

ผลงานที่ใช้ในการประเมิน

เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม  
ที่มีภาวะสับสนเฉียบพลัน

โดย

นางสาวเจษฎาภรณ์ ชัยงูงา  
ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ด้านการพยาบาล  
ตำแหน่งเลขที่ ๓๓๐๗

กรมการแพทย์

โรงพยาบาลผู้ป่วยในออร์โธปิดิกส์

กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยใน

ภารกิจด้านการพยาบาล

โรงพยาบาลเลิดสิน กรมการแพทย์

ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน

## คำนำ

โรคกระดูกงอกหักเป็นภาวะที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุ สาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากการพลัดตกหกล้มและโรคกระดูกพรุน ขณะรับการรักษาในโรงพยาบาล ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ได้มาก ภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญและพบได้บ่อย ได้แก่ ภาวะสับสนเฉียบพลัน ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อการทำงานของสมองของผู้ป่วย และอาจทำให้ผู้ป่วยเกิดความไม่ปลอดภัย จากความบกพร่องของระดับความรู้สึกตัวและความรู้คิด ส่งผลให้ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล อัตราความพิการ อัตราการตาย เพิ่มสูงขึ้น

กรณีศึกษา เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุผ่าตัดข้อสะโพกเทียมที่มีภาวะสับสนเฉียบพลันที่จัดทำขึ้นนี้ ผู้ศึกษาได้ศึกษาค้นคว้าเกี่ยวกับพยาธิสภาพของโรค สาเหตุ อาการและอาการแสดงแนวทางการรักษาภาวะแทรกซ้อน ทฤษฎีการพยาบาล แผนการพยาบาล จากตำรา เอกสารวิชาการ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้มีความรู้เกี่ยวกับ โรคกระดูกงอกหักจากโรคกระดูกพรุนและภาวะสับสนเฉียบพลัน ร่วมกับโรคความดันโลหิตสูงซึ่งเป็นโรคประจำตัวผู้ป่วย และนำความรู้ไปบูรณาการในการให้การพยาบาลผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย และมีคุณภาพชีวิตที่ดี ตลอดจนมุ่งหวังให้ศึกษานี้เป็นประโยชน์ต่อพยาบาล และสามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการให้การพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุผ่าตัดข้อสะโพกเทียมที่มีภาวะสับสนเฉียบพลันต่อไป

เจษฎาภรณ์ ชัยภูงา

พฤษภาคม 2567

# กรมการแพทย์

## โรงพยาบาลเลิดสิน

# ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน

สารบัญ

หน้า

คำนำ.....	ก
สารบัญ.....	ข
สารบัญรูปภาพ.....	ฉ
สารบัญตาราง.....	ฅ
บทที่ 1 บทนำ.....	1
1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
1.2 วัตถุประสงค์ในการรักษา.....	2
1.3 ขั้นตอนการดำเนินงาน.....	2
1.4 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	3
บทที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับโรค การรักษา และภาวะที่เกี่ยวข้อง.....	4
2.1 กระดูกอินเตอร์โทรแคนเทอร์ริกหัก (Intertrochanteric Fractures) .....	4
2.1.1 กายวิภาคและสรีรวิทยาของข้อสะโพก .....	4
2.1.2 พยาธิสภาพกระดูก Intertrochanteric.....	6
2.1.3 อาการแสดงของกระดูก Intertrochanteric หัก.....	7
2.1.4 สาเหตุการเกิดกระดูก Intertrochanteric หัก.....	7
2.1.5 การวินิจฉัยกระดูก Intertrochanteric หัก.....	7
2.1.6 การรักษากระดูก Intertrochanteric หัก.....	8
2.1.7 ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดกระดูก Intertrochanteric .....	11
2.1.8 การป้องกันภาวะแทรกซ้อน.....	14
2.2 โรคกระดูกพรุน (Osteoporosis) .....	14

## สารบัญ (ต่อ)

หน้า

2.2.1 พยาธิสภาพโรคกระดูกพรุน.....	15
2.2.2 ชนิดของโรคกระดูกพรุน.....	16
2.2.3 อาการแสดงของโรคกระดูกพรุน.....	16
2.2.4 สาเหตุและปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคกระดูกพรุน.....	16
2.2.5 การประเมินความเสี่ยงของโรคกระดูกพรุน.....	17
2.2.6 การวินิจฉัย/เกณฑ์การรักษาโรคกระดูกพรุน.....	18
2.2.7 การรักษาโรคกระดูกพรุน.....	20
2.2.8 การประเมินความเสี่ยงต่อการหกล้มจากโรคกระดูกพรุน.....	21
2.2.9 สาเหตุกระดูกหักซ้ำจากโรคกระดูกพรุน.....	22
2.2.10 การป้องกันการหกล้มจากโรคกระดูกพรุน.....	22
2.3 ภาวะสับสนเฉียบพลัน (Delirium) .....	24
2.3.1 พยาธิสภาพภาวะสับสนเฉียบพลัน.....	24
2.3.2 อาการแสดงของภาวะสับสนเฉียบพลัน.....	26
2.3.3 ประเภทของภาวะสับสนเฉียบพลัน.....	27
2.3.4 สาเหตุต่อการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน.....	28
2.3.5 เกณฑ์การวินิจฉัย.....	30
2.3.6 เครื่องมือการประเมินภาวะสับสนเฉียบพลัน.....	31
2.3.7 การรักษาหรือการจัดการภาวะสับสนเฉียบพลัน.....	33
2.3.8 ภาวะแทรกซ้อนจากภาวะสับสนเฉียบพลัน.....	35

## สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
2.4 โรคความดันโลหิตสูง.....	36
2.4.1 พยาธิสรีรวิทยา.....	36
2.4.2 สาเหตุ/ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง.....	36
2.4.3 การวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูง.....	38
2.4.4 การรักษาโรคความดันโลหิตสูง.....	38
2.4.5 แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูง.....	39
2.4.6 ภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง.....	40
2.4.7 การติดตามโรคความดันโลหิตสูง.....	40
2.4.8 การป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคความดันโลหิตสูง.....	41
<b>บทที่ 3 ทฤษฎีทางการพยาบาล แนวคิด และการพยาบาล.....</b>	<b>42</b>
3.1 ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม (Orem's Self-Care Deficit Theory).....	42
3.2 กรอบแนวคิดแบบแผนสุขภาพของมาร์จอร์จอร์ดอน (Marjory Gordon).....	46
3.3 แนวคิดเกี่ยวกับการเสริมสร้างพลังอำนาจกับสัน (Gibson) .....	52
3.4 การพยาบาล.....	55
3.4.1 การพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม.....	55
3.4.2 การพยาบาลผู้ป่วยโรคกระดูกพรุน.....	69
3.4.3 การพยาบาลผู้ป่วยภาวะสับสนเฉียบพลัน.....	71
3.4.4 การพยาบาลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง.....	74
3.5 แผนการพยาบาล.....	75

## สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 4 กรณีศึกษา.....	88
4.1 ข้อมูลทั่วไป.....	88
4.2 ประวัติการเจ็บป่วย.....	88
4.2.1 อาการสำคัญ.....	88
4.2.2 ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน.....	88
4.2.3 ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต.....	88
4.2.4 ประเมินแบบแผนสุขภาพ.....	89
4.3 ประวัติสุขภาพครอบครัว.....	92
4.4 การตรวจร่างกายตามระบบ.....	92
4.5 การตรวจร่างกายเฉพาะทางออร์โธปิดิกส์.....	94
4.6 การตรวจทางห้องปฏิบัติการ.....	96
4.7 การตรวจทางรังสีวิทยา.....	105
4.8 การตรวจพิเศษ.....	107
4.9 การวินิจฉัยโรค.....	108
4.10 พยาธิสภาพจากทฤษฎีเปรียบเทียบกับกรณีศึกษา.....	108
4.11 สรุปภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วยของผู้ป่วยขณะนอนในโรงพยาบาล.....	130
4.12 ปัญหาทางการพยาบาลที่พบจากกรณีศึกษา.....	133
บทที่ 5 สรุป วิเคราะห์กรณีศึกษา และข้อเสนอแนะ.....	150
5.1 สรุปกรณีศึกษา/วิเคราะห์กรณีศึกษา.....	150

สารบัญ (ต่อ)		หน้า
5.2 ข้อเสนอแนะ.....		153
เอกสารอ้างอิง.....		155
ภาคผนวก.....		159
ก แผนการรักษาของแพทย์.....		160
ข ยาที่ใช้ในการรักษา.....		166
ค แบบประเมินความเสี่ยงพลัดตกหกล้ม.....		174
แบบประเมิน Perioperative VTE risk assessment In Lerdsin Hospital.....		175

**กรมการแพทย์**

**โรงพยาบาลเลิดสิน**

ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน

## สารบัญรูปภาพ

หน้า

รูปภาพที่ 1	กายวิภาคของกระดูกสะโพก.....	5
รูปภาพที่ 2	กระดูก Intertrochanteric.....	5
รูปภาพที่ 3	การหักบริเวณกระดูก Intertrochanteric.....	6
รูปภาพที่ 4	การผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม.....	10
รูปภาพที่ 5	การผ่าตัดใส่วัสดุยึดตรึงกระดูกไว้ภายใน.....	11
รูปภาพที่ 6	ความหนาแน่นของกระดูกลดลง.....	15
รูปภาพที่ 7	ขบวนการสลายของกระดูก.....	16
รูปภาพที่ 8	เครื่องมือการประเมินความเสี่ยง (FRAX) .....	17
รูปภาพที่ 9	หน่วยวัดความหนาแน่นของกระดูก.....	20
รูปภาพที่ 10	การบริหารกล้ามเนื้อต้นขาด้านหน้า.....	60
รูปภาพที่ 11	การบริหารข้อเท้าโดยการกระดกข้อเท้าขึ้น-ลง.....	60
รูปภาพที่ 12	การบริหารกล้ามเนื้อสะโพกโดยการขมิบก้น.....	61
รูปภาพที่ 13	การบริหารข้อโดยการงอข้อเข่า ข้อสะโพก และเหยียดออก.....	61
รูปภาพที่ 14	บริหารกล้ามเนื้อสะโพก.....	62
รูปภาพที่ 15	บริหารกล้ามเนื้อขา กล้ามเนื้อสะโพก.....	62
รูปภาพที่ 16	การออกกำลังกายหลังผ่าตัดสะโพก/เดิน walker.....	63
รูปภาพที่ 17	การเพิ่มกำลังกล้ามเนื้อรอบข้อสะโพก.....	64
รูปภาพที่ 18	การออกกำลังกายกล้ามเนื้อสะโพก clam shell.....	64
รูปภาพที่ 19	การออกกำลังกายกล้ามเนื้อสะโพก bridging.....	65



สารบัญรูปภาพ (ต่อ)

	หน้า
รูปภาพที่ 20 การฝึกลงน้ำหนักให้เท่ากันทั้งสองข้าง.....	65
รูปภาพที่ 21 การฝึกลงน้ำหนักเพื่อพยุงตัวในการก้าวขึ้นบันได.....	66
รูปภาพที่ 22 Chest X-ray PA upright วันที่ 6 สิงหาคม 2566.....	105
รูปภาพที่ 23 Both hip AP วันที่ 6 สิงหาคม 2566.....	105
รูปภาพที่ 24 Chest X-ray PA upright วันที่ 13 สิงหาคม 2566.....	106
รูปภาพที่ 25 Both hip AP วันที่ 13 สิงหาคม 2566.....	106
รูปภาพที่ 26 ECG วันที่ 6 สิงหาคม 2566.....	107
รูปภาพที่ 27 CT brain non-contrast วันที่ 13 สิงหาคม 2566.....	107

กรมการแพทย์

โรงพยาบาลเลิดสิน

ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน

สารบัญตาราง

หน้า

ตารางที่ 1	ขั้นที่ 1 แบบประเมินง่วงซึมกระวนกระวาย Richmond Agitation Sedation Scale (RASS)	32
ตารางที่ 2	ขั้นที่ 2 ประเมิน CAM-ICU	33
ตารางที่ 3	แผนการพยาบาลผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมที่มีภาวะ สับสนเฉียบพลัน และมีโรคความดันโลหิตสูง	75
ตารางที่ 4	แสดงข้อมูลการตรวจร่างกายเฉพาะทางออร์โธปิดิกส์ Lower extremity	94
ตารางที่ 5	ผลการตรวจความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด (Complete Blood Count; CBC)	96
ตารางที่ 6	ผลการตรวจทางชีวเคมี (Blood Chemistry)	97
ตารางที่ 7	ผลการตรวจ Urine Analysis (Microscopy)	98
ตารางที่ 8	ผลการตรวจการแข็งตัวของเลือด (Coagulogram)	98
ตารางที่ 9	การตรวจความเข้มข้นของเลือด (Hematocrit: Hct)	99
ตารางที่ 10	ผลการตรวจความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด (Complete Blood Count; CBC)	99
ตารางที่ 11	การตรวจทางชีวเคมี (Blood Chemistry)	100
ตารางที่ 12	ผลการตรวจความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด (Complete Blood Count; CBC)	100
ตารางที่ 13	ผลการตรวจความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด (Complete Blood Count; CBC)	101
ตารางที่ 14	การตรวจทางชีวเคมี (Blood Chemistry)	102
ตารางที่ 15	การตรวจ Urine Analysis (Microscopy)	103
ตารางที่ 16	การตรวจทาง Hematology	104
ตารางที่ 17	การตรวจทางชีวเคมี (Blood Chemistry)	104
ตารางที่ 18	พยาธิสภาพจากทฤษฎีเปรียบเทียบกับกรณีศึกษา	108

## บทที่ 1 บทนำ

### ความสำคัญและความเป็นมาของปัญหา

ปัจจุบันผู้สูงอายุมีจำนวนเพิ่มมากขึ้น จากข้อมูลองค์การสหประชาชาติได้คาดการณ์ว่า ในปี ค.ศ. 2050 จะมีจำนวนผู้สูงอายุทั่วโลกประมาณ 2,000 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 21 ของประชากรทั้งหมด (United Nations, 2015) และคาดการณ์ว่าประเทศไทยจะเข้าผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ ในปี พ.ศ. 2578 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2565) จึงทำให้ประเทศไทย ต้องมีการเตรียมความพร้อม เพื่อรองรับผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลงของประชากรผู้สูงอายุเกิดการเปลี่ยนแปลงในทางเสื่อมถอย ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม โดยด้านร่างกายก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลง เช่น การมองเห็น การรับรู้แสง สี เสียง ร่วมกับมวลกระดูกลดลงข้อและเอ็นข้อต่อมีความยืดหยุ่นลดลง ทำให้เกิดการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อได้ง่าย

กระดูกหักจากโรคกระดูกพรุน มักเกิดกับผู้สูงอายุที่มีมวลกระดูกเปราะบาง มีคุณภาพของกระดูกลดน้อยลง แม้เพียงเล็กน้อย หรืออุบัติเหตุเพียงเล็กน้อย ก็ส่งผลให้เกิดกระดูกหักไปยังส่วนต่าง ๆ ของร่างกายได้ เช่น กระดูกสะโพก กระดูกสันหลัง กระดูกข้อมือ โดยเฉลี่ยของผู้ป่วยสูงอายุมักพบในกระดูกคอสะโพกหัก พบมากอายุ 80 ปี ร้อยละ 73 และอายุเฉลี่ย 76.7 ปี ในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย 2.4 เท่า (ประเสริฐ หล้าพลวัฒน์ และคณะ, 2558) การรักษาโดยการผ่าตัดจึงเป็นวิธีที่นิยมมากในปัจจุบัน และการผ่าตัดต้องเร็วอย่างช้าภายใน 7 วัน การผ่าตัดได้เร็วจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถลุกขึ้นจากเตียงได้เร็วขึ้น (Folbert et al., 2017) และป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ

ในปัจจุบันพบกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุ มีภาวะสับสนเฉียบพลันมากขึ้น พบร้อยละ 19 ในผู้ป่วยผ่าตัดสะโพก (ยศ เขียวอมร, 2563) ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถทำตามสั่งได้ การฟื้นตัวหลังผ่าตัดช้า เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนมากขึ้น เช่น เสี่ยงต่อการเกิดข้อสะโพกเคลื่อนหลุด และตกเตียง ทำให้มีการรักษา และการนอนโรงพยาบาลนาน มีผลกระทบต่อครอบครัว ทั้งเรื่องผู้ดูแล และเศรษฐกิจ แต่ในกรณีที่ไม่ได้รับการผ่าตัด พบว่ามีอัตราการเสียชีวิตภายใน 1 ปี ประมาณร้อยละ 12-20 รวมถึงการเสียชีวิตได้ในที่สุด (Koso และคณะ, 2018) ถ้าไม่ได้รับการรักษา และอาการไม่หายขาด ทำให้มีโอกาสเกิดภาวะ Dementia ตามมาได้ และภาวะสับสนเฉียบพลันอาจเกิดจากปัจจัยส่งเสริมอื่น ๆ เช่น โรคเบาหวาน โรคติดเชื้อในระบบต่างๆ โรคหัวใจโรคสมองเสื่อม โรคความดันโลหิตสูง เมื่อสมองมีการทำงานบกพร่องกะทันหัน ส่งผลทำให้มีการเปลี่ยนแปลงอย่างฉับพลันของระดับความรู้สึกตัว ระดับความรู้คิด ความเข้าใจ การทำงานของร่างกายลดลง ซึ่งเสี่ยงต่อการหกล้ม เกิดกระดูกหัก การฟื้นฟูสภาพร่างกายช้า หรืออาจกลายเป็นผู้ป่วยติดเตียง เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงตามมา

ผู้ป่วยสูงอายุที่กระดูกสะโพกหัก และที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมของโรงพยาบาลผลิตสิน ในปี พ.ศ.2564 - 2566 มีจำนวน 78, 81 และ 83 ราย ตามลำดับ ในจำนวนนี้พบว่า มีภาวะสับสนเฉียบพลันร่วมด้วย คิดเป็นร้อยละ 62.5, 71.43 และ 52.05 ตามลำดับ จากการปฏิบัติงาน และการพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสับสนเฉียบพลัน หลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม พบว่าผู้ป่วยมีพฤติกรรมวุ่นวาย เอะอะวอวายวอย ดึงสายระบายเลือด ดึงสายสวนปัสสาวะ และพยายามจะปีนลงเตียง ซึ่งมีความเสี่ยงต่อการเกิดข้อสะโพกเทียมเคลื่อนหลุด และตกเตียง ส่งผลให้ผู้ป่วยสูงอายุกลุ่มนี้นอนโรงพยาบาลนานขึ้น ค่ารักษาสูงขึ้น และถ้าผู้ป่วยสูงอายุยังมีอาการหลงเหลืออยู่ ยังมีความเสี่ยงต่อการลื่นล้ม ทำให้ต้องกลับมาด้วยกระดูกหักซ้ำ มีโอกาสทำให้เกิดความพิการ เกิดภาวะสมองเสื่อมถาวร หรือเสียชีวิตได้ ดังนั้น ผู้ศึกษาจึงมีความสนใจศึกษาเกี่ยวกับโรค พยาธิสรีรวิทยา อาการและอาการแสดง การป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยสูงอายุผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมที่มีภาวะสับสนเฉียบพลัน เพื่อให้สามารถประเมินอาการแสดงที่เกิดขึ้นได้ หาสาเหตุ ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง และให้การพยาบาลที่ถูกต้อง รวดเร็ว ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถกลับมาใช้ชีวิตประจำวันได้เหมือนเดิม หรือใกล้เคียงเดิม และมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

#### วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาโรค พยาธิสภาพ การเปลี่ยนแปลงสรีรวิทยา ภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยสูงอายุผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมที่มีภาวะสับสนเฉียบพลัน
2. เพื่อบูรณาการความรู้ที่ได้จากการค้นคว้า ไปใช้ในการพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมที่มีภาวะสับสนเฉียบพลัน

#### ขั้นตอนการดำเนินงาน

1. เลือกกรณีศึกษาที่น่าสนใจ ที่มีเหตุการณ์เกิดขึ้นบ่อย ทั้งมีความยุ่งยากซับซ้อนในการให้การพยาบาล เพื่อมาศึกษาค้นคว้าหาความรู้จากเอกสาร ตำรา งานวิจัย/หลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้อง
2. ศึกษารวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนของผู้ป่วยสูงอายุที่ผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมที่มีภาวะสับสนเฉียบพลัน นำมาวิเคราะห์ หาสาเหตุ ปัจจัย เพื่อนำมาพัฒนาเป็นแบบแผนทางการพยาบาลในกรณีศึกษาต่อไป
3. ค้นคว้า หาความรู้จากเอกสาร ตำรา งานวิจัย/หลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้อง
4. นำสิ่งที่ได้จากการสืบค้นจากตำรา เอกสาร และงานวิจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง มาบูรณาการเป็นแบบแผนทางการพยาบาลให้ตรงกับโรค และอาการของกรณีศึกษา
5. สรุป วิเคราะห์กรณีศึกษากับความรู้ที่สืบค้น เสนอแนะ สิ่งที่ได้เรียนรู้จากการดูแลผู้ป่วย

### ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. มีแนวทางปฏิบัติ ในการให้การพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมที่มีภาวะสับสนเฉียบพลัน ที่สามารถเผยแพร่ และเป็นประโยชน์ต่อพยาบาลวิชาชีพทั้งใน และนอกโรงพยาบาล
2. ลดอุบัติการณ์ความเสี่ยงต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยสูงอายุผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมที่มีภาวะสับสนเฉียบพลัน



## กรมการแพทย์

### โรงพยาบาลเลิดสิน

# ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน

## บทที่ 2 ทฤษฎี

ในการศึกษาเรื่องการพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมที่มีภาวะสับสนเฉียบพลันนี้ ผู้ป่วยเคสกรณีศึกษามีการหักของกระดูกสะโพกตำแหน่งที่อยู่ระหว่างคอสะโพก และกระดูกต้นขา ซึ่งเรียกตำแหน่งนี้ว่า อินเตอร์โทรแคนเทอร์ริก (Intertrochanteric) ซึ่งเป็นการหักที่เกิดจากโรคกระดูกพรุน และมีโรคร่วมความดันโลหิตสูง ผู้ศึกษาจึงได้ค้นคว้าตำรา เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อสรุปเป็นสาระสำคัญเสนอเป็นหัวข้อตามลำดับ ดังนี้

1. กระดูกอินเตอร์โทรแคนเทอร์ริกหัก (Intertrochanteric Fractures)
2. โรคกระดูกพรุน (Osteoporosis)
3. ภาวะสับสนเฉียบพลัน (Delirium)
4. โรคความดันโลหิตสูง (Hypertension)

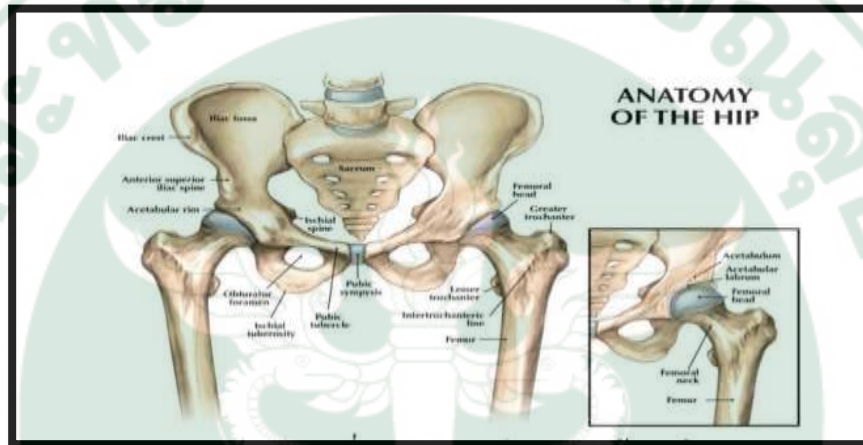
### 1. กระดูกอินเตอร์โทรแคนเทอร์ริกหัก (Intertrochanteric Fractures)

กระดูกอินเตอร์โทรแคนเทอร์ริกหัก เป็นการหักของกระดูกสะโพกที่พบบ่อยในผู้สูงอายุที่มีโรคกระดูกพรุนและเกิดอุบัติเหตุหกล้ม เมื่อกระดูกในตำแหน่งนี้หักจะทำให้เกิดการปวด ขาผิดรูป และการเคลื่อนไหวร่างกายได้น้อย

#### 1.1 กายวิภาคและสรีรวิทยาของข้อสะโพก

ข้อสะโพกเป็นข้อหนึ่งในร่างกายที่ต้องรับน้ำหนักตัวมากที่สุด มีหน้าที่เปลี่ยนทิศทางขณะเดิน ตัวข้อคล้ายลูกบอล กับเบ้า ประกอบด้วยส่วนเบ้าของกระดูกเชิงกราน และหัวกระดูกต้นขาที่มีลักษณะเกือบเป็นทรงกลม รวมกันเป็นส่วนหนึ่งของ innominate bone (กระดูกเชิงกราน 1 ข้าง ประกอบด้วยกระดูก 3 ชิ้น คือ ilium ischium และ pubis) ทั้งหัวกระดูกสะโพก และเบ้าสะโพก จะมีผิวกระดูกอ่อน (cartilage) เคลือบอยู่ ผิวกระดูกอ่อนนี้มีลักษณะเรียบเป็นมันสีขาว มีความหนา ความเหนียว และความแข็งแรงเป็นวงรอบเบ้าสะโพกเรียกว่า acetabular labrum ทำหน้าที่ช่วยเสริมความลึกของเบ้าสะโพก เพื่อทำหน้าที่สร้างความมั่นคง ให้กับข้อสะโพกป้องกันมิให้ข้อสะโพกหลุด ทำให้เวลาเคลื่อนไหว ของข้อสะโพกทั้งขณะเดินหรือลุกนั่งเป็นไปอย่างราบรื่น และจะไม่รู้สึกปวด นอกจากนี้ข้อสะโพกยังมีเนื้อเยื่อ หรือเอ็นยึดเป็นส่วนประกอบ ส่วนแรกเป็นเส้นเอ็นที่ยึดระหว่างหัวสะโพก และเบ้าสะโพก ช่วยให้ความมั่นคง อีกส่วนลักษณะเป็นเนื้อเยื่อบาง (synovial membrane) ภายในเนื้อเยื่อนี้มีช่องเหลวที่ทำหน้าที่หล่อลื่น ช่วยให้ข้อมีการเคลื่อนไหวได้อย่างราบรื่น รอบๆ ของข้อสะโพกมีกล้ามเนื้อมัดใหญ่หุ้มรอบทางด้านหน้า จะเป็นกล้ามเนื้อ iliopsoas quadriceps femoris ทางด้านในจะเป็นกล้ามเนื้อพวกที่ทำหน้าที่หุบข้อ (adduction) ทั้งหมด

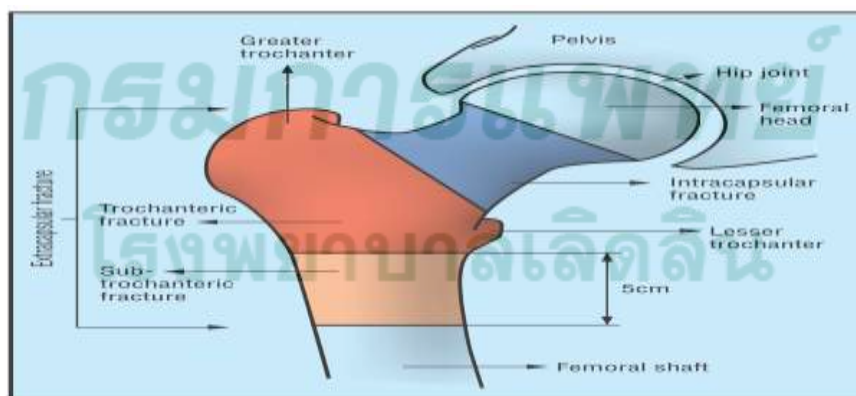
ทางด้านหน้าจะมีกล้ามเนื้อกางข้อ (abduction) ทั้งหมด ส่วนทางด้านหลังชั้นนอกจะเป็นกล้ามเนื้อ gluteus และในชั้นที่ลึกเข้าไปจะเป็นกล้ามเนื้อบิดหมุน (rotator) ของข้อสะโพก (รูปภาพที่ 1)



รูปภาพที่ 1 กายวิภาคของกระดูกสะโพก

หมายเหตุ. จาก : [https://www.อิงรัก.com/filesdirectserver/itp1/z\\_itp\\_201120213091/book9z-z351274128990.pdf](https://www.อิงรัก.com/filesdirectserver/itp1/z_itp_201120213091/book9z-z351274128990.pdf)

สำหรับกระดูกอินเตอร์โทรแคนเทอร์ริก เป็นส่วนหนึ่งของกระดูกข้อสะโพก บริเวณระหว่างปุ่มกระดูกโคนขา (Closed Fracture Intertrochanteric Femur) ซึ่งอยู่ระหว่างปุ่มกระดูกโคนขาใหญ่ (greater trochanter) และปุ่มกระดูกโคนขาลีก (lesser trochanter) ของกระดูก femur อยู่ภายนอกเยื่อหุ้มข้อสะโพก (extracapsular) พบได้บ่อยในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีปัญหากระดูกพรุน ร้อยละ 50 ของกระดูกหัก ทำให้กระดูกแตกเป็นหลายชิ้น และมีการเคลื่อนของชิ้นกระดูกไปตามแรงดึงของกล้ามเนื้อ ส่งผลให้เกิดการผิดรูปและหดสั้นลงของกระดูกต้นขา ร้อยละ 90 (รูปภาพที่ 2)



รูปภาพที่ 2 กระดูก Intertrochanteric

หมายเหตุ. From Hip Fractures. <https://kwaktalk.org/ortho/2020/12/27/hip-fractures>

ดังนั้น เมื่อกระดูกสะโพกหักโดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีปัญหากระดูกพรุน หรือ มะเร็งบางชนิด ส่งผลให้มวลกระดูกเสื่อมลง และจะทำให้กระดูกแตกหักได้ง่าย หรือแตกเป็นหลายชิ้น การเคลื่อนของชิ้นกระดูกไปตามแรงดึงของกล้ามเนื้อ ก็จะทำให้มีการบาดเจ็บบริเวณรอบกระดูก หรือรอยช้ำ และอาจมีเลือดออก ทำให้เกิดอาการปวด เสื่อมสมรรถภาพในการทำงาน รวมถึงการเคลื่อนไหวได้น้อย ขาดรูป การงอหรือหักบิดของกระดูกลักษณะผิดปกติ ทำให้มีการหดสั้นลงของกระดูกต้นขาที่มีการหัก

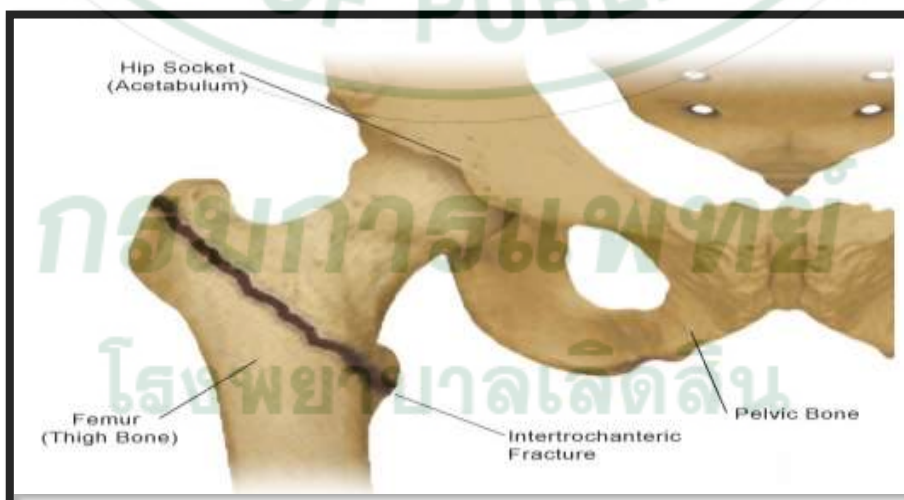
## 1.2 พยาธิสภาพของกระดูก Intertrochanteric

เป็นการหักของกระดูกที่เกิดขึ้น ภายนอกข้อและเข้าของข้อสะโพก (extracapsular fracture) แบ่งออกเป็น 4 ชนิด คือ การหักของกระดูกอินเทอร์โทรแคนเทอร์ริก (intertrochanteric fractures) การหักของปุ่มกระดูกโคนขาใหญ่ (greater trochanters fractures) การหักของปุ่มกระดูกโคนขาเล็ก (lesser trochanters fractures) และการหักของกระดูกใต้อินเทอร์โทรแคนเทอร์ริก (subtrochanteric fractures)

ศาสตร์ศึกษาเป็นการหักภายนอกข้อและเข้าของข้อสะโพก (extracapsular fracture) เรียกการหักกระดูกนั้นว่า การหักของกระดูกอินเทอร์โทรแคนเทอร์ริก (intertrochanteric fractures) ส่วนต้นของกระดูกต้นขา มีการจำแนกประเภท แบ่งตามเสถียรภาพของรอยหัก (stability) ตามวิธีของ ฮิวานส์ ได้ดังนี้

ชนิดที่ 1 พิจารณาจากรอยหักปลายทั้งสองด้าน ที่เป็นตำแหน่งที่รับน้ำหนักถ้าหากไม่แตกหักเป็นหลายชิ้นหรือแตกย่อยและปลายทั้งสองด้านสบกันได้ หรือค้ำกันอยู่ ก็ถือว่าเป็นกระดูกหักที่ยังแข็งแรง

ชนิดที่ 2 พิจารณาจากรอยกระดูกหักเฉียงผ่นกลับ ถ้ากระดูกไม่แข็งแรง รอยหักจะเฉียงขึ้นจากด้านนอกเข้าด้านในทำให้กระดูกหัก ท่อนปลายถูกกล้ามเนื้อ adductor ดึงให้เคลื่อนเข้าด้านในเสมอจึงไม่สามารถรักษารอยหักให้ติดได้



รูปภาพที่ 3 การหักบริเวณกระดูก Intertrochanteric

หมายเหตุ. จาก [https://www.อิงรัก.com/filesdirectserver/itp1/z\\_itp\\_201120213091/book9z-z351274128990.pdf](https://www.อิงรัก.com/filesdirectserver/itp1/z_itp_201120213091/book9z-z351274128990.pdf)

com/filesdirectserver/itp1/z\_itp\_201120213091/book9z-z351274128990.pdf



### 1.3 อาการและอาการแสดง

Intertrochanteric Fracture จะมีประวัติและอาการแสดงคล้ายคลึงกับผู้ป่วยคอกระดูกสะโพกหัก ในผู้ป่วยที่กระดูกหักชนิดไม่เคลื่อน อาจนั่งและยืนได้ในระยะใกล้แต่มีอาการ เจ็บ สะโพกเวลาลงน้ำหนัก ในผู้ป่วยที่กระดูกหักชนิดเคลื่อนจะไม่สามารถขยับสะโพกได้เพราะปวด ขาด สั่นและบิต ในท่า external rotate การซักประวัติเพื่อประเมินสาเหตุของการล้มมีความจำเป็นอย่าง ยิ่ง แต่ในผู้ป่วยที่กระดูกหักชนิดเคลื่อน จะไม่สามารถขยับสะโพกได้เพราะปวด ขาดจะหดสั้นและบิต 5 หมุนออก เนื่องจากการหักเกิดขึ้นภายนอกข้อสะโพกจึงตรวจพบการบวม และรอยจ้ำเลือด (ecchymosis) บริเวณต้นขาจากเลือดที่เซาะมาตามชั้นกล้ามเนื้อ

### 1.4 สาเหตุ

สาเหตุของการเกิดกระดูก Intertrochanteric Fracture พบได้ในผู้สูงอายุที่มีภาวะกระดูกพรุนที่ประสออุบัติเหตุห้ล้ม หรือแรงกระแทกบริเวณสะโพกผ่านปุ่มกระดูก greater trochanter เข้ามาที่กระดูกสะโพกโดยตรงเนื่องจากมีภาวะกระดูกพรุน และกระดูกเปราะบาง มวลกระดูกเสื่อมลง ทำให้กระดูกเกิดการแตก หรือหักได้ง่าย

