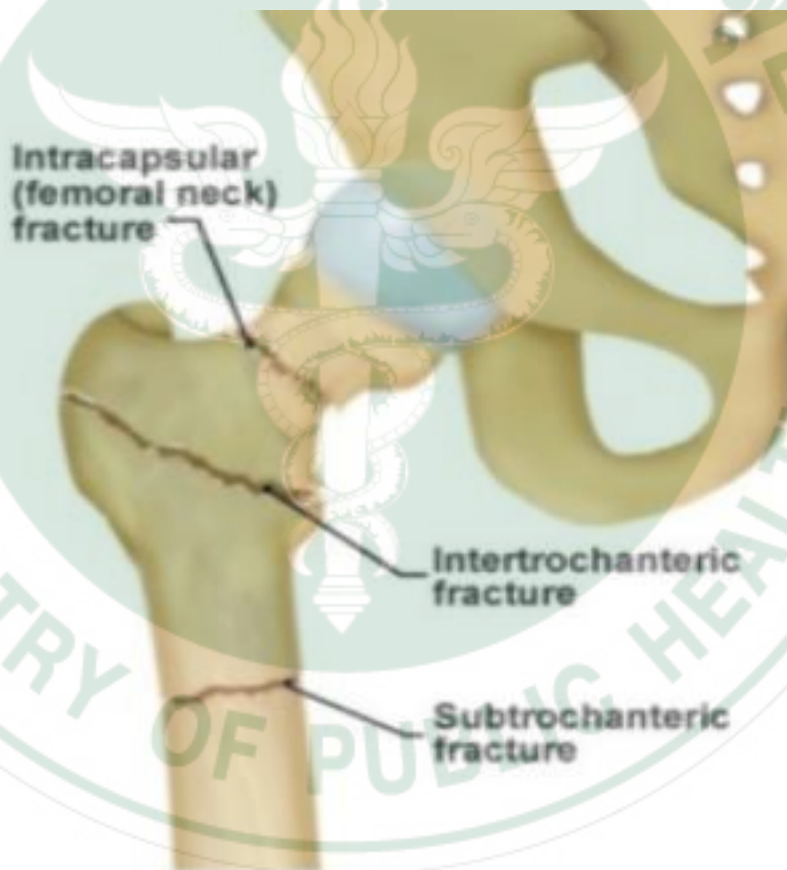
เมื่อมีแรงมากระทำที่กระดูก ทำให้มีการฉีกขาดของเยื่อหุ้มกระดูกและเนื้อเยื่อกระดูก กล้ามเนื้อบริเวณกระดูกที่หักจะเกร็งตัว มีเลือดออกบริเวณปลายกระดูกที่หัก กระดูกที่หักจะทำให้สูญเสียความมั่นคง ทำให้เคลื่อนไหวไม่ได้ตามปกติ และการที่เนื้อเยื่อรอบๆกระดูกได้รับบาดเจ็บทำให้เกิดการอักเสบมีอาการปวด บวม แดง และอุณหภูมิสูงขึ้นบริเวณที่หัก สาเหตุที่สำคัญ คือ การหกล้ม และสาเหตุส่งเสริม ได้แก่ ภาวะกระดูกพรุน โดยเฉพาะในเพศหญิงจะพบมากกว่าเพศชาย เนื่องจากเมื่อเริ่มเข้าสู่วัยหมดประจำเดือน ร่างกายไม่มีการสร้างฮอร์โมนเอสโตรเจนลดลง ทำให้มีมวลกระดูกและความหนาแน่นของกระดูกลดลง

การหักของกระดูกสะโพก สามารถแบ่งตามตำแหน่งที่หักเป็น 3 ชนิด (รูปที่ 2) ได้แก่

1. การหักของกระดูกที่เกิดขึ้นภายในข้อและเป้าของข้อสะโพก (Intracapsula fractures) หรือการหักของกระดูกคอของกระดูกต้นขา (Femoral Neck) การหักบริเวณแนวใต้หัวกระดูกต้นขา (Subcapsular fractures)

2. การหักของกระดูกที่เกิดขึ้นภายนอกข้อและเข้าของข้อสะโพก (Extracapsular fracture) หมายถึงการหักของกระดูก Intertrochanteric เป็นการหักบริเวณระหว่างปุ่มกระดูก Greater trochanter และปุ่มกระดูก Lesser trochanter

3. การหักของกระดูกใต้ Intertrochanteric ที่เรียกว่า Subtrochanteric เป็นการหักของกระดูก Lesser trochanter และส่วนที่ต่ำลงไป 5 เซนติเมตร (หรือต่ำลงไปไม่เกิน 2 นิ้ว)



รูปที่ 2 แสดงการหักของกระดูก Intertrochanteric
ที่มา: <https://www.louortho.com/blog/hip-fractures-intertrochanteric-subtrochanteric-and-femoral-neck/>

สืบค้นเมื่อวันที่ 20 สิงหาคม 2565

โรงพยาบาลเลิดสิน

ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน

สาเหตุ

สาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยหกล้มและเกิดกระดูกหักได้ง่ายกว่าวัยอื่น ๆ เนื่องจาก 2 สาเหตุ ดังนี้

1. สาเหตุภายนอก หมายถึง สิ่งแวดล้อมรอบตัวไม่ว่าจะเป็นภายในบ้านหรือนอกบ้านซึ่งจะเกี่ยวกับแสงสว่างที่ไม่เพียงพอ พื้นลื่นขรุขระ หรือสิ่งกีดขวางและผนังหรือที่จับยึดที่ไม่เหมาะสมหรือไม่เพียงพอ สาเหตุเหล่านี้มีความสำคัญกับการหกล้มของผู้ป่วยมาก

2. สาเหตุภายใน หมายถึง โรคหรือความผิดปกติต่างๆของร่างกายและจิตใจ รวมถึงผลข้างเคียงจากยาที่ได้รับอยู่ ถ้าได้รับจำนวนมากเท่าไรโอกาสที่จะเกิดผลข้างเคียงยิ่งมากเท่านั้น และจัดเป็นปัญหาที่สำคัญในผู้ป่วย ยาที่มักพบว่าเป็นปัญหา ได้แก่ ยาที่ทำให้หิววังซิม เป็นผลให้การรับรู้ลดลงและการประมวลผลเพื่อการควบคุมการทรงตัวของสมองด้อยลง เช่น ยาลดน้ำมูก ยานอนหลับ ยาทางจิตเวช และยาลดความดันโลหิตสูงบางชนิด นอกจากนี้ยาที่ทำให้ความดันโลหิตตกเมื่อเปลี่ยนท่าจากท่านอนหรือนั่งเป็นท่านยืน ได้แก่ ยาลดความดันโลหิตสูง ซึ่งพบว่าเป็นสาเหตุของการหกล้ม

อาการและอาการแสดง

1. มีอาการปวดอย่างรุนแรงบริเวณสะโพกและต้นขา จะปวดมากขึ้นเวลาที่มีการเคลื่อนไหว
2. กดเจ็บบริเวณกระดูกหัก (Tenderness)
3. เดินไม่ได้ขาบิดออกด้านข้าง (External rotation)
4. ขาข้างที่มีพยาธิสภาพจะสั้นกว่าปกติ
5. เสียงกระดูกเสียดสีกันเมื่อจับโยก
6. รายที่มีการหักของกระดูกที่อยู่ภายนอกเยื่อหุ้มข้อจะเห็นเป็นรอยจ้ำเลือด (Ecchymosis) ที่บริเวณต้นขาหรือขาหนีบ

ผลที่เกิดจากกระดูกสะโพกหัก ประกอบด้วย

1. มีเลือดออกบริเวณปลายกระดูกที่หักหรือเลือดออกจากเนื้อเยื่อที่อยู่รอบ ๆ กระดูกหักที่ได้รับอันตรายโดยเฉพาะหากมีการฉีกขาดของหลอดเลือดใหญ่ จำนวนเลือดที่ออกอาจจะมีมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับสาเหตุและความรุนแรงเลือดที่ออก อาจอยู่รอบ ๆ บริเวณปลายกระดูกที่หักและรวมตัวกันเป็นก้อนเลือดหรือเลือดอาจจะมีไหลแทรกซึมเข้าไปยังกล้ามเนื้อที่อยู่รอบ ๆ กระดูกหัก ในกรณีที่เป็นกระดูกหักแบบมีบาดแผลร่วมด้วยเลือดอาจจะไหลออกจากบริเวณแผลให้เห็นชัดเจน ถ้าเลือดไหลออกมาอาจจะกระทบกระเทือนต่อระบบไหลเวียนโลหิตในร่างกายจนทำให้เกิดอาการช็อกจากการเสียเลือดได้

2. การเสียหน้าที่และความมั่นคงของอวัยวะซึ่งผลจากการหักของกระดูกจะทำให้รูปร่างและการทำหน้าที่ของกระดูกเสียไป รวมทั้งการเสียหน้าที่ของกล้ามเนื้อที่ยึดกระดูกรวมทั้งเอ็นและเอ็นยึดรอบ ๆ กระดูกเสียหน้าที่และความมั่นคงร่วมด้วย

3. การเกิดอันตรายต่อเส้นประสาทที่อยู่รอบ ๆ บริเวณกระดูกที่หักทำให้เกิดการรับความรู้สึกจากระบบประสาทความเจ็บปวด การหดตัวของกล้ามเนื้อรอบ ๆ กระดูกหักลดลงจนเกิดการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อ หรือมีการหดเกร็งของกล้ามเนื้อเพิ่มมากขึ้นทำให้เจ็บปวดมากขึ้น

ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลสตูล

การรักษา แบ่งออกเป็น 2 ชนิด ได้แก่

1. การรักษาโดยไม่ผ่าตัด (conservation) เป็นการรักษาแบบประคับประคอง การรักษาจะทำได้โดยการถ่วงดึงด้วย Buck's Extension Skin Traction โดยใช้น้ำหนักประมาณ 2-3 กิโลกรัม เพื่อลดอาการบาดเจ็บของเนื้อเยื่ออ่อน ลดอาการเกร็งตัวของกล้ามเนื้อ และเพื่อคงปริมาณของเลือดที่ไปเลี้ยงหัวกระดูกต้นขา มักทำในกรณีที่รื้อผ่าตัดหรือในผู้ป่วยที่สูงอายุมากไม่สามารถทนต่อการผ่าตัด หรือมีภาวะแทรกซ้อนทางอายุรกรรม เช่น โรคของระบบหัวใจและหลอดเลือด ระบบสมองหรือในรายที่ไม่ยินยอมในการรักษา

Skin traction หมายถึงการดึงถ่วงน้ำหนักชั่วคราวโดยใช้แรงดึงผ่านผิวหนังไปยังกระดูก โดยอาศัยความฝืดระหว่างพลาสติก (adhesive tape) กับผิวหนังของผู้ป่วย แรงดึงไม่จำเป็นต้องมากนัก เนื่องจากการดึงกระดูกส่วนหักที่ไม่มีกล้ามเนื้อมัดใหญ่เกาะเพราะแรงดึงที่มากเกินไปจะทำอันตรายต่อผิวหนังได้

วิธีการดึง Skin traction เป็นการใช้พลาสติกแนบบนผิวหนังทั้ง 2 ข้างของส่วนปลายต่อ fracture site ควรติดให้เรียบไปกับผิวหนังไม่ควรให้มีรอยย่นของพลาสติกเพราะจะทำให้เกิดแผลกดทับบริเวณปุ่มกระดูก ควรวางแผ่นสำลีหรือฟองน้ำเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับบริเวณนั้น เมื่อติดพลาสติกเรียบร้อยแล้วให้ใช้ผ้ายึดพันทับบนพลาสติกอีกครั้งเพื่อป้องกันไม่ให้หลุด การพันทับควรเริ่มจากส่วนปลายจากล่างขึ้นบน ในลักษณะที่ขอบของผ้ายึด แต่ละรอบทับซ้อนกันประมาณ 50% เมื่อพันเสร็จแล้วใช้เชือกผูก spreader แล้วถ่วงน้ำหนักตามต้องการเพื่อให้เกิด continuous traction ปกติ Skin จะรับน้ำหนักได้ 8-10 lbs. ในเวลาไม่เกิน 4 สัปดาห์

ภาวะแทรกซ้อนของการเข้า Traction

1. Pressure sore ตำแหน่งที่เกิดแผลกดทับบ่อย ๆ คือ บริเวณก้น ตาตุ่มทั้งสองข้าง ส้นเท้าหรือบริเวณปุ่มกระดูกต่าง ๆ
2. ท้องผูก ควรแนะนำให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารที่มีกากใย เช่น ผัก ผลไม้ต่าง ๆ
3. Hypostatic pneumonia พบในคนสูงอายุเนื่องจากนอนท่าเดียวนาน ๆ ควรกระตุ้นให้ผู้ป่วยหายใจเข้าออกลึก ๆ และสอนการไออย่างถูกวิธี
4. การเกิดแผลบริเวณผิวหนัง เนื่องจากการเข้า skin traction ควรสังเกตเกี่ยวกับผื่นแพ้ คัน การระคายเคืองต่อผิวหนัง ถ้ามีควรรายงานแพทย์
5. Osteoporosis มักพบในคนสูงอายุ การเข้า traction ไว้นาน การที่กระดูกไม่รับ stress ใด ๆ หรือไม่ได้รับการออกกำลังกาย กระดูกจะเปราะหักง่ายถ้าได้รับอุบัติเหตุเพียงเล็กน้อย
6. การอักเสบของหลอดเลือดดำเนื่องจากการอุดตันภายในหลอดเลือด ป้องกันโดยการเคลื่อนไหวแขน ขา เปลี่ยนท่าบ่อย ๆ เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดการคั่งค้างของเลือดในหลอดเลือดดำ
7. แรงดึงที่มากเกินไป ส่งผลให้กระดูกติดเข้าหรือไม่ติดได้
8. การเข้า traction อยู่ตลอดเวลาจะส่งผลให้กล้ามเนื้อลีบ ควรกระตุ้นให้ผู้ป่วยออกกำลังกายทั้งแขน ขา ข้างดีและข้างที่เข้า traction นอกจากนั้นยังมีปัญหาเกี่ยวกับข้อติดแข็งได้
9. การเข้า skin traction ที่ใช้ผ้ายึดพันแน่นเกินไปจะส่งผลให้เกิดเส้นประสาทและทำอันตรายต่อเส้นประสาท มักพบว่า common peroneal nerve palsy เกิดขึ้นได้บ่อยจากการทำ skin traction เพราะมีการกดทับของเส้นประสาทด้านนอก

10. อันตรายที่เกิดกับระบบการไหลเวียนโลหิตเกิดเนื่องจากการพันผ้ายึดพันแน่นเกินไป บีบรัดเส้นเลือดดำ ทำให้เกิดการบวมจะส่งผลให้เกิดหลอดเลือดดำอักเสบได้นอกจากนั้นอาจบีบรัดเส้นเลือดแดงด้วย ทำให้เกิดภาวะความพิการทางเส้นประสาท ต้องรับเอา skin traction ออกทันทีและควรรายงานแพทย์ทันที

2. รักษาโดยวิธีการผ่าตัด การรักษาที่นิยมมากในผู้ป่วยสูงอายุคือ การผ่าตัดเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถลงน้ำหนักขาข้างที่หักให้ฟื้นคืนสภาพปกติให้เร็วที่สุดรวมทั้งป้องกันภาวะแทรกซ้อน วิธีการผ่าตัดมี 2 วิธี ได้แก่ การผ่าตัดใส่ข้อสะโพกเทียมและการผ่าตัดเพื่อใส่วัสดุสำหรับการยึดตรึงกระดูกไว้ภายใน ดังนี้

2.1 การผ่าตัดใส่ข้อสะโพกเทียม เริ่มต้นเมื่อปี ค.ศ. 1962 โดยแพทย์ชาวอังกฤษชื่อ Sir John Charnley ซึ่งต่อมามีผลงานของแพทย์ท่านนี้ได้ก่อให้เกิดประโยชน์มากมายต่อผู้ป่วยที่มีปัญหาของข้อสะโพก

ข้อสะโพกเทียมประกอบด้วยส่วนสำคัญ 4 ส่วน (รูปที่ 3) คือ

1. เบ้าสะโพกเทียม ซึ่งอาจจะทำมาจากโลหะหรือโพลีเอทธีลีน โดยจะยึดกับเบ้าเดิมที่กระดูกเชิงกราน
2. ส่วนผิวเบ้าสะโพก ทำจากพลาสติกชนิดพิเศษ ทำหน้าที่เป็นผิวสัมผัสกับหัวสะโพกเทียม
3. ส่วนหัวสะโพกเทียม ซึ่งเป็นโลหะหรือเซรามิก มีรูปร่างกลมเหมือนกับหัวสะโพกเดิมยึดติดอยู่กับก้านสะโพกเทียมที่ตอกยึดเข้าไปกับกระดูกต้นขาส่วนต้นอีกที
4. ก้านสะโพกเทียม ทำมาจากโลหะต่อยึดกับส่วนหัวสะโพกเทียม ใช้ตอกยึดเข้าไปกับกระดูกต้นขาส่วนต้น



รูปที่ 3 ส่วนประกอบของข้อสะโพกเทียม

ที่มา: นรเทพ กุลโชติ, 2558

สืบค้นเมื่อวันที่ 20 สิงหาคม 2565

ในกรณีที่มีการหักของคอกระดูกต้นขาที่มีภาวะกระดูกพรุนมากจนไม่สามารถใช้เครื่องยึดตรึงกระดูกได้อย่างมั่นคง การหักของกระดูกในตำแหน่งนี้มีโอกาสเกิดการตายของหัวกระดูก (avascular necrosis) ได้มากที่สุด เนื่องจากเป็นบริเวณที่มีหลอดเลือดมาเลี้ยง ดังนั้นเพื่อตัดปัญหาหัวกระดูกตายหรือกระดูกไม่ติด ซึ่งอาจทำให้ผู้ป่วยต้องผ่าตัดอีกครั้ง จึงจำเป็นที่ผู้ป่วยจะต้องได้รับการผ่าตัดเพื่อใส่ข้อสะโพกเทียมซึ่งแบ่งได้เป็น 2 ชนิด ได้แก่

2.1.1 การเปลี่ยนเฉพาะหัวกระดูกต้นขาอย่างเดียว (Hemiarthroplasty Prosthesis) เป็นข้อเทียมที่ใช้ในผู้ป่วยที่หัวกระดูกต้นขาหัก แบ่งออกเป็น 2 ชนิด คือ

2.1.1.1 แบบ Unipolar ได้แก่ ข้อเทียมมัวร์ (Moore's Prosthesis) และข้อเทียมทอมสัน (Thompson Prosthesis) ซึ่งสามารถใช้ร่วมกับซีเมนต์กระดูกหรือไม่ก็ได้

2.1.1.2 แบบ Bipolar เป็นข้อเทียมที่ออกแบบขึ้นเพื่อลดการเกิดการสึกกร่อนของเบ้า Acetabulum Erosion เนื่องจากการใช้ข้อเทียมประเภท Unipolar มีหลักการโดยที่หัวกระดูกต้นขา มีพลาสติกที่มีคุณสมบัติทนทานและโลหะครอบไว้

2.1.2 การเปลี่ยนส่วนของข้อสะโพกทั้งด้านเบ้าและหัวกระดูกต้นขา ที่ใช้กันมากในปัจจุบันส่วนของเบ้าทำมาจากพลาสติกที่มีความหนาแน่นสูง และส่วนของหัวกระดูกและด้ามทำจากเหล็กไร้สนิมหรือไททาเนียม (Titanium) เป็นต้น โดยมีลักษณะและขนาดแตกต่างกันออกไป ซึ่งการเลือกขนาดของเบ้าก็ขึ้นอยู่กับขนาดของหัวกระดูกต้นขาเทียมที่ใช้ โดยให้มีรูเส้นผ่าศูนย์กลางภายในเท่ากับขนาดของหัวแต่ละชนิด

ส่วนประกอบของข้อสะโพกเทียมส่วนที่เป็นเบ้าสะโพกและก้านสะโพกเทียมนี้ จะยึดติดกับกระดูกได้ 2 วิธี คือ

1. แบบใช้ซีเมนต์ยึด (Cemented fixation) โดยอาศัยซีเมนต์ชนิดพิเศษทางการแพทย์ช่วยยึดตัวก้านและตัวเบ้าให้ยึดติดกับกระดูก

2. แบบไม่ใช้ซีเมนต์ยึด (Cementless fixation) อาศัยการเปียดแน่นของตัวก้านหรือเบ้าสะโพกกับตัวกระดูก โดยหวังผลให้เกิดการสร้างกระดูกมาห่อหุ้มรวมกับตัวข้อเทียมในอนาคต

2.2 การผ่าตัดเพื่อการยึดตรึงกระดูกไว้ภายใน เป็นอีกวิธีหนึ่งที่ยิยมใช้นอกจากการทำผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพก เป็นการยึดตรึงกระดูกที่หักให้อยู่กับที่ชั่วคราวโดยมีจุดประสงค์หลักคือให้กระดูกอยู่นิ่ง จัดเรียงกระดูกให้เข้าที่เพื่อให้เกิดการติดตามธรรมชาติ ทำให้ผู้ป่วยสามารถเคลื่อนไหวช่วยเหลือตัวเองได้ ป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการถูกจำกัดการเคลื่อนไหวเป็นเวลานาน เช่น ข้อยึดติด กล้ามเนื้อลีบ กระดูกพรุน แผลกดทับ เป็นต้น โลหะที่ใช้ยึดตรึงกระดูกเป็นโลหะชนิดพิเศษที่มีคุณสมบัติเข้าได้กับกระดูกและมีปฏิกิริยาน้อยเมื่ออยู่ในร่างกาย ได้แก่ โลหะไททาเนียม สแตนเลส โคบอลต์ และโครเมียมโมลิบดีนัมอัลลอยด์ การยึดตรึงกระดูกภายในด้วยโลหะเป็นชนิดใส่เข้าโพรงกระดูกหรือวางประกบด้านนอกกระดูกขึ้นอยู่กับดุลยพินิจของแพทย์ผู้รักษา โดยจะต้องคำนึงถึงตำแหน่งของกระดูกที่หัก การคงที่ของกระดูกที่หัก และความเปราะบางของกระดูกที่หัก สำหรับในผู้สูงอายุตำแหน่งการหักของกระดูกสะโพกที่ใช้วิธีการรักษาด้วยการยึดตรึงกระดูกภายในมีอยู่ 2 ตำแหน่ง คือ การยึดตรึงการหักของปุ่มกระดูกโคนขา (trochanteric fracture) และการหักบริเวณใต้ปุ่มกระดูกโคนขา (subtrochanteric fracture)

ภาวะแทรกซ้อนที่อาจพบในการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม

ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นสามารถแบ่งตามช่วงเวลาที่เกิดได้เป็น 2 ช่วงคือ

1. ช่วงขณะทำผ่าตัด (intraoperative complications) เช่น มีการแตกหักของกระดูกต้นขาหรือกระดูกเบ้า การบาดเจ็บของหลอดเลือดและเส้นประสาท โดยเส้นประสาทที่มีโอกาสได้รับบาดเจ็บมากที่สุดในการผ่าตัดเข้าทาง posterolateral คือ เส้นประสาท sciatic ทั้งนี้เนื่องจากในขณะผ่าตัดผู้ป่วยอยู่ภายใต้การระงับความรู้สึก จึงทำให้ตรวจการทำงานของเส้นประสาททำได้ยาก การตรวจนี้จึงต้องทำภายหลังจากที่ผู้ป่วยหมดฤทธิ์จากการระงับความรู้สึก ซึ่งมักจะต้องตรวจที่หอผู้ป่วย การตรวจการทำงานของเส้นประสาท sciatic สามารถทำได้ง่ายโดยการตรวจว่าผู้ป่วยสามารถกระดกข้อเท้าได้หรือไม่

2. ช่วงภายหลังการผ่าตัด (postoperative complications) ส่วนใหญ่สามารถป้องกันได้ถ้าผู้ให้การดูแลผู้ป่วยมีความเข้าใจ ภาวะแทรกซ้อนในช่วงนี้ที่พบได้บ่อยได้แก่

2.1 การเคลื่อนหลุดของข้อสะโพกเทียม มักพบได้บ่อยในช่วง 3 เดือนแรกภายหลังผ่าตัด ปัจจัยที่เกี่ยวข้องมีอยู่หลายประการ ได้แก่

2.1.1 ตำแหน่งของข้อสะโพกเทียม เป็นปัจจัยที่สำคัญเป็นอย่างมาก การใส่ข้อเทียมต้องอยู่ลักษณะที่ถูกต้อง ทั้งส่วนที่เป็นเบ้าสะโพกและแกนของข้อเทียม คือ ส่วนที่เป็นเบ้าสะโพกเทียม เมื่อใส่แล้วควรทำมุม 40 - 45 องศากับแนวนอน และมี anteversion 10 - 20 องศา และอย่าให้เกิด retroversion (เบ้าบิดไปทางด้านหลัง) ส่วนแกนของข้อเทียมควรใส่ให้มี anteversion 10 - 15 องศา

2.1.2 วิธีการเปิดแผลผ่าตัด (surgical approach) ก็มีความสำคัญต่อการดูแลเพื่อป้องกันการเกิดข้อเคลื่อนหลุด โดยรวมแล้วการเปิดแผลทางด้านหลังมีความเสี่ยงต่อภาวะข้อสะโพกเทียมหลุดมากกว่าการเปิดแผลทางด้านหน้า อย่างไรก็ตามการเปิดแผลทางด้านหน้า ผู้ป่วยจะมีโอกาสเสี่ยงต่อการหลุดของข้อเทียมมาทางด้านหน้าโดยเฉพาะถ้ามีการหมุนของขาออกด้านนอก (external rotation) ที่มากเกินไป ในขณะที่เดียวกันการเปิดแผลทางด้านหลัง ผู้ป่วยก็จะมีโอกาสเสี่ยงที่จะเกิด ข้อสะโพกเทียมหลุดไปทางด้านหลังหากมีการหมุนของขาเข้าด้านใน (internal rotation) ที่มากเกินไป

2.1.3 ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อรอบ ๆ ข้อสะโพก โดยเฉพาะ hip abductor muscles กล้ามเนื้อที่มีความสำคัญอย่างมากในการให้ความมั่นคงกับข้อสะโพกคือ gluteus medius โดยปกติผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพของข้อสะโพกมักจะพบการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อนี้ร่วมด้วย ดังนั้นภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม จำเป็นต้องฝึกให้ผู้ป่วยบริหารกล้ามเนื้อ gluteus medius ให้มีความแข็งแรงมากขึ้น

2.1.4 การใช้งานข้อสะโพกผิดท่า สั้นล้ม หรือเกิดอุบัติเหตุทำให้เกิดการเคลื่อนหลุดของข้อสะโพกเทียม ซึ่งที่พบได้บ่อยคือ การเคลื่อนหลุดไปทางด้านหลัง ท่าที่มีความเสี่ยงในการทำให้เกิดข้อสะโพกเทียมเคลื่อนหลุดไปทางด้านหลังคือ ท่าอสะโพกมาก ๆ ร่วมกับการหุบขาในและบิดเข้าใน ส่วนท่าที่อาจทำให้เกิดข้อสะโพกเทียมเคลื่อนหลุดไปทางด้านหน้า คือ การแอ่นสะโพกร่วมกับการบิดออกนอก ดังนั้นการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยในเรื่องของท่าต่าง ๆ ที่มีความเสี่ยงต่อข้อสะโพกหลุดจึงเป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่ง เช่น การนอน ในช่วงหลังผ่าตัดใหม่ ๆ ควรนอนหงาย

เล็กน้อยประมาณ 30 องศา ขาตรงไม่บิดเข้าในหรือบิดออก ซึ่งเป็นท่าที่ข้อสะโพกมีความมั่นคง การพลิกตะแคงตัวควรมีหมอนวางคั่นระหว่างขาเพื่อไม่ให้ขาหุบมากเกินไป เมื่อข้อสะโพกเทียมเคลื่อนหลุดสามารถสังเกตได้จากอาการปวดมากเมื่อมีการเคลื่อนไหวข้อสะโพก ขาข้างนั้นสั้นลง ในกรณีที่หลุดไปทางด้านหลัง ขาจะอยู่ในท่าอู หุบและบิดเข้าใน ส่วนถ้าหลุดไปทางด้านหน้า ขาจะอยู่ในท่ากางและบิดออกนอก เมื่อส่งตรวจทางภาพถ่ายรังสีจะพบว่า หัวข้อสะโพกเทียมเคลื่อนหลุดออกจากเบ้า การรักษาจะทำการดัดข้อเทียมที่หลุดให้เข้าที่ภายใต้การระงับความรู้สึก ภายหลังการดัดเข้าที่แล้วอาจใส่ที่ดึงขา (skin traction) ถ่วงด้วยน้ำหนักเล็กน้อย โดยจัดขาให้เหยียดและกางออกประมาณ 30 องศา เป็นเวลา 1 - 2 สัปดาห์ เพื่อให้เนื้อเยื่อรอบ ๆ ข้อสะโพกที่ได้รับบาดเจ็บแข็งแรงขึ้น หรือใช้อุปกรณ์พยุง ข้อสะโพก (hip brace) ช่วยประคอง

2.2 การติดเชื้อของข้อสะโพกเทียมเป็นภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง พบได้ประมาณร้อยละ 1 - 2 อาจเกิดได้ตั้งแต่วะยะหลังผ่าตัดใหม่ ๆ หรือหลังจากนั้นต่อมาอีกเป็นเดือนหรือปี สาเหตุเกิดจากการปนเปื้อนเชื้อระหว่างการผ่าตัด การดูแลแผลผ่าตัดที่ไม่ดี หรือการติดเชื้อที่ตำแหน่งอื่น ๆ ในร่างกายแล้วเชื้อกระจายมาที่ข้อสะโพกเทียมทางกระแสเลือด เชื้อที่พบบ่อย คือ เชื้อแบคทีเรียชนิด staphylococcus และ streptococcus ผู้ป่วยจะมีการปวดข้อสะโพก ใช้งานได้ลดลง แผลบวมแดงมีหนอง อาจมีไข้สูงร่วมด้วย การรักษาจำเป็นต้องให้การรักษาอย่างรีบด่วน คือ การผ่าตัดล้างข้อและให้ยาปฏิชีวนะเพื่อฆ่าเชื้อ ในกรณีถ้าติดเชื้อมานานหรือพบว่าข้อสะโพกเทียมหลวม จำเป็นต้องผ่าตัดนำข้อสะโพกเทียมเดิมออกทั้งหมดด้วย

2.3 การเกิดลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำที่ขา การผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมถือเป็นการผ่าตัดที่มีความเสี่ยงต่อภาวะนี้ ซึ่งอาจพบได้ในขาข้างที่ผ่าตัดและไม่ผ่าตัด สาเหตุอาจเกิดจากการจัดทำสะโพกระหว่างการผ่าตัด ทำให้หลอดเลือดดำมีการคดงอ หรือการที่ผู้ป่วยนอนอยู่บนเตียงนาน ๆ ก่อนหรือหลังผ่าตัด ทำให้การไหลเวียนเลือดช้าลง มีการคั่งของเลือดจนเกิดเป็นลิ่มเลือดเกิดขึ้น ผู้ป่วยจะมีการบวมที่ขา ร่วมกับการปวดตึงที่น่อง ในบางรายถ้าลิ่มเลือดที่เกิดขึ้นหลุดไปอุดตันที่หลอดเลือดในปอด ผู้ป่วยจะมีการหอบเหนื่อย ถ้าเป็นรุนแรงอาจเสียชีวิตได้ ดังนั้นภายหลังการผ่าตัดควรกระตุ้นให้ผู้ป่วยเริ่มมีการขยับตัว กระดกข้อเท้า ลูกนั่งยืนเดินถ้าสามารถทำได้เพื่อลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนนี้

2.4 การสึกหรอและหลวมของข้อสะโพกเทียม การสึกหรอของผิวข้อสะโพกเทียม โดยเฉพาะ polyethylene อาจเกิดจากหมดยอายุการใช้งาน หรือการใช้งานข้อสะโพกเทียมที่หนักเกินไป เช่น มีแรงกระแทกต่อข้อมาก การยกของหนัก ในระยะเริ่มแรกผู้ป่วยอาจไม่มีอาการ แต่ภาพถ่ายรังสีเห็นการสึกของ polyethylene เมื่อเป็นมากขึ้นจะมีการปวดข้อสะโพกจากปฏิกิริยาการอักเสบของร่างกายที่ต่อต้านเศษของ polyethylene ที่สึก เมื่อมีปฏิกิริยามากขึ้น ร่างกายจะมีการทำลายกระดูกรอบ ๆ ข้อเทียม (osteolysis) ในที่สุดเกิดการหลวมของข้อสะโพกเทียม ส่วนในรายที่ใช้ข้อเทียมแบบที่ใส่ซีเมนต์ ถ้าใส่ซีเมนต์เข้าไปในโพรงกระดูกไม่ดี ไม่ทั่วถึง ข้อเทียมที่ใส่ลงไปจึงไม่มั่นคงเกิดการหลวมได้ง่าย ข้อสะโพกเทียมที่หลวมถ้าเป็นส่วนเบ้า ผู้ป่วยจะมีการเจ็บปวดบริเวณขาหนีบ แต่ถ้าเป็นส่วนแกนจะปวดบริเวณต้นขา อาการปวดจะเป็นมากตอนขยับ ยืนหรือเดิน โดยเฉพาะช่วงแรก ๆ ของการเดิน เมื่อเดินสักพักข้อเทียมเข้าที่ก็จะดีขึ้น

อาการปวดจะลดลง ดังนั้นควรให้ความรู้กับผู้ป่วยในเรื่องของการใช้งานข้อสะโพกเทียมให้ถูกต้อง การสังเกตอาการปวดผิดปกติต่าง ๆ และความจำเป็นที่ต้องมาพบแพทย์ตามนัด

2.5 การหักของกระดูกบริเวณข้อสะโพกเทียม ส่วนใหญ่มักพบบริเวณกระดูกต้นขา เกิดจากอุบัติเหตุการหกล้ม หรือเกิดตามหลังข้อเทียมที่หลวมก็ได้ การรักษาถ้ากระดูกหักมีการเคลื่อนที่จำเป็นต้องผ่าตัดเพื่อใส่อุปกรณ์ยึดกระดูก ถ้ามีข้อเทียมหลวมต้องผ่าตัดแก้ไขข้อสะโพกเทียมด้วย

2.6 การบาดเจ็บของเส้นประสาทภายหลังผ่าตัด มักเกิดจากการกดทับจากภายนอก เช่น การพันผ้าไปทับเส้นประสาท หรือการวางขาบิดราบไปกับเตียงขณะที่ผู้ป่วยยังไม่ฟื้นจากการระงับความรู้สึก เส้นประสาทที่พบการบาดเจ็บได้บ่อยคือ เส้นประสาท common peroneal ซึ่งมักถูกกดทับบริเวณคอกระดูกน่อง (fibular neck) ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถกระดกข้อเท้าได้ ดังนั้นการระมัดระวังเรื่องการพันผ้าและการดูแลตำแหน่งการวางขาให้ดีจะช่วงป้องกันภาวะแทรกซ้อนนี้ได้

การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม

การพยาบาลก่อนผ่าตัด

ผู้ป่วยสูงอายุหลังกระดูกสะโพกหัก นอกจากจะทุกข์ทรมานจากอาการปวดแล้ว ยังมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการดำเนินชีวิต ไม่สามารถเคลื่อนไหวหรือช่วยเหลือตนเองได้ตามปกติ กังวลว่า จะต้องเป็นภาระของบุตรหลาน เมื่อตัดสินใจเข้ารับการผ่าตัด ก็มีความกลัว ความวิตกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัด โดยเฉพาะผู้ที่ไม่มีประสบการณ์ในการผ่าตัดมาก่อน ดังนั้นผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัด (อรพรรณ โตสิงห์, 2559) ดังนี้

1. แนะนำให้ผู้ป่วยหรือญาติ เตรียมตัว เตรียมสถานที่ และสิ่งแวดล้อมที่บ้าน ดังนี้

1.1 ปรับสภาพพื้นทางเดินในบ้านให้โล่ง พื้นบ้านไม่ควรใช้วัสดุที่ลื่น และกำจัดสิ่งกีดขวางให้หมดเพื่อป้องกันการหกล้ม เนื่องจากหลังผ่าตัดผู้ป่วยจะต้องใช้วอล์กเกอร์ (walker) หรือไม้ค้ำยันรักแร้ (axillary crutches) ในการช่วยเดิน ผู้ป่วยอาจสะดุดสิ่งกีดขวางจนเกิดอุบัติเหตุล้มหกล้มได้ ถ้าเป็นไปได้ในระยะแรกหลังผ่าตัดใหม่ ๆ ควรจัดให้ผู้ปวยนอนชั้นล่างของบ้าน และจัดวางสิ่งของเครื่องใช้ให้เป็นระเบียบ สะดวกในการหยิบจับ หลีกเลี่ยงการขึ้นลงบันไดบ่อย ๆ เพื่อรอการฟื้นฟูให้กล้ามเนื้อแข็งแรง และทำงานได้ตามปกติก่อน

1.2 ห้องน้ำควรมีราวสำหรับจับ ยึด เพื่อป้องกันการลื่นล้มจากการลื่นล้ม พื้นห้องน้ำควรมีแผ่นรองกันลื่น และโถส้วมควรเป็นแบบนั่งชักโครก ในกรณีที่เ็นแบบนั่งยอง หรือส้วมซึม แนะนำให้ซื้อเก้าอี้สุขภัณฑ์มาวางครอบ หรือใช้เก้าอี้เจาะรูตรงกลางแล้วนำไปวางครอบแทน

1.3 เตรียมเก้าอี้ที่นั่งที่แข็งแรง เป็นเก้าอี้สูง มีที่เท้าแขน มีพนักพิงตรง ไว้ให้ผู้ปวยนั่ง ไม่ควรใช้เก้าอี้ที่เป็นโซฟา เก้าอี้นอนหรือเก้าอี้โยก เพราะอาจทำให้เกิดอุบัติเหตุข้อสะโพกเทียมเคลื่อนหลุดได้

2. เตรียมค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลตามสิทธิของผู้ป่วย การผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมมีค่าใช้จ่ายค่อนข้างสูง เนื่องจากข้อสะโพกเทียมนั้นมีราคาแพง

3. ผู้ป่วยที่มีปัญหาฟันผุ เหงือกอักเสบ หนองน้ำหนวก ฝีที่ผิวหนัง และสภาพของผิวหนังบริเวณข้อสะโพกที่จะผ่าตัดผิดปกติ แนะนำให้รักษาให้เรียบร้อยก่อน เพื่อป้องกันการติดเชื้อไปตาม กระแสเลือดภายหลังผ่าตัด ซึ่งอาจเป็นสาเหตุให้เกิดการติดเชื้อของข้อสะโพกเทียมได้

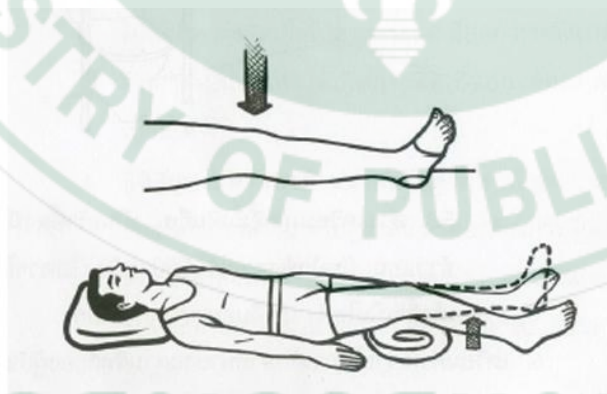
4. ผู้ป่วยที่รับประทานยาประจำตัว เช่น แอสไพริน วาร์ฟาริน หรือคูมาดิน หรือยาต้านการอักเสบ ต้องให้ผู้ป่วยหยุดรับประทานอย่างน้อย 7 - 10 วัน ก่อนการผ่าตัด

5. หากเห็นผู้ป่วยมีน้ำหนักเกินมาตรฐาน แนะนำให้ผู้ป่วยลดน้ำหนักโดยการงดของหวานและอาหารมัน ๆ ทุกชนิด

6. แนะนำให้ผู้ป่วยงดสูบบุหรี่

7. ให้ผู้ป่วยบริหารกล้ามเนื้อและข้อให้แข็งแรง เพื่อช่วยให้ผลของการผ่าตัดดี และสามารถเดินได้เป็นปกติโดยเร็วภายหลังการผ่าตัด ให้ทำแต่ละท่าอย่างสม่ำเสมอทุกวัน วันละ 3 - 4 เวลา ได้แก่ เวลาเช้า กลางวัน เย็น และก่อนนอน รวมแล้วให้ได้วันละ 100 - 200 ครั้ง ต่อ 1 ท่าบริหาร และควรทำทั้ง 2 ข้าง ดังนี้

ท่าบริหารที่ 1 นอนหงายราบ ขาเหยียดตรงในท่าพัก เกร็งขาให้ติดพื้นราบหรือที่นอนค้ำไว้ประมาณ 3 วินาที แล้วจึงพักขาหรือคลาย นับเป็น 1 ครั้ง ฝึกให้ผู้ป่วยทำอย่างต่อเนื่องวันละ 100 - 200 ครั้ง แนะนำให้ผู้ป่วยทำพร้อมกันทั้ง 2 ข้าง เพื่อความสะดวก ผู้ป่วยสามารถใช้ผ้าขนหนูหนาพอประมาณ ม้วนเป็นแท่งกลมสอดไว้ใต้เข่าขณะบริหารกล้ามเนื้อต้นขา



รูปที่ 4 การบริหารกล้ามเนื้อต้นขาโดยการเกร็งกล้ามเนื้อแล้วกดเข่าลงกับที่นอนหรือม้วนผ้า

ที่มา: [http://www.ayhosp.go.th/AYH/index.php/jomat/2-uncategorised/2337-](http://www.ayhosp.go.th/AYH/index.php/jomat/2-uncategorised/2337-knowledge?showall=1&limitstart=)

knowledge?showall=1&limitstart=

สืบค้นเมื่อวันที่ 20 สิงหาคม 2565

ท่าบริหารที่ 2 บริหารข้อเท้า ทำได้โดยการกระดกเท้าขึ้นลงทั้ง 2 ข้าง ทำวันละ 100 - 200 ครั้ง



รูปที่ 5 การบริหารข้อเท้าโดยการกระดกข้อเท้าขึ้นลง

ที่มา: <http://www.ayhosp.go.th/AYH/index.php/journal/jomat/2-uncategorised/2337-knowledge?showall=1&limitstart=>
สืบค้นเมื่อวันที่ 20 สิงหาคม 2565

ท่าที่ 3 ขมิบก้นค้างไว้ นับ 1 - 5 แล้วคลาย ทำวันละ 100 - 200 ครั้ง



รูปที่ 6 การบริหารกล้ามเนื้อสะโพกโดยการขมิบก้น

ที่มา: <http://www.ayhosp.go.th/AYH/index.php/journal/jomat/2-uncategorised/2337-knowledge?showall=1&limitstart=>
สืบค้นเมื่อวันที่ 20 สิงหาคม 2565

ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน

ท่าที่ 4 งอเข่า งอสะโพกข้างดีแล้วจึงเหยียดออก



รูปที่ 7 การบริหารข้อโดยการงอข้อเข่า ข้อสะโพก และเหยียดออก

ที่มา: <http://www.ayhosp.go.th/AYH/index.php/journal/jomat/2-uncategorised/2337-knowledge?showall=1&limitstart=>
สืบค้นเมื่อวันที่ 20 สิงหาคม 2565

การพยาบาลผู้ป่วยในขณะพักรักษาตัว

1. ประเมินสภาพร่างกายผู้ป่วยโดยการซักประวัติการเจ็บป่วยในอดีตและปัจจุบัน โรคประจำตัว ประวัติการแพ้ยา ยาที่รับประทานประจำ ยาที่เคยได้รับ เช่น ยาลดความดันโลหิต ยารักษาเบาหวาน ยาพวกลดการอักเสบ ยานอนหลับ ยาแก้ปวด ยาต้านการอักเสบที่มีไม่ใช่สเตียรอยด์ (Non Steroidal Anti Inflammatory Drugs: NSAIDs) รวมถึงระยะเวลาที่ได้รับยาเหล่านั้น ประวัติการแพ้สารเคมี แพ้อาหาร เป็นต้น รวมทั้งประวัติการผ่าตัด การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

2. ตรวจร่างกายผู้ป่วยทุกระบบ และตรวจละเอียดเกี่ยวกับระบบกล้ามเนื้อและกระดูก ตรวจการเคลื่อนไหวข้อสะโพก จำนวนองศาที่ข้อสะโพกงอ เหยียด และบิดหมุน ตรวจความแข็งแรงของกล้ามเนื้อขา ความยาวของขาเทียบกับขาข้างปกติ ยกเว้นข้างที่มีพยาธิสภาพ กระดูกหักเนื่องจากผู้ป่วยจะปวดมาก แต่ตรวจประเมินการเคลื่อนไหวของข้อเท้าเพื่อประเมิน Sciatic Nerve Injury

3. ประเมินระดับความปวดโดยใช้มาตรวัดระดับความปวด numeric rating scale (0-10) สอบถามลักษณะและระดับความปวด

4. ประเมินภาวะเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ และการพลัดตกหกล้ม

5. ประเมินสภาพจิตใจ อารมณ์ สังคม และเศรษฐกิจ เนื่องจากค่าใช้จ่ายในการผ่าตัด เปลี่ยนข้อสะโพกเทียมค่อนข้างสูง ประเมินความวิตกกังวล ความเครียด ความกลัว ญาติผู้ดูแล ประเมินการสนับสนุนทางสังคม ประเมินความรู้ ความเข้าใจ ความพร้อมก่อนผ่าตัด และการปฏิบัติตาม ประเมินสภาพแวดล้อมที่บ้านของผู้ป่วยเพื่อใช้เป็นข้อมูลในการวางแผนการจำหน่าย

6. อธิบาย และให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและญาติ เกี่ยวกับพยาธิสภาพของโรค การผ่าตัด เปลี่ยนข้อสะโพกเทียม การให้ยาระงับความรู้สึกโดยทั่วไป หรือฉีดยาชาทางช่องไขสันหลัง ซึ่งจะใช้วิธีใดแพทย์จะเป็นผู้พิจารณา เพื่อให้เกิดความปลอดภัย และเกิดประโยชน์สูงสุดแก่ผู้ป่วย

7. ตรวจเลือด ตรวจปัสสาวะ ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ ถ่ายภาพรังสีข้อสะโพกและทรวงอก เป็นต้น ในรายที่คาดว่าจะต้องให้เลือดทดแทนก่อนรับการผ่าตัด ในรายที่มีภาวะ Electrolyte imbalance ต้องแก้ไขให้อยู่ในภาวะสมดุลก่อนการผ่าตัด

8. ผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัว เช่น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคตับ โรคหัวใจ ดูแลให้ได้รับการตรวจรักษา หรือได้รับคำปรึกษาจากอายุรแพทย์ จนกระทั่งอยู่ในภาวะที่ควบคุมอาการได้

9. แนะนำเกี่ยวกับเรื่องการบริหากล้ามเนื้อและข้ออย่างต่อเนื่อง

10. ให้ผู้ป่วยหรือญาติ เซ็นต์หนังสือยินยอมให้แพทย์ทำผ่าตัด

11. แนะนำเกี่ยวกับระเบียบและข้อปฏิบัติของโรงพยาบาล รวมทั้งเรื่องค่าใช้จ่ายในการรักษาตามสิทธิของผู้ป่วย หรือส่งปรึกษาสังคมสงเคราะห์ในกรณีที่มีปัญหาเรื่องค่าใช้จ่ายให้ได้รับการช่วยเหลือตามความเหมาะสม

ก่อนวันผ่าตัดเตรียมผู้ป่วย ดังนี้

1. ฝึกให้ผู้ป่วยหายใจอย่างมีประสิทธิภาพโดยการสูดหายใจเข้าทางจมูกลึก ๆ ออกช้า ๆ ทางปาก ทำ 10 ครั้ง ทุกชั่วโมง หายใจเข้าซี่โครงขยายออก และหายใจออกซี่โครงแฟบ

2. ฝึกให้ผู้ป่วยไออย่างมีประสิทธิภาพโดยการสูดหายใจเข้าทางจมูกลึก ๆ กลั้นหายใจไว้สักครู่ แล้วไอขับเสมหะออกจากลำคอ ป้องกันเสมหะตกค้างในปอด

3. ผู้ป่วยที่ทาสิเคิลือบเล็บไว้ ดูแลเปลี่ยนสิเคิลือบเล็บออกให้ผู้ป่วยก่อนไปผ่าตัด

4. คืนวันก่อนผ่าตัด ให้ผู้ป่วยงดอาหารและน้ำ ตั้งแต่เวลา 24.00 น. เป็นต้นไป จนกระทั่งเสร็จสิ้นการผ่าตัด โดยทั่วไปใช้เวลาในการทำผ่าตัดประมาณ 2 - 3 ชั่วโมง ขึ้นอยู่กับพยาธิสภาพและความชำนาญของแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ

วันผ่าตัด

1. เตรียมความสะอาดโดยการฟอกผิวหนัง และโกนขนบริเวณรอบข้อสะโพกให้ผู้ป่วย

2. ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำแก่ผู้ป่วยในตอนเช้าของวันผ่าตัด

3. ใส่และคาสายสวนปัสสาวะให้ผู้ป่วยตามแผนการรักษาของแพทย์

4. ในผู้ป่วยที่ใส่ฟันปลอม และสามารถถอดได้ ดูแลให้ผู้ป่วยถอดออก แต่ถ้าเป็นฟันปลอมชนิดที่ถอดไม่ได้ ต้องสื่อสารให้เจ้าหน้าที่อื่นทราบด้วย

5. ดูแลไม่ให้ผู้ป่วยนำสิ่งของมีค่า หรือของที่เป็นสื่อไฟฟ้าพวกโลหะต่างๆ เข้าห้องผ่าตัด เช่น กิ๊บติดผม สร้อยคอ ตุ้มหู สร้อยข้อมือ นาฬิกาข้อมือ แหวน โทรศัพท์เคลื่อนที่ เป็นต้น

6. อธิบายให้ผู้ป่วยทราบว่า จะได้รับการให้ยาระงับความรู้สึกโดยฉีดยาทางช่องไขสันหลังในบางรายแพทย์อาจพิจารณาให้ยาระงับความรู้สึกโดยทั่วไป ซึ่งแพทย์จะเป็นผู้พิจารณาเป็นราย ๆ ไป

การพยาบาลหลังผ่าตัด

1. หลังผ่าตัด ดูแลท่อระบายเลือด (drain) ที่ต่อลงขวดสุญญากาศให้เป็นระบบปิด (close system) ตลอดเวลา ประเมินการเสียเลือดจากแผลผ่าตัด และจากขวดสุญญากาศที่ระบายเลือดออกจากแผลผ่าตัด สังเกตอาการผิดปกติจากการเสียเลือดหลังผ่าตัด และจดบันทึกจำนวนเลือดที่ออกมาอยู่ในขวดสุญญากาศ ถ้ามากกว่า 200 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง รายงานแพทย์ แนะนำให้ผู้ป่วยระวังไม่ให้ท่อระบายเลือดเลื่อนหลุด ท่อระบายนี้จะใส่ไว้ประมาณ 1 - 3 วัน จนมีเลือดออก

จากท่อระบายไม่เกิน 50 มิลลิลิตรต่อวัน หรือไม่มีเลือดออกจากท่อระบาย แพทย์จึงจะดึงท่อระบายออก

2. ประเมินอาการชืดของผู้ป่วย และเจาะฮีมาโตคริต (Hematocrit) ตามแผนการรักษา รายงานแพทย์ เมื่อฮีมาโตคริตต่ำกว่าร้อยละ 30 และ/หรือจำนวนเลือดที่ออกมาอยู่ในขวดสุญญากาศมากกว่า 200 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง แพทย์อาจจะพิจารณาให้เลือด ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการทดแทนเลือดตามปริมาณเลือดที่เสียขณะผ่าตัด และหลังผ่าตัดตามแผนการรักษา

3. เมื่อผู้ป่วยรู้สึกตัวดี กระตุ้นให้ผู้ป่วยสุดลมหายใจเข้าทางจมูกลึก ๆ แล้วผ่อนลมหายใจออกช้า ๆ ทางปาก ทำ 10 ครั้ง ทุกชั่วโมงขณะตื่น หากมีเสมหะให้สุดลมหายใจเข้าทางจมูกลึก ๆ กลืนหายใจไว้สักครู่ แล้วไอขับเสมหะออกมา

4. ตรวจวัดสัญญาณชีพผู้ป่วย จนสัญญาณชีพอยู่ในระดับคงที่

5. ตรวจจำนวนของปัสสาวะที่ออกมาทุกชั่วโมง ถ้าน้อยกว่า 30 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง รายงานแพทย์ เพื่อประเมินความสมดุลของระบบไหลเวียนโลหิต

6. ผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับความรู้สึกทางไขสันหลัง ดูแลให้นอนราบหนุนหมอนได้ 1 ใบ อย่างน้อย 8 - 12 ชั่วโมง สังเกตกำลังของกล้ามเนื้อ และความรู้สึกขาของขาทั้งสองข้าง

7. ช่วยเปลี่ยนอริยาบถให้ผู้ป่วย หรือช่วยในการพลิกตะแคงตัว เพื่อป้องกันแผลกดทับทุก 2 ชั่วโมง

8. ผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วไป ถ้าไม่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน จัดให้ผู้ป่วยนอนหนุนหมอนได้ 1 ใบ แต่ถ้ามีอาการดังกล่าว จัดทำให้ผู้ป่วยนอนราบไม่หนุนหมอน แล้วจัดผู้ป่วยตะแคงหน้าไปด้านใดด้านหนึ่ง เพื่อป้องกันไม่ให้สำลักเอาเศษอาหารเข้าปอดซึ่งจะทำให้อุดกั้นทางเดินหายใจ แล้วให้ผู้ป่วยบ้วนปากให้สะอาด เมื่อผู้ป่วยตื่นดี จากการได้รับยาระงับความรู้สึกแล้ว ให้ผู้ป่วยดื่มน้ำและรับประทานอาหารได้ตามปกติ

9. ดูแลให้ได้รับสารน้ำ และสารอาหารตามแผนการรักษา

10. สังเกตและประเมินอาการปวดแผลผ่าตัดโดยใช้มาตรวัดระดับความปวด numeric rating scale (0 ถึง 10) อย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ ดูแลให้ได้รับยาบรรเทาปวดตามแผนการรักษาและระดับความปวด และสังเกตอาการข้างเคียงของยา

11. ตรวจดูแผลผ่าตัดของผู้ป่วย ถ้าแผลชุ่มให้เปลี่ยนผ้าพันแผล หรือทำแผลด้วยเทคนิคปลอดเชื้อและพันด้วยผ้ายืด (elastic bandage) ให้กระชับและรายงานแพทย์

12. จัดทำให้ผู้ป่วยนอนหงายขาข้างที่ทำผ่าตัดประมาณ 15 องศา (กรณีผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดเข้าทางด้าน posterior) โดยใช้หมอนคั่นระหว่างขาทั้งขณะนอนหงายราบและเมื่อพลิกตะแคงตัว เพื่อป้องกันข้อสะโพกเทียมเคลื่อนหลุด ยกเว้นในบางรายที่ต้องนอนหุบขา (กรณีผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดเข้าทางด้าน anterolateral) ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับวิธีการผ่าตัดของแพทย์ และกระตุ้นให้ผู้ป่วยบริหารข้อเท้าได้ทุกชั่วโมงขณะตื่น เพื่อให้การไหลเวียนโลหิตดี

13. ช่วยเหลือและกระตุ้นให้ผู้ป่วยเปลี่ยนอริยาบถบ่อยๆ โดยการตั้งขาขึ้นเข้าข้างที่ไม่ผ่าตัดขึ้น ใช้มือโหนตัวจับบาร์สำหรับโหนตัว ที่อยู่เหนือเตียง แล้วยกกันขึ้นบ่อยๆ ให้ขาข้างผ่าตัดอยู่ในแนวตรง ห้ามงอสะโพกและทำนี้เป็นท่าที่ใช้ในการสอดหมอนชนิดแบน (fracture bed pan) ให้กับผู้ป่วยในการขับถ่ายด้วย

หลังผ่าตัดวันที่ 1

1. แนะนำให้ผู้ป่วยเปลี่ยนอิริยาบถโดยใช้บาร์โหนด หรือเหนี่ยวราวกันเตียง และช่วยพลิกตะแคงตัวให้ผู้ป่วย โดยที่ต้องมีหมอนคั่นระหว่างขาตลอดเวลา (กรณีผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดเข้าทางด้าน posterior)
2. ไซเตียงให้ผู้ป่วยศีรษะสูง 30 - 45 องศา วันละหลาย ๆ ครั้ง
3. กระตุ้นให้ผู้ป่วยบริหารกล้ามเนื้อและข้อ เหมือนก่อนการผ่าตัด ถ้าผู้ป่วยไม่สามารถขยับข้อเท้ากระดูกขึ้น ลง ได้ ควรรีบรายงานแพทย์
4. ระวังระวังการเกิดข้อสะโพกเทียมเคลื่อนหลุดโดยให้ผู้ผู้ป่วยปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่อย่างเคร่งครัด

หลังผ่าตัดวันที่ 2 - 3

1. เป็นช่วงเวลาที่สำคัญที่ต้องเฝ้าระวังการติดเชื้อของแผลผ่าตัด ที่สำคัญคือ สัญญาณชีพ และสัญญาณเตือนการติดเชื้อ ได้แก่ อาการปวดแผลรุนแรง รับประทานอาหารไม่อร่อย ไม่หิว ไม่สบาย
2. ช่วยให้ผู้ผู้ป่วยลุกนั่งบนเตียง งอสะโพกไม่เกิน 90 องศา ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับสภาพของผู้ป่วย ชนิดหรือวิธีการผ่าตัดของแพทย์ด้วย
3. แนะนำให้ผู้ผู้ป่วยบริหารกล้ามเนื้อและข้ออย่างต่อเนื่อง เหมือนก่อนการผ่าตัด ทำที่ 1 - 4

หลังผ่าตัดวันที่ 4 จนกระทั่งวันที่แพทย์จำหน่าย

ให้ปฏิบัติเช่นเดียวกับหลังผ่าตัดวันที่ 2 - 3 ผู้ป่วยสามารถลุกนั่งห้อยขาข้างเตียงได้ และเมื่อสภาพร่างกายผู้ป่วยมีความพร้อม ผู้ป่วยจะได้รับการช่วยเหลือให้เคลื่อนย้ายจากเตียงมายังเก้าอี้ข้างเตียง ลงยืนข้างเตียง และฝึกการใช้วอล์กเกอร์ หรือไม้ค้ำยันรักแร้ในการหัดเดิน โดยให้เดินลงน้ำหนักตามแผนการรักษา ผู้ป่วยบางรายอาจจะได้รับการส่งไปกลุ่มงานเวชศาสตร์ฟื้นฟู เพื่อเพิ่มกำลังของกล้ามเนื้อและพิสัยการเคลื่อนไหวของข้อ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับดุลยพินิจของแพทย์

การพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน

1. การป้องกันหลอดเลือดดำส่วนลึกอุดตัน (deep vein thrombosis)

1.1 ดูแลเกี่ยวกับท่านอนของผู้ป่วยให้อยู่ในท่าที่ถูกต้อง ขากางออก ไม่ให้ข้อเข้าข้อสะโพกอยู่ในท่าเหยียดเกินไป ควรมีผ้ารองบริเวณขา (เพราะถ้าอยู่ในท่าเหยียดเกินไป มีแนวโน้มที่จะทำให้หลอดเลือดดำใหญ่บริเวณนั้นถูกยืดออกและแฟบลง แรงกดที่เกิดขึ้นทำให้มีการหยุดนิ่งของกระแสเลือด) สำหรับผ้าพันบริเวณแผลผ่าตัดถ้าพันไว้นานให้คลายออก

1.2 ประเมินและบันทึกเกี่ยวกับอุณหภูมิของขา ความผิดปกติของสีผิวที่ขาและเล็บเท้า อาการบวมที่ขา อาการปวดบริเวณขาและน่อง ความรู้สึก และการเคลื่อนไหวของขา ซึ่พจรที่ขาทั้งสองข้าง

1.3 ออกกำลังขาทั้งสองข้าง โดยการเกร็งกล้ามเนื้อต้นขา กดเข่าลงบนที่นอน และกระดูกข้อเท้าขึ้นลงบ่อยๆ

1.4 หากมีอาการกดเจ็บบริเวณน่องและขาบวม ให้รายงานแพทย์

2. การป้องกันการเกิดลิ่มเลือดอุดตันในปอด (pulmonary embolism)

2.1 สังเกตอาการและอาการแสดงเกี่ยวกับอาการแน่นหน้าอก เหนื่อย หายใจลำบาก หายใจเร็ว ชีพจรเร็ว มีอาการสับสน มีไอ หรือไอเป็นเลือด

2.2 ประเมินและบันทึกสัญญาณชีพ ติดตามค่า arterial blood gas และภาพรังสีปอด

2.3 แนะนำให้ผู้ป่วยออกกำลังกายทั้งสองข้าง โดยการเกร็งกล้ามเนื้อต้นขา (quadriceps) ด้วยการกดเข่าลงบนที่นอน กระดกข้อเท้าขึ้นลง อย่างน้อย 10 ครั้ง ทุก 1-2 ชั่วโมง ขณะตื่นนอน

2.4 ดูแลให้ยาป้องกันการเกิดหลอดเลือดดำส่วนลึกอุดตันตามแผนการรักษา และสังเกตอาการข้างเคียงของยา

3. การป้องกันภาวะก้อนไขมันอุดตันในปอด (fat embolism)

3.1 ประเมินระดับความรู้สึกตัว อาการกระสับกระส่าย บันทึกสัญญาณชีพ และประเมินอาการเหนื่อย ภาวะ hypoxia หายใจเร็ว ชีพจรเต้นเร็ว ความดันโลหิตต่ำ มีไข้ หรือมี

3.2 ประเมินจุดเลือดออก (petechiae) ตามส่วนต่างๆ ของร่างกาย เช่น บริเวณหน้าอก รักแร้ เปลือกตา จุดเลือดออกเป็นตำแหน่งของ fat emboli ที่เกาะกับเม็ดเลือดแดง และเกล็ดเลือดกระจายมา

3.3 ส่งถ่ายภาพรังสีปอด ถ้ามี fat embolism จะพบความผิดปกติของปอดมีลักษณะที่เรียกว่า “snow storm appearance” และเจาะ arterial blood gas (PaO_2), ค่า PaO_2 จะน้อยกว่าปกติ

4. การป้องกันอันตรายต่อเส้นประสาท และหลอดเลือดส่วนปลายทำหน้าที่ผิดปกติ

4.1 ประเมินการทำงานของเส้นประสาทและหลอดเลือดของขาข้างที่ผ่าตัดทุก 4 ชั่วโมงหรือตามแผนการรักษา ประเมินเกี่ยวกับชีพจรที่หลังเท้า สัมผัส อุณหภูมิของขา capillary refill ที่นิ้วเท้า อาการปวด การรับรู้ความรู้สึก และการเคลื่อนไหวของนิ้วเท้า ความสามารถในการกระดกข้อเท้าขึ้นลง โดยเปรียบเทียบผลการประเมินดังกล่าวกับการประเมินก่อนผ่าตัด หากพบสิ่งผิดปกติให้รายงานแพทย์

4.2 จัดขาข้างผ่าตัดให้ขาตั้งตรงไม่บิดออกด้านนอก เพื่อป้องกันการกดทับเส้นประสาท common peroneal nerve

4.3 ออกกำลังขาข้างผ่าตัดบ่อย ๆ เพื่อให้การไหลเวียนเลือดดี

คำแนะนำสำหรับผู้ป่วยเมื่อกลับไปอยู่บ้าน

1. ให้ผู้ป่วยรับประทานยาตามที่แพทย์สั่งจนหมด ยกเว้นถ้ามีอาการแพ้ยา ได้แก่ มีผื่น คัน แน่นหน้าอก หายใจไม่สะดวก เป็นต้น ให้หยุดรับประทานยา แล้วรีบไปโรงพยาบาล หรือสถานพยาบาลใกล้บ้าน พร้อมทั้งนำยาที่รับประทานหรือของยาไปด้วย

2. หมั่นบริหารกล้ามเนื้อ และข้ออย่างสม่ำเสมอ

3. ดูแลแผลผ่าตัดให้สะอาดเสมอ อย่าให้เปียกน้ำ จนกว่าจะตัดไหมหรือเอาลวดที่เย็บไว้ ออก หรือแกะเทปเหนียวที่ยึดไว้ได้ เมื่อครบ 10 - 14 วัน หลังผ่าตัด และแผลแห้งดีสามารถอาบน้ำได้ตามปกติ

4. แนะนำผู้ป่วยให้เห็นความสำคัญของภาวะโภชนาการ ที่มีผลต่อความแข็งแรงของกระดูก โดยทั่วไปผู้ป่วยควรได้รับสารอาหารที่สำคัญ ๆ ดังนี้

4.1 แคลเซียม มีมากในนม และผลิตภัณฑ์จากนม ปลาซาร์ดีน ผักกาดเขียว ถั่ว งา เต้าหู้เหลือง และข้าวกล้อง

4.2 วิตามินดี มีมากในนม ไข่แดง ปลาซาร์ดีน เห็ดหอม และน้ำมันพืช

4.3 โปรตีน ควรรับประทานโปรตีนที่ได้จากพืช เช่น ถั่วเหลือง และโปรตีนที่ได้จากสัตว์ ในปริมาณที่พอๆ กัน ปริมาณโปรตีนที่แนะนำต่อวัน คือ โปรตีน 1 กรัมต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม

5. ให้ผู้ป่วยควบคุมน้ำหนักตัวอย่าให้อ้วน เพราะจะทำให้ข้อสะโพก และข้อเข่ารับน้ำหนักมากอาจทำให้เกิดการเสื่อม หรือหลวมของข้อสะโพกเทียมเร็วกว่ากำหนด

6. ผู้ป่วยไม่ควรไขว้ หรือบิดขาข้างใน ขณะนั่ง ยืน เดิน ให้วางขาในท่าปกติ

7. เมื่อจำเป็นต้องหยิบของบนพื้น วิธีที่ปลอดภัยให้ผู้ป่วยเหยียดขาข้างที่ทำผ่าตัดออกไปทางด้านหลัง ย่อขาข้างติ่ง แล้งจึงก้มตัวลงเก็บของ หรือใช้อุปกรณ์ด้ามยาวช่วยหยิบของจากพื้น ห้ามก้มหยิบของ

8. หลีกเลี่ยงการเคลื่อนไหวที่เร็วเกินไป รวมถึงการหมุนตัวที่รวดเร็วด้วย

9. หลีกเลี่ยงการยกของหนัก หรือกิจกรรมที่ต้องใช้แรงผ่านข้อสะโพกมาก เช่น การแบกของ เพราะจะทำให้เกิดการเสื่อม หลวมของข้อสะโพกเทียมเร็วขึ้น

10. หลีกเลี่ยงการกระทำใด ๆ ที่ต้องงอสะโพกมากกว่า 90 องศา เช่น การขี่จักรยาน การนั่งเก้าอี้เตี้ย การโน้มตัวไปด้านหน้า เพราะมีการงอของข้อสะโพกเกินกว่า 90 องศา อาจเกิดการหลุดของข้อสะโพกได้

11. หลีกเลี่ยงการนั่งยองๆ เช่น การใช้ส้วมซึม ควรเลือกใช้ส้วมชักโครก ถ้าไม่มีอาจดัดแปลงใช้เก้าอี้เจาะเป็นช่องว่างครอบบริเวณโถส้วมซึม หรือใช้เก้าอี้สุขภัณฑ์มาครอบโถส้วมแทน

12. หากผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการทำผ่าตัดใดๆ หรือไปทำฟัน ให้แจ้งแพทย์หรือทันตแพทย์ทราบทุกครั้งว่าได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมไว้ เพื่อการพิจารณาให้ยาปฏิชีวนะป้องกันการติดเชื้อของข้อสะโพกเทียม

13. การมีเพศสัมพันธ์ ทำได้หลังผ่าตัดไปแล้ว 4 - 6 สัปดาห์ เมื่อรู้สึกว่ข้อสะโพกแข็งแรง และไม่มีอาการเจ็บปวด ท่าที่ข้อสะโพกมีความมั่นคงมากที่สุด คือ ท่านอนหงายโดยสะโพก และขากางออกและควรให้คู่นอนเป็นฝ่ายกระทำ หลีกเลี่ยงท่าที่ต้องงอข้อสะโพกหรือหุบขา หากมีข้อสงสัยควรปรึกษาแพทย์ พยาบาล หรือนักกายภาพบำบัด

14. การขับถ่าย ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดข้อสะโพกข้างซ้าย จะสามารถเริ่มให้ขับถ่ายได้ประมาณ 8 สัปดาห์หลังผ่าตัด หากผ่าตัดข้อสะโพกข้างขวา อาจใช้เวลามากกว่านี้ เพื่อความปลอดภัยให้ผู้ป่วยปรึกษาแพทย์ก่อน

15. การกลับไปทำงาน ขึ้นอยู่กับลักษณะงานที่ทำ โดยทั่วไปสามารถกลับไปทำงานได้ในระยะเวลา 2 - 3 เดือน ทั้งนี้ควรปรึกษาแพทย์ก่อน

16. แนะนำผู้ป่วยให้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพื่อป้องกันกระดูกพรุน ดังนี้

16.1 ไม่ควรดื่มกาแฟมากกว่า 2 แก้วต่อวัน

16.2 งดรับประทานอาหารรสเค็มจัด

16.3 รับแสงแดดอ่อน ๆ ในช่วงเช้าหรือเย็น ครั้งละ 10 - 15 นาที

16.4 ไม่ควรมีพฤติกรรมแบบนั่ง ๆ นอน ๆ ควรหากิจกรรมต่าง ๆ ทำ เช่น ทำงาน บ้าน หรือทำกับข้าว เป็นต้น

17. แนะนำผู้ป่วยให้ปรับสภาพแวดล้อมที่บ้านให้ปลอดภัย ไม่มีสิ่งกีดขวางทางเดิน พื้นแห้ง ไม่ลื่น ไม่ควรมีพื้นต่างระดับ มีแสงสว่างเพียงพอ และมีราวจับ เติงนอนควรมีที่กั้นเตียงกันตก

18. ผู้ป่วยควรสวมใส่เสื้อผ้าที่พอดีตัว ไม่ใหญ่หรือยาวเกินไป ส่วนรองเท้า ควรเป็นรองเท้าหุ้มข้อ หรือมีสายรัด พื้นรองเท้าเป็นแบบกันลื่น และส้นเตี้ย

19. ผู้ป่วยที่มีความจำเป็นต้องรับประทานยาที่อาจมีผลทำให้หกล้ม ต้องเฝ้าระวัง และสังเกตอาการ หลังรับประทานยา รวมทั้งต้องเคลื่อนไหวหรือเปลี่ยนอิริยาบถช้าๆ และควรมีผู้ดูแลใกล้ชิด

20. ผู้ป่วยควรใช้อุปกรณ์ช่วยเดินตามที่แพทย์แนะนำ

21. ไปตรวจตามแพทย์นัด และผู้ป่วยควรไปพบแพทย์ทันทีเมื่อมีอาการผิดปกติ ได้แก่ แผลบวม แดง มีน้ำเหลืองซึมบริเวณแผลผ่าตัด มีไข้ ปวดข้อสะโพกมาก และไม่สามารถเดิน หรือขยับลงน้ำหนักได้ เป็นต้น หายใจติดขัด และหายใจลำบาก เจ็บหน้าอกอย่างแรง และเจ็บเฉพาะตำแหน่งเมื่อเวลาไอ แสดงถึงลิ่มเลือดอุดตันในปอด หากมีอาการผิดปกติใด ๆ แนะนำให้ไปพบแพทย์ เพื่อตรวจร่างกายตามแพทย์นัด

กรมการแพทย์

โรงพยาบาลเลิดสิน

ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน

การทํากิจวัตรประจำวัน

1. การนั่ง แนะนำให้ผู้ปวยนั่งบนเก้าอี้ที่แข็งแรง เป็นเก้าอี้สูง มีพนักพิงหลังตรง นั่งแล้วเท้าพอดีกับพื้น นั่งแล้วข้อเข่าต้องไม่สูงกว่าข้อสะโพก เวลานั่งต้องแยกขาออก ไม่นั่งเก้าอี้ที่มีระดับต่ำกว่าข้อสะโพก ถ้าเก้าอี้ต่ำไปให้ใช้เบาะรองนั่งเสริม และไม่ควรนั่งเก้าอี้ที่เป็นโซฟา เก้าอี้นอนหรือเก้าอี้โยก และต้องไม่โน้มตัวไปข้างหน้าเวลาลุกขึ้นจากเก้าอี้ (รูปที่ 8)



รูปที่ 8 การนั่ง

ที่มา: <https://www.orthobethesda.com/post-operative-care-hip.html>

สืบค้นเมื่อวันที่ 20 สิงหาคม 2565

2. การนั่งและลุกจากเก้าอี้ เมื่อจะนั่งเก้าอี้ ให้ผู้ปวยค่อยๆ หมุนตัว หันหลังให้ขาชิดเก้าอี้ แล้วจึงเอื้อมมือจากวอล์คเกอร์ไปจับที่ท้าวแขนเก้าอี้ พร้อมทั้งย่อตัวลงนั่ง โดยเลื่อนตัวให้หลังพิงพนักเก้าอี้ และเหยียดขาข้างที่ทำผ่าตัดออกไปทางด้านหน้า เมื่อจะลุกจากเก้าอี้ ให้ผู้ปวยเลื่อนตัวไปทางด้านหน้า แล้วใช้มือจับที่ท้าวแขนเก้าอี้เพื่อยันตัวลุกขึ้นยืน พร้อมทั้งเลื่อนมือไปจับวอล์คเกอร์ที่วางอยู่ทางด้านหน้าผู้ปวย (รูปที่ 9) ซึ่งวิธีการลุกนั่งเก้าอี้นี้ สามารถนำไปใช้ในการนั่งเก้าอี้สำหรับอาบน้ำ นั่งรถยนต์ หรือนั่ง โถส้วมได้ แต่ในการนั่งโถส้วมนั้น จะต้องมียางสำหรับจับยึดในขณะที่ย่อตัวขึ้นลงจากโถส้วมด้วย



รูปที่ 9 การลงนั่งและลุกจากเก้าอี้

ที่มา: <https://www.orthobethesda.com/post-operative-care-hip.html>

สืบค้นเมื่อวันที่ 20 สิงหาคม 2565

3. การขึ้นเตียงนอน ให้ผู้ป่วยนั่งลงบนขอบเตียงแล้วค่อยๆ เอนตัวลง ใช้ข้อศอกช่วยยันที่นอน พร้อมทั้งยกขาข้างดีขึ้นบนเตียงก่อน แล้วตามด้วยขาข้างที่ทำผ่าตัด เมื่อจะลุกจากที่นอน ให้ผู้ป่วยเลื่อนตัวมาที่ขอบเตียงด้านเดียวกับขาข้างที่ทำผ่าตัด แล้วใช้ข้อศอกยันตัวลุกขึ้นนั่ง พร้อมทั้งค่อยๆ หมุนตัว และยกขาข้างที่ทำผ่าตัดลงมาจากเตียงก่อน แล้วตามด้วยขาข้างดี โดยต้องให้ขาข้างที่ทำผ่าตัดอยู่ในท่ากางออกเล็กน้อยตลอดเวลา (รูปที่ 10)



รูปที่ 10 การขึ้นและลุกจากเตียงนอน

ที่มา: <https://www.orthobethesda.com/post-operative-care-hip.html>

สืบค้นเมื่อวันที่ 20 สิงหาคม 2565

4. การเดินด้วยวอล์คเกอร์ ผู้ป่วยต้องจับวอล์คเกอร์ให้มั่นคง เมื่อจะเดิน ให้ยกวอล์คเกอร์ไปทางด้านหน้า แล้วก้าวขาข้างที่ทำผ่าตัดนำไปก่อน หลังจากนั้นจึงก้าวขาข้างดีตามไป โดยเดินลงน้ำหนักตามคำแนะนำของแพทย์ (รูปที่ 11)



รูปที่ 11 การเดินด้วยวอล์คเกอร์

ที่มา: <https://www.orthobethesda.com/post-operative-care-hip.html>

สืบค้นเมื่อวันที่ 20 สิงหาคม 2565

5. การเดินด้วยไม้ค้ำยันรักแร้ ผู้ป่วยต้องยืนทรงตัวให้ดี และจับไม้ค้ำยันรักแร้ให้มั่นคง แล้วจึงยกไม้ค้ำยันรักแร้ทั้ง 2 ข้าง พร้อมก้าวขาข้างที่ทำผ่าตัดออกไปทางด้านหน้าในระนาบเดียวกัน หลังจากนั้น จึงก้าวขาข้างดีตามไปให้เลยไม้ค้ำยันรักแร้ไปเล็กน้อย โดยลงน้ำหนักตัวที่ขาข้างดี เมื่อทรงตัวดีแล้ว จึงก้าวเดินต่อไป (รูปที่ 12)



รูปที่ 12 การเดินด้วยไม้ค้ำยันรักแร้

ที่มา: <https://www.orthobethesda.com/post-operative-care-hip.html>

สืบค้นเมื่อวันที่ 20 สิงหาคม 2565

6. การขึ้นลงบันได หากจำเป็นต้องขึ้นลงบันได ให้ผู้ป่วยใช้มือข้างหนึ่งจับราวบันได และมืออีกข้างหนึ่งจับวอล์คเกอร์หรือไม้ค้ำยันรักแร้ โดยขณะขึ้นบันได ให้ผู้ป่วยก้าวขาข้างดีนำขึ้นไปก่อน แล้วจึงก้าวขาข้างที่ทำผ่าตัดตามขึ้นไป พร้อมวอล์คเกอร์หรือไม้ค้ำยันรักแร้ แต่เมื่อจะลงบันได ให้ผู้ป่วยใช้วอล์คเกอร์หรือไม้ค้ำยันรักแร้นำลงมาก่อน แล้วจึงก้าวขาข้างที่ทำผ่าตัด แล้วตามด้วยขาข้างดี (รูปที่ 13)

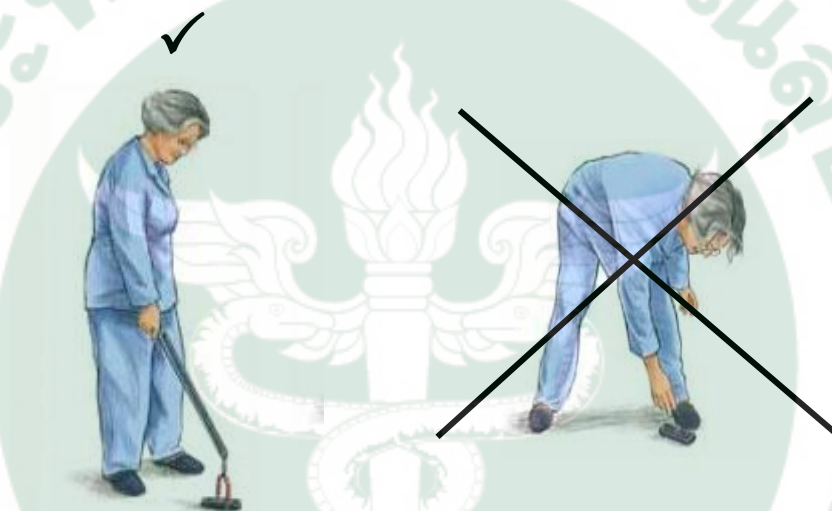


รูปที่ 13 การขึ้นลงบันได

ที่มา: <https://www.orthobethesda.com/post-operative-care-hip.html>

สืบค้นเมื่อวันที่ 20 สิงหาคม 2565

7. การหยิบของที่พื้น ควรใช้ไม้หนีบเอนกประสงค์ที่มีด้ามยาว (reacher) หรือเหยียดขาข้างที่ผ่าตัดออกไปทางด้านหลัง โดยย่อขาข้างดีลง แล้วจึงเก็บของ ห้ามก้มตัวลงโดยเด็ดขาด (รูปที่ 14)



รูปที่ 14 การหยิบของที่พื้น

ที่มา: <https://www.orthobethesda.com/post-operative-care-hip.html>

สืบค้นเมื่อวันที่ 20 สิงหาคม 2565

กรมการแพทย์

โรงพยาบาลเลิดสิน

ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน

3. โรคกระดูกพรุน และการป้องกันกระดูกหักซ้ำ

3.1 โรคกระดูกพรุน (Osteoporosis)

โรคกระดูกพรุน เป็นภาวะที่ร่างกายมีมวลกระดูกลดลง ร่วมกับการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างและความแข็งแรงของกระดูก ทำให้เกิดกระดูกหักง่าย แบ่งได้เป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ โรคกระดูกพรุนแบบปฐมภูมิ และโรคกระดูกพรุนแบบทุติยภูมิ โดยโรคกระดูกพรุนแบบทุติยภูมินี้ มีสาเหตุจากโรคต่างๆ ในร่างกาย เช่น โรคของระบบต่อมไร้ท่อ โรคของระบบทางเดินอาหาร และโรคของระบบเม็ดเลือด เป็นต้น โรคกระดูกพรุนมีผลทำให้เสี่ยงต่อการเกิดกระดูกหัก ทำให้เกิดความทุพพลภาพ และเสียชีวิตได้

พยาธิสภาพ

ร่างกายของมนุษย์มีกระบวนการในการปรับแต่งกระดูก(bone remodeling) ซึ่งเป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นตามธรรมชาติ และดำเนินไปอย่างต่อเนื่องตลอดชีวิต กระบวนการนี้มีความสำคัญต่อการคงความแข็งแรงของกระดูก โดยการสร้างเนื้อกระดูกขึ้นใหม่เพื่อทดแทนเนื้อกระดูกที่เสื่อมสภาพ หรือปรับแต่งกระดูกให้เหมาะกับการใช้งาน โดยจะมีการสลายเนื้อกระดูกออก แล้วทดแทนด้วยเนื้อกระดูกใหม่ ในกรณีที่เกิดความไม่สมดุลระหว่างการสลายเนื้อกระดูก และการสร้างเนื้อกระดูกใหม่ทดแทนในกระบวนการปรับแต่งกระดูก ก็จะทำให้เกิดการสูญเสียมวลกระดูกจนก่อให้เกิดโรคกระดูกพรุนได้ในที่สุด กระบวนการปรับแต่งกระดูกนี้ เกิดขึ้นจากการทำงานร่วมกันของเซลล์กระดูกหลายชนิด โดยอยู่ภายใต้ การควบคุมของฮอร์โมนชนิดต่างๆ สารควบคุมการเจริญเติบโต (growth factors) และไซโตไคน์ (cytokine) หลายชนิด รวมไปถึงระบบประสาทส่วนกลาง และระบบประสาทอัตโนมัติ ดังนั้น หากมีความผิดปกติของระบบควบคุมเหล่านี้ ก็จะทำให้สูญเสียสมดุลของกระบวนการนี้จนทำให้เกิดโรคกระดูกพรุนได้

ปัจจัยที่มีผลต่อโรคกระดูกพรุน

โรคกระดูกพรุนเป็นโรคที่มีความซับซ้อน มีปัจจัยทั้งด้านพันธุกรรม และสิ่งแวดล้อมหลายชนิดที่เกี่ยวข้อง ซึ่งปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดโรคกระดูกพรุน มีดังนี้

1. ลักษณะทางพันธุกรรม โดยมีผลทั้งต่อความหนาแน่นของกระดูก ลักษณะรูปร่างของกระดูก เมตาบอริซึมของกระดูก การผลิตเปลี่ยนกระดูก และความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ

2. ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ที่มีผลต่อการสะสมมวลกระดูก และการสูญเสียเนื้อกระดูก ระหว่างกระบวนการปรับแต่งกระดูก ซึ่งได้แก่

2.1 การไม่ได้รับแคลเซียมที่เพียงพอ โดยเฉพาะในวัยเด็กและวัยรุ่น ซึ่งเป็นวัยที่มีความสำคัญต่อการสะสมมวลกระดูก

2.2 การใช้ยาที่ใช้ในการรักษาโรคโดยยานี้มีผลต่อการลดความหนาแน่นของกระดูก เช่น ยาสเตียรอยด์ ยารักษาโรคไขข้ออักเสบ โรคหอบหืด โรคหัวใจ และโรคความดันโลหิต เป็นต้น

2.3 การสูบบุหรี่ หรือดื่มสุราเป็นประจำ

2.4 การลดลงของฮอร์โมนเอสโตรเจนของหญิงวัยหมดประจำเดือน ทำให้ประสิทธิภาพในการดูดซึมแคลเซียมในร่างกายลดลง

2.5 การไม่เคลื่อนไหว หรือออกกำลังกาย จะมีผลให้เกิดการสูญเสียมวลกระดูก

2.6 การขาดวิตามินดี เพราะวิตามินดีมีความสำคัญในการช่วยดูดซึมแคลเซียมไปใช้

อาการและอาการแสดง

ผู้ป่วยโรคกระดูกพรุนมักไม่แสดงอาการ โดยทั่วไปผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตได้ตามปกติ แต่อาจพบว่าความสูงของร่างกายลดลงจากตอนหนุ่มสาว และจะรู้ว่าเป็นโรคกระดูกพรุนก็ต่อเมื่อมีภาวะกระดูกหักจากแรงกระแทกที่ไม่รุนแรงเกิดขึ้น และมารับการรักษาที่โรงพยาบาล

การวินิจฉัย

การวินิจฉัยโรคกระดูกพรุน สามารถทำได้ดังนี้

1. การตรวจหาความหนาแน่นของกระดูก (Bone Mineral Density, BMD) ด้วยเครื่อง Dual Energy X-ray Absorption (DXA) ซึ่งเป็นวิธีที่มีความแม่นยำสูง ใช้เวลาในการสแกนน้อย คือ ประมาณ 20 นาที ปริมาณรังสีที่เข้าสู่ร่างกายในขณะสแกนต่ำ ไม่สร้างความเจ็บปวดแก่ผู้ป่วย เป็นวิธีที่ใช้ประกอบการวินิจฉัยเพื่อการรักษาได้ดี เนื่องจากสามารถตรวจพบภาวะกระดูกพรุนได้ ตั้งแต่ระยะแรกเริ่มของโรค โดยค่า BMD ของคนปกติจะอยู่ที่ มากกว่า -1.0 คน ที่มีภาวะกระดูกบาง (Osteopenia) จะมีค่า BMD อยู่ระหว่าง -1.0 ถึง - 2.5 และผู้ป่วยโรคกระดูกพรุนมีค่า BMD น้อยกว่า - 2.5 ผลการตรวจ BMD นี้ ไม่ได้ใช้เพื่อยืนยันว่าผู้ป่วยเป็นโรคกระดูกพรุนแล้วเท่านั้น แต่ยังสามารถใช้เป็นค่าพื้นฐาน (baseline) ในการประเมินผลการรักษาต่อไปในอนาคต รวมทั้งใช้บอกความเสี่ยงต่อการเกิดกระดูกหักซ้ำ และตำแหน่งที่มีความเสี่ยงได้ด้วย โดยสามารถตรวจ BMD ซ้ำได้ทุก 2 ปี แต่วิธีนี้ไม่เหมาะที่จะนำไปใช้คัดกรองในประชากรทั้งหมด เนื่องจากไม่มีความคุ้มค่า

2. การคำนวณค่าความเสี่ยงสัมบูรณ์ต่อการเกิดกระดูกหัก

การคำนวณค่าความเสี่ยงสัมบูรณ์ต่อการเกิดกระดูกหักนี้ เกิดจากการรวบรวมข้อมูลจากการศึกษาแบบ population-based cohort 9 ชิ้นจากทั่วโลก โดยคัดเลือกปัจจัยเสี่ยงของการเกิดกระดูกหัก ที่เป็นอิสระต่อความหนาแน่นของกระดูก แล้วนำมาสร้างเครื่องมือทำนายความเสี่ยงต่อการเกิดกระดูกหัก ในช่วงเวลา 10 ปี (ten year probability of fracture) โดยเรียกว่า Fracture Risk Assessment Tool (FRAX tool) ซึ่งประกอบด้วยปัจจัยเสี่ยง 10 ตัวแปร ดังนี้ 1) เพศ 2) อายุ 3) ดัชนีมวลกาย (Body Mass Index, BMI) 4) ประวัติเคยมีกระดูกหักจากโรคกระดูกพรุน (previous fragility fracture) 5) ประวัติบิดาหรือมารดามีกระดูกสะโพกหัก 6) การสูบบุหรี่จนถึงปัจจุบัน 7) เคยได้รับยาสเตียรอยด์ในระยะยาว (ได้รับยาเพรดนิโซโลนมากกว่าหรือเท่ากับ 5 มิลลิกรัม หรือเทียบเท่า เป็นระยะเวลาตั้งแต่ 3 เดือนขึ้นไป) 8) โรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ 9) มีสาเหตุอื่น ๆ ของโรคกระดูกพรุนทุติยภูมิ (secondary osteoporosis) และ 10) ดัชนีแอลกอฮอล์ ตั้งแต่ 3 หน่วยขึ้นไป (1 หน่วย เท่ากับแอลกอฮอล์ 8 กรัม) ซึ่งจะรายงานผลออกมา 2 ค่า คือ ความน่าจะเป็นในการเกิดกระดูกหักที่สำคัญ (major osteoporotic fracture) โดยใช้ค่าที่มากกว่า หรือเท่ากับร้อยละ 20 และความน่าจะเป็นในการเกิดกระดูกสะโพกหัก (hip fracture) โดยใช้ค่าที่มากกว่า หรือเท่ากับร้อยละ 3

การรักษา

การรักษาโรคกระดูกพรุน แบ่งได้เป็น 2 แบบ ดังนี้

1. การรักษาโดยไม่ใช้ยา ประกอบด้วย

1.1 การออกกำลังกาย โดยการมีแรงเชิงกล (mechanical loading) ซึ่งจะช่วยกระตุ้นการสร้างกระดูกใหม่ และยับยั้งการสลายกระดูก

1.2 การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ได้แก่ การงดสูบบุหรี่ และการงดดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ การหลีกเลี่ยงการใช้ยาที่ทำให้เกิดกระดูกพรุน การได้รับแคลเซียม และวิตามินดีที่เพียงพอ โดยควรได้รับแคลเซียม 1,200 มิลลิกรัมต่อวัน จากอาหารที่รับประทาน และควรได้รับวิตามินดี 800 - 1,000 International Unit (IU) ต่อวัน

2. การรักษาด้วยยา

มูลนิธิโรคกระดูกพรุนแห่งประเทศไทย ได้ให้คำแนะนำในการรักษาด้วยยาตามข้อบ่งชี้ ดังนี้

2.1 ข้อบ่งชี้หลัก สำหรับผู้หญิงวัยหมดประจำเดือน และผู้ชายอายุมากกว่า 50 ปี ให้การรักษาด้วยยาเมื่อมีข้อบ่งชี้อย่างน้อย 1 ข้อดังนี้

2.1.1 มีกระดูกสันหลังหรือกระดูกสะโพกหัก อันเนื่องมาจากภัยอันตรายที่ไม่รุนแรง

2.1.2 ตรวจความหนาแน่นกระดูกด้วยเครื่อง DXA ที่บริเวณ lumbar spine, femoral neck หรือ total hip แล้วพบว่ามีความ T-score น้อยกว่า หรือเท่ากับ -2.5

2.2 ข้อบ่งชี้รอง กรณีที่ยังไม่มีกระดูกสันหลังหรือสะโพกหัก และค่า T-score อยู่ในช่วงเกณฑ์ กระดูกบาง (osteopenia) คือ น้อยกว่า -1.0 แต่ มากกว่า -2.5 ที่ตำแหน่ง lumbar spine, femoral neck หรือ total hip ควรให้การรักษาเมื่อมีปัจจัยด้านล่างร่วมด้วยอย่างน้อย 1 ข้อ ได้แก่

2.2.1 มีกระดูกหักอย่างน้อย 1 แห่ง ในตำแหน่งหลักอื่นๆ เช่น กระดูกข้อมือ กระดูกต้นแขน หรือกระดูกข้อเท้า เป็นต้น โดยเกิดจากภัยอันตรายที่ไม่รุนแรง ภายหลังอายุ 40 ปี

2.2.2 รับประทาน glucocorticoid ในขนาดที่เทียบเท่า prednisolone 7.5 มิลลิกรัม นานกว่า 3 เดือน

2.2.3 มีโรคที่ทำให้เกิดภาวะ secondary osteoporosis เช่น เบาหวาน ไทรอยด์ หรือข้ออักเสบรูมาตอยด์ เป็นต้น

2.2.4 ค่า FRAX แบบไม่ใช้ BMD ได้ 10 year probability of hip fracture มากกว่าร้อยละ 3 หรือ 10 year probability of other major osteoporotic fracture มากกว่าร้อยละ 20

2.2.5 มีปัจจัยเสี่ยงเหล่านี้ตั้งแต่ 2 ข้อขึ้นไป ได้แก่ 1) เป็นผู้หญิงอายุมากกว่า หรือเท่ากับ 65 ปี หรือผู้ชายอายุมากกว่า หรือเท่ากับ 70 ปี 2) ดัชนีมวลกายน้อยกว่า 19 กิโลกรัม/ตารางเมตร 3) ประวัติบิดามารดามีกระดูกสะโพกหักจากโรคกระดูกพรุน 4) หมดประจำเดือนก่อนอายุ 45 ปี 5) สูบบุหรี่จัด และ 6) ดื่มสุราเป็นประจำ

กรณีไม่สามารถตรวจ DXA ได้ ควรให้รักษาเมื่อมีข้อบ่งชี้ดังต่อไปนี้

1. มีกระดูกสันหลัง หรือกระดูกสะโพกหัก
2. มีกระดูกหักที่ตำแหน่งอื่นๆ จากภัยอันตรายที่ไม่รุนแรง ในผู้หญิงที่มีอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไป หรือผู้ชายที่มีอายุตั้งแต่ 70 ปี ขึ้นไป ร่วมกับกรณีใดกรณีหนึ่งต่อไปนี้ 1) ภาพถ่ายรังสีพบภาวะกระดูกบางโดยการวินิจฉัยจากรังสีแพทย์ 2) FRAX score แบบไม่ใช้ BMD ได้ 10 year probability of hip fracture มากกว่า หรือเท่ากับร้อยละ 3 หรือ 10 year probability of other major osteoporotic fracture มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 20

สำหรับยารักษาโรคกระดูกพรุนนั้น สามารถแบ่งตามกลไกการออกฤทธิ์ได้เป็น 3 ชนิด คือ

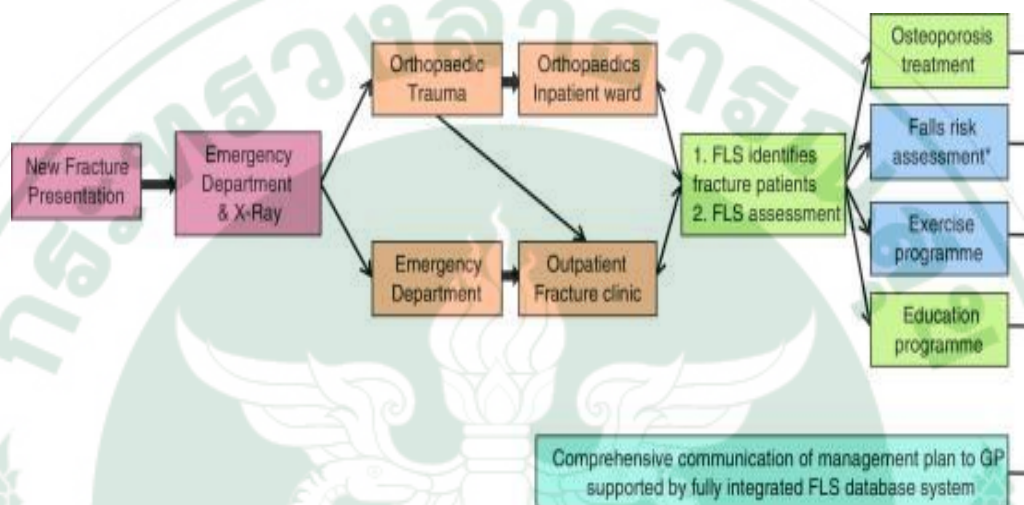
1. ยากลุ่มลดการสลายเนื้อกระดูก (antiresorptive drugs) ได้แก่ bisphosphonate ฮอร์โมนเอสโตรเจน Estrogen agonist/antagonist หรือ Selective Estrogen Receptor Modulators (SERMS), Calcitonin, Denosumab และแคลเซียม
2. ยาเพิ่มการสร้างเนื้อกระดูก ได้แก่ ฮอร์โมนพาราไทรอยด์ (Teriparatide, PTH 1-84)
3. ยาที่ออกฤทธิ์ทั้งเพิ่มการสร้างและลดการสลายเนื้อกระดูก ได้แก่ Strontium และวิตามินดี

การรักษาโรคกระดูกพรุนด้วยยา จะต้องให้การรักษาด้วยยาแคลเซียม และวิตามินดี ร่วมด้วย เนื่องจากแคลเซียม และวิตามินดีมีความสำคัญต่อการคงความสมบูรณ์แข็งแรงของกระดูก และนอกจากนั้น การเลือกวิธีการรักษาด้วยยา ยังต้องคำนึงถึงกลไกการออกฤทธิ์ของยา และอาการข้างเคียงของยาที่อาจเกิดขึ้นด้วย

การรักษาโรคกระดูกพรุนจำเป็นต้องเลือกวิธีการรักษาที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย การรักษาด้วยยาจะต้องกระทำร่วมกับการรักษาโดยไม่ใช้ยาเสมอ เนื่องจากการรักษาโรคกระดูกพรุนโดยไม่ใช้ยา เป็นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ช่วยส่งเสริมให้การรักษาด้วยยาได้ผลอย่างเต็มที่ ดังนั้น บุคลากรพยาบาล จึงควรทำความเข้าใจเกี่ยวกับโรค วิธีการรักษา และการป้องกัน เพื่อที่จะสามารถให้คำแนะนำ และให้การพยาบาลได้อย่างถูกต้อง

3.2 การป้องกันกระดูกหักซ้ำ

การป้องกันไม่ให้เกิดกระดูกหักซ้ำในผู้ป่วยสูงอายุที่มีกระดูกสะโพกหักเป็นสิ่งที่สำคัญ เนื่องจากผู้ป่วยในกลุ่มนี้เป็นผู้ป่วยที่มีการลดลงทั้งมวลกระดูก และคุณภาพกระดูก ร่วมกับเคยมีกระดูกหักจากโรคกระดูกพรุนมาก่อน จึงมีโอกาสสูงมากที่จะเกิดกระดูกหักซ้ำได้อีก ระบบการดูแลเพื่อป้องกันกระดูกหักซ้ำวิธีหนึ่งที่ได้ มีการนำไปทดลองปฏิบัติแล้วพบว่าได้ผลดี ได้แก่ ระบบที่เรียกว่า Fracture Liaison Service (FLS) ที่ได้รับการพัฒนาขึ้นในประเทศสกอตแลนด์ (รูปที่ 15) ซึ่งระบบนี้จะดำเนินการในลักษณะที่มีการจัดตั้งทีมบุคลากร ที่จะมาช่วยกันดูแลผู้ป่วยที่มีกระดูกหักจากโรคกระดูกพรุน ตามแนวทางปฏิบัติที่ร่วมกันจัดทำขึ้น โดยมีผู้ประสานงาน (fracture liaison coordinator) ซึ่งส่วนใหญ่มักเป็นพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาในการป้องกันกระดูกหักซ้ำอย่างถูกต้องจากผู้เชี่ยวชาญสาขาต่างๆ ได้แก่ แพทย์ออร์โธปิดิกส์ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านผู้สูงอายุ แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว พยาบาลออร์โธปิดิกส์ โภชนากร เภสัชกร นักกายภาพบำบัด ฯลฯ



รูปที่ 15 โครงสร้าง Fracture Liaison Service ในประเทศสกอตแลนด์
ที่มา: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23589162>
สืบค้นเมื่อวันที่ 20 สิงหาคม 2565

3.2.1 แนวทางการดำเนินงานระบบการดูแลเพื่อป้องกันกระดูกหักซ้ำ

แนวทางการดำเนินงานระบบการดูแลเพื่อป้องกันกระดูกหักซ้ำ มีดังนี้

1. การกำหนดขั้นตอน และแนวทางปฏิบัติ ให้ครอบคลุมประเด็นสำคัญ 3 ประการ (3i) ได้แก่ การระบุผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมาย (identification) การตรวจวินิจฉัย (investigation) และการดูแลรักษา (intervention)
2. กำหนดเป้าหมาย และขอบเขตของการปฏิบัติ
3. เลือกผู้ป่วยที่จะเป็นกลุ่มเป้าหมาย โดยอาจเริ่มจากผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักที่เป็นผู้ป่วยในก่อน แล้วค่อยขยายไปยังกลุ่มผู้ป่วยอื่น
4. กำหนดวิธีการตรวจวินิจฉัย ได้แก่ วิธีการประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดกระดูกหัก การตรวจความหนาแน่นของกระดูก รวมทั้งการตรวจประเมินเพื่อค้นหาโรคกระดูกพรุนแบบทุติยภูมิ
5. กำหนดแนวทางการดูแลรักษา ได้แก่
 - 5.1 การให้แคลเซียม วิตามินดี และการใช้ยารักษาโรคกระดูกพรุน
 - 5.2 การประเมินความเสี่ยงต่อการหกล้ม
 - 5.3 การฝึกการบริหารร่างกาย
 - 5.4 การให้ความรู้ในการป้องกันการหกล้ม

3.2.2 สาเหตุของการเกิดกระดูกหักซ้ำ

สาเหตุของการเกิดกระดูกหักซ้ำในผู้ป่วยสูงอายุที่มีกระดูกสะโพกหัก ได้แก่ การหกล้ม (fall) ทั้งนี้เนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มนี้เป็นผู้ที่มีภาวะกระดูกพรุนอยู่แล้ว ดังนั้น เมื่อได้รับแรงกระแทกเพียงเล็กน้อยจากการหกล้ม จึงทำให้เกิดกระดูกหักง่าย ร่วมกับการหกล้มเป็นหนึ่งในกลุ่มอาการของผู้สูงอายุ ที่บุคลากรทางการแพทย์ต้องให้ความสำคัญ และหาวิธีการป้องกันไม่ให้เกิดซ้ำ

การหกล้มในผู้สูงอายุมีปัจจัยต่างๆ เกี่ยวข้องมากมาย ทั้งปัจจัยภายในตัวผู้ป่วยเอง และปัจจัยภายนอก ซึ่งปัจจัยที่ทำให้เกิดความเสี่ยงต่อการหกล้ม มีดังต่อไปนี้

1. ปัจจัยภายใน ได้แก่

1.1 อายุ ซึ่งมีความสัมพันธ์โดยตรงกับจำนวนครั้ง และระดับความรุนแรงของการหกล้ม เนื่องจากอายุที่เพิ่มขึ้น มีผลทำให้สมรรถภาพทางกายลดลง เช่น การเคลื่อนไหวร่างกาย และการทรงตัว เป็นต้น

1.2 เพศ ในเพศหญิงมีการหกล้มมากกว่าเพศชาย เนื่องจากข้อจำกัดทางด้านสรีระที่เพศหญิงด้อยกว่า เช่น ความหนาแน่นของกล้ามเนื้อ และมวลกระดูก รวมทั้งลักษณะกิจวัตรประจำวัน และการดำเนินชีวิตที่เป็นปัจจัยเสริมให้เพศหญิงหกล้มได้บ่อยกว่าเพศชาย

1.3 โรคประจำตัว ได้แก่

1.3.1 โรคระบบกระดูก กล้ามเนื้อและข้อ โดยเฉพาะที่ขา เช่น ข้อเสื่อม ข้ออักเสบ ข้อผิดรูป เป็นต้น ที่ทำให้มีอาการปวดขณะเดิน

1.3.2 โรคระบบประสาท และสมอง เช่น โรคพาร์กินสัน และโรคหลอดเลือดสมอง เป็นต้น ซึ่งจะมีผลต่อการทรงตัว และการรับรู้

1.3.3 โรคระบบหัวใจและหลอดเลือด เช่น ภาวะความดันโลหิตต่ำจากการเปลี่ยนท่า หรือการได้รับการรักษาโรคในกลุ่มนี้ด้วยยาที่มีผลทำให้หกล้ม

1.4 กล้ามเนื้ออ่อนแรง จากการฝ่อลีบ และมีจำนวนลดลง

1.5 การทรงตัว และการเดินบกพร่อง

1.6 ระบบการรับรู้ความรู้สึกผิดปกติ ประกอบด้วย

1.6.1 ระบบการทรงตัวที่อยู่ในหูชั้นใน โดยความสัมพันธ์ระหว่างการเคลื่อนไหวของศีรษะกับการเคลื่อนไหวของร่างกายจะเสื่อมลงเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ ทำให้ผู้สูงอายุเกิดอาการเซได้ง่าย

1.6.2 ระบบการมองเห็น ผู้สูงอายุจะมีการเปลี่ยนแปลงในการมองเห็น โดยที่ความคมชัดจะลดลง รวมทั้งการรับรู้มิติความลึกของภาพ และความไวในการปรับสายตาสายตาในที่มืด นอกจากนั้น ลานสายตาจะแคบลง และมีโรคทางสายตาร่วมด้วย

1.6.3 ระบบการรับรู้ความรู้สึกทางกาย ผู้สูงอายุจะรับรู้ความรู้สึกทางกาย การรับรู้ตำแหน่ง และการรับรู้การเคลื่อนไหวของข้อลดลง

1.7 การบกพร่องของการรู้คิด ทำให้ไม่สนใจสิ่งแวดล้อม ไม่มีปฏิกิริยาตอบสนองต่อเหตุการณ์ต่าง ๆ ตอบสนองช้า หรือตอบสนองไม่เหมาะสม

1.8 การกลืนปัสสาวะไม่ได้ ทำให้ต้องลุกไปปัสสาวะบ่อย ๆ จึงทำให้เพิ่มความเสี่ยงต่อการหกล้ม

1.9 พฤติกรรมเสี่ยงในการดำเนินชีวิต เช่น การสวมใส่รองเท้าที่ไม่เหมาะสม การสวมถุงเท้าเดินในบ้าน ซึ่งทำให้มีโอกาสหกล้มได้ หรือการดื่มสุราหรือของมึนเมา ที่ทำให้สูญเสียการทรงตัว เป็นต้น

1.10 มีประวัติเคยหกล้ม ผู้สูงอายุที่เคยหกล้ม 1 ครั้งขึ้นไป มีความเสี่ยงที่จะหกล้มซ้ำถึง 3 เท่า

1.11 การรับประทานยาที่มีความสัมพันธ์กับการหกล้ม เช่น ยาจิตเวช ยารักษาหัวใจเต้น ผิดจังหวะ ยาลดความดันโลหิต ยาแก้ปวด และยานอนหลับ เป็นต้น

2. ปัจจัยภายนอก ได้แก่

2.1 สภาพแวดล้อมไม่ปลอดภัยทั้งในบริเวณบ้าน และชุมชน เช่น ทางลาดเอียง พื้นลื่น มีสิ่งกีดขวางทางเดิน พื้นต่างระดับ ไม่มีราวจับ แสงสว่างไม่เพียงพอ หรือมีสัตว์เลี้ยง เป็นต้น

2.2 ไม่มีอุปกรณ์ช่วยเดิน หรือมีแต่ไม่ใช้ นอกจากนั้น อุปกรณ์ช่วยเดินที่มีอาจไม่เหมาะสม หรือชำรุด

2.3 เสื้อผ้า หรือรองเท้าที่สวมใส่ไม่เหมาะสม เช่น เสื้อผ้าที่มีความยาวมากเกินไปอาจทำให้สะดุดหกล้ม หรือรองเท้าที่ไม่กระชับเท้า ไม่มีสายรัดส้นเท้า หรือพื้นรองเท้าลื่นและลื่น ทำให้หกล้มได้เช่นกัน

3.2.3 การประเมินความเสี่ยงต่อการหกล้ม

การประเมินความเสี่ยงต่อการหกล้ม มีวัตถุประสงค์เพื่อนำผลการประเมินมาวางแผนการดูแล ป้องกัน และให้คำแนะนำเพื่อไม่ให้เกิดการหกล้ม การประเมินควรประเมินอย่างต่อเนื่องตามสภาพและอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย

การประเมินความเสี่ยงต่อการหกล้ม ควรประเมินในประเด็นต่างๆ ดังนี้

1. การซักประวัติเกี่ยวกับรายละเอียดของการหกล้ม ประกอบด้วย สถานที่ที่หกล้ม ลักษณะการหกล้ม กิจกรรมที่ทำขณะหกล้ม และจำนวนครั้งของการหกล้ม

2. การตรวจร่างกาย ประกอบด้วย การรับรู้ ลักษณะและท่าทางในการทรงตัว และการเดิน กำลังกล้ามเนื้อ และการเคลื่อนไหวของข้อที่บริเวณแขนและขา ตรวจเท้าและรองเท้า ประเมินการมองเห็น และตรวจวัดสัญญาณชีพ

3. การประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และประเมินการใช้อุปกรณ์ช่วยเดิน

4. ประเมินสภาพแวดล้อมที่บ้าน

5. ประเมินภาวะกระดูกพรุน และความเสี่ยงต่อการเกิดกระดูกหัก

การประเมินความเสี่ยงต่อการหกล้ม อาจใช้เครื่องมือสำเร็จรูปในการประเมิน เช่น เครื่องมือประเมินความเสี่ยงต่อภาวะหกล้มในชุมชน (Thai Fall Risk Assessment Tool, Thai - FRAT) หรือเครื่องมืออื่น ๆ ที่มีการพัฒนาจากหลายสถาบัน แต่ยังไม่มียาเครื่องมือใดที่เป็นมาตรฐานขึ้นอยู่กับบริบทและความเหมาะสมของการนำมาใช้

3.2.4 แนวทางการป้องกันกระดูกหักซ้ำ

เนื่องจากการหกล้มเป็นสาเหตุสำคัญของการเกิดกระดูกหักซ้ำ ดังนั้น การป้องกันการหกล้มจึงเป็นวิธีการป้องกันไม่ให้เกิดกระดูกหักซ้ำนั่นเอง การป้องกันการหกล้มในผู้ป่วยแต่ละรายควรต้องพิจารณาจากผลการประเมินความเสี่ยงต่อการหกล้มของผู้ป่วยรายนั้นๆ จึงจะเป็นการป้องกันได้อย่างตรงประเด็นปัญหา ซึ่งการป้องกันการหกล้มที่เรียงตามระดับความสำคัญ มีดังนี้

1. ปรับสภาพแวดล้อมของบ้านให้ปลอดภัย ได้แก่

1.1 บริเวณพื้นบ้านไม่ควรปูพรม เสื่อ หรือผ้ายารองพื้น และควรเก็บของให้เรียบร้อย ไม่วางของ หรือมีสายไฟกีดขวางทางเดิน

1.2 หลีกเลี่ยงการใช้พรมเช็ดเท้า หรือเลือกใช้พรมเช็ดเท้าที่มียางกันลื่น

1.3 เก็บของที่ใช้บ่อยไว้ในที่ที่หยิบง่าย หลีกเลี่ยงการเอื้อม หรือการปีนป่าย

1.4 ดูแลพื้นห้องน้ำไม่ให้ลื่น โดยแยกส่วนเปียกและส่วนแห้ง และใช้ผ้าเช็ดพื้นปูทับบนพื้นห้องน้ำ

1.5 ติดตั้งราวจับในห้องน้ำ หรือมีผู้ดูแลช่วยเหลือขณะเข้าห้องน้ำ

1.6 ไฟในห้องนอนควรอยู่ในตำแหน่งที่เปิดง่าย หรืออาจใช้โคมไฟหัวเตียง เพื่อให้ไม่ต้องลุกเดินไปเปิดไฟ

1.7 ทางเดินในบ้านควรมีแสงสว่างเพียงพอ โดยเฉพาะทางเดินจากเตียงนอนไปห้องน้ำ

1.8 ตรวจสอบความแข็งแรงของพื้นบริเวณทางเดิน บันได ราวจับ ให้มีความแข็งแรงอยู่เสมอ

1.9 ระวังสัตว์เลี้ยงหรือเด็กเล็ก ที่อาจทำให้ผู้สูงอายุสะดุด หรือเสียการทรงตัว

2. ออกกำลังกายเพื่อเพิ่มกำลังกล้ามเนื้อ เพิ่มความยืดหยุ่นของร่างกาย และฝึกการทรงตัว โดยควรปฏิบัติ ดังนี้

2.1 ออกกำลังกายเพื่อเพิ่มความยืดหยุ่นของร่างกาย ทั้งกล้ามเนื้อแขนและขาและข้อต่อต่าง ๆ

2.2 ออกกำลังกายเพื่อเพิ่มกำลังกล้ามเนื้อ โดยการใช้ดัมเบลล์น้ำหนัก หรือการฝึกลุกยืนโดยใช้น้ำหนักตัวเป็นแรงต้าน ควรเริ่มด้วยการเคลื่อนไหวช้าๆ แล้วค่อยๆ เพิ่มขึ้นตามความสามารถของผู้ป่วย

2.3 การฝึกการทรงตัว ควรฝึกในท่าการก้าวเดินไปในทิศทางต่างๆ หากเป็นท่ายืน ควรลดความกว้างของฐานการยืนจากกว้างให้ค่อยๆ แคบลง ฝึกการถ่วงน้ำหนักระหว่างขา 2 ข้าง โดยควรทำอย่างน้อย 2 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ และต่อเนื่อง 6 เดือน จึงจะเห็นผล

3. ให้วิตามินดีเสริม อย่างน้อย 700 - 1,000 IU ต่อวัน

4. ทบทวนการใช้ยา โดยงดหรือลดการใช้ยาที่เสี่ยงต่อการหกล้มและลดจำนวนยาที่ใช้ให้เหลือเฉพาะที่จำเป็น

5. แก้ไขปัญหาเรื่องการมองเห็น และการได้ยิน

6. แก้ไขปัญหาเรื่องความดันโลหิตลดต่ำจากการเปลี่ยนท่าทาง และการเป็นลมหมดสติจากการเคลื่อนไหวศีรษะ ในรายที่หกล้มบ่อยโดยไม่ทราบสาเหตุ