1. เกิดในอุบัติเหตุที่มีความรุนแรงน้อย เช่น หกล้มบนพื้นราบ ล้มขณะเดิน การตกจากความสูงระดับเข่า
2. เกิดจากโรคมะเร็งบางชนิด และในกรณีที่มีภาวะ pathological fracture เมื่อร่างกายได้รับแรงกระแทกที่รุนแรงจากที่มีพยาธิสภาพจากปัจจัยเหล่านี้ เช่น มะเร็งกระดูกปฐมภูมิ มะเร็งจากส่วนอื่นแพร่มากระดูก หรือกระดูกติดเชื้อกระดูกที่มีพยาธิสภาพต่าง ๆ หรือมีกระดูกพรุนร่วมด้วย จะส่งผลทำให้เกิดภาวะกระดูกหักได้ง่ายขึ้น
3. เกิดในผู้ป่วยอายุน้อย ที่ประสออุบัติเหตุรุนแรง เช่น อุบัติเหตุทางการจราจร หรือตกจากที่สูงหรือเล่นกีฬา เป็นต้น

### 1.5 การวินิจฉัยโรค

การวินิจฉัยของกระดูก Intertrochanteric Fracture มีดังต่อไปนี้

1. การซักประวัติ เกี่ยวกับสาเหตุ อาการปวดนำมาก่อน มีความสำคัญในการช่วยวินิจฉัยแยกกระดูกหัก จากพยาธิสภาพต่าง ๆ นอกจากนี้ควรซักประวัติโรคประจำตัวของผู้ป่วยร่วมด้วยยาที่รับประทานเป็นประจำ ซึ่งมีความสำคัญในการวางแผนการรักษา การประเมินสภาพผู้ป่วยก่อนการบาดเจ็บทั้งทางกายภาพ และความสามารถในการเข้าสังคมของผู้ป่วย รวมถึงความบกพร่องบางอย่างของผู้ป่วยก่อนบาดเจ็บ ประวัติเหล่านี้มีความสำคัญในการกำหนดเป้าหมายของการรักษา ตลอดจนการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยก่อนกลับบ้าน ซึ่งปัจจัยต่าง ๆ เหล่านี้ เป็นปัจจัยที่มีผลต่ออัตราการเสียชีวิต ระยะเวลาอนโรงพยาบาล และระดับความสามารถหลังผ่าตัดของผู้ป่วยด้วย ผู้สูงอายุที่มีกระดูกข้อสะโพกหักทุกราย ควรได้รับการซักประวัติเพิ่มเติม เพื่อประเมินความเสี่ยงของการเกิดกระดูกหักซ้ำ โดยการซักประวัตินี้มีวัตถุประสงค์ 3 ประการ ได้แก่

การชักประวัติเพื่อหาปัจจัยเสี่ยงที่สามารถปรับเปลี่ยนได้ของโรคกระดูกพรุน เพื่อวินิจฉัยโรคร่วม หรือโรคที่เป็นสาเหตุของโรคกระดูกพรุนทุติยภูมิที่สามารถแก้ไขได้ และเพื่อประเมินความเสี่ยงในการหกล้มของผู้ป่วย เนื่องจากหลักในการรักษาโรคกระดูกพรุน จะต้องพยายามลดปัจจัยเสี่ยง ที่ทำให้เกิดโรคกระดูกพรุน และแก้ไขโรคร่วมที่สามารถทำให้โรคกระดูกพรุนแย่ลงได้ นอกจากการชักประวัติของผู้ป่วยเบื้องต้นแล้ว ประวัติการหกล้มรวมถึงสภาพแวดล้อมภายในบ้าน ก็มีความสำคัญที่จะนำมาใช้ในการประเมินความเสี่ยงที่จะทำให้เกิดการหกล้มได้

2. การตรวจร่างกาย จะพบลักษณะอาการแสดงที่สำคัญ เช่น มีอาการปวด ขยับขาได้น้อยลง เดินไม่ได้ ในบางรายที่มีการเคลื่อนของรอยกระดูกหัก พบได้ที่ขาข้างที่ได้รับบาดเจ็บ ซึ่งจะมีลักษณะสั้นลงและหมุนออกด้านนอก (external rotation) เนื่องจาก intertrochanteric femoral fracture รอยกระดูกหักอยู่นอกต่อเยื่อหุ้มข้อสะโพก จึงมักพบอาการบวมและรอยฟกช้ำที่บริเวณเนื้อเยื่ออ่อนรอบข้อสะโพกได้มากกว่าผู้ป่วย femoral neck fracture ทั้งนี้ก็ขึ้นอยู่กับระยะเวลาที่ได้รับบาดเจ็บด้วย การตรวจร่างกายควรคลำหาตำแหน่งจุดกดเจ็บที่บริเวณ trochanter ในกรณีที่เป็นกระดูกหักชนิดที่ไม่มีการเคลื่อนที่หรือผิดรูปการตรวจร่างกายด้วยการทดสอบแอนวิล (anvil test) ซึ่งทำได้โดยการเคาะที่บริเวณสันเท้าขาข้างที่ได้รับบาดเจ็บ ให้ผู้ป่วยอยู่ในท่าเหยียดขา โดยไม่มีการขยับขา ถึงจะสามารถช่วยในการวินิจฉัยการเกิดกระดูกหักได้ หากเคาะแล้วผู้ป่วยมีอาการปวดที่บริเวณรอบข้อสะโพก ควรนึกถึงกระดูกข้อสะโพกหัก นอกจากนี้ควรประเมินการบาดเจ็บร่วมอื่นๆ ที่อาจเกิดจากอุบัติเหตุหกล้มในครั้งเดียวกัน

3. การตรวจพิเศษอื่นๆ ได้แก่ ภาพรังสีท่า AP และ lateral cross table ช่วยวินิจฉัยและจำแนกประเภทของการหักได้โดยจะพบรอยแตกผ่านบริเวณปุ่มกระดูก greater และ lesser trochanter ในกรณีที่กระดูกมีการหดสั้น และผิดรูปมากการส่ง traction film จะช่วยแพทย์ในการประเมินการหักได้ดีมากขึ้น

3.1 CT scan ในวินิจฉัยผู้ป่วยที่ปวดสะโพก แต่ไม่พบรอยหักในภาพรังสี และช่วยในการประเมินลักษณะการหักในกรณีหักแบบซับซ้อน (complex fracture) จะส่งในรายที่มีความจำเป็นที่ประเมินรอยหักไม่ชัดเจน ต้องการวินิจฉัยกระดูกหักเพื่อการรักษาและวางแผนการผ่าตัดที่ถูกต้อง

3.2 MRI ช่วยวินิจฉัยผู้ป่วยที่ปวดสะโพก และสงสัยมีกระดูกหักแล้ว หรือวินิจฉัยว่ากระดูกหัก อาจต้องการตรวจเพิ่มเติม เพื่อดูการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อที่อยู่ล้อมรอบบริเวณที่หักว่าเกิดความเสียหายหรือไม่

4. การประเมินทางห้องปฏิบัติการ เช่น การตรวจเลือด และปัสสาวะเพื่อหาความผิดปกติกระดูกหักอาจเกิดขึ้นได้ง่ายจากโรคที่ซ่อนอยู่ได้ ซึ่งเป็นการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากปัจจัยเสริมได้ เพื่อเป็นการวินิจฉัยผู้ป่วย เตรียมพร้อมสำหรับ แผนการรักษาต่อเนื่อง เช่น การเข้ารับการรักษาผ่าตัด

## 1.6 การรักษากระดูก Intertrochanteric Fracture

เป้าหมายของการรักษา intertrochanteric fracture คือ ยึดตรึงกระดูกให้เกิดความมั่นคง ให้ผู้ป่วยสามารถลุกนั่ง และยืนได้เร็วที่สุด ลดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้นได้ ทำให้ผู้ป่วยกลับคืนสู่สภาพก่อนผ่าตัด เนื่องจากผู้สูงอายุที่มี intertrochanteric femoral fracture มักมีอาการปวด ทำให้จำกัดการ

เคลื่อนไหวและนำไปสู่การเกิดภาวะแทรกซ้อน การไม่ขยับตัวเนื่องจากผู้ป่วยปวด ส่งผลเกิดแผลกดทับ การติดเชื้อทางเดินหายใจ การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ ภาวะหลอดเลือดดำอุดตันจากลิ่มเลือด (venous thromboembolism) โรคทางปอด ซึ่งภาวะแทรกซ้อนเหล่านี้ ส่งผลให้เสียชีวิตได้ วิธีการรักษาสามารถแบ่งออกได้เป็นการรักษาด้วย วิธีการไม่ผ่าตัด และผ่าตัด ผู้สูงอายุและมีโรคประจำตัว การประเมินความพร้อมของผู้ป่วยโดยอายุรแพทย์และ วิชาญญ แพทย์เป็นสิ่งที่จำเป็น การผ่าตัดยึดตรึงกระดูก ภายใน 48 ชั่วโมง ช่วยลดภาวะแทรกซ้อน และ ระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาล

1. การรักษาโดยไม่ผ่าตัด เป็นการรักษาแบบประคับประคอง โดยใช้วิธีการดึงถ่วงกระดูกแบบการใส่เครื่องดึงให้ติดกับผิวหนัง (Skin traction) โดยใช้น้ำหนักในการถ่วงดึงประมาณ 2-3 กิโลกรัม หรือ 1 ใน 10 ของน้ำหนักตัว ดึงนานประมาณ 6 สัปดาห์ เพื่อให้กระดูกที่หักอยู่นิ่งช่วยลดอาการปวด และลดการบาดเจ็บของเนื้อเยื่ออ่อน การหดเกร็งตัวของกล้ามเนื้อ และกระตุ้นการไหลเวียนเลือดที่ไปเลี้ยงหัวกระดูกต้นขา การรักษาด้วยการถ่วงดึงน้ำหนักนี้ส่วนใหญ่ทำในผู้สูงอายุที่มีภาวะแทรกซ้อนทางอายุรกรรมมีความเสี่ยงต่อการผ่าตัด เช่น โรคของระบบหัวใจ ระบบเลือด กรณีแพทย์ให้นอนโรงพยาบาลนาน

2. การรักษาโดยการผ่าตัด เป็นการรักษาที่นิยมมากในปัจจุบัน จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเคลื่อนไหว และฟื้นคืนสู่สภาพปกติได้เร็ว รวมทั้งป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆที่เกิดจากการจำกัดการเคลื่อนไหวเป็นเวลานาน การผ่าตัดเพื่อยึดตรึงกระดูกให้เข้าที่ในผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหัก ที่ได้รับการประเมินภาวะสุขภาพและการตรวจวินิจฉัยว่ามีความพร้อม ควรทำการรักษาด้วยการผ่าตัดให้เร็วที่สุดหลังเกิดกระดูกสะโพกหัก เพื่อช่วยป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ และการผ่าตัดเร็ว จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถลุกขึ้นจากเตียงได้โดยเร็วที่สุด

การชะลอการผ่าตัดในผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักนานกว่า 48 ชั่วโมงจะส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อนหลายประการ เช่น การติดเชื้อ การฟื้นตัวช้า จำนวนวันนอนโรงพยาบาลนานขึ้น ไปจนถึงการเสียชีวิต (สุภาพ อารีเอื้อ, 2561)

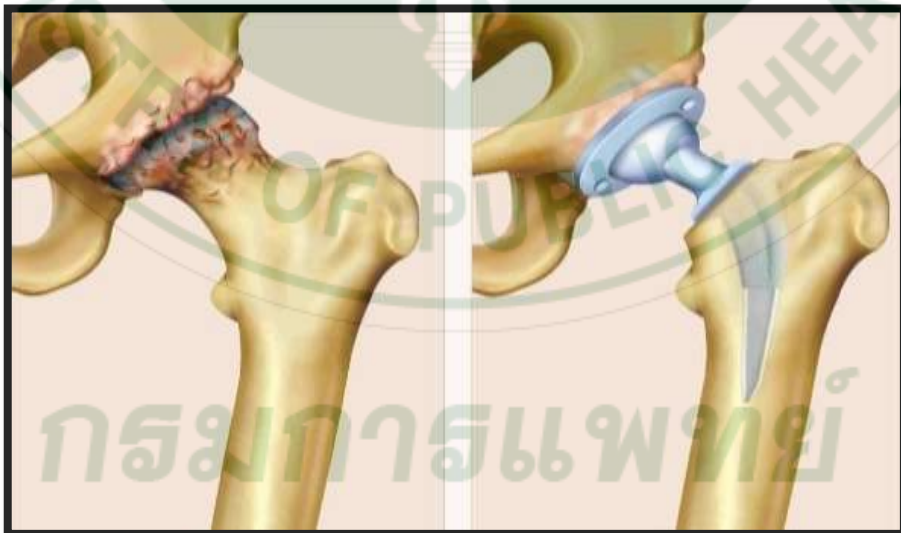
2.1 การผ่าตัดกระดูกสะโพก พบบ่อยในผู้สูงอายุมี 2 ชนิด ได้แก่ การผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม และการผ่าตัดใส่สตั๊ดยึดตรึงกระดูกไว้ภายใน

1. การผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม ใช้ในกรณีที่มีการหักของคอกระดูกต้นขาแบ่งออกเป็น 2 ชนิด ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนเฉพาะหัวกระดูกต้นขา (hemiarthroplasty) เลือกทำ partial hip replacement ในผู้สูงวัยที่มีการใช้งานจำกัดและมีโรคประจำตัวค่อนข้างมาก และการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมแบบทั้งหมด (total hip arthroplasty) คือ ส่วนเบ้าส่วนหัวและส่วนก้านที่จะถูกยึดอยู่ในโพรงกระดูกต้นขา โดยการผ่าตัดเปลี่ยนเฉพาะหัวกระดูกต้นขา มีข้อบ่งชี้ในการทำผ่าตัด คือ ผู้ป่วย อายุมากกว่า 60 ปี มีการหักของคอกระดูกต้นขาหรือกระดูก Intertrochanteric การผ่าตัดข้อสะโพกเทียม สามารถผ่าตัดได้ทั้งด้านหลัง ด้านข้าง และด้านหน้า ซึ่งแต่ละวิธีมีจุดเด่นและจุดด้อยที่แตกต่างกัน ความเหมาะสมในแต่ละชนิดการหัก และยังขึ้นกับความถนัดของแพทย์ผู้ทำผ่าตัดด้วย (รูปภาพที่ 4)

1.1 การผ่าตัดด้านหลัง (posterior approach) พบว่าเป็นที่นิยมของแพทย์ส่วนใหญ่ คือ ประมาณ 60% เนื่องจากผ่าตัดได้ง่าย สามารถผ่าตัดด้วยเทคนิคขนาดแผลปกติหรือแผลเล็กก็ได้ แต่จำเป็นต้องมีการตัดกล้ามเนื้อบางส่วน และจำเป็นต้องระวังไม่ให้เกิดอันตรายกับเส้นเลือดและเส้นประสาทที่สำคัญซึ่งอยู่ด้านหลังข้อสะโพก

1.2 การผ่าตัดด้านข้าง (anterolateral approach) พบว่าเป็นที่นิยมของแพทย์รองลงมา คือ ประมาณ 30% โดยมีข้อดีที่สามารถวางตำแหน่งเข้าได้ง่ายและแม่นยำกว่า ช่วยลดความเสี่ยงที่ข้อสะโพกหลุดหลังผ่าตัด มีการชอกช้ำของกล้ามเนื้อน้อยกว่าแบบด้านหลัง สามารถผ่าตัดด้วยเทคนิคขนาดแผลปกติหรือแผลเล็กก็ได้เช่นกัน และไม่มีความเสี่ยงที่จะเกิดอันตรายกับเส้นเลือดเส้นประสาทที่อยู่ด้านหน้าและด้านหลังข้อสะโพก

1.3 การผ่าตัดด้านหน้า (direct anterior approach) เทคนิคผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมแบบเข้าทางด้านหน้า ได้ผลดีและได้รับความนิยมอย่างมากในช่วงหลายปีที่ผ่านมา เนื่องจากเป็นเทคนิคที่ไม่ตัดกล้ามเนื้อ ส่งผลให้เนื้อเยื่อได้รับบาดเจ็บน้อยขณะผ่าตัด เสียเลือดน้อย ความเจ็บปวดหลังผ่าตัดก็น้อยตามมา อีกทั้งยังพบอุบัติการณ์ของข้อสะโพกข้อเทียมเคลื่อนหลุดหลังผ่าตัดค่อนข้างต่ำ เมื่อเทียบกับเทคนิคอื่นๆ ผู้ป่วยสามารถลุกเดินได้ในวันเดียวกันหลังผ่าตัด ใช้เวลาพักฟื้นในรพ.เพียง 1-3 วัน

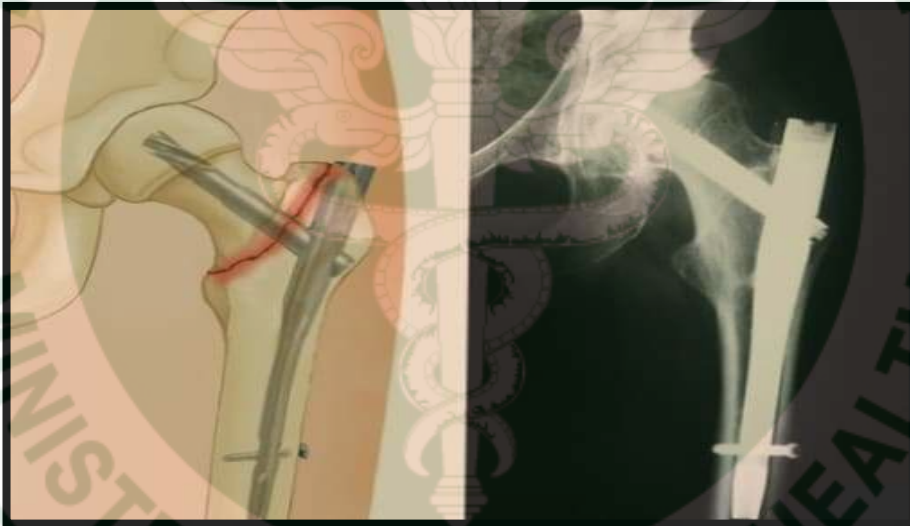


รูปภาพที่ 4 การผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม

หมายเหตุ. จาก : <https://www.khonkaenram.com/th/services/health-information/health-articles/surg-ortho/total-hip-replacement>

2. การผ่าตัดเพื่อยึดตรึงกระดูกไว้ภายใน เป็นวิธีการรักษาอย่างหนึ่งที่นิยมโดยทำการยึดตรึงกระดูกที่หักให้อยู่กับที่ชั่วคราว ซึ่งมีวัตถุประสงค์หลัก คือ ให้กระดูกอยู่นิ่งเพื่อให้เกิดการติดตามธรรมชาติ การใช้โลหะเพื่อการยึดตรึงกระดูกอาจเป็นชนิดใส่เข้าไปทรงกระดูก (intramedullary nail) หรือ sliding hip screw

หรือ angle blade plate พบว่าได้ผลในการรักษาที่ดีไม่แตกต่างกับ intra medullary device ซึ่งมีราคาที่สูงกว่ามาก เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเคลื่อนไหวได้เร็ว และป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนาน ได้แก่ แผลกดทับ ข้อยึดติด กล้ามเนื้อลีบ ปอดบวม ติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ เป็นต้น ภายหลังจากผ่าตัดยึดตรึงกระดูกแล้ว จะต้องพยายามให้ผู้ป่วยออกกำลังกายโดยเร็ว เพื่อผลการรักษาที่ดีในผู้สูงอายุการหักของกระดูกสะโพกที่ใช้วิธีการรักษาด้วยการยึดตรึงกระดูกไว้ภายใน คือ ตำแหน่งการหักของกระดูกที่เกิดขึ้นภายนอกข้อและเบ้าของข้อสะโพก (extracapsular fracture) (รูปภาพที่ 5)



รูปภาพที่ 5 การผ่าตัดใส่วัสดุยึดตรึงกระดูกไว้ภายใน

หมายเหตุ. จาก : <https://ihealzy.com/broken-hip-0544/>

### 1.7 ภาวะแทรกซ้อนที่อาจพบในการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม

ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นสามารถแบ่งตามช่วงเวลาที่เกิดได้ ดังนี้

#### 1. ช่วงขณะทำผ่าตัด (intraoperative complications)

##### 1.1 มีการแตกหักของกระดูก ต้นขาหรือกระดูกเบ้า

##### 1.2 มีการบาดเจ็บของหลอดเลือดและเส้นประสาท โดยเส้นประสาทที่มีโอกาสได้รับ

บาดเจ็บมากที่สุดในการผ่าตัดเข้าทาง posterolateral คือ เส้นประสาท sciatic ทั้งนี้ เนื่องจากในขณะผ่าตัดผู้ป่วยอยู่ภายใต้การระงับความรู้สึก จึงทำให้ตรวจการทำงานของ เส้นประสาททำได้ยาก การตรวจจึงต้องทำภายหลังจากที่ผู้ป่วยหมดฤทธิ์จากการระงับความรู้สึก ซึ่งมักจะต้องตรวจที่หอผู้ป่วย การตรวจการทำงานของเส้นประสาท sciatic สามารถทำได้ง่าย โดยการตรวจว่าผู้ป่วยสามารถกระดกข้อเท้าได้ หรือไม่

#### 2. ช่วงภายหลังการผ่าตัด (postoperative complications) ส่วนใหญ่สามารถป้องกันได้

ถ้าผู้ให้การดูแลผู้ป่วยมีความเข้าใจ ภาวะแทรกซ้อนในช่วงนี้ที่พบได้บ่อย ได้แก่

การเคลื่อนหลุดของข้อสะโพกเทียม มักพบได้บ่อยในช่วง 3 เดือนแรก ภายหลังจากผ่าตัด มีปัจจัยที่เกี่ยวข้องมีอยู่หลายประการ ดังนี้

1. ตำแหน่งของข้อสะโพกเทียม เป็นปัจจัยที่สำคัญเป็นอย่างมาก การใส่ข้อเทียมต้องอยู่ลักษณะที่ถูกต้อง ทั้งส่วนที่เป็นเป้าสะโพก และแกนของข้อเทียม คือ ส่วนที่เป็นเป้า สะโพกเทียม เมื่อใส่แล้วควรท่ามุม 40-45 องศากับแนวนอน และมีanteversion 10-20 องศา และอย่าให้เกิดretroversion (เป้าบิดไปทางด้านหลัง) ส่วนแกนของข้อเทียมควรใส่ให้มี anteversion 10-15 องศา

2. วิธีการเปิดแผลผ่าตัด (surgical approach) ก็มีความสำคัญต่อการดูแลเพื่อป้องกันการเกิดข้อเคลื่อนหลุด โดยรวมแล้วการเปิดแผลทางด้านหลังมีความเสี่ยงต่อภาวะข้อสะโพกเทียมหลุดมากกว่าการเปิดแผลทางด้านหน้า อย่างไรก็ตามการเปิดแผลทางด้านหน้า ผู้ป่วยจะมีโอกาสเสี่ยงต่อการหลุดของข้อเทียมมาทางด้านหน้า โดยเฉพาะถ้ามีการหมุนของขาออกด้านนอก (external rotation) ที่มากเกินไป ในขณะที่เดียวกันการเปิดแผลทางด้านหลัง ผู้ป่วยก็จะมีโอกาสเสี่ยงที่จะเกิดข้อสะโพกเทียมหลุดไปทางด้านหลัง หากมีการหมุนของขาเข้าด้านใน (internal rotation) ที่มากเกินไป

3. ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อรอบ ๆ ข้อสะโพก โดยเฉพาะ hip abductor muscles กล้ามเนื้อที่มีความสำคัญอย่างมากในการให้ความมั่นคงกับข้อสะโพก คือ gluteus medius โดยปกติผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพของข้อสะโพกมักจะพบการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อนี้ร่วมด้วย ดังนั้น ภายหลังจากการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม จำเป็นต้องฝึกให้ผู้ป่วยบริหารกล้ามเนื้อ gluteus medius ให้มีความแข็งแรงมากขึ้น

4. การใช้งานข้อสะโพกผิดท่า เช่น ลื่นล้ม หรือเกิดอุบัติเหตุทำให้เกิดการเคลื่อนหลุดของข้อสะโพกเทียม ซึ่งที่พบได้บ่อย คือ การเคลื่อนหลุดไปทางด้านหลัง ท่าที่มีความเสี่ยงในการทำให้เกิดข้อสะโพกเทียมเคลื่อนหลุดไปทางด้านหลัง คือ ท่าอสะโพกมาก ๆ ร่วมกับการหุบเข้าใน และบิดเข้าใน

5. ตำแหน่งของข้อสะโพกเทียม เป็นปัจจัยที่สำคัญเป็นอย่างมาก การใส่ข้อเทียมต้องอยู่ลักษณะที่ถูกต้อง ทั้งส่วนที่เป็นเป้าสะโพก และแกนของข้อเทียม คือ ส่วนที่เป็นเป้าสะโพกเทียมเมื่อใส่แล้วควรท่ามุม 40-45 องศากับแนวนอน และมีanteversion 10-20 องศา และอย่าให้เกิดretroversion (เป้าบิดไปทางด้านหลัง) ส่วนแกนของข้อเทียมควรใส่ให้มี anteversion 10-15 องศา

6. การติดเชื้อของข้อสะโพกเทียม เป็นภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง พบได้ประมาณร้อยละ 1-2 อาจเกิดได้ ตั้งแต่ระยะหลังผ่าตัดใหม่ ๆ หรือหลังจากนั้น ต่อมาอีกเป็นเดือน หรือปี สาเหตุเกิดได้จากการปนเปื้อนเชื้อระหว่างการผ่าตัด การดูแลแผลผ่าตัดที่ไม่ดี หรือการติดเชื้อที่ตำแหน่งอื่น ๆ ในร่างกาย แล้วเชื้อกระจายมาที่ข้อสะโพกเทียมทางกระแสเลือด เชื้อที่พบบ่อย คือ เชื้อแบคทีเรีย ชนิด staphylococcus และ streptococcus ผู้ป่วยจะมีอาการปวดข้อสะโพก ใช้งานได้ลดลง แผลบวมแดง มีหนอง และอาจมีไข้สูงร่วมด้วย การรักษาจำเป็นต้องให้การรักษารอบตัว คือ การผ่าตัดล้างข้อและให้ยาปฏิชีวนะเพื่อฆ่าเชื้อในกรณีถ้าติดเชื้อมานาน หรือพบว่ามิข้อสะโพกเทียมหลวม จำเป็นต้องผ่าตัดนำข้อสะโพกเทียมเดิมออกทั้งหมดด้วย

7. การเกิดลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำที่ขา การผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม ถือเป็น การผ่าตัดที่มีความเสี่ยง ต่อภาวะนี้ ซึ่งอาจพบได้ในขาข้างที่ผ่าตัด และไม่ผ่าตัด สาเหตุอาจเกิดจากการจัดท่า สะโพกระหว่างการผ่าตัด ทำให้หลอดเลือดดำมีการคดงอ หรือการที่ผู้ป่วยนอนอยู่บนเตียงนาน ๆ ก่อนหรือ หลังผ่าตัด ทำให้การไหลเวียนเลือดช้าลง มีการคั่งของเลือดจนเกิดเป็นลิ่มเลือดเกิดขึ้น ผู้ป่วยจะมีอาการบวม ที่ขา ร่วมกับการปวดตึงที่น่อง ในบางรายถ้าลิ่มเลือดที่เกิดขึ้นหลุดไปอุดตันที่หลอดเลือดในปอด ผู้ป่วยจะมี อาการหอบเหนื่อย ถ้าเป็นรุนแรงอาจเสียชีวิตได้

8. การหักของกระดูกบริเวณข้อสะโพกเทียม ส่วนใหญ่มักพบบริเวณกระดูกต้นขาเกิดจาก อุบัติเหตุ การหกล้ม หรือเกิดตามหลังข้อเทียมที่หลวมก็ได้ การรักษาถ้ากระดูกหัก มีการเคลื่อนที่จำเป็นต้อง ผ่าตัดเพื่อใส่อุปกรณ์ยึดกระดูก ถ้ามีข้อเทียมหลวมต้องผ่าตัดแก้ไขข้อสะโพกเทียมด้วย

9. การบาดเจ็บของเส้นประสาทภายหลังจากผ่าตัด มักเกิดจากการกดทับจากภายนอก เช่น การพันผ้าไปทับเส้นประสาท หรือการวางขาบิดราบไปกับเตียง ขณะที่ผู้ป่วยยังไม่พ้นจากการระงับความรู้สึก เส้นประสาท ที่พบการบาดเจ็บได้บ่อย คือ เส้นประสาท common peroneal หลังผ่าตัดต้องเฝ้าระวังการกดทับ โดยสังเกตการพันผ้าไม่แน่นเกินไป

10. กระดูกไม่ติด (nonunion) เป็นภาวะแทรกซ้อน ที่อาจพบได้ภายหลังจากผ่าตัดนานกว่า 6 เดือน (ปราณี มีหาญพงษ์ และคณะ, 2023)

ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการผ่าตัด สาเหตุการเกิดอาจไม่แน่นอน เป็นกระบวนการที่ซับซ้อน แต่เกิดขึ้นได้จากหลากหลายปัจจัยเสี่ยง เช่น ผู้ป่วยสูงอายุ ดังนั้น บุคลากรควรมี ความเข้าใจในกระบวนการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา เพื่อเฝ้าระวังและลดภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้นได้ (นิศารัตน์ ยุวพัฒน์วงศ์ และลัดดา เหลืองรัตนมาศ, 2559)

ในผู้ป่วยที่ทำการเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมชนิด cementless สามารถลงน้ำหนักบางส่วนได้ทันทีหลัง ผ่าตัด ร่วมกับการใช้อุปกรณ์ช่วยเดิน และลงน้ำหนักเต็มที่ประมาณ 6 สัปดาห์หลังผ่าตัด ในผู้ป่วยที่รับการ เปลี่ยนข้อเทียมชนิด cemented สามารถลงน้ำหนักได้เต็มที่ทันทีหลังผ่าตัด และผู้ป่วยที่มีภาวะกระดูกข้อ สะโพกหัก จะมีความสามารถในการเคลื่อนไหว และการช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตร ประจำวันลดลง

ในผู้ป่วยที่ได้รับการเปลี่ยนข้อสะโพก เนื่องจากกระดูกข้อสะโพกหัก สามารถเริ่มทำกายภาพได้ทันที ตั้งแต่วันแรกภายหลังจากผ่าตัด ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยฟื้นตัวได้เร็วขึ้น ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน หลังการผ่าตัด และลดเวลาการนอนโรงพยาบาล โดยเป้าหมายการทำกายภาพในระยะแรก คือการป้องกันภาวะแทรกซ้อน ภายหลังจากผ่าตัด รวมถึงมุ่งเน้น ให้ผู้ป่วยสามารถเคลื่อนย้ายตัว และสามารถทำกิจวัตรประจำวันพื้นฐานได้ นอกจากนี้ผู้ป่วยจำเป็นต้องทำกายภาพบำบัดต่อเนื่อง ในระยะยาว เพื่อเพิ่มความ แข็งแรงของกล้ามเนื้อขา และฝึกการทรงตัว เพื่อป้องกันการหกล้ม และเกิดภาวะข้อสะโพกหักซ้ำ

### 1.8 การป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม

ภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้น จากการปฏิบัติตัวไม่ถูกต้อง เช่น

1. ห้ามงอข้อสะโพกมากเกินไป 90 องศา เพราะในท่านี้อาจจะทำให้ข้อสะโพกเทียมที่ใส่ไว้เคลื่อนหลุดได้
2. ห้ามไขว้ขาในขณะที่อยู่ในท่านอน นั่ง หรือยืนโดยเฉพาะขาข้างที่ผ่าตัด
3. หลีกเลี่ยงการนั่งเก้าอี้เตี้ย หรือนั่งยอง ควรเลือกเก้าอี้ที่สูงพอดีที่จะไม่ทำให้ข้อสะโพกงอเกิน 90 องศา ควรปรับเก้าอี้ให้สูงพอดีโดยการใช้นั่งให้สูงขึ้น
4. หลีกเลี่ยงการนั่งเก้าอี้ที่ไม่มีที่วางแขน เพราะที่วางแขนจะช่วยเหลือได้ในขณะที่จะลุกขึ้นยืนหรือเปลี่ยนอิริยาบถ
5. หลีกเลี่ยงการวิ่ง หรือกระโดด เพราะจะทำให้ข้อหลุดหลวม หรือแตกหักได้
6. หลีกเลี่ยงการยกของหนัก การดันสิ่งของ และการหมุนตัวอย่างรวดเร็ว
7. หลีกเลี่ยงการก้มพร้อมก้มย่นลงน้ำหนัก เช่น การป็นเขา หรือบันไดที่ชัน
8. ควรป้องกันการล้ม โดยใช้ไม้เท้า หรืออุปกรณ์ช่วยพยุงเดินจนกว่าข้อสะโพกจะแข็งแรงพอและเคลื่อนไหวได้ดี

### 2. โรคกระดูกพรุน

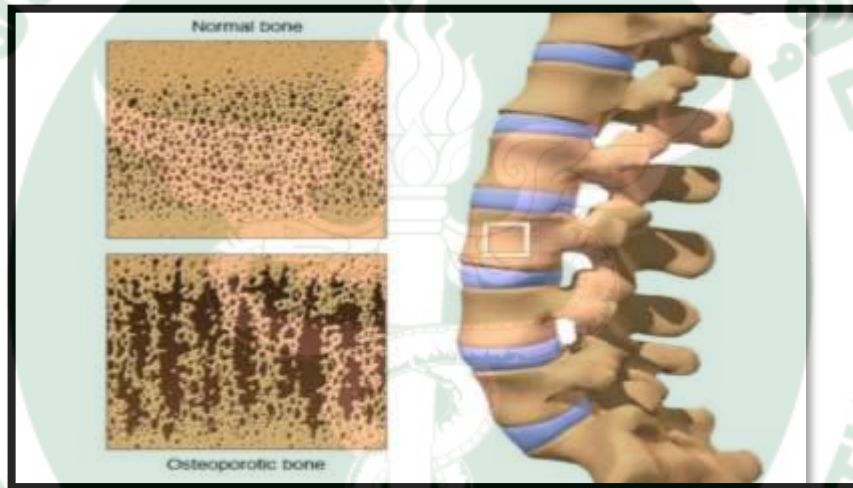
คือ โรคที่ความหนาแน่นของเนื้อกระดูกน้อยลง ความแข็งแรงของกระดูกลดลง จากการสะสมกระดูกน้อยเกินไป ในขณะที่กำลังเจริญเติบโต หรือมีการสูญเสียมวลกระดูกอย่างมาก หลังจากเจริญเติบโตเต็มที่แล้วทำให้กระดูกเปราะบาง (รูปภาพที่ 6) ไม่สามารถรับน้ำหนัก และแตกหักตามมา อาจเกิดมาจาก 2 ปัจจัย คือ พันธุกรรม และการดำเนินชีวิตที่มีผลต่อการเกิดภาวะกระดูกพรุนได้เร็วขึ้น โดยปกติมักพบมากในเพศหญิง แต่เพศชายสามารถพบได้ 20 % โรคนี้ส่วนใหญ่มักเกิดขึ้นในวัยกลางคน และผู้สูงอายุ แต่ก็สามารถพบได้ในวัยหนุ่มสาว