7. เลือกรองเท้าที่เหมาะสม ควรเป็นรองเท้าส้นเตี้ยและขอบมน พื้นรองเท้าควรมีดอกยาง เพื่อให้พื้นรองเท้าสามารถเกาะติดกับพื้นได้ดีขึ้น ป้องกันการลื่นหกล้ม และควรเป็นรองเท้าหุ้มส้น โดยส่วนที่ หุ้มส้น และข้อเท้าควรมีความแข็งแรงพอสมควร เพื่อเป็นการพยุงข้อเท้าทำให้ทรงตัวได้ดีขึ้น รองเท้าควรมีหน้ากว้าง เพื่อให้นิ้วเท้าสามารถเคลื่อนไหวได้สะดวก พื้นรองเท้าด้านหน้าควร เชิดขึ้นจากพื้นเล็กน้อย เพื่อให้เดิน ได้มั่นคง และป้องกันการสะดุดเท้าตัวเองและรองเท้าควรปรับ ขนาดได้ เช่น รองเท้าผ้าใบ เนื่องจากขนาดเท้าของคนเราจะเปลี่ยนแปลงไปในแต่ละช่วงของวัน

8. แก้ไขความผิดปกติของเท้า เช่น ตาปลา นิ้วเท้าเอียงผิดรูป หรือมีบาดแผลที่เท้า เป็นต้น

9. ใช้อุปกรณ์ช่วยเดินที่เหมาะสม

10. ให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการหกล้มแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแล รวมทั้งสร้างความตระหนัก ถึงภาวะแทรกซ้อน และอันตรายที่เป็นผลมาจากการหกล้ม

การป้องกันกระดูกหักซ้ำในผู้ป่วยสูงอายุที่มีกระดูกสะโพกหักนั้น จำเป็นที่จะต้องอาศัย การประสานการดูแลของทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการประเมิน วินิจฉัย รักษา และป้องกันได้อย่างครอบคลุม การป้องกันการหกล้มด้วยวิธีการต่างๆ เป็นสิ่งที่จะช่วยป้องกันไม่ ให้ผู้ป่วยเกิดกระดูกหักซ้ำได้ ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

3.3 การพยาบาล

การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะกระดูกพรุน และการป้องกันกระดูกหักซ้ำ มีดังนี้

1. ประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดกระดูกหักซ้ำ ได้แก่

1.1 การประเมินสภาพร่างกายผู้ป่วย ประกอบด้วย การประเมินการรับรู้ การมองเห็น การได้ยินความสามารถในการทรงตัวและการเดิน กำลังกล้ามเนื้อ และการเคลื่อนไหวข้อต่อต่างๆ

1.2 การซักประวัติเกี่ยวกับโรคประจำตัว และการรับประทานยาที่อาจมีผลทำให้หกล้ม

1.3 ซักถามข้อมูลเกี่ยวกับสภาพแวดล้อมที่บ้าน ผู้ดูแล และเศรษฐฐานะของผู้ป่วย

2. ให้คำแนะนำ และฝึกเกี่ยวกับการบริหารร่างกายให้กับผู้ป่วยและผู้ดูแล โดยต้องปรึกษา แพทย์ในรายที่มีโรคประจำตัว และควรคำนึงถึงความเหมาะสมของสภาพร่างกาย ซึ่งการบริหาร ร่างกายเพื่อป้องกันกระดูกหักซ้ำจากการหกล้มที่เหมาะสมกับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อ สะโพกเทียม ได้ดัดแปลงจาก Otago exercise program to prevent falls in older adults; Otago Medical School (2003) และยากันล้ม คู่มือป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ มูลนิธิ สถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุ (ม.ป.ท.) โดยแบ่งการบริหาร เป็น 2 ระยะ ดังนี้

2.1 ทำบริหารในระยะแรกของการพักฟื้น ประกอบด้วยทำบริหาร 5 ท่า ได้แก่

2.1.1 ทำการบริหารเพื่อยืดกล้ามเนื้อ และฝึกความยืดหยุ่นของข้อ ประกอบด้วย

2.1.1.1 ทำบริหารข้อเท้า ทำโดยยกขาขวาขึ้นจากพื้น กระดกปลาย เท้าเข้าหาตัว จากนั้นกระดกปลายเท้าลง ทำซ้ำ 10 ครั้ง (รูปที่ 16)



รูปที่ 16 ทำบริหารข้อเท้า

ที่มา: Otago exercise program to prevent falls in older adults; Otago Medical School
สืบค้นเมื่อวันที่ 20 สิงหาคม 2565

2.1.2 การฝึกความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ ประกอบด้วย

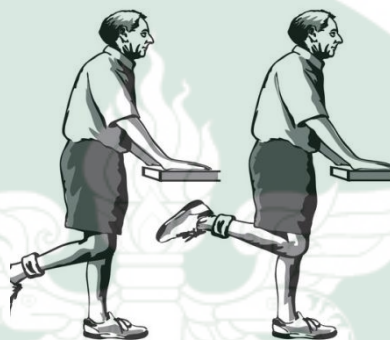
2.1.2.1 ทำบริหารกล้ามเนื้อต้นขาด้านหน้า ทำโดยนั่งบนเก้าอี้ที่มีพนักพิงหลัง ยกเท้าขวาขึ้นจากพื้นให้ข้อเข่าเหยียด และค่อย ๆ วางเท้าลง ทำซ้ำ 10 ครั้ง แล้วจึงเปลี่ยนข้าง ทำเช่นเดียวกัน (รูปที่ 17)



รูปที่ 17 ทำบริหารกล้ามเนื้อต้นขาด้านหน้า

ที่มา: Otago exercise program to prevent falls in older adults; Otago Medical School
สืบค้นเมื่อวันที่ 20 สิงหาคม 2565

2.1.2.2 ท่าบริหารกล้ามเนื้อต้นขาด้านหลัง ทำโดยยืนหันหน้าเข้าหาโต๊ะ หรือ ราวจับ ยกขาข้างที่ผ่าตัดขึ้นจากพื้นจนส้นเท้าแตะบริเวณก้น จากนั้นวางเท้าลง ทำซ้ำ 10 ครั้ง (รูปที่ 18)



รูปที่ 18 ท่าบริหารกล้ามเนื้อต้นขาด้านหลัง

ที่มา: Otago exercise program to prevent falls in older adults; Otago Medical School
สืบค้นเมื่อวันที่ 20 สิงหาคม 2565

2.1.2.3 ท่าบริหารสะโพกด้านข้าง ทำโดยยืนหันข้างให้โต๊ะหรือราวจับ ยกขาข้างที่ผ่าตัดออกทางด้านข้าง ในลักษณะที่เท้าลอยขึ้นจากพื้น และขาเหยียดตรง และลดเท้าลงวางที่เดิม ทำซ้ำ 10 ครั้ง (รูปที่ 19)



รูปที่ 19 ท่าบริหารสะโพกด้านข้าง

ที่มา: Otago exercise program to prevent falls in older adults; Otago Medical School
สืบค้นเมื่อวันที่ 20 สิงหาคม 2565

การฝึกความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ ในรูปที่ 17 - 19 นี้ ควรเริ่มจากการไม่ถ่วงน้ำหนัก ก่อน เมื่อแข็งแรงขึ้นจึงค่อยนำอุปกรณ์มาถ่วงน้ำหนักที่บริเวณข้อเท้า

ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน

สำหรับวิธีการทำอุปกรณ์ถ่วงน้ำหนักนั้น ทำได้โดยการนำถุงเท้ากีฬาแบบยาวมารัดด้วยหนังยาง ห่างจากบริเวณส่วนปลายเท้าประมาณ 3 นิ้ว แล้วจึงบรรจุด้วยทราย ข้าวสาร หรือเมล็ดถั่วให้มีน้ำหนักระหว่าง 0.5 - 1 กิโลกรัม ยาวประมาณ 6 นิ้ว การบรรจุไม่ควรให้แน่นจนเกินไป แล้วใช้หนังยางอีกเส้นรัดปิดเพื่อป้องกันไม่ให้อุปกรณ์บรรจุอยู่ภายในถุงเท้าไหลออกมา แล้วจึงนำอุปกรณ์ถ่วงน้ำหนักนี้ไปมัดไว้บริเวณข้อเท้าข้างที่บริหาร เพื่อเพิ่มแรงต้านช่วยให้กล้ามเนื้อมีความแข็งแรงยิ่งขึ้น

2.1.3 การฝึกการทรงตัวและฝึกเดิน ประกอบด้วย

2.1.3.1 ทำยืนขาเดียว แบบมีราวจับ ทำโดย ยืนตรงหันข้างเข้าหาโต๊ะหรือราวจับ ใช้มือจับราวจับให้มั่นคง ยกขาข้างที่ทำผ่าตัดขึ้น และยืนด้วยขาข้างที่ไม่ได้ทำผ่าตัดนาน 10 วินาที แล้ววางเท้าลง (รูปที่ 20)



รูปที่ 20 ทำยืนขาเดียว แบบมีราวจับ

ที่มา: Otago exercise program to prevent falls in older adults; Otago Medical School
สืบค้นเมื่อวันที่ 20 สิงหาคม 2565

ในระยะแรกหลังผ่าตัด ผู้ป่วยอาจบริหารร่างกายในรูป 18, 19 และ 20 ได้เฉพาะขาข้างที่ไม่ได้ทำผ่าตัด เมื่อแพทย์อนุญาตให้ลงน้ำหนักขาข้างที่ทำผ่าตัดได้แล้วผู้ป่วยจึงจะสามารถบริหารขาได้ทั้ง 2 ข้าง

2.2 ทำบริหารในระยะหลังของการพักฟื้น ซึ่งผู้ป่วยจะได้รับพิจารณาโดยแพทย์ เมื่อผู้ป่วยมาพบแพทย์ตามนัด ประกอบด้วยท่าบริหาร 7 ท่า ได้แก่

2.2.1 ท่าลุกจากเก้าอี้ โดยใช้ 2 มือพยุง ทำโดยนั่งบนเก้าอี้ที่มีความสูงพอเหมาะ แข็งแรง มีพนักพิง และมีที่เท้าแขน เลื่อนเท้าไปทางด้านหลังเข้าเล็กน้อย ค่อยๆ โน้มตัวไปด้านหน้า พร้อมทั้งใช้มือ 2 ข้างจับที่เท้าแขนช่วยพยุงตัวขึ้นยืน ทำซ้ำ 10 ครั้ง (รูปที่ 21)

ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน



รูปที่ 21 ท่าลุกจากเก้าอี้ โดยใช้ 2 มือพยุง

ที่มา: Otago exercise program to prevent falls in older adults; Otago Medical School
สืบค้นเมื่อวันที่ 20 สิงหาคม 2565

2.2.2 ท่าลุกจากเก้าอี้ โดยใช้มือเดียวพยุง ทำโดยนั่งบนเก้าอี้ที่มีความสูงพอเหมาะ มั่นคง แข็งแรง มีพนักพิง และมีที่เท้าแขน เลื่อนเท้าไปทางด้านหลังเข้าเล็กน้อย แล้วค่อยๆ โน้มตัวไปด้านหน้า พร้อมทั้งใช้มือข้างเดียวจับที่เท้าแขนช่วยพยุงตัวขึ้นยืน ทำซ้ำ 10 ครั้ง (รูปที่ 22)



รูปที่ 22 ท่าลุกจากเก้าอี้ โดยใช้มือเดียวพยุง

ที่มา: Otago exercise program to prevent falls in older adults; Otago Medical School
สืบค้นเมื่อวันที่ 20 สิงหาคม 2565

2.2.3 ท่าลุกจากเก้าอี้ โดยไม่ใช้มือพยุง ทำโดยนั่งบนเก้าอี้ที่มีความสูงพอเหมาะ แข็งแรง มีพนักพิง และมีที่เท้าแขน เลื่อนเท้าไปทางด้านหลังเข้าเล็กน้อย แล้วค่อยๆ โน้มตัวไปด้านหน้าพร้อมทั้งลุกขึ้นยืน โดยไม่ใช้มือช่วยพยุง ทำซ้ำ 10 ครั้ง (รูปที่ 23)



รูปที่ 23 ท่าลุกจากเก้าอี้ โดยไม่ใช้มือพยุง

ที่มา: Otago exercise program to prevent falls in older adults; Otago Medical School
สืบค้นเมื่อวันที่ 20 สิงหาคม 2565

2.2.4 ท่ายืนต่อเท้าแบบมีราวจับ ทำโดยยืนตรงหันข้างเข้าหาราวจับ ใช้มือจับราวให้มั่นคง เอาเท้าข้างหนึ่งไปวางต่อข้างหน้าเท้าอีกข้างหนึ่ง ให้เป็นเส้นตรง และค้างท่านี้ไว้ 10 วินาที จากนั้นเปลี่ยนข้าง โดยเอาเท้าที่อยู่ข้างหลังไปวางข้างหน้าให้เป็นเส้นตรง และค้างท่าไว้ 10 วินาที (รูปที่ 24)



รูปที่ 24 ท่าการยืนต่อเท้า แบบมีราวจับ

ที่มา: Otago exercise program to prevent falls in older adults; Otago Medical School
สืบค้นเมื่อวันที่ 20 สิงหาคม 2565

2.2.5 ท่าเดินต่อเท้า แบบมีราวจับ ทำโดยยืนตรงหันข้างเข้าหาราวจับ ใช้มือจับราวให้มั่นคง ค่อยๆ เริ่มเดินโดยก้าวเท้าไปไว้ข้างหน้า ในลักษณะปลายเท้าต่อส้นเท้า และเดินเช่นนี้ไปเรื่อย ๆ จนครบ 10 ก้าว จากนั้นกลับหลังหัน ใช้มือขวาจับราวเดินต่อเท้ากลับอีก 10 ก้าว ทำซ้ำ 10 ครั้ง (รูปที่ 25)



รูปที่ 25 ท่าการเดินต่อเท้า แบบมีราวจับ

ที่มา: Otago exercise program to prevent falls in older adults; Otago Medical School
สืบค้นเมื่อวันที่ 20 สิงหาคม 2565

2.2.6 ท่าเดินด้วยปลายเท้าแบบมีราวจับ ทำโดย ใช้มือจับราวให้มั่นคง ค่อยๆ ยกส้นเท้าขึ้น จนยืนด้วยปลายเท้า จากนั้นเดินด้วยปลายเท้าไป 10 ก้าว และค่อยๆ ลดส้นเท้าลง กลับหลังหันซ้ำ ๆ แล้วเดินด้วยปลายเท้า พร้อมใช้มือจับราวกลับไปยังจุดเริ่มต้น 10 ก้าว และค่อยๆ ลดส้นเท้าลง ทำซ้ำ 10 ครั้ง (รูปที่ 26)



รูปที่ 26 ท่าการเดินด้วยปลายเท้า แบบมีราวจับ

ที่มา: Otago exercise program to prevent falls in older adults; Otago Medical School
สืบค้นเมื่อวันที่ 20 สิงหาคม 2565

ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน

2.2.7 ท่าเดินด้วยส้นเท้าแบบมีราวจับ ทำโดย ใช้มือจับราวให้มั่นคง ค่อยๆ ยกปลายเท้าขึ้นจนยืนด้วยส้นเท้า จากนั้นเดินด้วยส้นเท้าไป 10 ก้าว และค่อยๆ ลดปลายเท้าลง กลับหลังหันช้าๆ แล้วเดินด้วยส้นเท้าพร้อมใช้มือจับราวกลับไปยังจุดเริ่มต้น 10 ก้าว และค่อยๆ ลดปลายเท้าลง ทำซ้ำ 10 ครั้ง (รูปที่ 27)



รูปที่ 27 ท่าการเดินด้วยส้นเท้า แบบมีราวจับ

ที่มา: Otago exercise program to prevent falls in older adults; Otago Medical School
สืบค้นเมื่อวันที่ 20 สิงหาคม 2565

3. แนะนำผู้ป่วยให้เห็นความสำคัญของภาวะโภชนาการ ที่มีผลต่อความแข็งแรงของกระดูก โดยทั่วไปผู้ป่วยควรได้รับสารอาหารที่สำคัญ ๆ ดังนี้

3.1 แคลเซียม มีมากในนม และผลิตภัณฑ์จากนม ปลาซาร์ดีน ผักกาดเขียว ถั่ว งา เต้าหู้เหลือง และข้าวกล้อง

3.2 วิตามินดี มีมากในนม ไข่แดง ปลาซาร์ดีน เห็ดหอม และน้ำมันพืช

3.3 โปรตีน ควรรับประทานโปรตีนที่ได้จากพืช เช่น ถั่วเหลือง และโปรตีนที่ได้จากสัตว์ ในปริมาณที่พอ ๆ กัน ปริมาณโปรตีนที่แนะนำต่อวัน คือ โปรตีน 1 กรัมต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม

4. แนะนำผู้ป่วยให้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพื่อป้องกันกระดูกพรุน ดังนี้

4.1 งดสูบบุหรี่ และงดดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

4.2 ไม่ควรดื่มกาแฟมากกว่า 2 แก้วต่อวัน

4.3 งดรับประทานอาหารรสเค็มจัด

4.4 รับแสงแดดอ่อน ๆ ในช่วงเช้าหรือเย็น ครั้งละ 10 - 15 นาที

4.5 ไม่ควรมีพฤติกรรมแบบนั่ง ๆ นอน ๆ ควรหากิจกรรมต่างๆ ทำ เช่น ทำงานบ้าน หรือทำกับข้าว เป็นต้น

5. แนะนำผู้ป่วยให้ปรับสภาพแวดล้อมที่บ้านให้ปลอดภัย ไม่มีสิ่งกีดขวางทางเดิน พื้นแห้ง ไม่ลื่น ไม่ควรมีพื้นต่างระดับ มีแสงสว่างเพียงพอ และมีราวจับ เพียงนอนควมมีที่กั้นเตียงกันตก

6. ผู้ป่วยควรสวมใส่เสื้อผ้าที่พอดีตัว ไม่ใหญ่หรือยาวเกินไป ส่วนรองเท้า ควรเป็นรองเท้าหุ้มข้อ หรือมีสายรัด พื้นรองเท้าเป็นแบบกันลื่น และสันเตี้ย

7. ผู้ป่วยที่มีความจำเป็นต้องรับประทานยาที่อาจมีผลทำให้หกล้ม ต้องเฝ้าระวัง และสังเกตอาการ หลังรับประทานยา รวมทั้งต้องเคลื่อนไหวหรือเปลี่ยนอิริยาบถช้าๆ และควรมีผู้ดูแลใกล้ชิด

8. ผู้ป่วยควรใช้อุปกรณ์ช่วยเดินตามที่แพทย์แนะนำ

ในการให้การพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุ พยาบาลควรตระหนักถึงความเสี่ยงที่ผู้ป่วยอาจเกิดภาวะกระดูกหักจากโรคกระดูกพรุน และจากการหกล้ม ซึ่งจะมีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยเป็นอย่างมาก และที่สำคัญยังอาจทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตอีกด้วย ดังนั้น พยาบาลควรมีความรู้เกี่ยวกับโรคกระดูกพรุน และการป้องกันการเกิดกระดูกหักซ้ำ เพื่อที่จะได้ให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง

4. ภาวะลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำส่วนลึก (Deep Vein Thrombosis: DVT)

Deep Vein Thrombosis (DVT) เป็นภาวะลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำลึกของร่างกาย มักเกิดขึ้นที่บริเวณต้นขาหรือน่อง ทำให้เกิดอาการปวด บวม หรือกดบริเวณขาแล้วรู้สึกเจ็บ แต่ในบางกรณี อาจไม่มีอาการใด ๆ แสดงให้เห็น Deep Vein Thrombosis อาจเป็นผลจากภาวะทางสุขภาพ การผ่าตัด หรือการได้รับอุบัติเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยไม่ได้เคลื่อนไหวร่างกายเป็นเวลานาน จึงทำให้เกิดการกดทับหรือหลอดเลือดดำได้รับความเสียหายจนทำให้เกิดลิ่มเลือดอุดตัน ทั้งนี้หากลิ่มเลือดหลุดไป อุดกั้นในปอด (Pulmonary Embolism) อาจเป็นอันตรายถึงชีวิตได้ DVT จึงเป็นภาวะรุนแรงที่ควรได้รับการรักษาอย่างเร่งด่วน

อาการของ Deep Vein Thrombosis

ผู้ป่วยกว่าครึ่งอาจไม่มีอาการใด ๆ แสดงให้เห็น แต่อาการที่พบได้บ่อยของผู้ป่วย Deep Vein Thrombosis ได้แก่

1. ปวด เป็นตะคริว หรือกดแล้วเจ็บบริเวณขาข้างใดข้างหนึ่ง มักเริ่มที่บริเวณน่อง บางกรณีอาจปวดขาทั้งสองข้างแต่พบได้น้อย

2. บริเวณขา ข้อเท้า หรือเท้ามีอาการบวม อาจมีอาการปวดร่วมด้วย

3. ผิวหนังบริเวณที่มีอาการอาจรู้สึกร้อนหรืออุ่นกว่าผิวหนังรอบ ๆ

4. ผิวหนังเปลี่ยนสี เช่น ผิวซีดลง เป็นสีแดงช้ำ หรือสีม่วง เป็นต้น

ผู้ป่วยบางรายอาจมีอาการลิ่มเลือดอุดตันบริเวณแขน (Upper Extremity DVT) ซึ่งอาจทำให้รู้สึกปวดคอ ปวดไหล่ ผิวหนังมีสีเขียวคล้ำ แขนและมือบวม อาการเจ็บปวดอาจลามจากต้นแขนมาสู่ปลายแขน หรือรู้สึกมืออ่อนแรงลง หากมีอาการใด ๆ ของ Deep Vein Thrombosis หรืออาการผิดปกติอื่นร่วมด้วย ควรรีบไปพบแพทย์ทันที เนื่องจากอาจเป็นสัญญาณอันตรายของการเกิดภาวะแทรกซ้อน

สาเหตุของ Deep Vein Thrombosis

Deep Vein Thrombosis เกิดจากลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำลึก ทำให้เลือดไม่ไหลเวียนไปเลี้ยงร่างกายได้ตามปกติ โดยมักเกิดการอุดตันบริเวณขา เขิงกราน หรือแขน ซึ่งการอุดตันของ ลิ่มเลือดเกิดได้จากหลายปัจจัยดังนี้

1. ความเสียหายของผนังหลอดเลือดจากการได้รับบาดเจ็บ เช่น การบาดเจ็บของกล้ามเนื้ออย่างรุนแรง หรือกระดูกหัก ทำให้หลอดเลือดตีบแคบหรืออุดตัน
2. การไม่ได้เคลื่อนไหวร่างกาย โดยเฉพาะการนั่งหรืออยู่ในอิริยาบถเดิมติดต่อกันเป็นเวลานาน อาจทำให้เลือดไปสะสมที่บริเวณขา การไหลเวียนของเลือดจะช้าลงและทำให้เกิดลิ่มเลือดขึ้น เช่น การนั่งเครื่องบินหรือเดินทางเป็นเวลานาน รวมทั้งผู้ป่วยอัมพาตและผู้ป่วยติดเตียงที่ไม่สามารถขยับตัวได้
3. ความเสียหายของหลอดเลือดระหว่างการผ่าตัด และการพักฟื้นหลังผ่าตัดโดยไม่มีการเคลื่อนไหวร่างกาย
4. การได้รับยาบางชนิด เช่น ยาคุมกำเนิด หรือการให้ฮอร์โมนทดแทน (Hormone Replacement Therapy) เป็นต้น
5. โรคผิดปกติทางพันธุกรรมบางโรคที่ทำให้เกิดการอุดตันของเลือดง่ายกว่าปกติ ซึ่งอาจเกิดร่วมกับปัจจัยอื่นที่ทำให้ลิ่มเลือดอุดตันในร่างกาย
6. ภาวะตั้งครรภ์ ซึ่งทำให้เกิดแรงกดทับที่หลอดเลือดดำบริเวณขาและเขิงกราน โดยเฉพาะหญิงที่ได้รับการถ่ายทอดความผิดปกติทางพันธุกรรม บางกรณีอาจมีอาการต่อเนื่องไปจนถึงหลังคลอด 3-6 สัปดาห์
7. โรคประจำตัวของผู้ป่วย เช่น โรคมะเร็ง โรคปอด โรคหัวใจ โรคที่เกี่ยวข้องกับกระเพาะปัสสาวะอักเสบ เป็นต้น

นอกจากนี้ ปัจจัยเสี่ยงอื่นที่อาจทำให้เกิด Deep Vein Thrombosis ได้แก่ ภาวะน้ำหนักเกินหรือโรคอ้วน การสูบบุหรี่ คนในครอบครัวหรือตนเองมีประวัติของโรคนี้มาก่อน และผู้ที่มีอายุมากกว่า 60 ปี

การวินิจฉัย Deep Vein Thrombosis

แพทย์จะวินิจฉัย Deep Vein Thrombosis โดยสอบถามอาการ ประวัติสุขภาพ และตรวจร่างกายเบื้องต้น ด้วยการตรวจดูบริเวณที่มีอาการปวดบวมหรือแดง นอกจากนี้ แพทย์อาจวินิจฉัยด้วยวิธีอื่นเพิ่มเติมขึ้นอยู่กับอาการและความรุนแรงของโรค ดังนี้

1. การอัลตราซาวด์ (Ultrasound) เป็นวิธีที่นิยมนำมาใช้ในการวินิจฉัยมากที่สุด โดยใช้คลื่นเสียงความถี่สูงเพื่อตรวจดูการไหลเวียนของเลือดและบริเวณที่หลอดเลือดดำเกิดการอุดตัน
2. การตรวจเลือดเพื่อหาค่าดีไดเมอร์ (D-Dimer) เป็นค่าที่บอถึงการมีลิ่มเลือดในหลอดเลือด หากมีค่าดีไดเมอร์สูงและมีปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรค อาจบ่งบอกว่าผู้ป่วยมีภาวะลิ่มเลือดอุดตัน
3. การฉีดสารทึบแสงเข้าไปในหลอดเลือดดำ (Venography) บริเวณเท้าหรือข้อเท้า และเอกซเรย์เพื่อดูความผิดปกติของหลอดเลือดดำ
4. การ CT Scan หรือ MRI เพื่อตรวจดูการอุดตันของหลอดเลือด

การรักษา Deep Vein Thrombosis

การรักษา Deep Vein Thrombosis จะเน้นไปที่การป้องกันลิ่มเลือดที่อุดตันขยายใหญ่ขึ้นหรือแตกออก เพราะอาจนำไปสู่ภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตราย อย่างโรคลิ่มเลือดอุดตันในปอด และลดความเสี่ยงในการเกิดโรคซ้ำอีกในภายหลัง โดยแพทย์อาจใช้วิธีการรักษาดังต่อไปนี้

การดูแลตนเอง

หลังจากวินิจฉัยว่าผู้ป่วยมีอาการของโรค Deep Vein Thrombosis แพทย์จะให้รับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดเพื่อบรรเทาอาการและลดความเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อน ร่วมกับการดูแลตนเองตามคำแนะนำต่อไปนี้

1. เคลื่อนไหวร่างกายและเปลี่ยนอิริยาบถบ่อย ๆ ในระหว่างวัน หากเป็นผู้ป่วยที่นอนพัก พยายามลุกขึ้นหลังการผ่าตัดก็ควรขยับร่างกายเพื่อช่วยให้เลือดไหลเวียนได้ดีขึ้น
2. ใช้เก้าอี้รองเพื่อหนุนขาให้สูงขึ้น ซึ่งจะช่วยให้เลือดบริเวณขาไหลเวียนได้ดีขึ้น
3. ใส่ถุงน่องซัพพอร์ท (Compression Stocking) เพื่อป้องกันอาการบวม ป้องกันการเกิดลิ่มเลือดอุดตัน และช่วยให้การไหลเวียนของเลือดดีขึ้น ทั้งนี้ควรเลือกขนาดที่พอดีและไม่รัดแน่นจนเกินไป โดยควรสวมใส่ตลอดเวลาและใช้ตามคำแนะนำของแพทย์
4. รับประทานยาตามที่แพทย์สั่งอย่างเคร่งครัด และควรสังเกตอาการเลือดออกหรือผลข้างเคียงอื่นที่อาจเกิดขึ้นหลังจากรับประทานยา ในกรณีที่รับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือด ควรแจ้งแพทย์ทุกครั้งเมื่อประสบอุบัติเหตุหรือแม้แต่การได้รับบาดเจ็บเล็กน้อย ๆ น้อย ๆ เนื่องจากอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคและผลข้างเคียงจากยาได้ง่ายขึ้น
5. ไปพบแพทย์ตามวันและเวลาที่นัดหมายอย่างสม่ำเสมอ เพื่อติดตามอาการหรือปรับวิธีการรักษา และหากได้รับยาว่าฟาริน (Warfarin) แพทย์อาจนัดหมายให้ผู้ป่วยมาตรวจเลือดเพื่อดูค่าการแข็งตัวของเลือด

การรักษาโดยใช้ยา

ยาต้านการแข็งตัวของเลือด (Anticoagulants) เป็นยาที่นิยมนำมาใช้รักษาภาวะ Deep Vein Thrombosis มากที่สุด ซึ่งผู้ป่วยอาจได้รับในรูปแบบยารับประทานหรือยาฉีด เพื่อลดการจับตัวกันของเลือดเป็นลิ่มเลือด แพทย์อาจฉีด Heparin เข้าทางหลอดเลือดดำ หรือฉีดยากลุ่มอนุพันธ์ LMWHs ได้ผิวหนัง เช่น Enoxaparin, Dalteparin หรือ Fondaparinux นอกจากนี้ แพทย์อาจให้ยาชนิดรับประทานแก่ผู้ป่วย เช่น Warfarin, Rivaroxaban หรือ Apixaban ซึ่งควรรับประทานอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลาอย่างน้อย 3-6 เดือน หรือตามที่แพทย์สั่ง เพื่อประสิทธิภาพของการรักษาและลดความเสี่ยงของการเกิดผลข้างเคียงจากยา

ในกรณีที่ลิ่มเลือดอุดตันในตำแหน่งสำคัญหรือสงสัยว่ามีลิ่มเลือดอุดตันที่ปอดร่วมด้วย แพทย์อาจให้ยาละลายลิ่มเลือด (Thrombolytics) ผ่านทางการฉีดเข้าสู่หลอดเลือดดำ หรือให้ผ่านทางท่อที่สอดเข้าไปเพื่อช่วยสลายลิ่มเลือดอุดตันได้โดยตรง เป็นวิธีที่มักใช้รักษาผู้ป่วยที่มีลิ่มเลือดอุดตันขนาดใหญ่ หรือใช้ในกรณีที่ผู้ป่วยมีอาการรุนแรงเท่านั้น เนื่องจากอาจทำให้เกิดผลข้างเคียงที่เป็นอันตราย

การวางตะแกรงกรองลิ่มเลือด (Filters)

ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือด แพทย์อาจใช้วิธีวางตะแกรงกรองลิ่มเลือดในหลอดเลือดดำใหญ่บริเวณหน้าท้อง (Vena Cava) เพื่อป้องกันลิ่มเลือดหลุดจากหลอดเลือดดำไปอุดตันหลอดเลือดแดงในปอด การรักษาด้วยการวางตะแกรงกรองลิ่มเลือดควรใช้ในระยะเวลาสั้นจนกว่าความเสี่ยงของการเกิดลิ่มเลือดอุดตันจะลดลง

การผ่าตัด

แพทย์อาจแนะนำให้ผู้ป่วยผ่าตัดเอาลิ่มเลือดที่อุดตันออกหากมีลิ่มเลือดขนาดใหญ่อุดตันในหลอดเลือด หรือมีอาการร้ายแรง อย่างลิ่มเลือดที่อุดตันไปทำลายเนื้อเยื่อบริเวณใกล้เคียง ในบางกรณีแพทย์อาจใช้บอลูนหรือขดลวดตาข่าย (Stent) ช่วยขยายหลอดเลือดชั่วคราวขณะผ่าตัด อย่างไรก็ตาม การผ่าตัดอาจทำให้เกิดผลข้างเคียงตามมาได้ เช่น การติดเชื้อ ความเสียหายของหลอดเลือด หรือเลือดออกหลังการผ่าตัด เป็นต้น

ภาวะแทรกซ้อนของ Deep Vein Thrombosis

ภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วย Deep Vein Thrombosis ที่พบได้บ่อยที่สุดคือ โรคลิ่มเลือดอุดตันในปอด ซึ่งเกิดจากลิ่มเลือดที่อุดตันบริเวณหลอดเลือดขาหลุดไปอุดตันหลอดเลือดปอด เป็นภาวะที่อาจเกิดขึ้นได้ทันทีหลังลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำหรืออาจเกิดขึ้นในภายหลัง โดยผู้ป่วยอาจพบอาการดังต่อไปนี้

1. เวียนศีรษะ
2. เหนื่อยออกมา
3. หายใจหอบถี่หรือหายใจลำบาก แม้ขณะพัก
4. หัวใจเต้นเร็วผิดปกติ
5. เจ็บหน้าอก โดยเฉพาะเมื่อไอ ก้มตัว หายใจเข้าลึก ๆ หรือรับประทานอาหาร โดยอาจรู้สึกเจ็บแปลบ รู้สึกปวดแสบร้อน หรือปวดตื้อ ๆ
6. ไอโดยไม่ทราบสาเหตุ หรือไอเป็นเลือด
7. Deep Vein Thrombosis อาจทำให้เกิดภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ ภาวะหัวใจล้มเหลว ความดันโลหิตในปอดสูง และอาจเป็นอันตรายถึงชีวิต จึงควรรีบไปพบแพทย์ทันที

นอกจากนี้ ผู้ป่วยอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนอื่น อย่างอาการหลังภาวะหลอดเลือดมีลิ่มเลือด (Post-Thrombotic Syndrome) ผู้ป่วยอาจมีอาการปวด บวม ผิวหนังมีสีคล้ำ มีแผลที่ผิวหนัง และเส้นเลือดขอด ซึ่งเป็นอาการที่ส่งผลกระทบต่อในระยะยาว

การป้องกัน Deep Vein Thrombosis

1. ไม่ควรนั่งไขว่ขา หรือนั่งในท่าเดิมเป็นเวลานาน หากเดินทางด้วยรถเป็นระยะทางไกล ควรพักจอดรถทุก 1 ชั่วโมง เพื่อเปลี่ยนอิริยาบถ เพื่อให้เลือดไหลเวียนได้ตามปกติ
2. ผู้ป่วยที่นอนพักฟื้นหลังการผ่าตัด ควรเคลื่อนไหวร่างกายเพื่อช่วยให้ร่างกายฟื้นตัวได้เร็ว และช่วยให้การไหลเวียนของเลือดดีขึ้น
3. ควบคุมน้ำหนักและระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสม โดยรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ และหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่
4. ไม่สวมเสื้อผ้าที่รัดแน่นจนเกินไป ควรเลือกเสื้อผ้าที่ใส่สบายและมีขนาดพอดีกับร่างกาย

5. โรคความดันโลหิตสูง

โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาทางด้านสาธารณสุขของประเทศ และเป็นโรคที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุ หากควบคุมอาการของโรคไม่ได้ จะทำให้เกิดความผิดปกติแก่ระบบต่างๆ ในร่างกาย ซึ่งเป็นภาระในด้านค่าใช้จ่าย และการดูแล

ความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ

โรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ นั้น หมายถึง การมีค่าความดันซิสโตลิกมากกว่าหรือเท่ากับ 140 มิลลิเมตรปรอท และค่าความดันไดแอสโตลิกมากกว่าหรือเท่ากับ 90 มิลลิเมตรปรอท โดยค่าเป้าหมายของระดับความดันโลหิตในผู้สูงอายุที่มีอายุอยู่ในช่วง 60 - 79 ปี คือ น้อยกว่าหรือเท่ากับ 140/90 มิลลิเมตรปรอท และผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 80 ปีขึ้นไป มีค่าเป้าหมายน้อยกว่าหรือเท่ากับ 150/90 มิลลิเมตรปรอท

กลไกการเกิดโรคความดันโลหิตสูง

การเกิดโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุนั้นแตกต่างจากในผู้ใหญ่ เนื่องจากมีปัจจัยที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา ได้แก่ การที่หลอดเลือดแดงตีบแข็งเนื่องจากมีไขมันอุดตัน ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของการเกิดโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ เมื่ออายุมากขึ้นผนังหลอดเลือดแดงจะมีการสะสมเนื้อเยื่อเกี่ยวพันและไขมัน และมีการตีตัวของกล้ามเนื้อเรียบมากขึ้น จึงทำให้ผนังหลอดเลือดแดงหนาและแข็งมากขึ้น โดยที่ความยืดหยุ่นลดลง ประกอบกับผนังหลอดเลือดมีการตอบสนองต่อระบบประสาทซิมพาเทติก และพาราซิมพาเทติกลดลง ทำให้ความสามารถในการหดตัวและคลายตัวลดลง และสูญเสียความสามารถในการหดตัวกลับ เมื่อได้รับแรงดันเลือดจากหัวใจ ทำให้หัวใจต้องทำงานมากกว่าปกติ ในการที่จะส่งเลือดไปเลี้ยงอวัยวะต่าง ๆ ทั่วร่างกาย

ทั้งนี้ ปัจจัยร่วมที่ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเหล่านี้ คือ การมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ถูกต้อง ได้แก่ การรับประทานอาหารที่มีโซเดียมและไขมันมากเกินไป การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ การมีน้ำหนักตัวเกิน และความเครียด โดยปัจจัยร่วมเหล่านี้ส่งผลให้มีการเพิ่มขึ้นของปริมาตรเลือดส่งออกจากหัวใจต่อนาทีทั้งสิ้น ทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น นอกจากนี้ โรคความดันโลหิตสูงยังอาจเกิดจากการมีโรคเรื้อรัง หรือภาวะผิดปกติอื่นๆ ที่ทำให้หัวใจทำงานเพิ่มขึ้น เช่น ภาวะโลหิตจางรุนแรง โรคเบาหวาน ภาวะไขมันในเลือดสูง โดยโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ มักมีความผิดปกติของค่าความดันซิสโตลิกเพียงอย่างเดียว

ผลกระทบจากโรคความดันโลหิตสูงต่อผู้สูงอายุ

เมื่อเกิดโรคความดันโลหิตสูงขึ้นแล้วจะส่งผลกระทบต่อผู้สูงอายุทางด้านร่างกายหลายประการ ดังนี้

1. เกิดภาวะหลอดเลือดแดงแข็งตัว ทำให้เกิดลิ้นเลือดทั้งที่หลอดเลือดหัวใจและหลอดเลือดสมอง
2. หัวใจทำงานผิดปกติจากหลอดเลือดหัวใจตีบ เกิดภาวะหัวใจวาย หลอดเลือดแดงโป่งพอง
3. เกิดโรคหลอดเลือดสมอง
4. เกิดภาวะแทรกซ้อนที่จอประสาทตา
5. การทำงานของไตเสื่อมสภาพ ทำให้ไตวาย

การรักษา

การรักษาโรคความดันโลหิตสูง เป็นการรักษาร่วมกันระหว่างการไม่ใช้ยากับการใช้ยา ซึ่งมีเป้าหมาย เพื่อลดการทำลายอวัยวะสำคัญ และป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตรายแก่ชีวิต

1. การรักษาโดยไม่ใช้ยา

การรักษาโดยไม่ใช้ยาจะมุ่งเน้นไปที่การปรับเปลี่ยนการดำเนินชีวิต ได้แก่ การลดน้ำหนัก การจำกัดปริมาณโซเดียม และลดอาหารที่มีไขมันอิ่มตัว การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ การจำกัดปริมาณแอลกอฮอล์ การงดสูบบุหรี่ และการลดความเครียด

2. การรักษาโดยยา

ยาที่ใช้รักษาโรคความดันโลหิตสูง แบ่งออกเป็น 5 กลุ่ม ดังนี้

2.1 กลุ่มยาขับปัสสาวะ ยาที่ใช้บ่อย ได้แก่ hydrochlorothiazide (HCTZ) โดยออกฤทธิ์ลดการดูดกลับของโซเดียม ผลข้างเคียง คือ หัวใจเต้นผิดจังหวะ

2.2 กลุ่ม beta-blockers เช่น propranolol, atenolol และ metoprolol ออกฤทธิ์ในการลดปริมาตรเลือดส่งออกจากหัวใจต่อนาที ผลข้างเคียง คือ หัวใจเต้นช้า

2.3 กลุ่ม angiotensin converting enzyme inhibitors (ACE inhibitors) เช่น captopril และ enalapril โดยออกฤทธิ์ทำให้หลอดเลือดขยายตัว ผลข้างเคียง คือ อาจมีอาการไอ

2.4 กลุ่ม angiotensin-II receptor blocker (ARB) เช่น losartan มีคุณสมบัติเหมือนยากกลุ่ม ACEI หลายประการ แต่ไม่ทำให้มีอาการไอ

2.5 กลุ่ม calcium channel blocker โดยออกฤทธิ์ปิดกั้นที่ช่องทางผ่านแคลเซียม ทำให้แคลเซียมจากภายนอกเข้าสู่เซลล์น้อยลง ทำให้หลอดเลือดแดงคลายตัว อัตราการเต้นและการบีบตัวของหัวใจลดลง แบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่

2.5.1 Dihydropyridine derivatives เช่น nifedipine และ amlodipine มีผลข้างเคียงคือ หัวใจเต้นเร็ว ปวดศีรษะ บวมบริเวณข้อเท้าและอาจทำให้เลือดที่ไปเลี้ยงหัวใจลดลงได้

2.5.2 Papaverine derivatives เช่น verapamil ผลข้างเคียง คือ หัวใจเต้นช้า ผิดปกติ

2.5.3 Benzothiazepine derivatives เช่น diltiazem ผลข้างเคียง คือ ปวดศีรษะวิงเวียน อ่อนแรง และบวมบริเวณข้อเท้า

ยาในกลุ่ม CCB นี้ จะถูกดูดซึมได้ถึงร้อยละ 90 ส่วนใหญ่จะถูกทำลายที่ตับ เมื่อใช้ยากกลุ่มนี้ร่วมกับยากกลุ่ม diuretic, beta-blockers, ACEI และ ARB จะสามารถควบคุมความดันโลหิตได้ดียิ่งขึ้น

การพยาบาล

การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะความดันโลหิตสูง มีดังนี้

1. แนะนำผู้ป่วยให้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภค ได้แก่

1.1 แนะนำให้ผู้ป่วยลด หรืองดรับประทานอาหารที่มีรสเค็ม เช่น น้ำปลา ซีอิ๊ว ไข่เค็ม ของหมักดอง อาหารสำเร็จรูปแช่แข็ง ซึ่งมักจะมีส่วนผสมของโซเดียม

1.2 หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารทอด หากเลี่ยงไม่ได้ควรใช้น้ำมันพืชในการประกอบอาหาร เช่น น้ำมันถั่วเหลือง น้ำมันดอกคำฝอย น้ำมันข้าวโพด น้ำมันรำข้าว เป็นต้น แต่ไม่ควรใช้น้ำมันมะพร้าวและน้ำมันปาล์ม เพราะให้พลังงานสูง ไม่ควรใช้น้ำมันจากสัตว์ เพราะเป็นไขมันชนิดอิ่มตัว ซึ่งจะทำให้หลอดเลือดอุดตัน

1.3 หลีกเลี่ยงอาหารที่ทำจากกะทิ หอยนางรม ไข่แดง อาหารที่มีมันมาก เช่น ข้าวขาหมู หรือหนังไก่ เป็นต้น

2. แนะนำให้ผู้ป่วยออกกำลังกายสม่ำเสมอ ให้เหมาะสมกับสภาพหัวใจ หลอดเลือด สภาพร่างกาย และสภาพแวดล้อม เช่น การเดินเร็ว วิ่งเหยาะ ขี่จักรยาน ว่ายน้ำ หรือแม้แต่การทำงานบ้าน เป็นต้น ทั้งนี้ต้องระวังไม่ออกกำลังกายอย่างหักโหม หรือมากเกินไป

3. งดบุหรี่ รวมทั้งหลีกเลี่ยงการสูดดมควันบุหรี่ที่ผู้อื่นสูดด้วย เพราะนิโคตินในบุหรี่ทำให้หลอดเลือดหดตัว ซึ่งทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น

4. หลีกเลี่ยงเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เพราะแอลกอฮอล์จะทำให้ความดันโลหิตสูงและหัวใจวายได้

5. หลีกเลี่ยงภาวะเครียดซึ่งจะทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น ควรทำจิตใจให้แจ่มใส หาวิธีผ่อนคลายความเครียด เช่น ออกกำลังกาย ผ่อนคลายกล้ามเนื้อ นั่งสมาธิ พักผ่อนให้เพียงพอ โดยเฉพาะนอนหลับให้สนิท ถ้ามีปัญหาหรือมีความเครียดสูงอาจต้องปรึกษานักจิตวิทยาหรือจิตแพทย์

6. แนะนำให้รับประทานยาอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ เพราะโรคนี้รักษาไม่หายขาด การรักษาอย่างสม่ำเสมอช่วยควบคุมภาวะโรคไม่ให้เป็นมากขึ้น หรือมีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้นน้อย หรือช้าที่สุด ให้คำแนะนำผู้ป่วยเกี่ยวกับผลข้างเคียงของยาโดยสังเขป ถ้ามีอาการผิดปกติจากผลข้างเคียงของยา ให้ผู้ป่วยรีบไปพบแพทย์ ไม่ควรหยุดยาเอง และไม่ควรซื้อยามารับประทานเอง

7. แนะนำผู้ป่วยให้ไปตรวจตามนัดทุกครั้ง

8. อธิบายให้ญาติหรือครอบครัวผู้ป่วยเข้าใจเกี่ยวกับโรค และการดูแลผู้ป่วยตามความเหมาะสม เพื่อให้ความช่วยเหลือและให้กำลังใจแก่ผู้ป่วย

โรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุมีความเกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงของหลอดเลือดที่ขาดความยืดหยุ่นเมื่ออายุมากขึ้น และการมีปัจจัยร่วมอื่นๆ ที่ทำให้ความดันโลหิตสูงกว่าปกติ บุคลากรพยาบาลควรมีความรู้ ความเข้าใจในกลไกการเปลี่ยนแปลง และปัจจัยส่งเสริมเหล่านี้ เพื่อที่จะให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง ทั้งในด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และการรับประทานยา ตลอดจนการเฝ้าระวังอาการข้างเคียงของยา เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากโรค และไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนต่ออวัยวะสำคัญของร่างกาย

บทที่ 3

ทฤษฎีการพยาบาลที่นำมาประยุกต์ใช้กับกรณีศึกษา

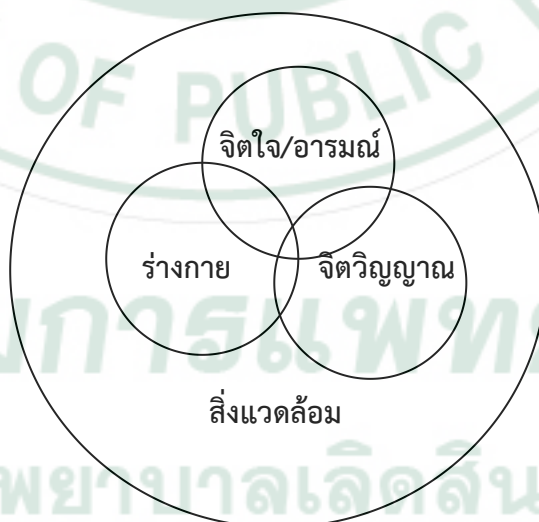
ในการศึกษาเรื่อง การดูแลผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักที่ทำผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมและมีภาวะแทรกซ้อนลิ่มเลือดอุดตันหลอดเลือดดำ ผู้เขียนได้นำแนวคิดที่เกี่ยวข้องมาใช้ในการพยาบาล ดังนี้

1. แนวคิดและหลักการประเมินสุขภาพแบบองค์รวม
2. การใช้กระบวนการพยาบาล
3. ทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม
4. กรอบแนวคิดแบบแผนสุขภาพของมาร์จอรี กอร์ดอน (Marjory Gordon)

1. แนวคิดและหลักการประเมินสุขภาพแบบองค์รวม

ตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ได้กำหนดคำนิยามของสุขภาพว่า หมายถึง ภาวะของมนุษย์ที่สมบูรณ์ทั้งทางร่างกาย ทางจิต ทางปัญญา และทางสังคม เชื่อมโยงกันเป็นองค์รวมอย่างสมดุล โดยปัญหาหมายถึงความรู้ทั่ว รู้เท่าทันและความเข้าใจอย่างแยกได้ในเหตุผลแห่งความดี ความชั่ว ความมีประโยชน์และความมีโทษ ซึ่งนำไปสู่ความมีจิตอันดีงามและเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่

จากแนวคิดที่กล่าวมา จะเห็นได้ว่า สุขภาพมีลักษณะเป็นองค์รวม ทุกส่วนเกี่ยวข้องกันและมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม สอดคล้องกับแนวคิดของคราเวนและไฮร์เนล (Craven & Hirnle, 2002) ดังรูปที่ 28



รูปที่ 28 แสดงความเกี่ยวพันขององค์รวม

ที่มา: Craven & Hirnle, 2002

สืบค้นเมื่อวันที่ 20 สิงหาคม 2565

กล่าวได้ว่า สุขภาพแบบองค์รวม (Holistic Health) หมายถึง ภาวะที่บุคคลมีความสามารถในการทำหน้าที่ทั้งด้านชีวจิตสังคมและจิตวิญญาณ โดยเชื่อมโยงกันเป็นองค์รวมอย่างสมดุล และสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างผาสุก มิได้จำกัดอยู่เพียงปราศจากโรคหรือความพิการเท่านั้น สุขภาพมีลักษณะเป็นองค์รวม ปฏิบัติการความสัมพันธ์ระหว่างร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณไม่สามารถแยกออกจากกันได้ และความสัมพันธ์ดังกล่าวต้องอยู่ในภาวะสมดุลเพื่อให้บรรลุเป้าหมายของสุขภาพ สุขภาพทุกมิติเป็นระบบที่เชื่อมโยงเกี่ยวข้องกัน ปัจจัยต่างๆ มีผลกระทบต่อระบบย่อยทั้งหมด ระบบสุขภาพต้องมุ่งเน้นเพื่อสร้างเสริมสุขภาพของคนทั้งมวล และส่งเสริมการมีส่วนร่วมของทุกฝ่ายในการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อประโยชน์ของบุคคล ชุมชนและสังคม

ความหมายของการประเมินสุขภาพ

การประเมินสุขภาพ (Health assessment) เป็นการรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพของผู้ใช้บริการต้องอาศัยทักษะและประสบการณ์หลายด้าน ทั้งด้านความรู้เกี่ยวกับโรค และกลุ่มอาการต่างๆ ความสามารถในการซักประวัติ การตรวจร่างกาย การสืบค้นข้อมูลต่างๆ การวิเคราะห์ปัญหาและวางแผนการดูแลผู้ป่วย และต้องอาศัยทักษะในการสร้างสัมพันธภาพและการคิดวิเคราะห์เพื่อให้ได้มาซึ่งข้อมูลที่ถูกต้องและตรงกับความเป็นจริง พยาบาลต้องใช้ทั้งคุณธรรม จริยธรรม ความรู้ เจตคติและการปฏิบัติ คำนึงถึงความเป็นองค์รวมของบุคคล

การประเมินสุขภาพเป็นการกำหนดภาวะสุขภาพของผู้ใช้บริการหรือความต้องการความช่วยเหลือที่สามารถกระทำได้ ซึ่งเป็นกระบวนการสำคัญและเป็นขั้นตอนแรกของกระบวนการพยาบาล การประเมินสุขภาพของบุคคล จำเป็นต้องประเมินสภาวะทางจิตใจ สังคม และจิตวิญญาณพร้อมกันไป

หลักการประเมินภาวะสุขภาพแบบองค์รวม

การประเมินสุขภาพเป็นทักษะพื้นฐานทางคลินิกซึ่งมีความสำคัญมาก ประกอบด้วย การซักประวัติ การตรวจร่างกาย และการตรวจทางห้องปฏิบัติการ การรวบรวมข้อมูลเพื่อประเมินสุขภาพดังนี้

1. การซักประวัติหรือสัมภาษณ์ เป็นข้อมูลพื้นฐานในการตัดสินระดับสุขภาพรวมทั้งปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ซึ่งการประเมินต้องครอบคลุมข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคล อาการสำคัญ ประวัติการเจ็บป่วย ปัจจุบัน ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต ประวัติการเจ็บป่วยของครอบครัวและปัญหาทางพันธุกรรม ข้อมูลด้านจิตสังคม ตลอดจนอาการที่ปกติและผิดปกติของระบบต่างๆ
2. การตรวจร่างกาย เป็นการรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับอาการแสดงต่างๆ ที่บ่งถึงความผิดปกติทางกาย ตลอดจนอารมณ์ และความรู้สึกของผู้ป่วยนอกเหนือจากการสัมภาษณ์ ซึ่งกระบวนการตรวจร่างกาย ประกอบด้วย การตรวจลักษณะทั่วไป และการตรวจร่างกายตั้งแต่ศีรษะจรดเท้า หรือตรวจร่างกายตามระบบ
3. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ เป็นการตรวจวินิจฉัยทางห้องปฏิบัติการต่างๆ ได้แก่ เลือด ปัสสาวะ สารคัดหลั่งและอื่นๆ เพื่อใช้ในการวินิจฉัยโรค

การประเมินสุขภาพแบบองค์รวม

เป็นการประเมินภาวะสุขภาพของบุคคลทั้งด้านสุขภาพทางกาย จิตสังคมและจิตวิญญาณ โดยคำนึงถึงความแตกต่าง ระหว่างบุคคล แบ่งเป็น 2 ประเภท ดังนี้

1. การประเมินสุขภาพทางกาย หมายถึงการตรวจสุขภาพโดยทั่วไป การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

2. การประเมินสุขภาพทางจิตสังคมและจิตวิญญาณ เป็นการประเมินสภาพจิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ โดยการสังเกต การสัมภาษณ์ การตรวจส่วนต่างๆ ซึ่งต้องอาศัยทักษะในการสร้างสัมพันธภาพ การสื่อสาร เพื่อให้เกิดความไว้วางใจในสภาพจิตใจ แบ่งเป็น 2 ประเภท

2.1 การประเมินด้านจิตสังคม (Psychosocial assessment) เป็นการประเมินสุขภาพด้านจิตใจ อารมณ์ และสังคมด้วยวิธีการสัมภาษณ์ การสังเกตพฤติกรรม และการประเมินด้านสังคม เป็นการประเมินผลกระทบทางจิตที่เกี่ยวข้องกับสังคม

การประเมินด้านจิตสังคมประกอบด้วย

- ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ อายุ อาชีพ
- แบบแผนการเผชิญปัญหา
- ความเข้าใจเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและผลกระทบที่เกิดจากความเจ็บป่วย
- บุคลิกภาพ
- การเปลี่ยนแปลงสำคัญในชีวิต
- ประวัติการเจ็บป่วยทางจิต
- การประเมินสภาพจิต

2.2 การประเมินด้านจิตวิญญาณ (Spiritual assessment) การประเมินสุขภาพด้านจิตวิญญาณ เป็นการประเมินลักษณะภายในที่มีผลต่อการแสดงออก ควรประเมินร่วมกับข้อมูลด้านจิตสังคม อาจใช้ The FICA method ของคริสตินา พูฮาลสกี (Christina Puhalski) ดังนี้

- F (Faith and Belief) เป็นการประเมินความศรัทธาและความเชื่อ
- I (Importance/Influence) สิ่งสำคัญในความเชื่อในชีวิตของบุคคล
- C (Community) ประเมินการมีส่วนร่วมในชุมชน
- A (Address in care) ประเมินความต้องการของผู้ป่วยที่ต้องการความช่วยเหลือ

2. การใช้กระบวนการพยาบาล (Nursing Process)

กระบวนการพยาบาลเป็นเครื่องมือที่สำคัญในการปฏิบัติการพยาบาล ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ได้แก่ การประเมินภาวะสุขภาพ การวินิจฉัยการพยาบาล การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาลและการประเมินผล การใช้กระบวนการพยาบาล เป็นการแก้ปัญหาสุขภาพของผู้รับบริการเป็นรายบุคคลแบบองค์รวมตามแนวทางวิทยาศาสตร์และเป็นการนำความรู้ทางทฤษฎีไปสู่การปฏิบัติบนพื้นฐานของการใช้เหตุผล การตัดสินใจและการแก้ไขปัญหาซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพการพยาบาล สร้างความเชื่อมั่นในการปฏิบัติงานมากขึ้น การปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้ กระบวนการพยาบาลเป็นการสร้างมาตรฐานคุณภาพทางการพยาบาล

ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน

ขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล

กระบวนการพยาบาล ประกอบด้วยขั้นตอนต่าง ๆ 5 ขั้นตอน คือ

1. การประเมิน (Assessment)