โรคกระดูกพรุนพบมากในอายุมากกว่า 70 ปี เพศหญิง โสต รายได้น้อย ภาวะ Malnutrition หรือมีปัญหา ด้านการเดิน เป็นต้น หากไม่ได้รับการวินิจฉัยหรือรักษา มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดกระดูกหัก แม้ได้รับอุบัติเหตุที่ไม่รุนแรง (fragility fracture หรือ osteoporotic fracture) ตำแหน่งที่เกิดการหักมักพบบริเวณข้อมือ กระดูกสันหลัง หรือกระดูกสะโพก หากไม่ได้รับการผ่าตัด ส่งผลให้คุณภาพ นอนติดเตียง และเสียชีวิตได้ เมื่อเกิดกระดูกหักจากกระดูกพรุน จากความแข็งแรงของกระดูกลดลง มวลกระดูกที่เปราะบาง แม้เพียงสิ่งหนักก็หักได้ง่าย เช่น การล้มในแนวราบ อุบัติเหตุที่ไม่รุนแรง หรือหากมีอะไรมากระแทกเพียงเล็กน้อย ก็สามารถประสบภาวะกระดูกหักที่ร้ายแรงได้ เพราะฉะนั้นจึงไม่ควรละเลย ภาวะกระดูกหักจากกระดูกพรุน

จากสถิติพบว่า มีอัตราการเสียชีวิตภายในปีแรก 20 % และเป็นต้นเหตุที่นำไปสู่ความพิการได้ ผู้ป่วยกระดูกสะโพกหัก 40 % ไม่สามารถเดินได้ด้วยตนเอง ส่วน 60 % ผู้ป่วยต้องพึ่งพาผู้อื่นในการปฏิบัติ



กิจวัตรประจำวัน ปัญหากระดูกหักในผู้สูงอายุ ขึ้นอยู่กับว่าล้มท่าไหน ถ้ากระดูกข้อมือหัก กระดูกหลังทรุดตัวไม่ถึงขั้นที่จะเสียชีวิตได้ และมักไม่จำเป็นต้องผ่าตัด ส่วนกระดูกสะโพกหัก ถ้าไม่ได้รับการผ่าตัด อาจต้องนอนติดเตียง ทำให้เกิดโรคแทรกซ้อนจากการนอนนิ่ง ๆ เป็นระยะเวลานานทำให้เกิดแผลกดทับ กระเพาะปัสสาวะอักเสบติดเชื้อและติดเชื้อได้ หรือปอดบวม ปอดติดเชื้อ ซึ่งอาจทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ในที่สุด

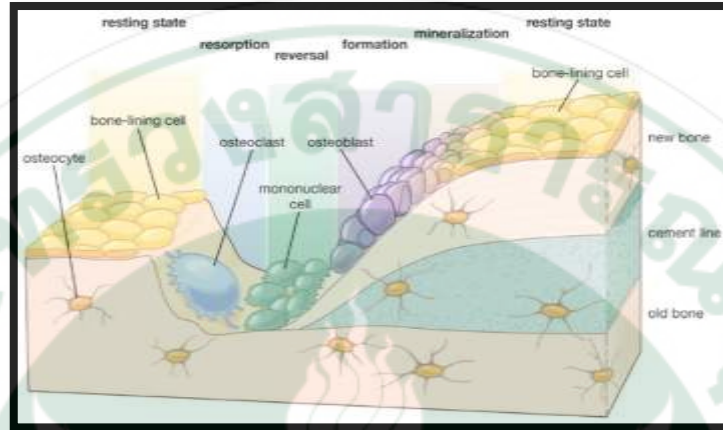


รูปภาพที่ 6 ความหนาแน่นของกระดูกลดลง

หมายเหตุ. จาก : <https://healthathome.in.th/blog/osteoporosis>

## 2.1 พยาธิสรีรวิทยา

ขบวนการสลายกระดูกนี้ใช้เวลาประมาณ 2 สัปดาห์ หลังจากนั้น osteoclast จะตายไป และมีการหลั่ง BMPs (Bone Morphogenic Proteins) และ Wnt กระตุ้นให้ osteoblast precursor เจริญไปเป็น active osteoblast ซึ่งจะทำหน้าที่สร้างกระดูกขึ้นมาใหม่ โดยสร้างเป็น non-mineralized matrix (osteoid) ซึ่งประกอบด้วย collagen type I และโปรตีนต่าง ๆ ก่อนแล้ว จึงมีการสะสมแร่ธาตุ (mineralization) เช่น calcium hydroxyapatite ทำให้กระดูกมีความแข็งแรง ในระหว่างการสร้างกระดูก osteoblast บางส่วนจะเข้าไปแทรกในเนื้อกระดูก แล้วเปลี่ยนเป็น osteocyte และสร้างเครือข่ายเชื่อมกันระหว่างเซลล์เป็นร่างแหต่อไป กระบวนการสร้างกระดูกนี้ใช้เวลานาน ประมาณ 3-6 เดือน และการสะสมแร่ธาตุจะเพิ่มได้มากที่สุดในช่วงระยะเวลาประมาณ 3 ปี จะเห็นได้ว่าหากมีสิ่งใดมารบกวนสมดุลในกระบวนการปรับแต่งกระดูกนี้ เช่น กระตุ้นการทำงานของ osteoclast หรือขัดขวางการทำงานของ osteoblast หรือทำให้กระบวนการสะสมแร่ธาตุ เกิดได้ไม่เต็มที่ ย่อมมีผลทำให้ความแข็งแรงของกระดูกลดน้อยลง และนำไปสู่โรคกระดูกพรุน (รูปภาพที่ 7)



รูปภาพที่ 7 ขบวนการสลายของกระดูก

หมายเหตุ. จาก : <https://w1.med.cmu.ac.th/obgyn/lecturestotics/46768/>

## 2.2 ชนิดของโรคกระดูกพรุน

1. โรคกระดูกพรุนปฐมภูมิ เป็นภาวะที่ความแข็งแรงของกระดูก ลดลงตามธรรมชาติ พบในชายสูงอายุ หรือหญิงวัยหมดประจำเดือน
2. โรคกระดูกพรุนทุติยภูมิ เป็นภาวะที่ทำให้ความแข็งแรงของ กระดูกลดลงก่อนวัยอันควร เช่น โรคทางพันธุกรรม โรคทางอายุรกรรม โรคต่อมไร้ท่อ ยาบางชนิด ดังนี้
  - 2.1 ความผิดปกติของการสร้างคอลลาเจน เช่น Osteogenesis imperfecta
  - 2.2 ความผิดปกติของกระบวนการสร้างและการสลายกระดูก เช่น Paget's disease
  - 2.3 โรคต่อมไร้ท่อ เช่น เบาหวาน ไทรอยด์เป็นพิษ โรคต่อมหมวกไตทำงานเกิน (Cushing's syndrome) ภาวะพร่องฮอร์โมนเพศ และเนื้องอกต่อมใต้สมองบางชนิด เป็นต้น
  - 2.4 โรคทางอายุรกรรม เช่น โรคไตวายเรื้อรัง โรคตับวาย โรคเลือด ธาลัสซีเมีย โรคมะเร็งโรครุมตอยด์ เป็นต้น
  - 2.5 ยาบางชนิด เช่น สเตียรอยด์ ฮอร์โมนไทรอยด์ ยากันชัก ยาต้านเศร้า ยาลดกรด ยารักษา มะเร็ง ยาต้านการแข็งตัวของเลือด เป็นต้น

## 2.3 อาการและอาการแสดง

ช่วงแรกจะสังเกตเห็นอาการ แต่หากพบว่าส่วนสูงเริ่มลดลง มีอาการหลังค่อมต่อมา รู้สึกปวดที่กระดูกโดยปวดลึกๆ ที่กระดูก เช่น ที่กระดูกหลังขา กระดูกจะหักง่ายเมื่อล้ม

## 2.4 ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคกระดูก

1. ผู้หญิงอายุต่ำกว่า 65 ปี หรือผู้ชาย อายุต่ำกว่า 70 ปีที่มีปัจจัยเสี่ยงอย่างน้อย 1 ข้อ
  - 1.1 หมดประจำเดือนก่อนอายุ 45 ปี
  - 1.2 มีภาวะขาดฮอร์โมนเอสโตรเจน ก่อนเข้าสู่วัยหมดประจำเดือนต่อเนื่องนานกว่า 1 ปี
  - 1.3 รับประทานยาคอร์ติโคสเตียรอยด์เป็นระยะเวลาานาน
  - 1.4 น้ำหนัก (กก.) ส่วนสูง (เมตร) 2 มีประวัติบิดามารดาเกิดกระดูกสะโพกหัก

- 1.5 ผู้หญิงวัยหมดประจำเดือนที่มีดัชนีมวลกายน้อยกว่า 19 กก./ตรม.
2. ตรวจพบภาวะกระดูกบาง หรือ กระดูกสันหลังผิดรูปจากภาพเอกซเรย์
3. มีประวัติกระดูกหักจากอุบัติเหตุไม่รุนแรง
4. ส่วนสูงลดลง หรือ มีอาการหลังงม่งในผู้สูงอายุ การที่ส่วนสูงลดลงอาจเกิดจากภาวะกระดูกพรุน ทำให้กระดูกสันหลังบางซ้อมีการยุบตัว ส่งผลต่อความสูงได้ โดยที่อาจไม่มีอาการปวด

## 2.5 ความเสี่ยงของโรคกระดูกพรุน

1. ศึกษาเพื่อค้นหากลุ่มที่เสี่ยงต่อโรคกระดูกพรุนของประเทศในแถบทวีปเอเชีย โดยใช้สูตรในการคำนวณความเสี่ยงที่เรียกชื่อย่อว่า OSTA (Osteoporosis Self-Assessment for Asians) index

$$0.2 \times (\text{น้ำหนักตัว} - \text{อายุ})$$

2. ความเสี่ยงโรคกระดูกพรุน (Osteoporosis)

- 2.1 ความเสี่ยงของโรคกระดูกพรุนน้อยกว่า - 4 คือ มีความเสี่ยงสูง
- 2.2 อยู่ระหว่าง - 4 ถึง - 1 คือ มีความเสี่ยงปานกลาง
- 2.3 ตั้งแต่ -1 ขึ้นไป คือ มีความเสี่ยงต่ำ

สำหรับอายุใช้หน่วยเป็นปี และน้ำหนักตัวใช้หน่วยเป็นกิโลกรัม ผลลัพธ์ที่ได้ให้ตัดจุดทศนิยมออก ค่าที่ได้บอกถึงความจำเป็นในการตรวจวัดความหนาแน่นของกระดูกด้วยเครื่อง DEXA เพื่อการตรวจคัดกรองหาโรคโรคกระดูกพรุน

## 2.6 การประเมินความเสี่ยง

Fracture Risk Assessment Tool (FRAX) ซึ่งใช้ทำนายความเสี่ยงต่อการเกิดกระดูกหักบริเวณสะโพก หรือกระดูกหักที่ตำแหน่งสำคัญ เช่น กระดูกสันหลัง กระดูกสะโพก กระดูกต้นแขน และกระดูกแขน ในระยะเวลาอีก 10 ปีข้างหน้า เครื่องมือนี้ช่วยประเมินความจำเป็น ในการส่งตรวจมวลกระดูกในคนที่อายุน้อยกว่า 65 ปี และยังช่วยประเมิน ความจำเป็นในการเริ่มรักษาโดยใช้ยา (รูปภาพที่ 8)

รูปภาพที่ 8 เครื่องมือการประเมินความเสี่ยง (FRAX)

หมายเหตุ. จาก : <https://www.thaiendocrine.org/th/2018/03/01/เครื่องมือคำนวณความเสี่ยง>

## 2.7 การวินิจฉัยโรคกระดูกพรุน

เมื่อผู้ป่วยเกิดกระดูกหักโดยไม่ได้อุบัติเหตุรุนแรง ควรสงสัยว่าอาจ มีการเกิดกระดูกหักจากภาวะกระดูกพรุน การซักประวัติ ตรวจร่างกายรวมถึงการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ เป็นสิ่งสำคัญในการหาสาเหตุของภาวะกระดูกพรุน ปัจจุบันแพทย์สามารถวินิจฉัยโรคกระดูกพรุนได้ โดยการวัดความหนาแน่นของเนื้อกระดูก (BMD) Bone mineral density การตรวจนี้จะใช้แสงเอ็กซเรย์ที่มีปริมาณน้อยมาก ส่องบริเวณที่ต้องการตรวจ แล้วใช้คอมพิวเตอร์ (DEXA) คำนวณหาค่าความหนาแน่นของกระดูก เปรียบเทียบกับค่ามาตรฐาน หากความหนาแน่นของกระดูกลดลง 1 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation, SD) ความเสี่ยงต่อกระดูกหักจะเพิ่มขึ้นเป็นเท่าแม้จะมีการตรวจโดยวัดความหนาแน่นของกระดูกแล้ว ยังต้องมีปัจจัยอื่นๆ ร่วมด้วยในการการวินิจฉัย

### 1.จากการซักประวัติ

1.1 กลไกการเกิดกระดูกหัก ได้รับอุบัติเหตุรุนแรงหรือไม่

1.2 อาการเกี่ยวกับโรคกระดูก เช่น เสียวฟัน ฟันกร่อน ปวดกระดูก ปวดหลัง ปวดข้อต่อเวลาเดิน

1.3 ประวัติกระดูกหักในอดีต

1.4 ประวัติกระดูกหักในครอบครัว โดยเฉพาะอย่างยิ่งกระดูกสะโพก

1.5 โรคประจำตัวเดิม โรคร่วมทางอายุรกรรมต่างๆ

1.6 ประวัติประจำเดือน อายุที่หมดประจำเดือน การผ่าตัดมดลูก หรือรังไข่

1.7 ยาที่ใช้ประจำ การดื่มเหล้า สูบบุหรี่

1.8 กิจกรรมทางกาย การออกกำลังกาย การตากแดด ลักษณะการสวมใส่ เสื้อผ้ามิดชิด

รวมทั้งการทาครีมกันแดด

1.9 ภาวะโภชนาการ การรับประทานอาหารที่มีส่วนประกอบของ แคลเซียมและวิตามินดี

1.10 ประวัติการหกล้มปัจจัยเสี่ยงต่อการหกล้ม สายตา การมองเห็น ลักษณะบ้านที่ส่งผลต่อการหกล้ม

### 2. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

2.1 การตรวจทางห้องปฏิบัติการพื้นฐาน เช่น Complete blood count (CBC), BUN, creatinine, liver function test, Serum calcium, phosphate, albumin, alkaline phosphatase

2.2 การส่งตรวจพิเศษทางห้องปฏิบัติการเฉพาะโรค พิจารณาตามความเหมาะสมเฉพาะรายที่สงสัยเช่น thyroid function test, intact parathyroid, 25-hydroxy vitamin D level, 24-hour urine free, cortisol, Testosterone เป็นต้น

## 2.8 การตรวจมวลกระดูก (Bone mineral density: BMD)

องค์การอนามัยโลก (WHO) ได้กำหนดเกณฑ์การวินิจฉัยโรคกระดูกพรุน โดยการตรวจมวลกระดูกด้วยเครื่อง dual-energy x-ray absorptiometry บริเวณกระดูกสันหลังส่วนเอว และสะโพก (axial DXA) โดยเปรียบเทียบกับค่าเฉลี่ยของหญิงปกติในช่วงอายุที่มีมวลกระดูกสูงสุด (peak bone mass) คือ ช่วงอายุ 22 – 25 ปี

T-Score เป็นหน่วยวัดความหนาแน่นของกระดูก ในเชิงเปรียบเทียบกับกระดูกของผู้อื่นที่อยู่ในวัย 30 ปี ที่ถือว่าเป็นวัยที่กระดูกกำลังมีความหนาแน่นสูงที่สุดเป็นมาตรฐาน ฉะนั้นกระดูกท่านใด ที่มีความหนาแน่นต่ำกว่ามาตรฐานจะมีศัพท์ เรียกว่า “ค่ามวลกระดูกที่เบี่ยงเบนจากมาตรฐาน” (SD) ซึ่งในการนี้ องค์การอนามัยโลก ได้เป็นผู้ตั้งค่า Bone mineral density (BMD) ว่าเป็นกี่เท่าในความเบี่ยงเบนจากค่ามาตรฐาน SD ดังนี้

0 SD = BMD สูงที่สุดของคนวัยหนุ่มสาว

1 ถึง -1 SD = ค่า BMD ในผู้ที่มีสุขภาพกระดูกเป็นปกติดีที่สุด

1 ถึง -2.5 SD = ค่า BMD ในผู้ที่มีมวลกระดูกน้อย (โรคมวลกระดูกน้อย)

2.5 SD หรือต่ำกว่า = ค่า BMD ในผู้ที่มีมวลกระดูกต่ำกว่าบุคคลวัยหนุ่มสาวที่อายุ 30 ปีประมาณ

2.5 เท่าหรือต่ำกว่านั้น ซึ่งถือว่าเป็นโรคกระดูกพรุน

ผู้ที่ควรได้รับการตรวจมวลกระดูก (Bone mineral density: BMD)

1. เสี่ยงสูงต่อกระดูกหักหรือต่อโรคกระดูกพรุน
2. ผู้หญิงที่มีอายุมากกว่า 65 ปีขึ้นไป และผู้ชายที่มีอายุ 70 ปีขึ้นไป
3. ผู้หญิงที่หมดประจำเดือนก่อนอายุ 45 ปี
4. ผู้หญิงวัยหมดประจำเดือนที่มีค่าดัชนีน้อยกว่า -4 ซึ่งคำนวณได้จากสูตร  
 $0.2 \times (\text{น้ำหนัก-อายุ})$  หรือมีค่าดัชนีมวลกาย (BMI) น้อยกว่า 19
5. ผู้ที่เสี่ยงเป็นโรคกระดูกพรุน ได้แก่

5.1 มีประวัติคนในครอบครัวเป็นโรคกระดูกพรุนหรือกระดูกหักจากโรคกระดูกพรุน

5.2 มีประวัติเคยมีกระดูกสะโพกหัก กระดูกสันหลังหัก หรือกระดูกหักที่ตำแหน่งอื่น ๆ

จากอันตรายหรืออุบัติเหตุที่ไม่รุนแรง

5.3 ผู้หญิงวัยหมดประจำเดือนที่มีความสูงของร่างกายลดลงมากกว่า 3 เซนติเมตร

(จากความสูงเดิม) หรือเป็นโรคเป็นมะเร็งเต้านม

5.4 ผู้ชายที่มีอายุมากกว่า 50 ปีที่มีความสูงของร่างกายลดลงมากกว่า 3 เซนติเมตร

หรือมีอาการของภาวะขาดฮอร์โมนเพศชาย หรือเป็นโรคมะเร็งต่อมลูกหมาก

5.5 ผู้ที่เป็นโรคเบาหวาน โรคตับเรื้อรัง โรคไตเรื้อรัง โรคลำไส้อักเสบเรื้อรัง โรคการดูดซึมของระบบทางเดินอาหารผิดปกติ หรือโรคข้ออักเสบเรื้อรัง ผู้ที่เป็นโรคต่อมไทรอยด์และโรคต่อมพาราไทรอยด์ ผู้ที่มีอาการหลังค่อมหรือหลังโค้งงอผิดปกติ

5.6 ผู้ที่สูบบุหรี่จัดหรือดื่มแอลกอฮอล์จัดเป็นประจำ ผู้ที่รับประทานยารักษาโรค เช่น ยาสเตียรอยด์ ยาไทรอยด์ ยามะเร็ง ยาคุมขัก เป็นต้น

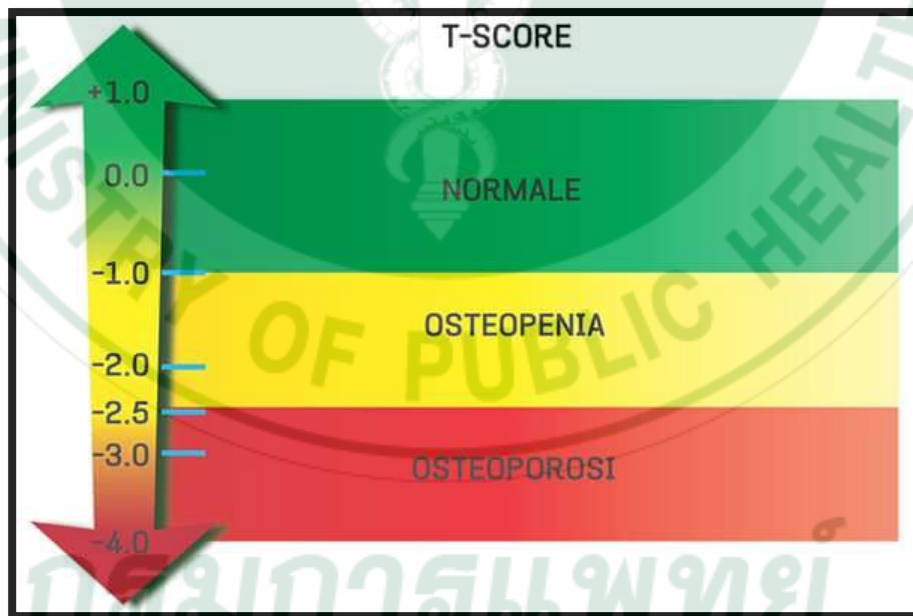
## 2.9 เกณฑ์วินิจฉัยโรคกระดูกพรุน (Osteoporosis) (รูปภาพที่ 9)

T-score  $> -1$  SD แสดงว่า กระดูกปกติ (Normal)

T-score  $-2.5$  to  $-1.0$  SD แสดงว่า กระดูกบาง (Osteopenia)

T-score  $\leq -2.5$  SD แสดงว่า กระดูกพรุน (Osteoporosis)

T-score  $\leq -2.5$  SD ร่วมกับมีกระดูกหักจากความเปราะบาง แสดงว่า กระดูกพรุนอย่างรุนแรง (Severe Osteoporosis)



รูปภาพที่ 9 หน่วยวัดความหนาแน่นของกระดูก

หมายเหตุ. จาก : <https://medthai.com/การตรวจ-bone-mineral-density-test/>

## 2.10 การรักษาโรคกระดูกพรุน (Medical treatment of Osteoporosis)

เป้าหมายในการรักษาโรคกระดูกพรุน คือ การป้องกันการเกิดกระดูกหักจากความเปราะบาง (Fragility fractures or low trauma fractures) และลดความเสี่ยงต่อการเกิดกระดูกหัก (Reduced fracture risk) การรักษาประกอบด้วย การให้ยา การหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงที่จะทำให้หกล้มหรือบาดเจ็บ การ

ออกกำลังกาย ในกรณีที่มีผลการตรวจวัดความหนาแน่นของกระดูก ควรแจ้งให้ร่างกายภาพบำบัดทราบถึง ความรุนแรงของโรคกระดูกพรุน เพื่อให้สามารถจัดโปรแกรมการออกกำลังกายให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย กลุ่มยาที่ใช้รักษาโรคกระดูกพรุน

หากมีความหนาแน่นของมวลกระดูก (BMD) T-score ที่ต่ำกว่า-2.5 หรือมีประวัติ กระดูกหัก ร่วมด้วย นอกจากการได้แคลเซียมและวิตามินดีที่เพียงพอแล้ว ควรได้รับการรักษาทางยา ร่วมด้วย

1. ฮอร์โมนเอสโตรเจน มักให้ในกลุ่มผู้ป่วยตัดรังไข่ ลดอาการที่เกิดจากการหมดประจำเดือน
2. SERMs (Selective Estrogen Receptor Modulator) ยาประเภทนี้ สามารถลดการ สูญเสียมวลกระดูก และลดการเปราะหักของกระดูก
3. Calcitonin ช่วยป้องกันการสูญเสียของมวลกระดูก ลดอุบัติเหตุกระดูกสันหลังหัก บรรเทาอาการปวดได้
4. Bisphosphonates ยับยั้งการสลายกระดูกได้ ช่วยลดความเสี่ยงต่อกระดูกสันหลังยุบ แต่มีข้อควรระวังคือ มีโอกาสที่จะเกิดแผลที่หลอดอาหาร

การตรวจติดตามการเปลี่ยนแปลงความหนาแน่นของกระดูก ไม่ว่าจะเป็นรายที่ได้รับการรักษา ด้วยยาหรือไม่ก็ตาม ไม่ควรตรวจถี่กว่า 2 ปี โดยอาศัยหลักคิด ดังนี้

1. ในกรณีที่ตรวจพบว่าความหนาแน่นของกระดูกปกติ (T-score ไม่ต่ำกว่า -1 SD) การตรวจ ความหนาแน่นกระดูกถี่กว่าทุก 5 ปี จึงไม่น่าจะมีประโยชน์ ถ้าสตรีรายนั้นมีได้มีปัจจัยเสี่ยงอื่นเพิ่มเติมจากการ ประเมินในครั้งแรก
2. สำหรับผู้ที่เป็นโรคกระดูกพรุนและอยู่ระหว่างการรักษา แนะนำให้ตรวจ ติดตามผลไม่ถี่กว่า ทุก 2 ปี
3. ผู้ที่มีภาวะกระดูกบาง (Osteopenia, T-score ระหว่าง -2.5 SD ถึง -1 SD) แนะนำให้ ตรวจวัดความหนาแน่นของกระดูก ห่างกันประมาณ 2-5 ปี เพื่อติดตามการรักษา
4. เน้นการปฏิบัติตัว การออกกำลังกายสม่ำเสมอ การรับแสงแดด วิตามินดี
5. การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเรื่องการกิน เช่น งดชา กาแฟ น้ำอัดลม การงดสูบบุหรี่ แอลกอฮอล์ ให้เสริมสร้างอาหารที่มีแคลเซียม เช่น ปลาเล็กปลาน้อย ผักใบเขียว งาดำ นม เป็นต้น

## 2.11 การประเมินความเสี่ยงต่อการหกล้ม

การประเมินความเสี่ยงต่อการหกล้มมีวัตถุประสงค์ เพื่อนำผลการประเมินมาวางแผนการ ดูแลป้องกัน และให้คำแนะนำเพื่อไม่ให้เกิดการหกล้ม การประเมินควรประเมินอย่างต่อเนื่อง ตามสภาพและ อาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย การประเมินความเสี่ยงต่อการหกล้ม ควรประเมินในประเด็นต่าง ๆ

1. การซักประวัติเกี่ยวกับรายละเอียดของการหกล้ม ประกอบด้วย สถานที่หกล้ม ลักษณะ การหกล้ม กิจกรรมที่ทำขณะหกล้ม และจำนวนครั้งของการหกล้ม

2. การตรวจร่างกาย ประกอบด้วย การรับรู้ลักษณะและท่าทางในการทรงตัว และการเดิน กำลั๊งกล้ามเนื้อ และการเคลื่อนไหวของข้อที่บริเวณแขนและขา ตรวจเท้าและรองเท้า ประเมินการมองเห็น และตรวจวัดสัญญาณชีพ

3. การประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และประเมินการใช้อุปกรณ์ช่วยเดิน

4. ประเมินสภาพแวดล้อมที่บ้าน

5. ประเมินภาวะกระดูกพรุน และความเสี่ยงต่อการเกิดกระดูกหัก

6. การประเมินความเสี่ยงต่อการหกล้ม อาจใช้เครื่องมือสำเร็จรูป ในการประเมิน เช่น เครื่องมือ ประเมินความเสี่ยงต่อภาวะหกล้มในชุมชน (Thai Fall Risk Assessment Tool, Thai - FRAT) หรือเครื่องมือ อื่น ๆ ที่มีการพัฒนาจากหลายสถาบัน แต่ยังไม่มืเครื่องมือใดที่เป็นมาตรฐาน ขึ้นอยู่กับบริบทและความเหมาะสมของการนำมาใช้

### 2.12 สาเหตุของการเกิดกระดูกหักซ้ำจากโรคกระดูกพรุน

สาเหตุของการเกิดกระดูกหักซ้ำ ในผู้ป่วยสูงอายุที่มีกระดูกสะโพกหัก ได้แก่ การหกล้ม (fall) ทั้งนี้เนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มนี้เป็นผู้ที่มีภาวะกระดูกพรุนอยู่แล้ว เมื่อได้รับแรงกระแทก เพียงเล็กน้อยจากการหกล้มในทำยยืนหรือแวนราบ เช่น ขณะเดินภายในบ้าน ลื่นล้มในห้องน้ำ ลื่นล้มในห้องน้ำ เป็นต้น จึงทำให้เกิดกระดูกหักง่าย ร่วมกับการหกล้มเป็นหนึ่งในกลุ่มอาการ ผู้สูงอายุที่บุคลากรทางการแพทย์ต้องให้ความสำคัญ และหาวิธีการป้องกันไม่ให้เกิดซ้ำ การหกล้มในผู้สูงอายุมีปัจจัยต่างๆ เกี่ยวข้องมากมาย ทั้งปัจจัยภายในตัวผู้ป่วยเอง และ ปัจจัยภายนอก ซึ่งปัจจัยที่ทำให้เกิดความเสี่ยงต่อการหกล้ม

1. ปัจจัยภายใน เช่น อายุ เพศ โรคประจำตัว กล้ามเนื้ออ่อนแรง การทรงตัว การรับรู้ การได้ยิน การบกพร่องของการรู้คิด การกลืนปัสสาวะไม่ได้ มีประวัติการหกล้ม พฤติกรรมเสี่ยงในการดำเนินชีวิต เช่น การสวมใส่รองเท้าที่ไม่เหมาะสม

การรับประทานยาที่มีความสัมพันธ์กับการหกล้ม เช่น ยาจิตเวช ยารักษาหัวใจเต้นผิดจังหวะ ยาลดความดันโลหิต ยาแก้ปวด และยานอนหลับ

2. ปัจจัยภายนอก สภาพแวดล้อมไม่ปลอดภัยทั้งในบริเวณบ้าน และชุมชน เช่น ทางลาดเอียง พื้นลื่น มีสิ่งกีดขวางทางเดิน พื้นต่างระดับ ไม่มีราวจับ แสงสว่างไม่เพียงพอ หรือมีสัตว์เลี้ยง

2.2 ไม่มีอุปกรณ์ช่วยเดิน หรือมีแต่ไม่ใช่นอกจากนั้น อุปกรณ์ช่วยเดินที่มีอาจไม่ เหมาะสม หรือชำรุด

2.3 เสื้อผ้า หรือรองเท้าที่สวมใส่ไม่เหมาะสม เช่น เสื้อผ้าที่มีความยาวมากเกินไป อาจทำให้สะดุดหกล้ม หรือรองเท้าที่ไม่กระชับ เท้าไม่มีสายรัดส้นเท้า หรือพื้นรองเท้าลื่น และลื่น ทำให้หกล้มได้เช่นกัน

### 2.13 การป้องกันการหกล้มในผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะกระดูกพรุน

การป้องกันการหกล้มในผู้ป่วยสูงอายุ ยังเป็นสิ่งสำคัญอีกประการหนึ่ง รวมไปถึงผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงของภาวะกระดูกพรุน หรือมีปัญหากระดูกหัก โดยได้รับอุบัติเหตุที่ไม่รุนแรง ควรได้รับคำแนะนำให้



ออกกำลังกายชนิดลงน้ำหนัก (Weight bearing exercise) อย่างสม่ำเสมอ เช่น เดินเร็ว วิ่งเหยาะๆ ซึ่งช่วยเพิ่มเพื่อเพิ่มความแข็งแรงของกระดูก และกล้ามเนื้อ รับแสงแดดยามเช้าวันละ 15-30 นาที รับประทานอาหารที่มีแคลเซียม และวิตามินดี นอกจากนี้ ควรจัดบ้าน และสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัย (Home Safety Assessment) ไม่มีสิ่งกีดขวางทางเดิน แสงสว่างเพียงพอ พื้นเรียบไม่ขรุขระ และไม่ควรมีลวดลายเพื่อป้องกันและลดโอกาสการพลัดตกหกล้ม ป้องกันการเกิดกระดูกหักซ้ำ ลดภาวะทุพพลภาพ และอัตราการเสียชีวิตในอนาคต และการป้องกันไม่ให้เกิดกระดูกหักซ้ำในผู้ป่วยสูงอายุที่มีกระดูกสะโพกหัก เป็นสิ่งสำคัญเนื่องจากผู้ป่วยในกลุ่มนี้ เป็นผู้ป่วยที่มีการลดลงทั้งมวลกระดูก และคุณภาพกระดูก ร่วมกับเคยมีกระดูกหักจากโรคกระดูกพรุนมาก่อน จึงมีโอกาสสูงมากที่จะเกิดกระดูกหักซ้ำได้อีก เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาในการป้องกันกระดูกหักซ้ำอย่างถูกต้อง จากผู้เชี่ยวชาญสาขาต่างๆ ได้แก่ แพทย์ออร์โธปิดิกส์ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านผู้สูงอายุ แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว พยาบาลออร์โธปิดิกส์ โภชนากร เกษีชร นักกายภาพบำบัด เป็นต้น

เนื่องจากการหกล้มเป็นสาเหตุสำคัญของการเกิดกระดูกหักซ้ำ ดังนั้น การป้องกันการหกล้มจึงเป็นวิธีการป้องกัน ไม่ให้เกิดกระดูกหักซ้ำนั่นเอง การป้องกันการหกล้มในผู้ป่วยแต่ละราย ควรต้องพิจารณาจาก ผลการประเมินความเสี่ยงต่อการหกล้มของผู้ป่วยรายนั้น ๆ จึงจะเป็นการป้องกันได้อย่างตรงประเด็น ปัญหาซึ่งการป้องกันการหกล้มที่เรียงตามระดับความสำคัญ มีดังนี้

1. ปรับสภาพแวดล้อมของบ้านให้ปลอดภัย ได้แก่บริเวณพื้นบ้านไม่ควรปูพรม เสื่อ หรือผ้าแยงรองพื้น และควรเก็บของให้เรียบร้อย ไม่วางของ หรือมีสายไฟกีดขวางทางเดิน และ หลีกเลี่ยงการใช้พรมเช็ดเท้า หรือเลือกใช้พรมเช็ดเท้าที่มียางกันลื่น ควรเก็บของที่ใช้บ่อยไว้ในที่ที่หยิบง่าย หลีกเลี่ยงการเอื้อม หรือการปีนป่าย ดูแลพื้นห้องน้ำไม่ให้ลื่น โดยแยกส่วนเปียกและส่วนแห้ง และใช้ผ้าแยงกันลื่นปูทับ บนพื้นห้องน้ำ ติดตั้งราวจับในห้องน้ำ หรือมีผู้ดูแลช่วยเหลือขณะเข้าห้องน้ำ แสงไฟในห้องนอนควรอยู่ในตำแหน่งที่เปิดง่าย แสงสว่างพอควรหรืออาจใช้โคมไฟหัวเตียง เพื่อให้ไม่ต้องลุกเดินไปเปิดไฟ ทางเดิน ในบ้านควรมีแสงสว่างเพียงพอโดยเฉพาะทางเดินจากเตียงนอนไปห้องน้ำ ตรวจสอบความแข็งแรงของ พื้นบริเวณทางเดินบันได ราวจับให้มีความแข็งแรงอยู่เสมอ ระวังดะวังสัตว์เลี้ยง หรือเด็กเล็กที่อาจทำให้ผู้สูงอายุสะดุด หรือเสียการทรงตัว

2. ออกกำลังกายเพื่อเพิ่มกำลังกล้ามเนื้อ เพิ่มความยืดหยุ่นของร่างกาย และฝึกการทรงตัวโดยควรปฏิบัติ เช่น ออกกำลังกายเพื่อเพิ่มความยืดหยุ่นของร่างกาย ทั้งกล้ามเนื้อแขน ขา และข้อต่อต่าง ๆ ออกกำลังกายเพื่อเพิ่มกำลังกล้ามเนื้อ โดยการใช้ดัมเบลล์ หรือการฝึกลูกยีน โดยใช้น้ำหนักตัวเป็นแรงต้าน ควรเริ่มด้วยการเคลื่อนไหวช้า ๆ แล้วค่อย ๆ เพิ่มขึ้นตามความสามารถของผู้ป่วย การฝึกการทรงตัว ควรฝึกในท่าการก้าวเดินไปในทิศทางต่างๆ หากเป็นท่ายืน ควรลดความกว้างของฐานการยืน จากกว้างให้ค่อย ๆ แคบลง ฝึกการถ่ายน้ำหนักระหว่างขา 2 ข้าง โดยควรทำอย่างน้อย 2 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ และต่อเนื่อง 6 เดือน จึงจะเห็นผล