การประเมินเป็นขั้นตอนของการรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับผู้ใช้บริการอย่างเป็นระบบ เพื่อค้นหาปัญหาหรือความต้องการของผู้ใช้บริการ โดยพยาบาลมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ใช้บริการ ครอบครัว และบุคคลอื่นที่เกี่ยวข้อง กิจกรรมที่พยาบาลปฏิบัติในขั้นตอนนี้ ประกอบด้วย การจำแนกปัญหา (problem recognition) และการรวบรวมข้อมูล

การรวบรวมข้อมูลประกอบด้วยเนื้อหา (content) ของข้อมูล และกระบวนการ (process) ของการได้รับข้อมูล ชนิดของข้อมูลมีทั้งข้อมูลเชิงนามธรรม (subjective data) ซึ่งเป็นคำบอกเล่าหรือบรรยายถึงความต้องการ ความรู้สึก ความเชื่อ การรับรู้ และข้อมูลเชิงรูปธรรม (objective data) เป็นข้อมูลที่สามารถสังเกตหรือวัดได้ด้วยวิธีการต่าง ๆ ตามปกติแล้วข้อมูล เชิงนามธรรม และรูปธรรม มักจะสอดคล้องกัน เมื่อพยาบาลพบผู้ใช้บริการเป็นครั้งแรก อาจต้องประเมินผู้ใช้บริการ โดยเฉพาะในส่วนที่เป็นปัญหาสำคัญ และรวบรวมข้อมูลที่เฉพาะเจาะจงกับเรื่องนั้น ๆ และรวบรวมข้อมูลเรื่องอื่น ๆ เพิ่มเติมภายหลัง ดังนั้นจึงอาจต้องใช้เวลาในการรวบรวมข้อมูลหลายครั้งจึงจะสมบูรณ์

วิธีการรวบรวมข้อมูลมีหลายวิธี ซึ่งมักใช้ร่วมกัน ได้แก่ การสังเกต การซักประวัติ การสัมภาษณ์ การตรวจร่างกาย การตรวจทางห้องปฏิบัติการ เป็นต้น เมื่อได้ข้อมูลต่าง ๆ มาแล้ว พยาบาลต้องตรวจสอบความตรง (Validity) ของข้อมูลร่วมกับผู้ใช้บริการ พร้อมทั้งทำความเข้าใจในข้อมูลที่ยังไม่ชัดเจนหรือคลุมเครือ

2. การวินิจฉัย (Diagnosis)

การวินิจฉัยปัญหาเป็นขั้นตอนของการวิเคราะห์ และสังเคราะห์ข้อมูลต่างๆ ที่รวบรวมได้โดยอาศัยทักษะการตัดสินใจทางคลินิก (Clinical judgment) การคิดอย่างมีวิจารณญาณ (clinical thinking) ความสามารถย้อนรำลึก และนำความรู้ที่เกี่ยวข้องมาใช้แปลข้อมูล ซึ่งความรู้ทางคลินิก (clinical Knowledge) เป็นปัจจัยสำคัญประการหนึ่งที่ช่วยให้พยาบาลไวต่อข้อสำคัญหรือนัยของข้อมูล ช่วยให้เข้าใจข้อมูลและความสัมพันธ์ของข้อมูลที่ประกอบกันเป็นปัญหาของผู้ใช้บริการ

การวินิจฉัยปัญหาเป็นกระบวนการที่ประกอบด้วย การประมวลข้อมูล (data processing) การกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล การตรวจสอบข้อวินิจฉัย (validation) และการบันทึกข้อวินิจฉัย (documentation) การประมวลข้อมูลเป็นขั้นตอนการจัดหรือแยกประเภท (classification) ของข้อมูล ให้เป็นระบบ แปลความหมาย (interpretation) โดยระบุข้อมูลที่สำคัญเปรียบเทียบกับมาตรฐานหรือบรรทัดฐาน จัดกลุ่มข้อสำคัญ หรือนัยสำคัญ และสรุปลงความเห็น ตามหลักการของเหตุผล นอกจากนี้ยังต้องมีการตรวจสอบความตรง (Validation) ของการแปลข้อมูลดังกล่าวให้ตรงกับความเป็นจริง โดยอาจตรวจสอบกับผู้ใช้บริการหรือครอบครัว ปรีกษาหารือกับบุคลากรอื่นหรือเปรียบเทียบกับแหล่งข้อมูลต่าง ๆ เช่น ตำรา วารสาร การตรวจสอบดังกล่าวจะช่วยป้องกันความผิดพลาด และช่วยให้ทราบถึงข้อมูลที่ต้องการเพิ่มเติม ลักษณะของข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลจะแตกต่างกันไปขึ้นอยู่กับแนวคิด หรือทฤษฎีที่ใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาล อย่างไรก็ตาม ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลจะเป็นประโยชน์ในการสื่อสารระหว่างพยาบาล เจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพ และผู้ใช้บริการ รวมทั้งให้แนวทางในการเลือกวิธีการบำบัดและการประเมินผลการพยาบาล

3. การวางแผน (Planning)

การวางแผนเป็นขั้นตอนของการพัฒนากลยุทธ์เพื่อป้องกัน บรรเทาหรือแก้ไขปัญหาวินิจฉัยไว้ประกอบด้วยการจัดลำดับความสำคัญของปัญหา การตั้งเป้าหมายและการเลือกวิธีการบำบัดเพื่อให้บรรลุเป้าหมายนั้น

ผู้ให้บริการแต่ละรายมักมีปัญหที่ต้องการการพยาบาลหลายปัญหา แต่ในทางปฏิบัติอาจไม่จำเป็นต้องแก้ไขปัญหในเวลาเดียวกัน จึงต้องมีการจัดลำดับความสำคัญของปัญหา ซึ่งสามารถพิจารณาจากอันตรายที่จะเกิดแก่ผู้ให้บริการ หรือลำดับความต้องการของมนุษย์ กล่าวคือ ปัญหาที่คุกคาม หรือเป็นอันตรายต่อชีวิตมาก หรือปัญหาที่เป็นความต้องการขั้นพื้นฐานของมนุษย์ ควรมีความสำคัญลำดับต้น ๆ

การตั้งเป้าหมาย (goal) จะช่วยให้พยาบาลสามารถเลือกวิธีการบำบัด และประเมินผลความก้าวหน้าของผู้ให้บริการ ได้อย่างเหมาะสม เป้าหมายของการพยาบาลมี 2 ลักษณะคือเป้าหมายระยะสั้น (Short- term goal) ซึ่งบรรลุได้ในเวลาอันรวดเร็ว เป้าหมายระยะยาว (long- term goal) ซึ่งเป็นเป้าหมายที่ต้องใช้เวลายาวนาน หรืออาจเป็นเป้าหมายโดยรวมของการดูแลทั้งหมด

ลักษณะเป้าหมายของการพยาบาล ควรเป็นเป้าหมายเชิงผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ให้บริการ (client outcome) มีความเฉพาะเจาะจงสำหรับผู้ให้บริการแต่ละราย เป็นไปได้จริง บรรลุได้ และวัดได้ในขั้นตอนของการวางแผนยังต้องมีการเลือกวิธีการบำบัด (intervention) กิจกรรม(activity) และการปฏิบัติ (action) เพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ สำหรับปัญหาที่เกิดขึ้นแล้ว การบำบัดมักมุ่งไปที่การขจัด หรือลดผลกระทบจากสาเหตุของปัญหาเหล่านั้น ส่วนในปัญหาที่ยังไม่ปรากฏแต่มีโอกาสจะเกิดขึ้น การบำบัดของพยาบาลมักมุ่งที่การประเมินภาวะของผู้ให้บริการ เพื่อตรวจสอบ (monitor) ปัญหาและการป้องกัน หรือหลีกเลี่ยงการเกิดปัญหาดังกล่าว

การบำบัดทางการพยาบาลจำเป็นต้องอาศัยวิธีการหลาย ๆ วิธี และมักไม่เฉพาะเจาะจงกับข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ในขณะที่เดียวกันก็สามารถเลือกวิธีการบำบัดต่าง ๆ ที่หลากหลายมาใช้ในข้อวินิจฉัยทางการ เป็นทางเลือกต่าง ๆ ผลที่จะเกิดตามมา และเหตุผลรองรับเชิงวิทยาศาสตร์ นอกจากนี้ควรคำนึงความเป็นไปได้ของการปฏิบัติให้สำเร็จ ตลอดจนความสามารถของผู้ปฏิบัติการพยาบาลนั้นด้วย

4. การนำแผนปฏิบัติ (Implementation)

เป็นขั้นตอนของการลงมือปฏิบัติตามแผนที่วางไว้ ครอบคลุมตั้งแต่การลงมือปฏิบัติ การมอบหมายการสอน การให้คำปรึกษา การปรึกษาหรือ การรายงาน และการบันทึก ผู้ปฏิบัติตามแผนที่กล่าวข้างต้น อาจมีทั้งสมาชิกในทีมสุขภาพ ผู้ให้บริการและครอบครัว ดังนั้นจึงต้องมีการสื่อสารแผนการปฏิบัติให้ผู้เกี่ยวข้องทุกคนทราบ อย่างไรก็ตาม แม้จะมีแผนสำหรับการปฏิบัติเป็นกรอบอยู่แล้ว แต่พยาบาลยังจำเป็นต้องพิจารณาปรับเปลี่ยนแผนการปฏิบัติดังกล่าวให้เหมาะสมกับผู้ให้บริการที่เปลี่ยนแปลงไปอยู่เสมอ พร้อมทั้งรวบรวมข้อมูลเพิ่มเติมอย่างต่อเนื่อง เพื่อใช้ประเมินผลประสิทธิภาพของการบำบัด และประเมินความจำเป็นในการปรับเปลี่ยนแผน และวิธีการ

5. การประเมินผล (Evaluation)

การประเมินผลเป็นขั้นตอนที่สำคัญมากเกี่ยวข้องกับคุณภาพของพยาบาล ในการประเมินผล แม้จะมุ่งเน้นที่ผลลัพธ์ของการพยาบาลเป็นพื้นฐาน ยังจำเป็นต้องประเมินผลกระบวนการที่ใช้และโครงสร้างที่เกี่ยวข้องด้วยเนื่องจากทั้งกระบวนการและโครงสร้างสามารถมีอิทธิพลต่อผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นได้ การประเมินด้านผลลัพธ์ (outcome evaluation) มุ่งเน้นที่ผู้ใช้บริการ เป็นการพิจารณาตัดสินความก้าวหน้า หรือความเปลี่ยนแปลงของผู้ใช้บริการเปรียบเทียบกับเป้าหมายเชิงผลลัพธ์ที่ตั้งไว้ว่าบรรลุเป้าหมายดังกล่าวหรือไม่ มากน้อยเพียงใด เป้าหมายของการพยาบาลที่กำหนดไว้ในขั้นตอนของการวางแผนจึงเป็นเกณฑ์ที่ใช้สำหรับการประเมินผล การประเมินผลกระบวนการ (Process evaluation) มุ่งเน้นที่คุณภาพของการปฏิบัติการพยาบาลในทุกขั้นตอน ตั้งแต่การประเมินข้อมูลจนถึงการนำไปปฏิบัติ ส่วนการประเมินผลด้านโครงสร้าง (Structure evaluation) มุ่งเน้นที่สภาพแวดล้อมซึ่งเกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาล

3. ทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม

เป็นทฤษฎีที่มีความซับซ้อน ประกอบด้วยทฤษฎีย่อย 3 ทฤษฎี คือ (Orem, 1991)

1. ทฤษฎีการดูแลตนเอง (The Theory of Self-care)
2. ทฤษฎีความพร่องในการดูแลตนเอง (The Theory of Self-care Deficit)
3. ทฤษฎีระบบการพยาบาล (The Theory of Nursing System)

1. ทฤษฎีการดูแลตนเอง (The Theory of Self-care)

ทฤษฎีนี้จะอธิบายความสัมพันธ์ระหว่างเงื่อนไขต่างๆทางด้านพัฒนาการและการปฏิบัติหน้าที่ของบุคคลกับการดูแลตนเอง โดยอธิบายมโนทัศน์สำคัญได้แก่ มโนทัศน์เกี่ยวกับการดูแลตนเอง (Self-care) มโนทัศน์เกี่ยวกับความสามารถในการดูแลตนเอง (Self-care agency) มโนทัศน์เกี่ยวกับความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดมโนทัศน์เกี่ยวกับปัจจัยเงื่อนไขพื้นฐาน (Basic conditioning factors) ดังนี้

1.1 การดูแลตนเอง (Self-care: SC) หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมที่บุคคลริเริ่มและกระทำด้วยตนเองเพื่อดำรงไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพและความผาสุก เมื่อการกระทำนั้นมีประสิทธิภาพจะมีส่วนช่วยให้โครงสร้าง หน้าที่และพัฒนาดำเนินไปถึงขีดสูงสุดของแต่ละบุคคล เพื่อตอบสนองความต้องการในการดูแลตนเอง (Self-care requisites) การดูแลตนเองเป็นพฤติกรรมที่เรียนรู้ภายใต้ขนบธรรมเนียมประเพณีและวัฒนธรรมของกลุ่ม ชุมชน ครอบครัว ซึ่งบุคคลที่กระทำการดูแลตนเองนั้นเป็นผู้ที่ต้องใช้ความสามารถหรือพลังในการกระทำที่จงใจ (deliberate) ประกอบด้วย 2 ระยะ

ระยะที่ 1 ระยะการพิจารณาและตัดสินใจ (Intention phase) เป็นระยะที่มีการหาข้อมูลเพื่อพิจารณาและตัดสินใจเลือกกระทำ โดยหาข้อมูลที่เกี่ยวข้องว่าคืออะไร เป็นอย่างไร จากนั้นนำข้อมูลที่ได้อามาวิเคราะห์ ทดสอบ และเชื่อมโยงปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ในขั้นตอนนี้ความรู้เป็นพื้นฐานสำคัญ เพราะจะช่วยให้เกิดกระบวนการคิดเชิงวิทยาศาสตร์มากกว่าการใช้ความรู้สึก นอกจากนี้ยังต้องอาศัยสติปัญญาในการที่จะตัดสินใจที่จะกระทำ

ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน

ระยะที่ 2 ระยะการกระทำและผลของการกระทำ (Productive phase) เป็นระยะที่เมื่อตัดสินใจแล้วจะกำหนดเป้าหมายที่ต้องการและดำเนินการกระทำกิจกรรมเพื่อไปสู่เป้าหมายที่กำหนด ในขั้นตอนนี้ต้องอาศัยความสามารถของบุคคลทางด้านสรีระที่จะกระทำกิจกรรม (psychomotor action) และมีการประเมินผลการกระทำเพื่อปรับปรุง

1.2 ความสามารถในการดูแลตนเอง (Self-care agency: SCA) หมายถึง คุณสมบัติที่ซับซ้อนหรือพลังความสามารถของบุคคลที่เอื้อต่อการกระทำกิจกรรมการดูแลตนเองอย่างจริงจัง แต่ถ้าเป็นความสามารถในการดูแลบุคคลอื่นที่อยู่ในความรับผิดชอบเรียกว่า Dependent-care Agency ความสามารถนี้ประกอบด้วย 3 ระดับ ดังนี้

1.2.1 ความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐาน เป็นความสามารถของมนุษย์ขั้นพื้นฐานที่จำเป็นในการรับรู้และเกิดการกระทำ ซึ่งแบ่งออกเป็น ความสามารถที่จะรู้ (Knowing) ความสามารถที่จะกระทำ (Doing) และคุณสมบัติหรือปัจจัยที่มีผลต่อการแสวงหาเป้าหมายของการกระทำ ประกอบด้วย

1.2.1.1 ความสามารถและทักษะในการเรียนรู้ ได้แก่ ความจำ การอ่าน เขียน การใช้เหตุผลอธิบาย

1.2.1.2 หน้าที่ของประสาทรับรู้สัมผัสทั้งการสัมผัส มองเห็น ได้กลิ่นและรับรส

1.2.1.3 การรับรู้ในเหตุการณ์ต่างๆ ทั้งภายในและภายนอกตนเอง

1.2.1.4 การเห็นคุณค่าในตนเอง

1.2.1.5 นิสัยประจำตัว

1.2.1.6 ความตั้งใจและสนใจสิ่งต่างๆ

1.2.1.7 ความเข้าใจในตนเองตามสภาพที่เป็นจริง

1.2.1.8 ความห่วงใยในตนเอง

1.2.1.9 การยอมรับในตนเองตามสภาพความเป็นจริง

1.2.1.10 การจัดลำดับความสำคัญของการกระทำรู้จักเวลาในการกระทำ

1.2.1.11 ความสามารถที่จะจัดการเกี่ยวกับตนเอง

1.2.2 พลังความสามารถ 10 ประการ (Ten power component) เป็นคุณลักษณะที่จำเป็นและเฉพาะเจาะจง สำหรับการกระทำอย่างจริงจังเป็นตัวกลางเชื่อมการรับรู้และการกระทำ ประกอบด้วย

1.2.2.1 ความสนใจและเอาใจใส่ในตนเองในฐานะที่ตนเป็นผู้รับผิดชอบ

1.2.2.2 ความสามารถที่จะควบคุมพลังงานทางด้านร่างกายของตนเองให้สามารถปฏิบัติกิจกรรม

1.2.2.3 ความสามารถที่จะควบคุมส่วนต่างๆ ของร่างกายเพื่อการเคลื่อนไหวที่จำเป็นเพื่อการดูแลตนเอง

1.2.2.4 ความสามารถที่จะใช้เหตุผล

1.2.2.5 มีแรงจูงใจที่จะกระทำในการดูแลตนเอง

1.2.2.6 มีทักษะในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลตนเองและปฏิบัติตามการตัดสินใจ

1.2.2.7 มีความสามารถในการแสวงหาความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองจากผู้

1.2.2.8 มีทักษะในการใช้กระบวนการทางความคิดและสติปัญญา การรับรู้

1.2.2.9 มีความสามารถในการจัดระบบการดูแลตนเอง

1.2.2.10 มีความสามารถที่จะปฏิบัติดูแลตนเองอย่างต่อเนื่องและสอดคล้องกับการดูแลตนเองเข้าเป็นส่วนหนึ่งในแบบแผนการดำเนินชีวิต

1.2.3 ความสามารถในการปฏิบัติเพื่อดูแลตนเอง (Capabilities for self-care operations) ประกอบด้วย

1.2.3.1 ความสามารถในการคาดคะเน เป็นความสามารถที่จะเรียนรู้เกี่ยวกับข้อมูลความหมายและความจำเป็นของการกระทำ เพื่อประเมินสถานการณ์

1.2.3.2 ความสามารถในการปรับเปลี่ยนความสามารถในการตัดสินใจเกี่ยวกับสิ่งที่ตนสามารถและควรกระทำ เพื่อตอบสนองความต้องการและความจำเป็นในการดูแลตนเอง

1.2.3.3 ความสามารถในการลงมือปฏิบัติเป็นความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆรวมถึงการเตรียมการเพื่อการดูแลตนเอง

1.3 ความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด (Therapeutic Self-care Demand: SCD) หมายถึงการปฏิบัติกิจกรรม (Action demand) การดูแลตนเองทั้งหมดที่จำเป็นต้องกระทำในช่วงเวลาหนึ่ง เพื่อที่จะตอบสนองต่อความจำเป็นในการดูแลตนเอง (Self-care Requisites) ความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด(Therapeutic Self-care Demand) เป็นเป้าหมายสูงสุด (Ultimate goal) ของการดูแลตนเองที่จะถึงซึ่งภาวะสุขภาพ หรือความผาสุก กิจกรรมที่จะต้องกระทำทั้งหมดนี้จะทราบได้จากการพิจารณาการดูแลตนเองที่จำเป็น ซึ่งการดูแลที่จำเป็น (Self-care requisites: SCR) หมายถึง กิจกรรมที่ต้องการให้บุคคลกระทำหรือกระทำเพื่อบุคคลอื่น ซึ่งมี 3 ด้าน ดังนี้

1.3.1 การดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป (Universal Self-care Requisites) เป็นความต้องการของมนุษย์ทุกคนตามอายุ พัฒนาการ สิ่งแวดล้อมและปัจจัยอื่นๆเพื่อให้คงไว้ซึ่งโครงสร้างและหน้าที่สุขภาพและสวัสดิภาพของบุคคลและความผาสุก ซึ่งความต้องการจะมีความแตกต่างกันในแต่ละบุคคลตามอายุ เพศ ระยะพัฒนาการ ภาวะสุขภาพ สังคมวัฒนธรรม และแหล่งประโยชน์ กิจกรรมการดูแลตนเองเพื่อตอบสนองต่อความต้องการนี้ (Action demand) ประกอบด้วย

1.3.1.1 คงไว้ซึ่งอากาศ น้ำและอาหารที่เพียงพอ

1.3.1.2 คงไว้ซึ่งการขยับเขยื้อน และการระบายให้เป็นไปตามปกติ

1.3.1.3 คงไว้ซึ่งความสมดุลระหว่างการมีกิจกรรมและการพักผ่อน

1.3.1.4 รักษาความสมดุลระหว่างการอยู่คนเดียวกับการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น

1.3.1.5 ป้องกันอันตรายต่างๆต่อชีวิต หน้าที่และสวัสดิภาพ

1.3.1.6 ส่งเสริมการทำหน้าที่และพัฒนาการให้ถึงขีดสูงสุดภายใต้ระบบสังคมและความสามารถของตนเอง (promotion of normalcy)

1.3.2 การดูแลตนเองที่จำเป็นตามพัฒนาการ (Developmental Self-care Requisites : DSCR) เป็นความต้องการการดูแลตนเองที่สัมพันธ์กับระยะพัฒนาการของบุคคล สถานการณ์และเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในแต่ละระยะของวงจรชีวิต เป็นความต้องการที่อยู่ภายใต้ความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไปแต่แยกตามพัฒนาการเพื่อนำให้เห็นความสำคัญ ดังนี้

1.3.2.1 พัฒนาและคงไว้ซึ่งภาวะความเป็นอยู่ที่ดีที่ช่วยสนับสนุนกระบวนการของชีวิต และพัฒนาการที่จะช่วยให้บุคคลเจริญก้าวหน้าสู่ภาวะตามระยะพัฒนาการ เช่น ทารกในครรภ์ และในกระบวนการคลอด ทารกแรกเกิด วัยเด็ก วัยรุ่น วัยผู้ใหญ่ หญิงตั้งครรภ์ ซึ่งมีความต้องการการดูแลตนเองที่เฉพาะเจาะจงตามโครงสร้างและหน้าที่ที่เปลี่ยนแปลง

1.3.2.2 ดูแลเพื่อป้องกันการเกิดผลเสียต่อพัฒนาการโดยจัดการเพื่อบรรเทา ลดความเครียดหรือเอาชนะต่อผลที่เกิดจากภาวะวิกฤต เช่น ขาดการศึกษา ปัญหาการปรับตัวในสังคม การสูญเสียเพื่อน คู่ชีวิต ทรัพย์สินสมบัติ หรือการเปลี่ยนแปลงย้ายที่อยู่ เปลี่ยนงาน เป็นต้น

1.3.2.3 ความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็นในภาวะเบี่ยงเบนทางด้านสุขภาพ (Health Deviation Self-care Requisite: HDSCR) เป็นความต้องการที่สัมพันธ์กับความผิดปกติทางพันธุกรรมและความเบี่ยงเบนของโครงสร้างและหน้าที่ของบุคคล และผลกระทบของความผิดปกติ ตลอดจนวิธีการวินิจฉัยโรค และการรักษา

1.3.2.4 มีการแสวงหาและคงไว้ซึ่งการช่วยเหลือที่เหมาะสม

1.3.2.5 รับรู้ สนใจดูแลผลของพยาธิสภาพซึ่งรวมถึงผลกระทบต่อการพัฒนาการ

1.3.2.6 ปฏิบัติตามแผนการรักษา การวินิจฉัย การฟื้นฟูสภาพและการป้องกันพยาธิสภาพอย่างมีประสิทธิภาพ

1.3.2.7 รับรู้ สนใจในการป้องกันความไม่สุขสบาย จากผลข้างเคียงการรักษา

1.3.2.8 ดัดแปลงอัตมโนทัศน์หรือภาพลักษณ์ ในการที่จะยอมรับภาวะสุขภาพและความต้องการการดูแลทางสุขภาพที่เฉพาะเจาะจงเพื่อคงไว้ซึ่งความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

1.3.2.9 เรียนรู้ที่จะมีชีวิตอยู่กับผลของพยาธิสภาพ หรือภาวะที่เป็นอยู่รวมทั้งผลจากการวินิจฉัยโรคและการรักษาเพื่อส่งเสริมพัฒนาการอย่างต่อเนื่อง

ในการประเมินความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็นในภาวะเบี่ยงเบนทางสุขภาพ จำเป็นต้องคำนึงถึงปัญหาสุขภาพของผู้ป่วยเป็นหลัก และยังมีความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไปและตามระยะพัฒนาการ

1.4 ปัจจัยพื้นฐาน (Basic Conditioning Factors: BCFs) เป็นคุณลักษณะบางประการหรือปัจจัยทั้งภายในและภายนอกของบุคคลที่มีอิทธิพลต่อความสามารถในการดูแลตนเอง และความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด ปัจจัยพื้นฐานนี้ยังเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสามารถในบทบาทของพยาบาล ได้แก่ 11 ปัจจัย ดังนี้ อายุ เพศ ระยะพัฒนาการ ภาวะสุขภาพ ระบบบริการสุขภาพ สังคมชนบทธรรมเนียมประเพณีระบบครอบครัว แบบแผนการดำเนินชีวิต สิ่งแวดล้อมสภาพที่อยู่อาศัย แหล่งประโยชน์ต่างๆ ประสบการณ์ที่สำคัญในชีวิต

2. ทฤษฎีความพร้อมในการดูแลตนเอง (The Theory of Self-care Deficit)

เป็นแนวคิดหลักในทฤษฎีของโอเรม เพราะจะแสดงถึงความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการดูแลตนเองและความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดในช่วงเวลาใดเวลาหนึ่ง ซึ่งความสัมพันธ์ดังกล่าวนี้มีได้ 3 แบบ ดังนี้

2.1 ความต้องการที่สมดุล (Demand is equal to abilities: TSCD=SCA)

2.2 ความต้องการน้อยกว่าความสามารถ (Demand is less than abilities: TSCD < SCA)

2.3 ความต้องการมากกว่าความสามารถ (Demand is greater than abilities: TSCD > SCA)

ในความสัมพันธ์ของ 2 รูปแบบแรกนั้น บุคคลสามารถบรรลุเป้าหมายความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดได้ ถือว่าไม่มีภาวะพร่อง (no deficit) ส่วนในความสัมพันธ์ที่ 3 เป็นความไม่สมดุลของความสามารถที่มีไม่เพียงพอที่จะตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดจึงมีผลทำให้เกิดความบกพร่องในการดูแลตนเอง ความพร่องในการดูแลตนเองเป็นได้ทั้งบกพร่องบางส่วนหรือทั้งหมด และความพร่องในการดูแลตนเองเป็นเสมือนเป้าหมายทางการพยาบาล

3. ระบบการพยาบาล (The Theory of Nursing System)

เป็นกรอบแนวคิดเกี่ยวกับการกระทำของพยาบาลเพื่อช่วยเหลือบุคคลที่มีความพร่องในการดูแลตนเองให้ได้รับการตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดและความสามารถในการดูแลตนเองของบุคคลได้รับการดูแลให้ถูกนำมาใช้ปกป้องและดูแลตนเอง โดยใช้ความสามารถทางการพยาบาล ระบบการพยาบาลเป็นระบบของการกระทำที่มีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลาตามความสามารถและความต้องการการดูแลของผู้รับบริการ ซึ่งได้แบ่งออกเป็น 3 ระบบ โดยอาศัยเกณฑ์ความสามารถของบุคคลในการควบคุมการเคลื่อนไหวและการจัดกระทำ

3.1 ระบบทดแทนทั้งหมด (Wholly compensatory nursing system) เป็นบทบาทของพยาบาลที่ต้องกระทำเพื่อทดแทนความสามารถของผู้รับบริการ โดยสนองตอบต่อความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด ชดเชยภาวะไร้สมรรถภาพในการปฏิบัติกิจกรรม การดูแลตนเองและช่วยประคับประคองและปกป้องจากอันตรายต่างๆ และผู้ที่มีความต้องการระบบการพยาบาลแบบนี้ คือ

3.1.1 ผู้ที่ไม่สามารถจะปฏิบัติในกิจกรรมที่จะกระทำอย่างจริงจัง ไม่ว่ารูปแบบใดๆ ทั้งสิ้น เช่น ผู้ป่วยหมดสติ หรือ ผู้ที่ไม่สามารถควบคุมการเคลื่อนไหวได้ ได้แก่ ผู้ป่วยอัมพาต ผู้ป่วยไม่รู้สีกตัว

3.1.2 ผู้ที่รับรู้และอาจจะสังเกตตัดสินใจเกี่ยวกับดูแลตนเองได้ และไม่ควรที่จะเคลื่อนไหวหรือจัดการเกี่ยวกับการเคลื่อนไหวใดๆ ได้แก่ ผู้ป่วยด้านออร์โธปิดิกส์ที่ใส่เฝือกหรือกระดูกหัก

3.1.3 ผู้ที่ไม่สนใจหรือเอาใจใส่ในตนเอง ไม่สามารถตัดสินใจอย่างมีเหตุผลในการดูแลตนเอง เช่น ผู้ป่วยที่มีปัญหาทางจิต

3.2 ระบบทดแทนบางส่วน (Partly compensatory nursing system) เป็นระบบการพยาบาลให้การช่วยเหลือที่ขึ้นอยู่กับความต้องการและความสามารถของผู้ป่วย โดยพยาบาลจะช่วยผู้ป่วยสนองตอบต่อความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยรวมรับผิดชอบในหน้าที่ร่วมกันระหว่างผู้ป่วยกับพยาบาล ผู้ป่วยจะพยายามปฏิบัติกิจกรรมในเรื่องที่เป็นการตอบสนองต่อความต้องการดูแลตนเองที่จำเป็นเท่าที่สามารถทำได้ส่วนบทบาทของพยาบาลจะต้องปฏิบัติกิจกรรมการดูแลบางอย่างสำหรับผู้ป่วยที่ยังไม่สามารถกระทำได้ เพื่อชดเชยข้อจำกัดและเพิ่มความสามารถของผู้ป่วยในการดูแลตนเอง และกระตุ้นให้มีการพัฒนาความสามารถในอนาคต การพยาบาลระบบนี้ผู้ป่วยต้องมีบทบาทในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลบางอย่างด้วยตนเอง ผู้ที่มีความต้องการการพยาบาลแบบนี้ คือ

3.2.1 จำกัดการเคลื่อนไหวจากโรค หรือการรักษา แต่สามารถเคลื่อนไหวได้บางส่วน

3.2.2 ขาดความรู้และทักษะที่จำเป็นเพื่อการดูแลตนเองตามความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็น

3.2.3 ขาดความพร้อมในการเรียนรู้และกระทำในกิจกรรมการดูแลตนเอง

ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน

3.3 ระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ (Educative supportive Nursing System) เป็นระบบการพยาบาลที่จะเน้นให้ผู้ป่วยได้รับการสอนและคำแนะนำในการปฏิบัติดูแลตนเอง รวมทั้งการให้กำลังใจและคอยกระตุ้นให้ผู้ป่วยคงความพยายามที่จะดูแลตนเองและคงไว้ซึ่งความสามารถในการดูแลตนเอง

ระบบการพยาบาลทั้ง 3 ระบบเป็นกิจกรรมที่พยาบาลและผู้ป่วยกระทำเพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด โดยมีวิธีการกระทำได้ใน 5 วิธีดังนี้

1. การกระทำให้หรือกระทำแทน
2. การชี้แนะ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถตัดสินใจและเลือกวิธีการกระทำได้
3. การสนับสนุน เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยคงไว้ซึ่งความพยายามและป้องกันไม่ให้เกิดความล้มเหลว
4. การสอน เป็นการพัฒนาความรู้และทักษะที่เฉพาะ
5. การสร้างสิ่งแวดล้อม

การพยาบาลจะมีประสิทธิภาพได้ ขึ้นกับความสามารถทางการพยาบาล เป็นความสามารถของพยาบาลที่ได้จากการศึกษา และฝึกปฏิบัติในศาสตร์และศิลปะทางการพยาบาลปัจจัยที่มีผลต่อความสามารถทางการพยาบาล คือ

1. ความรู้
2. ประสบการณ์
3. ความสามารถในการลงมือปฏิบัติ
4. ทักษะทางสังคม
5. แรงจูงใจในการให้การพยาบาล
6. อัตมโนทัศน์ของตนเกี่ยวกับการพยาบาล

ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็มกับกระบวนการพยาบาล

ทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็มนำมาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยได้โดยประยุกต์ใช้ตามแนวคิดกระบวนการพยาบาลที่สามารถใช้ได้ตั้งแต่ขั้นประเมินสภาพเป็นต้นไป ประกอบด้วย 3 ขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ขั้นวินิจฉัยและพรรณนา (Diagnosis and Prescription) เป็นขั้นตอนที่ระบุถึงความพร่องในการดูแลตนเอง โดยมีขั้นตอนของการรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับความสามารถในการดูแลตนเอง ความต้องการในการดูแลตนเองทั้ง 3 ด้านรวมทั้งปัจจัยพื้นฐานที่เกี่ยวข้อง แล้วจากนั้นจะพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถกับความต้องการการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะพร่องในการดูแลตนเองและเขียนข้อวินิจฉัย

ขั้นตอนที่ 2 ขั้นวางแผน (Design and Plan) เป็นขั้นตอนที่ต่อเนื่องเมื่อทราบถึงความพร่องในการดูแลตนเองแล้ว จากนั้นจะทำการเลือกกระบวนการพยาบาลให้เหมาะสม แล้วนำมาวางแผนโดยมีการกำหนดเป้าหมายหรือผลลัพธ์ทางการพยาบาลและกำหนดกิจกรรมการพยาบาล

ขั้นตอนที่ 3 ขั้นปฏิบัติการพยาบาลและควบคุม (Regulate and Control) เป็นขั้นตอนที่พยาบาลนำกิจกรรมไปลงมือปฏิบัติตามแผนการพยาบาล มีจุดมุ่งหมาย คือการบรรลุความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด (TSCD) และรวมถึงการประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาลว่ามีประสิทธิภาพหรือไม่ ปกป้องหรือพัฒนาความสามารถหรือไม่ นำข้อมูลย้อนกลับเข้าสู่การประเมินสถานะอีกครั้ง

ตามแนวคิดของโอเร็มได้มีขั้นตอนที่สอดคล้องกับกระบวนการพยาบาลและสามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้

Self - Care Theory	Nursing Process
1. Diagnosis and Prescription	1. Assessment 2. Nursing Diagnosis
2. Design and Plan	3. Planning
3. Regulate and Control	4. Implementing 5. Evaluation

4. กรอบแนวคิดแบบแผนสุขภาพ ของมาร์จอรี กอร์ดอน (Marjory Gordon)

แบบแผนสุขภาพ หมายถึง แบบแผนพฤติกรรมเกี่ยวกับภาวะทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม ของบุคคล หรือผู้รับบริการที่เกิดขึ้นในช่วงเวลาหนึ่งและสภาพแวดล้อมที่ต่างกัน ซึ่งมีผลโดยตรงต่อสุขภาพของผู้รับบริการทุกคนอย่างต่อเนื่อง เป็นพฤติกรรมที่เป็นนิสัย ที่จะทำให้บุคคลอยู่ในภาวะสุขภาพดีหรือเจ็บป่วยได้ ซึ่งประกอบด้วยพฤติกรรมภายในและพฤติกรรมภายนอก

แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน (Gordon's functional health)

เป็นกรอบแนวคิดของ มาร์จอรี กอร์ดอน ใช้เป็นแนวทางในการประเมินภาวะสุขภาพของบุคคลและครอบครัว โดยประเมินแบบแผนพฤติกรรมภายนอกและภายในของบุคคลที่เกิดขึ้นช่วงระยะเวลาหนึ่งและมีผลต่อสุขภาพ รวมทั้งปัจจัยส่งเสริมหรือปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการทำหน้าที่ เช่น พันธุกรรม พัฒนาการ สิ่งแวดล้อม ระบบสนับสนุนทางสังคม เป็นต้น การประเมินภาวะสุขภาพ โดยใช้แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน ประกอบด้วย 11 แบบแผน แต่ละแบบแผนจะมีความสัมพันธ์กัน ซึ่งจะช่วยให้เข้าใจถึงการดำรงชีวิต การปรับ ตัวทางกายภาพ และจิตสังคม พยาบาลต้องรวบรวมข้อมูลให้ครอบคลุมทั้ง 11 แบบแผน ดังนี้ (พรศิริ พันธสี, 2558)

แบบแผนที่ 1 การรับรู้ภาวะสุขภาพและการดูแลสุขภาพ (Health perception and Health management)

การรับรู้ภาวะสุขภาพ และการดูแลสุขภาพเป็นความคิด ความเข้าใจของบุคคลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของตนเอง การดำเนินการหรือการจัดการในการดูแลสุขภาพของตนเอง และผู้ที่ตนเองรับผิดชอบ โดยครอบคลุมเกี่ยวกับความรู้ในการดูแลสุขภาพของตนเองและครอบครัว พฤติกรรมการป้องกันโรค และความเจ็บป่วย พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ปัจจัยเสี่ยง หรือพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการเกิดความเจ็บป่วย รวมทั้งปัจจัยส่งเสริมให้มีภาวะสุขภาพที่เป็นอุปสรรคต่อการมีภาวะสุขภาพดี ดังนั้นแบบแผนการรับรู้ภาวะสุขภาพและการดูแลสุขภาพจึงประกอบด้วยแบบแผนย่อย 2 แบบแผนคือ

1. การรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเองและของผู้ที่ตนรับผิดชอบ เป็นความเข้าใจหรือการรับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพโดยทั่วไปของตนเองและของผู้ที่ตนรับผิดชอบ ว่าถูกต้องเหมาะสมหรือไม่ และมีความคาดหวังต่อภาวะสุขภาพ หรือการรักษาอย่างไร

2. การดูแลสุขภาพของตนเอง และของผู้ที่ตนรับผิดชอบ ซึ่งประกอบด้วยความรู้ในการดูแลสุขภาพของตนเอง พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันความเจ็บป่วย การดูแลรักษา และการฟื้นฟูสภาพร่างกาย ทั้งนี้สามารถประเมินได้จากการที่บุคคลมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหรือไม่ เช่น การดื่มเหล้า การสูบบุหรี่ การติดสารเสพติด การขาดการออกกำลังกาย นอกจากนี้ยังประเมินได้จากความสนใจในการดูแลสุขภาพของตนเอง เช่น การมีพฤติกรรมไปตรวจสุขภาพประจำปี การสนใจติดตามข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับอนามัยสม่ำเสมอ เป็นต้น

สำหรับการดูแลสุขภาพของผู้ที่ตนรับผิดชอบ ได้แก่ การดูแลพ่อแม่ ปู่ ย่า ตา ยาย ที่ชราภาพ ช่วยตัวเองไม่ได้ หรือพ่อแม่ที่ดูแลบุตรที่ยังอยู่ในวัยทารกหรือเด็กเล็ก ซึ่งประกอบด้วยพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันความเจ็บป่วย การดูแลรักษา และการฟื้นฟูสภาพร่างกายเช่นกัน เช่น การพาลูกไปรับวัคซีนครบตามกำหนดเวลา การพาบิดามารดาไปตรวจสุขภาพประจำปี การดูแลบุตรหรือบิดามารดาเมื่อเจ็บป่วย การดูแลความปลอดภัยให้กับผู้ที่ตนรับผิดชอบ

แบบแผนที่ 2 โภชนาการ และการเผาผลาญสารอาหาร (Nutrition and Metabolism)

โภชนาการและการเผาผลาญสารอาหารเป็นแบบแผนเกี่ยวกับบริโภคนิสัย การได้รับสารอาหารและน้ำ ปัญหาในการรับประทานอาหารและน้ำ การเจริญเติบโต และพัฒนาการของร่างกาย การเผาผลาญสารอาหาร การควบคุมน้ำและ electrolyte ในร่างกาย สภาพของผิวหนัง บาดแผล ผื่น ปาก คอ ฟัน เยื่อต่างๆ อุดหนุมิของร่างกาย และระบบภูมิคุ้มกันโรค รวมทั้งปัจจัยส่งเสริม ปัจจัยเสี่ยง และปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อแบบแผนการรับประทานอาหาร การใช้สารอาหารและน้ำ ตลอดจนการเปลี่ยนแปลงของแบบแผนอันเนื่องมาจากความเจ็บป่วย ดังนั้นแบบแผนโภชนาการ และการเผาผลาญสารอาหารจึงประกอบด้วยแบบแผนย่อย 7 แบบแผน คือ

1. อาหารและภาวะโภชนาการ
2. การเผาผลาญสารอาหาร
3. น้ำและ electrolyte
4. อุดหนุมิของร่างกาย
5. การเจริญเติบโตและพัฒนาการ
6. ผิวหนังและเยื่อ
7. ภูมิคุ้มกันโรค

แบบแผนที่ 3 การขับถ่าย (Elimination)

การขับถ่ายเป็นแบบแผนเกี่ยวกับการขับถ่ายของเสียทุกประเภทออกจากร่างกาย ได้แก่ การขับถ่ายอุจจาระ ปัสสาวะ สารอื่นๆ ที่ขับออกจากร่างกาย ตลอดจนปัญหาการขับถ่าย เช่น ลักษณะความถี่ ความลำบากในการขับถ่าย ปัญหาในการควบคุมการขับถ่าย การใช้ยาระบาย นอกจากนี้ยังรวมทั้งปัจจัยส่งเสริม ปัจจัยเสี่ยง ปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อแบบแผนการขับถ่าย และการเปลี่ยนแปลงของแบบแผนอันเนื่องมาจากความเจ็บป่วย ดังนั้นแบบแผนการขับถ่ายส่วนใหญ่ประกอบด้วยแบบแผนย่อย 2 แบบแผนคือ

1. การขับถ่ายอุจจาระ
2. การขับถ่ายปัสสาวะ

แบบแผนที่ 4 กิจกรรม และการออกกำลังกาย (Activity and Exercise)

กิจกรรมและการออกกำลังกายเป็นแบบแผนเกี่ยวกับความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆ ในชีวิตประจำวัน (Activities of daily living) กิจกรรมในการทำงานอาชีพ การออกกำลังกาย และปัญหาในการออกกำลังกาย การใช้เวลาว่างและนันทนาการ การทำงานของระบบหายใจ ระบบหัวใจ และหลอดเลือด ระบบโครงสร้างของร่างกาย เช่น กระดูก ข้อ กล้ามเนื้อ รวมทั้งปัจจัยส่งเสริม ปัจจัยเสี่ยง และอุปสรรคต่อการปฏิบัติกิจกรรม และการออกกำลังกาย รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงของแบบแผนอันเนื่องมาจากความเจ็บป่วย ดังนั้นแบบแผนกิจกรรมและการออกกำลังกายจึงประกอบด้วยแบบแผนย่อยได้ 4 แบบแผน คือ

1. การปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ในชีวิตประจำวัน และการออกกำลังกาย
2. การทำงานของโครงสร้าง (กระดูก ข้อ กล้ามเนื้อ)
3. การทำงานของระบบหัวใจ
4. การทำงานของระบบหัวใจ และการหลอดเลือด

แบบแผนที่ 5 การพักผ่อนนอนหลับ (Sleep and Rest)

การพักผ่อนนอนหลับเป็นแบบแผนเกี่ยวกับการนอนหลับ การพักผ่อน ปัญหาเกี่ยวกับการนอน ปัจจัยส่งเสริม ปัจจัยเสี่ยง และอุปสรรคต่อแบบแผนการนอนหลับ กิจกรรมที่บุคคลปฏิบัติ เพื่อให้ผ่อนคลาย รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงของแบบแผนอันเนื่องมาจากความเจ็บป่วย

แบบแผนที่ 6 สติปัญญา และการรับรู้ (Cognition and Perception)

แบบแผนสติปัญญา และการรับรู้ เป็นแบบแผนเกี่ยวกับการรับรู้ความรู้สึก และการตอบสนอง ความสามารถทางสติปัญญา ดังนั้นแบบแผนสติปัญญาและการรับรู้ จึงประกอบด้วยแบบแผนย่อย 2 แบบแผน คือ

1. การรับรู้ความรู้สึกและการตอบสนอง

หมายถึง แบบแผนเกี่ยวกับความสามารถของบุคคลในการรับรู้สิ่งเร้า และการตอบสนองต่อสิ่งเร้าด้านการรับรู้ความรู้สึก (sensation) ทั้ง 5 ทาง ได้แก่ การมองเห็น การได้ยิน การได้กลิ่น การรับรส การรับรู้ความรู้สึกทางผิวหนัง และการรับรู้เกี่ยวกับความเจ็บปวด

2. ความสามารถทางสติปัญญา

หมายถึง แบบแผนเกี่ยวกับความสามารถ และพัฒนาการทางสติปัญญาเกี่ยวกับความคิด ความจำ ความสามารถในการตัดสินใจ การแก้ปัญหา และการสื่อสารต่างๆ รวมทั้งปัจจัยส่งเสริม ปัจจัยเสี่ยง และอุปสรรคต่อความสามารถทางสติปัญญา รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงของแบบแผนอันเนื่องมาจากความเจ็บป่วย

แบบแผนที่ 7 การรับรู้ตนเอง และอัตมโนทัศน์ (Self perception and Self concept)

การรับรู้ตนเอง และอัตมโนทัศน์เป็นแบบแผนที่เกี่ยวกับความคิด ความรู้สึกของบุคคลที่มีต่อตนเอง (อัตมโนทัศน์) การมองตนเองเกี่ยวกับรูปร่าง หน้าตา ความพิการ (ภาพลักษณ์) ความสามารถ คุณค่า เอกลักษณ์ และความภูมิใจในตนเอง ตลอดจนปัจจัยส่งเสริม ปัจจัยเสี่ยง และปัจจัยอุปสรรคที่มีผลต่อการรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์ รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงของแบบแผนอันเนื่องมาจากความเจ็บป่วย

แบบแผนที่ 8 บทบาท และสัมพันธภาพ (Role and Relationship)

บทบาทและสัมพันธภาพเป็นแบบแผนเกี่ยวกับบทบาท หน้าที่ ความรับผิดชอบ การติดต่อสื่อสาร และการมีสัมพันธภาพกับบุคคลทั้งภายในครอบครัวและสังคม รวมทั้งปัจจัยส่งเสริมปัจจัยเสี่ยงหรือปัจจัยอุปสรรคต่อการปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ และการสร้างสัมพันธภาพ รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงบทบาทอันเนื่องมาจากความเจ็บป่วย

แบบแผนที่ 9 เพศ และการเจริญพันธุ์ (Sexuality and Reproduction)

เพศและการเจริญพันธุ์เป็นแบบแผนเกี่ยวกับพัฒนาการตามเพศ ซึ่งมีอิทธิพลมาจากพัฒนาการด้านร่างกาย และอิทธิพลของสังคม สิ่งแวดล้อม การเลี้ยงดู ลักษณะการเจริญพันธุ์ พฤติกรรมทางเพศ และเพศสัมพันธ์ ปัจจัยส่งเสริม ปัจจัยเสี่ยง หรือปัจจัยอุปสรรคต่อการพัฒนาการตามเพศ และการเจริญพันธุ์ รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงของแบบแผนอันเนื่องมาจากความเจ็บป่วย

แบบแผนที่ 10 การปรับตัว และความทนทานต่อความเครียด (Coping and Stress tolerance)

การปรับตัวและความทนทานต่อความเครียด เป็นแบบแผนเกี่ยวกับการรับรู้ลักษณะอารมณ์พื้นฐาน การรับรู้เกี่ยวกับความเครียด ปฏิกริยาของร่างกายเมื่อเกิดความเครียด วิธีการแก้ไข และการจัดการกับความเครียด ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดความเครียด ปัจจัยส่งเสริมและปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการปรับตัวกับความเครียด รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงของแบบแผนอันเนื่องมาจากความเจ็บป่วย

แบบแผนที่ 11 คุณค่า และความเชื่อ (Value and Belief)

คุณค่าและความเชื่อเป็นแบบแผนเกี่ยวกับความเชื่อถือ ความศรัทธา ความมั่นคงเข้มแข็งทางด้านจิตใจ สิ่งที่มีคุณค่า มีความหมายต่อชีวิต สิ่งยึดเหนี่ยวทางด้านจิตใจ เป้าหมายในการดำเนินชีวิต ความเชื่อทางด้านสุขภาพ และการปฏิบัติตามความเชื่อ ปัจจัยส่งเสริม และปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อความมั่นคงเข้มแข็งทางด้านจิตใจ รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงแบบแผนอันเนื่องมาจากความเจ็บป่วย

ฉะนั้น ในการดูแลผู้ป่วยจึงต้องใช้กระบวนการพยาบาลให้ครบทุกขั้นตอน โดยประเมินให้ครอบคลุมองค์รวม ทั้งร่างกาย จิตใจ อารมณ์สังคม และสิ่งแวดล้อม ตามแบบแผนสุขภาพทั้ง 11 แบบแผน หลังจากนั้นนำข้อมูลทั้งหมดมาวิเคราะห์ และระบุข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลในแบบแผนที่ผิดปกติ หรือมีพยาธิสภาพในแบบแผนนั้น ๆ ทั้งนี้ความผิดปกติในแบบแผนหนึ่งอาจเกิดจากความผิดปกติ หรือมีพยาธิสภาพในแบบแผนนั้น ๆ หรือจากสาเหตุในแบบแผนอื่น ๆ เนื่องจากแต่ละคนแบบแผนเป็นองค์ประกอบของคนทั้งคน ซึ่งมีความเกี่ยวข้องกัน ในการแก้ไขกระบวนการพยาบาลตามแบบแผนสุขภาพ กอร์ดอน เน้นเฉพาะการใช้กับผู้ป่วยที่เจ็บป่วย จึงกล่าวถึงการวินิจฉัยการพยาบาลเฉพาะแบบแผนที่ผิดปกติเท่านั้น ในระยะต่อมาได้มีการขยายขอบเขตใช้แบบแผนสุขภาพเพื่อส่งเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรค จึงได้มีการกำหนด ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลในภาวะที่ข้อมูลบ่งชี้ว่า แบบแผนสุขภาพนั้น ๆ เป็นปกติขึ้น ดังนั้นในปัจจุบันการวินิจฉัยการพยาบาลตามกรอบแนวคิดของแบบแผนสุขภาพจึงวินิจฉัยทั้งภาวะที่ปกติของแบบแผน และภาวะที่ผิดปกติของแบบแผน

การวางแผนการพยาบาล พยาบาลจะกำหนดจุดมุ่งหมาย และวิธีการในการแก้ไขความผิดปกติของแบบแผนที่พบตามกำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาลไว้ ในกรณีที่สรุปข้อวินิจฉัยที่แสดงถึงภาวะที่ผิดปกติของผู้รับบริการ การกำหนดจุดมุ่งหมายการพยาบาลก็เพื่อให้แบบแผนสุขภาพที่ดีนั้นคงอยู่ต่อไปหรือมีแบบแผนที่สมบูรณ์ขึ้น หรือคนมีศักยภาพในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคได้ดีขึ้น

ในการปฏิบัติการพยาบาล พยาบาลจะต้องดำเนินการพยาบาล เพื่อแก้ไขความผิดปกติของแบบแผนสุขภาพ การป้องกันความผิดปกติที่อาจเกิดขึ้น รวมทั้งส่งเสริมให้แบบแผนนั้น ๆ มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้นด้วยวิธีการต่าง ๆ เช่น การสอน การให้คำแนะนำ การปฏิบัติตามแผนการรักษา โดยมุ่งเน้นการสร้างพฤติกรรมที่เหมาะสมและปรับพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม

สำหรับการประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาล พยาบาลจะต้องประเมินว่าในแบบแผนที่ผิดปกตินั้น หลังจากให้การพยาบาลแล้วดีขึ้นหรือไม่ และในแบบแผนที่ปกติยังเป็นปกติ หรือเสี่ยงต่อความผิดปกติ ก็ต้องใช้กระบวนการพยาบาลต่อไป เพื่อแก้ไขปัญหานั้นจนกว่าจะสิ้นสุด ในกรณีที่แบบแผนปกติแล้ว พยาบาลจะต้องพิจารณาป้องกันปัญหา หรือความผิดปกติที่อาจเกิดขึ้น และส่งเสริมสุขภาพต่อไป

กรมการแพทย์

โรงพยาบาลเลิดสิน

ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน

บทที่ 4 กรณีศึกษา

การดูแลผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักที่ทำผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม และมีภาวะแทรกซ้อนลิ่มเลือดอุดตันหลอดเลือดดำ

ข้อมูลทั่วไป

ผู้ป่วยสูงอายุ เพศหญิง อายุ 79 ปี เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย ศาสนาพุทธ สถานภาพสมรส คู่
อาศัย แม่บ้าน ระดับการศึกษา มัธยมศึกษาตอนปลาย

ที่อยู่ 1182/152 ซอยวชิรธรรมสาธิต 57 แขวงบางจาก เขตพระโขนง กรุงเทพฯ 10260

การวินิจฉัยโรค Closed fracture Intertrochanteric Right Femur

การผ่าตัดที่ได้รับ Bipolar Hemiarthroplasty Right Femur วันที่ 10 ตุลาคม 2562

วันที่รับไว้ในโรงพยาบาล 7 ตุลาคม 2562

วันที่จำหน่าย 9 พฤศจิกายน 2562

รวมเวลาที่รักษาตัวในโรงพยาบาล 33 วัน

แหล่งที่มาของข้อมูล

จากการซักประวัติผู้ป่วยและญาติ

จากเวชระเบียนและใบบันทึกประวัติการรักษาของผู้ป่วย

อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล

ปวดสะโพกขวา 2 วัน ก่อนมาโรงพยาบาล

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน

2 วันก่อนมาโรงพยาบาล หกล้ม สะโพกขวากระดูกหัก ปวด ลงน้ำหนักไม่ได้ ญาตินำส่ง
โรงพยาบาลภูมิพล On skin traction ไว้ ญาติต้องการมารับการรักษาต่อที่โรงพยาบาลเลิดสิน

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต

ผู้ป่วยมีประวัติเป็นความดันโลหิตสูง มาประมาณ 5 ปี รักษาและรับยาที่โรงพยาบาล
จุฬาลงกรณ์

ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว

มารดาของผู้ป่วยมีประวัติเป็นเบาหวานและความดันโลหิตสูง สมาชิกในครอบครัวไม่มีใคร
เคยเจ็บป่วยด้วยโรคร้ายแรงหรือโรคเรื้อรัง

ประวัติการแพ้ยาแพ้อาหาร

มีประวัติแพ้ยา Amlodipine มีอาการชาบวม ปากชา ไม่มีประวัติแพ้อาหาร

แบบแผนและพฤติกรรมสุขภาพ

แบบแผนที่ 1 การรับรู้และการดูแลสุขภาพ

ผู้ป่วยให้ความสนใจการดูแลสุขภาพดี มีประวัติเป็นความดันโลหิตสูง รักษาและรับประทาน
ยาอย่างต่อเนื่อง หากเจ็บป่วยเล็กน้อย เช่น เป็นไข้หวัด หรือปวดศีรษะ จะไม่ไปพบแพทย์ แต่จะซื้อ
ยาจากร้านขายยารับประทานเอง และนอนพัก หากอาการไม่ดีขึ้น จึงจะไปพบแพทย์ที่โรงพยาบาล
ตามสิทธิการรักษา ก่อนการเจ็บป่วยครั้งนี้ ผู้ป่วยเห็นว่าตนเองมีสุขภาพดีพอสมควร

ขณะอยู่โรงพยาบาล ผู้ป่วยรับรู้ว่ตนเองหกล้ม ทำให้กระดูกต้นขาหัก และต้องได้รับการผ่าตัด แต่ยังไม่มีความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม รวมทั้งไม่มีความรู้เกี่ยวกับโรคกระดูกพรุน ผู้ป่วยพยายามทำความเข้าใจ และจดจำคำแนะนำที่ได้รับจากแพทย์พยาบาล และทีมสุขภาพ

แบบแผนที่ 2 โภชนาการและการเผาผลาญสารอาหาร

ผู้ป่วยชอบรับประทานอาหารรสจืด ไม่ชอบอาหารหวาน มัน รับประทานผลไม้บ้าง เช่น กล้วย ส้ม แต่ไม่ทุกมื้อ ส่วนใหญ่ผู้ป่วยจะประกอบอาหารรับประทานเอง ผู้ป่วยรับประทานอาหารเช้าครบทั้ง 3 มื้อ ดื่มน้ำวันละประมาณ 1 ขวดลิตร เป็นน้ำจากเครื่องกรองน้ำ ดื่มนมนานๆ ครั้ง และไม่ดื่มน้ำอัดลม ผู้ป่วยไม่มีปัญหาในการเคี้ยวและกลืนอาหาร

ขณะอยู่โรงพยาบาล ส่วนใหญ่ผู้ป่วยรับประทานอาหารของโรงพยาบาลได้หมดถาด และดื่มน้ำได้ประมาณ 800 - 1,500 มิลลิลิตรต่อวัน

แบบแผนที่ 3 การขับถ่าย

ผู้ป่วยไม่มีปัญหาการขับถ่าย ถ่ายปัสสาวะได้ตามปกติ กลั้นปัสสาวะได้ ถ่ายอุจจาระปกติ วันละ 1 ครั้ง มีท้องผูกบ้างเป็นบางครั้ง ควบคุมการขับถ่ายได้ ก่อนได้รับการสวนคาสายปัสสาวะ ปัสสาวะสีเหลือง

แบบแผนที่ 4 กิจกรรมประจำวันและการออกกำลังกาย

ก่อนการเจ็บป่วยผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองได้ ไม่ได้ออกกำลังกาย หลังเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ช่วยเหลือตัวเองได้ลดลง

แบบแผนที่ 5 การพักผ่อนนอนหลับ

ปกตินอนหลับวันละ 6-8 ชั่วโมง กลางคืนนอนหลับได้ ประมาณ 6-8 ชั่วโมง ไม่หลับในเวลา กลางวัน หลังผ่าตัดนอนหลับได้ประมาณ 3-4 ชั่วโมงเพราะปวดแผล พลิกตะแคงตัวเองได้น้อยและไม่คุ้นเคยกับสภาพหอผู้ป่วย กลางวันนอนหลับได้เป็นพัก ๆ

แบบแผนที่ 6 สถิติปัญญาและการรับรู้

รู้สึกตัว พูดคุยไม่มีอาการสับสน รู้เรื่องทำตามบอกได้ การรับรู้ประสาทสัมผัสการมองเห็นปกติ และให้ความร่วมมือในแผนการพยาบาล แต่มีความวิตกกังวลในอาการเจ็บป่วยของตนเอง

แบบแผนที่ 7 การรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์

ก่อนการเจ็บป่วยผู้ป่วยทำงานบ้านได้ปกติ เป็นที่รักใคร่ของคนในครอบครัว เมื่อมีการเจ็บป่วยมีสภาพจิตใจไม่ปกติเนื่องจากต้องเผชิญกับภาวะการเจ็บป่วย ทำให้ผู้ป่วยมีความเครียดและวิตกกังวล

แบบแผนที่ 8 บทบาทและสัมพันธภาพ

ผู้ป่วยเป็นสมาชิกในครอบครัว ทำหน้าที่ดูแลบ้าน เมื่อเจ็บป่วยบทบาทหน้าที่ของตนเองที่มีต่อคนในครอบครัวลดลง เนื่องจากข้อจำกัดทางกาย หรือมีภารกิจในการดูแลสุขภาพมากขึ้น สัมพันธภาพกับคนในครอบครัวขณะป่วยรักใคร่เป็นห่วงเป็นใยดี

แบบแผนที่ 9 เพศและการเจริญพันธุ์

ผู้ป่วยหมดประจำเดือนเมื่ออายุ 52 ปี

แบบแผนที่ 10 การปรับตัวและเผชิญกับความเครียด

ผู้ป่วยมีสีหน้าเครียด วิดกกังวลเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่ ญาติมีส่วนในการช่วยในการสอบถามเกี่ยวกับอาการและการรักษาแทนผู้ป่วย หลังจากได้อธิบายให้ข้อมูลทั้งอาการของโรคและแนวทางการรักษา ญาติและผู้ป่วยเข้าใจโรค แนวทางการรักษามากขึ้น ผู้ป่วยจึงให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาลมากขึ้น

แบบแผนที่ 11 คุณค่าและความเชื่อ

ผู้ป่วยนับถือศาสนาพุทธ ทำบุญใส่บาตรเป็นประจำทุกวันและในช่วงเทศกาลสำคัญ
อาการและการแสดงแรกเริ่ม

รู้สึกตัวดี ปวดสะโพกขวา เดินลงน้ำหนักไม่ได้ ไม่มีอาการชา ไม่มีแขนขาอ่อนแรง การขับถ่ายปกติ

การตรวจร่างกายตามระบบ (Physical Examination)

สภาพทั่วไป

ผู้ป่วยเพศหญิง รูปร่างท้วม ผิวขาวเหลือง พูดคุยเสียงดัง ร่างกายสะอาด สีหน้าวิตกกังวล น้ำหนัก 64 กิโลกรัม สูง 157 เซนติเมตร BMI = 25.96 ประเมิน Braden Scale = 15 มีความเสี่ยงในการเกิดแผลกดทับ ประเมิน Fall Score = 3 มีความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มในระดับปานกลาง สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 37 องศาเซลเซียส ชีพจร 76 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 120/80 มิลลิเมตรปรอท

ผิวหนังและเล็บ

ผิวหนังเหี่ยวย่น ไม่มีผื่น ไม่มีรอยจ้ำเลือด รอยฟกช้ำตามร่างกาย อุณหภูมิปกติ ความชุ่มชื้นและความตึงตัวของผิวหนังปกติ การกระจายตัวของขนสม่ำเสมอ

เล็บสั้นไม่มีรอยโรค ไม่เปราะ ไม่มี Spoon nail และ Clubbing finger รอยต่อระหว่างเล็บกับผิวหนังไม่อักเสบ

ศีรษะ ใบหน้า และลำคอ

รูปร่างศีรษะปกติ ไม่มีก้อน เส้นผมสีดำ-เทา อ่อนนุ่ม ไม่มีรอยโรค

ใบหน้า รูปร่างกลม คลำไม่พบก้อนหรือมีต่อมน้ำเหลืองโตผิดปกติ การเคลื่อนไหวบนใบหน้าปกติ ไม่มีมุมปากตก แต่สีหน้าอ่อนเพลียและวิตกกังวล

จมูก ปีกจมูกทั้งสองข้างสมมาตรกันดี โฟรงจมูกไม่บวมแดง สามารถมกลิ้นได้ปกติเท่ากันทั้งสองข้างไม่มีกดเจ็บบริเวณไซนัส คลำไม่พบก้อนเนื้องอก

ริมฝีปาก รูปร่างปกติ แห้งเล็กน้อย ไม่มีรอยโรค ไม่มีก้อน

ช่องปากสะอาด ไม่มีรอยโรค มีฟันปลอม 3 ซี่บริเวณฟันหน้าด้านบน ไม่มีฟันผุ คอไม่แดง ต่อมทอนซิลไม่โต

ตา

สามารถถลอกตา และเคลื่อนไหวลูกตาได้ปกติ สายตาวาว ต้องใช้แว่นสายตาจึงจะมองเห็นชัดเจน คิ้วอยู่ในระดับ occiput line เท่ากันทั้ง 2 ข้าง

ทรวงอกและทางเดินหายใจ

ลักษณะทรวงอกสมมาตรกันทั้งสองข้าง ไม่มีลักษณะอกไก่ อกบวม อกถั่งเปียร์ สัดส่วน Antero posterior diameter transverse ต่อ Transverse diameter เป็น 1:2 ไม่มีการดิ่งรั้งหรือโป่งพองของกล้ามเนื้อระหว่างซี่โครง ซี่โครงช่องที่ 2 ชิดกับกระดูกยอดอกทั้งสองข้าง เสียงหายใจบริเวณหลอดลม ลักษณะเข้าสั้น ออกยาว เสียงดังปกติไม่มีเสียง Wheezing หรือ Stridor การขยายตัวของปอดทั้งสองข้างเท่ากันดี ฟังเสียงปอดได้ยินเสียงปกติ ไม่มีอาการหายใจเหนื่อยหอบ

หัวใจและหลอดเลือด

ลักษณะทรวงอกเรียบ ไม่มีผื่นทรวงอกนูน เสียงหัวใจปกติ ไม่มี murmur ซีฟจรของคอและแขน ขาหนีบ หลังเท้าของร่างกายทั้ง 2 ข้างแรงเท่ากัน สม่าเสมอดี

ระบบทางเดินอาหาร และหน้าท้อง

ลักษณะหน้าท้องปกติ ไม่มีรอยแผลเป็น หน้าท้องไม่มีอาการแข็งตึง กดไม่เจ็บ ไม่มีอาการท้องอืด ตับม้ามไม่โต ไม่มีก้อน ลำไส้เคลื่อนไหวปกติ ฟังเสียง bowel sound ได้ 6 ครั้งต่อนาที

ระบบประสาท

รู้สึกตัวดี ถามตอบรู้เรื่อง รับรู้บุคคล เวลา และสถานที่ พุดจาชัดเจน ไม่มีตะกุกตะกัก ความจำปกติ การมองเห็นชัดเจน ยกเว้นต้องใช้แว่นสายตาวินิจฉัยอ่านหนังสือ รูปร่างตัวทั้ง 2 ข้าง มีขนาด 2 มิลลิเมตร และมีปฏิกิริยาต่อแสง การกลอกตา การไต่กลิ้ง และการรับรสปกติ ไม่มีอาการชาหรืออ่อนแรง ผิวหนังรับสัมผัสได้ปกติ ความไวของปฏิกิริยาตอบสนอง เกรด 2 กำลึงกล้ามเนื้อ เกรด 5 (ยกเว้นขาขวาที่มีพยาธิสภาพ ซึ่งไม่สามารถตรวจได้)

ระบบกล้ามเนื้อและกระดูก

การทำงานของกล้ามเนื้อทุกส่วนในร่างกายสัมพันธ์กันดี สามารถใช้กล้ามเนื้อแขนและขาได้ดีพอควร กำลึงของกล้ามเนื้อขาขวาน้อยกว่าขาซ้าย ผู้ป่วยขยับขาขวาได้น้อยเนื่องจากปวดมาก

ข้อและกระดูก การเคลื่อนไหวของข้อขาซ้ายเคลื่อนไหวได้ตามปกติ แต่ปวดบริเวณสะโพกและต้นขาขวา ขยับข้อสะโพกได้ไม่ถนัด

การตรวจกำลึงกล้ามเนื้อ : Motor power พบว่ากำลึงของแขนทั้ง 2 ข้างและขาซ้ายอยู่ในระดับ 5 คือ กำลึงของกล้ามเนื้อปกติ สามารถยกแขนและขาได้ดี กล้ามเนื้อสามารถต้านแรงผู้ตรวจได้ ส่วนกำลึงของขาขวาอยู่ในระดับ 3 คือ กำลึงของกล้ามเนื้อสามารถต้านแรงโน้มถ่วงแต่ไม่สามารถต้านแรงของผู้ตรวจได้

การตรวจทางออร์โธปิดิกส์

เป็นการตรวจบริเวณข้อสะโพกในท่านอน ประกอบด้วย

การเคลื่อนไหวของข้อ (Range of motion, ROM)

กำลึงกล้ามเนื้อ (Muscle strength): สะโพกขวามีกำลึงกล้ามเนื้อ เกรด 5 ในท่าข้อสะโพก (Hip flexion) กางข้อสะโพก (Hip abduction) หุบข้อสะโพก (Hip adduction) ยกเว้นท่าเหยียดข้อสะโพก (Hip extension) ที่ไม่สามารถตรวจได้ เนื่องจากต้องตรวจในท่านอนว่าส่วนสะโพกขวากำลึงกล้ามเนื้อ เกรด 1 เนื่องจากมีพยาธิสภาพบริเวณข้อสะโพกขวา

ตรวจบริเวณสะโพกและขา

วิธีการตรวจ	สะโพกและขาข้างซ้าย	สะโพกและขาข้างขวา
การดู (Inspection)	สะโพกซ้ายและแนวของขาปกติ ไม่มีรอยช้ำ ไม่บวม	สะโพกขวามีรอยฟกช้ำ บวมเล็กน้อย ปลายเท้า มีลักษณะหมุนออกด้านนอก (external rotate)
การคลำ (Palpation)	ไม่มีจุดกดเจ็บ ไม่พบก้อน	สะโพกขวาบวมตึงกดเจ็บเล็กน้อย คลำไม่พบ ก้อน
การวัด	ความยาวของขาซ้าย 72 เซนติเมตร	ความยาวของขาขวา 71 เซนติเมตร
ROM Range of motion	เคลื่อนไหวข้อสะโพก ข้อเข่า ข้อเท้าได้เต็มพิสัย	ข้อสะโพก ข้อเข่าไม่สามารถเคลื่อนไหวได้ เนื่องจากปวด ข้อเท้าเคลื่อนไหวได้เต็มพิสัย
Motor power	สะโพกซ้ายมีกำลังกล้ามเนื้อ เกรด 5	สะโพกขวากำลังกล้ามเนื้อ เกรด 1 เนื่องจากมี พยาธิสภาพ กล้ามเนื้อในการเคลื่อนไหวของข้อเท้า เกรด 5

กรมการแพทย์

โรงพยาบาลเลิดสิน

ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน

การตรวจทางห้องปฏิบัติการและรังสีวิทยา
การตรวจนับเม็ดเลือด (complete blood count)

ผลเลือด	7ต.ค.62	12ต.ค.62	13ต.ค.62	15ต.ค.62	ค่าปกติ	การแปลผล
Hematocrit	31.3*	27.9	36.6	36.6	36-48 %	*ค่าHematocrit ต่ำกว่าปกติ แสดงถึงภาวะซีด อาจเกิดจากเสียเลือดจากการผ่าตัด จำนวน 400 มิลลิลิตร
Hemoglobin	10.4*	9.1*	12.0	12.0	12-16 g/dL	*ค่าต่ำกว่าปกติ บ่งบอกถึงภาวะซีด
WBC	11,010	7,410	7,860	11,770	4,600-10,200 cells/cumm	ปกติ
RBC	3.52*	3.28*	4.42	4.25	4.2-5.5M/cumm	*ค่าต่ำกว่าปกติ บ่งบอกถึงภาวะซีด
Neutrophil	71.9	74.6	69.9	81.3	37 - 80 %	ปกติ
Lymphocyte	19.5	16.7	21.6	14.3	10 - 50 %	ปกติ
Monocyte	7.5	7.4	6.5	3.1	< 12 %	ปกติ
Eosinophil	0.9	1.2	1.9	1.2	< 7 %	ปกติ
Basophil	0.2	0.1	0.1	0.1	< 2.5 %	ปกติ
Platelet	236,000	256,000	301,000	357,000	142,000-424,000 cell/cumm	ปกติ
MCV	88.9	85.1	82.8	86.1	80 - 97fL	ปกติ
MCH	29.5	27.7	27.1	28.2	27 - 31.2 pg	*ค่าสูงกว่าปกติ แสดงว่าเม็ดเลือดแดงมีขนาดใหญ่กว่าปกติ อาจเกิดจากโลหิตจางหรือเกิดไขกระดูกเสื่อม
MCHC	33.2	32.6	32.8	32.8	31.8 - 35.4 g/dL	*ค่าสูงกว่าปกติแสดงว่าอาจเกิดโรคโลหิตจางชนิดเม็ดเลือดแดงมีขนาดใหญ่กว่าปกติ
RDW	13.3	15.9	16.3	15.9	11.6 - 14.8 %	ปกติ
ESR	85*				< 20 mm/hr	*สูงกว่าปกติ บ่งบอกว่ามีการอักเสบ
	7 ต.ค.62	27 ต.ค.62	1 พ.ย.62	5 พ.ย.62	ค่าปกติ	การแปลผล
PT	12.4	12.7	20.2*	23.1*	10.51-13.08 sec	*ค่ามากกว่าปกติ อาจเกิดจากขาด factor I, II, V, X, โรคตับ Disseminated intravascular coagulation (DIC)
INR	1.03	1.06	1.72*	1.98*	0.8 - 1.1	
PTT	27.7	34.4*	36.1*	37.3*	22.19-30.74 SEC	
INR	1.15	1.43*	1.5	1.55	1.5	

ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน

ผลการตรวจชีวเคมี (Blood Chemistry)

	7ต.ค62	9ต.ค62	12ต.ค.62	15ต.ค62	ค่าปกติ	การแปลผล
FBS	-	110	-	-	70-110 mg/dl	ปกติ
BUN	16.7	17.7	17.9	16.3	6-18 mg/dl	ปกติ
Creatinine	0.74	0.68	0.62	0.62	0.51-1.17mg/dl	ปกติ
eGFR	76	82	85	85		
Electrolyte						
Sodium	134.4*	133.6*	137.1	137.1	136 -145mEq/L	*ต่ำกว่าปกติ อาจเกิดจากภาวะ Dehydrate หรือจากการกินยาขับปัสสาวะเพื่อลดความดันโลหิตสูง
Potassium	3.76	3.42*	3.77	3.97	3.5-5.1 mEq/L	*ต่ำกว่าปกติ อาจเกิดจากการกินยาขับปัสสาวะเพื่อลดความดันโลหิตสูง
Chloride	101	99	104	102	98-107 mEq/L	ปกติ
Carbondioxide	23.0	25.7	24.3	25.5	21-32 mEq/L	ปกติ
Calcium	-	8.9	-	-	8.4-10.2 mg/dl	ปกติ
Phosphorus	-	2.6	-	-	2.3-4.7 mg/dl	ปกติ
Magnesium	-	2.3	-	-	1.6-2.6 mg/dl	ปกติ
CRP	-	146.31*	-	-	< 5	*สูงผิดปกติ แสดงว่าร่างกายมีภาวะอักเสบ หรือการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อ
D-Dimer	-	-	-	1413*	< 198	*สูงผิดปกติ บ่งชี้ว่ามีการเกิดลิ่มเลือดในหลอดเลือด หากมีมากแสดงว่ามีการแข็งตัวของเลือด
Liver function test						
Total protein	6.7	-	-	-	6.4-8.2g/dl	ปกติ
Albumin	3.4	-	-	-	3.4-5g/dl	ปกติ
Globulin	3.4	-	-	-	2.3-3.5g/dl	ปกติ
Total bilirubin	0.59	-	-	-	< 1mg/dl	ปกติ
Indirect bilirubin	0.29	-	-	-	< 0.7mg/dl	ปกติ
Direct bilirubin	0.30	-	-	-	< 0.3mg/dl	ปกติ
SGOT	18	-	-	-	< 35U/L	ปกติ
SGPT	10	-	-	-	< 45U/L	ปกติ
Alk. Phosphate	66	-	-	-	30 - 120U/L	ปกติ
25-OH Vitamin D	-	18.10*	-	3	ng/mL	*เป็นภาวะที่ร่างกายได้รับวิตามินดีไม่พอ อาจทำให้เกิดโรค
TSH	-	3.859	-	-	0.35-4.94	ปกติ

ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน

ผลการตรวจปัสสาวะ [Urine Analysis (U/A)]

Exam	7 ต.ค. 62	9 ต.ค. 62	ค่าปกติ	แปลผล
Color	Yellow	Yellow	Colorless-	ปกติ
Clarity	Slight*	Turbid*	Yellow	*มีการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ
Glucose	Negative	Negative	Clear	ปกติ
Ketone	Trace*	Trace*	Negative	*เกิดจากการอักเสบของอวัยวะในระบบทางเดินปัสสาวะ
Blood	Negative	2+*	Negative	*อาจเกิดจากความผิดปกติในทางเดินปัสสาวะ
Protein	Negative	Negative	Negative	ปกติ
Nitrite	Negative	Negative	Negative	ปกติ
Bilirubin	Negative	Negative	Negative	ปกติ
Specific gravity	1.015	1.019	Negative	ปกติ
pH	6.0	6.0	1.003-1.03	ปกติ
Urobilirubin	Negative	Negative	5-8	ปกติ
Leucocyte	1+*	3+*	Negative	*มีการติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะ
RBC	5-10*	20-30*	Negative	*อาจเกิดจากความผิดปกติที่ไต หรือความผิดปกติในระบบทางเดินปัสสาวะ
WBC	10-20*	> 100*	<3 Cells/HPF	*มีการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ
Squamous epithelium cell	0-1	10-20*	<7 Cells/HPF	*มีการติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะ
Bacteria	Moderate*	Many*	<11 Cells/HPF	*ตรวจพบเชื้อแบคทีเรียจะบ่งบอกถึงการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ

กรมการแพทย์

โรงพยาบาลเลิดสิน

ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน

ผลการตรวจความเข้มข้นของเลือด (Hematocrit)

วันที่	Hematocrit (%)	การแปลผล
10 ต.ค. 2562 (17.00 น.)	35.0%* (ค่าปกติ 36 - 48 %)	*ค่าต่ำกว่าปกติ อาจเกิดจากการเสียเลือดจากการผ่าตัด
11 ต.ค. 2562 (01.00 น.)	30.0%* (ค่าปกติ 36 - 48 %)	
11 ต.ค. 2562 (21.00 น.)	31.0%* (ค่าปกติ 36 - 48 %)	
12 ต.ค. 2562 (21.00 น.)	37.0% (ค่าปกติ 36 - 48 %)	

ผลการตรวจภูมิคุ้มกันวิทยา (IMMUNOLOGY) 7 ตุลาคม 2562

Anti - HIV = ปกติ (Negative)

ผลการตรวจทางจุลชีววิทยา (MICROBIOLOGY)

10 ตุลาคม 2562

Bacteria c/s test Urine (mid stream): Colony count $>10^5$ CFU/ml

Escherichia coli

แปลผล: มีการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ เนื่องจากพบปริมาณเชื้อแบคทีเรียมากกว่า 10^5 CFU/ml

การตรวจทางรังสีวิทยา

ภาพถ่ายรังสีปอด วันที่ 7 ตุลาคม 2562: ปกติ (No active pulmonary disease)

ผล X-Ray both Hip AP และ Rt. Hip lateral cross table วันที่ 7 ตุลาคม 2562: film shows the osteopenia of the pelvic bone. There is closed fracture neck of right femur with minimal displacement, the lesser trochanter is intact.

จากภาพถ่ายรังสี สนับสนุนการวินิจฉัยว่ามีกระดูกสะโพกข้างขวาหัก มีการเคลื่อนแยกเล็กน้อย และกระดูกสะโพกมีลักษณะของกระดูกบาง

โรงพยาบาลเลิดสิน

ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน

ผล CT Pelvis 8 ตุลาคม 2562



IMPRESSION: Intertrochanteric fracture right femur is seen. Soft tissue swelling around right hip joint is seen.

Film both hip AP, Rt. hip lateral วันที่ 10 ตุลาคม 2562 หลังทำผ่าตัด



ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน

Doppler Study of the Venous System of Right Leg. วันที่ 17 ตุลาคม 2562

The color & Doppler study of the venous system of Rt. common femoral (CFV), superficial femoral (SFV), Popliteal (POP), posterior tibial (PTV) and peroneal (peron) veins were performed. Compression and augmentation were also applied.

Impression: Dilated Rt. CFV with reasonably good flow noted.

But SFV vein was demonstrated, with intraluminal iso-echogenic very slow red blood cell flow, compatible with evidence of hyper-acute deep vein thrombosis. Incomplete compressibility of these veins also demonstrated.

No flow detected in the POPV, compatible with acute DVT.

Duplex ultrasonography วันที่ 22 พฤศจิกายน 2562

Common Femoral Vein (CFV), Femoral vein (FV), Popliteal Vein (PopV) : Small size of right CFV, FV and Popliteal vein, Venous wall thickening, without intraluminal echogenicity, compressible vessels, normal respiratory variation phasic waveform and augmentation test positive.

Impression: Post thrombotic syndrome of right leg

ผลตรวจ EKG วันที่ 7 ตุลาคม 2562: พบ Sinus bradycardia

การแปลผล: Bradycardia คือ การเต้นของหัวใจเต้นช้ากว่าปกติ (ช้ากว่า 60 ครั้งต่อนาที) ทำให้หัวใจไม่สามารถปั๊มเลือดไปเลี้ยงส่วนต่างๆของร่างกายได้ การที่หัวใจเต้นช้าลงแสดงว่ามีอะไรบางอย่างไปสกัดกั้นไม่ให้คลื่นกระแสไฟฟ้าของหัวใจที่ทำหน้าที่ควบคุมการเต้นของหัวใจไม่ให้เป็นจังหวะได้ตามปกติ ทำให้เกิดการขัดขวางต่อการปล่อยคลื่นกระแสไฟฟ้าของหัวใจ ได้แก่ การอักเสบของกล้ามเนื้อหัวใจ (myocarditis) โรคความดันโลหิตสูง (hypertension) ต่อมไทรอยด์ทำงานน้อยลง (hypothyroidism) และกล้ามเนื้อของหัวใจถูกทำลายลงในขณะที่เกิดภาวะเส้นเลือดหัวใจเกิดการอุดตัน

การตรวจวัดความหนาแน่นของกระดูก BMD วันที่ 21 ตุลาคม 2562

ผลการตรวจ

ตำแหน่งที่ตรวจ	ผลการตรวจค่า T score	การแปลผลค่า T score
Neck of femur	-2.4	กระดูกบาง
Total hip	-1.2	กระดูกบาง
Spine	0.8	ปกติ

การแปลผลค่า T score

ค่า T scoreมากกว่า -1 ความหนาแน่นกระดูกปกติ Normal bone

ค่า T scoreที่อยู่ต่ำกว่า -1 แต่สูงกว่า -2.5 กระดูกบาง Osteopenia

ค่า T scoreต่ำกว่า -2.5 โรคกระดูกพรุน Osteoporosis

การวินิจฉัยโรค Closed fracture Intertrochanteric Right Femur

การผ่าตัด Bipolar Hemiarthroplasty Right Femur

เปรียบเทียบทฤษฎีกับกรณีศึกษา

ทฤษฎี	กรณีศึกษา
กระดูกสะโพกหัก พบมากในผู้สูงอายุมีสาเหตุสำคัญ คือ การหกล้ม และสาเหตุส่งเสริม ได้แก่ ภาวะกระดูกพรุน ปัจจัยเสี่ยงอื่นๆที่ทำให้เกิดกระดูกสะโพกหักในผู้สูงอายุ ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง โรคเบาหวาน ภาวะไขมันในเลือดสูง ประวัติการหกล้มมาก่อน การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ และการมีกิจกรรมของร่างกายลดลง อาการและอาการแสดง 1. มีอาการปวดอย่างรุนแรงบริเวณสะโพกและต้นขา จะปวดมากขึ้นเวลาที่มีการเคลื่อนไหว 2. กดเจ็บบริเวณกระดูกหัก (Tenderness) 3. เดินไม่ได้ขาบิดออกด้านข้าง (External rotation) 4. ขาข้างที่มีพยาธิสภาพจะสั้นกว่าปกติ 5. เสียกระดูกเสียดสีกันเมื่อจับโยก 6. รายที่มีการหักของกระดูกที่อยู่ภายนอกเยื่อหุ้มข้อจะเห็นเป็นรอยจ้ำเลือด (Ecchymosis) ที่บริเวณต้นขาหรือขาหนีบ การวินิจฉัย - จากประวัติ สาเหตุมักเกิดจากการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ - การส่งตรวจภาพถ่ายทางรังสีในท่า lateral จะช่วยบอกความรุนแรงของการหักว่ามี comminution ด้าน posterior มากน้อยเท่าไร เพราะถ้ามีมากก็แสดงว่า fracture นั้นมี stability น้อย โอกาสเกิด malunion หรือ nonunion สูงขึ้น - กระดูกหักเกย (Displace fracture) มักมีประวัติหกล้มแล้วไม่สามารถลุกขึ้นและเดินได้ การส่งตรวจทางรังสีเอกซ์ควรส่งในท่าหน้าและหลังและด้านข้าง (cross-table lateral view) จะช่วยยืนยันการวินิจฉัยได้ชัดเจนขึ้น	- ผู้ป่วยเพศหญิง อายุ 79 ปี มีประวัติหกล้ม สะโพกขวากระดูกแตกพื้นปวด บวม เดินลงน้ำหนักไม่ได้ ญาตินำส่ง รพ.ภูมิพล On Skin Traction 2 กิโลกรัม และขอย้ายมารักษาต่อที่ รพ.เลิดสิน - ผู้ป่วยมีประวัติเป็นความดันโลหิตสูง - ผู้ป่วยปวดบริเวณสะโพกขวามาก เดินลงน้ำหนักไม่ได้ ตรวจพบ ขาข้างขวาหดสั้นกว่าขาข้างซ้าย วัดความยาวของขาข้างขวาได้ 71 เซนติเมตร ขาข้างซ้ายวัดได้ 72 เซนติเมตร สะโพกขวาบวมเล็กน้อย ไม่มีจ้ำเลือด ขาข้างขวามีอาการบิดหมุนออกด้านนอก ส่วนขาข้างซ้ายมีลักษณะปกติ - จากประวัติผู้ป่วยหกล้มก่อนมาโรงพยาบาล 2 วัน - ผู้ป่วยได้รับการตรวจทางรังสีวิทยาในท่า both Hip AP และ Left Hip lateral cross table วันที่ 7 ต.ค. 2562 ผลการตรวจพบมีคอกระดูกสะโพกข้างขวาหัก มีการเคลื่อนแยกเล็กน้อยและกระดูกสะโพกมีลักษณะของกระดูกบาง

เปรียบเทียบทฤษฎีกับกรณีศึกษา (ต่อ)

ทฤษฎี	กรณีศึกษา
การรักษา แบ่งออกเป็น 2 วิธี คือ 1. การรักษาโดยไม่ผ่าตัด เป็นการรักษาแบบประคับประคอง โดยการถ่วงดึงด้วย Buck's Extension Skin Traction ใช้ น้ำหนักประมาณ 2-3 กิโลกรัม เพื่อลดอาการบาดเจ็บของ เนื้อเยื่ออ่อน ลดอาการเกร็งตัวของกล้ามเนื้อ และเพื่อบรรเทาอาการของเลือดที่ไปเลี้ยงหัวกระดูกต้นขา มักทำในกรณีที่รอ ผ่าตัดหรือในผู้ป่วยที่สูงอายุมากไม่สามารถทนต่อการผ่าตัด หรือมีภาวะแทรกซ้อนทางอายุรกรรม เช่น โรคของระบบหัวใจ และหลอดเลือด ระบบสมอง 2. รักษาโดยวิธีการผ่าตัดเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถลงน้ำหนักขาข้าง ที่หักให้ฟื้นคืนสภาพปกติให้เร็วที่สุด มี 2 วิธี ได้แก่ การผ่าตัด ใส่ข้อสะโพกเทียมและการผ่าตัดเพื่อใส่วัสดุสำหรับการยึดตรึง กระดูกไว้ภายใน ดังนี้ 2.1 การผ่าตัดใส่ข้อสะโพกเทียม ในกรณีที่มีการหักของคอ กระดูกต้นขาที่มีภาวะกระดูกพรุนมากจนไม่สามารถใช้เครื่อง ยึดตรึงกระดูกได้อย่างมั่นคง จึงจำเป็นที่ผู้ป่วยจะต้องได้รับการ ผ่าตัดเพื่อใส่ข้อสะโพกเทียมซึ่งแบ่งได้เป็น 2 ชนิด ได้แก่ 2.1.1 การเปลี่ยนเฉพาะหัวกระดูกต้นขาอย่างเดียว (Hemiarthroplasty Prosthesis) แบ่งออกเป็น 2 ชนิด คือ 2.1.1.1 แบบ Unipolar ได้แก่ Moore's Prosthesis และThompson Prosthesis 2.1.1.2 แบบ Bipolar เป็นข้อเทียมที่ออกแบบขึ้นเพื่อ ลดการเกิดการสึกกร่อนของเบ้า Acetabulum Erosion 2.1.2 การเปลี่ยนส่วนของข้อสะโพกทั้งด้านเบ้าและหัว กระดูกต้นขา 2.2 การผ่าตัดเพื่อการยึดตรึงกระดูกไว้ภายใน เป็นการยึด ตรึงกระดูกที่หักให้อยู่กับที่ชั่วคราวโดยมีจุดประสงค์หลักคือ ให้กระดูกอยู่นิ่ง จัดเรียงกระดูกให้เข้าที่เพื่อให้เกิดการติดตาม ธรรมชาติ ทำให้ผู้ป่วยสามารถเคลื่อนไหวช่วยเหลือตัวเองได้	- ผู้ป่วยได้รับการ on skin traction 5 กิโลกรัม ไว้ตั้งแต่แรกรับ จนถึงวันที่ทำ ผ่าตัด 10 ต.ค. 2562 - ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัด Bipolar Hemiarthroplasty Right Femur เป็นการทำการผ่าตัดเปลี่ยน ข้อสะโพกเทียม

เปรียบเทียบทฤษฎีกับกรณีศึกษา (ต่อ)

ทฤษฎี	กรณีศึกษา
โรคกระดูกพรุน เป็นภาวะที่ร่างกายมีมวลกระดูกลดลง ร่วมกับมีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างและความแข็งแรงของกระดูก ทำให้เกิดกระดูกหักง่าย ปัจจัยที่มีผลต่อโรคกระดูกพรุน 1. ลักษณะทางพันธุกรรม 2. ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ได้แก่ 2.1 ไม่ได้รับแคลเซียมที่เพียงพอ 2.2 การใช้ยาสเตียรอยด์ ยารักษาโรคไขข้ออักเสบ โรคหอบหืด โรคหัวใจ และโรคความดันโลหิต 2.3 การสูบบุหรี่ หรือดื่มสุราเป็นประจำ 2.4 การขาดฮอร์โมนเอสโตรเจนของหญิงวัยหมดประจำเดือน 2.5 การไม่เคลื่อนไหวหรือออกกำลังกาย 2.6 การขาดวิตามินดี อาการและอาการแสดง เกิดภาวะกระดูกหักจากแรงกระแทกที่ไม่รุนแรง การวินิจฉัย 1. การตรวจ BMD โดยค่า BMD ของคนปกติจะอยู่ที่มากกว่า -1.0 คนที่มีภาวะกระดูกบาง จะมีค่า BMD อยู่ระหว่าง -1.0 ถึง -2.5 และผู้ป่วยโรคกระดูกพรุนมีค่า BMD น้อยกว่า -2.5 2. การคำนวณค่า FRAX score ซึ่งจะรายงานผลออกมา 2 ค่า คือ ความน่าจะเป็นในการเกิดกระดูกหักที่ตำแหน่งสำคัญ โดยใช้ค่าที่มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 20 และความน่าจะเป็นในการเกิดกระดูกสะโพกหัก โดยใช้ค่าที่มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 3	จากการตรวจ BMD พบว่า ผู้ป่วยมีภาวะกระดูกบาง จึงทำให้กระดูกหักง่าย ผู้ป่วยมีภาวะพร่องวิตามินดี (Vitamin D level 18.10 ng/mL) ผู้ป่วยมีภาวะกระดูกต้นขาส่วนคอหักจากการหกล้ม 1. ผู้ป่วยได้รับการตรวจ BMD ผลการตรวจ พบว่า ผู้ป่วยมีภาวะกระดูกสะโพกด้านขวาบาง (ค่า BMD -2.4) แต่มีความหนาแน่นของกระดูกสันหลังอยู่ในระดับปกติ (ค่า BMD 0.8) 2. ความน่าจะเป็นในการเกิดกระดูกหักที่ตำแหน่งสำคัญ เท่ากับร้อยละ 4.9 และความน่าจะเป็นในการเกิดกระดูกสะโพกหัก เท่ากับร้อยละ 2.5

โรงพยาบาลเลิดสิน

ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน

เปรียบเทียบทฤษฎีกับกรณีศึกษา (ต่อ)

ทฤษฎี	กรณีศึกษา
การรักษา 1. การรักษาโดยไม่ใช้ยา ประกอบด้วย 1.1 การออกกำลังกาย 1.2 การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ได้แก่ การงดสูบบุหรี่ และงดดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ หลีกเลี่ยงการใช้ยาที่ทำให้เกิดกระดูกพรุน การได้รับแคลเซียมและวิตามินดีที่เพียงพอ 2. การรักษาด้วยยา ประกอบด้วย 2.1 ยาลดการสลายเนื้อกระดูก ได้แก่ bisphosphonate ฮอร์โมนเอสโตรเจน Calcitonin, Denosumab และแคลเซียม 2.2 ยาเพิ่มการสร้างเนื้อกระดูก ได้แก่ ฮอร์โมนพาราไทรอยด์ 2.3 ยาที่ออกฤทธิ์ทั้งเพิ่มการสร้าง และลดการสลายเนื้อกระดูก ได้แก่ Strontium และวิตามินดี ปัจจัยที่ทำให้หกล้มและเกิดกระดูกหักซ้ำ 1. ปัจจัยภายใน ได้แก่ 1.1 อายุ อายุที่เพิ่มขึ้น มีผลทำให้สมรรถภาพทางกายลดลง เช่น การเคลื่อนไหวร่างกาย การทรงตัว การมองเห็น 1.2 เพศ เพศหญิงมีการหกล้มมากกว่าเพศชาย 1.3 โรคประจำตัว ได้แก่ โรคระบบกระดูก กล้ามเนื้อ และข้อ โรคระบบประสาทและสมอง โรคหัวใจและหลอดเลือด 1.4 กล้ามเนื้ออ่อนแรง 1.5 การทรงตัวและการเดินบกพร่อง 1.6 ระบบการรับรู้รู้สึกผิดปกติ 1.7 การบกพร่องของการรู้คิด 1.8 การกลั้นปัสสาวะไม่ได้ 1.9 มีพฤติกรรมเสี่ยงในการดำเนินชีวิต เช่นการดื่มสุรา 1.10 มีประวัติเคยหกล้ม 1.11 การรับประทานยาที่มีความสัมพันธ์กับการหกล้ม	ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยแคลเซียมและวิตามินดี ได้รับคำแนะนำให้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ผู้ป่วยเป็นเพศหญิง อายุ 79 ปี มีโรคประจำตัว ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง และได้รับการรักษาด้วยการรับประทานยาลดความดัน และพื้นที่บริเวณที่ผู้ป่วยล้มมีลักษณะขรุขระไม่เรียบ จึงทำให้ผู้ป่วยหกล้มและเกิดกระดูกสะโพกหัก

ทฤษฎี	กรณีศึกษา
2. ปัจจัยภายนอก ได้แก่ 2.1 สภาพแวดล้อมไม่ปลอดภัย ทั้งในบ้าน และชุมชน เช่น พื้นลื่น มีสิ่งกีดขวางทางเดิน เป็นต้น 2.2 ไม่มีอุปกรณ์ช่วยเดิน มีแต่ไม้เท้า อุปกรณ์ช่วยเดินที่มีอาจไม่เหมาะสม หรือชำรุด 2.3 เสื้อผ้าหรือรองเท้าที่สวมใส่ไม่เหมาะสม อาจทำให้สะดุดหกล้มได้ง่าย การประเมินความเสี่ยงต่อการหกล้ม 1. การซักประวัติเกี่ยวกับรายละเอียดของการหกล้ม 2. การตรวจร่างกาย ประกอบด้วย การรับรู้ ลักษณะและท่าทางในการทรงตัว และการเดิน กำลังกล้ามเนื้อ และการเคลื่อนไหวของข้อที่บริเวณแขนและขา ตรวจเท้าและรองเท้า ประเมินการมองเห็น และตรวจวัดสัญญาณชีพ 3. การประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และประเมินการใช้อุปกรณ์ช่วยเดิน 4. ประเมินสภาพแวดล้อมที่บ้าน 5. ประเมินภาวะกระดูกพรุนและความเสี่ยงต่อการ เกิดกระดูกหัก การป้องกันกระดูกหักซ้ำ 1. ปรับสภาพแวดล้อมของบ้านให้ปลอดภัย 2. ออกกำลังกายเพื่อเพิ่มกำลังกล้ามเนื้อ เพิ่มความยืดหยุ่นของร่างกาย และฝึกการทรงตัว 3. ให้วิตามินดีเสริม 700 - 1,000 IU/วัน 4. แก้ไขปัญหาการมองเห็น การได้ยินและความดันโลหิตต่ำจากการเปลี่ยนท่าทาง 5. เลือกรองเท้าและใช้อุปกรณ์ช่วยเดินที่เหมาะสม 6. ให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการหกล้ม	1. จากการซักประวัติ พบว่าผู้ป่วยหกล้มเนื่องจากพื้นบริเวณนั้นขรุขระ ผู้ป่วยจึงลื่นล้มโดยที่สะโพกขวากระแทกพื้น 2. ผู้ป่วยได้รับการตรวจร่างกาย พบว่าผู้ป่วยมี การรับรู้ กำลังกล้ามเนื้อ และการเคลื่อนไหวของข้อส่วนที่ไม่ได้รับบาดเจ็บปกติ ความดันโลหิต 120/80 มิลลิเมตรปรอท สัญญาณชีพอื่นปกติ 3. ค่า BMD -2.4 ที่ตำแหน่งกระดูกสะโพกด้านขวา และ 0.8 ที่ตำแหน่งกระดูกสันหลังส่วนความน่าจะเป็นในการเกิดกระดูกหักที่ตำแหน่งสำคัญ เท่ากับร้อยละ 4.9 และความน่าจะเป็นในการเกิดกระดูกสะโพกหัก เท่ากับร้อยละ 2.5 ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาเพื่อป้องกันกระดูกหักซ้ำครบถ้วน ทั้งการให้ยารักษาโรคกระดูกพรุน การประเมินความเสี่ยงต่อการหกล้ม การฝึกการบริหารร่างกาย และการให้ความรู้ในการป้องกันกระดูกหักซ้ำจากการหกล้ม

เปรียบเทียบทฤษฎีกับกรณีศึกษา (ต่อ)

ทฤษฎี	กรณีศึกษา
Deep Vein Thrombosis (DVT) เป็นภาวะลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำลึกของร่างกาย มักเกิดขึ้นที่บริเวณต้นขาหรือน่อง ทำให้เกิดอาการปวด บวม หรือกดบริเวณขาแล้วรู้สึกเจ็บ แต่ในบางกรณีอาจไม่มีอาการใดๆ แสดงให้เห็น DVT อาจเป็นผลจากภาวะทางสุขภาพ การผ่าตัด หรือการได้รับอุบัติเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยไม่ได้เคลื่อนไหวร่างกายเป็นเวลานาน จึงทำให้เกิดการกดทับหรือหลอดเลือดดำได้รับความเสียหายจนทำให้เกิดลิ่มเลือดอุดตัน หากลิ่มเลือดหลุดไปอุดกั้นในปอด (Pulmonary Embolism) อาจเป็นอันตรายถึงชีวิตได้ DVT จึงเป็นภาวะรุนแรงที่ควรได้รับการรักษาอย่างเร่งด่วน อาการของ Deep Vein Thrombosis ผู้ป่วยกว่าครึ่งอาจไม่มีอาการใด ๆ แสดงให้เห็น แต่อาการที่พบได้บ่อยของผู้ป่วย Deep Vein Thrombosis ได้แก่ 1. ปวด เป็นตะคริวหรือกดแล้วเจ็บบริเวณขาข้างใดข้างหนึ่ง มักเริ่มที่บริเวณน่อง บางกรณีอาจปวดขาทั้งสองข้างแต่พบได้น้อย 2. บริเวณขา ข้อมเท้าหรือเท้ามีอาการบวม อาจมีอาการปวดร่วมด้วย 3. ผิวหนังบริเวณที่มีอาการอาจรู้สึกร้อนหรืออุ่นกว่าผิวหนังรอบๆ 4. ผิวหนังเปลี่ยนสี เช่น ผิวซีดลง เป็นสีแดงช้ำ หรือสีม่วง เป็นต้น สาเหตุของ Deep Vein Thrombosis การอุดตันของลิ่มเลือดเกิดได้จากหลายปัจจัยดังนี้ 1. ความเสียหายของผนังหลอดเลือดจากการได้รับบาดเจ็บ เช่น การบาดเจ็บของกล้ามเนื้ออย่างรุนแรง หรือกระดูกหัก ทำให้หลอดเลือดตีบแคบหรืออุดตัน 2. การไม่ได้เคลื่อนไหวร่างกาย โดยเฉพาะการนั่งหรืออยู่ในอิริยาบถเดิมติดต่อกันเป็นเวลานาน อาจทำให้เลือดไปสะสมที่บริเวณขา การไหลเวียนของเลือดจะช้าลงและทำให้เกิดลิ่มเลือดขึ้น เช่น การนั่งเครื่องบินหรือเดินทางเป็นเวลานาน รวมทั้งผู้ป่วยอัมพาตและผู้ป่วยติดเตียงที่ไม่สามารถขยับตัวได้	- ผู้ป่วยมีภาวะลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำลึก ซึ่งสาเหตุอาจเกิดจากการผ่าตัด เนื่องจากผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม - ผู้ป่วยมีอาการปวด บวมแดง บริเวณขา สาเหตุ - อาจเกิดจากภาวะแทรกซ้อนหลังได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม - การไม่ได้เคลื่อนไหวร่างกายเป็นเวลานานจากการผ่าตัดและระหว่างพักฟื้นหลังผ่าตัด

เปรียบเทียบทฤษฎีกับกรณีศึกษา (ต่อ)

ทฤษฎี	กรณีศึกษา
3. ความเสียหายของหลอดเลือดระหว่างการผ่าตัด และการพักฟื้นหลังผ่าตัดโดยไม่มีการเคลื่อนไหวร่างกาย 4. การได้รับยาบางชนิด เช่น ยาคุมกำเนิดหรือการให้ฮอร์โมนทดแทน (Hormone Replacement Therapy) เป็นต้น 5. โรคผิดปกติทางพันธุกรรมบางโรคที่ทำให้เกิดการอุดตันของเลือดง่ายกว่าปกติ 6. ภาวะตั้งครรภ์ ซึ่งทำให้เกิดแรงกดทับที่หลอดเลือดดำบริเวณขาและเชิงกราน 7. โรคประจำตัวของผู้ป่วย เช่น โรคมะเร็ง โรคปอด โรคหัวใจ โรคที่เกี่ยวข้องกับกระเพาะปัสสาวะอักเสบ เป็นต้น การวินิจฉัย Deep Vein Thrombosis แพทย์จะวินิจฉัย โดยสอบถามอาการ ประวัติสุขภาพ และตรวจร่างกายเบื้องต้น ด้วยการตรวจดูบริเวณที่มีอาการปวดบวมหรือแดง ร่วมกับวินิจฉัยด้วยวิธีอื่นเพิ่มเติม ดังนี้ 1. การ Ultrasound เป็นวิธีที่นิยมนำมาใช้ในการวินิจฉัยมากที่สุด 2. การตรวจเลือดเพื่อหาค่า D-Dimer เป็นค่าที่บ่งถึงการมีลิ่มเลือดในหลอดเลือด หากมีค่าสูงและมีปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรค อาจบ่งบอกว่าผู้ป่วยมีภาวะลิ่มเลือดอุดตัน 3. การฉีดสารทึบแสงเข้าไปในหลอดเลือดดำ (Venography) บริเวณเท้าหรือข้อเท้าและเอ็กซเรย์เพื่อดูความผิดปกติของหลอดเลือดดำ 4. การทำซีที สแกน (CT Scan) หรือเอ็มอาร์ไอ (MRI) เพื่อตรวจดูการอุดตันของหลอดเลือด	การวินิจฉัย ผลการตรวจ Doppler Study of the Venous System of Right Leg. วันที่ 17 ตุลาคม 2562 Dilated Rt. CFV with reasonably good flow noted. But SFV vein was demonstrated, with intraluminal iso-echogenic very slow red blood cell flow, compatible with evidence of hyperacute deep vein thrombosis. Incomplete compressibility of these veins also demonstrated. No flow detected in the POPV, compatible with acute DVT. - วันที่ ตุลาคม 2562 ผลตรวจเลือด D-Dimer = 1413 mg/L

เปรียบเทียบทฤษฎีกับกรณีศึกษา (ต่อ)

ทฤษฎี	กรณีศึกษา
การรักษา Deep Vein Thrombosis การรักษา DVT เน้นไปที่การป้องกันลิ่มเลือดที่อุดตันขยายใหญ่ขึ้นหรือแตกออก เพราะอาจนำไปสู่ภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตราย อย่างโรคลิ่มเลือดอุดตันในปอด และลดความเสี่ยงในการเกิดโรคซ้ำอีกในภายหลัง โดยแพทย์อาจใช้วิธีการรักษาดังต่อไปนี้ 1. การดูแลตนเอง ตามคำแนะนำต่อไปนี้ 1.1 เคลื่อนไหวร่างกายและเปลี่ยนอิริยาบถบ่อย ๆ ในระหว่างวัน หากเป็นผู้ป่วยที่นอนพักฟื้นร่างกายหลังการผ่าตัด ควรขยับร่างกายเพื่อช่วยให้เลือดไหลเวียนได้ดีขึ้น 1.2 ใช้เก้าอี้รองเพื่อหนุนขาให้สูงขึ้น ซึ่งจะช่วยให้เลือดบริเวณขาไหลเวียนได้ดีขึ้น 1.3 ใส่ถุงน่องซัพพอร์ท เพื่อป้องกันอาการบวม ป้องกันการเกิดลิ่มเลือดอุดตัน และช่วยให้การไหลเวียนของเลือดดีขึ้น 1.4 รับประทานยาตามที่แพทย์สั่งอย่างเคร่งครัด และควรสังเกตอาการเลือดออกหรือผลข้างเคียงอื่นที่อาจเกิดขึ้นหลังจากรับประทานยา 1.5 ไปพบแพทย์ตามวันและเวลาที่นัดหมายอย่างสม่ำเสมอ เพื่อติดตามอาการหรือปรับวิธีการรักษา 2. การรักษาโดยการให้ยา ยาต้านการแข็งตัวของเลือด (Anticoagulants) เป็นยาที่นิยมนำมาใช้รักษาภาวะ Deep Vein Thrombosis มากที่สุด ซึ่งผู้ป่วยอาจได้รับในรูปแบบยารับประทานหรือยาฉีด เพื่อลดการจับตัวกันของเลือดเป็นลิ่มเลือด แพทย์อาจฉีด Heparin เข้าทางหลอดเลือดดำหรือฉีดยากลุ่มอนุพันธ์ LMWHs ใต้ผิวหนัง เช่น Enoxaparin, Dalteparin หรือ Fondaparinux นอกจากนี้ แพทย์อาจให้ยาชนิดรับประทานแก่ผู้ป่วย เช่น Warfarin, Rivaroxaban หรือ Apixaban ซึ่งควรรับประทานอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลาอย่างน้อย 3–6 เดือน	การรักษา ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยยา - Enoxaparin 0.6 มิลลิลิตร ฉีดใต้ผิวหนัง ทุก 12 ชั่วโมง - Warfarin (2) 2 เม็ด ทางปาก ก่อนนอน - Eliquis (5) 1x2 ทางปาก หลังอาหาร (Home Medication)

เปรียบเทียบทฤษฎีกับกรณีศึกษา (ต่อ)

ทฤษฎี	กรณีศึกษา
3. การวางตะแกรงกรองลิ่มเลือด (Filters) ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือด แพทย์อาจใช้วิธีวางตะแกรงกรองลิ่มเลือดในหลอดเลือดดำใหญ่บริเวณหน้าท้อง (Vena Cava) เพื่อป้องกันลิ่มเลือดหลุดจากหลอดเลือดดำไปอุดตันหลอดเลือดแดงในปอด ทั้งนี้การรักษาด้วยการวางตะแกรงกรองลิ่มเลือดควรใช้ในระยะสั้น จนกว่าความเสี่ยงของการเกิดลิ่มเลือดอุดตันจะลดลงหรือผู้ป่วยสามารถรับประทานยาได้ 4. การผ่าตัด แพทย์อาจแนะนำให้ผู้ป่วยผ่าตัดเอาลิ่มเลือดที่อุดตันออกหากมีลิ่มเลือดขนาดใหญ่อุดตันในหลอดเลือดหรือมีอาการร้ายแรงอย่างลิ่มเลือดที่อุดตันไปทำลายเนื้อเยื่อบริเวณใกล้เคียง ในบางกรณีแพทย์อาจใช้บอลูนหรือขดลวดตาข่าย (Stent) ช่วยขยายหลอดเลือดชั่วคราวขณะผ่าตัด อย่างไรก็ตาม การผ่าตัดอาจทำให้เกิดผลข้างเคียงตามมาได้ เช่น การติดเชื้อ ความเสียหายของหลอดเลือด หรือเลือดออกหลังการผ่าตัด เป็นต้น	

เปรียบเทียบทฤษฎีกับกรณีศึกษา (ต่อ)

ทฤษฎี	กรณีศึกษา
ความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ (Hypertension) โรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุนั้น หมายถึง การมีค่าความดันซิสโตลิกมากกว่าหรือเท่ากับ 140 มิลลิเมตรปรอท และค่าความดันไดแอสโตลิกมากกว่าหรือเท่ากับ 90 มิลลิเมตรปรอท โดยค่าเป้าหมายของระดับความดันโลหิตในผู้สูงอายุที่มีอายุอยู่ในช่วง 60 - 79 ปี คือ น้อยกว่าหรือเท่ากับ 140/90 มิลลิเมตรปรอท และผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 80 ปีขึ้นไป มีค่าเป้าหมายน้อยกว่าหรือเท่ากับ 150/90 มิลลิเมตรปรอท กลไกการเกิดโรคความดันโลหิตสูง การเกิดโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุนั้นแตกต่างจากในผู้ใหญ่ เนื่องจากมีปัจจัยที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา ได้แก่ การที่หลอดเลือดแดงตีบแข็งเนื่องจากมีไขมันอุดตัน ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของการเกิดโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ เมื่ออายุมากขึ้นผนังหลอดเลือดแดงจะมีการสะสมเนื้อเยื่อเกี่ยวพันและไขมัน และมีการตีตัวของกล้ามเนื้อเรียบมากขึ้น ทำให้ผนังหลอดเลือดแดงหนาและแข็งมากขึ้น ความยืดหยุ่นลดลง ประกอบกับผนังหลอดเลือดมีการตอบสนองต่อระบบประสาทซิมพาเทติกและพาราซิมพาเทติกลดลง ทำให้ความสามารถในการหดตัวและคลายตัวลดลง และสูญเสียความสามารถในการหดตัวกลับ เมื่อได้รับแรงดันเลือดจากหัวใจ ทำให้หัวใจต้องทำงานมากกว่าปกติ ในการที่จะส่งเลือดไปเลี้ยงอวัยวะต่าง ๆ ทั่วร่างกาย ทั้งนี้ ปัจจัยร่วมที่ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเหล่านี้ คือ การมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ถูกต้อง ได้แก่ การรับประทานอาหารที่มีโซเดียมและไขมันมากเกินไป การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ สูบบุหรี่ การมีน้ำหนักตัวเกิน และความเครียด โดยปัจจัยร่วมเหล่านี้ส่งผลให้มีการเพิ่มขึ้นของปริมาตรเลือดส่งออกจากหัวใจต่อนาทีทั้งสิ้น ทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น	- ผู้ป่วยอายุ 79 ปี มีประวัติเป็นความดันโลหิตสูง รักษาที่รพ. จุฬาลงกรณ์ มาตลอด ยาความดันโลหิตที่ผู้ป่วยได้รับ คือ - Apresoline (50) 1 เม็ด 3 เวลา เช้า กลางวัน เย็น - Zandip (20) 1 เม็ด หลังอาหารเช้า - ผู้ป่วยมีอาการเวียนศีรษะเป็นบางครั้ง มักเป็นหลังตื่นนอน - จากการตรวจ EKG พบ ภาวะหัวใจเต้นช้ากว่าปกติ Sinus Bradycardia

เปรียบเทียบทฤษฎีกับกรณีศึกษา (ต่อ)

ทฤษฎี	กรณีศึกษา
ผลกระทบจากโรคความดันโลหิตสูงต่อผู้สูงอายุ ดังนี้ 1. เกิดภาวะหลอดเลือดแดงแข็งตัว ทำให้เกิดลิ้นเลือดทั้งที่หลอดเลือดหัวใจและหลอดเลือดสมอง 2. หัวใจทำงานผิดปกติจากหลอดเลือดหัวใจตีบ เกิดภาวะหัวใจวาย หลอดเลือดแดงโป่งพอง 3. เกิดโรคหลอดเลือดสมอง 4. เกิดภาวะแทรกซ้อนที่จอประสาทตา 5. การทำงานของไตเสื่อมสภาพ ทำให้ไตวาย การรักษา เป็นการรักษาร่วมกันระหว่างการไม่ใช้ยากับการใช้ยา ซึ่งมีเป้าหมาย เพื่อลดการทำลายอวัยวะสำคัญ และป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตรายแก่ชีวิต 1. การรักษาโดยไม่ใช้ยา มุ่งเน้นไปที่การปรับเปลี่ยนการดำเนินชีวิต ได้แก่ การลดน้ำหนัก การจำกัดปริมาณโซเดียม และลดอาหารที่มีไขมันอิ่มตัว การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ การจำกัดปริมาณแอลกอฮอล์ การงดสูบบุหรี่ และการลดความเครียด 2. การรักษาโดยยา ยาที่ใช้รักษาโรคความดันโลหิตสูงแบ่งออกเป็น 5 กลุ่ม ดังนี้ 2.1 กลุ่มยาขับปัสสาวะ ยาที่ใช้บ่อย ได้แก่ hydrochlorothiazide (HCTZ) ออกฤทธิ์ลดการดูดกลับของโซเดียม ผลข้างเคียงคือหัวใจเต้นผิดจังหวะ 2.2 กลุ่ม beta-blockers เช่น propranolol, atenolol และ metoprolol ออกฤทธิ์ในการลดปริมาตรเลือดส่งออกจากหัวใจต่อนาที ผลข้างเคียงคือหัวใจเต้นช้า 2.3 กลุ่ม angiotensin converting enzyme inhibitors (ACE inhibitors) เช่น captopril และ enalapril โดยออกฤทธิ์ทำให้หลอดเลือดขยายตัว ผลข้างเคียง คือ อาจมีอาการไอ	- ผู้ป่วยเวียนศีรษะเป็นบางครั้ง แต่ไม่มีตาพร่ามัว ไม่มีอาการชักเกร็ง - ผู้ป่วยได้รับ low salt diet - ผู้ป่วยได้รับยา Apressoline (50 mg) 1 เม็ด 3 เวลา หลังอาหาร เช้า กลางวัน เย็น

เปรียบเทียบทฤษฎีกับการณศึกษา (ต่อ)

ทฤษฎี	การณศึกษา
2.4 กลุ่ม angiotensin-II receptorblocker (ARB) เช่น losartan มีคุณสมบัติเหมือนยากลุ่ม ACEI หลายประการ แต่ไม่ทำให้มีอาการไอ 2.5 กลุ่ม calcium channelblocker โดยออกฤทธิ์ปิดกั้นที่ช่องทางผ่านแคลเซียม ทำให้แคลเซียมจากภายนอกเข้าสู่เซลล์น้อยลง ทำให้หลอดเลือดแดงคลายตัว อัตราการเต้นและการบีบตัวของหัวใจลดลง แบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ 2.5.1 Dihydropyridine derivatives เช่น nifedipine และ amlodipine มีผลข้างเคียงคือ หัวใจเต้นเร็ว ปวดศีรษะ บวมบริเวณข้อเท้าและอาจทำให้เลือดที่ไปเลี้ยงหัวใจลดลงได้ 2.5.2 Papaverine derivatives เช่น verapamil ผลข้างเคียง คือ หัวใจเต้นช้าผิดปกติ 2.5.3 Benzothiazepine derivatives เช่น diltiazem ผลข้างเคียง คือ ปวดศีรษะวิงเวียน อ่อนแรง และบวมบริเวณข้อเท้า	

การเยี่ยมผู้ป่วยในขณะที่อยู่ในความดูแล

เริ่มศึกษาผู้ป่วยตั้งแต่วันที่ 7 ตุลาคม 2562 ถึงวันที่ 9 พฤศจิกายน 2562

การติดตามเยี่ยมครั้งที่ 1 วันที่ 7 ตุลาคม 2562 เวลา 18.00 น.