3. ให้วิตามินดีเสริม อย่างน้อย 700 - 1,000 IU ต่อวัน
4. ทบทวนการใช้ยา โดยงดหรือลดการใช้ยาที่เสี่ยงต่อการหกล้ม และลดจำนวนยาที่ใช้ให้เหลือเฉพาะที่จำเป็น
5. แก้ไขปัญหาเรื่องการมองเห็น และการได้ยิน
6. แก้ไขปัญหาเรื่องความดันโลหิตลดต่ำจากการเปลี่ยนท่าทาง และการเป็นลมหมดสติจากการเคลื่อนไหวศีรษะ ในรายที่หกล้มบ่อยโดยไม่ทราบสาเหตุ
7. เลือกรองเท้าที่เหมาะสม ควรเป็นรองเท้าส้นเตี้ย และขอบมน พื้นรองเท้าควรมีดอกยาง เพื่อให้พื้นรองเท้าสามารถเกาะติดกับพื้นได้ดีขึ้น ป้องกันการลื่นหกล้ม และควรเป็นรองเท้าหุ้มส้น โดยส่วนที่หุ้มส้นและข้อเท้าควรมีความแข็งแรงพอสมควร เพื่อเป็นการพยุงข้อเท้าทำให้ทรงตัวได้ดีขึ้น รองเท้าควรมีหน้ากว้าง เพื่อให้นิ้วเท้าสามารถเคลื่อนไหวได้สะดวก พื้นรองเท้าด้านหน้า ควรเชิดขึ้นจากพื้นเล็กน้อย เพื่อให้เดินได้มั่นคง และป้องกันการสะดุดเท้าตัวเอง และรองเท้าควรปรับขนาดได้ เช่น รองเท้าผ้าใบ
8. แก้ไขความผิดปกติของเท้า เช่น ตาปลา นิ้วเท้าเอียงผิดรูป หรือมีบาดแผลที่เท้า เป็นต้น
9. ใช้อุปกรณ์ช่วยเดินที่เหมาะสม
10. ให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการหกล้มแก่ผู้ป่วย และผู้ดูแล รวมทั้งสร้างความตระหนักถึงภาวะแทรกซ้อน และอันตรายที่เป็นผลมาจากการหกล้ม การป้องกันกระดูกหักซ้ำในผู้ป่วยสูงอายุที่มีกระดูกสะโพกหักนั้น จำเป็นที่จะต้องอาศัยการประสานการดูแลของทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการประเมิน วินิจฉัย รักษา และป้องกันได้อย่างครอบคลุม การป้องกันการหกล้ม ด้วยวิธีการต่าง ๆ เป็นสิ่งที่จะช่วยป้องกันไม่ให้อายุผู้ป่วยเกิดกระดูกหักซ้ำได้ ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

### 3. ภาวะสับสนเฉียบพลัน

ภาวะสับสนเฉียบพลัน เป็นปัญหาสำคัญที่พบบ่อย ในผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัด โดยเฉพาะผ่าตัดข้อสะโพก ผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดข้อสะโพก มีอุบัติการณ์การเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันสูง ถึง 28 – 60 % เมื่อเกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน ผู้สูงอายุมักไม่ให้ความร่วมมือในการดูแลรักษาพยาบาล จะทำให้เกิดความยากลำบากในการดูแลรักษา และนำมาสู่การเกิดภาวะแทรกซ้อนที่ทำให้เพิ่มระยะเวลาในการอยู่ในโรงพยาบาล เพิ่มค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลรวมถึงเกิดการสูญเสียความจำระยะสั้น ความจำระยะยาว และอาจสูญเสียความจำแบบถาวร (Dementia) นำไปสู่การเพิ่มอัตราการเสียชีวิต

#### 3.1 พยาธิสรีรวิทยา

การเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุ ยังไม่ชัดเจน แต่เชื่อว่าเกิดจากหลายกระบวนการด้วยกัน โดยมีรายละเอียด ดังต่อไปนี้

1. การเปลี่ยนแปลงทางเมตาบอลิซึมของสมอง มีการเปลี่ยนแปลงของสารสื่อประสาทภาวะเครียด และการเจ็บป่วย ซึ่งส่งผลต่อ Dopamine norepinephrine เมื่อ Dopamine เพิ่มขึ้นจะควบคุมการทำงานของ Acetylcholine ดังนั้นควรระวังภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุที่ได้ยากระตุ้น Dopamine

นอกจากนี้เกิดจากขบวนการอักเสบ เมื่อร่างกายเกิดการอักเสบทำให้ออกซิเจนส่งผ่านเข้าสู่สมองโดยผ่านตัวกรองกั้นระหว่างเลือดกับสมอง (Blood brain barrier) ไปเลี้ยงสมองลดลง ทำให้แรงดันในสมองเพิ่มขึ้น ทำให้หลอดเลือดฝอยในสมองตีบ ทำให้เลือดไปเลี้ยงสมองไม่เพียงพอ ทำให้มีภาวะพร่องออกซิเจน

2. การเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุตามกระบวนการสูงอายุ มีการเปลี่ยนแปลงทางเมตาบอลิซึมของสมอง อีกทั้งมีการเปลี่ยนแปลงวงจรการนอนหลับ ระยะการเคลิ้มหลับที่ยาวนานขึ้น และการหลับลึกสั้นลง ทำให้หลับ ๆ ตื่น ๆ มีการเปลี่ยนแปลงของระบบทางเดินอาหาร การย่อยการดูดซึมลดลง ทำให้ผู้สูงอายุเบื่ออาหาร และมีภาวะพร่องทางโภชนาการ

ภาวะซึมสับสนเฉียบพลัน (Delirium) เป็นกลุ่มอาการของผู้สูงอายุ (Geriatric syndromes) ภาวะของความผิดปกติทางระบบประสาท และสมองมีการทำงานบกพร่องกะทันหัน (Acute brain failure) มักเกิดขึ้นในระยะสั้นๆ เป็นวันหรือเป็นชั่วโมง เป็นสัปดาห์ และมีอาการไม่คงที่ที่ผันผวนขึ้น ๆ ลง ๆ ในแต่ละวัน ซึ่งมีความเกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงทางสรีระวิทยา ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างฉับพลันของระดับความรู้สึกตัว ระดับความคิดลดลง (Cognitive decline) เกิดภาวะสมองเสื่อม (Dementia) ต่อไปได้ ถ้าไม่ได้รับการรักษา หรือรักษาไม่หายขาดในระยะเป็นปี การทำงานของร่างกายลดลง (Functional decline) ไม่ยอมทำอะไร เอาแต่นอน กล้ามเนื้ออ่อนแรง อ่อนเพลีย เสี่ยงต่อการหกล้ม อาจกลายเป็นผู้ป่วยติดเตียง จนเกิดภาวะแทรกซ้อนที่ร้ายแรง เช่น เกิดแผลกดทับ ปอดอักเสบจากการสำลัก ข้อยึดติด ภาวะหลอดเลือดอุดตัน เมื่อมีความรุนแรง และซับซ้อนมากขึ้น ต้องใช้เวลาในการรักษาพยาบาลนาน พร้อมค่าใช้จ่ายสูงขึ้น แม้อุบัติการณ์สูงขึ้น ถึงแม้มีอาการไม่ถาวรถ้าปล่อยทิ้งไว้ โดยไม่ได้รับการรักษา หรือดูแลซ้ำทำให้มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อน ที่มีอันตรายคุกคามถึงชีวิตได้ ร้อยละ 80

ภาวะซึมสับสนเฉียบพลัน (Delirium) ถือเป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อย ในผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาดูแลในโรงพยาบาล และพบภาวะซึมสับสนเฉียบพลันมีความสัมพันธ์กับอัตราการตายสูง ร้อยละ 22-76 หรืออยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิต ผู้ป่วยนอนในห้องไอซียู ผ่าตัดหัวใจ ผ่าตัดสะโพก โรคจิตเวช โรคซึมเศร้า เป็นต้น อาการของแต่ละบุคคลก็ทำให้แตกต่างกันออกไป และขึ้นอยู่กับความไวของการวินิจฉัย การหาสาเหตุ หรือปัจจัยที่ทำให้เกิดได้ รักษาได้รวดเร็ว เพราะถ้าเกิดขึ้นแล้ว จะนำไปสู่การเกิดภาวะไม่พึงประสงค์ หรือทำให้เสียชีวิตได้

ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมักถูกมองข้ามในการประเมินภาวะซึมสับสนเฉียบพลัน โดยเฉพาะพยาบาลวิชาชีพที่ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยสูงอายุ ยังไม่มีแนวปฏิบัติที่ชัดเจน ในการประเมินผู้สูงอายุเพื่อป้องกันภาวะซึมสับสนเฉียบพลัน ไม่มีระบบการประเมินที่ดี พบว่าภาวะซึมสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุมีผลต่อการปฏิบัติการพยาบาลผู้สูงอายุ เมื่อเกิดภาวะซึมสับสนเฉียบพลัน ผู้สูงอายุมักไม่ให้ความร่วมมือในการดูแลรักษาพยาบาล จะทำให้เกิดความยากลำบากในการดูแลรักษา และนำมาสู่การเกิดภาวะแทรกซ้อนที่ทำให้เพิ่มระยะเวลาในการอยู่ในโรงพยาบาล เพิ่มค่าใช้จ่ายในการรักษา รวมไปถึงเกิดการสูญเสียความจำระยะสั้น ความจำระยะยาว และอาจสูญเสียความจำแบบถาวร นำไปสู่การเพิ่มอัตราการเสียชีวิต

การเกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติกรพยาบาลต่อภาวะสับสนเฉียบพลัน พยาบาลมีความเข้าใจพยาธิสรีรวิทยาการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน ทำให้พยาบาลตระหนักถึงกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงในการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน เพราะอาจเป็นปัจจัยที่สำคัญ และเชื่อมโยงกับการปฏิบัติกรพยาบาลได้ สามารถป้องกันการเกิด และลดปัจจัยส่งเสริม และขณะเดียวกันพยาบาลสามารถประเมินผู้ป่วยได้ทันทั่วทั้งที่ และถ้ามีการสร้างแบบประเมิน การป้องกันการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุได้ จะช่วยให้พยาบาลมีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น

การพัฒนา รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหักโรงพยาบาลกุมภวาปีครั้งนี้ เป็นการศึกษาเกี่ยวกับรูปแบบการดูแลผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหัก (elderly hip fracture) ที่พัฒนาขึ้นใหม่ด้วยหลักฐานเชิงประจักษ์ ผลที่ได้จากการศึกษาเปรียบเหมือน แผนที่ของการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ ซึ่งจะส่งผลต่อคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหัก ให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้นในการดูแลผู้ป่วยหลังรักษาในโรงพยาบาลกลับไปดูแลฟื้นฟูสภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดียิ่งขึ้น

### 3.2 อาการของภาวะสับสนเฉียบพลัน

ผู้ป่วยที่มีอาการสับสนเฉียบพลัน จะมีอาการพูดคุยคนละเรื่อง ไม่เป็นเรื่องราว สับสนจับต้นชนปลายไม่ถูก หูแว่ว หลงวัน เวลา และสถานที่ มีอาการเห็นภาพหลอนที่คนอื่นไม่เห็น เช่น เห็นญาติผู้ใหญ่ที่เสียไป แล้วผู้ป่วยจะมีสมาธิไม่ดี อาการเกิดขึ้นค่อนข้างเร็ว ภายในเวลาไม่กี่ชั่วโมง หรือภายในวันสองวัน จะเกิดช่วงพลบค่ำ ส่วนใหญ่มักเกิดในช่วงเวลาพลบค่ำ และอาการนี้มักพบในผู้สูงอายุมากกว่าวัยอื่น ๆ ยิ่งอายุยิ่งมากขึ้นยิ่งมีความเสี่ยงสูง บางคนอาการเป็นมากถึงกับปิ่นเตียง ไม่หลับไม่นอน บางคนลุกมาจุดไฟจะเผาบ้านก็มี แต่ในผู้สูงอายุบางคนกลับแสดงอาการเป็นการนอนหลับมากขึ้น ซึม พูดน้อยลง ซึ่งอาการต่าง ๆ เป็นภาวะแทรกซ้อนในผู้สูงอายุ เมื่อรักษาตัวในโรงพยาบาลพบมีการเกิดอุบัติการณ์สูงถึง 50 % เพราะเซลล์สมองเริ่มตายมากขึ้น ทำให้ความสามารถของสมองลดลง รองรับกับการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ของร่างกายได้ไม่ดีเท่ากับหนุ่มสาว ผู้สูงอายุที่รับการรักษาตัวในโรงพยาบาลร้อยละ 10-20 เกิดอาการนี้ ขณะนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล และถ้าต้องได้รับการผ่าตัด เช่น ผ่าตัดข้อสะโพก หรือป่วยอาการหนัก โอกาสเกิดอาการนี้ยิ่งสูงขึ้น

1. การขาดความตั้งใจ (inattention) ผู้ป่วยจะเสียสมาธิง่าย แม้จะมีสิ่งเร้าภายนอกมากระตุ้นเพียงเล็กน้อย ไม่สามารถให้ความสนใจ หรือมีสมาธิกับเรื่องใดเรื่องหนึ่ง ทำให้การพูดคุยไม่ต่อเนื่องไม่สามารถทำตามสั่งได้ และการรับรู้ข้อมูลใหม่ ๆ เสื่อมลง

2. ความคิดไม่เป็นระบบ (disorganized thinking) คือมีความบกพร่อง ด้านการจัดระเบียบการใช้ความคิด ขาดความต่อเนื่องในการลำดับความคิด และมีการเปลี่ยนเรื่องที่พูดคุยอยู่ตลอดเวลา มีการเล่าเรื่องสับสนวุ่นวายไปมา หรือไม่สามารถจับใจความสำคัญได้

3. มีความผิดปกติของความรู้สึกตัว (disturbance of consciousness) เป็นลักษณะอาการที่สำคัญของภาวะสับสนเฉียบพลัน มีลักษณะการลดลงของความรู้สึกตัว และมีอาการซึ่มลง

4. ความรู้คิดบกพร่อง (cognitive deficit) ความบกพร่องในการรับรู้วัน เวลา สถานที่หรือบุคคล ซึ่งผู้ป่วยมักสับสนในเรื่องเวลาและสถานที่ค่อนข้างมาก อาการจะเกิดขึ้นเป็นพัก ๆ ความจำระยะสั้นจะเสียไป จะเรียนรู้สิ่งใหม่ ๆ ได้ยาก มีความพร่องเรื่องใช้ภาษา ผู้ป่วยจึงได้แสดงภาษาออกมาไม่เหมาะสม

5. การรับรู้ผิดปกติ (perceptual disturbance) อาจมีอาการประสาทหลอน (hallucination) มองเห็นวัตถุมีการบิดเบือนไปจากความเป็นจริง เช่น มองเห็นสายน้ำเกลือเป็นงู อาการหลงผิด (delusion) เป็นสิ่งที่พบได้บ่อยครั้งจากการได้ยิน และการสัมผัส เช่น การมองเห็น หรือได้ยินเสียงของผู้เสียชีวิต ได้ยินเสียงสัตว์ เสียงบุคคล และอาจรู้สึกว่ามีแมลงไต่อยู่ตามตัว เป็นต้น อาการเหล่านี้มักรุนแรงเพิ่มขึ้นในช่วงพลบค่ำจนถึงช่วงเวลากลางคืน

6. มีการเปลี่ยนแปลงของวงจรการหลับ-ตื่น (altered sleep-wake cycle) ช่วงกลางวันผู้ป่วยมักมีอาการเซื่องซึม สับสน ง่วงนอนและนอนมาก แต่ตอนกลางคืนมักจะตื่นง่าย หรือไม่ยอมนอน

### 3.3 ประเภทของภาวะสับสนเฉียบพลัน

ลักษณะพฤติกรรมของภาวะสับสนเฉียบพลันแบ่งได้เป็น 3 ประเภท ได้แก่ Hyperactive delirium, Hypoactive delirium, และ Mixed delirium ซึ่งมีลักษณะอาการ ดังนี้

1. Hyperactive delirium มีอาการตื่นตัวมากกว่าปกติ และไวต่อการเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมรอบตัว มักมีการเคลื่อนไหวมากกว่าปกติ มีอาการกระสับกระส่าย วุ่นวาย เดินไปมา อยู่ไม่สุขบางรายอาจดิ่งสายอุปกรณ์ต่าง ๆ ออกจากแผล ดึงสายสวนปัสสาวะ เอะอะโวยวาย ก้าวร้าว ทำร้ายคนอื่น เป็นต้น ซึ่งเป็นพฤติกรรมที่เป็นอันตรายต่อตนเอง และผู้อื่น นับเป็นปัญหาที่ท้าทายในการดูแลรักษา และค้นหาสาเหตุ

2. Hypoactive delirium มีอาการง่วงซึม หลับมาก ไม่ค่อยเคลื่อนไหว พูดซ้ำ สิ้นหน้ำดิ่งไร้อารมณ์ หรือแสดง อารมณ์เบื่อหน่าย ถ้าค้นพบอาการ Hypoactive delirium ซ้ำกว่ากลุ่ม Hyperactive delirium ซึ่งเป็นสาเหตุให้ภาวะสับสนเฉียบพลันถูกมองข้าม และวินิจฉัยได้เมื่อเกิดอาการที่รุนแรงแล้วและภาวะสับสนเฉียบพลันชนิด hypoactive delirium พบได้มากกว่า hyperactive delirium

3. Mixed delirium ผู้ป่วยจะมีอาการแบบ hyperactive delirium สลับกับ hypoactive delirium มีอาการเปลี่ยนแปลงระดับความรู้สึกตัวในลักษณะผันผวน อาการขึ้น ๆ ลง ๆ มีทั้งอาการเซื่องซึม หลับเกือบตลอดเวลา และในบางครั้งจะมีอาการกระสับกระส่าย ไม่สามารถคาดการณ์ได้ บุคลากรทางการแพทย์ จึงต้องสังเกตอาการอย่างต่อเนื่องได้ เพื่อการวินิจฉัยภาวะสับสนเฉียบพลัน

นอกจากนี้พยาบาลยังต้องประเมินปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุด้วย นับเป็นความท้าทายของการพยาบาล

### 3.4 สาเหตุภาวะสับสนเฉียบพลัน

อาการสับสนเฉียบพลัน ถือเป็นภาวะค่อนข้างเร่งด่วนที่ต้องไปพบแพทย์ เนื่องจากเกิดจากความผิดปกติบางอย่างของร่างกายที่ซ่อนอยู่ ไม่ใช่เกิดจากโรคของจิตใจ สำหรับความผิดปกติทางกายที่สำคัญที่มักเป็นสาเหตุของอาการนี้ได้แก่

1. ยาเป็นสาเหตุพบได้บ่อยมากยิ่งถ้ารับประทานยามากกว่า 3-4 ตัวขึ้นไป ยังมีโอกาสเกิดได้สูง ยาที่เป็นสาเหตุ ได้แก่ ยาลดน้ำมูก ยาคลายกล้ามเนื้อแก้ปวดยานอนหลับ ยารักษาโรคซึมเศร้า ยารักษาโรคพาร์กินสัน เป็นต้น เพราะฉะนั้นถ้าเพิ่งได้รับยามาในเวลาไม่นาน หรือมีการปรับขนาดยา หรือวิธีการรับประทานก่อน เกิดอาการสับสนเฉียบพลันให้หยุดยาดังกล่าว และปรึกษาแพทย์โดยนำตัวอย่างยาทั้งหมดให้แพทย์ดู อีกกรณีหนึ่งเกิดจากการหยุดยาบางตัวอย่างกะทันหัน เช่น รับประทานยานอนหลับมานานแล้วหยุดทันที หรือบางคนดื่มเหล้าจัดมานาน แล้วหยุดดื่มทันที เนื่องจากประสิทธิภาพการขับออกของยาในผู้สูงอายุลดลง ทำให้เกิดผลข้างเคียงของยาที่ไม่พึงประสงค์ต่อระบบประสาทได้ หลังจากหยุดสุราประมาณ 72 ชั่วโมง อาจเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันได้ ทำให้เกิดอาการสับสนเฉียบพลันได้ ถ้าผู้ป่วยมีอาการสับสนห้ามให้ยานอนหลับ

2. โรคติดเชื้อ ไม่จำเป็นต้องติดเชื้อในสมอง ติดเชื้อที่อื่นก็ได้ เช่น ติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะ ติดเชื้อที่ปอดหรือบางคนเป็นหวัดก็สับสนได้ ผู้ป่วยจะมีไข้ และมีอาการของอวัยวะที่ติดเชื้อ เช่น ติดเชื้อที่ทางเดินปัสสาวะ ก็มีอาการปัสสาวะแสบขัด ปัสสาวะขุ่น ปัสสาวะบ่อย ปวดบั้นเอว ถ้าติดเชื้อที่ปอด ก็มีไข้ ไอ หอบเหนื่อย แต่ถ้าอายุมากแล้ว บางทีอาจไม่มีไข้ และอาการของอวัยวะที่ติดเชื้อไม่ชัดเจนก็ได้หรือการมีโรคที่ซ่อนอยู่ในร่างกาย จะทำให้หาสาเหตุการเกิดขึ้นยาก ยากกับการวินิจฉัย ทำให้เกิดการรักษาล่าช้าได้

3. ความผิดปกติของระดับน้ำตาล กลือแร่ในร่างกาย กรณีนี้มักเกิดในผู้ป่วยที่มีโรคบางอย่างอยู่เดิม เช่น เป็นโรคเบาหวานแล้วได้ยาเบาหวาน มีช่วงรับประทานอาหารได้น้อย เกิดมีระดับน้ำตาลในเลือดต่ำเกินไป หรือผู้ป่วยโรคไตมีระดับเกลือแร่ผิดปกติ แต่หากเกิดภาวะระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ จะทำให้สมองขาดกลูโคส ทำให้เกิดอาการมึนงง ซึมลง จนนำไปสู่การเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันได้ หรือถ้าต่ำ ๆ ทำให้ผู้ป่วยหมดสติได้

4. โรคอื่น ๆ เช่น โรคหัวใจวาย หัวใจสูบฉีดเลือดไม่ดี ทำให้เลือดไปเลี้ยงสมองไม่เพียงพอ โรคถุงลมโป่งพอง มีอาการหอบเหนื่อยมาก ๆ ร่างกายขาดออกซิเจน สมองได้รับออกซิเจนลดลง ไม่เพียงพอต่อสมอง หรือ โรคตับแข็ง ตับไม่สามารถทำลายของเสียในร่างกายได้ ทำให้มีของเสียคั่งในสมอง โรคซึมเศร้า ที่ได้รับยากลุ่มที่ทำให้เกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน หวัดได้รับยาลดน้ำมูก โรคจิตเวช เป็นต้น

5. ภาวะออกซิเจนในเลือดต่ำ แผลงถึงระดับความดันก๊าซออกซิเจนในเลือดแดง (PaO<sub>2</sub>) น้อยกว่า 60 mmHg ทำให้มีการขนส่งออกซิเจนไปเลี้ยงสมองได้น้อยลง กระตุ้นให้เกิดภาวะสมองขาดออกซิเจน (cerebral hypoxia) ไปเลี้ยงทำให้เกิดภาวะสับสนเฉียบพลันได้

สมองซึ่งเป็นอวัยวะที่มีความไวต่อการขาดออกซิเจน ได้รับผลกระทบนำมาสู่การเปลี่ยนแปลงระดับสารสื่อประสาท ทำให้เกิดภาวะสับสนเฉียบพลันในช่วงหลังผ่าตัดได้

6. ภาวะหัวใจเต้นสั่นพลิ้ว (Atrial fibrillation) การเต้นของหัวใจที่ไม่สม่ำเสมอทำให้เกิดลิ้มเลือดก้อนเล็ก ๆ สามารถเข้าไปอุดตันเส้นเลือดในร่างกาย หากเกิดที่หัวใจจะส่งผลทำให้เกิดการสูบน้ำเลือดไปที่ร่างกายได้น้อยลง (hypoperfusion) จะนำไปสู่ภาวะความดันโลหิตต่ำ (hypotension) ทำให้เลือดไปเลี้ยงสมองน้อยลง เมื่อการขนส่งออกซิเจนจากเม็ดเลือดแดงไปเลี้ยงสมองลดลง ส่งผลไปกระตุ้น ให้เกิดภาวะสมองขาดออกซิเจน (cerebral hypoxia) ทำให้ผู้ป่วยสูงอายุเกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน

7. ภาวะช็อคจากสาเหตุต่าง ๆ เป็นผลให้เม็ดเลือดแดงน้อยลง ทำให้การนำออกซิเจนจากเม็ดเลือดไปสู่เซลล์ลดลง โดยเฉพาะเมื่อสมองได้รับออกซิเจนลดลง จะมีผลทำให้เกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน จนไปถึงภาวะกลุ่มอาการ การทำหน้าที่ผิดปกติของหลายอวัยวะ (multiple organ dysfunction) ร่วมกัน

8. ภาวะขาดน้ำ และการเสียสมดุลกรดด่างและอิเล็กโทรไลต์ จากระดับโซเดียม หรืออิเล็กโทรไลต์ที่ไม่สมดุลมักเกิดจากการให้สารน้ำปริมาณมากเกินไป ทำให้มีระดับโซเดียมในเลือดสูง ซึ่งมีผลกับค่าความเข้มข้นในเลือดสูงขึ้น ทำให้น้ำภายในเซลล์ (intracellular fluid) เข้าไปสู่ภายนอกเซลล์ (extracellular fluid) ทำให้ปริมาตรของเซลล์ลดลง โดยเฉพาะในระบบประสาทส่วนกลาง จึงทำให้ผู้ป่วยสูงอายุมีอาการทางระบบประสาทมากขึ้น เช่น ภาวะสับสนเฉียบพลัน ซึม หรืออาจชักได้

9. ความบกพร่องทางประสาทสัมผัส คือ การมองเห็น หรือการได้ยินบกพร่องสามารถเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัดได้

10. ผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมอยู่เดิม ยิ่งมีโอกาสเกิดอาการสับสนเฉียบพลันได้ง่ายขึ้น บางครั้งแค่เปลี่ยนผู้ดูแล หรือย้ายมานอนในโรงพยาบาลก็มีอาการสับสนแล้ว ดังนั้น พยาบาลต้องแยกให้ออกว่าสับสนเพราะโรค หรืออาการเพิ่งเกิดขึ้น

11. ความปวดการผ่าตัด นำมาซึ่งการเกิดบาดแผลหรือการรับบาดเจ็บของเนื้อเยื่อรอบ ๆ เมื่อเนื้อเยื่อได้รับการบาดเจ็บ จะมีการผลิตสาร prostaglandin ทำให้มีความเจ็บปวด หากการจัดการความเจ็บปวดที่ไม่ดีพอ ส่งผลต่อการพักผ่อน และวงจรการหลับตื่น ซึ่งมีผลต่อการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุได้

## 12. สภาพแวดล้อมและระยะเวลาการอยู่ในหอผู้ป่วยวิกฤต

พบว่าผู้ป่วยวิกฤตที่ได้รับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต และผู้สูงอายุระยะสุดท้ายของชีวิต มีภาวะสับสนเฉียบพลัน ถึงร้อยละ 80 (กัญจนา ปุกคำ และคณะ, 2562) อัตราการตายร้อยละ 10-26

ผู้ป่วยที่พักรักษาตัวในหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมร้อยละ 45 มักมีความเจ็บป่วยทางกายที่รุนแรง ร่วมกับภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ เช่น เสียสมดุลน้ำ และเกลือแร่ อ่อนเพลียจากการผ่าตัด เมื่อพักรักษาในสถานที่ซึ่งปิดมิดชิดไม่สามารถรับรู้ ความแตกต่างระหว่างเวลากลางวัน และกลางคืน บรรยากาศที่รบกวนการนอน เช่น มีเสียงเครื่องช่วยหายใจ และอุปกรณ์ช่วยชีวิตดังตลอดเวลา ทำให้ผู้ป่วยสูงอายุนอนหลับไม่เพียงพอ และการรับรู้ลดลง เนื่องมาจากมีสิ่งรบกวนกระตุ้น (sleep และ sensory deprivation) เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันได้

วัยสูงอายุจะมีปริมาณ และน้ำหนักของเนื้อสมองที่ลดลง ทำให้มีการสูญเสียเซลล์สมอง และใยประสาทบางส่วน นำมาซึ่งการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน แสดงให้เห็นว่ามีการเปลี่ยนแปลงทาง สรีรวิทยาเกิดขึ้นในผู้สูงอายุที่สัมพันธ์กับการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน ภายหลังจากผ่าตัด

13. กระบวนการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาด้านสารสื่อประสาท สภาวะที่สารสื่อประสาท ไม่สมดุลในผู้สูงอายุ มีการเพิ่มขึ้นของสารสื่อประสาท dopamine, monoamine oxidase activity และการ ลดลงของ cholinergic เมื่อมีการผ่าตัด เช่น การผ่าตัดข้อสะโพก

14. กระบวนการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาด้านการอักเสบ ปฏิกริยาตอบสนอง ต่อการอักเสบ ทั่วร่างกาย (Systemic inflammation response syndrome; SIRS) จากการผ่าตัด ส่งผลต่อความสามารถ ในการยินยอม ให้สารผ่านเข้าออกเซลล์สมองที่บริเวณหลอดเลือดฝอยที่สมองผิดปกติไป ซึ่งโดยทั่วไปแล้วเส้น เลือดฝอยที่บริเวณเซลล์สมอง จะทำหน้าที่ควบคุมสารที่จะเคลื่อนที่เข้าเซลล์สมอง (blood brain barrier) เนื่องจาก blood brain barrier ประกอบไปด้วยผนังเซลล์ชนิด endothelial cells ที่อยู่ชิดกันมาก และส่วน ของเซลล์ astrocyte ที่อยู่รอบ endothelial cells ในสภาวะปกติโครงสร้างของผนังหลอดเลือดในสมอง ดังกล่าว สามารถกันสารโมเลกุลใหญ่ไม่ให้ผ่าน blood brain barrier การผ่าตัดทำให้มีการทำลายเนื้อเยื่อหลัง ผ่าตัด จะทำให้ระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายทั้ง Cell-mediated และ humoral immune function ลดลง ส่งผลให้ตัวชี้วัด ระดับความอักเสบในเลือด (inflammatory maker) หลังออกมาเพิ่มขึ้น ระดับของ inflammatory maker จะสูงที่สุดในช่วง 6-24 ชั่วโมงหลังผ่าตัด และกลับเข้าสู่ระดับเดิมในช่วงหลังผ่าตัด 2-4 วัน inflammatory cytokine ผลิตจาก activated immune cells ที่เกิดขึ้นในช่วงที่ร่างกายมีปฏิกริยา อักเสบ ประกอบกับผู้สูงอายุ มักมีปัญหาในการปรับตัวของสมอง ต่อการเสียสมดุล อีกทั้งมีปัญหาของการ ไหลเวียนโลหิต ทำให้เลือดไม่สามารถไปเลี้ยงสมองส่วนต่าง ๆ ได้ดี มีการลดลงของ cholinergic activity และมีการเพิ่มขึ้นของ monoamine oxidase activity ซึ่งปัจจัยดังกล่าวนี้ เสี่ยงต่อการเกิดภาวะสับสน เฉียบพลัน

### 3.5 เกณฑ์การวินิจฉัย (DSM-IV criteria)

เกณฑ์การวินิจฉัยภาวะสับสนเฉียบพลันของสมาคมจิตเวชแห่งอเมริกา ได้ให้เกณฑ์การวินิจฉัย ภาวะสับสนเฉียบพลัน ดังนี้

1. มีความผิดปกติของระดับความรู้สึกตัวในการรับรู้ต่อสิ่งแวดล้อมภายนอก ขาดสมาธิ ไรต่อสิ่ง กระตุ้น ความตั้งใจและความสนใจลดลง
2. มีการเปลี่ยนแปลงของการรู้คิด ได้แก่ ความสามารถในการจำลดลง มีความผิดปกติเกี่ยวกับการรับรู้เวลา สถานที่ บุคคล หรือความผิดปกติเกี่ยวกับการใช้ภาษา และมีความผิดปกติของการรับรู้ที่ไม่ได้ เกิดจากภาวะสมองเสื่อม (Dementia)
3. ความผิดปกติที่เกิดขึ้นดังกล่าวเป็นอยู่ช่วงเวลาสั้น ๆ อาจเป็นชั่วโมงหรือเป็นวัน และมักมี อาการขึ้น ๆ ลง ๆ บางช่วงเวลาของวัน



4. มีข้อมูลสนับสนุนจากประวัติ การตรวจร่างกาย หรือผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่พบความผิดปกติเนื่องจากโรคทางกายจากการได้รับสารพิษ การใช้ยา หรือสาเหตุหลายอย่างร่วมกัน พยาธิสรีระของภาวะสับสนเฉียบพลัน

### 3.6 เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินภาวะสับสนเฉียบพลัน

ปัจจุบันมีมากกว่า 20 เครื่องมือ แต่เครื่องมือที่นิยมใช้ มีความน่าเชื่อถือ และมีการอ้างอิงมากที่สุด ได้แก่ The Confusion Assessment Method (CAM), The Delirium Index (DI), The Delirium Rating Scale (DRS), The Memorial Delirium Assessment Scale (MDAS) และ The Neelon-Champagne Confusion Assessment Scale (NEECHAM)

1. The Confusion Assessment Method (CAM) เป็นเครื่องมือมาตรฐาน ที่พัฒนามาจากเกณฑ์การวินิจฉัย DSM-III-R criteria สามารถคัดกรองภาวะสับสนเฉียบพลันได้เป็นการประเมินลักษณะอาการ 4 ข้อใหญ่ ผู้ป่วยจะได้รับการวินิจฉัยว่าเกิดอาการเพื่อ เมื่อมีลักษณะอาการดังนี้

อาการที่ 1 คือ มีการเปลี่ยนแปลงสภาวะจิตใจเกิดขึ้นอย่างเฉียบพลัน

อาการที่ 2 ไม่ตั้งใจโดยประเมินจากแบบทดสอบความสนใจ

(Attention Screening Examination : ASE)

อาการที่ 3 ความคิดอ่านไม่เป็นระบบระเบียบ ประเมินโดยให้ผู้ป่วยตอบคำถามจากชุดคำถามที่กำหนดไว้

อาการที่ 4 มีการเปลี่ยนแปลงระดับความรู้สึกตัว CAM เป็นเครื่องมือที่ใช้งานสะดวกสามารถประเมินได้โดยพยาบาล อีกทั้งยังเป็นเครื่องมือที่ได้รับการยอมรับ มีความเที่ยงและความตรงสูง มีการแปลเป็นภาษาต่าง ๆ หลายภาษารวมถึงมีการแปลเป็นภาษาไทย จึงเป็นเครื่องมือที่ได้รับความนิยมใช้กันอย่างแพร่หลายในบุคลากรทางการแพทย์ของประเทศไทย

2. The Delirium Index (DI) เป็นเครื่องมือที่ออกแบบมาเพื่อใช้ควบคู่กับเครื่องมือการตรวจสภาวะทางจิตแบบย่อหรือ Mini Mental Status Examination (MMSE) มี 7 ข้อคำถามที่พัฒนามาจากเครื่องมือ The Confusion Assessment Method (CAM) ใช้ประเมินความรุนแรงของการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน

3. The Memorial Delirium Assessment Scale (MDAS) เป็นเครื่องมือที่พัฒนามาจากการประเมินภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยากลุ่ม opioid มี 10 ข้อคำถาม เครื่องมือนี้ใช้ได้ดีในกรณีที่ต้องการทราบความรุนแรงของภาวะสับสนเฉียบพลัน ภายหลังจากที่มีการประเมินการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันโดย เครื่องมืออื่น ๆ

4. The Neelon-Champagne Confusion Assessment Scale (NEECHAM) เป็นเครื่องมือที่ออกแบบมาเพื่อให้พยาบาลได้ใช้ประเมินผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็ว มี 3 ข้อใหญ่ คะแนน 0-30 คะแนน