รับใหม่จาก ER เวลา 18.00 น. มาโดยเปลนอน รู้สึกตัวดี ปวดสะโพกขวา ระดับความปวดเท่ากับ 8 พุดคุยรู้เรื่อง สีหน้าวิตกกังวลและเจ็บปวด ลูกเดินไม่ได้ นอนพักอยู่บนเตียง ตรวจวัดสัญญาณชีพ อุณหภูมิ 37 องศาเซลเซียส ชีพจร 76 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 120/80 มิลลิเมตรปรอท สร้างสัมพันธภาพ แนะนำสถานที่ การปฏิบัติตัวขณะพักรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามข้อสงสัยเพื่อให้ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวล ดูแลให้ได้รับยาตามแผนการรักษา ดูแลให้รับประทานอาหาร low salt diet การรักษาที่ได้รับ คือให้ผู้ป่วยนอนพักบนเตียง on skin traction 5 กิโลกรัม ร่วมกับรับประทานยาเพื่อลดอาการปวด ผลตรวจ Urine Examination พบ WBC 5-10 Cells/HPF Bacteria Moderate

การติดตามเยี่ยมครั้งที่ 2 วันที่ 8 ตุลาคม 2562 เวลา 10.00 น.

ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัด ประเมินความรู้ของผู้ป่วยเรื่องการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด ให้ความรู้เพิ่มเติมกับผู้ป่วยในเรื่อง การบริหารกล้ามเนื้อและข้อให้แข็งแรง การดื่มน้ำและอาหารทางปากทุกชนิดหลังเที่ยงคืนวันผ่าตัด เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามข้อสงสัย ให้กำลังใจผู้ป่วยเพื่อให้คลายความวิตกกังวล ให้คำแนะนำในเรื่องการรับประทานอาหาร การพักผ่อน ผู้ป่วยบ่นปวดสะโพกขวา ประเมินระดับความปวดเท่ากับ 8 ดูแลให้ได้รับยาแก้ปวด Morphine 3 มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำ ส่งปรึกษาอายุรแพทย์ และวิสัญญีแพทย์เพื่อเตรียมพร้อมสำหรับการผ่าตัด สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 37 องศาเซลเซียส ชีพจร 82 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 124/63 มิลลิเมตรปรอท

การติดตามเยี่ยมครั้งที่ 3 วันที่ 9 ตุลาคม 2562 เวลา 10.00 น.

ผู้ป่วยอ่อนเพลีย ช่วยเหลือตัวเองได้น้อย ปวดสะโพกขวามาก ระดับความปวดเท่ากับ 8 ดูแลให้ยาแก้ปวดตามแผนการรักษา พลิกตะแคงตัวให้ทุก 2 ชั่วโมง เพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ ประเมินลักษณะของผิวหนังบริเวณที่ถูกกดทับว่ามีรอยแดง รอยถลอกหรือไม่ แนะนำญาติในการช่วยพลิกตะแคงตัว กระตุ้นให้ผู้ป่วยออกกำลังกายบนเตียงในอวัยวะส่วนที่ไม่ถูกจำกัด ผลตรวจ Urine Examination พบ WBC >100 Cells/HPF Bacteria Many จึงส่งตรวจ Urine culture เพื่อเพาะหาเชื้อ แพทย์ให้การรักษาด้วย Cef-3 2 กรัม ทางหลอดเลือดดำวันละครั้ง ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ Potassium = 3.42 mEq/L ได้รับ KCl 30 มิลลิลิตร ทางปาก x 1

ผู้ป่วยวิตกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัด เตรียมความพร้อมด้านร่างกาย ดูแลทำความสะอาดร่างกาย เตรียมผิวหนังบริเวณที่จะทำผ่าตัด สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 37 องศาเซลเซียส ชีพจร 80 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 120/64 มิลลิเมตรปรอท ผู้ป่วยพักผ่อนได้

การติดตามเยี่ยมครั้งที่ 4 วันที่ 10 ตุลาคม 2562 เวลา 11.00 น.

ส่งผู้ป่วยไปห้องผ่าตัด เวลา 12.30 น. ผู้ป่วยมีสีหน้าวิตกกังวล อุณหภูมิ 37.1 องศาเซลเซียส ชีพจร 72 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 126/62 มิลลิเมตรปรอท

กลับจากห้องผ่าตัด 17.15 น. ไปสังเกตอาการที่ ICU ศัลยกรรม หลังผ่าตัดผู้ป่วยรู้สึกตัวดี อ่อนเพลีย หน้าซีด On O₂ Canular 3 ลิตร/นาที มีคลื่นไส้ อาเจียนเป็นน้ำลาย 1 ครั้ง ประมาณ 5 มิลลิลิตร อุณหภูมิ 36 องศาเซลเซียส ชีพจร 74 ครั้ง/นาที หายใจ 16 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 130/74 มิลลิเมตรปรอท ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจน 98% แผลผ่าตัดมีเลือดซึมเล็กน้อย Radivac drain work ดี content ออก 50 มิลลิลิตร มีสาย Foley's catheter ปัสสาวะสีเหลืองใสไม่มีตะกอน บันทึกจำนวนปัสสาวะออกทุก 1 ชั่วโมง ปัสสาวะออกมากกว่า 30 มิลลิลิตร/ชั่วโมง ดูแลผู้ป่วยให้ได้รับการพักผ่อนโดยจัดให้นอนหงายราบ ห้ามหุบขา สังเกตเลือดออกจากแผลผ่าตัด ติดตามค่า Hematocrit ทุก 8 ชั่วโมง เวลา 17.00 น. Hematocrit = 35% ดูแลให้ได้รับสารน้ำ Acetar 1,000 มิลลิลิตร ทางหลอดเลือดดำ 80 มิลลิลิตรต่อชั่วโมงตามแผนการรักษา บันทึกสัญญาณชีพทุก 1 ชั่วโมง ผู้ป่วยปวดแผลผ่าตัดระดับความปวดเท่ากับ 8 ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาแก้ปวดตามแผนการรักษา หลังได้รับยาประเมินระดับความปวดเท่ากับ 4 ให้การพยาบาลด้วยความนุ่มนวล เบาทมอธิบายความจำเป็นที่ผู้ป่วยอาจถูกรบกวนเวลานอน เนื่องจากต้องเฝ้าระวังสังเกตอาการและบันทึกสัญญาณชีพเป็นระยะสม่ำเสมอ Intake = 3,191 มิลลิลิตร Output = 2,685 มิลลิลิตร

การติดตามเยี่ยมครั้งที่ 5 วันที่ 11 ตุลาคม 2562 เวลา 10.00 น.

หลังผ่าตัดวันที่ 1 ผู้ป่วยยังอ่อนเพลีย ปวดแผลผ่าตัดมาก ระดับความปวดเท่ากับ 8 ได้รับยาบรรเทาอาการปวดตามแผนการรักษาของแพทย์ แผลผ่าตัดไม่มีเลือดซึม Radivac drain work ดี มี content ออกประมาณ 50 มิลลิลิตร ผล Hematocrit = 30% ดูแลให้ได้รับ PRC 2 unit ทางหลอดเลือดดำ อัตราไหลใน 4 ชั่วโมง/unit (hold IV ขณะให้เลือด) สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.8 องศาเซลเซียส ชีพจร 68 ครั้ง/นาที หายใจ 16 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 119/54 มิลลิเมตรปรอท ปัสสาวะออกดีสีเหลืองไม่มีตะกอน

ย้ายผู้ป่วยกลับหอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกหึ่ง ผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองได้น้อย ไม่ค่อยขยับตัว ฝึกการหายใจและการไออย่างมีประสิทธิภาพ ไชหัวเตียงสูงประมาณ 30-45 องศา ให้นั่งได้ ผู้ป่วยยังปฏิบัติตามได้น้อยเนื่องจากปวดแผลผ่าตัด รับประทานอาหารได้ครึ่งถ้วย นอนหลับพักผ่อนได้เป็นพัก ๆ Intake = 2,340 มิลลิลิตร Output = 1,355 มิลลิลิตร

การติดตามเยี่ยมครั้งที่ 6 วันที่ 12 ตุลาคม 2562 เวลา 10.00 น.

หลังผ่าตัดวันที่ 2 ผู้ป่วยยังปวดแผลผ่าตัดเวลาพลิกตะแคงตัว ระดับความปวดเท่ากับ 8 ได้รับยาแก้ปวดตามแผนการรักษา แผลผ่าตัดไม่มีเลือดซึม ผล Hematocrit = 31% ดูแลให้ได้รับ PRC 1 unit ทางหลอดเลือดดำ อัตราไหลใน 4 ชั่วโมง/unit แพทย์ให้ฉีดยาปฏิชีวนะและยาแก้ปวดต่อ ผู้ป่วยบ่นแน่นอึดอัดท้องแนะนำให้รับประทานอาหารอ่อนอย่างง่ายและมีกากใยมาก ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้ 3/4 ถ้วย Off IV fluid, On heparin lock ไว้ กระตุ้นให้ผู้ป่วยขยับตัวและช่วยเหลือตัวเองบนเตียง อุณหภูมิร่างกาย 36.2 องศาเซลเซียส ชีพจร 64 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 122/59 มิลลิเมตรปรอท Intake = 2,724 มิลลิลิตร Output = 3,370 มิลลิลิตร

การติดตามเยี่ยมครั้งที่ 7 วันที่ 13 ตุลาคม 2562 เวลา 10.00 น.

หลังผ่าตัดวันที่ 3 แผลผ่าตัดแห้งดี ปวดแผลลดน้อยลง ระดับความปวด เท่ากับ 4 เลือดที่ออกทาง Radivac drain ออกประมาณ 90 มิลลิลิตร อุณหภูมิ 36.3 องศาเซลเซียส ชีพจร 72 ครั้ง/นาที่ หายใจ 20 ครั้ง/นาที่ ความดันโลหิต 130/62 มิลลิเมตรปรอท ผู้ป่วยยังขยับตัวได้น้อยและยังต้องคอยช่วยพลิกตะแคงตัวให้ แพทย์พิจารณาถอดสาย Foley's catheter ออกผู้ป่วยปัสสาวะได้รับประทานอาหารได้ 3/4 ถ้วย ลูกนั่งบนเตียงได้ Intake= 1,700 มิลลิลิตร Output = 2,070 มิลลิลิตร

การติดตามเยี่ยมครั้งที่ 8 วันที่ 14 ตุลาคม 2562 เวลา 10.00 น.

หลังผ่าตัดวันที่ 4 ผู้ป่วยขยับตัวได้มากขึ้น รับประทานอาหารได้ ปวดแผลลดน้อยลง ระดับความปวด เท่ากับ 3 เลือดที่ออกทาง Radivac drain ออกเพิ่มประมาณ 90 มิลลิลิตร อุณหภูมิ 36 องศาเซลเซียส ชีพจร 68 ครั้ง/นาที่ หายใจ 20 ครั้ง/นาที่ ความดันโลหิต 120/64 มิลลิเมตรปรอท ลูกนั่งห้อยขาบนเตียงได้ Intake= 1,200 มิลลิลิตร Output = 1,980 มิลลิลิตร

การติดตามเยี่ยมครั้งที่ 9 วันที่ 15 ตุลาคม 2562 เวลา 10.00 น.

หลังผ่าตัดวันที่ 5 ฝึกผู้ป่วยให้ลุกจากเตียงและหัดเดินข้างเตียงด้วย Walker ดูแลช่วยเหลือการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่างๆ การฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด ฝึกให้ผู้ป่วยปฏิบัติกิจวัตรประจำวันที่สามารถทำได้เอง ผู้ป่วยบ่นปวดแผล ระดับความปวด เท่ากับ 3 แผลผ่าตัดแห้งดี ไม่มีการติดเชื้อ ไม่พบภาวะแทรกซ้อน ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้ 3/4 ถ้วย ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและช่วยเหลือตัวเองได้ดีพอควร ส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ D-Dimer = 1413 อุณหภูมิ 36.9 องศาเซลเซียส ชีพจร 62 ครั้ง/นาที่ หายใจ 18 ครั้ง/นาที่ ความดันโลหิต 120/68 มิลลิเมตรปรอท Intake= 1,100 มิลลิลิตร Output = 2,240 มิลลิลิตร

การติดตามเยี่ยมครั้งที่ 10 วันที่ 16 ตุลาคม 2562 เวลา 10.00 น.

หลังผ่าตัดวันที่ 6 ผู้ป่วยขยับตัวได้มากขึ้น ฝึกให้ลุกจากเตียงและหัดเดินข้างเตียงด้วย Walker ดูแลช่วยเหลือการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่างๆ การฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด ฝึกให้ผู้ป่วยปฏิบัติกิจวัตรประจำวันที่สามารถทำได้เอง ปวดแผลลดน้อยลง ระดับความปวด เท่ากับ 3 แผลผ่าตัดแห้งดี ไม่มีการติดเชื้อ ไม่พบภาวะแทรกซ้อน เลือดที่ออกทาง Radivac drain ออกเพิ่มประมาณ 60 มิลลิลิตร รับประทานอาหารได้ อุณหภูมิ 36 องศาเซลเซียส ชีพจร 68 ครั้ง/นาที่ หายใจ 20 ครั้ง/นาที่ ความดันโลหิต 120/64 มิลลิเมตรปรอท Intake= 700 มิลลิลิตร Output = 1,560 มิลลิลิตร

การติดตามเยี่ยมครั้งที่ 11 วันที่ 17 ตุลาคม 2562 เวลา 10.00 น.

หลังผ่าตัดวันที่ 7 ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ฝึกผู้ป่วยให้ลุกจากเตียงและหัดเดินข้างเตียงด้วย Walker ดูแลช่วยเหลือการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ ที่สามารถทำได้เอง ปวดแผลผ่าตัดน้อยลง ระดับความปวด เท่ากับ 3 แผลผ่าตัดแห้งดี ขาขาบวม วัดขนาดเส้นผ่านศูนย์กลางรอบน่องขาได้ 31.5 เซนติเมตร มีขนาดใหญ่กว่าข้างซ้าย 3 เซนติเมตร มีรอยช้ำเขียวจาง ๆ กระดกข้อเท้าองเข้าได้ ส่งทำ Ultrasound doppler Rt. Leg พบ DVT ส่งปรึกษาศัลยกรรม แพทย์ให้ยา Enoxaparin 0.6 มิลลิลิตร ฉีดใต้ผิวหนัง ทุก 12 ชั่วโมง ประคบขาขาด้วย cold pack ทุก 2 ชั่วโมง ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้ 3/4 ถ้วย อุณหภูมิ 36.2 องศาเซลเซียส ชีพจร 64 ครั้ง/นาที่ หายใจ 18 ครั้ง/นาที่ ความดันโลหิต 115/56 มิลลิเมตรปรอท Intake= 1,000 มิลลิลิตร Output = 1,150 มิลลิลิตร

การติดตามเยี่ยมครั้งที่ 12 วันที่ 18 ตุลาคม 2562 เวลา 9.00 น.

หลังผ่าตัดวันที่ 8 ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ขาขวาบวมเล็กน้อย วัดขนาดเส้นผ่านศูนย์กลางรอบน่องขวาได้ 31 เซนติเมตร มีรอยช้ำเขียวจาง ๆ ไม่มีเลือดออก กระดกข้อเท้างอเข้าได้ ปวดเล็กน้อย ระดับความปวดเท่ากับ 3 ได้รับยาตามแผนการรักษา ประคบขาขวาด้วย cold pack ทุก 2 ชั่วโมง เลือดที่ออกทาง Radivac drain ไม่ออกเพิ่ม Off Raduvac drain ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้ 3/4 ถ้วย อุณหภูมิ 36.3 องศาเซลเซียส ชีพจร 60 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 121/62 มิลลิเมตรปรอท Intake= 1,220 มิลลิลิตร Output = 1,500 มิลลิลิตร

การติดตามเยี่ยมครั้งที่ 13 วันที่ 19 ตุลาคม 2562 เวลา 10.00 น.

หลังผ่าตัดวันที่ 9 ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี แผลผ่าตัดแห้งดี ขาขวายุบบวมลง วัดขนาดเส้นผ่านศูนย์กลางรอบน่องขวาได้ 30 เซนติเมตร มีรอยช้ำเขียวจาง ๆ ไม่มีเลือดออก ไม่พบจุดจ้ำเลือด กระดกข้อเท้างอเข้าได้ ปวดเล็กน้อย ระดับความปวดเท่ากับ 3 ได้รับยาตามแผนการรักษา แผลแห้งดี ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้ 3/4 ถ้วย ไม่มีคลื่นไส้อาเจียน อุณหภูมิ 36.3 องศาเซลเซียส ชีพจร 64 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 136/67 มิลลิเมตรปรอท Intake= 1,000 มิลลิลิตร Output = 1,900 มิลลิลิตร

การติดตามเยี่ยมครั้งที่ 14 วันที่ 20 ตุลาคม 2562 เวลา 10.00 น.

หลังผ่าตัดวันที่ 10 ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี แผลผ่าตัดแห้งดี ขาขวายุบบวมลง ขนาดเส้นผ่านศูนย์กลางรอบน่องขวาได้ 30 เซนติเมตร มีรอยช้ำเขียวจาง ๆ ไม่มีเลือดออก ไม่พบจุดจ้ำเลือด กระดกข้อเท้างอเข้าได้ ปวดเล็กน้อย ระดับความปวดเท่ากับ 3 ได้รับยาตามแผนการรักษา ส่งตรวจ PT, PTT, INR ผล PT = 34.4 INR = 1.43 เริ่มให้ยา Warfarin ทางปาก ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้ 3/4 ถ้วย ไม่มีคลื่นไส้อาเจียน อุณหภูมิ 36.5 องศาเซลเซียส ชีพจร 72 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 125/77 มิลลิเมตรปรอท

การติดตามเยี่ยมครั้งที่ 15 วันที่ 21 ตุลาคม 2562 เวลา 10.00 น.

หลังผ่าตัดวันที่ 12 ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี แผลผ่าตัดแห้งดี ขาขวายุบบวมลง ขนาดเส้นผ่านศูนย์กลางรอบน่องขวาได้ 29 เซนติเมตร มีรอยช้ำเขียวจาง ๆ ไม่มีเลือดออก ไม่พบจุดจ้ำเลือด กระดกข้อเท้างอเข้าได้ ปวดเล็กน้อย ระดับความปวดเท่ากับ 3 ดูแลให้ยา Warfarin ทางปาก ไม่พบภาวะแทรกซ้อน ดูแลช่วยเหลือการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ ที่สามารถทำได้เอง ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้ 3/4 ถ้วย อุณหภูมิ 36.3 องศาเซลเซียส ชีพจร 64 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 129/63 มิลลิเมตรปรอท

การติดตามเยี่ยมครั้งที่ 16 วันที่ 22 ตุลาคม 2562 เวลา 10.00 น.

หลังผ่าตัดวันที่ 13 ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี แผลผ่าตัดแห้งดี ขาขวายุบบวมลง ขนาดเส้นผ่านศูนย์กลางรอบน่องขวาได้ 29 เซนติเมตร มีรอยช้ำเขียวจาง ๆ ไม่มีเลือดออก ไม่พบจุดจ้ำเลือด กระดกข้อเท้างอเข้าได้ ปวดเล็กน้อย ระดับความปวดเท่ากับ 3 ดูแลให้ยา Warfarin ทางปาก ไม่พบภาวะแทรกซ้อน ลูกนั่งข้างเตียงได้ ดูแลช่วยเหลือการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้ 3/4 ถ้วย อุณหภูมิ 36.2 องศาเซลเซียส ชีพจร 68 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 123/74 มิลลิเมตรปรอท

การติดตามเยี่ยมครั้งที่ 17 วันที่ 23 ตุลาคม 2562 เวลา 10.00 น.

หลังผ่าตัดวันที่ 14 ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี แผลผ่าตัดแห้งดี ขาขวายุบบวม ขนาดเส้นผ่านศูนย์กลางรอบน่องขาได้ 29 เซนติเมตร ไม่พบจุดจ้ำเลือด กระดกข้อเท้างอเข้าได้ ปวดเล็กน้อย ระดับความปวดเท่ากับ 3 ดูแลให้ยา Warfarin ไม่พบภาวะแทรกซ้อน แนะนำให้บริหารขาและนั้งห้อยขาได้ ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้ 3/4 ถ้วย อุณหภูมิ 36.6 องศาเซลเซียส ชีพจร 70 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 124/73 มิลลิเมตรปรอท

การติดตามเยี่ยมครั้งที่ 18 วันที่ 24 ตุลาคม 2562 เวลา 10.00 น.

หลังผ่าตัดวันที่ 15 ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี แผลผ่าตัดแห้งดี ขาขวายุบบวม ขนาดเส้นผ่านศูนย์กลางรอบน่องขาได้ 29 เซนติเมตร ไม่พบจุดจ้ำเลือด กระดกข้อเท้างอเข้าได้ ปวดเล็กน้อย ระดับความปวดเท่ากับ 3 ดูแลให้ยา Warfarin ไม่พบภาวะแทรกซ้อน แนะนำให้บริหารขา นั้งห้อยขาและหัดเดินข้างเดียวด้วย Walker ได้ ดูแลช่วยเหลือการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ ที่สามารถทำได้เอง ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้หมดถ้วย อุณหภูมิ 36.7 องศาเซลเซียส ชีพจร 72 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 145/68 มิลลิเมตรปรอท

การติดตามเยี่ยมครั้งที่ 19 วันที่ 25 ตุลาคม 2562 เวลา 10.00 น.

หลังผ่าตัดวันที่ 16 ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี แผลผ่าตัดแห้งดี ขาขวายุบบวม ขนาดเส้นผ่านศูนย์กลางรอบน่องขาได้ 29 เซนติเมตร ไม่พบจุดจ้ำเลือด กระดกข้อเท้างอเข้าได้ ปวดเล็กน้อย ระดับความปวดเท่ากับ 3 ดูแลให้ยา Warfarin ไม่พบภาวะแทรกซ้อน ลูกนั่งและเดินข้างเดียวด้วย Walker ได้ ดูแลช่วยเหลือการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ ที่สามารถทำได้เอง ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้หมดถ้วย อุณหภูมิ 36.5 องศาเซลเซียส ชีพจร 70 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 127/69 มิลลิเมตรปรอท

การติดตามเยี่ยมครั้งที่ 20 วันที่ 26 ตุลาคม 2562 เวลา 10.00 น.

หลังผ่าตัดวันที่ 17 ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี แผลผ่าตัดแห้งดี ขาขวาไม่บวม ข้อเท้าขวาบวมเล็กน้อย ขนาดเส้นผ่านศูนย์กลางรอบน่องขาได้ 29 เซนติเมตร ประคบเย็นที่ข้อเท้าไว้ ไม่พบจุดจ้ำเลือด กระดกข้อเท้างอเข้าได้ ปวดเล็กน้อย ระดับความปวดเท่ากับ 3 ดูแลให้ยา Warfarin ไม่พบภาวะแทรกซ้อน ดูแลช่วยเหลือการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ ที่สามารถทำได้เอง ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้หมดถ้วย อุณหภูมิ 36.3 องศาเซลเซียส ชีพจร 68 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 121/61 มิลลิเมตรปรอท

การติดตามเยี่ยมครั้งที่ 21 วันที่ 27 ตุลาคม 2562 เวลา 10.00 น.

หลังผ่าตัดวันที่ 18 ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี แผลผ่าตัดแห้งดี ขาขวาไม่บวม ข้อเท้าขวาบวมเล็กน้อย ขนาดเส้นผ่านศูนย์กลางรอบน่องขาได้ 29 เซนติเมตร ประคบเย็นที่ข้อเท้าไว้ ไม่พบจุดจ้ำเลือด กระดกข้อเท้างอเข้าได้ ปวดเล็กน้อย ระดับความปวดเท่ากับ 2 ดูแลให้ยา Warfarin ไม่พบภาวะแทรกซ้อน ดูแลช่วยเหลือการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ ที่สามารถทำได้เอง ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ผล PT = 14.7 PTT = 33.4 INR = 1.23 ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้หมดถ้วย อุณหภูมิ 36.5 องศาเซลเซียส ชีพจร 64 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 111/65 มิลลิเมตรปรอท

การติดตามเยี่ยมครั้งที่ 22 วันที่ 28 ตุลาคม 2562 เวลา 10.00 น.

หลังผ่าตัดวันที่ 19 ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี แผลผ่าตัดแห้งดี ขาขวาไม่บวม ข้อเท้าขวาบวมลง ไม่พบจุดจ้ำเลือด กระดกข้อเท้างอเข้าได้ ปวดเล็กน้อย ระดับความปวดเท่ากับ 2 ดูแลให้ยา Warfarin ไม่พบภาวะแทรกซ้อน ดูแลช่วยเหลือการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ ที่สามารถทำได้เอง นั่งห้อยขาและหัดเดินข้างเตียงด้วย Walker ได้ ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้หมดถ้วย อุณหภูมิ 36.3 องศาเซลเซียส ชีพจร 62 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 135/70 มิลลิเมตรปรอท

การติดตามเยี่ยมครั้งที่ 23 วันที่ 29 ตุลาคม 2562 เวลา 10.00 น.

หลังผ่าตัดวันที่ 20 ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี แผลผ่าตัดแห้งดี ข้อเท้าขวาบวมลง ไม่พบจุดจ้ำเลือด กระดกข้อเท้างอเข้าได้ ปวดเล็กน้อย ระดับความปวดเท่ากับ 2 ดูแลให้ยา Warfarin ไม่พบภาวะแทรกซ้อน ดูแลช่วยเหลือการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ ที่สามารถทำได้เอง นั่งห้อยขาและหัดเดินข้างเตียงด้วย Walker ได้ ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้หมดถ้วย อุณหภูมิ 36.2 องศาเซลเซียส ชีพจร 64 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 135/66 มิลลิเมตรปรอท

การติดตามเยี่ยมครั้งที่ 24 วันที่ 30 ตุลาคม 2562 เวลา 10.00 น.

หลังผ่าตัดวันที่ 21 ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี แผลผ่าตัดแห้งดี ปลายเท้าขวาบวมลง ไม่พบจุดจ้ำเลือด กระดกข้อเท้างอเข้าได้ ปวดเล็กน้อย ระดับความปวดเท่ากับ 2 ดูแลให้ยา Warfarin ไม่พบภาวะแทรกซ้อน ดูแลช่วยเหลือการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ ที่สามารถทำได้เอง ส่งทำกายภาพบำบัด ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้หมดถ้วย อุณหภูมิ 36.3 องศาเซลเซียส ชีพจร 68 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 123/62 มิลลิเมตรปรอท

การติดตามเยี่ยมครั้งที่ 25 วันที่ 31 ตุลาคม 2562 เวลา 10.00 น.

หลังผ่าตัดวันที่ 22 ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี แผลผ่าตัดแห้งดี ปลายเท้าขวาบวมลง ไม่พบจุดจ้ำเลือด ปวดเล็กน้อย ระดับความปวดเท่ากับ 2 ดูแลให้ยา Warfarin ไม่พบภาวะแทรกซ้อน ดูแลช่วยเหลือการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ ที่สามารถทำได้เอง ส่งทำกายภาพบำบัด ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้หมดถ้วย อุณหภูมิ 36.4 องศาเซลเซียส ชีพจร 64 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 128/66 มิลลิเมตรปรอท

การติดตามเยี่ยมครั้งที่ 26 วันที่ 1 พฤศจิกายน 2562 เวลา 10.00 น.

หลังผ่าตัดวันที่ 23 แผลผ่าตัดแห้งดี ปลายเท้าขวาบวมลง ไม่พบจุดจ้ำเลือด อาการปวดดีขึ้น ระดับความปวดเท่ากับ 2 ดูแลให้ยา Warfarin ไม่พบภาวะแทรกซ้อน ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ ได้เอง ฝึกทำกายภาพบำบัดได้ดี ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้หมดถ้วย อุณหภูมิ 36.3 องศาเซลเซียส ชีพจร 62 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 121/65 มิลลิเมตรปรอท

การติดตามเยี่ยมครั้งที่ 27 วันที่ 2 พฤศจิกายน 2562 เวลา 10.00 น.

หลังผ่าตัดวันที่ 24 แผลผ่าตัดแห้งดี ปลายเท้าขวาไม่บวม ไม่พบจุดจ้ำเลือด อาการปวดดีขึ้น ระดับความปวดเท่ากับ 2 ดูแลให้ยา Warfarin ไม่พบภาวะแทรกซ้อนจากภาวะ DVT ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ ได้เอง ฝึกทำกายภาพบำบัดได้ดี ลุกเดินโดยใช้ Walker ได้ดี ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้หมดถ้วย อุณหภูมิ 36 องศาเซลเซียส ชีพจร 64 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 135/70 มิลลิเมตรปรอท

การติดตามเยี่ยมครั้งที่ 28 วันที่ 3 พฤศจิกายน 2562 เวลา 10.00 น.

หลังผ่าตัดวันที่ 25 แผลผ่าตัดแห้งดี ปลายเท้าขาไม่บวม อาการปวดดีขึ้น ระดับความปวดเท่ากับ 2 ดูแลให้ยา Warfarin ไม่พบภาวะแทรกซ้อนจากภาวะ DVT ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ ได้เอง ฝึกทำกายภาพบำบัดได้ดี ลุกเดินโดยใช้ Walker ได้ดี ปวดเวลามีกิจกรรม ระดับความปวดเท่ากับ 3 ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้หมดด้วย อุณหภูมิ 36 องศาเซลเซียส ชีพจร 68 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 127/58 มิลลิเมตรปรอท

การติดตามเยี่ยมครั้งที่ 29 วันที่ 4 พฤศจิกายน 2562 เวลา 10.00 น.

หลังผ่าตัดวันที่ 26 แผลผ่าตัดแห้งดี ปลายเท้าขาไม่บวม อาการปวดดีขึ้น ระดับความปวดเท่ากับ 2 ดูแลให้ยา Warfarin ไม่พบภาวะแทรกซ้อนจากภาวะ DVT ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ ได้เอง ฝึกทำกายภาพบำบัดได้ดี ลุกเดินโดยใช้ Walker ได้ดี ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้หมดด้วย อุณหภูมิ 36.2 องศาเซลเซียส ชีพจร 70 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 137/61 มิลลิเมตรปรอท

การติดตามเยี่ยมครั้งที่ 30 วันที่ 5 พฤศจิกายน 2562 เวลา 10.00 น.

หลังผ่าตัดวันที่ 27 แผลผ่าตัดแห้งดี ปลายเท้าขาไม่บวม ดูแลให้ยา Warfarin ไม่พบภาวะแทรกซ้อนจากภาวะ DVT ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ ได้เอง ลุกเดินโดยใช้ Walker ได้ดี ปวดเวลามีกิจกรรม ระดับความปวดเท่ากับ 2 ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ผล PT = 23.1 PTT = 37.3 INR = 1.55 ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้หมดด้วย อุณหภูมิ 36.4 องศาเซลเซียส ชีพจร 66 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 128/56 มิลลิเมตรปรอท

การติดตามเยี่ยมครั้งที่ 31 วันที่ 6 พฤศจิกายน 2562 เวลา 10.00 น.

หลังผ่าตัดวันที่ 28 แผลผ่าตัดแห้งดี ปลายเท้าขาไม่บวม ดูแลให้ยา Warfarin ไม่พบภาวะแทรกซ้อนจากภาวะ DVT ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ ได้เอง ลุกเดินโดยใช้ Walker ได้ดี ปวดเวลามีกิจกรรม ระดับความปวดเท่ากับ 3 ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้หมดด้วย อุณหภูมิ 36.3 องศาเซลเซียส ชีพจร 68 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 132/64 มิลลิเมตรปรอท

การติดตามเยี่ยมครั้งที่ 32 วันที่ 7 พฤศจิกายน 2562 เวลา 10.00 น.

หลังผ่าตัดวันที่ 29 แผลผ่าตัดแห้งดี ปลายเท้าขาบวมเล็กน้อย ดูแลให้ยา Warfarin ไม่พบภาวะแทรกซ้อนจากภาวะ DVT ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ ได้เอง ลุกเดินโดยใช้ Walker ได้ดี ปวดเวลามีกิจกรรม ระดับความปวดเท่ากับ 3 เตรียมจำหน่ายผู้ป่วย ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้หมดด้วย อุณหภูมิ 36 องศาเซลเซียส ชีพจร 64 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 122/60 มิลลิเมตรปรอท

การติดตามเยี่ยมครั้งที่ 33 วันที่ 8 พฤศจิกายน 2562 เวลา 10.00 น.

หลังผ่าตัดวันที่ 30 แผลผ่าตัดแห้งดี ปลายเท้าขาบวมเล็กน้อย ดูแลให้ยา Warfarin ไม่พบภาวะแทรกซ้อนจากภาวะ DVT ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ ได้เอง ลุกเดินโดยใช้ Walker ได้ดี เตรียมจำหน่ายผู้ป่วย ได้รับการส่งต่อการเยี่ยมบ้าน ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้หมดด้วย อุณหภูมิ 36.3 องศาเซลเซียส ชีพจร 62 ครั้ง/นาที หายใจ 18 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 126/60 มิลลิเมตรปรอท

การติดตามเยี่ยมครั้งที่ 34 วันที่ 9 พฤศจิกายน 2560 เวลา 9.00 น.

แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้ ผู้ป่วยเดินโดยใช้ walker ได้ดี แผลผ่าตัดแห้งดี ไม่มีการอักเสบติดเชื้อ แนะนำให้ญาติคอยดูแลใกล้ชิดเพื่อคอยช่วยเหลือผู้ป่วย ออกกำลังกายตามคำแนะนำ อุณหภูมิ 36.4 องศาเซลเซียส ชีพจร 66 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 138/68 มิลลิเมตรปรอท นัดติดตามอาการ OPD Ortho 1 เดือน + Film Both hip AP, Rt. Lat crossable นัดติดตามอาการ OPD จักษุ และแผนกทันตกรรม หากพบอาการผิดปกติควรรีบมาพบแพทย์ก่อนวันนัด ยาที่ผู้ป่วยได้รับกลับบ้าน

- Eliquis (5) รับประทานครั้งละ 1 เม็ด วันละ 2 ครั้ง หลังอาหาร เข้า เย็น
- Miracid รับประทานครั้งละ 1 เม็ด วันละ 1 ครั้ง ก่อนอาหารเช้า
- CaCO_3 รับประทานครั้งละ 1 เม็ด วันละ 1 ครั้ง หลังอาหารเช้า
- Vitamin D₂ รับประทานครั้งละ 1 เม็ด จันทร์และพฤหัสบดี

รวมเวลาที่รับไว้รักษาตัวในโรงพยาบาลเลิดสิน 33 วัน

สรุปปัญหาที่พบจากกรณีศึกษา

จากการติดตามเยี่ยม และให้การพยาบาลผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับ จนถึงจำหน่ายกลับบ้านนั้น ขอแบ่งการพยาบาลเป็น 3 ระยะ ดังนี้

1. การพยาบาลระยะก่อนผ่าตัด
2. การพยาบาลระยะหลังผ่าตัด
3. การพยาบาลระยะเตรียมจำหน่ายกลับบ้าน

1. ระยะแรกรับ-การพยาบาลระยะก่อนผ่าตัด

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1 ผู้ป่วยไม่สุขสบายเนื่องจากปวดสะโพกขวา

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2 ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวลเกี่ยวกับโรค การผ่าตัด การปฏิบัติตัว ก่อนและหลังการผ่าตัดเนื่องจากขาดความรู้ไม่ได้รับการสอนหรือคำแนะนำมาก่อน

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 3 ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดแผลกดทับจากการนอนนาน

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 4 มีภาวะ Electrolyte Imbalance

2. การพยาบาลระยะหลังผ่าตัด

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 5 ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาระงับความรู้สึกขณะทำผ่าตัดและจากภาวะความดันโลหิตสูง

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 6 ผู้ป่วยไม่สุขสบายเนื่องจากปวดแผลผ่าตัด

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 7 ผู้ป่วยมีภาวะช็อคเนื่องจากเสียเลือดจากการผ่าตัด

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 8 ผู้ป่วยมีการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 9 ผู้ป่วยมีภาวะลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำส่วนลึก

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 10 ผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับการป้องกันกระดุกหักซ้ำไม่เพียงพอ

3. การพยาบาลระยะเตรียมจำหน่ายกลับบ้าน

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 11 ผู้ป่วยมีโอกาสปฏิบัติตัวไม่ถูกต้องเมื่อกลับไปพักฟื้นที่บ้าน

ระยะที่ 1 (ระยะแรกรับ-การพยาบาลระยะก่อนผ่าตัด) ที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกหญิง
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1 ผู้ป่วยไม่สุขสบายเนื่องจากปวดสะโพกขวา (ระบบทดแทนบางส่วน)
ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยบ่นบริเวณสะโพกขวามากและขอยาแก้ปวด ระดับความปวด เท่ากับ 8
2. ขณะขยับตัวหน้านิ้วคิ้วขมวด
3. ภาพถ่ายรังสี พบมีกระดูกสะโพกข้างขวาหัก มีการเคลื่อนแยกเล็กน้อย และกระดูกสะโพกมีลักษณะของกระดูกบาง
4. ผู้ป่วยได้รับการ on skin traction 5 กิโลกรัม ตั้งแต่แรกรับ 7 ตุลาคม 2562 จนถึงวันที่ทำผ่าตัด 10 ตุลาคม 2562

เป้าหมายทางการพยาบาล

เพื่อให้ผู้ป่วยทุเลาอาการปวด

เกณฑ์การประเมินผล

1. อาการปวดลดลง Pain score น้อยกว่า 4
2. สีหน้าสดชื่นขึ้นขณะพูดคุย

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินความรุนแรงของความเจ็บปวด โดยใช้มาตรวัดความเจ็บปวดที่เป็นตัวเลข (Numeric rating scale) 0 ถึง 10 ทุก 4 ชั่วโมง
2. จัดท่าที่เหมาะสม เนื่องจากผู้ป่วย on skin traction โดยให้ผู้ป่วยอยู่ในท่านอนหงายเข้าเหยียดตรง ขาข้างที่ถูกถ่วงน้ำหนักผ่านผืนหนังไม่หมุนขาเข้าด้านในหรือแบะขาออกด้านนอก ยกขาสูงขึ้นเล็กน้อย โดยใช้หมอนรองตลอดแนวความยาวของขา ช่วยเหลือในการเคลื่อนไหวร่างกายและการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน
3. แนะนำให้เบี่ยงเบนความสนใจจากความเจ็บปวด เช่น การทำสมาธิ การสวดมนต์ หรือฝึกหายใจเข้าลึก ๆ กลั้นไว้สักครู และห่อปากหายใจออกช้า ๆ เป็นต้น
4. ดูแลให้ได้รับยาแก้ปวด Morphine 3 มิลลิกรัม เวลาปวดทุก 6 ชั่วโมง
5. เฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาแก้ปวด เช่น กดศูนย์ประสาทสมองส่วนการหายใจ ทำให้หายใจช้า หายใจลำบาก การเต้นของหัวใจช้าลง เป็นต้น

การประเมินผล

1. ผู้ป่วยบอกว่าอาการปวดทุเลาลง ระดับความปวดเท่ากับ 4
2. ผู้ป่วยมีสีหน้าสดชื่นขึ้นและนอนหลับพักผ่อนได้

ปัญหานี้ได้รับการแก้ไขให้หมดไปในวันที่ 16 ตุลาคม 2562

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2 ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวลเกี่ยวกับโรค การผ่าตัด การปฏิบัติตัวก่อนและหลังการผ่าตัดเนื่องจากขาดความรู้ไม่ได้รับการสอนหรือคำแนะนำมาก่อน (ระบบสนับสนุนและให้ความรู้)

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยสับสนวิตกกังวล บอกว่าเป็นการผ่าตัดครั้งแรก
2. ผู้ป่วยบอกว่าไม่ทราบวิธีการปฏิบัติตนก่อนและหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม

เป้าหมายทางการพยาบาล

1. เพื่อลดความวิตกกังวลของผู้ป่วย
2. เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตนก่อนและหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวลและสบายใจขึ้นนอนหลับได้
2. ผู้ป่วยมีสีหน้าสดชื่นขึ้น
3. ผู้ป่วยบอกวิธีการและสามารถปฏิบัติตนก่อนและหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมได้

ถูกต้อง

กิจกรรมการพยาบาล

1. สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยด้วยท่าทางที่เป็นมิตร เพื่อให้เกิดความไว้วางใจปฏิบัติตัวได้เหมาะสมกับสภาพ
2. ประเมินสภาวะจิต อารมณ์ และลดความวิตกกังวล โดย
 - 2.1 สนใจรับฟังปัญหาของผู้ป่วย
 - 2.2 กระตุ้นให้ผู้ผู้ป่วยได้ระบายสิ่งที่ตนยังวิตกกังวล
 - 2.3 ชักถามความเข้าใจเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการรักษาของแพทย์
 - 2.4 อธิบายให้ความรู้ เพิ่มเติมในสิ่งที่ยังเข้าใจผิด
 - 2.5 อธิบายพอสังเขปและตอบข้อซักถามผู้ป่วยทุกครั้งที่ส่งไปตรวจวินิจฉัยต่าง ๆ
3. อธิบายวิธีปฏิบัติในระยะก่อนผ่าตัด แนะนำการเตรียมตัวด้านร่างกายก่อนผ่าตัดแก่ผู้ป่วยและญาติรับทราบ เช่น การงดน้ำและอาหาร การพักผ่อน การถอดเครื่องประดับ การดูแลความสะอาดของร่างกายการเตรียมผิวหนังบริเวณที่จะทำผ่าตัด เพื่อป้องกันการติดเชื้อหลังผ่าตัด
4. อธิบายขั้นตอนทำผ่าตัดคร่าวๆ เช่น การจัดทำทำผ่าตัด ระยะเวลาการทำผ่าตัด และสภาพผู้ป่วยหลังผ่าตัด
5. อธิบายวิธีปฏิบัติในระยะหลังผ่าตัดให้ผู้ผู้ป่วยและญาติรับทราบ เกี่ยวกับแนวทางการปฏิบัติตนหลังผ่าตัดเกี่ยวกับการฝึกการหายใจเข้าลึกท้องป่อง (Deep breathing exercise) และการหายใจเข้าลึกแล้วไอออกมาแรง ๆ (Effective cough) การดูแลแผลผ่าตัดและการรับประทานอาหารเพื่อเสริมสร้างกระดูก
6. เปิดโอกาสให้ผู้ผู้ป่วยระบายความรู้สึกและซักถามข้อสงสัยที่เป็นอยู่ ให้ผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องจากโรงพยาบาล แนะนำครอบครัวและญาติให้ช่วยเหลือผู้ป่วยในการทำกิจวัตรประจำวัน ให้กำลังใจและชมเชยเมื่อผู้ป่วยปฏิบัติตัวได้เหมาะสม

7. อธิบายให้ผู้ป่วยและครอบครัวทราบถึงความจำเป็นที่ต้องส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้พึ่งตนเองได้มากที่สุด หลีกเลี่ยงการปกป้องผู้ป่วยมากเกินไป แสดงความชื่นชมเมื่อผู้ป่วยกระทำสำเร็จ ส่งเสริมให้มีการสื่อสารทั้งการพูด และการแสดงออกอื่นๆ ระหว่างผู้ป่วยและญาติ

8. ดูแลสิ่งแวดล้อมให้ผู้ป่วยพักผ่อน ลดสิ่งรบกวนต่าง ๆ

9. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาตามแผนการรักษา

10. รายงานแพทย์ในกรณีผู้ป่วยวิตกกังวลเพิ่มขึ้นหรือมีความจำเป็นต้องใช้ ยาคลายเครียดเพิ่มเติม

11. ประเมิน พร้อมบันทึกข้อมูลหลังให้การพยาบาลทุกเวร

12. ประเมินความวิตกกังวล หลังให้การพยาบาลพร้อมบันทึกทุกเวร

การประเมินผล

1. ผู้ป่วยพูดคุยเป็นกันเอง นอนหลับพักผ่อนได้

2. สามารถตอบคำถามเกี่ยวกับการปฏิบัติตนก่อนและหลังผ่าตัดได้ถูกต้อง

3. ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัดได้ถูกต้อง บอกว่าคลายความกังวลลง

ปัญหานี้ได้รับการแก้ไขให้หมดไปในวันที่ 25 ตุลาคม 2562

กรมการแพทย์

โรงพยาบาลเลิดสิน

ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 3 ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดแผลกดทับจากการนอนนาน (ระบบทดแทนบางส่วน)

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยอายุ 79 ปี
2. ช่วยเหลือตัวเองได้น้อย
3. ผู้ป่วยได้รับการ on skin traction 5 กิโลกรัม ตั้งแต่แรกรับ 7 ตุลาคม 2562 จนถึงวันที่ทำผ่าตัด 10 ตุลาคม 2562
4. ผู้ป่วยถูกจำกัดกิจวัตร ไม่ให้ลุกนั่ง เดิน แต่พลิกตะแคงตัวได้
5. Braden scale = 15 คะแนน มีความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ

เป้าหมายทางการพยาบาล

ป้องกันการเกิดแผลกดทับจากการนอนนาน

เกณฑ์การประเมินผล

ผู้ป่วยไม่เกิดแผลกดทับ

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินลักษณะของผิวหนังบริเวณที่ถูกกดทับว่ามีรอยแดง รอยถลอกมีแผลหรือมีการลอกหลุดของผิวหนังโดยเฉพาะผิวหนังบริเวณปุ่มกระดูก
2. สอนแนะนำญาติในการดูแลความสะอาดของผิวหนัง โดยเฉพาะผิวหนังบริเวณหลัง และก้นกบให้แห้งและสะอาดอยู่เสมอ
3. ดูแลให้สวมใส่เสื้อผ้าที่สะอาด ผ้าปูที่นอนสะอาด และปูให้เรียบตึงไม่ควรให้ผิวหนังผู้ป่วยสัมผัสกับผ้าโดยตรงเพื่อป้องกันการอับชื้น และป้องกันการเสียดสี
4. สอนแนะนำญาติในการดูแลผู้ป่วยลดแรงกดทับบริเวณปุ่มกระดูกต่าง ๆ โดยช่วยพลิกตะแคงตัวทุก 2 ชั่วโมง
5. แนะนำให้ใช้ที่นอนฟองน้ำ เพื่อลดแรงกดทับที่ผิวหนังส่วนต่าง ๆ
6. แนะนำญาติในการกระตุ้นให้ผู้ป่วยออกกำลังกายบนเตียง ในอวัยวะส่วนที่ไม่ถูกจำกัดการเคลื่อนไหว เพื่อให้มีการเคลื่อนไหวไม่เกิดการกดทับตลอดเวลา
7. กระตุ้นและช่วยเหลือให้ผู้ป่วย early ambulate โดยให้ลุกนั่งบนเตียงหลังผ่าตัดในวันที่ 2 และให้ลุกจากเตียงได้หลังผ่าตัดวันที่ 3 โดยใช้ walker พยุงเดินเพื่อป้องกันหกล้ม

การประเมินผล

ผู้ป่วยไม่เกิดแผลกดทับ บริเวณปุ่มกระดูกต่าง ๆ ไม่มีรอยแดง Braden Scale = 19

ปัญหานี้ได้รับการเฝ้าระวังและประเมินอย่างต่อเนื่องจนกระทั่งจำหน่าย

โรงพยาบาลเลิดสิน

ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 4 มีภาวะ Electrolyte Imbalance
(ระบบทดแทนบางส่วน)

ข้อมูลสนับสนุน

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

Electrolyte	7ต.ค62	9ต.ค62	ค่าปกติ
Sodium	134.4*	133.6*	136 -145mEq/L
Potassium	3.76	3.42*	3.5-5.1 mEq/L
Chloride	101	99	98-107 mEq/L
Carbondioxide	23.0	25.7	21-32 mEq/L

เป้าหมายการพยาบาล

เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะ Electrolyte Imbalance

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยไม่มีอาการกล้ามเนื้ออ่อนแรง อ่อนเพลีย และหัวใจเต้นผิดจังหวะ
2. ระดับ Sodium ในเลือดปกติ อยู่ในช่วง 136 -145mEq/L ระดับ Potassium ในเลือดปกติ อยู่ในช่วง 3.5-5.1 mEq/L
3. สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ
อุณหภูมิ 36.5 - 37.4 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 80 - 100 ครั้ง/นาที
การหายใจ 18 - 24 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 90/60 - 130/90 มิลลิเมตรปรอท

กิจกรรมการพยาบาล

1. สังเกตและประเมินอาการของการเกิดภาวะ Hyponatremia และ Hypokalemia ได้แก่ หัวใจเต้นผิดจังหวะ กล้ามเนื้ออ่อนแรง ซึมลง คลื่นไส้อาเจียน อย่างใกล้ชิด
2. ติดตาม Monitor EKG และประเมินสัญญาณชีพ ทุก 2 ชั่วโมง
3. ดูแลให้ Elixer kcl 30 มิลลิลิตร ทางปาก 1 Dose
4. ติดตามและประเมิน Electrolyte ในเลือดอย่างสม่ำเสมอ

การประเมินผล

1. ผู้ป่วยไม่มีอาการของกล้ามเนื้ออ่อนแรง อ่อนเพลีย และหัวใจเต้นผิดจังหวะ
2. วันที่ 12 ตุลาคม 2562 ระดับ Potassium ในเลือดปกติ = 3.71 mEq/L
3. สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ
อุณหภูมิ 36.2 องศาเซลเซียส ชีพจร 64 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 122/59 มิลลิเมตรปรอท

ปัญหานี้ ได้รับการแก้ไขให้หมดไปในวันที่ 12 ตุลาคม 2562

ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน

ระยะที่ 2 (ระยะหลังผ่าตัด ที่หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมและหอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกหญิง)

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 5 ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาระงับความรู้สึกขณะ
ทำผ่าตัด (ระบบทดแทนบางส่วน)

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยได้รับการทำ Spinal block
2. ผู้ป่วยคลื่นไส้ อาเจียนเป็นน้ำลาย 1 ครั้ง

เป้าหมายการพยาบาล

เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาระงับความรู้สึก

เกณฑ์การประเมินผล

1. ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาระงับความรู้สึกขณะผ่าตัด
2. ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากภาวะความดันโลหิตสูง

กิจกรรมการพยาบาล

1. การพยาบาลเพื่อส่งเสริมการหายใจให้โล่งและคงไว้ซึ่งการทำงานของระบบหายใจ ภายหลัง
การผ่าตัดระยะแรก ภาวะพร่องออกซิเจนเป็นภาวะที่พบได้บ่อย สาเหตุอาจเกิดจากการอุดกั้น
ทางเดินหายใจ ภาวะหายใจช้า (hypoventilation) มีลมในช่องเยื่อหุ้มปอด เป็นต้น การพยาบาล
ได้แก่

1.1 การจัดท่านอน ให้นอนราบไม่หนุนหมอน ตะแคงหน้าไปด้านใดด้านหนึ่งป้องกัน
ลิ้นตก การสำลัก อาเจียน เนื่องจากผู้ป่วยได้รับยาชาเข้าทางไขสันหลัง ให้นอนราบอย่างน้อย 6-12
ชั่วโมง

1.2 สังเกตการหายใจของผู้ป่วยที่อาจเกิดขึ้นได้ ได้แก่ การหายใจลึก ช้าลง จากฤทธิ์
ตกค้างของยาระงับปวดกลุ่ม narcotic ดูแลทางเดินหายใจให้โล่งอยู่เสมอโดยการดูดเสมหะ เลือดใน
ปาก จมูก

1.3 กระตุ้นให้ผู้ป่วยหายใจเข้าออกลึก ๆ และไออย่างมีประสิทธิภาพ ตามวิธีที่สอนผู้ป่วย
ก่อนการผ่าตัด และติดตามการปฏิบัติของผู้ป่วยหลังผ่าตัด

1.4 เปลี่ยนท่านอนหรือพลิกตะแคงตัวบ่อย ๆ หากผู้ป่วยรู้สึกตัวดีควรจัดให้นอนท่าศีรษะ
สูง (fowler's position)

1.5 กระตุ้นให้ทำกิจวัตรด้วยตนเอง เพื่อเพิ่มกิจกรรมการเคลื่อนไหวขณะอยู่บนเตียง และ
ลดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนท่าเดียวนาน ๆ

1.6 ดูแลให้รับยาตามแผนการรักษา เช่น ยาปฏิชีวนะ ติดตามผลการรักษาโดยการสังเกต
บันทึกลักษณะสีกลิ่น และจำนวนของเสมหะ รวมทั้งสังเกตอาการข้างเคียงของยา

1.7 สังเกตอาการภาวะแทรกซ้อนทางเดินหายใจ อาการผิดปกติที่เกิดขึ้น สัญญาณชีพ
รวมถึงค่าออกซิเจนในเลือด

1.8 ถ้าผู้ป่วยมีอาการผิดปกติ รายงานแพทย์และให้ออกซิเจนตามแผนการรักษา

ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน

2. การพยาบาลเพื่อส่งเสริมการทำงานของระบบหัวใจและหลอดเลือด ปัญหาด้านระบบหลอดเลือดที่พบบ่อยหลังผ่าตัด ได้แก่ การเกิดความดันโลหิตสูง ความดันโลหิตต่ำ และภาวะหัวใจเต้นผิดปกติ (arrhythmia)

2.1 ตรวจวัดสัญญาณชีพ ทุก 15 นาที 4 ครั้ง ทุก 30 นาที 4 ครั้ง และทุก 1 ชั่วโมงจนชีพจรสม่ำเสมอ

2.2 สังเกตลักษณะบาดแผล และปริมาณสิ่งคัดหลั่งต่าง ๆ ที่ออกจากร่างกายผู้ป่วยรวมถึงประเมินการสูญเสียสารน้ำที่เกิดขึ้น หากมีการหลั่งในปริมาณที่ผิดปกติให้รายงานแพทย์

2.3 ดูแลให้ได้รับสารน้ำ เลือด หรือพลาสมาทดแทนทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษาและตามอาการของผู้ป่วย

2.4 เตรียมเครื่องมือเครื่องใช้ที่จำเป็นให้พร้อมในกรณีที่มีภาวะช็อก เช่น อุปกรณ์ ดูดเสมหะ ออกซิเจน ยาช่วยเพิ่มความดันโลหิต เป็นต้น

2.5 ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการพักผ่อนทั้งร่างกายและจิตใจ จัดสิ่งแวดล้อมให้เงียบสงบ ช่วยลดการใช้ออกซิเจนในร่างกายของผู้ป่วย

3. ประเมินอาการผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด ถ้ามีอาการคลื่นไส้อาเจียนมาก รายงานแพทย์เพื่อพิจารณาให้ยาแก้คลื่นไส้อาเจียนตามความเหมาะสม

4. ผู้ป่วยได้รับการทำ Spinal block อาจมีอาการปวดศีรษะหลังการทำได้ จากการที่น้ำไขสันหลังลดลงจนเนื้อสมองมากดัน Dura ถ้ามีอาการปวดศีรษะต้องรายงานแพทย์เพื่อพิจารณาให้การรักษาต่อไป

5. การพยาบาลที่ควรให้เพื่อป้องกัน Postdural puncture headache คือหลังทำ Spinal block ให้ผู้ป่วยนอนหงายหนุนหมอนได้ โดยไม่ลุกนั่ง ยืนหรือเดิน จนกว่าขาจะหายชา (ยาชาจะหมดฤทธิ์ภายใน 6 ชั่วโมง)

การประเมินผล

1. ไม่พบภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาระงับความรู้สึกขณะผ่าตัด
2. ไม่พบภาวะแทรกซ้อนจากภาวะความดันโลหิตสูง

ปัญหานี้ได้รับการแก้ไขให้หมดไปในวันที่ 12 ตุลาคม 2562

กรมการแพทย์

โรงพยาบาลเลิดสิน

ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 6 ผู้ป่วยไม่สุขสบายเนื่องจากปวดแผลผ่าตัด (ระบบทดแทนบางส่วน)

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยบอกว่าปวดแผลผ่าตัดบริเวณสะโพกขวา ระดับความปวด (pain score) เท่ากับ 8 คะแนน

2. ผู้ป่วยหน้ามือกลัวขมวด

เป้าหมายการพยาบาล

ลดอาการปวดแผลผ่าตัด

เกณฑ์การประเมินผล

1. Pain score น้อยกว่า 4
2. ไม่มีอาการและอาการแสดงของความเจ็บปวด ได้แก่ ชีพจรเร็วขึ้น ความดันโลหิตสูง กระสับกระส่าย ร้องครางหรือคร่ำบริเวณที่ปวด เป็นต้น

กิจกรรมการพยาบาล

1. ดูแลให้ได้รับยาบรรเทาปวดและยานอนหลับตามแผนการรักษาของแพทย์
2. จัดให้ผู้ปวยนอนราบ กางขาข้างที่ทำผ่าตัดออกประมาณ 15 องศา โดยใช้หมอนวางระหว่างขาทั้งในท่านอนหงาย และนอนตะแคง กรณีที่ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมทางด้าน posterior และจัดให้นอนในท่าหุบขา กรณีที่ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมทางด้าน anterior
3. แนะนำให้ผู้ป่วยใช้เทคนิคการผ่อนคลายเพื่อบรรเทาอาการเจ็บปวด ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยคลายความสนใจของผู้ป่วยออกจากความรู้สึกเจ็บปวด สามารถลดความรุนแรงของอาการเจ็บปวดได้ เช่น การอ่านหนังสือ ฟังเพลง ดนตรี เป็นต้น
4. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการพักผ่อนให้เพียงพอ
5. ให้การพยาบาลด้วยความนุ่มนวล เบามือ เช่นการพลิกตะแคงตัวหรือการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยเพื่อบรรเทาอาการเจ็บปวดของผู้ป่วย
6. ดูแลให้ได้รับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันทั่วไป รวมทั้งจัดสิ่งแวดล้อมให้ผู้ป่วยสามารถพักผ่อนได้อย่างเต็มที่

การประเมินผล

1. ผู้ป่วยบอกว่าอาการปวดแผลหลังผ่าตัดทุเลาลง คะแนนระดับความเจ็บปวดลดลง เท่ากับ 4 คะแนน

2. ไม่มีอาการและอาการแสดงของความเจ็บปวด สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ อุณหภูมิ 36.8 องศาเซลเซียส ชีพจร 68 ครั้ง/นาที หายใจ 16 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 119/54 มิลลิเมตรปรอท

3. ผู้ป่วยสีหน้าสดชื่นขึ้น

หมายเหตุ: มีการประเมินระดับความปวดทุกเวรจนกระทั่งจำหน่าย โดยหลังวันที่ 16 ตุลาคม 2562 ระดับความปวดอยู่ในระดับน้อยหรือไม่ปวด

ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 7 ผู้ป่วยมีภาวะช็อคเนื่องจากเสียเลือดจากการผ่าตัด
(ระบบทดแทนบางส่วน)

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ
 - ผล Hematocrit วันที่ 11 ต.ค.62 = 30 %
 - CBC วันที่ 12 ต.ค. 62 พบ Hct = 27.9%
2. ขณะผ่าตัดเสียเลือด 400 มิลลิลิตร
3. Radivac drain = 50 มิลลิลิตร
4. ผู้ป่วยอ่อนเพลีย

เป้าหมายทางการพยาบาล

แก้ไขและป้องกันการเกิดภาวะช็อค

เกณฑ์การประเมินผล

1. สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ
อุณหภูมิ 36.5 - 37.4 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 80 - 100 ครั้ง/นาที การหายใจ 18 - 24 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 90/60-130/90 มิลลิเมตรปรอท
2. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ อยู่ในเกณฑ์ปกติ
- Hct อยู่ในเกณฑ์ปกติ = 36 - 48%

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินสภาพและวัดสัญญาณชีพ พร้อมบันทึกในใบบันทึกทางการพยาบาล โดยวัดทุก 15 นาที 4 ครั้ง ทุก 30 นาที 2 ครั้ง ทุก 1 ชั่วโมง จนอาการคงที่ ถ้ามีอาการผิดปกติรายงานแพทย์
2. ประเมินระดับความรู้สึกตัว อาการเปลี่ยนแปลงที่บ่งถึงภาวะ shock ได้แก่ หน้าซีด เหงื่อออก ตัวเย็น ชีพจรเบาเร็ว ความดันโลหิตต่ำ เป็นต้น ถ้าพบรีบรายงานแพทย์ทราบ
3. ประเมินการสูญเสียเลือดจากค่า Hematocrit ติดตามผลการตรวจ Hematocrit และรายงานเมื่อผิดปกติ
4. ดูแลให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ Acetar 1,000 มิลลิลิตร อัตรา 80 มิลลิลิตร/ชั่วโมง
5. ดูแลให้ได้รับ PRC 2 unit ทางหลอดเลือดดำ อัตราไหลใน 4 ชั่วโมง/unit (hold IV ขณะให้เลือด) หลังผ่าตัดวันที่ 1 และดูแลให้ได้รับ PRC 1 unit ทางหลอดเลือดดำ อัตราไหลใน 4 ชั่วโมง หลังผ่าตัดวันที่ 2
6. ก่อนให้เลือดตรวจสอบ ชื่อ-นามสกุล HN หมู่เลือดของผู้ป่วยให้ตรงกับฉลากที่ติดมากับถุงเลือด ในขณะที่ให้เลือดสังเกตอาการแพ้เลือด เช่น มีไข้ หนาวสั่น มีผื่นคัน แขนหน้าอก เป็นต้น
7. ติดตามผลการตรวจ Hematocrit หลังเลือดหมด 4 ชั่วโมง
8. Record Radivac drain ทุก 8 ชั่วโมง
9. สังเกตและบันทึกจำนวนปัสสาวะทุก 1 ชั่วโมง ถ้าออกน้อยกว่า 30 มิลลิลิตร/ชั่วโมง รายงานแพทย์ทราบ
10. Record Intake Output ทุก 8 ชั่วโมง
11. ช่วยเหลือในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

12. แนะนำให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารที่มีธาตุเหล็ก เช่น ตับ ไข่แดง เป็นต้น

การประเมินผล

1. สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ

อุณหภูมิ 36.2 องศาเซลเซียส ชีพจร 64 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 122/59 มิลลิเมตรปรอท

2. ปัสสาวะมีสีเหลืองใส ออกมากกว่า 30 มิลลิลิตร/ชั่วโมง

3. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ อยู่ในเกณฑ์ปกติ

- CBC วันที่ 13 ต.ค. 62 พบ Hct = 36.6%

วันที่ 15 ต.ค. 62 พบ Hct = 36.6%

ปัญหานี้ได้รับการแก้ไขให้หมดไปในวันที่ 13 ตุลาคม 2562

กรมการแพทย์

โรงพยาบาลเลิดสิน

ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 8 ผู้ป่วยมีการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ (ระบบทดแทนบางส่วน)

ข้อมูลสนับสนุน

1. วันที่ 10 ต.ค. 62 ผล urine C/S พบ: Colony count $>10^5$ CFU/ml Escherichia coli
2. ผล urine exam วันที่ 9 ต.ค. 62 พบ WBC > 100 cell/HPF
3. ผู้ป่วย Retained Foley's cath วันที่ 9 ต.ค. 62 และ Off วันที่ 13 ต.ค. 62

เป้าหมายการพยาบาล

ไม่มีการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ

เกณฑ์การประเมินผล

1. สัญญาณชีพและอุณหภูมิกายอยู่ในเกณฑ์ปกติ
อุณหภูมิ 36.5 - 37.4 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 80 - 100 ครั้ง/นาที การหายใจ 18 - 24 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 90/60-130/90 มิลลิเมตรปรอท
2. ผลตรวจ Urine exam และ Urine culture ปกติ ไม่พบการติดเชื้อ

กิจกรรมการพยาบาล

1. ให้การพยาบาลทุกอย่างด้วยเทคนิคปราศจากเชื้อ ล้างมือทุกครั้งก่อนและหลังให้การพยาบาล ช่วยลดการแพร่กระจายเชื้อ
2. ให้การพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ
 - 2.1 ทำความสะอาดบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์ วันละ 2 ครั้ง เช้า-เย็น
 - 2.2 สังเกตสีของปัสสาวะว่ามีสีเข้ม มีตะกอนขุ่นหรือไม่
3. ดูแลให้ผู้ปวยดื่มน้ำบ่อย ๆ เพื่อช่วยให้เชื้อโรคขับออกมาทางปัสสาวะ
4. จัดสิ่งแวดล้อมรอบ ๆ ตัวผู้ป่วยให้สะอาด
5. บันทึกสัญญาณชีพและวัดอุณหภูมิทุก 4 ชั่วโมง ถ้ามากกว่า 37.5 องศาเซลเซียส แสดงว่ามีไข้
6. ดูแลให้ได้รับ Antibiotic เป็น Ceftriaxone 2 กรัม ทางหลอดเลือดดำวันละครั้ง
7. ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ การตรวจปัสสาวะ การเพาะเชื้อปัสสาวะ เพื่อติดตามผลการรักษาพยาบาลและประเมินการติดเชื้อ
8. เปลี่ยน Position ทุก 2 ชั่วโมง

การประเมินผล

1. สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ
อุณหภูมิ 36.2 องศาเซลเซียส ชีพจร 64 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 122/59 มิลลิเมตรปรอท
2. ไม่มีการตรวจทางห้องปฏิบัติการเพิ่มเติม
3. ผู้ป่วยปัสสาวะได้เอง ปัสสาวะสีเหลือง ไม่มีตะกอน

ปัญหานี้ได้รับการแก้ไขให้หมดไปในวันที่ 13 ตุลาคม 2562

ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 9 ผู้ป่วยมีภาวะลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำชั้นลึก
(ระบบท่อนบางส่วน)

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดที่สะโพกขวา
2. วันที่ 17 ตุลาคม 2562 เริ่มมีขาขวาบวม มีรอยช้ำเขียวจาง ๆ กระจกข้อเท้า งอเข้าได้
3. ผล Ultrasound Doppler Study of the Venous System of Right Leg วันที่ 17 ตุลาคม 2562 พบ Acute DVT ใน popliteal vein
4. ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ วันที่ 15 ตุลาคม 2562
D-Dimer = 1,413

เป้าหมายทางการพยาบาล

ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะหลอดเลือดดำชั้นลึกของขาอุดตัน

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยสามารถเดินออกกำลังขาได้
2. ขาขวายุบบวมลง ไม่ปวด
3. ในกรณีผู้ป่วยได้รับยา warfarin ต้องมีค่า INR ปกติ
4. สัญญาณชีพและอุณหภูมิกายอยู่ในเกณฑ์ปกติ
อุณหภูมิ 36.5 - 37.4 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 80 - 100 ครั้ง/นาที หายใจ 18 - 24 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 90/60-130/90 มิลลิเมตรปรอท

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินอาการปวดด้วย Numeric rating scale เพื่อวางแผนให้การพยาบาลต่อไป
2. ประเมินสภาพและวัดสัญญาณชีพ พร้อมบันทึกในใบบันทึกทางการพยาบาล โดยวัดทุก 2 ชั่วโมง เพื่อติดตามความเปลี่ยนแปลง ถ้ามีอาการผิดปกติรายงานแพทย์
3. กระตุ้นให้ผู้ป่วยมีการเคลื่อนไหวร่างกายโดยเร็วที่สุด เช่น ขยับขา ข้อเท้า เพื่อเพิ่มการไหลเวียนของเลือดและการคั่งของเลือดดำที่ขา
4. ส่งเสริมให้ผู้ผู้ป่วยดื่มน้ำในปริมาณที่เพียงพอ ในระยะที่ไม่ได้จำกัดน้ำ เพราะการขาดน้ำเป็นการเพิ่มความหนืดของเลือด เป็นปัจจัยส่งเสริมให้เลือดแข็งตัวเร็วขึ้น
5. ให้ผู้ป่วยยกขาสูงกว่าหัวใจ เพื่อเพิ่มการไหลกลับของเลือดดำ (venous return)
6. กระตุ้นให้ผู้ผู้ป่วยบริหารเท้าและข้อเท้า (Foot & Ankle exercise) โดยกระจกปลายเท้า ขึ้น-ลง ยืดเหยียดเข้า-สะโพกเต็มที่
7. ดูแลให้ได้รับยาต้านการแข็งตัวของเลือด Enoxaparin 0.6 มิลลิกรัม ฉีดใต้ผิวหนัง ทุก 12 ชั่วโมง และ Warfarin 1 เม็ด ทางปาก ก่อนนอน และสังเกตอาการข้างเคียงของยา ได้แก่ ผื่นคัน หายใจลำบาก แน่นหน้าอก มีอาการบวมตามใบหน้าริมฝีปาก ลิ้น หรือลำคอ ผิวลอกพร้อมกับมีไข้ หรือไม่มีไข้ มีภาวะเลือดออกผิดปกติ เช่น เลือดออกตามไรฟัน อาเจียนเป็นเลือด ไอเป็นเลือด ปัสสาวะมีเลือดปน อุจจาระมีสีดำหรือสีแดง เลือดออกทางช่องคลอด ปกคลุมร่างกาย หรือมีเลือดออกจากแผลไม่หยุด รู้สึกอ่อนเพลีย วิงเวียน มึนงง หรือปวดศีรษะอย่างรุนแรง เป็นต้น
8. ประคบขาขวาด้วย cold pack ทุก 2 ชั่วโมง

9. ประเมินอาการและอาการแสดงของ DVT ทุกวัน ได้แก่
 - บวม (swollen)
 - แดง (reddened)
 - กดเจ็บ (tender extremity)
 - หลอดเลือดดำขยาย (dilated superficial veins of the extremity)
 - อุณหภูมิสูงขึ้น (elevated temperature)
10. ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ค่า PT, PTT, INR

การประเมินผล

1. ผู้ป่วยลุกเดินออกกำลัขาโดยใช้ Walker ได้
2. ขาขวายุบบวมลง ระดับความปวด เท่ากับ 3
3. ผู้ป่วยได้รับยา warfarin และ Enoxaparin ตามแผนการรักษา
4. สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ

อุณหภูมิ 36.3 องศาเซลเซียส ชีพจร 62 ครั้ง/นาที หายใจ 18 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 126/60 มิลลิเมตรปรอท

5. ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

	01 พ.ย.62	05 พ.ย.62	ค่าปกติ
PT	20.2	23.1	10.51 – 13.08 sec
INR	1.72	1.98	0.8 – 1.1
PTT	36.1	37.3	22.19 – 30.74 sec
INR	1.5	1.55	1.5

ปัญหานี้ได้รับการเฝ้าระวังจนจำหน่าย และให้คำแนะนำผู้ป่วยและญาติในการเฝ้าระวังต่อหลังกลับไปพักฟื้นที่บ้าน

กรมการแพทย์

โรงพยาบาลเลิดสิน

ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 10 ผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับการป้องกันกระดุกหักซ้ำไม่เพียงพอ (ระบบสนับสนุนและให้ความรู้)

ข้อมูลสนับสนุน

ผู้ป่วยสอบถามเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันกระดุกหักซ้ำ บอกว่าไม่แน่ใจว่าจะทำได้ทั้งหมดหรือไม่

เป้าหมายทางการพยาบาล

เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับการป้องกันกระดุกหักซ้ำมากขึ้น

เกณฑ์การประเมินผล

ผู้ป่วยสามารถบอกวิธีป้องกันกระดุกหักซ้ำได้ถูกต้อง

การพยาบาล

1. ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการป้องกันกระดุกหักซ้ำ ดังนี้

1.1 ควรรับประทานอาหารที่ช่วยเสริมสร้างความแข็งแรงของกระดูก และกล้ามเนื้อ ได้แก่ นมสด ปลากระป๋อง ปลาเล็กปลาน้อย ปลาข้าวสาร ผักใบเขียว โดยเฉพาะผักคะน้า และ ผักกาดเขียว ถั่ว งา เต้าหู้ (ยกเว้นเต้าหู้หลอดที่ทำจากไข่) เห็ดหอม ถั่วเหลือง และเนื้อสัตว์ โดยเฉพาะเนื้อปลา

1.2 งดรับประทานอาหารรสเค็มจัด และลดการดื่มกาแฟ

1.3 ควรรับแสงแดดอ่อนๆ ในช่วงเช้าหรือเย็น ครั้งละ 10 - 15 นาที ทุกวัน

1.4 ควรหลีกเลี่ยงการทำ ไม่นั่ง หรือนอนอยู่เฉยๆ เช่น ทำงานบ้านเบาๆ หรือเดินเล่น

เป็นต้น

1.5 ควรปรับสภาพแวดล้อมที่บ้านให้ปลอดภัย ไม่มีสิ่งกีดขวางทางเดิน พื้นแห้ง ไม่ลื่น มีแสงสว่างเพียงพอ และควรมีเก้าอี้สุขภัณฑ์เพื่อไว้จับถ่ายข้างเตียง เนื่องจากห้องน้ำเป็นห้องน้ำรวมอยู่นอกห้องพัก

1.6 ผู้ป่วยควรบริหารร่างกายเพื่อเพิ่มความยืดหยุ่นของข้อต่อ และเพื่อให้กล้ามเนื้อแข็งแรง โดยทำที่ผู้ป่วยสามารถทำได้อย่างปลอดภัยในระยะแรกหลังผ่าตัดควรเป็นบริหารในท่านั่ง ได้แก่ ทำบริหารข้อเท้าและทำบริหารกล้ามเนื้อต้นขาด้านหน้า ส่วนการบริหารในท่านยืนผู้ป่วยควรทำเมื่อแพทย์อนุญาตหลังจากที่ผู้ป่วยมาตรวจตามนัด และได้รับการสอนจากนักกายภาพบำบัดแล้วเท่านั้น

1.7 ผู้ป่วยควรเคลื่อนไหวร่างกาย และเปลี่ยนอิริยาบถช้าๆ ไม่ควรฝืนทำกิจกรรมที่อาจทำให้เสียการทรงตัว และลื่นล้มได้

1.8 ผู้ป่วยควรใช้วอล์คเกอร์ช่วยเดินจนกว่าแพทย์จะอนุญาตให้เลิกใช้ได้

1.9 ผู้ป่วยควรสวมใส่เสื้อผ้าที่พอดีตัว ไม่ใหญ่หรือยาวเกินไป และควรสวมรองเท้าหุ้มส้น หรือรองเท้าที่มีสายรัด พื้นรองเท้าเป็นแบบกันลื่น และสันเตี้ย

1.10 ผู้ป่วยควรรับประทานยาแคลเซียม และวิตามินดี ตามแพทย์สั่ง และไม่ควรรีบซื้อยารับประทานเอง เพราะยาบางอย่างอาจมีผลทำให้หกล้มได้

ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน

การประเมินผล

ผู้ป่วยสามารถสามารถบอกวิธีป้องกันกระตุกหักซ้ำได้ถูกต้องมากขึ้น แต่ยังคงเน้นย้ำเป็นระยะๆ

ปัญหานี้ได้รับการทบทวนและแนะนำเพิ่มเติมเป็นระยะจนถึงวันจำหน่าย



กรมการแพทย์

โรงพยาบาลเลิดสิน

ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน

ระยะที่ 3 การพยาบาลในระยะเตรียมจำหน่ายกลับบ้าน

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 11 ผู้ป่วยมีโอกาสปฏิบัติตัวไม่ถูกต้องเมื่อกลับไปพักฟื้นที่บ้าน
(ระบบสนับสนุนและให้ความรู้)

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยบอกว่ากลัวทำตัวไม่ถูกต้อง ไม่มีพยาบาลคอยเตือนเหมือนอยู่โรงพยาบาล
2. ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมมีภาวะแทรกซ้อนลิ่มเลือดอุดตันหลอดเลือด

คำส่วนลึก มีภาวะกระดูกบางและมีโรคร่วมความดันโลหิตสูง

เป้าหมายทางการพยาบาล

เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตัวหลังกลับไปพักฟื้นที่บ้านได้ถูกต้อง

เกณฑ์การประเมินผล

ผู้ป่วยสามารถบอกวิธีการปฏิบัติตัวหลังกลับไปพักฟื้นที่บ้านได้ถูกต้อง ไม่เกิดภาวะกระดูกหักซ้ำ

การพยาบาล

1. ทบทวนและแนะนำเพิ่มเติม เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม โดยผู้ป่วยควรปฏิบัติดังนี้

1.1 รับประทานอาหารที่มีโปรตีน แคลเซียม และวิตามินดีสูง เช่น นม ปลากระป๋อง ปลาตัวเล็ก ไข่ต้ม ผักใบเขียว ผลไม้ เป็นต้น

1.2 ควบคุมน้ำหนักตัวให้อยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน หากน้ำหนักตัวมากเกินไป อาจทำให้ข้อสะโพกสึกหรอเร็วกว่ากำหนด

1.3 รับประทานยาตามแพทย์สั่งอย่างครบถ้วน ได้แก่ CaCO_3 1 เม็ด ทางปาก หลังอาหารเช้า Vit D₂ (20,000) 1 เม็ด ทางปาก จันทร, พุทิส Miracid 1 เม็ด ทางปาก ก่อนอาหารเช้า และ Eliquis (5) 1 เม็ด ทางปาก หลังอาหาร เข้า-เย็น พร้อมทั้งสังเกตการแพ้ยา และอาการข้างเคียงของยา ได้แก่ มีผื่นลมพิษ หายใจไม่สะดวก หรือคลื่นไส้ อาเจียน หากมีอาการเหล่านี้ ต้องหยุดรับประทานยา และรีบไปโรงพยาบาลทันที พร้อมนำยาทั้งหมดไปด้วย

1.4 แนะนำไม่ให้ยกของหนัก

1.5 ดูแลแผลผ่าตัดไม่ให้เปียกน้ำ จนกว่าจะตัดไหม

1.6 บริหารกล้ามเนื้อและข้ออย่างสม่ำเสมอตามที่ได้รับคำแนะนำ

1.7 หลีกเลี่ยงท่าทางที่เสี่ยงต่อการเคลื่อนหลุดของข้อสะโพกเทียม ได้แก่ การไขว้ขา การนั่งไขว่ห้าง การนั่งยอง และการก้มตัว

1.8 จัดสภาพแวดล้อมในบ้านให้ปลอดภัย เพื่อป้องกันการหกล้ม และให้เหมาะสมกับการใช้วอล์คเกอร์ในการช่วยเดิน

1.9 งดยกของหนัก เนื่องจากจะทำให้มีแรงกระทำต่อข้อสะโพก ที่จะส่งผลให้ข้อสะโพกสึกหรอเร็วกว่ากำหนด

1.10 สังเกตอาการผิดปกติที่ต้องรีบมาพบแพทย์ ได้แก่ แผลผ่าตัดอักเสบ บวมแดง มีไข้ปวดข้อสะโพกมากขึ้น ไม่สามารถลุกเดินได้ มีอาการหายใจลำบาก หรือมีอาการเจ็บแน่นหน้าอก เป็นต้น

1.11 มาตรวจตามแพทย์นัดทุกครั้ง

2. แนะนำการปฏิบัติตัวในการควบคุมโรคร่วมความดันโลหิตสูง โดยผู้ป่วยควรปฏิบัติดังนี้

2.1 รับประทานอาหารที่สะอาด และมีประโยชน์ให้ครบ 5 หมู่ โดยเฉพาะ ข้าวกล้อง ธัญพืช ผัก ผลไม้สด และโปรตีนที่ย่อยง่ายและมีคุณภาพดี เช่น ปลา ไข่ นม หลีกเลี่ยงอาหารที่ไม่สุก อาหารทอด อาหารมัน หรืออาหารที่มีรสหวานหรือเค็มจัด โดยผู้ป่วยควรลดการเติมน้ำปลา หรือซีอิ๊ว ลงในอาหาร งดพริกป่น ถั่วป่น งดการรับประทานของหมักดอง โดยเฉพาะผักดอง ซึ่งเป็นอาหารที่ผู้ป่วยชอบ

2.2 แนะนำให้ผู้ป่วยออกกำลังกายเบา ๆ อย่างสม่ำเสมอ เช่น การเดิน

2.3 ควรทำจิตใจให้แจ่มใสหลีกเลี่ยงภาวะเครียด รวมทั้งควรพักผ่อนให้เพียงพอ นอนหลับให้สนิท

2.4 รับประทานยาลดความดันโลหิต ได้แก่ Apresoline (50) 1 เม็ด 3 เวลา เข้า กลางวัน เย็น และ Zandip (20) 1 เม็ด หลังอาหารเช้า อย่างต่อเนื่อง และสังเกตอาการข้างเคียงของ ยา เช่น ไอแห้ง ๆ ใจสั่น เวียนศีรษะ หากมีให้ไปพบแพทย์ ไม่ควรงดยาเอง

2.5 ไปตรวจตามแพทย์นัดทุกครั้ง

2.6 สังเกตอาการผิดปกติที่ต้องรีบมาพบแพทย์ เช่น ปวดศีรษะ แขนขาอ่อนแรง เป็นต้น

การประเมินผล

ผู้ป่วยสามารถตอบคำถามย้อนกลับเกี่ยวกับวิธีการปฏิบัติตัวหลังกลับไปพักฟื้นที่บ้านได้ ถูกต้อง

ปัญหานี้ได้รับการแก้ไขให้หมดไปในวันที่ 9 พฤศจิกายน 2562

กรมการแพทย์

โรงพยาบาลเลิดสิน

ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน

บทที่ 5 สรุป วิเคราะห์ และข้อเสนอแนะ

สรุปผลการศึกษา

ผู้ป่วยเพศหญิง อายุ 79 ปี ให้ประวัติว่า 2 วัน ก่อนมาโรงพยาบาล หกล้ม สะโพกขวา กระแทกพื้น ปวด เดินลงน้ำหนักไม่ได้ ญาตินำส่งโรงพยาบาลภูมิพล On skin traction ไว้ ญาติต้องการมารับการรักษาต่อที่โรงพยาบาลเลิดสิน จากการถ่ายภาพรังสีพบกระดูกสะโพกข้างขวาหัก และภาวะกระดูกบางร่วมด้วย แพทย์รับเข้ารักษาตัวในวันที่ 7 ตุลาคม 2562 แรกผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ปวดสะโพกขวา ระดับความปวดเท่ากับ 8 on skin traction 5 กิโลกรัม สีหน้าวิตกกังวลและเจ็บปวด ลุกเดินไม่ได้

วันที่ 9 ตุลาคม 2562 ผลตรวจ Urine Examination พบ WBC >100 Cells/HPF Bacteria Many จึงส่งตรวจ Urine culture เพื่อเพาะหาเชื้อ แพทย์ให้การรักษาด้วย Cef-3 2 กรัม ทางหลอดเลือดดำวันละครั้ง ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ Potassium = 3.42 mEq/L ได้รับ Kcl 30 มิลลิตร ทางปาก และเตรียมทำผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมชนิด Bipolar Hemiarthroplasty Right Femur ในวันที่ 10 ตุลาคม 2562

วันที่ 10 ตุลาคม 2562 ผู้ป่วยทำผ่าตัด Bipolar Hemiarthroplasty Right Femur หลังผ่าตัดไปสังเกตอาการที่ ICU ศัลยกรรม ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี อ่อนเพลีย หน้าซีด On O₂ Canular 3 ลิตร/นาที่ มีคลื่นไส้ อาเจียนเป็นน้ำลาย 1 ครั้ง ประมาณ 5 มิลลิตร อุณหภูมิ 36 องศาเซลเซียส ชีพจร 74 ครั้ง/นาที่ หายใจ 16 ครั้ง/นาที่ ความดันโลหิต 130/74 มิลลิเมตรปรอท ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจน 98% แผลผ่าตัดมีเลือดซึมเล็กน้อย Radivac drain work ดี content ออก 50 มิลลิตร มีสาย Foley's catheter ปัสสาวะสีเหลืองใสไม่มีตะกอน บันทึกรายงานปัสสาวะออกทุก 1 ชั่วโมง ปัสสาวะออกมากกว่า 30 มิลลิตร/ชั่วโมง ดูแลผู้ป่วยให้ได้รับการพักผ่อนโดยจัดให้นอนหงายราบ ห้ามหุบขา สังเกตเลือดออกจากแผลผ่าตัด ติดตามค่า Hematocrit ทุก 8 ชั่วโมง เวลา 17.00 น. Hematocrit = 35% ดูแลให้ได้รับสารน้ำ Acetar 1,000 มิลลิตร ทางหลอดเลือดดำ 80 มิลลิตร ต่อชั่วโมงตามแผนการรักษา ผู้ป่วยปวดแผลผ่าตัดระดับความปวดเท่ากับ 8 ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาแก้ปวดตามแผนการรักษา หลังได้รับยาประเมินระดับความปวดเท่ากับ 4

วันที่ 11 ตุลาคม 2562 หลังผ่าตัดวันที่ 1 ผู้ป่วยยังอ่อนเพลีย ปวดแผลผ่าตัดมาก ระดับความปวดเท่ากับ 8 ได้รับยาบรรเทาอาการปวดตามแผนการรักษาของแพทย์ แผลผ่าตัดไม่มีเลือดซึม Radivac drain work ดี มี content ออกประมาณ 50 มิลลิตร ผล Hematocrit = 30% ดูแลให้ได้รับ PRC 2 unit ทางหลอดเลือดดำ อัตราไหลใน 4 ชั่วโมง/unit (hold IV ขณะให้เลือด) ย้ายผู้ป่วยกลับหอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกหญิง ผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองได้น้อย ไม่ค่อยขยับตัว ฝึกการหายใจและการไออย่างมีประสิทธิภาพ ไข้หวัดเพียงสูงประมาณ 30-45 องศา ให้นั่งได้

วันที่ 17 ตุลาคม 2562 หลังผ่าตัดวันที่ 7 ขาขวาบวม วัดขนาดเส้นผ่านศูนย์กลางรอบน่อง ขาได้ 31.5 เซนติเมตร มีขนาดใหญ่กว่าข้างซ้าย 3 เซนติเมตร มีรอยซ้ำเขียวจาง ๆ กระดกข้อเท้าองเข้าได้ ส่งทำ Ultrasound doppler Rt. Leg พบ DVT ส่งปรึกษาศัลยกรรม แพทย์ให้ยา Enoxaparin 0.6 มิลลิตร ฉีดใต้ผิวหนัง ทุก 12 ชั่วโมง ประคบขาขวาด้วย cold pack ทุก 2 ชั่วโมง

จนอาการดีขึ้น ขาขวาขยับบวมลง วัดขนาดเส้นผ่านศูนย์กลางรอบน่องขวาได้ 29 เซนติเมตร ในวันที่ 22 ตุลาคม 2562

ผู้ป่วยสามารถบริหารร่างกาย เคลื่อนย้ายตนเองจากเตียงลงมานั่งเก้าอี้ข้างเตียงและใช้วอล์คเกอร์ช่วยเดินแบบไม่ลงน้ำหนักขาข้างที่ผ่าตัดได้ ผู้ป่วยได้รับการสอนเกี่ยวกับโรคกระดูกพรุน และการป้องกันกระดูกหักซ้ำเพิ่มเติม ได้รับการเตรียมผู้ดูแลและเตรียมสภาพแวดล้อมที่บ้าน ได้รับการส่งตรวจมวลกระดูก การมองเห็น และสภาพช่องปาก และได้รับการส่งเยี่ยมบ้าน วันที่ 9 พฤศจิกายน 2560 เวลา 9.00 น.

แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้ ผู้ป่วยเดินโดยใช้ walker ได้ดี แผลผ่าตัดแห้งดี ไม่มีการอักเสบติดเชื้อ แนะนำให้ญาติคอยดูแลใกล้ชิดเพื่อคอยช่วยเหลือผู้ป่วย ออกกำลังกายตามคำแนะนำ อุณหภูมิ 36.4 องศาเซลเซียส ชีพจร 66 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 138/68 มิลลิเมตรปรอท นัดติดตามอาการ OPD Ortho 1 เดือน + Film Both hip AP, Rt. Lat crossable นัดติดตามอาการ OPD จักษุ และแผนกทันตกรรม หากพบอาการผิดปกติควรรีบมาพบแพทย์ก่อนวันนัด ยาที่ผู้ป่วยได้รับกลับบ้าน

- Eliquis (5) รับประทานครั้งละ 1 เม็ด วันละ 2 ครั้ง หลังอาหาร เข้า เย็น
- Miracid รับประทานครั้งละ 1 เม็ด วันละ 1 ครั้ง ก่อนอาหารเช้า
- CaCO_3 รับประทานครั้งละ 1 เม็ด วันละ 1 ครั้ง หลังอาหารเช้า
- Vitamin D₂ รับประทานครั้งละ 1 เม็ด จันทรและพฤหัสบดี

รวมเวลาที่รับไว้รักษาตัวในโรงพยาบาลเลิดสิน 33 วัน

ผู้ป่วยมีโรคร่วมเป็นความดันโลหิตสูง มาประมาณ 5 ปี รักษาและรับยาที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จากการติดตามเยี่ยม และให้การพยาบาลผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับ จนถึงจำหน่ายกลับบ้านนั้น ขอแบ่งการพยาบาลเป็น 3 ระยะ ดังนี้

1. การพยาบาลระยะก่อนผ่าตัด
2. การพยาบาลระยะหลังผ่าตัด
3. การพยาบาลระยะเตรียมจำหน่ายกลับบ้าน

1. ระยะแรกรับ-การพยาบาลระยะก่อนผ่าตัด

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1 ผู้ป่วยไม่สุขสบายเนื่องจากปวดสะโพกขวา

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2 ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวลเกี่ยวกับโรค การผ่าตัด การปฏิบัติตัว ก่อนและหลังการผ่าตัดเนื่องจากขาดความรู้ไม่ได้รับการสอนหรือคำแนะนำมาก่อน

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 3 ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดแผลกดทับจากการนอนนาน

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 4 มีภาวะ Electrolyte Imbalance

2. การพยาบาลระยะหลังผ่าตัด

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 5 ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาระงับความรู้สึกขณะทำผ่าตัดและจากภาวะความดันโลหิตสูง

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 6 ผู้ป่วยไม่สุขสบายเนื่องจากปวดแผลผ่าตัด

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 7 ผู้ป่วยมีภาวะช็อคเนื่องจากเสียเลือดจากการผ่าตัด

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 8 ผู้ป่วยมีการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 9 ผู้ป่วยมีภาวะลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำส่วนลึก

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 10 ผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับการป้องกันกระดุกหักซ้ำไม่เพียงพอ

3. การพยาบาลระยะเตรียมจำหน่ายกลับบ้าน

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 11 ผู้ป่วยมีโอกาสปฏิบัติตัวไม่ถูกต้องเมื่อกลับไปพักฟื้นที่บ้าน
วิจารณ์และข้อเสนอแนะ

การศึกษาผู้ป่วยที่มีกระดุกสะโพกหัก และได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม และมีภาวะแทรกซ้อนภาวะลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำส่วนลึก (Deep Vein Thrombosis: DVT) ได้รับการรักษาด้วยการประคบเย็นและได้รับยาป้องกันการแข็งตัวของเลือด ได้มีการศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับโรคกระดุกพรุน และการป้องกันกระดุกหักซ้ำร่วมด้วย เนื่องจากผู้ป่วยที่นำมาศึกษานี้เป็นผู้ป่วยสูงอายุ ที่ระบบต่างๆ ของร่างกายมีความเสื่อมตามวัย รวมทั้งระบบกระดุกและกล้ามเนื้อ จึงทำให้กระดุกหักง่ายจากอุบัติเหตุที่ไม่รุนแรง เช่น การหกล้ม โดยเฉพาะบริเวณกระดุกข้อสะโพก ซึ่งเป็นบริเวณที่มีโอกาสหักได้ง่าย และเมื่อหักแล้วจะส่งผลกระทบต่างๆ ตามมา ทั้งต่อตัวผู้ป่วยที่จะได้รับความทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวด มีผลต่อการเคลื่อนไหวและออกกำลังกายเพื่อป้องกันการเกิดกระดุกหักซ้ำ

หลังจากที่ผู้ป่วยรายนี้ได้เข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาลแล้ว ผู้ป่วยได้รับการดูแลจากทีมสหสาขาวิชาชีพที่มีหน้าที่ความรับผิดชอบต่างกัน มาร่วมกันดูแลผู้ป่วยเพื่อให้ครอบคลุมทุกด้าน ทั้งการจัดการกับภาวะกระดุกต้นขาส่วนคอหักโดยการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม การฟื้นฟูสภาพ การประเมินและให้การรักษาโรคกระดุกพรุน การประเมินความเสี่ยงต่อการหกล้ม และการให้ความรู้ โดยที่พยาบาลจะต้องมีความรู้เพิ่มเติม ในเรื่องโรคกระดุกพรุน และการป้องกันกระดุกหักซ้ำ เพื่อที่จะให้การพยาบาลผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม ได้อย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับแผนการดูแลรักษาของทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถกลับไปดูแลตนเองได้ถูกต้อง และไม่เกิดกระดุกหักซ้ำได้อีก ซึ่งในผู้ป่วยรายนี้ เป็นผู้ป่วยที่มีการรับรู้ปกติ และสามารถช่วยเหลือตนเองได้ดี ก่อนบดเจ็บ ตลอดจนให้ความร่วมมือในการดูแลรักษาเป็นอย่างดี ยินดีที่จะปฏิบัติตัวตามคำแนะนำ โดยได้รับความช่วยเหลือจากบุตรสาวซึ่งเป็นผู้ดูแลหลัก จึงส่งผลให้มีการฟื้นฟูที่ดี และไม่เกิดกระดุกหักซ้ำ

ข้อเสนอแนะ

1. การพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุมีความแตกต่างจากการให้การพยาบาลผู้ป่วยวัยอื่นๆ พยาบาลผู้ให้การดูแลควรมีความรู้เกี่ยวกับสภาพร่างกาย และระบบการทำงานต่างๆ ของผู้สูงอายุที่เปลี่ยนแปลงไป การมีความรู้จะทำให้พยาบาลมีความเข้าใจที่ถูกต้องในความเปลี่ยนแปลงต่างๆ เหล่านั้น ซึ่งจะทำให้การพยาบาลมีความครอบคลุมเหมาะสม และเกิดประโยชน์สูงสุดกับผู้ป่วย

2. พยาบาลควรมีทักษะในการติดต่อประสานงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพ มีโอกาสไปเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้านร่วมกับทีมเวชศาสตร์ครอบครัว เนื่องจากพยาบาลที่หอผู้ป่วยจะทราบข้อมูลของผู้ป่วยอย่างละเอียด ทำให้มีความต่อเนื่องในการดูแล และจะได้เห็นการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยในสภาพจริง

ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน

3. ควรมีแนวปฏิบัติทางการพยาบาลที่ครอบคลุมโรคร่วมที่พบบ่อย ได้แก่ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และภาวะไขมันในเลือดเพื่อให้พยาบาลผู้ปฏิบัติมีแนวทางในการพยาบาลผู้ป่วยได้ตามมาตรฐาน ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะน้ำตาลในเลือดสูงหรือต่ำ ควบคุมระดับความดันโลหิตให้คงที่ การใช้ยาลดไขมันอย่างมีประสิทธิภาพ

4. ควรใช้แบบประเมินความเสี่ยงในการเกิดภาวะหลอดเลือดดำส่วนลึกอุดตัน (Deep Vein Thrombosis :DVT) เช่น Well score, Autar score หรือ Caprini score เพื่อช่วยให้พยาบาลผู้ปฏิบัติสามารถค้นพบปัญหาผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็ว จัดทำแนวปฏิบัติการป้องกันการเกิดภาวะหลอดเลือดดำส่วนลึกอุดตันรวมถึงการมี Early warning sign ของภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อย เช่น pulmonary embolism, fat embolism เป็นต้น

5. จัดทำแนวทางการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักโดยจัดทำเป็นคู่มือการปฏิบัติสำหรับ ผู้สูงอายุกกระดูกสะโพกหัก เพื่อนำมาอ่านทบทวนด้วยตนเอง หรือให้ครอบครัวช่วยอ่านในเวลาที่ต้องการ จะทำให้เกิดความมั่นใจและเกิดพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ถูกต้อง เหมาะสมต่อไป

กรมการแพทย์

โรงพยาบาลเลิดสิน

ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน

บรรณานุกรม

- กิจจา จิตรภิมย์. (2557). การตรวจทางห้องปฏิบัติการในงานสาธารณสุข. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- กลุ่มงานออร์โธปิดิกส์โรงพยาบาลเลิดสิน กรุงเทพมหานคร. (2565). สรุปรายงานประจำปี 2565. กรุงเทพมหานคร: โรงพยาบาลเลิดสิน กรุงเทพมหานคร.
- จิตติมา เอกวิโรจนสกุล. (2562). การป้องกันกระดูกหักซ้ำในผู้ป่วยสูงอายุที่เคยกระดูกสะโพกหักในโรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชองค์ที่ 17 สุพรรณบุรี. วารสารแพทย์เขต 4-5, 38(1), 39-49.
- ธนินันต์ สิริพันธ์. (2558). กระดูกสะโพกหักจากโรคกระดูกพรุน Osteoporotic hip fractures. ใน ทวี ทรงพัฒนาศิลป์ (บรรณาธิการ), การดูแลรักษาภาวะกระดูกหักจากโรคกระดูกพรุนแบบองค์รวม 2 Holistic management of osteoporotic fractures. กรุงเทพมหานคร: ปิยอนต์ เอ็นเทอร์ไพรซ์.
- ธวัช ประสาทฤทธา, พรทิพย์ ทยานันท์ และ สุขใจ ศรีเพียรเอม. (2555). การพยาบาลออร์โธปิดิกส์. กรุงเทพมหานคร: บริษัทสมิตรพรินต์ติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง จำกัด.
- ธีรชัย อภิวรธกุล. (2558). เคล็ดล้มทางออร์โธปิดิกส์. เชียงใหม่: โรงพิมพ์แสงศิลป์. คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- นรเทพ กุลโชติ. (2558). กระดูกหักและข้อเคลื่อนหลุดรอบข้อสะโพก (Hip Fracture-Dislocation and Femur Fracture). กรุงเทพมหานคร.
- บวรฤทธิ์ จักรไพวงศ์, พิสิฐ เลิศวานิช และจรรยา โชติกวนิชย์. (2556). การตรวจร่างกายทางออร์โธปิดิกส์ ORTHOPAEDIC PHYSICAL EXAMINATION. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: บริษัท อมรินทร์พรินต์ติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง (จำกัด มหาชน).
- ปราณี ทัพพะธะ. (2556). คู่มือยา. พิมพ์ครั้งที่ 13. กรุงเทพมหานคร: NP Press Limited Partnership.
- ปองหทัย พุ่มระย้า. (2559). การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยสูงอายุที่กระดูกสะโพกหัก (Discharge planning in elderly patients with hip fractures). วารสารชมรมพยาบาลออร์โธปิดิกส์แห่งประเทศไทย.
- เปรมจิต เกตษา. (2561). การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดข้อสะโพกเทียมและมีโรคร่วม. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลอุดรธานี, 26(3), 208-215.
- ไพรัช ประสงค์จีน. (2552). กระดูกหักและข้อเคลื่อน (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพมหานคร: ภาควิชาออร์โธปิดิกส์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- โรงพยาบาลเลิดสิน กลุ่มงานดิจิทัลทางการแพทย์. (2565). รายงานสถิติประจำปี พ.ศ. 2565. กรุงเทพมหานคร: งานสถิติ.
- สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. (2562). แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ. 2562. กรุงเทพมหานคร.

- สุพิชัย เจริญวารีกุล และคณะ.(2558). **หัตถการทางออร์โธปิดิกส์**. โครงการตำราวิทยาลัย
แพทยศาสตร์พระมงกุฎเกล้า, กรุงเทพมหานคร: นำอักษรการพิมพ์.
- อารี ตनावลี. (2557). **ตำราแก่นความรู้ทางออร์โธปิดิกส์ สำหรับแพทยศาสตร์บัณฑิต**.
กรุงเทพมหานคร. ภาควิชาออร์โธปิดิกส์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- Bones of the pelvic girdle. (2022). [Online]. Available from:
<https://images.app.goo.gl/VhMijtxahJr9K3qZ7> [accessed 20 August 2022].
- Craven RF, Himle CJ. (2002). **Fundamentals of Nursing: Human Health and Function**, 4th edn. Lippincott Philadelphia.
- Della Valle CJ, Steiger DJ, Di Cesare PE. (1998). **Thromboembolism after hip and knee arthroplasty: diagnosis and treatment**. J Am Acad Orthop Surg.
- Hip Fractures. (2022). [Online]. Available from:
<https://images.app.goo.gl/nZf6Hm8P6TXNaptZ7> [accessed 20 August 2022].
- Lotke PA, Steinberg ME, Ecker ML. (1994). **Significance of deep venous thrombosis in the lower extremity after total joint arthroplasty**. Clin Orthop Relat Res.
- Meehan, A. M., Maher, A. B., Brent, L., Copanitsanou, P., Cross, J., Kimber, C.,...
Hommel, A. (2019). The International Collaboration of Orthopaedic Nursing (ICON): Best practice nursing care standards for older adults with fragility hip fracture. **International Journal of Orthopaedic and Trauma Nursing**, 32(1), 3-26.
- Orem, D. E. (1991). **Nursing Concept of Practice** (4th ed.) St Louis: Mosby Year Book.
- Orem, D.F., Taylor, S.G., & Renpenning, K.M. (2001). **Nursing: Concepts of practice** (6th ed.). St Louis: Mosby.
- Park YG, Ha CW, Lee SS, Shaikh AA, Park YB. (2016). **Incidence and Fate of "Symptomatic" Venous Thromboembolism After Knee Arthroplasty Without Pharmacologic Prophylaxis in an Asian Population**. J Arthroplasty.
- Singh, S., Charles, L., Maceachern, C. F., & Changulani, M. (2016). Complication of surgical management of hip fracture. **Orthopaedics and Trauma**, 30(2), 137-144.

โรงพยาบาลเลิดสิน

ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน

แผนการรักษา

Date Time	ORDERS FOR ONE DAY ONLY	Date Time	ORDER FOR CONTINUATION
7 ต.ค. 62	<u>DAY 0</u> - Blood for CBC, BUN/ Creatinine, Electrolytes, Ca, P, LFT, FBS, PT, PTT, INR - morning TSH, vitamin D level - If abnormal Ca level (<8.5 or 10.5 mg/dL) → PTH level - If FBS > 180 mg/dL → HbA1C - Blood for:..... - Cross-match for:..... - EKG 12 leads - Chest X-Ray - IV fluid..... - Film Both hip AP, lateral cross table - Film T spine AP, lateral - Film LS spine AP, lateral	7 ต.ค. 62	- Record V/S, I/O - Low salt diet
		7 ต.ค. 62 20.00 น.	- On Skin traction 5 kg Rt. leg
8 ต.ค. 62	- Mo 3 มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำ prn ทุก 6 ชั่วโมง - Plasil 10 มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำ prn ทุก 8 ชั่วโมง - consult Med, Pre-op, Anes	8 ต.ค. 62	- Poli uretic 1/2 เม็ด ทางปาก หลังอาหารเช้า - Mydoclam 1x3 ทางปาก หลังอาหาร - Ultracet 1x2 ทางปาก ทุก 8 ชั่วโมง

Date Time	ORDERS FOR ONE DAY ONLY	Date Time	ORDERS FOR CONTINUATION
9 ต.ค. 62	- Mo 3 มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำ prn ทุก 6 ชั่วโมง - Plasil 10 มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำ prn ทุก 8 ชั่วโมง - U/C - Kcl 30 มิลลิลิตร ทางปาก x 1	9 ต.ค. 62	- Cef-3 2 กรัม ทางหลอดเลือดดำ OD
9 ต.ค. 62	Set OR for Cemented Bipolar hemiarthroplasty Rt. Intertrochanteric 10/10/62 - NPO AMN - Acetar 1,000 มิลลิลิตร ทางหลอดเลือดดำ อัตราไหล 80 มิลลิลิตร/ชั่วโมง - Retained Foley's cath - Cef-3 4 กรัม to OR - G/M PRC 2 unit - จอง ICU Surgery for post-op		

กรมการแพทย์
โรงพยาบาลเลิดสิน

ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน

Date Time	ORDERS FOR ONE DAY ONLY	Date Time	ORDERS FOR CONTINUATION
10ต.ค.62	<u>ORDER FOR SPINAL MORPHINE</u> 1. Routine Postoperative Care 2. Monitor : BP, PR, RR ทุก 1 ชั่วโมง ใน 4 ชั่วโมงแรกและต่อมาทุก 4 ชั่วโมง 3. สังเกตการหายใจของผู้ป่วย ทุก 1-2 ชั่วโมง 4. ห้ามให้ narcotic อื่นๆ ทางหลอดเลือดดำ หรือทางกล้ามเนื้อ 5. การรักษาภาวะข้างเคียง 5.1 ถ้ามีอาการหายใจ ≤ 8 ครั้ง/นาที Rx - ให้ปลุกผู้ป่วยและกระตุ้นให้หายใจ - O₂ Cannula 3 ลิตร/นาที - ตามแพทย์ทันที - ให้ narcan 0.2 มิลลิกรัม ทาง หลอดเลือดดำซ้ำๆ 5.2 ถ้ามีอาการคลื่นไส้ อาเจียน Rx - Plasil 1 amp ทางหลอดเลือดดำ prn ทุก 4-6 ชั่วโมง 5.3 ถ้ามีอาการคัน Rx - Piriton 1 amp ทางหลอดเลือดดำ prn 4-6 ชั่วโมง 6. ถ้าผู้ป่วยมีปัญหาเรื่องอาการปวดมาก Rx - Morphine 2 มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำ prn ทุก 2-3 ชั่วโมง 7. ถ้ามีปัญหาติดต่อดีวี่ญญู โทร 9812,9813		

Date Time	ORDERS FOR ONE DAY ONLY	Date Time	ORDERS FOR CONTINUATION
10ต.ค.62	- Post-Op ไป ICU ศัลย์ - POST - OP order for Bipolar hemiarthroplasty Rt. - Routine post - op care - Acetar 1,000 มิลลิลิตร - ทางหลอดเลือดดำ 80 มิลลิลิตร/ชั่วโมง - ตื่นดี กินได้ Off IV, On heparin lock - Morphine 3 มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำ เวลาปวด ทุก 4 ชั่วโมง - Plasil 10 มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำ prn ทุก 8 ชั่วโมง - film both hip AP, Rt. hip lateral - Hct at ward, then ทุก 8 ชั่วโมง if $\leq 30\%$ notify - พุ่งนี้ Blood for CBC, BUN, Cr, E'lyte - Film Pelvic AP	10ต.ค.62 16.30 น.	- ห้ามหุบขา - Record v/s, I/O - Low salt diet - Cef-3 2 กรัม ทางหลอดเลือดดำ วันละครั้ง - Poli uretic 1/2 เม็ด ทางปาก หลังอาหารเช้า - Mydoclam 1x3 ทางปาก หลังอาหาร - Ultracet 1x2 ทางปาก หลังอาหาร - Vitamin D₂ 1เม็ด อาทิตย์ละครั้ง - Caco₃ 1x1 ทางปาก หลังอาหาร

กรมการแพทย์
โรงพยาบาลเลิดสิน

ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน

Date Time	ORDERS FOR ONE DAY ONLY	Date Time	ORDERS FOR CONTINUATION
11ต.ค.62	- Acetar 1,000 มิลลิลิตร ทางหลอดเลือดดำ อัตราไหล 80 มิลลิลิตร/ชั่วโมง - Keep urine output $\geq$ 120 มิลลิลิตร ใน 4 ชั่วโมง - Mo 3 มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำ prn ทุก 6 ชั่วโมง - Plasil 10 มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำ prn ทุก 8 ชั่วโมง - EKG 12 leads - ย้ายสามัญได้หาก Cardio อนุญาต - Consult Cardio Med - PRC 2 unit ทางหลอดเลือดดำ อัตราไหลใน 4 ชั่วโมง/unit (hold IV ขณะให้เลือด) - Hct หลังเลือดหมด 3 ชั่วโมง - CBC, E'lyte, BUN, Cr พรุ่งนี้เช้า		
12ต.ค.62	- IV หมด off , On Heparin Lock - PRC 1 unit ทางหลอดเลือดดำ อัตราไหลใน 4 ชั่วโมง - Lasix 20 มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำ ก่อนให้เลือด - Hct หลังเลือดหมด 4 ชั่วโมง - Mo 3 มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำ prn ทุก 6 ชั่วโมง - Plasil 10 มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำ prn ทุก 8 ชั่วโมง - Film - Both hip AP	12ต.ค.62	- Losec (20) 1x1 ทางปาก ac - Acroxia (90) 1x1 ทางปาก pc (ให้ 3 วัน)

Date Time	ORDERS FOR ONE DAY ONLY	Date Time	ORDERS FOR CONTINUATION
13ต.ค.62 9.00 น.	- Off Foley's cath - morphine 3 มิลลิกรัม - ทางหลอดเลือดดำ prn ทุก 6 ชั่วโมง - Plasil 10 มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำ - prn ทุก 6 ชั่วโมง - Hct ทุก 8 ชั่วโมง if ลดลง $\geq 3\%$ - notify		
15ต.ค.62	- CBC, BUN, Cr, E'lyte, D-dimer		
16ต.ค.62	- Consult for dropper U/S - Off Radivac drain	16ต.ค.62	- Off Cef-3 - Dicloxacillin (500) 1 เม็ด ทางปาก - ก่อนอาหาร เข้า กลางวัน เย็น - ก่อนนอน
17ต.ค.62	- Cold packing Rt. leg	17ต.ค.62	- Enoxaparin 0.6 มิลลิลิตร - ใต้ผิวหนัง ทุก 12 ชั่วโมง
19ต.ค.62	- morphine 3 มิลลิกรัม - ทางหลอดเลือดดำ prn ทุก 6 ชั่วโมง - Plasil 10 มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำ - prn ทุก 6 ชั่วโมง		

Date Time	ORDERS FOR ONE DAY ONLY	Date Time	ORDERS FOR CONTINUATION
20ต.ค.62	- Notify เรื่อง DVT (INR) - PT, PTT, INR วันนี้ , วันที่ 23/10/62	20ต.ค.62	- Off I/O - Warfarin (3) 1 เม็ด ทางปาก ก่อนนอน
		21ต.ค.62	- Cold pack ประคบขาขวา
		22ต.ค.62	- Off Vit D เดิม - Vitamin D (20,000) 1เม็ด จันทร์, พฤษหัส
23ต.ค.62	- INR 27/10/62	23ต.ค.62	- Off Enoxaparin - Off Warfarin เดิม - Warfarin (2) 2 เม็ด ทางปาก ก่อนนอน
27ต.ค.62	- F/U PT, INR 1/11/62	27ต.ค.62	- Off Warfarin เดิม <u>Review of Treatment</u> - Low salt diet - Record V/S, นอนกางขา <u>Med</u> - Warfarin (5) 1 เม็ด ทางปาก ก่อนนอน - Daflon (500) 1x2 ทางปาก หลังอาหาร - Vitamin D ₂ 1เม็ด จันทร์, พฤษหัส - Caco ₃ 1x1 ทางปาก หลังอาหาร - Mydoclam 1x2 ทางปาก หลังอาหาร - Poli uretic 1/2 เม็ด ทางปาก หลังอาหารเช้า

Date Time	ORDERS FOR ONE DAY ONLY	Date Time	ORDERS FOR CONTINUATION
		30ต.ค.62	- Off Dicloxacillin, Ultracet
4พ.ย.62	- Notify SX Ortho plan D/C วันเสาร์		
5พ.ย.62	- PT, INR - Blood for PT, INR 8/11/62	5พ.ย.62	- Off Vitamin D - Vitamin D ₂ (20,000 IU) 2 เม็ด อาทิตย์ละครั้ง
6พ.ย.62	- Off เจาะเลือด PT. INR วันพฤหัสบดี - นัด OPD ศัลยกรรม 20/11/62+PT, INR H/M - Warfarin (5) 1 เม็ด วันละครั้ง ก่อนนอน #14		
7พ.ย.62	- D/C วันเสาร์ - นัด F/U OPD Ortho 1 เดือน + Film Both hip AP, Rt. Lat crossable H/M - CaCO ₃ 1 เม็ด ทางปาก หลังอาหารเช้า/30 - Vit D ₂ (20,000) 1 เม็ด ทางปาก จันทร์, พฤหัสบดี/10 - Miracid 1 เม็ด ทางปาก ก่อนอาหารเช้า/10 - Off Warfarin - Eliquis (5) 1x2 ทางปาก หลังอาหาร/30		