คะแนน 30 หมายถึง มีภาวะปกติ

คะแนน 0 หมายถึง มีภาวะสับสนเฉียบพลันอย่างรุนแรง

คะแนน 25-26 หมายถึง มีความเสี่ยงที่จะเกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน

เครื่องมือที่ได้รับการยอมรับอย่างแพร่หลายและมีการแปลเป็นหลายภาษา การเลือกใช้เครื่องมือแต่ละชนิดแตกต่างกันไปตามบริบทของสถานการณ์ หากต้องการประเมินการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน ควรใช้เครื่องมือ The Confusion Assessment Method (CAM) และ The Neelon-Champaigne Confusion Assessment Scale (NEECHAM) เนื่องจากเป็นเครื่องมือที่ใช้ง่ายและสามารถประเมินได้อย่างรวดเร็ว อีกทั้งยังเป็นเครื่องมือที่เป็นมาตรฐานและนิยมใช้กันอย่างแพร่หลายไม่จำเป็นต้องใช้จิตแพทย์ ควรเลือกใช้เครื่องมือ The Delirium Index (DI), The Delirium Rating Scale (DRS), The Memorial Delirium Assessment Scale (MDAS) ตัวอย่างเครื่องมือประเมินภาวะสับสนเฉียบพลัน เครื่องมือที่มีมาตรฐาน และนิยมใช้มากที่สุด ใช้ง่าย และสามารถใช้ได้ง่ายในทางปฏิบัติใช้ไม่ถึง 5 นาทีในการประเมิน ช่วยป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยเกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน เช่น

**ตารางที่ 1** ชั้นที่ 1 แบบประเมินง่วงซึมกระวนกระวาย Richmond Agitation Sedation Scale (RASS)

คะแนน	ระยะ	ลักษณะ
+4	ต่อสู้ (combative)	ต่อสู้ ทำให้เกิดอันตรายหรือใช้ความรุนแรงกับเจ้าหน้าที่ หรือบุคลากร
+3	กระวนกระวายมาก (very agitated)	เคลื่อนไหวร่างกายบ่อย ดึงท่อหายใจ สายยางต่างๆ ก้าวร้าว
+2	กระวนกระวาย (agitated)	กระวนกระวาย เคลื่อนไหวร่างกายบ่อย โดยไม่มีจุดมุ่งหมาย และต้านการใช้เครื่องช่วยหายใจ
+1	กังวล (anxious)	ทำทางทุกซั กังวล นอนไม่หลับแต่ไม่ก้าวร้าว
0	ตื่น สงบ (alert and calm)	ตื่นตัวตามปกติ และสงบ
-1	ตื่นเมื่อเรียก	ลืมตาเมื่อเรียก ลืมตานาน > 10 นาที
-2	ง่วงซึม	ง่วงซึมเล็กน้อย ลืมตาเมื่อเรียก ลืมตานาน 10 นาที
-3	ง่วงซึมปานกลาง	ง่วงซึมปานกลาง เคลื่อนไหวลูกตาปานกลางหรือลืมตาแต่ไม่มี eye contact
-4	ง่วงซึม	ง่วงซึมมาก ตอบสนองต่อเสียง มีการเคลื่อนไหว ลืมตาเมื่อกระตุ้น
-5	ไม่ตอบสนอง	หลับ ไม่ตอบสนองต่อแสงและเสียง แต่ตอบสนองต่อการกระตุ้นให้เจ็บ
-6	ไม่มีการตอบสนอง	ไม่มีการตอบสนองใดๆ

ถ้าประเมิน RASS -4 ถึง -6 ให้หยุดประเมินก่อนแล้วจึงประเมินใหม่ภายหลัง  
ถ้าประเมิน RASS -3 ถึง +4 ให้ประเมินขั้นที่ 2 โดยใช้ CAM-ICU

ตารางที่ 2 ขั้นที่ 2 ประเมิน CAM-ICU

ลักษณะเฉพาะ	ผลบวก	ผลลบ
ลักษณะเฉพาะที่1 มีการเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจอารมณ์ และอาการ อื่นๆ ลง ในระยะ 24 ชั่วโมง แสดงว่าผิดปกติ		/
ลักษณะเฉพาะที่2 มีสมาธิต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งลดลงโดยให้ผู้ป่วยฟังการ อ่านตัวอักษร 10 ตัว เช่น S-A-V-E-A-H-A-A-R-T ถ้าได้ยินเสียง A ให้บีบที่มือผู้ประเมิน โดยใช้เสียงปกติ ใช้เวลา 3 วินาทีในแต่ละตัว ถ้าผู้ป่วยบีบมือมากกว่าเท่ากับ A มากกว่า 2 ครั้ง เช่น บีบมือตั้งแต่ 7 ครั้งขึ้นไปถือว่าผิดปกติ (หรือใช้ตัวเลข 8-1-7-5-1-4-1-1-3-1)	ผิดพลาด > 2 ข้อ	/
ลักษณะเฉพาะที่3 ระบบความคิดผิดปกติ เช่น ในคำถาม 4 ข้อ (ผิด 2 ข้อขึ้นไป) 1. ก้อนหินลอยน้ำได้ หรือ ใบไม้ลอยน้ำได้ 2. ปลาอยู่ในน้ำหรือช้างอยู่ในน้ำ 3. ขวานใช้ตัดเล็บหรือใช้ตัดไม้ 4. น้ำหนัก 1 ปอนด์ น้หนักกว่า 2 ปอนด์ หรือ น้ำหนัก 2 ปอนด์ หนักกว่า 1 ปอนด์	ผิดพลาด > 1 ข้อ	/
ลักษณะเฉพาะที่4 ระดับความรู้สึกรู้ตัวลดลงโดยใช้แบบประเมิน RASS	RASS Score > 0 หรือ < 0	

ที่มา (Ely, 2010)

### ผลการประเมิน

ถ้ามีทั้งข้อ 1+2+ข้อใดข้อหนึ่งของ 3,4 หรือมีทั้ง 4 ข้อก็ได้ = CAM-ICU ได้ผลบวก (Positive) หรือมี  
ภาวะสับสนเฉียบพลัน

การป้องกันไม่ให้เกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน ผู้ดูแลควรทราบสาเหตุ ปัจจัยเสี่ยงของการเกิด และที่  
สำคัญสามารถประเมินผู้ป่วยโดยใช้เครื่องมือที่มีมาตรฐาน และสามารถใช้ได้ง่ายในทางปฏิบัติจะช่วยป้องกัน  
ไม่ให้ผู้ป่วยเกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน และผู้สูงอายุยังได้รับการดูแลที่เหมาะสม เพิ่มคุณภาพชีวิตที่ดีให้กับ  
ผู้ป่วยสูงอายุ

### 3.7 การรักษาหรือการจัดการภาวะสับสนเฉียบพลัน

ต้องมีเครื่องมือที่ใช้ประเมินความรุนแรงของภาวะสับสนเฉียบพลัน เพื่อเป็นแนวทางในการรักษา  
เบื้องต้นให้ทันท่วงที และถูกต้อง แม่นยำ คือ The Delirium Index (DI)

ส่วนเครื่องมือที่นิยมใช้มากที่สุด ในปัจจุบันที่ใช้ในการประเมินความรุนแรงของภาวะสับสนเฉียบพลัน คือ CAM เนื่องจากเป็นเครื่องมือที่ใช้ง่าย และใช้เวลาในการประเมินไม่นานมาก ไม่จำเป็นต้องใช้จิตแพทย์ในการประเมิน และเป็นบทบาทอิสระของพยาบาลหรือบุคลากรทางด้านสุขภาพสามารถใช้ได้ในการประเมินผู้ป่วยที่มีภาวะสับสนเฉียบพลัน เป็นแบบประเมินที่มีความน่าเชื่อถือ และการอ้างอิงมากที่สุดที่ใช้ในโรงพยาบาล เพื่อนำไปใช้ในการประเมินผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสับสนเฉียบพลัน

การรักษา หรือจัดการภาวะสับสนเฉียบพลัน ต้องใช้วิธีการแบบผสมผสานเพราะการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันนั้น เป็นไปได้บ่อยมากที่เกิดจากปัจจัยเดียว เป้าหมายของการจัดการนั้น คือ ต้องขจัดปัจจัยที่เป็นสาเหตุ ซึ่งประกอบด้วย การจัดการด้วยการไม่ใช้ยา และการใช้ยาเพื่อป้องกันการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน และรักษาภาวะสับสนเฉียบพลัน

### 1. การจัดการโดยการไม่ใช้ยา

1.1 การจัดการโดยการไม่ใช้ยา ยังไม่มียาในการป้องกันการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน ยาที่รักษาที่ใช้บ่อยสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะสับสนเฉียบพลัน ชนิด Hyperactive delirium คือกลุ่ม Antipsychotics เช่น haloperidol แนะนำให้ใช้แบบดั้งเดิม ระวังกระส่าย วุ่นวายมาก ระวังกระวนกระวายมาก จะใช้แบบกิน หรือฉีดเข้ากล้ามเนื้อ หลังจากภาวะสับสนเฉียบพลันหายไป ควรให้ยาต่ออีก 3-5 วันและค่อย ๆ ลดขนาดยาลง ประสิทธิภาพของการใช้ยารักษาภาวะสับสนเฉียบพลัน คือ haloperidol, olanzapine, risperidone

1.2 ควรหลีกเลี่ยงยากกลุ่ม opioid, และยา sedative เช่น benzodiazepine, lorazepam, midazolam

ดังนั้น พยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วยรวมถึงบุคลากรทางการแพทย์ที่มีการดูแลผู้ป่วยสูงอายุอย่างใกล้ชิด ควรทราบสาเหตุ และปัจจัยเสี่ยงของการเกิด และที่สำคัญสามารถประเมินผู้ป่วยโดยใช้เครื่องมือที่มีมาตรฐาน และสามารถใช้ได้ง่ายในทางปฏิบัติ ใช้ไม่ถึง 5 นาทีในการประเมิน และจะช่วยป้องกันไม่ให้เกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน และยังช่วยให้ผู้ป่วยสูงอายุยังได้รับการดูแลที่รวดเร็วเหมาะสม เพิ่มคุณภาพชีวิตที่ดี ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่ร้ายแรง เกิดภาวะทุพพลภาพ หรืออาจเสียชีวิตได้

ผู้สูงอายุภาวะสับสนเฉียบพลัน ควรได้รับการประเมิน การป้องกัน และกลยุทธ์การจัดการเมื่อผู้ป่วยมีภาวะสับสนเฉียบพลัน เมื่ออยู่ที่บ้าน หรือสถานดูแลนอกโรงพยาบาล (long term care) นอกจากนั้นยังบูรณาการรูปแบบการดูแลระยะเปลี่ยนผ่าน (transitional care program) ตั้งแต่ผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาล จนกระทั่งเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน เพื่อให้บุคลากรที่มีสุขภาพดีโดยเฉพาะพยาบาลหน่วยเยี่ยม บ้านสามารถดูแลผู้ป่วยช่วงเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้านได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น นอกจากนี้ควรมีการดูแลและติดตามต่อเนื่อง มีการส่งต่อเยี่ยมบ้านสู่ชุมชน เพื่อดูแลผู้สูงอายุกลุ่มนี้ได้ครอบคลุม

2. การจัดการแบบโดยไม่ใช้ยา เป็นการจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันอันดับแรก และได้ผลทั้งการรักษาและป้องกัน

2.1 ค้นหาปัจจัยทั้งปัจจัยเดิมและปัจจัยกระตุ้น ประเมินภาวะสับสนเฉียบพลันโดยใช้แบบประเมิน เพื่อค้นหาสาเหตุการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุทุกราย ให้การรักษาทันทีเพื่อลดและขจัดสาเหตุที่ทำให้เกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน

2.2 การจัดการเรื่องการรับรู้ เช่น เวลา สถานที่ แสงสว่างเพียงพอ นาฬิกา จัดให้มีปฏิทินที่สามารถมองเห็นชัดเจน นำสิ่งของใช้ที่ใช้ประจำ เช่น แว่นตา หูฟัง แนะนำให้บุคคลที่คุ้นเคยดูแลมาเยี่ยมบ่อย ๆ และไม่จำเป็น ไม่ควรย้ายเตียงบ่อย ๆ ลดการกระตุ้นจากสิ่งแวดล้อม

2.3 การส่งเสริมการนอนหลับ ลดกิจกรรมที่รบกวน ขจัดสาเหตุของการนอนไม่หลับ เช่น ความปวด ความวิตกกังวล เป็นต้น

2.4 ส่งเสริมให้มีการเคลื่อนไหว เช่น ส่งเสริมการทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง กระตุ้น Ambulation ตะแคงตัวบ่อย ๆ

2.5 ส่งเสริมภาวะโภชนาการ ดูแลให้สารน้ำ สารอาหารให้เพียงพอ ป้องกันภาวะไม่สมดุลของสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์

2.6 ส่งเสริมการขับถ่าย ป้องกันภาวะท้องผูก

2.7 ป้องกันการติดเชื้อในระบบต่าง ๆ ไม่ใส่สายสวนปัสสาวะโดยไม่มีคามจำเป็น การป้องกันหลอดเลือดอักเสบจากการให้สารน้ำ และยาทางหลอดเลือดดำ

### 3.8 ภาวะแทรกซ้อนจากภาวะสับสนเฉียบพลัน

ภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุ ส่งผลกระทบต่อทั้งผู้สูงอายุ ผู้ดูแล และทีมสุขภาพ มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. ผู้สูงอายุถ้าเกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน จะทำให้ผู้สูงอายุไม่ทำตามสั่ง ไม่ทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น เกิดแผลกดทับ หลอดเลือดดำอุดตัน ภูมิคุ้มกันต่ำ ทูพพลภาพ ข้อติด เสียชีวิต นอนโรงพยาบาลนานขึ้น ความรุนแรงของโรคเพิ่มขึ้น การฟื้นฟูใช้เวลานานขึ้น สมองทำหน้าที่เสื่อมลงเป็นเวลามากกว่า 1 ปี และติดเชื้อในระบบต่าง ๆ เช่น ระบบทางเดินปัสสาวะ กระแสเลือด ระบบทางเดินหายใจ เป็นต้น

2. ผู้ดูแลเกิดความวิตกกังวล เพิ่มภาระค่าใช้จ่าย

3. ทีมบุคลากรทางการแพทย์ เกิดความยุ่งยากซับซ้อนในการดูแล ใช้เวลาการรักษานาน อัตราการตายและอัตราการครองเตียงเพิ่มขึ้น ภาระงานเพิ่มขึ้นด้วยอัตราค่าจ้างที่จำกัด

4. การสูญเสียความจำระยะสั้น ความจำระยะยาว และอาจสูญเสียความจำแบบถาวร นำไปสู่การเพิ่มอัตราการเสียชีวิต

พยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการดูแล และมีความเข้าใจเกี่ยวกับพยาธิสรีรวิทยาภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุ เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนดังกล่าว เพราะผลกระทบของภาวะสับสนเฉียบพลันนั้น มีความรุนแรงจนเสียชีวิต ถ้าไม่ได้รับการประเมินที่ถูกต้อง และได้รับการดูแลรักษาทันที

#### 4. โรคความดันโลหิตสูง (Hypertension)

ความดันโลหิตสูง (Hypertension) หมายถึง ระดับความดันโลหิตซิสโตลิก (systolic blood pressure, SBP) มากกว่าหรือเท่ากับ 130 มิลลิเมตรปรอท และ/หรือความดันโลหิตไดแอสโตลิก (diastolic blood pressure, DBP) มากกว่าหรือเท่ากับ 80 มิลลิเมตรปรอท

โรคความดันโลหิตสูง เป็นโรคที่พบได้บ่อยมากโรคหนึ่งในผู้ใหญ่ พบได้สูงถึงประมาณ 25-30 % ของประชากรโลกที่เป็นผู้ใหญ่ทั้งหมด พบได้ในผู้ชายมากกว่าผู้หญิง และจะพบได้สูงขึ้นในผู้สูงอายุในบางประเทศ พบโรคความดันโลหิตสูงได้สูงถึง 50 % ของผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป

##### 4.1 พยาธิสรีรวิทยา

กลไกการเกิดโรคความดันโลหิตสูง ในผู้สูงอายุนั้นแตกต่างจากในผู้ใหญ่ เนื่องจากมีปัจจัยที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา ได้แก่ การที่หลอดเลือดแดงตีบแข็งเนื่องจากมีไขมันอุดตัน ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของการเกิดโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ เมื่ออายุมากขึ้นผนังหลอดเลือดแดงจะมีการสะสมเนื้อเยื่อเกี่ยวพันและไขมัน และมีการตีตัวของกล้ามเนื้อเรียบมากขึ้น จึงทำให้ผนังหลอดเลือดแดงหนาและแข็งมากขึ้น โดยที่ความยืดหยุ่นลดลง ประกอบกับผนังหลอดเลือดมีการตอบสนอง ต่อระบบประสาทซิมพาเทติก และพาราซิมพาเทติกลดลง ทำให้ความสามารถในการหดตัว และคลายตัวลดลง และสูญเสียความสามารถในการหดตัวกลับ เมื่อได้รับแรงดันเลือดจากหัวใจ ทำให้หัวใจต้องทำงานมากกว่าปกติในการที่จะส่งเลือดไปเลี้ยงอวัยวะต่าง ๆ ทั่วร่างกาย ทั้งนี้ปัจจัยร่วมที่ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเหล่านี้ คือ การมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ถูกต้อง ได้แก่การรับประทานอาหารที่มีโซเดียม และไขมันมากเกินไป การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่การมีน้ำหนักตัวเกิน และความเครียด โดยปัจจัยร่วมเหล่านี้ส่งผลให้มีการเพิ่มขึ้นของปริมาตรเลือดส่งออกจากหัวใจก่อนที่ทิ้งสิ้น ทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น นอกจากนี้โรคความดัน โลหิตสูงยังอาจเกิดจากการมีโรคเรื้อรัง หรือภาวะผิดปกติอื่น ๆ ที่ทำให้หัวใจทำงานเพิ่มขึ้น เช่น ภาวะโลหิตจางรุนแรง โรคเบาหวาน ภาวะไขมันในเลือดสูง โดยโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ มักมีความผิดปกติ ของค่าความดันซิสโตลิกเพียงอย่างเดียว

##### 4.2 สาเหตุของโรคความดันโลหิตสูง

1. ผู้ป่วยที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่ประมาณ 90-95 % แพทย์จะตรวจไม่พบโรค หรือภาวะผิดปกติ หรือสิ่งที่เป็นต้นเหตุของความดันโลหิตสูง เรียกว่า ความดันโลหิตสูงชนิดปฐมภูมิ (Primary hypertension) หรือความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุแน่ชัด (Essential hypertension) เมื่อก้าวถึงโรคความดันโลหิตสูง เรามักจะหมายถึงโรคความดันโลหิตสูงชนิดนี้เป็นหลัก โรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุนี้ แพทย์เชื่อว่าน่าจะเกิดจากหลาย ๆ ปัจจัยร่วมกันสำคัญ คือ อิทธิพลของเอนไซม์ สารเคมีที่มีหน้าที่เร่งปฏิกิริยาเคมีต่าง ๆ ที่เรียกว่า เรนิน (Renin) และฮอว์โมนแองจิโอเทนซิน (Angiotensin) จากไตซึ่งทั้งสองสารนี้จะทำงานร่วมกับต่อมหมวกไต และต่อมใต้สมองในการควบคุมน้ำเกลือแร่โซเดียม และการบีบตัวของหลอดเลือดในร่างกาย ซึ่งทั้งหมดนี้ก็เพื่อการควบคุมความดันโลหิต นอกจากนี้กลไกการเกิดความดันโลหิตสูง

ยังขึ้นอยู่กับปัจจัยทางด้านพันธุกรรม (เพราะพบโรคนี้สูงขึ้นในคนที่มีประวัติ ครอบครัวเป็นโรคนี้ โดยผู้ที่มีพ่อแม่ พี่ น้อง เป็นโรคนี้จะมีโอกาสเป็นโรคความดันโลหิตสูงได้

2. ผู้ป่วยที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงส่วนน้อยประมาณ 5-10 % แพทย์อาจตรวจพบโรคหรือภาวะผิดปกติ หรือสิ่งที่เป็นสาเหตุของความดันโลหิตสูงได้ซึ่ง เรียกว่า ความดันโลหิตสูงชนิดทุติยภูมิ (Secondary hypertension) หรือ ความดันโลหิตสูงชนิดทราบสาเหตุ

2.1 ความดันช่วงบนมีค่า  $\geq 180$  หรือความดันช่วงล่างมีค่า  $\geq 110$  มิลลิเมตรปรอท

2.2 โรคไต เช่น โรคไตเรื้อรัง กรวยไตอักเสบเรื้อรัง หน่วยไตอักเสบ โรคถุงน้ำไตชนิดหลายถุง

2.3 หลอดเลือดแดงไตตีบ (Renal artery stenosis) หลอดเลือดแดงใหญ่ตีบ (Coarctation of aorta)

2.4 เนื้องอกบางชนิดของต่อมหมวกไต หรือต่อมใต้สมอง โรคคุชชิง /การใช้ยาสเตียรอยด์ติดต่อกันเป็นเวลานาน

2.5 โรคของต่อมไทรอยด์/พาราไทรอยด์

2.6 ภาวะแอลโดสเตอโรนสูงชนิดปฐมภูมิ (Primary aldosteronism)

2.7 ภาวะหยุดหายใจขณะหลับ (Sleep apnea)

2.8 ผลข้างเคียงจากการใช้ยาบางชนิด เช่น ยาสเตียรอยด์ ยาต้านอักเสบที่ไม่ใช่ สเตียรอยด์ ยาเม็ดคุมกำเนิด/เอสโตรเจน อะดรีนาลิน/ซูโดอีเฟดรีน ไซโคลสปอริน อิริโทรมายซิน อิริโทรโพลิติน รวมไปถึงการใช้สารเสพติดอย่างแอมเฟตามีน/โคเคน

3. ความดันช่วงบนสูงเดี๋ยวมักพบในผู้สูงอายุ (ยังมีอายุมากเท่าไรก็จะยังมีโอกาสพบได้มากขึ้นเท่านั้น) ภาวะหลอดเลือดแดงใหญ่ตีบ (Coarctation of aorta) ลิ้นหัวใจเอออร์ติกรั่ว (Aortic insufficiency) โรคคอพอกเป็นพิษ (Toxic goiter)

4. ความดันโลหิตสูงเพียงชั่วคราว ความดันโลหิตอาจสูงเพียงชั่วคราวได้ เมื่อมีภาวะที่ทำให้หัวใจต้องทำงานหนักขึ้น เช่น ไข้ ซีด เกิดอารมณ์เครียด เช่น โกรธ ตื่นเต้น ออกกำลังกายใหม่ ๆ ซึ่งไม่จำเป็นต้องรักษาแต่อย่างใด และความดันจะกลับมาเป็นปกติได้เอง เมื่อปัจจัยเหล่านี้ได้หมด

#### 4.3 ปัจจัยที่ทำให้เกิดโรคความดันโลหิตสูง

1. พันธุกรรม โอกาสจะสูงมากขึ้นเมื่อมีคนในครอบครัวเป็นโรคนี้

2. โรคเบาหวาน เพราะก่อให้เกิดการอักเสบตีบแคบของหลอดเลือดของไต

3. โรคไตเรื้อรัง เพราะส่งผลถึงการสร้างเอนไซม์ และฮอร์โมนที่ควบคุมความดันโลหิต

4. น้ำหนักตัวเกินและโรคอ้วน เพราะเป็นสาเหตุของโรคเบาหวานและโรคหลอดเลือดต่าง ๆ

5. ภาวะไขมันเกาะผนังหลอดเลือด

6. ภาวะหยุดหายใจขณะหลับ (Sleep apnea)

7. การขาดการออกกำลังกาย เพราะเป็นปัจจัยเสี่ยงของโรคอ้วน และเบาหวาน

8. การรับประทานอาหารเช้าอย่างต่อเนื่อง ตามเหตุผลที่กล่าวไป

9. การสูบบุหรี่ เพราะสารพิษในควันบุหรี่ ส่งผลให้เกิดการอักเสบตีบตันของหลอดเลือด รวมทั้งหลอดเลือดหัวใจ และหลอดเลือดไต

10. การดื่มแอลกอฮอล์เพราะส่งผลให้หัวใจเต้นแรงกว่าปกติ

11. ผลข้างเคียงจากการใช้ยาบางชนิด

ปัจจุบันยังไม่ทราบแน่ชัดเกี่ยวกับปัจจัยสนับสนุนการเกิดความดันโลหิตสูง แต่การศึกษาทั้งในและต่างประเทศ พบว่าปัจจัยที่เกี่ยวกับการเกิดโรคความดันโลหิตสูง ได้แก่ ภาวะอ้วน การสูบบุหรี่ ขาดการออกกำลังกาย การรับประทานเค็ม การดื่มแอลกอฮอล์ปริมาณมาก และความเครียด เป็นต้น

#### 4.4 การวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูง

การวัดความดันโลหิตที่ถูกต้อง มีความสำคัญต่อการวินิจฉัย เพื่อยืนยันว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง โดยการจำแนกระดับความดันโลหิต (มิลลิเมตรปรอท) จำแนกตามความรุนแรงในผู้ใหญ่ อายุ 18 ปีขึ้นไป ได้ดังนี้

ความดันซิสโตลิก SBP (มิลลิเมตรปรอท) / ความดันไดแอสโตลิก DBP (มิลลิเมตรปรอท)

1. ความดันโลหิต ระดับ เหมาะสม (optimal) < 120 และ < 80
2. ความดันโลหิต ปกติ (normal) 120-129 และ/หรือ 80-84
3. ความดันโลหิตสูงกว่าเกณฑ์ปกติ แต่ยังไม่เป็นโรคความดันโลหิตสูง (high normal) 130-139 และ/หรือ 85-89
4. โรคความดันโลหิตสูง ระดับที่ 1 (Grade 1 HT: mild) 140-159 และ/หรือ 90-99
5. โรคความดันโลหิตสูง ระดับที่ 2 (Grade 2 HT: moderate) 160-179 และ/หรือ 100-109
6. โรคความดันโลหิตสูง ระดับที่ 3 (Grade 3 HT: severe)  $\geq 180$  และ/หรือ  $\geq 100$
7. ความดันโลหิตสูง ชนิดสูงเฉพาะความดันซิสโตลิก  $\geq 140$  และ < 90

#### 4.5 การรักษาโรคความดันโลหิตสูง

ก่อนการรักษาแพทย์จะทำการประเมินผู้ป่วยแต่ละราย โดยการค้นหาสาเหตุ ประเมินพฤติกรรม และปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจ และหลอดเลือด ค้นหาโรคที่มีความสัมพันธ์กับโรคความดันโลหิตสูง และร่องรอยการทำลายของอวัยวะจากโรคความดันโลหิตสูง รวมทั้งค้นหาโรคหรือภาวะผิดปกติอื่น ๆ ที่มีผลต่อการเลือกใช้ ยาลดความดันโลหิต ซึ่งทำได้จากการตรวจต่าง ๆ ดังที่กล่าวไปแล้ว ทั้งนี้ยังต้องคำนึงถึงชนิดของโรคด้วย เพราะถ้าเป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดทราบสาเหตุ ผู้ป่วยก็จะมีโอกาสในการรักษาหายได้มากกว่าชนิดที่ไม่ทราบสาเหตุ ส่วนการรักษาโรคความดันโลหิตสูงนั้น แพทย์จะพิจารณาให้การรักษาตามระดับความรุนแรงของโรค ร่วมไปกับการประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจ และหลอดเลือดใน 10 ปีข้างหน้า



### แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูง

1. ควรลดความดันช่วงบน < 130 มิลลิเมตรปรอท และความดันช่วงล่าง < 80 มิลลิเมตรปรอท
2. ผู้ป่วยที่มีความดันช่วงบนอยู่ระหว่าง 120-129 มิลลิเมตรปรอท และความดันช่วงล่าง < 80 มิลลิเมตรปรอท แพทย์จะแนะนำให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยไม่ต้องให้ยาลดความดัน และติดตามวัดความดันใน 1 ปี ส่วนในผู้ที่มีโรคเบาหวาน หรือโรคไตเรื้อรังร่วมด้วยหากปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเป็นระยะเวลา 3 เดือน แล้วยังไม่สามารถควบคุมความดันได้ตามเป้าหมาย (น้อยกว่า 120/80 มิลลิเมตรปรอท) แพทย์จะให้การรักษาด้วยยาลดความดัน
3. ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีความเสี่ยงต่ำ (ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงระดับที่ 1 ที่ไม่มีปัจจัยเสี่ยง) แพทย์จะแนะนำให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และติดตามวัดความดันทุก 1-2 เดือน เป็นระยะเวลา 6-12 เดือน หากยังไม่สามารถควบคุมความดันได้ตามเป้าหมาย แพทย์จึงจะเริ่มให้การรักษาด้วยยาลดความดัน
4. ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ที่มีความเสี่ยงปานกลาง (ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงระดับที่ 1 ที่มีปัจจัยเสี่ยง 1-2 อย่างและระดับที่ 2 ที่ไม่มีปัจจัยเสี่ยงใด ๆ หรือมีปัจจัยเสี่ยง 1-2 อย่าง) แพทย์จะแนะนำให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และควบคุมภาวะอื่น ๆ ที่เพิ่มความเสี่ยง เช่น ภาวะอ้วน ไขมันในเลือดสูง โรคเบาหวาน เป็นต้น ร่วมไปกับการติดตามวัดความดันทุก 1-2 เดือน นาน 3-6 เดือน หากยังไม่สามารถควบคุมความดันได้ตามเป้าหมาย แพทย์จึงจะเริ่มให้การรักษาด้วยยาลดความดัน
5. ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีความเสี่ยงสูง (ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงระดับที่ 2 ที่มีความดันช่วงบน  $\geq 180$  มิลลิเมตรปรอทและ/หรือช่วงล่าง  $\geq 110$  มิลลิเมตรปรอททุกราย และผู้ป่วยที่มีปัจจัยเสี่ยงตั้งแต่ 3 อย่างขึ้นไป หรือมีร่องรอยการทำลายของอวัยวะจากโรคความดันโลหิตสูง หรือมีโรคที่สัมพันธ์กับโรคความดันโลหิตสูงทุกราย ไม่ว่าจะมีความดันโลหิตสูงอยู่ที่ระดับใดก็ตาม) ในกลุ่มนี้แพทย์จะเริ่มให้ยาลดความดันตั้งแต่แรกพบ ร่วมไปกับการให้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และควบคุมภาวะอื่น ๆ ที่เพิ่มความเสี่ยง
6. ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงวิกฤติซึ่งแบ่งออกเป็น 2 ระดับ คือ
  - 6.1 ความดันโลหิตสูงฉุกเฉิน (Hypertensive emergencies) หมายถึง ผู้ป่วยที่มีความดันช่วงบน >180 มิลลิเมตรปรอท และ/หรือความดันช่วงล่าง >120 มิลลิเมตรปรอท ร่วมกับมีอาการแทรกซ้อนเฉียบพลันของอวัยวะสำคัญ เช่น โรคหลอดเลือดสมอง หรืออัมพาตครึ่งซีก ที่เกิดขึ้นอย่างเฉียบพลัน ไตวายเฉียบพลัน ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ควรได้รับการรักษาอย่างเร่งด่วน ซึ่งแพทย์จำเป็นต้องรับตัวผู้ป่วยไว้รักษาในโรงพยาบาล และให้ยาฉีดลดความดัน เช่น enalapril nifedipine nitroprusside labetalol โดยแพทย์จะค่อย ๆ ลดความดันของผู้ป่วยให้เหลือ 160/100 มิลลิเมตรปรอทภายใน 2-6 ชั่วโมงต่อมา เพราะต้องระวังไม่ให้ความดันลดเร็วเกินไป เช่น การไม่ให้ nifedipine อมใต้ลิ้นเพราะอาจทำให้เซลล์สมอง หรือกล้ามเนื้อหัวใจตายเนื่องจากขาดเลือดไปเลี้ยงฉับพลันได้
  - 6.2 ความดันโลหิตสูงเร่งด่วน (Hypertensive urgencies) หมายถึง ผู้ป่วยที่มีความดันช่วงบน > 180 มิลลิเมตรปรอทและ/หรือช่วงล่าง >120 มิลลิเมตรปรอท ร่วมกับมีอาการปวดศีรษะ

อย่างรุนแรง เลือดกำเดาไหล หรือมีความวิตกกังวลรุนแรง ผู้ป่วยกลุ่มนี้เป็นผู้ป่วยที่ต้องรีบนำส่งโรงพยาบาล ภายใน 24 ชั่วโมง และแพทย์จำเป็นต้องให้ยาลดความดันที่ออกฤทธิ์เร็วเช่น captopril clonidine labetalol รับประทานในทันทีหรือให้ยาลดความดันหลายชนิดรับประทานทันที เพื่อให้ความดันของผู้ป่วยลดลงภายใน 24-48 ชั่วโมง

7. การให้ยารักษาความดันในรายที่แพทย์ จำเป็นต้องให้ยาลดความดัน แพทย์จะมีแนวทางในการให้ยา

7.1 ผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตสูงระดับที่ 1 แพทย์จะเริ่มการรักษาด้วยการให้ยาชนิดใดชนิดหนึ่งเพียง 1 ชนิด ซึ่งยาที่นิยมใช้จะเริ่มจากไฮโดรคลอโรไทอาไซด์ (hydrochlorothiazide) ขนาด 12.5 มิลลิกรัม วันละ 1 ครั้งแล้วติดตามผลทุกเดือนแต่ถ้ายังควบคุมไม่ได้แพทย์จะให้ยาอีกชนิดหนึ่งร่วมไปด้วย เช่น ยาปิดกั้นเบต้า (Beta blockers) ยาต้านแคลเซียม (Calcium-channel blockers) หรือยาต้านเอซ (ACE inhibitors) โดยจะปรับขนาดยาขึ้นทีละน้อย แต่บางครั้งแพทย์อาจพิจารณาให้ยา 2 ชนิดในขนาดต่ำก็ได้

7.2 ผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตสูงระดับที่ 2 แพทย์จะเริ่มให้การรักษาด้วยยา 2 ชนิดร่วมกัน โดยมีไฮโดรคลอโรไทอาไซด์ (hydrochlorothiazide) เป็นตัวหลักร่วมกับยาชนิดอื่น โดยจะเริ่มจากขนาดต่ำกว่า ก่อน ร่วมกับการติดตามวัดความดันเดือนละ 1 ครั้ง แต่ถ้าความดันสูงมากก็จะติดตามทุก 1-2 สัปดาห์แล้วค่อย ๆ ปรับเพิ่มขึ้นทีละน้อย จนกว่าจะควบคุมความดันได้ตามเป้าหมาย แต่ถ้ายังไม่ได้ผลก็อาจจะต้องปรับเปลี่ยนยา และใช้ยาถึง 3-4 ชนิดร่วมกัน

ในการให้ยารักษาความดันนั้น แพทย์จะเริ่มจากการให้ทีละน้อยก่อน แล้วจึงจะค่อย ๆ เพิ่ม ขนาดขึ้นไปเรื่อย ๆ ทั้งนี้เพื่อระวังไม่ให้ผู้ป่วยได้รับยาเกินขนาด เพราะจะทำให้ความดันต่ำมากเกินไป จนทำให้ผู้ป่วยมีอาการหน้ามืด เป็นลมเวลาลุกได้ (ความดันต่ำในท่ายืน)

#### 4.6 ภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง

จากโรคความดันโลหิตสูงต่อผู้สูงอายุ เมื่อเกิดโรคความดันโลหิตสูงขึ้นแล้ว จะส่งผลกระทบต่อผู้สูงอายุทางด้านร่างกายหลายประการ เช่น

1. เกิดภาวะหลอดเลือดแดงแข็งตัว ทำให้เกิดลิ้มเลือดทั้งที่หลอดเลือดหัวใจและหลอดเลือดสมอง
2. หัวใจทำงานผิดปกติจากหลอดเลือดหัวใจตีบ เกิดภาวะหัวใจวาย หลอดเลือดแดงโป่งพอง
3. เกิดโรคหลอดเลือดสมอง
4. เกิดภาวะแทรกซ้อนที่จอประสาทตา
5. การทำงานของไตเสื่อมสภาพทำให้ไตวาย

#### 4.7 การติดตามผลการรักษาโรคความดันโลหิตสูง

ในช่วงแรกของการรักษาแพทย์จะนัดผู้ป่วยมาตรวจเดือนละ 1 ครั้ง แต่ถ้าผู้ป่วยมีความดันสูงมากจะนัดมาตรวจทุก 1-2 สัปดาห์เมื่อควบคุมความดันได้ตามเป้าหมายแล้วแพทย์จะนัดมาตรวจทุก 3-6 เดือน และตรวจทางห้องปฏิบัติการทุก 6-12 เดือน ซึ่งในการติดตามผู้ป่วยนั้น โดยทั่วไปแพทย์จะเน้นให้ผู้ป่วย

ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างจริงจัง และปรับยาที่ใช้ให้เหมาะสม รวมถึงซักถามอาการและตรวจดู  
ภาวะแทรกซ้อน และผลข้างเคียงของยาที่อาจจะเกิดขึ้นได้

#### 4.8 การป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง

1. ผู้ป่วยควรปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ พยาบาล อย่างเคร่งครัด และต่อเนื่องรวมถึงปฏิบัติตาม  
ตัวตามคำแนะนำ ที่อธิบายไว้ในหัวข้อการปรับพฤติกรรมของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง

2. ผู้ป่วยต้องรับประทานยาตามที่แพทย์สั่งให้ถูกต้อง ครบถ้วน และไม่หยุดยาเอง แม้ว่าจะรู้สึก  
ว่าสบายดี หรือความดันลดลงแล้วก็ตามโดยการลดยา หรือหยุดยานั้นผู้ป่วยควรให้แพทย์ผู้รักษาเป็นผู้พิจารณา

3. ถ้ามีการนอนโรงพยาบาลหรือต้องผ่าตัด ต้องมีการควบคุมภาวะความดันโลหิตสูง เพราะมีโรค  
ความดันโลหิตสูงร่วม ยิ่งทำให้ความเสี่ยงเพิ่มสูงขึ้น และทำให้มีการเสียเลือดเพิ่มมากขึ้นระหว่างการผ่าตัด

สุนีย์ ศรีสว่าง และคณะ (2561) ศึกษาอุบัติการณ์การเกิดภาวะแทรกซ้อนทางวิสัญญีวิทยาโรงพยาบาล  
ประสาทเชียงใหม่ พบว่าการเกิดภาวะแทรกซ้อน ร้อยละ 20.01 ภาวะแทรกซ้อนที่พบมาก 3 อันดับแรก คือ

1. ภาวะความดันโลหิตต่ำรุนแรง
2. ภาวะความดันโลหิตสูงรุนแรง
3. ภาวะหัวใจเต้นผิดปกติ

และคาดหวังต่อการมีรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุกระดูกข้อสะโพกหัก เพื่อช่วยเพิ่มประสิทธิภาพใน  
การปฏิบัติงานอยู่ในระดับมากที่สุด

# กรมการแพทย์

## โรงพยาบาลเลิดสิน

# ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน

### บทที่ 3

#### ทฤษฎีทางการพยาบาล แนวคิด และการพยาบาล

กรณีศึกษา เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมที่มีภาวะสับสนเฉียบพลัน ผู้ศึกษาได้นำทฤษฎีการพยาบาล และแนวคิดทางการพยาบาลที่เกี่ยวข้อง ร่วมกับการศึกษาค้นคว้าในบทที่ 2 มาบูรณาการเป็นการพยาบาลผู้ป่วย โดยมีทฤษฎีทางการพยาบาล แนวคิดทางการพยาบาล และการพยาบาลผู้ป่วย มาใช้ประกอบในการให้การพยาบาล มีรายละเอียดดังนี้

1. ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม (Orem's Self-Care Deficit Theory)
2. กรอบแนวคิดแบบแผนสุขภาพของมาร์จอรีกอร์ดอน (Marjory Gordon)
3. แนวคิดเกี่ยวกับการเสริมสร้างพลังอำนาจกิ๊บสัน (Gibson)
4. การพยาบาล ประกอบด้วย
  - 4.1 การพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม
  - 4.2 การพยาบาลผู้ป่วยโรคกระดูกพรุน
  - 4.3 การพยาบาลผู้ป่วยภาวะสับสนเฉียบพลัน
  - 4.4 การพยาบาลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง
5. แผนการพยาบาล

#### 1. ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม (Orem's Self-Care Deficit Theory)

การดูแลตนเองเป็นการกระทำของบุคคลที่ตั้งใจ และมีเป้าหมาย (Deliberate action and goal oriented) การปรับหน้าที่ของบุคคลจะช่วยส่งเสริมความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเอง ได้มีประสิทธิภาพและต่อเนื่อง จะส่งเสริมพัฒนาการของบุคคลให้ดำเนินการไปได้ถึงขีดสูงสุด

การดูแลตนเอง หมายถึง การปฏิบัติในกิจกรรมที่บุคคลริเริ่ม และกระทำเพื่อที่จะรักษาชีวิต สุขภาพ และสวัสดิภาพของตน กิจกรรมการดูแลตนเองมุ่งจัดการแก้ไขปัญหา ซึ่งเกี่ยวข้องกับปัจจัยภายนอก เป็นการกระทำที่ผู้อื่นเห็นได้ ปรับความรู้สึนึกคิด และอารมณ์ของตนเอง

ใน ค.ศ. 1991 โอเร็มได้เสนอแนวคิดการทางการพยาบาลที่อธิบายแนวคิดการดูแลตนเอง ระบบ การพยาบาล และปัจจัยพื้นฐาน ต่อมามีการพัฒนาแนวคิดให้มีความชัดเจนมากขึ้น โดยการเพิ่มเติมแนวคิด ความสามารถในการดูแลตนเอง ความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด ความสามารถทางการพยาบาลและความพร้อมในการดูแลตนเอง โดยมีข้อตกลงเบื้องต้น มโนทัศน์ และสาระของทฤษฎี ดังนี้

ข้อตกลงพื้นฐาน โอเร็มกล่าวถึง ข้อตกลงพื้นฐานเกี่ยวกับมนุษย์ หรือบุคคล (Human being) ได้แก่

1. บุคคลต้องการสิ่งกระตุ้นที่มีระบบระเบียบ และเจาะจง (deliberate inputs) ให้กับตนเอง และสิ่งแวดล้อมของตนอย่างต่อเนื่อง เพื่อการมีชีวิตรอด และทำหน้าที่ได้ตามความสามารถของแต่ละคน

2. ความสามารถของบุคคล (Human agency) เป็นความสามารถในการกระทำอย่างตั้งใจ ในรูปของการดูแล เพื่อตอบสนองความต้องการสำหรับตนเองและผู้อื่น

3. บุคคลมีโอกาที่จะประสบกับข้อจำกัดในการดูแลตนเอง และดูแลบุคคลที่อยู่ภายใต้ความ รับผิดชอบในการดำรงไว้ซึ่งชีวิตและหน้าที่ของตนเอง

4. บุคคลใช้ความสามารถในการค้นหา พัฒนา และถ่ายทอดวิธีการสนองต่อความต้องการ ของตนเอง และผู้อื่น

5. กลุ่มบุคคลที่มีความสัมพันธ์กันอย่างมีโครงสร้าง จะแบ่งงานกันรับผิดชอบเพื่อที่จะดูแลสมาชิก ในกลุ่ม

มโนทัศน์หลักของศาสตร์การพยาบาล มีดังนี้

1. บุคคล โอเร็ม ใช้คำว่า Human being ในความหมายของบุคคล และอธิบายบุคคลว่าเป็น หน่วยเดียวของกาย และจิต เป็นองค์รวมที่เป็นระบบเปิด และเป็นพลวัต มีศักยภาพในการกระทำอย่าง ตั้งใจ และมีเป้าหมาย มีความสามารถในการเรียนรู้เกี่ยวกับตนเอง และสามารถวางแผนระบบระเบียบในการ ปฏิบัติกิจกรรมเพื่อการดูแลตนเองได้

2. สิ่งแวดล้อม สิ่งแวดล้อมในแนวคิดของโอเร็ม หมายถึง สิ่งที่ไม่สามารถแยกจากบุคคลได้ สิ่งแวดล้อมจะมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลตลอดเวลา สิ่งแวดล้อมอาจมีผลกระทบทั้งทางบวก และทางลบต่อชีวิต สุขภาพ ความผาสุก ของบุคคล ครอบครัว ชุมชน สิ่งแวดล้อมของบุคคลแบ่งออกเป็น 4 ด้าน ที่มีความสัมพันธ์กัน คือ สิ่งแวดล้อมด้านกายภาพ เคมี ชีวภาพ และสังคม ซึ่งสามารถควบคุมได้

3. สุขภาพ โอเร็มกล่าวว่า สุขภาพ เป็นภาวะที่มีความสมบูรณ์ของโครงสร้างการทำหน้าที่ของ กายและจิต นอกจากนี้ โอเร็ม ยังกล่าวถึงความผาสุก (Well being) ซึ่งต่างจากสุขภาพว่า ความผาสุกเป็นการ รับรู้ถึงภาวะของตนเอง มีลักษณะของความสุขทางจิตวิญญาณ โดยสามารถคงสภาพความเป็นบุคคลไว้ได้

4. การพยาบาล โอเร็มกล่าวถึงการพยาบาลว่า เป็นการช่วยเหลือทางสุขภาพ ที่มีลักษณะ ที่เฉพาะแตกต่างจากการช่วยเหลืออื่นๆ ที่บุคคลได้รับ เป็นการกระทำที่มีเป้าหมาย และตั้งใจเพื่อช่วยเหลือ บุคคลที่ไม่สามารถดูแลตนเอง หรือผู้ที่อยู่ภายใต้ความรับผิดชอบต่ออันเนื่องมาจากสุขภาพ ไม่ว่าจะเด็ก หรือผู้ใหญ่ ให้สามารถดูแลตนเอง และบุคคลที่อยู่ภายใต้ความรับผิดชอบต่ออย่างเพียงพอและต่อเนื่อง เพื่อรักษาไว้ซึ่ง ชีวิต สุขภาพ การหายจากโรค หรือการบาดเจ็บ หรือการปรับตัวให้เข้ากับผลกระทบของการเกิดโรค หรือการบาดเจ็บในสิ่งแวดล้อมที่เฉพาะเจาะจง

ทฤษฎีของโอเร็ม ประกอบด้วย 3 ทฤษฎี ที่มีความสัมพันธ์กัน คือ ทฤษฎีการดูแลตนเอง (Theory of self-care) ทฤษฎีความพร่องในการดูแลตนเอง (Theory of self-care deficit) และทฤษฎีระบบการ พยาบาล (Theory of nursing system) ดังนี้

1. ทฤษฎีการดูแลตนเอง (Theory of self-care) การดูแลตนเองเป็นสิ่งจำเป็นในการมีชีวิตอยู่ แนวคิดหลักของทฤษฎีนี้คือ การดูแลตนเอง (self-care) เป็นกิจกรรมที่เกิดขึ้นโดยความสมัครใจ เป็นการ

กระทำอย่างจริงจัง และเรียนรู้ได้จากการมีปฏิสัมพันธ์ และการสื่อสารกับบุคคลอื่นโดยมีเป้าหมายเพื่อความสมบูรณ์ในโครงสร้าง และหน้าที่การทำงานของร่างกาย รวมทั้งพัฒนาการของมนุษย์ บุคคลที่อยู่ในวัยผู้ใหญ่เป็นผู้มีสิทธิ และความรับผิดชอบต่อการดูแลตนเองเพื่อบำรุงความเป็นเจ้าของชีวิต และสุขภาพของตนเอง รวมทั้งมีความรับผิดชอบต่อบุคคลที่อยู่ในความรับผิดชอบของตนเอง

บุคคลจะเรียนรู้การกระทำ และผลของการกระทำทั้งต่อตนเองและสิ่งแวดล้อม หรือสนองตอบความต้องการ โดยการควบคุมปัจจัยที่อาจจะส่งเสริม หรือขัดขวางหน้าที่ และพัฒนาการของตนเอง เพื่อส่งเสริมสุขภาพ ความผาสุก และการมีชีวิตอยู่ต่อไป ความต้องการดังกล่าวประกอบด้วย

1.1 ความต้องการโดยทั่วไปที่บุคคลทุกคนต้องการ (Universal self-care requisites)

1.2 ความต้องการเฉพาะในแต่ละระยะของพัฒนาการ (Development self-care requisites)

1.3 ความต้องการที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพ และการดูแลสุขภาพ (Health deviation self-care requisites)

2. ทฤษฎีความพร่องในการดูแลตนเอง (Theory of self-care deficit) เป็นแนวคิดที่แสดงถึงความสัมพันธ์ระหว่างความต้องการการดูแลตนเอง กับความสามารถในการดูแลตนเอง เมื่อเกิดความไม่สมดุลกันระหว่างความสามารถ และความต้องการ คือ ความสามารถน้อยไปจะมีความพร่องเกิดขึ้นเมื่อความสามารถไม่เพียงพอที่จะตอบสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด จึงเป็นเป้าหมายของการพยาบาล บุคคลที่มีข้อจำกัด หรือมีความพร่องในการดูแลตนเอง พยาบาลจะต้องทำกิจกรรมการดูแลแทนผู้ป่วย และจะต้องช่วยให้ผู้ป่วยได้พัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง หรือช่วยให้ญาติได้พัฒนาความสามารถที่จะตอบสนองความต้องการการดูแลผู้ป่วย

ความพร่องในการดูแลตนเอง (self-care deficit) เกิดขึ้นเมื่อความสามารถในการดูแลตนเอง (self-care agency) ไม่เพียงพอต่อความต้องการดูแลตนเองทั้งหมด (Therapeutic self-care demand) ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้

2.1 กิจกรรมการดูแลตนเองทั้งหมด (Therapeutic self-care demand) ซึ่งเป็นกิจกรรมการดูแลตนเองที่บุคคลควรจะทำภายในระยะเวลาหนึ่ง ประกอบด้วย การดูแลที่จำเป็น (Self-care requisites) 3 ด้าน ได้แก่

2.1.1 การดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป (Universal self-care requisites) เป็นการดูแลตนเองเพื่อส่งเสริมสุขภาพ และสวัสดิภาพของบุคคล เป็นสิ่งจำเป็นสำหรับทุกคน โดยต้องปรับให้เหมาะสมกับระยะพัฒนาการ จุดประสงค์ และกิจกรรมการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป ได้แก่ คงไว้ซึ่งอากาศ น้ำ และอาหารที่เพียงพอ คงไว้ซึ่งการขับถ่าย และการระบายให้เป็นปกติ รักษาความสมดุลระหว่างการมีกิจกรรมและการพักผ่อน รักษาความสมดุลระหว่างการใช้เวลาเป็นส่วนตัวกับการปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น ป้องกัน

อันตรายต่าง ๆ ต่อชีวิต หน้าที่และสวัสดิภาพส่งเสริมการทำหน้าที่ และพัฒนาการให้ถึงขีดสูงสุดภายใต้ระบบสังคม และความสามารถของตนเอง

2.1.2 การดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ (Developmental self-care requisitis) เป็นการดูแลที่เกิดขึ้นจากกระบวนการพัฒนาของชีวิตมนุษย์ในระยะต่างๆ เช่น การตั้งครรภ์ การคลอดบุตร การเจริญเติบโตเข้าสู่วัยต่าง ๆ และเหตุการณ์ที่มีผลเสีย หรือเป็นอุปสรรคต่อพัฒนาการ เช่น การสูญเสียคู่ชีวิต บิดามารดา แบ่งออกเป็น 2 อย่างคือ 1) การพัฒนาและคงรักษาภาวะความเป็นอยู่ที่ดีที่ช่วยสนับสนุนกระบวนการของชีวิต และพัฒนาการที่ช่วยให้บุคคลเจริญเข้าสู่วุฒิภาวะในวัยต่างๆ 2) การดูแลเพื่อป้องกันการเกิดผลเสียต่อพัฒนาการ โดยการจัดการเพื่อบรรเทาภาวะเครียด หรือเอาชนะต่อผลที่เกิดจากการขาดการศึกษา ปัญหาการปรับตัวทางสังคม การสูญเสียญาติมิตร ความเจ็บป่วย การบาดเจ็บ ความพิการ ความเจ็บป่วยขั้นสุดท้าย และการตาย

2.1.3 การดูแลตนเองเมื่อมีปัญหาทางด้านสุขภาพ (Health deviation self-care requisitis) เป็นการดูแลที่เกิดตามโครงสร้าง และหน้าที่ของร่างกายที่ผิดปกติไป เช่น เกิดโรค หรือความเจ็บป่วย และจากการวินิจฉัยโรค หรือการรักษา แสวงหาความช่วยเหลือจากบุคคลที่เชื่อถือได้ ได้รับความรู้ และดูแลผลของพยาธิสภาพ ปฏิบัติตามแผนการรักษา การวินิจฉัย การฟื้นฟู และป้องกันภาวะแทรกซ้อน ได้รับความรู้และสนใจดูแล ป้องกันความไม่สบายจากผลข้างเคียงของการรักษา ปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นต่อความเจ็บป่วย และการรักษา เรียนรู้ที่จะมีชีวิตอยู่กับผลของพยาธิสภาพ หรือภาวะเป็นอยู่ ดังนั้นบุคคลจะต้องมีความสามารถผสมผสานความต้องการดูแลตนเอง จัดระบบการดูแลตนเองเพื่อป้องกันหรือบรรเทาผลที่เกิดจากพยาธิสภาพ และผลข้างเคียงของการรักษา

2.2 ความสามารถในการดูแลตนเอง (self-care agency) เป็นความสามารถที่บุคคลพัฒนาขึ้นเพื่อใช้ควบคุมกระบวนการของชีวิต คงไว้ และส่งเสริมโครงสร้าง หน้าที่ ตามพัฒนาการของบุคคล ส่งเสริมให้เกิดความผาสุก ความสามารถในการดูแลของแต่ละบุคคล ทั้งนี้ ขึ้นอยู่กับปัจจัยที่เป็นผลจากพัฒนาการและการลงมือปฏิบัติ ความสามารถในการดูแลตนเองมี 3 ระดับ ดังนี้

2.2.1 ความสามารถในการปฏิบัติการดูแลตนเอง (Capabilities for self-care operation) เป็นความสามารถที่จำเป็น และต้องใช้การดูแลตนเอง ประกอบด้วย การคาดการณ์ (Estimative) การปรับเปลี่ยน (Transitional) และการลงมือปฏิบัติ (Productive operation)

2.2.2 พลังความสามารถ 10 ประการ (Ten power component) เป็นการกระทำอย่างจริงจังเพื่อการดูแลตนเอง ประกอบด้วย ความสนใจและการเอาใจใส่ตนเอง ความสามารถที่จะควบคุมพลังงานทางร่างกายของตนเองให้เพียงพอ ความสามารถที่จะควบคุมส่วนต่างๆ ของร่างกายเพื่อการเคลื่อนไหวที่จำเป็น ความสามารถที่จะใช้เหตุผลเพื่อการดูแลตนเอง แรงจูงใจที่จะกระทำการดูแลตนเอง มีทักษะการตัดสินใจที่จะดูแลตนเอง ความสามารถแสวงหาความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองจากผู้เชื่อถือ

ได้ มีทักษะการใช้กระบวนการทางความคิด และสติปัญญา เพื่อปรับการปฏิบัติการดูแลตนเอง มีความสามารถในการจัดระบบการดูแลตนเอง และมีความสามารถที่จะปฏิบัติการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง

2.2.3 ความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐาน (Foundation capabilities and disposition) เป็นความสามารถที่จำเป็นสำหรับการกระทำอย่างจงใจ (Deliberate action) ประกอบด้วย ความสามารถที่จะรู้ กับความสามารถที่จะกระทำ และปัจจัยที่มีผลต่อการแสวงหาเป้าหมายของการกระทำ

3. ทฤษฎีระบบการพยาบาล (The theory of nursing system) เป็นแนวคิดการปฏิบัติการพยาบาลตอบสนองต่อบุคคลที่มีความพร้อมเกิดขึ้นให้ได้รับการตอบสนอง โดยใช้ความสามารถทางการพยาบาล เพื่อปรับแก้ไขความสมดุลระหว่างความสามารถในการดูแลตนเอง กับความต้องการการดูแลตนเอง ทั้งหมดของผู้ป่วย ปรับการใช้และพัฒนาความสามารถของผู้ป่วย สนองตอบต่อความต้องการดูแลตนเอง โอเริ่มได้จำแนกทฤษฎีระบบการพยาบาลออกเป็นทฤษฎีย่อย 3 ทฤษฎี ได้แก่

3.1 ระบบทดแทนทั้งหมด (Wholly compensatory nursing system) เป็นระบบที่ใช้ความสามารถของพยาบาลทดแทนความต้องการของผู้ป่วยในการดูแลตนเองทั้งหมด ช่วยประคับประคอง ปกป้องอันตรายที่จะเกิดขึ้น ในผู้ป่วยที่ไม่สามารถตัดสินใจได้ ผู้ที่ไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมได้ หรือถูกจำกัด การเคลื่อนไหว หรือไม่สามารถตัดสินใจอย่างมีเหตุผลในการดูแลตนเอง โดยพยาบาลมีหน้าที่ตอบสนองต่อความต้องการการดูแลทั้งหมดของผู้ป่วย ชดเชยภาวะไร้สมรรถภาพในการปฏิบัติกิจกรรมดูแลตนเอง ช่วยประคับประคองปกป้องผู้ป่วย

3.2 ระบบทดแทนบางส่วน (Partly compensatory nursing system) เป็นระบบที่ใช้ความสามารถของพยาบาลทดแทน ตามความสามารถ ความต้องการ และตามความจำเป็นของผู้ป่วย โดยชดเชยข้อจำกัดหรือเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเอง ผู้ป่วยและพยาบาลร่วมกันรับผิดชอบในการตอบสนองความต้องการการดูแลทั้งหมดของผู้ป่วย ตั้งเป้าหมายร่วมกัน ผู้ป่วยปรับความสามารถในการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น ยอมรับความช่วยเหลือจากพยาบาล

3.3 ระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ (Educative supporting nursing system) เป็นระบบการพยาบาลที่เน้นให้ผู้ป่วยได้รับการสอน แนะนำ และสนับสนุนในการปฏิบัติการดูแลตนเอง รวมทั้งการให้กำลังใจ คอยกระตุ้นให้ผู้ป่วยคงความพยายามคงไว้ซึ่งความสามารถในการดูแลตนเอง วิธีการช่วยเหลือบุคคลที่มีความพร้อมในการดูแลตนเองที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพ ได้แก่ การกระทำให้ หรือกระทำแทน การชี้แนะ การสนับสนุน การสอน การสร้างสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมความสามารถที่จะตอบสนองความต้องการในการดูแลตนเองของผู้ป่วย

## 2. กรอบแนวคิดแบบแผนสุขภาพของมาร์จอรี่กอร์ดอน (Marjory Gordon)

การพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมที่มีภาวะสับสนเฉียบพลัน ผู้เขียนใช้แนวคิดของ Marjory Gordon มาเป็นแนวทางในการประเมินภาวะสุขภาพของกรณีศึกษา ทั้งในภาวะปกติ และภาวะเจ็บป่วยของผู้ป่วย โดยประเมินจากพฤติกรรมทั้งภายใน และภายนอกของบุคคลในช่วงระยะเวลา



หนึ่งที่มีผลต่อสุขภาพ รวมทั้งปัจจัยส่งเสริมหรือปัจจัยที่เป็นอุปสรรค ต่อการทำหน้าที่แต่ละแบบแผน จะมีความสัมพันธ์กัน หากมีความผิดปกติในแบบแผนหนึ่ง อาจมีผลกระทบต่อแบบแผนอื่น สรุปแนวคิดแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน (Gordon's functional health) ดังนี้

### **แบบแผนที่ 1 การรับรู้และการดูแลสุขภาพ**

#### **(Health perception and Health management)**

เป็นการรวบรวมข้อมูล เพื่อประเมินความคิด ความเข้าใจของผู้รับบริการ ที่มีต่อภาวะสุขภาพหรือ การเจ็บป่วยของตนเอง ผลกระทบจากการเจ็บป่วยต่อการดำเนินชีวิตปกติ เช่น ผลกระทบต่อการหารายได้ ภาระในครอบครัว การกินอยู่หลับนอน ฯลฯ เกณฑ์ที่ผู้ป่วยใช้ในการประเมินความผิดปกติ ตลอดจน พฤติกรรมการดูแลสุขภาพทั้งในภาวะปกติ และการแก้ปัญหาการเจ็บป่วย ภายใต้สภาพชีวิตความเป็นอยู่ของ ผู้ป่วย ข้อจำกัดเงื่อนไข และปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้ และการดูแลสุขภาพ เช่น ข้อจำกัดทางกาย ฐานะความเป็นอยู่ช่องทาง และความสามารถในการเรียนรู้ หรือปรับตัวเพื่อหาวิธีการแก้ไขปัญหา

### **แบบแผนที่ 2 โภชนาการและการเผาผลาญสารอาหาร**

#### **(Nutrition and Metabolism)**

เป็นการรวบรวมข้อมูล เพื่อประเมินพฤติกรรม และการปรับตัวในเรื่องการกินของผู้ป่วย ทั้งในภาวะ ปกติและขณะเจ็บป่วย เช่น ปรับเวลา ปรับอาหารให้สอดคล้องกับงานที่ทำสภาพแวดล้อม หรือสภาพ ร่างกาย โรค หรือการเจ็บป่วยของตนเอง ตลอดจนมุมมองความคิดของผู้ป่วยที่มีต่อพฤติกรรมเสี่ยงด้านการ บริโภค และการเผาผลาญสารอาหารของตนเอง ประเมินผลของความเจ็บป่วยที่มีผลต่อเรื่องกิน เช่น ทำให้ เบื่ออาหาร กลืนลำบาก ตลอดจนผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น เช่น การเปลี่ยนแปลงน้ำหนักตัว ความอยากอาหาร ฯลฯ การเผาผลาญสารอาหารเป็นแบบแผนเกี่ยวกับบริโภคนิสัย รวมทั้งปัจจัยส่งเสริม ปัจจัยเสี่ยง และปัจจัยที่เป็น อุปสรรค ต่อแบบแผนการรับประทานอาหาร ตลอดจนการเปลี่ยนแปลงของแบบแผนอันเนื่องมาจากความ เจ็บป่วย ดังนั้นแบบแผน โภชนาการ และการเผาผลาญสารอาหาร จึงประกอบด้วย แบบแผนย่อย 7 แบบ แผน คือ

1. อาหารและภาวะโภชนาการ
2. การเผาผลาญสารอาหาร
3. น้ำและอิเล็กโทรไลต์
4. อุณหภูมิของร่างกาย
5. การเจริญเติบโตและพัฒนาการ
6. ผิวหนังและเยื่อ
7. ภูมิคุ้มกันโรค

### แบบแผนที่ 3 การขับถ่าย

#### (Elimination)

เป็นการรวบรวมข้อมูล เพื่อประเมินกระบวนการขับถ่าย ลักษณะ ปริมาณ จำนวนครั้งของของเสียทุกประเภทออกจากร่างกายทั้งอุจจาระ ปัสสาวะ ปัสสาวะสีเข้มหรือปัสสาวะสีเหลืองรวมทั้งอุปสรรคต่อการขับถ่าย ตลอดจนการเปลี่ยนแปลงกระบวนการขับถ่าย อันเนื่องมาจากความเจ็บป่วย และการปรับตัวเพื่อแก้ไขปัญหานั้นแบบแผนการขับถ่ายส่วนใหญ่ ประกอบด้วยแบบแผนย่อย 2 แบบแผน คือ

1. การขับถ่ายอุจจาระ
2. การขับถ่ายปัสสาวะ

### แบบแผนที่ 4 กิจวัตรประจำวันและการออกกำลังกาย

#### (Sleep and Rest)

เป็นการรวบรวมข้อมูล เพื่อประเมินระดับความสามารถในการประกอบกิจกรรมต่าง ๆ ในชีวิตประจำวัน เช่น การทำกิจวัตรประจำวัน การดูแลบ้าน การประกอบอาชีพ การใช้เวลารว่าง และนันทนาการ มุมมองในการออกกำลังกายของผู้รับบริการ เช่น เห็นว่าการทำงาน หรือการทำกิจกรรมที่มีเหงื่อออก เป็นการออกกำลังกายในมุมมองของเขา ข้อจำกัดหรือเงื่อนไข ในการดำเนินชีวิตที่มีผลต่อการทำกิจกรรม และออกกำลังกาย เช่น หอบ เหนื่อย แขนงอก ไม่มีเวลา ผลกระทบที่เกิดจากการเจ็บป่วยต่อการประกอบกิจกรรม และการออกกำลังกาย ตลอดจนความรู้สึกที่เกิดขึ้น เมื่อไม่สามารถทำกิจกรรมที่ตนเองต้องการ หรือไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำได้เนื่องด้วยข้อจำกัดต่าง ๆ ผลการตรวจร่างกายระบบหัวใจ และหลอดเลือด (ชีพจรที่ครั้ง/นาที จังหวะเสียงหัวใจ ความดันโลหิตเท่าไร สิวและปลายมือปลายเท้ามีภาวะซีด/เขียวหรือไม่) ผลการตรวจร่างกายระบบกระดูก และกล้ามเนื้อ เช่น ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ การเคลื่อนไหวการทรงตัว รวมทั้งผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ/การตรวจพิเศษที่เกี่ยวข้อง

### แบบแผนที่ 5 การพักผ่อนนอนหลับ

#### (Sleep and Rest)

เป็นการประเมินการนอนหลับ และการพักผ่อน (Relax) ของผู้รับบริการ ปัสสาวะสีเข้มและอุปสรรคที่ส่งผลต่อการนอน ตลอดจนความรู้สึก และผลกระทบที่เกิดขึ้นเมื่อไม่สามารถนอนหลับ และพักผ่อนได้ตามความต้องการ การปฏิบัติตนให้รู้สึกผ่อนคลาย มีวิธีทำให้ตนรู้สึกผ่อนคลาย/หายเครียดอย่างไรบ้าง สังเกตพฤติกรรมการผ่อนคลาย เช่น การทำสมาธิ การอ่านหนังสือ เป็นต้น สังเกตอาการที่แสดงถึงการนอนไม่พอ เช่น ปวด ความเจ็บป่วย แสง เสียง สิ่งแวดล้อม สถานที่

### แบบแผนที่ 6 สถิติปัญญาและการรับรู้

#### (Cognition and Perception)

เป็นการรวบรวมข้อมูลเพื่อประเมินความสามารถในการรับรู้ และตอบสนองต่อสิ่งเร้า ทั้งเรื่องการได้ยิน การมองเห็น การได้กลิ่น การรับรส และการสัมผัส ความสามารถในการจำ การแก้ปัญหา ตลอดจนการ

ตัดสินใจ เมื่อต้องเผชิญกับปัญหาทั้งในยามปกติ และยามเจ็บป่วย ทั้งนี้เพื่อประเมินศักยภาพ ในการดูแลตนเอง และการแก้ปัญหาด้านสุขภาพ ผลการตรวจร่างกายเกี่ยวกับความสามารถในการอ่าน และการเขียน หนังสือ ความจำ การรับรู้ต่อบุคคล สถานที่และเวลา ลักษณะการตอบโต้ การใช้ภาษา การได้ยิน การมองเห็น การไต่กลิ่น การสัมผัส อาการเหน็บชา เจ็บปวด ระดับความรู้สึกตัว Neurological signs และ Reflex

### **แบบแผนที่ 7 การรู้จักตนเองและอัตมโนทัศน์**

#### **(Self perception and Self concept)**

เป็นการรวบรวมข้อมูลเพื่อประเมินความคิด ความรู้สึก ความเข้าใจของผู้รับบริการที่มีต่อตนเอง เช่น คุณค่า ความภาคภูมิใจ ความมั่นใจในตนเอง ภาพลักษณ์ ความสามารถ ฯลฯ ทั้งในภาวะปกติ และในขณะที่เจ็บป่วยที่ส่งผลต่อการดูแลสุขภาพ และการรับรู้ความเจ็บป่วยของตนเอง ตลอดจนความรู้สึกที่เกิดขึ้น เมื่อไม่สามารถทำในสิ่งที่ตนเองต้องการ หรือไม่สามารถปฏิบัติตามคำแนะนำได้ เนื่องจากข้อจำกัดต่าง ๆ เช่น ความรู้สึกต่อรูปร่างหน้าตาความรู้สึกต่อความสามารถ ความรู้สึกผิดที่เกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วยของตนเอง หรือความรู้สึกท้อแท้หมดหวัง สังเกตพฤติกรรมที่แสดงถึงความสนใจในรูปร่างหน้าตาตนเอง การปิดบังอวัยวะบางส่วน การเปรียบเทียบตนเองกับผู้อื่น สีหน้าท่าทางที่แสดงความภาคภูมิใจ การท้อแท้สิ้นหวัง

### **แบบแผนที่ 8 บทบาทและสัมพันธภาพ**

#### **(Role and Relationship)**

เป็นการรวบรวมข้อมูลเพื่อประเมินบทบาทและสัมพันธภาพของผู้ป่วย ต่อบุคคลอื่นทั้งภายในและภายนอกครอบครัว ที่อาจส่งผลต่อการดูแลสุขภาพของผู้ป่วย เช่น การที่ต้องรับผิดชอบชีวิตของทุกคนในครอบครัวทำให้สนใจแต่เรื่องทำมาหากิน ไม่ได้คิดถึงเรื่องมารักษาที่โรงพยาบาล หรือมาตรวจตามนัด ผลของความเจ็บป่วยที่มีต่อบทบาท และสัมพันธภาพต่อบุคคลอื่น เช่น บทบาทหน้าที่ของตนเองที่มีต่อคนในครอบครัวลดลง แยกตัวออกจากสังคม ติดต่อกับเพื่อนน้อยลง เนื่องจากข้อจำกัดทางกาย หรือมีภารกิจในการดูแลสุขภาพมากขึ้น ตลอดจนความรู้สึก และความคิดเห็นที่มีต่อการปรับเปลี่ยนบทบาท และการร่วมกิจกรรมพบปะกับบุคคลอื่น การเปลี่ยนแปลงบทบาทหน้าที่สัมพันธภาพ กับคนในครอบครัวขณะป่วย ขณะที่ไม่สบายอยู่ไม่มีใครรับผิดชอบงานในบ้านแทน ความรู้สึกของสมาชิกในครอบครัวต่อการเจ็บป่วยครั้งนี้ บุคคลที่ช่วยเหลือขณะเจ็บป่วย การเปลี่ยนแปลงของบทบาทหน้าที่ขณะป่วย มีกระทบต่ออาชีพการงานหรือไม่อย่างไร

### **แบบแผนที่ 9 เพศและการเจริญพันธุ์**

#### **(Sexuality and Reproduction)**

เป็นผลการรวบรวมข้อมูลเพื่อประเมินการประเมิน การเปลี่ยนแปลงทางกาย ที่แสดงลักษณะทางเพศพฤติกรรมทางเพศที่เบี่ยงเบนไปจากปกติ ตลอดจนอิทธิพลทางสังคม การเลี้ยงดู และสิ่งแวดล้อมที่อาจ

ส่งผลต่อพฤติกรรมทางเพศ ผลกระทบของความเจ็บป่วย ที่มีต่อการมีเพศสัมพันธ์ตลอดจนความรู้สึกที่เกิดขึ้นกับตนเองและคู่ของตนเอง เพศสัมพันธ์ (ถามในกรณีที่ตั้งงานแล้วมีปัญหาหรือไม่ ป้องกันโรคติดต่ออย่างไร) เพศหญิง (ประวัติการมีประจำเดือน ความผิดปกติขณะมีประจำเดือน ตกขาว ตกเลือด เป็นหนอง คัน มีก้อน ตุ่มหรือไม่ การคุมกำเนิด) เพศชาย (ปัญหาเกี่ยวกับอวัยวะสืบพันธุ์ หนอง คัน ต่อมลูกหมากโต ไล่เลื้อน มีก้อน/ตุ่มหรือไม่) พฤติกรรมที่แสดงออกเหมาะสมกับเพศหรือไม่ (สังเกตจากปฏิกิริยา ท่าทางการแต่งกาย คำพูดและปฏิสัมพันธ์กับบุคคลเพศเดียวกัน และต่างเพศ) ผลการตรวจร่างกายระบบสืบพันธุ์

### **แบบแผนที่ 10 การปรับตัวและการเผชิญกับความเครียด (Coping and Stress tolerance)**

เป็นผลการรวบรวมข้อมูลเพื่อประเมินความรู้สึก หรือทุกข์ที่เกิดขึ้นเมื่อเผชิญกับความเครียด ทั้งในภาวะปกติ และการเจ็บป่วยโดยเฉพาะความเครียดที่เกิดจากความเจ็บป่วย เช่น เผชิญกับความไม่สบายทางกายการเปลี่ยนแปลงบทบาท การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลตนเอง ฯลฯ ทำให้เกิดความรู้สึกทุกข์ทรมาน รำคาญ เบื่อหน่าย ท้อแท้ ไม่นั่นใจ กลัว ฯลฯ ตลอดจนความสามารถในการปรับตัว การแก้ปัญหาบริบทแวดล้อมที่เอื้อ หรือเป็นอุปสรรคต่อการปรับตัว และกระบวนการเรียนรู้ เพื่อการปรับตัว และการแก้ปัญหา

### **แบบแผนที่ 11 คุณค่าและความเชื่อ (Value and believe)**

เป็นผลการรวบรวมข้อมูล เพื่อประเมินภาวะความมั่นคงเข้มแข็งทางจิตใจ ซึ่งสะท้อนออกมาทางความคิด และพฤติกรรมที่แสดงออกต่อสิ่งที่ตนเอง คิดว่าความหมายต่อการดำเนินชีวิตของตนเอง และการดูแลสุขภาพ เช่น การกราบไหว้สิ่งศักดิ์สิทธิ์ที่ตนใช้เป็นเครื่องยึดเหนี่ยวทางจิตใจ เพื่อขอให้ท่านปกป้องคุ้มครองภัยอันตราย การงดเว้นของแสลง เพราะเชื่อว่าจะทำให้อาการกำเริบมากขึ้น การแสวงหาวิธีการรักษาต่าง ๆ ที่เชื่อว่าจะทำให้อาการ หรือความเจ็บป่วยของตนดีขึ้น เช่น ต้องการสวดมนต์ไหว้พระ ชื้อพวงมาลัยไหว้หัวเตียงขณะนอนโรงพยาบาล หรือปฏิบัติอะไรเกี่ยวกับศาสนาบ้างขณะผู้ป่วยอยู่โรงพยาบาล สังเกตสิ่งที่นับถือบูชา เช่น ห้อยพระ ใส่เครื่องราง รอยสัก พวงมาลัย เป็นต้น ศาสนามีความสำคัญต่อชีวิตหรือไม่ และสามารถช่วยเมื่อมีปัญหา/ความยากลำบากหรือไม่

การใช้แนวคิดของ Marjory Gordon มาเป็นแนวทางในการประเมินภาวะสุขภาพทั้งภาวะปกติและภาวะผิดปกติ ตามแบบแผนสุขภาพทั้ง 11 แบบแผน เพื่อนำข้อมูลทั้งหมดมาวิเคราะห์ และนำมาวางแผนทางการพยาบาล ในแบบแผนที่ผิดปกติ กระบวนการพยาบาลตามแบบแผนสุขภาพกอร์ดอน เน้นเฉพาะการใช้กับผู้รับบริการที่เจ็บป่วย จึงกล่าวถึง การวินิจฉัยการพยาบาล เฉพาะแบบแผนที่ผิดปกติเท่านั้น

ในระยะต่อมาได้มีการขยายขอบเขตใช้แบบแผนสุขภาพ เพื่อส่งเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรคจึงได้มีการกำหนด ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ในภาวะที่ข้อมูลบ่งชี้ว่าแบบแผนสุขภาพนั้น ๆ เป็นปกติขึ้น

ดังนั้น ในปัจจุบันการวินิจฉัยการพยาบาลตามกรอบแนวคิดของแบบแผนสุขภาพทั้ง 11 แบบแผน จึงวินิจฉัยทั้งภาวะที่ปกติของแบบแผน และภาวะที่ผิดปกติของแบบแผนนำมาเพื่อการวางแผนการพยาบาล พยาบาลจะกำหนดจุดมุ่งหมาย และวิธีการในการแก้ไขความผิดปกติของแบบแผนที่พบตามกำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาลไว้ ในกรณีที่สรุปข้อวินิจฉัยที่แสดงถึงภาวะที่ผิดปกติของผู้รับบริการ การกำหนดจุดมุ่งหมายการพยาบาล ก็เพื่อให้แบบแผนสุขภาพที่ดื้อนั้นคงอยู่ต่อไป หรือมีแบบแผนที่สมบูรณ์ขึ้น หรือบุคคลมีศักยภาพในการส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรคได้ดีขึ้น

ในการปฏิบัติทางการพยาบาล พยาบาลจะต้องดำเนินการเพื่อแก้ไข ความผิดปกติของแบบแผนสุขภาพ การป้องกันความผิดปกติที่อาจเกิดขึ้น รวมทั้งส่งเสริมให้แบบแผนนั้น ๆ มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น ด้วยวิธีการต่าง ๆ เช่น การสอน การให้คำแนะนำ การปฏิบัติตามแผนการรักษา โดยมุ่งเน้นการสร้างพฤติกรรมที่เหมาะสม และปรับพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม สำหรับการประเมินผล การปฏิบัติทางการพยาบาล พยาบาลจะต้องประเมินว่า ในแบบแผนที่ผิดปกตินั้นหลังจากให้การพยาบาลแล้วดีขึ้นหรือไม่ และในแบบแผนที่ปกติยังเป็นปกติ หรือเสี่ยงต่อความผิดปกติ ก็ต้องใช้กระบวนการพยาบาลต่อไป เพื่อแก้ไขปัญหา จนกว่าจะสิ้นสุด ในกรณีที่แบบแผนปกติแล้ว พยาบาลจะต้องพิจารณาป้องกันปัญหา หรือความผิดปกติที่อาจเกิดขึ้น และส่งเสริมสุขภาพต่อไป

พยาบาลจำเป็นต้องอาศัยวิธีการทางวิทยาศาสตร์ (Scientific problem solving) มาช่วยในการตัดสินใจ เพื่อแก้ไขปัญหาและช่วยเหลือผู้ป่วย โดยเริ่มจากการประเมินปัญหา ทั้งทางด้านร่างกาย จิตสังคม และจิตวิญญาณ พยาบาลจึงต้องรู้จักประเมินโดยการถาม พูดคุย และสังเกต ทั้งจากตัวผู้ป่วยและญาติ เพื่อให้ได้ข้อมูลครอบคลุมทั้งองค์รวมของผู้ป่วย เพื่อนำมาบูรณาการ วิเคราะห์ สังเคราะห์ ไปสู่การวางแผนทางการพยาบาลที่ครอบคลุม มีประสิทธิภาพมากที่สุด ผู้ป่วยสุขภาพดี มีความสุข

ความเชื่อ เป็นอีกศาสตร์หนึ่งที่มีผลต่อจิตใจของผู้ป่วย ผู้ป่วยเชื่อว่าทำสิ่งนี้หาย สิ่งนี้ดีที่สุด เลือกปฏิบัติ ทำให้จิตใจช่วงภาวะเจ็บป่วยเข้มแข็งขึ้น Healing ตัวเอง เช่น การไหว้พระ สวดมนต์ พวงมาลัย บูชาหัวเตียง จากประสบการณ์ในการทำงาน ก่อนหรือหลังผ่าตัดผู้ป่วยดูแลเรื่องบรรเทาความเจ็บปวดด้วยตัวเอง ไหว้พระ สวดมนต์ พวงมาลัยมาขอบูชาพระประจำหอผู้ป่วยนั้น ๆ ทำสมาธิ การฝึกผ่อนคลาย กล้ามเนื้อให้ยาบรรเทาปวด สนทนากับครอบครัว เป็นต้น

### สรุปการนำแนวคิดทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็มมาใช้ในเคสกรณีศึกษา

การพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมที่มีภาวะสับสนเฉียบพลัน หลังการผ่าตัด จำเป็นต้องมีการพึ่งพาคนอื่นในบางส่วนจากที่เคยปฏิบัติได้ บางส่วนให้พยาบาลและญาติมีส่วนช่วยเหลือทดแทนในสิ่งที่ทำไม่ได้ แต่อย่างไรก็ตามกระตุ้นผู้ป่วยทำกิจกรรมด้วยตนเอง เข้าใจ ยอมรับในการดูแลตนเองมากขึ้นในสถานะเจ็บป่วย เพื่อส่งเสริม ป้องกัน ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้มากที่สุด เห็นประโยชน์ในสิ่งที่ทำซึ่งมีผลแก่สุขภาพตนเองมากที่สุด ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการเลือกวิธีปฏิบัติ เพื่อดูแลสุขภาพได้ถูกต้อง มั่นใจในการดูแลตนเอง ป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ด้วย ดังคำกล่าวของโอเร็ม (Orem) ที่กล่าวไว้ว่า การดูแล

ตนเองเป็นการปฏิบัติกิจกรรมที่บุคคลเลือกคิด เลือกทำ ริเริ่มทำด้วยตนเองก่อน และกระทำเพื่อให้เกิดประโยชน์แก่ตนเอง ในการดำรงไว้ซึ่งชีวิตสุขภาพ และความเป็นอยู่อันดี เมื่อไม่สามารถดูแลตนเองได้ ย่อมต้องการความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น โดยเฉพาะสมาชิกในครอบครัว และเมื่อสมาชิกในครอบครัวไม่สามารถช่วยเหลือได้ พยาบาลสามารถให้ความช่วยเหลือที่เหมาะสม โดยกระทำแทน หรือให้ความช่วยเหลือเพื่อตอบสนอง ความต้องการของผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม หรือการสนับสนุนให้ความรู้ (educative supportive nursing system) เช่น การสอน (teaching) การชี้แนะ (guiding another) การสนับสนุน (supporting another) การกระทำให้หรือกระทำแทน (acting for or doing for) และการจัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสม (provide a development environment) ซึ่งพยาบาลกระทำร่วมกับผู้ป่วย หรือญาติโดยมุ่งช่วยเหลือให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วม เพื่อรักษาไว้ซึ่งพฤติกรรมสุขภาพที่ดี สามารถดำรงชีวิตได้เป็นปกติ มีการใช้โปรแกรมการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม ซึ่งมีการออกแบบกิจกรรมตามแนวคิดของ ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถ (Self-efficacy theory) ที่อธิบายว่า การรับรู้ความสามารถของตนเอง เป็นการตัดสินใจของตนเอง ในด้านการปฏิบัติกิจกรรม เพื่อให้บรรลุความสามารถในการปฏิบัติที่ได้ กำหนดไว้ เป็นกระบวนการทางความคิดที่เชื่อมระหว่างความรู้ กับการกระทำ และเป็นปัจจัยสำคัญที่จะนำไปสู่การปฏิบัติจริง การดูแลตนเองเป็นการปฏิบัติ เพื่อดูแลสุขภาพของตนเองให้ปลอดภัย จากโรคร้าย และปัญหาการเจ็บป่วยที่กระทำ เพื่อมุ่งจะจัดการกับปัญหา หรือ แก้ไขปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพร่างกายของตนเอง เพื่อให้ตนเองสามารถที่จะดูแลตนเองได้ ลดกิจกรรมเสี่ยงต่าง ๆ ของร่างกาย การเรียนรู้ และการจดจำในกิจกรรมต่าง ๆ ซึ่งบุคคลได้ตัดสินใจ และกระทำด้วยตนเอง เพื่อตอบสนองความต้องการของตนเอง ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนของโรค มีการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสุขภาพ เพื่อให้สามารถดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างเป็นปกติสุข สามารถมีชีวิตยืนยาว

### 3. แนวคิดเกี่ยวกับการเสริมสร้างพลังอำนาจกับสัน (Gibson)

การเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นกระบวนการช่วยเหลือ บุคคลในการควบคุมปัจจัยต่าง ๆ ที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต ซึ่งทำให้บุคคลตระหนักในความรับผิดชอบต่อสุขภาพของตนเอง และสามารถเข้าถึงแหล่งประโยชน์ต่าง ๆ มีส่วนร่วมในการประเมิน ความมีคุณค่าของตนเอง และผู้อื่น การตัดสินใจร่วมกัน และความอิสระในการเลือก และยอมรับความรับผิดชอบ

กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ เกิดขึ้นบนพื้นฐานจากการมีความคับข้องใจ ความขัดแย้ง การมีปัญหายุ่งยาก ผนวกกับความรู้สึก ผูกพัน ความรัก เป็นปัจจัยนำผลกดดันให้บุคคลเกิดพลัง มีกำลังใจ สามารถกระทำทุกวิถีทางในการแก้ไข ปัญหายุ่งยาก เพื่อให้ได้มาซึ่งสิ่งที่ดีที่สุด ส่งผลให้บุคคลพยายามที่จะกระทำพฤติกรรมต่าง ๆ เพื่อแก้ไขปัญหที่เกิดขึ้นให้ได้ตามแนวคิดของกับสัน และกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ (Gibson, 1993) ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่

1. การค้นพบสภาพการณ์จริง (Discovering reality)
2. การสะท้อนคิดอย่างมี วิचारณญาณ (Critical reflection)

3. การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสมกับตนเอง (Taking charge)

4. การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ (Holding on) การที่บุคคลจะสามารถ เข้าสู่กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจได้มากน้อยเพียงใด ขึ้นอยู่กับปัจจัย ซึ่งมีส่วนเกี่ยวข้อง หรือมีอิทธิพลต่อกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจของบุคคลนั้น ประกอบด้วย ปัจจัยภายในบุคคล (Intrapersonal factor) และปัจจัยระหว่างบุคคล (Interpersonal factor) ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น คือ ความสามารถในการมีส่วนร่วม ส่งผลให้สิ่งที่ตามมาของการเสริมสร้างพลังอำนาจ คือ การรับรู้ถึงความสำเร็จในสถานการณ์ของตนเอง ความพึงพอใจในตนเอง การพัฒนาตนเอง และการมีเป้าหมาย และความหมายในชีวิต อย่างไรก็ตามผลที่ตามมาจากการเสริมสร้างพลังอำนาจ อาจทำให้เกิดผลในทางลบได้ คือ การไม่ได้รับการยอมรับ มีภาระรับผิดชอบมากเกินไป หรือได้รับการสนับสนุนน้อย ขั้นตอนการเสริมสร้างพลังอำนาจ กระบวนการในการเสริมสร้างพลังอำนาจ อยู่บนพื้นฐานของการมีปฏิสัมพันธ์ซึ่งกัน และมีการทำงานร่วมกัน และการมีส่วนร่วม โดยเน้นให้บุคคลมีความตระหนักในการปกป้อง ส่งเสริมสุขภาพตนเอง ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ดังนี้

1. ขั้นตอนที่ 1 การค้นพบสภาพการณ์จริง (Discovering reality) การค้นพบสภาพการณ์จริง เป็น ขั้นตอนแรกของกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ เป็นการพยายามทำให้บุคคลยอมรับเหตุการณ์ และสภาพการณ์ที่เกิดขึ้นตามสภาพที่เป็นจริง ทำความเข้าใจข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้อง ในขั้นตอนนี้จะมีการตอบสนองของบุคคล 3 ด้าน คือ ด้านอารมณ์ (Emotion) ด้านสติปัญญาการรับรู้ (Cognition) และด้านพฤติกรรม (Behavior)

2. ขั้นตอนที่ 2 การสะท้อนคิดอย่างมีวิจาร์ณญาณ (Critical reflection) การสะท้อนคิดอย่างมีวิจาร์ณญาณ เป็นการพยายามทบทวนเหตุการณ์ สถานการณ์อย่างรอบคอบ เพื่อตัดสินใจ และจัดการกับปัญหาได้อย่างเหมาะสม เป็นการฝึกทักษะในการทำความเข้าใจ กับสถานการณ์การแสวงหาทางเลือก การพิจารณา อย่างมีวิจาร์ณญาณ เพื่อให้เกิดมุมมองใหม่ เมื่อบุคคลสามารถค้นพบปัญหาตามสภาพการณ์จริง และเกิดความรู้สึกคับข้องใจในการดูแลตนเอง จะส่งผลให้บุคคลได้พัฒนาตนเองขึ้น ตระหนักถึงความเข้มแข็งของตนเอง ความสามารถ การตัดสินใจ มีทักษะในการดูแลตนเองมากขึ้น ช่วยให้เกิดกลับมาประเมินปัญหา วิเคราะห์ถึงสถานการณ์ หรือสิ่งที่เกิดขึ้นในแง่มุมต่าง ๆ มีความเข้าใจชัดเจน เพื่อนำไปสู่การแก้ปัญหา และการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น ในขั้นนี้จะช่วยให้เกิดการพัฒนาคำรู้สึก มีอำนาจในการควบคุมตนเอง (A sense of personal control) จนกระทั่งมีความคิดว่าทุกสิ่งทุกอย่าง สามารถเปลี่ยนแปลงได้ ตนไม่ได้ไร้ความสามารถ สิ่งที่ได้กระทำเป็นสิ่งที่มีความสำคัญ ที่จะช่วยให้บุคคลมีศักยภาพหลังจากมีการคิดวิเคราะห์อย่างละเอียดแล้ว ช่วยให้บุคคลมีการพัฒนาขึ้น ขั้นตอนนี้จึงมีความสำคัญ ที่จะนำไปสู่การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสม และช่วยให้บุคคลนั้นมีการรับรู้ถึงพลังอำนาจในตนเอง

3. ขั้นตอนที่ 3 การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสมกับตนเอง (Taking charge) หลังจากผ่านสองขั้นตอนดังกล่าวข้างต้น ในขั้นนี้บุคคลจะตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสม และดีที่สุด เพื่อควบคุม และจัดการกับปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง มีการเผชิญหน้าเพื่อแลกเปลี่ยนข้อมูลกับผู้อื่น เพื่อเป็นสิ่งที่ช่วย

ประกอบการ ตัดสินใจด้วยตนเอง (Self-determination) ซึ่งบุคคลจะมีทางเลือกหลายวิธีการ ขึ้นอยู่กับการแสวงหาแนวทางแก้ไขปัญหาของแต่ละบุคคล โดยใช้เหตุผลของแต่ละบุคคล ซึ่งอาจมีความแตกต่างกัน โดยที่การตัดสินใจจะอยู่ภายใต้เงื่อนไข คือ

1. เป็นวิธีที่แก้ปัญหาให้แก่ตนเองได้
2. สอดคล้องกับการดูแลของทีมสุขภาพ
3. บุคคลได้รับความเอาใจใส่และสามารถตอบสนองความต้องการของตนเอง
4. ผ่านการร่วมปรึกษา และได้รับการยอมรับจากทีมสุขภาพและ
5. เป็นวิธีที่สร้างความยอมรับ และความสามารถเปิดกว้างในการทำที่บุคคลอื่น ๆ

จะนำไปใช้ เพื่อนำไปสู่เป้าหมายที่วางไว้

4. ขั้นตอนที่ 4 การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ (Holding on) การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพถือว่าเป็นข้อผูกพันในการปฏิบัติในขณะนี้ เมื่อพบปัญหาในการปฏิบัติตามทางเลือกแล้วพยาบาลและผู้ป่วยจะร่วมมือแก้ไขปัญหา ซึ่งเป็นขั้นตอนสุดท้ายของกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ เมื่อนำวิธีการที่เลือกใช้ไปปฏิบัติแล้วเกิดประสิทธิภาพ หรือประสบความสำเร็จ ผู้ป่วยจะรู้สึกมั่นใจ รู้สึกมีพลังอำนาจ มีความสามารถ และจะคงไว้ซึ่งพฤติกรรมการแก้ปัญหานั้น

#### สรุปแนวคิดเกี่ยวกับการเสริมสร้างพลังอำนาจกับสันมาใช้ในเคสกรณีศึกษา

การพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุที่ผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมที่มีภาวะสับสนเฉียบพลัน การที่นำทฤษฎีการเสริมสร้างพลังอำนาจของกิบสัน (Gibson) มาใช้ในผู้ป่วยกลุ่มนี้ ไม่ใช่เพียงแค่อุทิศของโอริมเท่านั้น ที่เน้นการดูแลตนเองให้รู้คุณค่าของตนเอง เลือกรักษาด้วยตนเอง ยังมีทฤษฎีกิบสันเช่นกัน ที่คล้ายๆ กัน คือ เน้นการดูแลตนเองให้รู้คุณค่าของตนเอง การเอาใจใส่ตนเอง รู้การแก้ปัญหาด้วยตนเอง ร่วมกับทีมรักษา ยอมรับและเปิดกว้างรับคำแนะนำคนอื่น มั่นใจดูแลตนเองมากขึ้น นำไปสู่พฤติกรรมที่คงอยู่ การฟื้นตัวก็เร็ว เดินเร็ว กลับบ้านได้เร็ว เพื่อให้ผู้ป่วยกลับมาสู่ภาวะเหมือนเดิม มีสุขภาพดี ระยะเวลาผู้ดูแลจึงสำคัญมาก ให้มีความมั่นใจในการดูแล เสริมสร้างพลังให้ผู้ดูแลเช่นกัน ถ้าผู้ป่วยและผู้ดูแลมั่นใจในการดูแลตนเอง ภาวะหลังผ่าตัด หรือสับสนหลังผ่าตัดจะป้องกันการหกล้มซ้ำ และกลับมาโรงพยาบาลซ้ำด้วยโรคใหม่ได้ เช่น ไม่เกิดภาวะสะโพกเคลื่อนหลุด ไม่เกิดภาวะการติดเชื้อ ไม่เกิดภาวะ Deep vein thrombosis ไม่ลื่นล้มซ้ำ เป็นต้น สามารถใช้ชีวิตประจำวันได้ใกล้เคียงเดิม อย่างมีความสุขที่ดี

การใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสะโพกหักโรงพยาบาลแพร์ตีพิมพ์ ปี 2022 ในผู้ป่วยสูงอายุมีภาวะ Delirium พบว่า มีความบกพร่องเรื่องกิจวัตรประจำวัน ต้องพึ่งพาญาติในการดูแลผู้ป่วย ทั้งขณะอยู่ในรพ.และเมื่อกลับไปอยู่บ้าน หลังจากการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ดูแล ทำให้ญาติและผู้ป่วยรู้สึกมั่นใจ รู้สึกมีพลังอำนาจมีกำลังใจ มีคุณค่าในตนเอง ความสามารถของตนเอง สามารถพร้อมที่จะดูแลตนเองได้ดี และผู้ดูแลมั่นใจมากขึ้น ในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุกลุ่มนี้ และคงไว้ซึ่งพฤติกรรมการแก้ปัญหานั้น และผลการใช้โปรแกรมทฤษฎีกิบสัน



4 ขั้นตอนนี้ ยังสรุปได้ว่าผู้ป่วยมีอาการปวดลดลง ลุกเดินได้เร็วขึ้น ช่วยเหลือตัวเองในการทำกิจวัตรประจำวันได้มากขึ้น และมากกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้ใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ และการส่งเสริมให้บุคคลให้ประสบความสำเร็จจากการลงมือปฏิบัติด้วยตนเองนั้น ต้องส่งเสริมให้เกิดความเชื่อมั่นในศักยภาพของตนเอง คุณค่าในตนเองช่วยส่งเสริมการรับรู้ความสามารถในการปฏิบัติสูงขึ้น และการคงไว้ซึ่งพฤติกรรมที่ดีเช่นกัน (ธนาวรรณ แสนปัญญา และคณะ, 2565)

และการมีโปรแกรมในการดูแลตนเอง จะช่วยทำให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ และไม่มีภาวะกระดูกหักซ้ำหลังผ่าตัดภายใน 1 ปี รวมทั้งนำไปใช้ในการผ่าตัดแบบอื่นได้ เช่น การผ่าตัดสันหลังระดับเอว (กนกพร นทีธนสมบัติ และคณะ, 2565)

การส่งเสริมการดูแลตนเองหลังผ่าตัดกระดูกสะโพก ได้แก่ สามารถฟื้นฟูร่างกายได้เร็ว ลุกเดินได้หลังผ่าตัด เชื่อมั่นว่าตนเองมีความสามารถที่จะดูแลตนเองหลังผ่าตัดได้ดี โดยพยาบาลทำหน้าที่เป็นผู้สนับสนุนผ่านการสอนให้ความรู้ ทดลองปฏิบัติ การกระตุ้นการปฏิบัติ การจัดเตรียมสื่อที่เข้าใจง่าย ร่วมกับการใช้แรงสนับสนุนจากครอบครัวของผู้ป่วยในการร่วมฝึก และให้กำลังใจผู้ป่วย (ศุภฤทธิ เองคราวิทย์, 2559)

ดังนั้น การนำเอาทฤษฎีกิ๊บสันมาใช้ในผู้ป่วยผู้สูงอายุตอนปลาย (80 ปีขึ้นไป) และมีความคิด ความจำบกพร่อง มีภาวะโรคร่วม และมีการเจ็บป่วยเรื้อรังหลายโรค รวมทั้งกลุ่มผู้สูงอายุที่ขาดการสนับสนุนของผู้ดูแล ซึ่งจะใช้เวลาในการฟื้นตัวหลังผ่าตัด และมีภาวะพึ่งพามากกว่าวัยอื่น เพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจแห่งตนเอง ตระหนักในความรับผิดชอบต่อสุขภาพของตนเอง รู้สึกยอมรับสุขภาพตนเอง เพื่อร่วมดูแลให้สุขภาพะดี มีคุณค่าในตนเอง เกิดความมั่นใจในแนวทางเลือกที่จะแก้ไขปัญหาแนวปฏิบัติที่คิดว่ามีประโยชน์ และเกิดประสิทธิภาพ หรือประสบความสำเร็จในตนเองมากที่สุด เพื่อให้มีสมรรถภาพทางกายดีขึ้นอย่างต่อเนื่อง ทำให้เป็นพฤติกรรมแบบถาวร และยั่งยืนต่อไป

#### 4. การพยาบาล

กรณีศึกษาเป็นผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหัก ที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมที่มีโรคร่วม ความดันโลหิตสูง และภาวะสับสนเฉียบพลัน มีแนวทางการพยาบาลผู้ป่วย รายละเอียด ดังต่อไปนี้

##### 4.1 การพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม

ผู้ป่วยสูงอายุหลังกระดูกสะโพกหัก นอกจากจะทุกข์ทรมานจากอาการปวดแล้ว ยังมีความวิตกกังวล เกี่ยวกับการใช้ชีวิตขณะอยู่โรงพยาบาล และหลังออกจากโรงพยาบาลไม่สามารถเคลื่อนไหว หรือช่วยเหลือตนเองได้ตามปกติ กังวลว่าจะต้องเป็นภาระของบุตรหลาน เมื่อตัดสินใจเข้ารับการผ่าตัดจะมีความกลัว และความวิตกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัด โดยเฉพาะผู้ที่ไม่เคยมีประสบการณ์ในการผ่าตัดมาก่อน ดังนั้น ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัด (อรพรรณ โตสิงห์, 2559) ดังนี้

การพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม แบ่งการพยาบาลออกเป็น 3 ระยะ คือระยะก่อนผ่าตัด หลังผ่าตัด และระยะฟื้นฟู ดังนี้

### 1. การพยาบาลผู้ป่วยก่อนผ่าตัด

มีการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัด ทั้งด้านร่างกาย และจิตใจ

1. ประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคที่เป็น การผ่าตัด ประวัติการเจ็บป่วย และการผ่าตัดในอดีต ประวัติการลิ้นลิ้ม โรคร่วม ยาที่รับประทาน และกลุ่มยาที่รับประทาน มียาละลายลิ่มเลือดหรือไม่
2. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการต่าง ๆ ตรวจเลือด ตรวจปัสสาวะ ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ ถ่ายภาพรังสีข้อสะโพก และทรวงอก
3. ในรายที่มีปัญหาเรื่องซีด อาจต้องให้เลือดทดแทนก่อนรับการผ่าตัด
4. ในรายที่ระดับของเหลว และเกลือแร่ในร่างกายไม่สมดุล (electrolyte imbalance) ต้องแก้ไขให้อยู่ในภาวะสมดุลก่อนการผ่าตัด
5. กรณีที่มีการรับประทานยาประจำตัว เช่น แอสไพริน วาร์ฟาริน หรือคูมาดิน หรือยาต้านการอักเสบ ต้องให้ผู้ป่วยหยุดรับประทานอย่างน้อย 5-7 วัน หรือตามการรักษาของแพทย์
6. ก่อนการผ่าตัด ถ้าตรวจพบว่ามีปัญหาเรื่อง ฟันผุ เหงือกอักเสบ ผิวหนังมีแผล และสภาพของผิวหนังบริเวณที่จะผ่าตัด ผิดปกติ ต้องได้รับการรักษาให้เรียบร้อยก่อน เพื่อป้องกันการติดเชื้อไปตามกระแสเลือดและติดเชื้อในข้อกระดูกที่เปลี่ยนภายหลังการผ่าตัด
7. ในกรณีที่ชักประวัติมีการสูบบุหรี่ ควรแนะนำให้งดสูบบุหรี่ เพื่อส่งเสริมการหายของแผล
8. แนะนำฝึกการหายใจ และการไออย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนทางปอดหลังผ่าตัด ป้องกันปอดแฟบ และการมีเสมหะคั่งค้าง
9. สอนการบริหารกล้ามเนื้อ และข้ออย่างต่อเนื่อง เพื่อให้กล้ามเนื้อมีความแข็งแรง เพื่อช่วยให้ผลลัพธ์ของการผ่าตัดดี และสามารถเดินได้เป็นปกติโดยเร็วภายหลังการผ่าตัด
10. แนะนำการงดน้ำงดอาหารหลังเที่ยงคืนก่อนผ่าตัด เพื่อการเตรียมพร้อมในการผ่าตัด ชนิดดมยาสลบ หรือการฉีดยาเข้าช่องไขสันหลัง ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนระหว่างผ่าตัด
11. ดูแลให้ผู้ป่วยได้ทำความสะอาดร่างกาย และพักผ่อนอย่างเพียงพอก่อนผ่าตัด
12. ให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วย และญาติ เกี่ยวกับพยาธิสภาพของโรค การผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพก การปฏิบัติตัวและข้อห้ามหลังผ่าตัด การให้ยาระงับความรู้สึก
13. ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยกระดูกหักจากกระดูกพรุน ผู้ป่วยจะได้รับการดูแลจากทีมสหสาขาวิชาชีพ ประกอบด้วย แพทย์ศัลยกรรมกระดูก อายุรกรรมแพทย์ วิชาศัลยกรรมกระดูก แพทย์ วิชาศัลยกรรมกระดูก นักกายภาพบำบัด นักโภชนาการ พยาบาลประจำหอผู้ป่วย และทีมเยี่ยมบ้าน เป็นต้น
14. อธิบายให้ผู้ป่วยรับทราบขณะในห้องผ่าตัด ผู้ป่วยจะได้รับการดูแลจากแพทย์ และพยาบาลในห้องผ่าตัดอย่างใกล้ชิด

15. แนะนำผู้ป่วยทีมนักกายภาพ จะมีการฝึกและทบทวนการหายใจ การไออย่างมีประสิทธิภาพ การบริหารกล้ามเนื้อ และข้อเพิ่มเติมจากทีมพยาบาล ในช่วงก่อนผ่าตัด และดูแลต่อเนื่องจนผู้ป่วยกลับบ้าน

16. นักโภชนาการ จะมาประเมินภาวะโภชนาการ เพื่อให้ร่างกายพร้อมก่อนผ่าตัด

17. แนะนำการปฏิบัติตัวก่อน และหลังผ่าตัดที่เหมาะสม

การเตรียมสิ่งแวดล้อมที่บ้าน เพื่อเตรียมพร้อมก่อนจำหน่าย

1. แนะนำปรับสภาพพื้นทางเดินในบ้านให้โล่ง พื้นบ้านไม่ควรใช้วัสดุที่ลื่น และกำจัดสิ่งกีดขวางให้หมด เพื่อป้องกันการหกล้มซ้ำ เนื่องจากหลังผ่าตัดผู้ป่วยจะต้องใช้อุปกรณ์ในการช่วยเดิน เช่น walker หรือ ไม้ค้ำยันรักแร้ (axillary crutches) ผู้ป่วยอาจสะดุดสิ่งกีดขวาง จนเกิดอุบัติเหตุ ลื่นหกล้มได้ ถ้าเป็นไปได้ในระยะแรกหลังผ่าตัดใหม่ ๆ ควรจัดให้ผู้ป่วยนอนชั้นล่างของบ้าน และจัดวางสิ่งของ เครื่องใช้ ให้เป็นระเบียบ สะดวกในการหยิบจับ หลีกเลี่ยงการขึ้นลงบันไดบ่อย ๆ เพื่อรอการฟื้นฟูให้กล้ามเนื้อแข็งแรง

2. ห้องน้ำ ควรมีราวสำหรับจับ ยึด เพื่อป้องกันการอุบัติเหตุจากการลื่นล้ม พื้นห้องน้ำ ควรมีแผ่นรองกันลื่น และโถส้วมควรเป็นแบบนั่งชักโครก ในกรณีที่ เป็นแบบนั่งยอง หรือส้วมซึม แนะนำให้ซื้อเก้าอี้สุขภัณฑ์มาวางครอบ หรือใช้เก้าอี้เจาะรูตรงกลาง แล้วนำไปวางครอบแทน

3. เตรียมเก้าอี้ที่นั่งที่แข็งแรง เป็นเก้าอี้สูง มีที่เท้าแขน มีพนักพิง ไม่ควรใช้เก้าอี้ที่เป็นโซฟา เก้าอี้นอน หรือเก้าอี้โยก เพราะอาจทำให้เกิดอุบัติเหตุข้อสะโพกเทียม เคลื่อนหลุดได้

4. เตรียมค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลตามสิทธิของผู้ป่วย ค่าใช้จ่ายที่เกินสิทธิการรักษา การผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม มีค่าใช้จ่ายค่อนข้างสูง เนื่องจากข้อสะโพกเทียมนั้นมีราคาแพง

ก่อนวันผ่าตัด เตรียมผู้ป่วย ดังนี้

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

2. ฝึกให้ผู้ป่วยไออย่างมีประสิทธิภาพโดยการสูดหายใจเข้าทางจมูกลึก ๆ กลั้นหายใจไว้สักครู่แล้วไอขับเสมหะออกจากลำคอ ป้องกันเสมหะตกค้างในปอด

3. ผู้ป่วยที่ทาสิเคลือบเล็บไว้ดูแลบสีเคลือบเล็บออกให้ผู้ป่วยก่อนไปผ่าตัด

4. คินวันก่อนผ่าตัด ให้ผู้ป่วยงดอาหารและน้ำ ตั้งแต่เวลา 24.00 น. เป็นต้นไป จนกระทั่งเสร็จสิ้นการผ่าตัด โดยทั่วไปใช้เวลาในการทำผ่าตัดประมาณ 2 - 3 ชั่วโมง ขึ้นอยู่กับพยาธิสภาพ และความชำนาญของแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ

วันผ่าตัด เตรียมผู้ป่วยดังนี้

1. เตรียมความสะอาดโดยการฟอกผิวหนัง และโกนขนบริเวณรอบข้อสะโพกให้ผู้ป่วย

2. ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำแก่ผู้ป่วยในตอนเช้าของวันผ่าตัด
3. ใส่และคาสายสวนปัสสาวะให้ผู้ป่วยตามแผนการรักษาของแพทย์
4. ในผู้ป่วยที่ใส่ฟันปลอม และสามารถถอดได้ดูแลให้ผู้ป่วยถอดออก แต่ถ้าเป็นฟันปลอมชนิดที่ถอดไม่ได้ต้องสื่อสารให้เจ้าหน้าที่อื่นทราบด้วย
5. ดูแลไม่ให้ผู้ป่วยนำสิ่งของมีค่า หรือของที่เป็นสื่อไฟฟ้าพวกโลหะต่างๆ เข้าห้องผ่าตัด เช่น กิ๊บติดผม สร้อยคอ ตุ้มหูสร้อยข้อมือ นาฬิกาข้อมือ แหวน โทรศัพท์เคลื่อนที่ เป็นต้น
6. อธิบายให้ผู้ป่วยทราบว่า จะได้รับการให้ยาระงับความรู้สึก โดยฉีดยาทางช่องไขสันหลัง ในบางรายแพทย์อาจพิจารณาให้ยาระงับความรู้สึก ซึ่งแพทย์จะเป็นผู้พิจารณาเป็นราย ๆ ไป

2. การพยาบาลหลังผ่าตัด เป็นการประเมินความเจ็บปวด และภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด เช่น ภาวะเลือดออกมาจากแผลผ่าตัด ภาวะก้อนไขมันอุดตันในปอด (fat embolism) การเกิดหลอดเลือดดำส่วนลึกอุดตัน ดังนั้นผู้ป่วยต้อง Early ambulation หลังผ่าตัดทันที ที่ผู้ป่วยสามารถทำได้

การพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัด ดังต่อไปนี้

- 2.1 ตรวจวัดสัญญาณชีพผู้ป่วย จนสัญญาณชีพ อยู่ในระดับคงที่
- 2.2 ดูแลให้ผู้ป่วยนอนราบ 6-8 ชั่วโมง ดูแลให้นอนราบหนุนหมอนได้ 1 ใบ สังเกตกำลังของกล้ามเนื้อ และความรู้สึกขาของขาทั้งสองข้าง
- 2.3 ผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับความรู้สึกทางไขสันหลัง ถ้าไม่มีอาการคลื่นไส้อาเจียน จัดให้ผู้ป่วย นอนหนุนหมอนได้ 1 ใบ แต่ถ้ามีอาการดังกล่าว จัดทำให้ผู้ป่วยนอนราบไม่หนุนหมอน แล้วจัดผู้ป่วยตะแคงหน้าไปด้านใดด้านหนึ่ง เพื่อป้องกันไม่ให้สำลักเอาเศษอาหารเข้าปอด ซึ่งจะทำให้อุดตันทางเดินหายใจ แล้วให้ผู้ป่วยบ้วนปากให้สะอาด เมื่อผู้ป่วยตื่นดีจากการได้รับยาระงับความรู้สึกแล้ว ให้ผู้ป่วยดื่มน้ำ และรับประทานอาหารได้ตามปกติ
- 2.4 เมื่อผู้ป่วยรู้สึกตัวดี กระตุ้นให้ผู้ป่วยสูดลมหายใจเข้าทางจมูกลึก ๆ แล้วผ่อนลมหายใจ ออกช้าๆ ทางปาก ทำ 10 ครั้ง ทุกชั่วโมงขณะตื่น หากมีเสมหะให้สูดหายใจเข้าทางจมูกลึก ๆ กลืนหายใจไว้สักครู่ แล้วไอขับเสมหะออกมา
- 2.5 ตรวจดูแผลผ่าตัดของผู้ป่วย ถ้าแผลชุ่มให้เปลี่ยนผ้าพันแผล หรือทำแผลด้วยเทคนิคปลอดเชื้อ และพันด้วยผ้ายืด (elastic bandage) ให้กระชับ และรายงานแพทย์
- 2.6 ตรวจดูแลท่อระบายเลือด (drain) ที่ต่อลงขวดสุญญากาศให้เป็นระบบปิด (close system) ตลอดเวลา ประเมินการเสียเลือดจากแผลผ่าตัด และจากขวดสุญญากาศที่ระบายเลือดออกจากแผลผ่าตัด สังเกตอาการผิดปกติจากการเสียเลือดหลังผ่าตัด และจดบันทึกจำนวนเลือดที่ออกมาอยู่ในขวดสุญญากาศ ถ้ามากกว่า 200 cc/hr ให้รายงานแพทย์

2.7 แนะนำให้ ผู้ป่วยระวังไม่ให้ท่อระบายเลือดเลื่อนหลุด ท่อระบายนี้จะใส่ไว้ประมาณ 1-3 วัน จนมีเลือดออกจากท่อระบายไม่เกิน 50 cc/day หรือไม่มีเลือดออกจากท่อระบาย แพทย์จึงจะดึงท่อระบายออก

2.8 จัดทำให้ผู้ป่วยนอนหงายขาข้างที่ทำผ่าตัดเล็กน้อย หรือประมาณ 15-30 องศา (กรณีผู้ป่วยได้รับการ ผ่าตัดเข้าทางด้าน posterior) โดยใช้หมอนคั่นระหว่างขา ทั้งขณะนอนหงายราบ และเมื่อพลิกตะแคงตัว เพื่อป้องกันข้อสะโพกเทียมเคลื่อนหลุด ยกเว้นในบางรายที่ต้องนอนหุบขา (กรณีผู้ป่วย ได้รับการผ่าตัดเข้าทางด้าน anterolateral) ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับวิธีการผ่าตัดของแพทย์ และกระตุ้นให้ผู้ป่วยบริหารข้อเท้าได้ทุกชั่วโมงขณะตื่น เพื่อให้การไหลเวียนโลหิตดี

2.9 ดูแลให้ได้รับสารน้ำ สารอาหาร และยาตามแผนการรักษา

2.10 ประเมินภาวะซีดของผู้ป่วย และเจาะฮีมาโตคริต (Hematocrit) (Hct) ตามแผนการรักษา รายงานแพทย์ เมื่อ Hct  $\leq$  30 % และ/หรือจำนวนเลือดที่ออกมาอยู่ในขวดสุญญากาศมากกว่า 200 cc/hr แพทย์อาจจะพิจารณาให้เลือด ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการทดแทนเลือดตามปริมาณเลือดที่เสียขณะ ผ่าตัด และหลังผ่าตัดตามแผนการรักษา

2.11 สังเกต และประเมินอาการปวดแผลผ่าตัด โดยใช้มาตรวัดระดับความปวด numeric rating scale (0 ถึง 10) อย่างต่อเนื่อง และสม่ำเสมอ ดูแลให้ได้รับยาบรรเทาปวดตามแผนการรักษา และระดับความปวด และสังเกตอาการข้างเคียงของยา

2.12 ช่วยเปลี่ยนอิริยาบถให้ผู้ป่วย หรือช่วยในการพลิกตะแคงตัว เพื่อป้องกันแผลกดทับ ทุก 2 ชั่วโมง

2.13 ช่วยเหลือ และกระตุ้นให้ผู้ป่วยเปลี่ยนอิริยาบถบ่อยๆ โดยการตั้งขาชั้นเข้าข้างที่ไม่ ผ่าตัดขึ้น ใช้มือจับราวเหล็ก แล้วยกกันขึ้นบ่อยๆ ให้ขาข้างผ่าตัด อยู่ในแนวตรง ห้ามงอสะโพก และทำนี้ เป็นท่าที่ใช้ในการสอดหมอนนอนชนิดแบน (fracture bed pan) ให้กับผู้ป่วยในการขับถ่ายด้วย

2.14 ตวงจำนวนของปัสสาวะที่ออกมาทุกชั่วโมง ถ้า  $\leq$  30 cc/hr รายงานแพทย์

2.15 Record I/O

### 3. การดูแลผู้ป่วยระยะฟื้นฟู

#### 3.1 หลังผ่าตัดวันที่ 1

1. เปลี่ยนอิริยาบถโดยการใช้ (Trapeze bar) หรือเหนี่ยวราวกันเตียงโดยมีผู้ช่วยในการ พลิกตะแคงตัว และต้องมีหมอนคั่นระหว่างขาตลอดเวลา

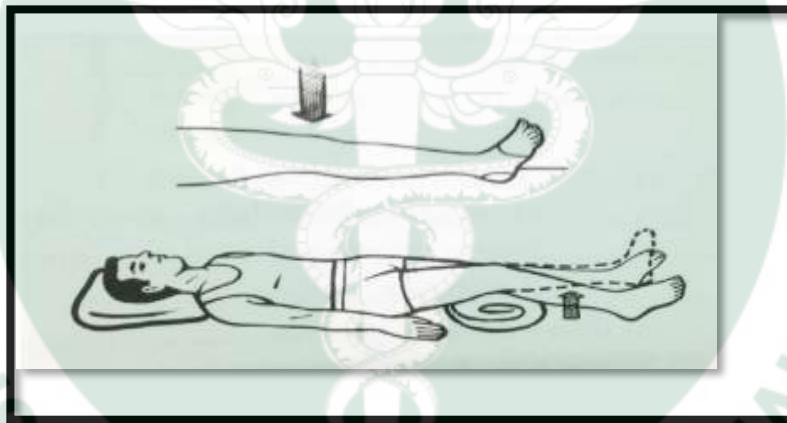
2. บริเวณกล้ามเนื้อและข้อ ทำที่ 1-4

3. รับประทานอาหารได้ตามปกติ หรืออาหารเฉพาะโรคตามสภาพร่างกายของผู้ป่วย

4. ระวังการเกิดข้อสะโพกเทียมเคลื่อนหลุด

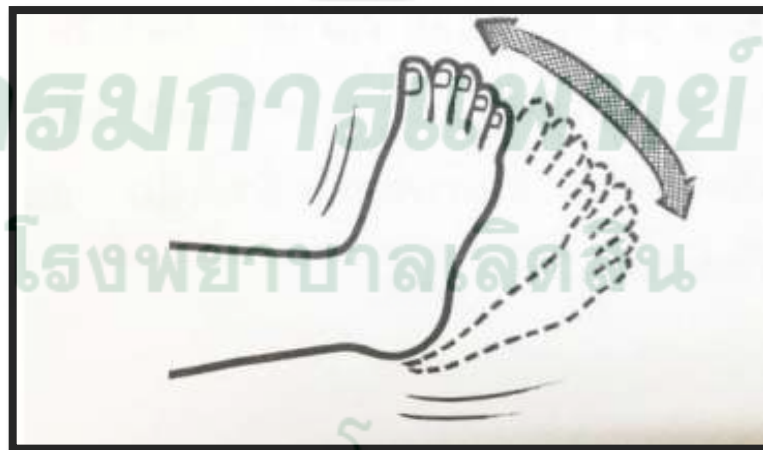
5. เริ่มลุกนั่งได้ ศีรษะสูง 30-45 องศา ควรบริหารกล้ามเนื้อ และข้อให้แข็งแรง เพื่อช่วยให้ผลของการผ่าตัดดีและเดินได้เป็นปกติ ฟันตัวได้เร็วภายหลังการผ่าตัด ทำแต่ละอย่างสม่ำเสมอทุกวัน วันละ 3 เวลา ได้แก่ เวลาเช้า กลางวัน เย็น

**ท่าที่ 1** นอนหงายราบขาเหยียดตรงในท่าพัก เกร็งขาให้ติดเตียงค้างไว้ประมาณ 5-10 วินาที แล้วจึงพักเข่าหรือคลาย นับเป็น 1 ครั้ง ทำอย่างสม่ำเสมอวันละ 100-200 ครั้ง และควรทำพร้อมกัน ทั้ง 2 ข้าง เพื่อความสะดวกผู้ป่วยสามารถใช้ผ้าขนหนูหนาพอประมาณ สอดไว้ใต้ขาขณะบริหารกล้ามเนื้อ ต้นขา (รูปภาพที่ 10)



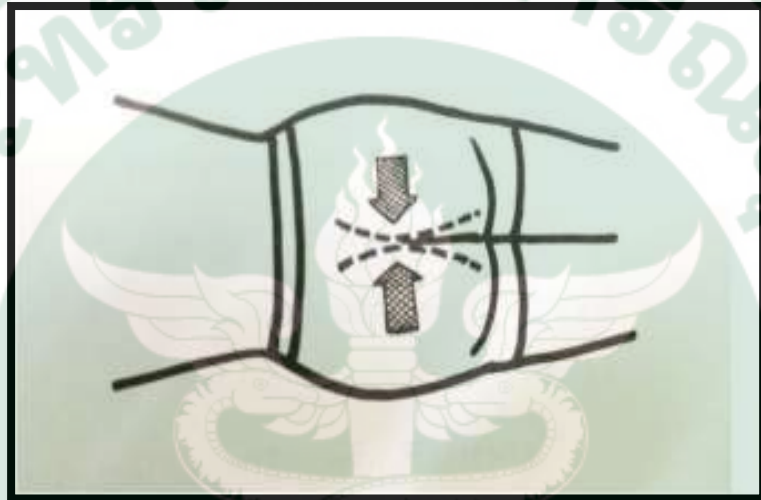
รูปภาพที่ 10 การบริหารกล้ามเนื้อต้นขาด้านหน้า  
หมายเหตุ. จาก <https://ayh.moph.go.th/ayh/>

**ท่าที่ 2** บริหารข้อเท้า ทำได้โดยการกระดกเท้าขึ้น และลงซ้ำๆ ทั้ง 2 ข้างทำวันละ 100-200 ครั้ง (รูปภาพที่ 11)



รูปภาพที่ 11 การบริหารข้อเท้าโดยการกระดกข้อเท้าขึ้น-ลง  
หมายเหตุ. จาก <https://ayh.moph.go.th/ayh/>

ท่าที่ 3 ขมิบก้นค้างไว้ นับ 1-5 แล้วคลาย ทำวันละ 100-200 ครั้ง (รูปภาพที่ 12)



รูปภาพที่ 12 การบริหารกล้ามเนื้อสะโพกโดยการขมิบก้น  
หมายเหตุ. จาก <https://ayh.moph.go.th/ayh/>

ท่าที่ 4 เลื่อนส้นเท้าเข้าหาสะโพก งอเข่า งอสะโพกข้างดีแล้วจึงเหยียดออก (รูปภาพที่ 13)



รูปภาพที่ 13 การบริหารข้อโดยการงอข้อเข่า ข้อสะโพก และเหยียดออก  
หมายเหตุ. จาก <https://ayh.moph.go.th/ayh/>

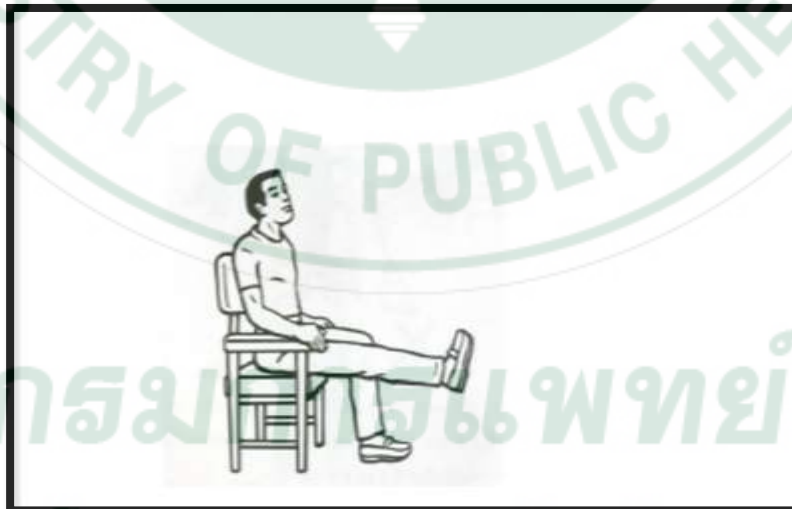
ท่าที่ 5 กางขาหุบขาข้างดี เพื่อบริหารกล้ามเนื้อสะโพก (รูปภาพที่ 14)



รูปภาพที่ 14 บริหารกล้ามเนื้อสะโพก

หมายเหตุ. จาก <https://ayh.moph.go.th/ayh/>

ท่าที่ 6 นั่งบนเก้าอี้เหยียดขาให้ตรง ค้างไว้นับ 1-5 แล้วค่อย ๆ งอเข่าลงช้า ๆ (รูปภาพที่ 15)



รูปภาพที่ 15 บริหารกล้ามเนื้อขา กล้ามเนื้อสะโพก

หมายเหตุ. จาก <https://ayh.moph.go.th/ayh/>

3.2 หลังผ่าตัดวันที่ 2-3

1. ลูกนั่งบนเตียงงอสะโพกไม่เกิน 90 องศา ขึ้นอยู่กับ สภาพผู้ป่วย ชนิดหรือวิธีการผ่าตัดของแพทย์
2. บริหารกล้ามเนื้อและข้อ เหมือนหลังผ่าตัดวันที่ 1 ท่าที่ 1-4



### 3.3 หลังผ่าตัดวันที่ 4 ถึงวันจำหน่าย

ให้ปฏิบัติเช่นเดียวกับหลังผ่าตัดวันที่ 2-3 สามารถลุกนั่งห้อยขา เคลื่อนย้ายจากเตียงมายังเก้าอี้ข้างเตียง เมื่อสภาพร่างกายผู้ป่วยมีความพร้อม ผู้ป่วยจะได้รับการเคลื่อนย้ายลงเตียง ตามแผนการรักษา และสามารถเคลื่อนย้ายตนเอง โดยใช้คอกสำหรับหัดเดิน หรือไม้ค้ำยันรักแร้ ผู้ป่วยบางรายอาจได้รับการส่งไปยังกลุ่มงานเวชศาสตร์ฟื้นฟู เพื่อเพิ่มกำลังของกล้ามเนื้อ และพิสัยการเคลื่อนไหวของข้อ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับดุลยพินิจของแพทย์ (รูปภาพที่ 16)



รูปภาพที่ 16 การออกกำลังกายหลังผ่าตัดสะโพก/เดินwalker

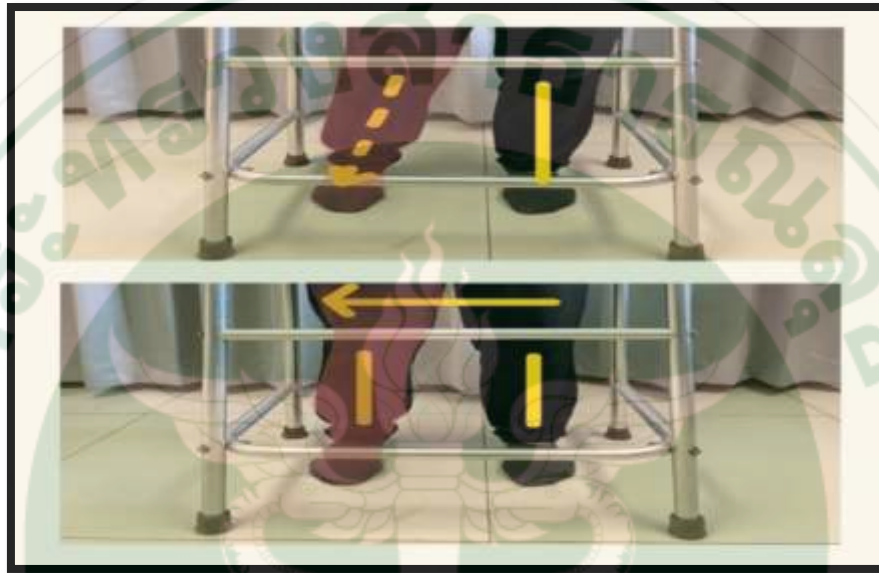
หมายเหตุ. จาก <https://pt.mahidol.ac.th/knowledge/?p=1941>

### 3.4 การออกกำลังกายเพื่อเพิ่มกำลังกล้ามเนื้อรอบข้อสะโพก

หลังได้รับการผ่าตัด ผู้ป่วยควรฟื้นฟู และสร้างกำลังกล้ามเนื้อรอบข้อสะโพกให้มากขึ้น เพื่อเสริมสร้างความมั่นคงของข้อสะโพก เพื่อใช้ในการรับน้ำหนัก การทรงตัว และการเคลื่อนไหวที่ดีต่อไป

ถ้าผู้ป่วยหลังผ่าตัด ผู้ป่วยยังไม่สามารถบริหารในท่ายืนได้ ขึ้นอยู่กับระยะเวลา และความเหมาะสมของผู้ป่วยเอง ควรแนะนำให้ใช้อุปกรณ์การเดินด้วย Walker ในระยะแรก ๆ และควรมีผู้ดูแลใกล้ชิด เพื่อป้องกันการหกล้มซ้ำ

**ท่าที่ 1** ท่าเริ่มต้น ยืนตรง มือจับราว หรือสิ่งที่มั่นคง จากนั้นค่อย ๆ เหยียดขาไปยังด้านต่าง ๆ ประกอบด้วย กางขาไปด้านข้าง เหยียดขาไปด้านหน้า และเหยียดขาไปด้านหลัง โดยให้ท่าที่ละด้าน แต่ละครั้ง พยายามให้สะโพก และลำตัวตรง ทำซ้ำทั้งหมด ด้านละ 15 ครั้ง และทำซ้ำ 3 รอบ (รูปภาพที่ 17)



รูปภาพที่ 17 การเพิ่มกำลังกล้ามเนื้อรอบข้อสะโพก

หมายเหตุ. จาก <https://pt.mahidol.ac.th/knowledge/?p=1941>

ท่าที่ 2 ออกกำลังกล้ามเนื้อสะโพก clam shell

ท่าเริ่มต้น นอนตะแคงงอเข่าซ้อนกันสองข้าง ในกรณีที่ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกมา ให้หาหมอนมารองระหว่างขา เพื่อป้องกันการหุบขา จากนั้นค่อย ๆ กางเข่าขึ้น โดยให้เท้ายังติดกันอยู่ และพยายามคุมสะโพกให้ตั้งตรงทำซ้ำ 15 ครั้ง 3 รอบ (รูปภาพที่ 18)



รูปภาพที่ 18 ออกกำลังกล้ามเนื้อสะโพก clam shell

หมายเหตุ. จาก <https://pt.mahidol.ac.th/knowledge/?p=1941>

### ท่าที่ 3 ออกกำลังกายกล้ามเนื้อสะโพก bridging

ท่าเริ่มต้น นอนหงายชันเข่าขึ้น กางขาระดับสะโพก ค่อย ๆ ยกสะโพกขึ้น ค้างไว้ 5-10 วินาที ทำซ้ำ 15 ครั้ง 3 รอบ (รูปภาพที่ 19)



รูปภาพที่ 19 ออกกำลังกายกล้ามเนื้อสะโพก bridging

หมายเหตุ. จาก <https://pt.mahidol.ac.th/knowledge/?p=1941>

#### 3.5 การออกกำลังกายเพื่อฝึกการลงน้ำหนัก

ความสามารถในการลงน้ำหนักของผู้ป่วยหลังผ่าตัดนั้นเป็นสิ่งสำคัญ เนื่องจากเมื่อสามารถลงน้ำหนักได้ดีจะส่งผลดีโดยตรงต่อความสามารถในการเคลื่อนไหวและการใช้ชีวิตประจำวัน รวมทั้งช่วยเพิ่มความสมารถการพึ่งพาตัวเอง อีกทั้งการลงน้ำหนักเต็มที่ในข้างที่ได้รับการผ่าตัดนั้น ไม่ได้ส่งผลเสียหรือทำให้เพิ่มแรงกระทำต่อข้อสะโพก มากไปกว่าการลงน้ำหนักขาเพียงบางส่วนอีกด้วย

##### 1. การฝึกลงน้ำหนักให้เท่ากันทั้งสองข้าง

ท่าเริ่มต้น ยืนกางขาระดับสะโพกในโครงช่วยเดิน และใช้มือทั้งสองข้างจับราวจับให้มั่นคง จากนั้นค่อย ๆ ถ่ายน้ำหนักตัวไปยังขาข้างที่ผ่าตัด เพื่อให้การลงน้ำหนักที่ขาทั้งสองข้าง ใกล้เคียงกันมากที่สุด โดยไม่รู้สึกเจ็บมากจนเกินไป ค้างไว้ 5-10 วินาที หรือเท่าที่ไหว แล้วค่อย ๆ ผ่อนแรงกลับไป ในจุดที่ไม่มีอาการเจ็บอย่างช้า ๆ ทำซ้ำ 10 ครั้ง (รูปภาพที่ 20)



รูปภาพที่ 20 การฝึกลงน้ำหนักให้เท่ากันทั้งสองข้าง

หมายเหตุ. จาก <https://pt.mahidol.ac.th/knowledge/?p=1941>

## 2. การฝึกลงน้ำหนักเพื่อการพยุงตัวในการก้าวขึ้นบันได

ท่าเริ่มต้น ยืนหน้าต่อพื้นต่างระดับหรือขั้นบันได โดยให้มือสามารถเอื้อมจับราวเพื่อพยุงตัวได้ จากนั้นค่อย ๆ ก้าวขาข้างที่บาดเจ็บขึ้นไปวางบนขั้นบันได ค่อย ๆ กดถ่ายน้ำหนักลงคล้ายจะเหยียดตัวขึ้นบันไดคุมแรงกดให้พอประมาณเท่าที่รู้สึกไม่เจ็บจนเกินไป จากนั้นผ่อนแรงกลับมาลงน้ำหนักที่ขาด้านหลังและทำซ้ำ 10 ครั้ง แนะนำในกรณีผู้ป่วยจำเป็นต้องขึ้นบันได (รูปภาพที่ 21)



รูปภาพที่ 21 การฝึกลงน้ำหนักเพื่อการพยุงตัวในการก้าวขึ้นบันได

หมายเหตุ. จาก <https://pt.mahidol.ac.th/knowledge/?p=1941>

### 3.6 การฟื้นฟูร่างกายภายหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพก

การทำกายภาพบำบัด เพื่อการฟื้นฟูร่างกายภายหลังผ่าตัด สามารถเริ่มต้นได้ทันทีภายหลังการผ่าตัด โดยเฉพาะในผู้สูงอายุ การ ทำกายภาพอย่างเหมาะสม นอกจากจะช่วยลดโอกาสการเสียชีวิตจากภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดแล้ว ยังช่วยให้ผู้ป่วยฟื้นตัวเร็วขึ้น และลด เวลาการนอนโรงพยาบาล โดยการฟื้นฟูแบ่งเป็น 3 ระยะ ดังนี้

1. ระยะที่ 1 ระยะป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัด (วันที่ 0-7 ภายหลังการผ่าตัด) ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้ภายหลังการผ่าตัดตามกระดูกข้อสะโพกหรือเปลี่ยนข้อสะโพก ได้แก่

1.1 แผลผ่าตัดติดเชื้อ

1.2 ภาวะลิ่มเลือดอุดตันหลอดเลือดดำ

1.3 แผลกดทับ

1.4 การติดเชื้อทางเดินหายใจ และการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ เป้าหมายของการฟื้นฟูผู้ป่วยในระยะนี้เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนข้างต้น อีกทั้งป้องกันภาวะข้อติด ป้องกันกล้ามเนื้อขาฝ่อลีบ และเสริมสร้างความแข็งแรงของกล้ามเนื้อข้างผ่าตัด ฝึกการลุกนั่งบนเตียง เคลื่อนย้ายตัวจากเตียงไปนั่งที่เก้าอี้ ยืน และเดินโดยใช้อุปกรณ์ ช่วยเดินได้อย่างเหมาะสม เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถทำกิจวัตรประจำวันขึ้นพื้นฐาน เช่น การล้างหน้า แปรงฟัน อาบน้ำ ขับถ่าย ใส่เสื้อผ้า เป็นต้น

2. ระยะที่ 2 ระยะฟื้นฟูการเคลื่อนไหว และการเดิน (1-4 สัปดาห์หลังผ่าตัด) ระยะนี้จะมุ่งเน้นการเพิ่มการเคลื่อนไหว และความแข็งแรงของกล้ามเนื้อรอบข้อสะโพก และขาทั้ง 2 ข้าง และค่อย ๆ เพิ่มการลงน้ำหนักในขาข้างที่ผ่าตัด และลดการใช้อุปกรณ์ช่วยเดิน เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเคลื่อนไหว และเดินได้อย่างมั่นคง และมีความคล่องตัวมากขึ้น การออกกำลังกายของกล้ามเนื้อรอบข้อสะโพก และขาทั้ง 2 ข้างจะเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ และเพิ่มความมั่นคงในการเดินมากขึ้น เช่น นอนตะแคงทับขาข้างปกติ จัดท่านอนให้ลำตัวตรง งอสะโพก และเข่าโดยให้ส้นเท้าอยู่แนวเดียวกับข้อสะโพก เกร็งกล้ามเนื้อสะโพกข้างขาผ่าตัด เพื่อกางเข่า แยกออกจากกันช้า ๆ โดยให้เท้าทั้งสองข้างประกบติดกันตลอดเวลา เกร็งกล้ามเนื้อสะโพกค้างไว้เล็กน้อย 5-10 วินาที แล้วลดเข่าลงช้า ๆ เมื่อสามารถนอนตะแคงทับขาข้างผ่าตัดโดยไม่เจ็บ แล้วให้ทำท่าบริหารทั้ง 2 ข้าง

3. ระยะที่ 3 ระยะฟื้นฟูความสามารถในการเดิน และการทรงตัว (4-8 สัปดาห์หลังผ่าตัด) ระยะนี้จะมุ่งเน้นการเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อรอบข้อสะโพก และขา รวมไปถึงการฝึกการทรงตัว เพื่อป้องกันการหกล้ม เช่น เกร็งกล้ามเนื้อค้างไว้ 5-10 วินาทีทำซ้ำ 10-20 ครั้ง 3-5 รอบ/ วัน ฝึกการทรงตัวด้วยการยืนขาเดียว ยืนยึดลำตัวให้ตรง มือจับเก้าอี้ หรือไม้เท้าสี่ขา เพื่อช่วยการทรงตัว ยืนบนขาข้างเดียว เขยียดขาอีกข้างให้ปลายเท้าแตะพื้นเล็กน้อย ยกขากลับมาที่เดิม เขยียดขาแตะพื้นทางด้านข้าง และด้านหลัง

#### 4. คำแนะนำสำหรับผู้ป่วยเมื่อกลับไปอยู่บ้านตามหลัก D-METHOD

##### 4.1 D = Diagnosis

แนะนำความรู้เกี่ยวกับเรื่องโรคที่เป็นอยู่ถึงสาเหตุ อาการ และการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง เพื่อป้องกันการหกล้ม จากโรคกระดูกพรุน แนะนำทั้งการดูแล และป้องกันการหกล้มซ้ำ โรคร่วมความดันโลหิตสูง ต้องรักษาต่อเนื่อง

##### 4.2 M = Medication

แนะนำผู้ป่วยให้ได้รับความรู้เกี่ยวกับยาที่ตนเองได้รับอย่างละเอียด ถึงสรรพคุณ ขนาด วิธีใช้ ข้อควรระวังในการใช้ยา ตลอดจนการสังเกตภาวะแทรกซ้อน รวมทั้งข้อห้ามการใช้ยาซึ่งส่วนใหญ่ยาที่ใช้ ในผู้ป่วยจะเป็นยากลุ่มยาปฏิชีวนะ ยาแก้ปวด ยาแก้แพ้ และยาวิตามิน ถ้ามีอาการแพ้ แขนงหน้าอก ผื่นแพ้ยา ให้หยุดรับประทานยา แล้วรีบไปโรงพยาบาล หรือ สถานพยาบาลใกล้บ้าน พร้อมทั้งนำยาที่รับประทานหรือชองยาไปด้วย

##### 4.3 E = Environment and Economic

ให้ผู้ป่วยได้รับความรู้เกี่ยวกับการจัดการสิ่งแวดล้อมที่บ้านให้เหมาะสม แหล่งน้ำที่ใช้ อาบ สถานที่นอนพัก ลักษณะเตียง ที่พักอาศัยควรมีอากาศถ่ายเทสะดวก อากาศไม่ร้อนอบอ้าว เพราะหากอากาศร้อนเกินไปผู้ป่วยจะไม่ให้ความร่วมมือในการพันผ้ายึดชนิด ม้วน หรือการสวมผ้ายึดสำเร็จรูป (pressure garment) รวมทั้งจะพบปัญหาเกิดอาการคันบริเวณบาดแผลที่ใกล้หาย หรือบาดแผลที่หายแล้ว

การใช้ประโยชน์ในชุมชน รวมทั้งข้อมูลเกี่ยวกับการจัดการปัญหาด้านเศรษฐกิจ หรือการปรับตัวในสังคม ซึ่งผู้ป่วยบางรายอาจต้องมีการฝึกฝนอาชีพใหม่แทนอาชีพเดิม

#### 4.4 T = Treatment

การให้ทักษะที่เป็นตามแผนการรักษา เนื่องจากผู้ป่วยมีโอกาสเกิดแผลติดเชื้อ แผลแดง บวม นูน และเกิดการติ่งรัง ฮ่องกงติ่ง ผู้ป่วยและครอบครัวจึงต้องมีทักษะในการดูแลบาดแผลที่ยังไม่หาย หรือการดูแลบาดแผลที่หายแล้ว สังเกตความผิดปกติ การออกกำลังกายเพื่อป้องกันการติ่งรัง ข้อติดยึด ถ้ามีอาการผิดปกติของแผลผ่าตัด รีบมาพบแพทย์ รับรู้และเข้าใจ ถึงการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง ข้อห้าม ข้อระวังของการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม จะได้รับการปฏิบัติตัวถูกต้อง โรคร่วมต้องรักษาต่อเนื่อง

#### 4.5 H = Health

1. การส่งเสริม และฟื้นฟูสภาพทางด้านร่างกาย และจิตใจ ตลอดจนการป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ หลังจากผ่าตัดข้อสะโพกเทียม หมั่นบริหารกล้ามเนื้อ และข้ออย่างสม่ำเสมอต่อเนื่อง และผู้ป่วยสามารถปรับวิถีการดำเนินชีวิตประจำวันให้เหมาะสมกับด้านสุขภาพได้ การดูแลแผลผ่าตัดห้ามเปียกน้ำ ไม่แกะเกา แต่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ปกติ ไม่อาบน้ำ แต่สามารถเช็ดตัวทำความสะอาดได้ ควรหาวิธีผ่อนคลายความเครียดให้เหมาะสม

2. แนะนำการดูแลแผลผ่าตัดให้สะอาดเสมอ อย่าให้เปียกน้ำจนกว่าจะตัดไหม หรือบางรายต้องเอาลวดที่เย็บไว้ออก เมื่อครบ 10 - 14 วัน หลังผ่าตัด

3. ให้ผู้ป่วยควบคุมน้ำหนักตัว อย่าให้อ้วน เพราะจะทำให้ข้อสะโพก และข้อเข่ารับน้ำหนักมากอาจทำให้เกิดการเสื่อม หรือหลวมของข้อสะโพกเทียมเร็วกว่ากำหนด

4. ผู้ป่วยไม่ควรไขว้ หรือบิดขาข้างใน ขณะนั่ง ยืน เดิน ให้วางขาในท่าปกติ

5. เมื่อจำเป็นต้องหยิบของบนพื้น วิธีที่ปลอดภัยให้ผู้ผู้ป่วยเหยียดขาข้างที่ทำผ่าตัดออกไป ทางด้านหลัง ย่อขาข้างดีลง แล้งจึงก้มตัวลงเก็บของ หรือใช้อุปกรณ์ด้ามยาวช่วยหยิบของจากพื้น ห้ามก้มหยิบของ

6. หลีกเลี่ยงการเคลื่อนไหวที่เร็วเกินไป รวมถึงการหมุนตัวที่รวดเร็วด้วย

7. หลีกเลี่ยงการยกของหนัก หรือกิจกรรมที่ต้องใช้แรงผ่านข้อสะโพกมาก เช่น การแบกของ เพราะจะทำให้เกิดการเสื่อมหลวมของข้อสะโพกเทียมเร็วขึ้น

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

9. หลีกเลี่ยงการนั่งยอง ๆ เช่น การใช้ส้วมซึมควรเลือกใช้ส้วมชักโครก ถ้าไม่มีอาจดัดแปลงใช้เก้าอี้เจาะเป็นช่องว่าง ครอบบริเวณโถส้