ยาที่ใช้ในการรักษา

1. Morphine sulfate

สรรพคุณ

1. บรรเทาอาการปวดระดับกลางถึงระดับรุนแรง เช่น อาการปวดจากการผ่าตัดหรือจากโรคมะเร็ง
2. ใช้เป็นยาป้องกันอาการปวดก่อนเข้ารับการผ่าตัด
3. บรรเทาอาการไออันเนื่องมาจากสาเหตุมะเร็งปอด
4. บรรเทาอาการปวดระหว่างการคลอดบุตร
5. บรรเทาอาการปวดจากภาวะหัวใจล้มเหลว
6. รักษาอาการปวดแบบเฉียบพลันและเรื้อรัง

ขนาดและวิธีใช้

ผู้ใหญ่ Acute pain:

ทางกล้ามเนื้อ/ ใต้ผิวหนัง: ขนาดเริ่มต้น 5 - 10 มิลลิกรัม ทุก 4 ชั่วโมง และสามารถให้ได้ขนาด 5 - 20 มิลลิกรัม ทุก 4 ชั่วโมง

ทางหลอดเลือดดำ: เริ่มใช้ขนาด 2.5 - 5 มิลลิกรัม ทุก 3 - 4 ชั่วโมง

ฤทธิ์ข้างเคียงและพิษของยา

ออกฤทธิ์กดระบบประสาทส่วนกลาง ลดความรู้สึกเจ็บปวด ทำให้รู้สึกง่วงหลับไป และลดการทำงานของร่างกาย อาการข้างเคียงอื่นๆ คือ อาจทำให้คลื่นไส้ อาเจียน ท้องผูก เกิดอาการคันหน้าตาแดงเพราะโลหิตชนิด ม่านตาดำหตติบ และหายใจลำบาก โดยมีอร์ฟีนจะไปกดศูนย์ประสาท ดังนี้

1. ออกฤทธิ์ต่อประสาทส่วนกลาง Cerebral Cortex ทำให้กดศูนย์ประสาทสมองส่วนที่รับรู้ความรู้สึก การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวทำให้เกิดอาการทางจิตใจเปลี่ยนแปลงไป

2. ออกฤทธิ์ต่อประสาทสมองส่วน Medullary Centers ทำให้กดศูนย์ประสาทสมองส่วนการหายใจ ทำให้หายใจช้า ทำให้การเต้นของหัวใจช้าลง

3. ออกฤทธิ์ต่อประสาทไขสันหลัง ทำให้เกิดปฏิกิริยาอาการกระตุ้นต่างๆ เกิดขึ้น

อาการอันไม่พึงประสงค์ที่ต้องแจ้งแพทย์หรือเภสัชกรทันที มีดังนี้ มึนงง สับสน วิงเวียน หรือรู้สึกเหมือนจะหมดสติ กระวนกระวาย กระสับกระส่าย ตัวเขียว ตัวเย็น ชีต ประสาทหลอน มองภาพไม่ชัด มือ เท้า แขน หรือขาบวม หายใจช้าหรือตื้นผิดปกติ หายใจลำบาก หรือหายใจมีเสียงหวีด ชัก หัวใจเต้นเร็วหรือช้ากว่าปกติ ผื่นคัน ผื่นลมพิษ อ่อนเพลียผิดปกติ

การพยาบาล

1. การให้ยาทางหลอดเลือดดำโดยตรง (IV direct) ควรฉีดช้า ๆ เพราะหากให้ยาเร็วเกินไป อาจทำให้เกิดผลข้างเคียงเพิ่มขึ้นได้

2. ระวังระวังเรื่องการกดการหายใจ โดยเฉพาะเมื่อให้ร่วมกับยาอื่นที่เพิ่มฤทธิ์กดการหายใจ เช่น ยานอนหลับ ยาคลายกล้ามเนื้อ ยาคลายกังวล

3. สังเกตอาการผู้ป่วยที่เกิดยา Overdose ให้ตรวจดูม่านตาผู้ป่วยจะหดเป็นรูเล็ก ๆ ความดันเลือดต่ำ เกิดภาวะหัวใจเต้นเร็ว (Bradycardia) การแก้พิษยา overdose ให้ใช้ Naloxone 2 มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำ หากกดหายใจ ให้จัดการช่วยการหายใจ Airway support

2. Ultracet

Ultracet เป็นยาผสมระหว่าง Tramadol และ Paracetamol โดยเลือกปริมาณยาทั้งสองตัวให้มีสัดส่วนที่เสริมฤทธิ์กัน ทำให้เป็นยาผสมที่มีข้อดี คือสามารถลดอาการปวดได้ดี แต่ลดโอกาสในการเกิดอาการข้างเคียงให้น้อยลงได้ Paracetamol ตามปกติห้ามใช้เกิน 4,000 มิลลิกรัมต่อวัน โดย Ultracet มี Paracetamol อยู่ 325 มิลลิกรัมต่อเม็ด ซึ่งถ้ากินยา 4 เม็ดต่อวัน ก็ได้รับ Paracetamol เพียง 1,300 มิลลิกรัม เท่านั้น

ส่วน Tramadol เป็นยาในกลุ่มอนุพันธ์ฝิ่นที่มีฤทธิ์อ่อนที่สุด ทำให้มีความปลอดภัยในการใช้ยาสูง ส่วนมากแล้วปัญหาในการใช้ยา Tramadol นี้ มักเป็นอาการข้างเคียงทั่วๆ ไปที่พบได้ เช่น คลื่นไส้ อาเจียน มึนงง ซึ่งหยุดยาอาการก็จะหายไปได้ หรือถ้ามีความจำเป็นต้องใช้ยา การกินยาลงอาหารทันที หรือ การเริ่มกินจากขนาดยาดำๆ ก่อน ก็จะสามารถทนต่ออาการข้างเคียงเหล่านี้ได้ใน 1-2 วัน

สรรพคุณ

มีประสิทธิภาพในการรักษาอาการปวดระดับปานกลาง ลดอาการปวดได้ดี ถ้าเทียบกับกลุ่มยาแก้อักเสบ (NSAIDs) แล้ว ถือว่า Ultracet อยู่ในชั้นยาแก้ปวดระดับปานกลาง ส่วน NSAIDs เป็นยาแก้อักเสบที่ให้ฤทธิ์ลดปวดระดับอ่อน

ขนาดและวิธีใช้

เป็นยารูปแบบยาเม็ด ประกอบด้วยตัวยาสำคัญคือ tramadol 37.5 มิลลิกรัม และ paracetamol 325 มิลลิกรัม รับประทานครั้งละ 1-2 เม็ด ทุก 4-6 ชั่วโมง ห้ามเกินวันละ 8 เม็ด และไม่รับประทานยานี้ติดต่อกันนานเกิน 5 วัน

ฤทธิ์ข้างเคียงและพิษของยา

อาการไม่พึงประสงค์ที่ต้องแจ้งแพทย์ทันที อาการแพ้ เช่น ผื่นที่ผิวหนัง ผื่นคันหรือลมพิษ หน้าบวม ปากบวม หรือลิ้นบวม มีปัญหาในการหายใจ ความคิดสับสน ประสาทหลอน หมดสติ มีแผลแดง ลอกหรือมีตุ่มพองที่ผิวหนังหรือในช่องปาก การชัก หายใจลำบาก กลืนลำบาก ปวดท้อง ตัวเหลืองหรือตาเหลือง

อาการไม่พึงประสงค์อื่นที่อาจเกิดระหว่างใช้ยา หากเป็นต่อเนื่อง หรือรบกวนชีวิตประจำวันให้แจ้งแพทย์ทราบมีดังนี้ ท้องผูก ท้องเสีย คลื่นไส้ อาเจียน เวียนศีรษะ คัด

การพยาบาล

1. ไม่ควรให้ผู้ป่วยได้รับยานี้ติดต่อกันเป็นระยะเวลานาน และในปริมาณที่มากเกินไป
2. ควรติดตามผลเลือดเพื่อการทำงานของตับและไต ทั้งก่อนและระหว่างได้รับยานี้ ถ้ามีอาการผิดปกติ รายงานแพทย์เพื่อหยุดยา
3. สังเกตอาการแพ้ยาที่อาจเกิดขึ้น ได้แก่ ท้องเสีย คลื่นไส้ ติดตามการทำงานของตับ ไม่ควรรับประทานยาเกิน 4 กรัมต่อวัน และไม่ควรใช้ยาเกิน 10 วัน เนื่องจากยาสามารถทำลายตับได้

3. Mydoclam

สรรพคุณ

ยานี้ใช้เพื่อช่วยบรรเทาบรรเทาอาการที่เกี่ยวข้องกับการเกร็งตัวของกล้ามเนื้อและช่วยคลายกล้ามเนื้อ

ขนาดและวิธีใช้

อยู่ในรูปแบบยาเม็ดใช้สำหรับรับประทาน โดยทั่วไปรับประทานครั้งละ 1 เม็ด วันละ 3 ครั้ง

ฤทธิ์ข้างเคียงและพิษของยา

อาการอันไม่พึงประสงค์ที่อาจเกิดระหว่างใช้ยา หากเป็นต่อเนื่องหรือรบกวนชีวิตประจำวัน ให้แจ้งแพทย์ทราบ มีดังนี้ กล้ามเนื้ออ่อนแรง คลื่นไส้ อาเจียน ไม่สบายท้อง ปวดศีรษะ

อาการอันไม่พึงประสงค์ที่ต้องแจ้งแพทย์ทราบทันที มีดังนี้ บวมบริเวณเปลือกตา ริมฝีปาก และลำคอ หายใจลำบากหรือมีเสียงหวีด เกิดผื่นบริเวณผิวหนัง คัน เกิดลมพิษ มีไข้

การพยาบาล

1. ยานี้อยู่ในรูปแบบยาเม็ด ใช้สำหรับรับประทาน โดยทั่วไปรับประทานวันละ 3 ครั้ง
2. ห้ามใช้ในผู้ที่ป่วยโรคกล้ามเนื้ออ่อนแรง (myasthenia gravis)
3. ยานี้อาจจะทำให้เวียนศีรษะ ง่วงซึมได้ หากมีอาการดังกล่าว ควรหลีกเลี่ยงการขับรถหรือการทำงานที่เกี่ยวข้องกับเครื่องจักรหลังจากรับประทานยา
4. หากลิ้มรับประทานยา ให้รับประทานยาทันทีที่นึกได้ แต่ถ้าเป็นเวลาใกล้กับมื้อถัดไปให้ข้ามไปรับประทานยามื้อต่อไปเลยโดยไม่ต้องเพิ่มขนาดยาเป็นสองเท่า

4. Plasil (Metoclopramide)

สรรพคุณ

เป็นยาที่นำมาบำบัดอาการคลื่นไส้ อาเจียน ช่วยทำให้กระเพาะและลำไส้บีบไล่อาหารที่ค้างคั่งอยู่ในช่องทางเดินอาหารได้เร็วมากขึ้น ยาตัวนี้เหมาะที่จะใช้กับผู้ป่วยที่มีอาการของกระเพาะและลำไส้ทำงานได้ไม่ดีหรือบีบตัวน้อยเกินไป จนทำให้อาหารคั่งค้างอยู่จนก่อให้เกิดภาวะคลื่นไส้อาเจียนขึ้นมา นอกจากนี้ยังประกอบรักษาโรคต่าง ๆ อีกด้วย เช่น อาการคลื่นไส้ อาเจียนจากการฉายรังสีรักษา จากยาเคมีบำบัด จากการติดเชื้อ จากโรคไมเกรน จากการตั้งครรภ์ จากโรคมะเร็งจากภาวะสารถูเรย์เกินในร่างกาย โดยตัวยาจะไปออกฤทธิ์ยับยั้งการทำงานของสารสื่อประสาทในสมองบางตัว เช่น โดพามีน (Dopamine) ด้วยสารตัวนี้จะกระตุ้นให้เกิดอาการคลื่นไส้ได้นั่นเอง และสำหรับในหญิงที่อยู่ในภาวะให้นมบุตร ยานี้ยังช่วยกระตุ้นให้มีการหลั่งน้ำนมได้มากขึ้นอีกด้วย

ขนาดและวิธีใช้

ขนาดของยาฉีดเพื่อบรรเทาอาการคลื่นไส้ อาเจียนหลังการผ่าตัด: ฉีดเข้ากล้ามเนื้อ 10 มิลลิกรัม หลังการผ่าตัด อาจฉีดซ้ำทุกๆ 4 - 6 ชั่วโมงถ้าอาการยังไม่ดีขึ้น

ฤทธิ์ข้างเคียงและพิษของยา

ผลต่อสมอง: มีอาการ ง่วงนอน อ่อนเพลีย วิงเวียน รู้สึกสับสน นอนไม่หลับ ชีพเศร้า

ผลต่อระบบฮอร์โมน: อาจทำให้มีอาการน้ำนมไหล หน้าอกโต และประจำเดือนขาด

ผลต่อหัวใจและหลอดเลือด: ความดันโลหิตสูง ความดันโลหิตต่ำ หัวใจเต้นช้าหรือเร็ว ผิดจังหวะ

ผลต่อระบบทางเดินอาหาร: อาจกระตุ้นให้เกิดอาการคลื่นไส้และท้องเสียติดตามมา

ผลต่อดับ: อาจเกิดอาการตัวเหลือง ตาเหลือง ด้วยเกิดพิษของยานี้ต่ออวัยวะตับ

ผลต่อผิวหนัง: อาจก่อให้เกิดอาการผื่นคัน

การพยาบาล

1. การใช้ยาร่วมกับยาเบาหวานบางตัว เช่น อินซูลิน อาจก่อให้เกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ หากมีความจำเป็นต้องใช้ร่วมกัน ควรปรับขนาดและระยะเวลาการให้ยาเบาหวานต่อผู้ป่วยโดยแพทย์
2. ฝ้าระงับอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา ได้แก่ หายใจลำบาก คอแข็ง ขากรรไกรแข็ง

5. Ceftriaxone

สรรพคุณ

เป็นยาในกลุ่ม Cepharosporin Third generation มีฤทธิ์ต่อต้านและกำจัดแบคทีเรียได้หลายชนิดโดยเฉพาะแบคทีเรียชนิดแกรมบวกตลอดจนกระทั่งเชื้อแบคทีเรียชนิดแกรมลบ

ใช้รักษาการติดเชื้อแบคทีเรียในกระแสเลือด (ภาวะพิษเหตุติดเชื้อ)

รักษาโรคเยื่อหุ้มสมองอักเสบสาเหตุจากแบคทีเรีย

ป้องกันการติดเชื้อของผู้ป่วยในระหว่างการผ่าตัด

รักษาการติดเชื้อของอวัยวะต่าง ๆ เช่น กระดูก ข้อต่อ ไต ผิวหนัง การติดเชื้อของบาดแผล รวมถึงการติดเชื้อที่ระบบทางเดินหายใจ ระบบทางเดินอาหาร และการติดเชื้อภายในช่องท้อง

ขนาดและวิธีใช้

ผู้ใหญ่และเด็กที่อายุมากกว่า 12 ปีขึ้นไป: ฉีดเข้ากล้ามเนื้อ/เข้าหลอดเลือดดำ 1 - 2 กรัม วันละครั้ง หากมีการติดเชื้อขั้นรุนแรงให้ฉีด 4 กรัม วันละครั้ง ขนาดใช้ยาสูงสุดไม่เกิน 4 กรัม/วัน

ฤทธิ์ข้างเคียงและพิษของยา

ยา Ceftriaxone สามารถก่อให้เกิดผลไม่พึงประสงค์ ดังนี้ เช่น เจ็บบริเวณที่มีการฉีดยา รู้สึกไม่สบายในกระเพาะอาหาร ลำไส้ ท้องเสีย คลื่นไส้ อาเจียน อาจมีไข้ หนาวสั่น ผื่นคันขึ้นตามตัว เกิดภาวะโลหิตจางด้วยเกิดเม็ดเลือดแดงแตก ตรวจเลือดอาจค่าเอนไซม์ตับเพิ่มสูงขึ้น ปวดศีรษะ วิงเวียน

การพยาบาล

1. Ceftriaxone ถ้าฉีดเข้ากล้ามเนื้อจะเจ็บปวดมากและปวดนาน หากจำเป็นต้องฉีดควรฉีดให้ลึกที่กล้ามเนื้อใหญ่ เช่น กล้ามเนื้อที่สะโพกและเปลี่ยนที่ฉีดเสมอ
2. การฉีดเข้าหลอดเลือดดำ พบว่ามีการอักเสบบริเวณรอยฉีดยา การให้หยุดทางหลอดเลือดดำในขนาดสูงเกิน 6 กรัม/วัน นานเกิน 3 วัน พบว่าทำให้เกิดหลอดเลือดดำอักเสบฉะนั้นควรสังเกตอาการให้ดีและอาจหลีกเลี่ยงได้โดยเจือจางยาให้มากและฉีดหรือหยดช้า ๆ
3. ผู้ป่วยที่มีประวัติโรคไตและได้รับยาในขนาดสูงและและมีภาวะขาดน้ำ พบว่าเกิดพิษต่อไตได้สูงควรตรวจบันทึกจำนวนน้ำและปัสสาวะให้ดีในผู้ป่วยที่มีประวัติโรคไตทุกราย
4. สังเกตอาการที่อาจเกิดจากการแพ้ยา ต้องหยุดยาทันทีและรายงานแพทย์
5. การฉีดยาเข้าหลอดเลือดดำโดยตรง ต้องฉีดช้าๆ (3-5 นาที) เพื่อหลีกเลี่ยงอาการปวดและการเกิดหลอดเลือดดำอักเสบ
6. แม้อาการแพ้แบบ anaphylaxis จะเกิดน้อยมาก แต่ก็ควรระมัดระวังเตรียมการช่วยเหลือไว้เสมอถ้ามีอาการเหงื่อออก อาเจียน ตัวเขียว ต้องหยุดยาทันที

6. Dicloxacillin

สรรพคุณ

Dicloxacillin คือ ยาปฏิชีวนะกลุ่มเพนิซิลลิน (Penicillin) ที่นำมาใช้รักษาการติดเชื้อจากแบคทีเรียได้อย่างหลากหลาย เช่น โรคติดเชื้อที่กระดูก ผิวหนัง หู และระบบทางเดินปัสสาวะหรืออาจนำมาใช้ในการรักษาโรคหรืออื่น ๆ ได้ ขึ้นอยู่กับดุลยพินิจของแพทย์ โดยยา Dicloxacillin มีกลไกการออกฤทธิ์ยับยั้งการสร้างผนังเซลล์ของแบคทีเรีย จึงช่วยหยุดการเจริญเติบโตของแบคทีเรีย

ขนาดและวิธีใช้

ขนาด 250-500 มิลลิกรัม ทุก 6 ชั่วโมง อาจเพิ่มขนาดยาในกรณีที่มีการติดเชื้อมีความรุนแรง
ฤทธิ์ข้างเคียงและพิษของยา

เป็นไข้ คลื่นไส้ อาเจียน ไม่สบายท้อง ปวดท้อง ท้องเสีย แสบร้อนกลางอก ปวดข้อ เจ็บกล้ามเนื้อ

อาการท้องเสียที่ไม่รุนแรงเป็นอาการปกติที่เกิดขึ้นเมื่อใช้ยาปฏิชีวนะ แต่อย่างไรก็ตามอาการท้องเสียที่มีความรุนแรง (Pseudomembranous Colitis) มีโอกาสอาจเกิดขึ้นแต่น้อย โดยอาการจะเกิดในขณะที่ใช้ยาหรือหลังจากหยุดใช้ยา ซึ่งหากเกิดอาการปวดท้อง ท้องเสียรุนแรง หรืออุจจาระปนเลือด ควรพบแพทย์ทันทีและไม่ควรรักษาอาการท้องเสียด้วยตนเอง

หากพบว่าเกิดอาการแพ้ยา เช่น ลมพิษ เวียนศีรษะมาก หายใจลำบาก หายใจมีเสียงหวีด ใบหน้าบวม ริมฝีปากบวม ลิ้นบวม หรือคอบวม รายงานแพทย์ทันที

การพยาบาล

1. หลีกเลี่ยงการใช้ยานี้ในผู้ที่เคยมีประวัติแพ้ยาหรือส่วนประกอบในยานี้ หรือยาในกลุ่มเพนิซิลลินอื่น ๆ เช่น Amoxicillin หรือ Ampicillin และควรแจ้งให้แพทย์ทราบหากมีประวัติแพ้ยาอื่น ๆ

2. ยาบางชนิดอาจมีปฏิกิริยาต่อยา Dicloxacillin โดยเฉพาะหากกำลังใช้ยาต่อไปนี้ควรแจ้งให้แพทย์ทราบ

- ยาด้านการแข็งตัวของเลือด เช่น ยาวาร์ฟาริน (Warfarin) หรือยาเมโธเทรกเซท (Methotrexate) เพราะอาจเพิ่มความเสี่ยงให้เกิดผลข้างเคียงมากขึ้น

7. Calcium Carbonate (CaCO₃)

สรรพคุณ

ใช้เป็นยารักษากระดูก (ป้องกันโรคกระดูกพรุน) เสริมสร้างระดับแคลเซียมในกระแสเลือด

ขนาดและวิธีใช้

รับประทาน 2,500-7,500 มิลลิกรัม/วัน หลังอาหาร โดยแบ่งรับประทาน 2-4 ครั้ง/วัน

ฤทธิ์ข้างเคียงและพิษของยา

อาการไม่พึงประสงค์: ท้องผูก ผื่นคัน แน่นอึดอัดท้อง หายใจไม่สะดวก อาจพบอาการบวมที่ปาก ริมฝีปาก ใบหน้า และลิ้น รู้สึกสับสน อารมณ์หงุดหงิด ปัสสาวะมาก เบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน และอ่อนเพลีย

การพยาบาล

เฝ้าระวังเกิดภาวะแคลเซียมในเลือดสูง และระวังการใช้ในผู้ป่วยมีนิ่วในไต เฝ้าระวังอาการท้องผูก แน่นท้อง

8. Vitamin D2 (CALCIFEROL)

สรรพคุณ

ยานี้เป็นวิตามินดีสังเคราะห์ ใช้เพื่อรักษาภาวะสมดุลของระดับแคลเซียมและฟอสฟอรัสในเลือดและในกระดูก ป้องกันภาวะกระดูกพรุน

ขนาดและวิธีใช้

ขนาดยาในผู้ใหญ่อายุ ≥ 50 ปี รับประทาน 800 - 1,000 IU ต่อวัน

ฤทธิ์ข้างเคียงและพิษของยา

อาการเหล่านี้เป็นอาการซึ่งเกิดจากการได้รับวิตามินดีมากเกินไป หากเกิดอาการดังต่อไปนี้ ควรแจ้งแพทย์หรือเภสัชกรทันที โดยอาการที่อาจเกิดขึ้นในระยะแรก ได้แก่ อาการปวดกระดูก ท้องผูก ปากแห้ง ปวดศีรษะ รู้สึกถึงรสชาติโลหะในปาก คลื่นไส้ อาเจียน เหนื่อย อ่อนเพลียผิดปกติ ส่วนอาการที่อาจเกิดขึ้นภายหลัง ได้แก่ รู้สึกกระหายน้ำมากขึ้น ปัสสาวะบ่อยโดยเฉพาะในเวลา กลางคืน หัวใจเต้นไม่ปกติ ความดันโลหิตสูง เบื่ออาหาร ชัก ปวดท้อง หรือน้ำหนักตัวลด

การพยาบาล

1. การรับประทานวิตามินดี อาจส่งผลต่อระดับน้ำตาลในเลือด ผู้ป่วยโรคเบาหวาน มีระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ หรืออยู่ในช่วงการใช้ยาสมุนไพร อาหารเสริมที่อาจกระทบต่อระดับน้ำตาลในเลือด ควรรับประทานภายใต้คำแนะนำของแพทย์
2. ผู้ที่มีโรคประจำตัวหรือเคยเป็นโรคเกี่ยวกับความดันโลหิต โรคตับและไต ระบบภูมิคุ้มกันผิดปกติ โรคหัวใจ มีความผิดปกติของระบบการย่อยอาหาร โรคของต่อมไทรอยด์ โรคปอด โรคทางผิวหนัง ปวดศีรษะบ่อย มีความผิดปกติของกล้ามเนื้อ กระดูก และข้อต่อ ควรรับประทานยาด้วยความระมัดระวัง
3. ไม่ควรรับประทานวิตามินดี มากกว่า 100 ไมโครกรัม (4,000 IU) ต่อวัน เพราะอาจทำให้แคลเซียมในเลือดสูงและเป็นอันตรายต่อร่างกาย

9. Losec ชื่อสามัญ Omeprazole

สรรพคุณ

เป็นยาในกลุ่มยับยั้งการขับโปรตอนหรือยับยั้งเอนไซม์ hydrogen-potassium adenosine triphosphatase เพื่อลดการหลั่งกรด ใช้รักษาโรคระบบทางเดินอาหาร หรือความผิดปกติของระบบทางเดินอาหาร เช่น โรคกระเพาะ โรคกรดไหลย้อน ภาวะกรดในกระเพาะอาหารมากเกินไป

1. รักษาอาการหลอดอาหารอักเสบจากการที่กรดจากกระเพาะไหลย้อนขึ้นไปในหลอดอาหาร ทำให้เยื่อหลอดอาหารบวม ผีกขาด และมีอาการแสบในอก ใช้เวลารักษา 4 - 8 สัปดาห์
2. รักษาโรคที่เกิดจากกรดในกระเพาะไหลย้อนขึ้นไปในหลอดอาหาร หรือเรียกว่า GERD ซึ่งทำให้มีอาการแสบในอกและหลอดอาหารเป็นแผล
3. รักษาอาการปวดในกระเพาะอาหาร เนื่องจากอาหารไม่ย่อยและมีกรดมากเกินไป
4. รักษาแผลในกระเพาะ โดยรักษานาน 4 - 8 สัปดาห์
5. รักษาแผลที่ลำไส้เล็กส่วนต้น Duodenal ulcer ลำไส้เล็กส่วนต้น ใช้เวลารักษา 4 สัปดาห์

6. ป้องกันการเกิดแผลในกระเพาะหรือลำไส้เล็ก ในผู้ที่ต้องใช้ยากกลุ่มด้านการอักเสบที่ไม่ใช่สเตอรอยด์ ใช้รักษาแผลในกระเพาะหรือลำไส้เล็ก ที่มีการติดเชื้อแบคทีเรียเฮลิโคแบคเตอร์ไพโลไร โดยใช้ร่วมกับยาต้านเชื้อแบคทีเรีย คือ clarithromycin and amoxicillin

ขนาดและวิธีใช้

1. รักษาอาการปวดในกระเพาะอาหาร เนื่องจากอาหารไม่ย่อยและมีกรดมากเกินไป รับประทาน Losec 20 มิลลิกรัม วันละครั้งก่อนนอน
2. รักษาแผลที่ลำไส้เล็กส่วนต้น รับประทาน Losec 20 มิลลิกรัม วันละครั้งก่อน
3. รักษาแผลในกระเพาะ รับประทาน Losec 40 มิลลิกรัม วันละครั้งก่อนนอน
4. รักษาภาวะกรดไหลย้อนที่ไม่มีหลอดอาหารอักเสบ รับประทาน Losec 20 มิลลิกรัม วันละครั้ง เป็นเวลา 4 สัปดาห์ หากมีหลอดอาหารอักเสบจะให้อีก 4 สัปดาห์
5. รักษาการมีกรดในกระเพาะมากเกินไปจากการเจริญที่ผิดปกติของตับอ่อน เริ่มต้นให้ 60 มิลลิกรัม ต่อวันและปรับยาจนถึง 120 มิลลิกรัม วันละ 3 ครั้ง

ฤทธิ์ข้างเคียงและพิษของยา

อาการอันไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาที่พบได้ เช่น ระบายระบบทางเดินอาหาร จะทำให้คลื่นไส้ อาเจียน ปวดท้อง ท้องอืด ท้องร่วง ท้องผูก ปวดศีรษะและเวียนศีรษะ

อาการอันไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาที่พบน้อย เช่น ปากแห้ง นอนไม่หลับ ง่วงซึม รู้สึกไม่สบาย มองไม่ชัด มีผื่นขึ้นและอาการคัน

การพยาบาล

1. ห้ามใช้กับผู้ที่มีแพ้ยาโอเมพราโซล หรือเมื่อกินยาแล้วมีอาการ ผื่น คัน ลมพิษ หายใจลำบาก หน้าบวม ตาบวม
2. ผู้ที่เป็นแผลในกระเพาะ ต้องตรวจให้แน่ใจว่าผู้ป่วยไม่เป็นมะเร็ง เพราะการใช้ยานี้จะทำให้อาการดีขึ้นและทำให้การวินิจฉัยล่าช้าไป
3. ผู้ป่วยบางรายอาจต้องใช้ยามากกว่า 2 สัปดาห์หรือเป็นเดือน ควรใช้ยาอย่างต่อเนื่องตามแผนการรักษา แม้ว่าอาการของโรคจะหายไป

10. Lasix (Furosemide)

ยาฟูโรซีไมด์ (Furosemide) เป็นยาขับปัสสาวะที่ถูกนำมาใช้รักษาโรคหัวใจล้มเหลว และอาการบวมของร่างกาย

สรรพคุณ

ใช้เป็นยาขับปัสสาวะ ลดความดันโลหิต ลดอาการบวมของร่างกาย

ขนาดและวิธีใช้

การบริหารยาทางคลินิก มี 2 ช่องทาง คือ การฉีด (เข้าหลอดเลือด, เข้ากล้ามเนื้อ) และการรับประทาน มีรูปแบบ ดังนี้

ยาเม็ดขนาด 40 มิลลิกรัม: ผู้ใหญ่รับประทาน 1 - 2 เม็ด/วัน ปริมาณสูงสุดที่รับประทานไม่ควรเกิน 1 กรัม/วัน สามารถรับประทานก่อนหรือหลังอาหารก็ได้

ยานี้ขนาด 10 มิลลิกรัม/มิลลิลิตร: ผู้ใหญ่ ขนาดยาที่ให้ 20 - 80 มิลลิกรัม ให้ครั้งเดียว อาจให้ซ้ำอีกครั้งหลังจากให้ครั้งแรก 6-8 ชั่วโมง โดยเพิ่มยา 20 - 40 มิลลิกรัม อาจให้ได้ถึง 600 มิลลิกรัมต่อวัน หากได้รับยามากกว่า 80 มิลลิกรัมต่อวัน เป็นระยะเวลานานต้องเจาะเลือดประเมินการทำงานของไตและเกลือแร่

ฤทธิ์ข้างเคียงและพิษของยา

อาจทำให้รู้สึกไม่สบายในระบบทางเดินอาหาร ทำให้เกิดความดันโลหิตต่ำ การมองเห็นภาพไม่ชัดเจน วิงเวียน และปวดศีรษะ

การพยาบาล

1. สังเกตอาการที่อาจเกิดจากการแพ้ยา ต้องหยุดยาทันทีและรายงานแพทย์ เช่น กินยาแล้วคลื่นไส้มาก ขึ้นผื่น หรือแน่นหายใจติดขัด หายใจลำบาก
2. ชักประวัติเกี่ยวกับโรคประจำตัวต่างๆรวมทั้งกำลังกินยาอะไรอยู่ เพราะยาอาจส่งผลให้อาการของโรคเหล่านั้นรุนแรงขึ้น หรือเกิดปฏิกิริยาระหว่างยากับยาอื่น ๆ ที่กินอยู่ก่อน

11. Polic uretric

สรรพคุณ

Amiloride and Hydrochlorothiazide เป็นยาขับปัสสาวะที่มีส่วนผสมของยาขับปัสสาวะสองชนิดรวมกัน ได้แก่ Amiloride และ Hydrochlorothiazide เพื่อลดการเกิดภาวะโปแทสเซียมในเลือดต่ำ ทำให้ไตขับน้ำส่วนเกินออกมา ช่วยลดความดันโลหิต และภาวะบวมน้ำที่เกิดจากสาเหตุต่าง ๆ เช่น โรคหัวใจ โรคตับ ซ้ำทางการค้า Amilhydrozide, Amilide, Hyperetic, Miduret, Milorex, Moduretic, Poly-uretic, Renase, Sefaretic

ขนาดและวิธีใช้

โดยทั่วไปรับประทานวันละครั้ง หลังอาหารเช้า ควรรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ ยานี้มีขายในรูปยาเม็ดประกอบด้วยตัวยามีลอร์ได์ 5 มก. และไฮโดรคลอโรไธอะไซด์ 50 มก. ขนาดที่ใช้ทั้งความดันโลหิตสูงและภาวะบวมใช้วันละเม็ดตอนเช้า แพทย์อาจจะเพิ่มขนาดยาหากยังตอบสนองไม่ดี

ฤทธิ์ข้างเคียงและพิษของยา

หากเกิดอาการเหล่านี้ให้หยุดยาและปรึกษาแพทย์ทันที

กล้ามเนื้ออ่อนแรง หรือตะคริว อ่อนเพลีย หัวใจเต้นช้าหรือเต้นไม่สม่ำเสมอ เจ็บคอ เลือดออกง่าย หรือเป็นจ้ำเขียวง่าย ตัวเหลืองตาเหลือง มีผื่นตามตัว หายใจลำบาก

การพยาบาล

1. ห้ามใช้ยานี้ในผู้ที่มีโปแทสเซียมในเลือดสูง
2. ห้ามใช้ในผู้ที่ไตเป็นโรคไต โรคเบาหวาน
3. ผู้ป่วยกลุ่มนี้ควรติดตามเกลือแร่อย่างใกล้ชิด

12. Enoxaparin

สรรพคุณ

เจือจางเลือดเพื่อป้องกันการจับตัวเป็นก้อนของเลือดและช่วยละลายลิ่มเลือด มักนำมาใช้ป้องกันหรือรักษาภาวะหลอดเลือดดำอุดตัน และลดความเสี่ยงในการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

ขนาดและวิธีใช้

รักษาภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายชนิด ST-Segment Elevation (STEMI)

ผู้ใหญ่: ฉีดยาเข้าเส้นเลือดดำปริมาณ 30 มิลลิกรัม พร้อมกับฉีดยาเข้าชั้นใต้ผิวหนังปริมาณ 1 มิลลิกรัมต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม จากนั้นให้ฉีดยาเข้าชั้นใต้ผิวหนังปริมาณ 1 มิลลิกรัมต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัมทุก ๆ 12 ชั่วโมง ติดต่อกัน 8 วัน หรือตามที่แพทย์กำหนด โดยในการฉีดยาเข้าชั้นใต้ผิวหนัง 2 ครั้งแรก ไม่ควรใช้ยาเกิน 100 มิลลิกรัมต่อครั้ง

รักษาภาวะเจ็บหน้าอกชนิดไม่คงที่

ผู้ใหญ่: ฉีดยาเข้าชั้นใต้ผิวหนังปริมาณ 1 มิลลิกรัมต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัมทุก ๆ 12 ชั่วโมง ติดต่อกัน 2-8 วัน

ฤทธิ์ข้างเคียงและพิษของยา

ยา Enoxaparin มักไม่ก่อให้เกิดผลข้างเคียงร้ายแรง ผู้ป่วยบางรายอาจรู้สึกกระคายเคืองบริเวณที่ถูกฉีดยา รู้สึกไม่สบายท้อง หรือท้องเสีย

อาการข้างเคียงที่รุนแรง ได้แก่ ผื่นคัน หายใจลำบาก แน่นหน้าอก มีอาการบวมตามใบหน้าริมฝีปาก ลิ้น หรือลำคอ ผิวลอกพร้อมกับมีไข้หรือไม่มีไข้ มีภาวะเลือดออกผิดปกติ เช่น เลือดออกตามไรฟัน อาเจียนเป็นเลือด ไอเป็นเลือด ปัสสาวะมีเลือดปน อุจจาระมีสีดำหรือสีแดง เลือดออกทางช่องคลอด ฟกช้ำตามร่างกาย หรือมีไหลออกจากแผลไม่หยุด รู้สึกอ่อนเพลีย วิงเวียน มึนงง หรือปวดศีรษะอย่างรุนแรง เป็นต้น

การพยาบาล

1. ฉีดยาเข้าชั้นใต้ผิวหนังในส่วนที่เป็นไขมันบริเวณด้านซ้ายหรือด้านขวาของท้อง ห้ามฉีดยาเข้ากล้ามเนื้อเด็ดขาด
2. หากลิ้มฉีดยาตามเวลาที่กำหนด ให้ฉีดยาทันทีที่นึกได้ แต่หากใกล้ถึงครั้งต่อไปแล้ว ให้ข้ามไปฉีดยาครั้งต่อไปได้เลย ห้ามเพิ่มปริมาณเป็น 2 เท่า
3. ล้างมือให้สะอาดก่อนและหลังฉีดยา

โรงพยาบาลเลิดสิน

ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน

13. Eliquis

สรรพคุณ

Eliquis เป็นชื่อการค้าของตัวยา Apixaban ซึ่งเป็นยาที่ใช้ในการป้องกันภาวะสมองขาดเลือดและลิ่มเลือดในผู้ป่วยที่เป็นโรคหัวใจสั่นพลิ้ว (Atrial fibrillation - ภาวะที่หัวใจเต้นผิดจังหวะ) ยาตัวนี้ยังสามารถใช้รักษาหรือลดความเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดดำอุดตัน (Deep vein thrombosis - DVT ภาวะที่มีลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำ มักพบที่ขา) และหลอดเลือดปอดอุดตัน (Pulmonary embolism - PE ภาวะที่มีลิ่มเลือดอุดตันในปอด)

นอกจากนี้ Eliquis ยังถูกใช้ในการป้องกัน DVT หรือ PE ในผู้ป่วยที่เพิ่งได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าหรือข้อสะโพก Eliquis อยู่ในกลุ่มยาที่ยับยั้ง factor Xa หรือเป็นยาต้านการแข็งตัวของเลือดชนิดหนึ่ง โดยมีกลไกการทำงานคือยับยั้งการทำงานของ factor Xa ในเลือดเพื่อไม่ให้เกิดสร้างลิ่มเลือด สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (FDA) ได้อนุมัติยา Eliquis ในปี ค.ศ. 2012

ขนาดและวิธีใช้

ป้องกันการเกิดภาวะลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำ (Venous Thromboembolism: VTE) ผู้ใหญ่ รับประทานยาปริมาณ 2.5 มิลลิกรัม 2 ครั้ง/วัน โดยเริ่มรับประทานหลังการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าหรือการผ่าตัดข้อสะโพกเทียม 12–24 ชั่วโมง ผู้ที่อยู่ระหว่างการรักษาการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าให้รับประทานยาเป็นเวลา 10–14 วัน และผู้ที่อยู่ระหว่างการรักษาการผ่าตัดข้อสะโพกเทียมให้รับประทานยาเป็นเวลา 32–38 วัน ทั้งนี้ ปริมาณยาอาจปรับเปลี่ยนหรือหยุดการใช้ตามสภาวะร่างกายของผู้ป่วยและดุลยพินิจของแพทย์

ฤทธิ์ข้างเคียงและพิษของยา

การใช้ยา Eliquis อาจก่อให้เกิดผลข้างเคียงต่าง ๆ อย่างคล่องไส้ เวียนศีรษะ เกิดรอยช้ำง่าย และอาจมีเลือดไหลเล็กน้อย แต่หากผลข้างเคียงมีอาการแสบหรือมีอาการติดต่อกันเป็นเวลานาน ควรแจ้งให้แพทย์ทราบเพื่อรับการรักษา แต่หากมีอาการดังต่อไปนี้ ควรไปพบแพทย์เพื่อเข้ารับการรักษาอย่างเร่งด่วน เช่น มีเลือดออกในตาหรือตาแดง กลืนลำบาก บวมบริเวณเปลือกตา รอบดวงตา หน้าริมฝีปากหรือลิ้น ใต้เป็นเลือด เกิดรอยช้ำหรือรอยม่วงบนผิวหนัง มีอาการสับสน การตื่นตัวลดลง เวียนหัว เป็นลม เจ็บหรือแน่นหน้าอก หัวใจเต้นเร็ว หายใจไม่อิ่มหรือหายใจลำบาก มีผื่นคันหรือผื่นลมพิษ บวมหรือเจ็บตามข้อต่าง ๆ ปวดท้องอย่างรุนแรง ปัสสาวะเป็นเลือด อุจจาระเป็นสีดำหรือมีลักษณะคล้ายยางมะตอย ไม่มีแรงหรือเหนื่อยผิดปกติ

การพยาบาล

1. รับประทานยาตามคำสั่งแพทย์อย่างเคร่งครัด ไม่ควรปรับปริมาณยาเอง แม้อาการจะดีขึ้นแล้วก็ตาม เพราะหากหยุดการใช้ยาอย่างกะทันหัน ความเสี่ยงต่อการเกิดลิ่มเลือดหรือภาวะหลอดเลือดสมองอาจเพิ่มขึ้นได้

2. หากผู้ป่วยใช้ยาเกินปริมาณที่กำหนดอาจทำให้มีเลือดไหลผิดปกติ เกิดรอยช้ำ ปัสสาวะเป็นสีแดง น้ำตาลหรือชมพู อุจจาระเป็นสีแดง ดำ หรือมีลักษณะคล้ายยางมะตอย ไอหรืออาเจียนออกมาเป็นเลือดหรือเป็นสีน้ำตาลคล้ำ ควรรีบไปพบแพทย์ทันที

3. หากผู้ป่วยลืมนับรับประทานยา ควรรับประทานทันทีที่นึกขึ้นได้และรับประทานยาครั้งต่อไปตามช่วงเวลาเดิม ห้ามเพิ่มปริมาณการรับประทานยาเป็น 2 เท่าเพื่อทดแทน

14. Elixir kcl

สรรพคุณ

ใช้สำหรับภาวะระดับ Potassium ในเลือดต่ำ

กลไกการออกฤทธิ์ของยา Potassium Chloride คือ เป็น Electrolyte ใช้สำหรับทดแทน Potassium ion Potassium Chloride ใช้เป็นแหล่งของ Potassium cations ซึ่ง cations ที่อยู่ในเซลล์เหล่านี้มีความจำเป็นอย่างยิ่งในการรักษาระดับความเป็นกรด-ด่าง รวมไปถึงการรักษาสมดุลของเหลวและ Electrolyte ภายในเซลล์ นอกจากนี้แล้ว Potassium ยังมีบทบาทที่สำคัญต่อการมีชีวิต ได้แก่ เป็นตัวเหนี่ยวนำประสาท การหดตัวของกล้ามเนื้อหัวใจ กล้ามเนื้อเรียบ และกล้ามเนื้อลาย การหลั่งกรดในกระเพาะอาหาร การทำงานของไตในสภาวะปกติ และกระบวนการ Metabolism ของคาร์โบไฮเดรต

ขนาดและวิธีใช้

รูปแบบยารับประทาน ขนาดการใช้ยาสำหรับเพื่อป้องกัน ใช้ขนาด 20 mEq ต่อวัน ขนาดสำหรับรักษาขนาด 40 ถึง 100 mEq ต่อวัน โดยแบ่งให้สองถึงสี่ครั้ง ขนาดยาสูงสุด 40 mEq ต่อครั้ง หรือ 150 mEq ต่อวัน ขนาดยามีความแตกต่างกันในแต่ละบุคคลขึ้นอยู่กับระดับ Potassium ในกระแสเลือดของผู้ป่วย

ฤทธิ์ข้างเคียงและพิษของยา

ยานี้อาจก่อให้เกิดอาการอันไม่พึงประสงค์ ได้แก่ อาการแพ้ยาแบบ anaphylaxis ส่งผลต่อระบบทางเดินอาหาร อาการคลื่นไส้ อาเจียน แน่นท้อง ปวดท้องหรือรู้สึกไม่สบายท้อง ท้องเสีย เลือดออกในระบบทางเดินอาหาร แผลในกระเพาะอาหาร แผลในช่องปาก

การพยาบาล

1. ห้ามใช้ยานี้ในผู้ป่วยที่มีภาวะ Potassium ในเลือดสูง
2. ห้ามใช้ยานี้ในผู้ป่วยที่มีโรคเกี่ยวข้องกับภาวะดังต่อไปนี้ ฮอร์โมนจากต่อมหมวกไต ไม่เพียงพอ ภาวะขาดน้ำเฉียบพลัน ภาวะตะคริวแดด เนื้อเยื่อถูกทำลายเฉียบพลันจากอุบัติเหตุ
3. ห้ามใช้ยานี้ในผู้ป่วยที่มีระดับ Potassium ในเลือดสูงกว่า 5 mEq
4. ติดตามภาวะขาดสมดุลของ Electrolyte โดยเฉพาะภาวะ hypokalemia

15. Acroxia

สรรพคุณ

Arcoxia เป็นชื่อการค้าของยาที่มีตัวยาสำคัญ คือ อีทอริคอกซิบ (Etoricoxib) เป็นยาในกลุ่มต้านการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ (Nonsteroidal Anti-Inflammatory Drugs: NSAIDs) โดยออกฤทธิ์ช่วยบรรเทาอาการปวด ต่อไปนี้

อาการปวดข้อเสื่อม (Osteoarthritis) ข้ออักเสบรูมาตอยด์ (Rheumatoid arthritis) ข้อสันหลังอักเสบยึดติด (Ankylosing spondylitis)

อาการปวดทั่วไป สัญญาณของการอักเสบที่เกี่ยวข้องกับเกาต์ชนิดเฉียบพลัน (Acute gouty arthritis)

ใช้รักษาอาการปวดในระยะสั้นหลังทำหัตถการ

ขนาดและวิธีใช้

รูปแบบของยา Arcoxia มี 4 ขนาด คือ ขนาด 30 มิลลิกรัม 60 มิลลิกรัม 90 มิลลิกรัม และ 120 มิลลิกรัม

- ข้อบ่งใช้สำหรับโรคข้อเสื่อม รับประทานขนาด 60 มิลลิกรัม วันละ 1 ครั้ง ในผู้ป่วยบางรายที่ยาไม่ตอบสนองดีพอ อาจเพิ่มขนาดยาได้ถึง 90 มิลลิกรัม วันละ 1 ครั้ง เมื่อสามารถรักษาอาการปวดของผู้ป่วยให้คงที่ได้ จึงค่อยลดขนาดยาลงมาที่ 60 มิลลิกรัม วันละ 1 ครั้ง

- ข้อบ่งใช้สำหรับข้อสันหลังอักเสบยึดติด รับประทานขนาด 60 มิลลิกรัม วันละ 1 ครั้ง ในผู้ป่วยบางรายที่ยาไม่ตอบสนองดีพอ อาจเพิ่มขนาดยาได้ถึง 90 มิลลิกรัม วันละครั้ง เมื่อสามารถรักษาอาการปวดของผู้ป่วยให้คงที่ได้ จึงค่อยลดขนาดยาลงมาที่ 60 มิลลิกรัม วันละ 1 ครั้ง

- ข้อบ่งใช้สำหรับอาการปวดเฉียบพลัน ให้ใช้ยาขนาด 60 มิลลิกรัม เฉพาะเมื่อมีอาการปวดเฉียบพลันเท่านั้น ไม่แนะนำให้ใช้ยาต่อเนื่อง หรือเพื่อรักษาอาการปวดเรื้อรัง

ฤทธิ์ข้างเคียงและพิษของยา

การแพ้ยา Arcoxia ไม่มีอาการที่จำเพาะเจาะจง โดยอาการที่พบจะเป็นอาการเดียวกับการแพ้ยาทั่วไป ได้แก่ เกิดผื่นแดง ผื่นลมพิษ (hive) มีอาการคัน หรือบวมบริเวณผิวหนัง หากมีอาการดังกล่าวควรแจ้งให้แพทย์ทราบ

การพยาบาล

ดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานยาหลังอาหารทันทีหรือรับประทานยาพร้อมอาหารสังเกตอาการอาการข้างเคียงของยา และให้ใช้ยาในระยะเวลาสั้น

16. Daflon

สรรพคุณ

Diosmin และ Hesperidin ออกฤทธิ์กับเส้นเลือดดำ (Vein) มีคุณสมบัติ Venoactive drug ลดการสร้าง prostaglandins (PGE2 and PGF2 alpha) และ thromboxane B2 ซึ่งที่กระตุ้นการอักเสบของเส้นเลือดดำและลดการหดตัวของหลอดเลือดดำที่ถูกกระตุ้นจาก noradrenaline เพิ่มความยืดหยุ่นของเส้นเลือด เพิ่มความต้านทานของหลอดเลือดขนาดเล็ก

ขนาดและวิธีใช้

โรคเกี่ยวกับหลอดเลือดดำ รับประทานวันละ 2 เม็ด วันละ 2 ครั้ง หลังอาหาร เข้า-เย็น

โรคริดสีดวงทวารเฉียบพลัน รับประทานวันละ 6 เม็ด ติดต่อกัน 4 วัน หลังจากนั้น รับประทาน 4 เม็ด ต่อวัน ติดต่อกันอีก 3 วัน

ฤทธิ์ข้างเคียงและพิษของยา

ปวดท้อง ไม่สบายท้อง มีลมในกระเพาะอาหาร คลื่นไส้ อาเจียน ปวดศีรษะ นอนไม่หลับ

การพยาบาล

แนะนำให้ผู้ป่วยรับประทานยาพร้อมกับอาหารและรับประทานยาในเวลามื้ออาหาร

17. Warfarin

Warfarin คือ ยาต้านการแข็งตัวของเลือดหรือที่เรียกกันว่ายาละลายลิ่มเลือด ใช้เพื่อช่วยลดการแข็งตัวของเลือด ใช้ในการรักษาและป้องกันเลือดอุดตันในเส้นเลือดดำหรือหลอดเลือดแดง และยังช่วยลดความเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมองหรือโรคหัวใจ หรืออาจใช้เพื่อจุดประสงค์อื่น ๆ การใช้ยานี้จะขึ้นอยู่กับดุลยพินิจของแพทย์

สรรพคุณ

- ใช้ในการป้องกันและรักษาโรคหลอดเลือดดำอุดตัน และโรคลิ่มเลือดอุดตันในปอด
- ใช้ในการป้องกันและรักษาภาวะลิ่มเลือดอุดตันจากหัวใจเต้นสั่นพริ้ว (Atrial Fibrillation) หลังผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ
- ลดความเสี่ยงของการเสียชีวิตจากการเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย (Myocardial Infarction) และโรคที่ป่วยจากลิ่มเลือดอุดตัน เช่น โรคหลอดเลือดในสมอง การอุดตันของหลอดเลือดทั่วร่างกาย

ขนาดและวิธีใช้

ยารับประทาน สำหรับรักษาและป้องกันโรคหลอดเลือดอุดตัน

ผู้ใหญ่: ขนาดรับประทานเพื่อการรักษา: 5 มิลลิกรัมต่อวัน ป้องกันการแข็งตัวของเลือดเรื้อรัง เริ่มต้นใช้ 10 มิลลิกรัมต่อวัน เป็นเวลา 2 วัน และปรับปริมาณการใช้ยาเพิ่มเติมตามแพทย์สั่ง

ผู้สูงอายุ: ใช้ปริมาณยาเริ่มต้นระดับต่ำและใช้ปริมาณยาสำหรับการรักษา โดยปริมาณการใช้ยาจะขึ้นอยู่กับดุลยพินิจของแพทย์

ยาฉีด สำหรับรักษาและป้องกันโรคหลอดเลือดอุดตัน

ผู้ใหญ่: ฉีดยาเข้าหลอดเลือดดำอย่างช้า ๆ ปริมาณเพื่อการรักษาเริ่มต้น 5 มิลลิกรัมต่อวัน ป้องกันการแข็งตัวของเลือดเรื้อรัง เริ่มต้นใช้ 10 มิลลิกรัมต่อวัน เป็นเวลา 2 วัน และปรับปริมาณการใช้ยาเพิ่มเติมตามแพทย์สั่ง

ผู้สูงอายุ: ใช้ปริมาณยาเริ่มต้นระดับต่ำ โดยปริมาณการใช้ยาจะขึ้นอยู่กับดุลยพินิจของแพทย์

ฤทธิ์ข้างเคียงและพิษของยา

ติดต่อเพื่อรับการช่วยเหลือทางการแพทย์อย่างฉุกเฉิน หากพบว่ามีอาการแพ้ยา ได้แก่ ลมพิษ หายใจลำบาก หน้าบวม ปากบวม ลิ้นบวม หรือคอบวม หรือหากมีอาการต่อไปนี้

- มีอาการปวด บวม ร้อน ๆ หนาว ๆ เกิดการเปลี่ยนแปลงที่ผิวหนังหรืออวัยวะในร่างกายเปลี่ยนสี
- มีอาการที่เกิดขึ้นเฉียบพลันหรือรุนแรง ได้แก่ เจ็บขาหรือเท้า มีแผลที่เท้า นิ้วเท้าหรือนิ้วมือเป็นสีม่วง
- ปวดหัวเฉียบพลัน เวียนศีรษะหรืออ่อนเพลีย
- เกิดรอยช้ำหรือมีเลือดออกได้ง่าย (เลือดกำเดาหรือเลือดออกที่เหงือก) หรือเกิดจุดสีแดงหรือสีม่วงใต้ผิวหนัง อาเจียนเป็นเลือด อุจจาระหรือปัสสาวะมีเลือดปน
- มีเลือดออกไม่หยุดทั้งจากบาดแผลหรือจากการฉีดยา
- ผื่นคัน ภูมิแพ้หรือหายใจถี่ หัวใจเต้นเร็ว และมีปัญหาในการทำสมาธิ
- ปัสสาวะสีเข้ม ดิซ่าน ปัสสาวะเพียงเล็กน้อยหรือปัสสาวะไม่ออก
- มีอาการชาหรือกล้ามเนื้ออ่อนแรง

- มีอาการปวดท้อง หลังหรือสีข้าง

ข้อปฏิบัติในการรับประทานยา Warfarin

1. ต้องรับประทานยาอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ ไม่เพิ่ม/ลด/หยุดยาเอง
2. รับประทานอาหารครบ 5 หมู่ และควบคุมปริมาณอาหารชนิดพืช ผักใบเขียวที่รับประทานให้สม่ำเสมอ
3. หลีกเลี่ยงพฤติกรรมที่ทำให้ระดับยา Warfarin ในเลือดเปลี่ยนแปลงได้ เช่น การดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ รับประทานอาหารเสริม หรือสมุนไพรชนิดต่าง ๆ
4. หลีกเลี่ยงกีฬาหรือกิจกรรมที่มีโอกาสเกิดอุบัติเหตุเลือดออกง่าย ควรใช้แปรงสีฟันที่อ่อนนุ่ม ควรใช้แผ่นกันลื่นบริเวณห้องน้ำ เพื่อป้องกันอุบัติเหตุ
5. ในกรณีที่เกิดอุบัติเหตุหรือเกิดบาดแผลเลือดอาจออกไม่หยุด หากบาดแผลมีขนาดเล็กและไม่ลึก วิธีแก้ไขไม่ให้เลือดออกมาก คือ ใช้มือสะอาดกดไว้ให้แน่นตรงบาดแผล เลือดจะหยุดหรือออกน้อยลง หากเลือดยังไม่หยุดไหล ให้รีบไปโรงพยาบาลทันที และแจ้งให้แพทย์หรือพยาบาลทราบว่ารับประทานยาวาร์ฟารินอยู่
6. หากต้องทำหัตถการทางทันตกรรม ต้องบอกให้ทันตแพทย์ทราบว่ากำลังรับประทานยา Warfarin โดยเฉพาะในกรณีที่ต้องทำการผ่าตัด ถอนฟัน หรือต้องรับประทานยาอย่างอื่นเพิ่มเนื่องจากมียาหลายชนิดที่เพิ่มฤทธิ์/ลดฤทธิ์ของยา Warfarin
7. กรณีเข้ารับบริการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลอื่นต้องแจ้งให้เจ้าหน้าที่ทราบทุกครั้งและห้ามรับการรักษาโดยการฉีดยาเข้ากล้ามเนื้อ
8. ควรพกบัตรประจำตัวเมื่อได้รับยา Warfarin (warfarin card) ติดตัวไว้เพื่อเป็นการดูแลตนเองและแสดงบัตรทุกครั้งที่ได้รับบริการในโรงพยาบาลและสถานบริการทางสุขภาพ เพื่อเป็นการแจ้งให้บุคลากรทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้องทราบ
9. หากลืมรับประทานยามีข้อปฏิบัติ คือ ห้ามเพิ่มขนาดยาที่รับประทานเป็น 2 เท่าโดยเด็ดขาดและปฏิบัติดังต่อไปนี้
 - กรณีลืมรับประทานยาและยังไม่ถึง 12 ชั่วโมงให้รับประทานยาทันทีในขนาดเท่าเดิม
 - กรณีลืมรับประทานยาและเลย 12 ชั่วโมงไปแล้ว ให้ข้ามยาในมือนั้นไป แล้วรับประทานยามื้อต่อไปในขนาดเท่าเดิม
10. การเก็บรักษา ยา เก็บให้พ้นแสงและความชื้นควรเก็บไว้ในภาชนะที่โรงพยาบาลจัดให้ และเก็บยาให้พ้นมือเด็ก

การติดตามผลการรักษา

1. ผู้ป่วยจะต้องได้รับการเจาะเลือดเพื่อวัดการแข็งตัวของเลือด และเพื่อให้แพทย์ได้ปรับยาให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย
2. หลังจากออกจากโรงพยาบาล 2 สัปดาห์ ผู้ป่วยจะต้องมาตรวจตามนัดเพื่อติดตามผลการรักษาและปรับระดับยา

ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน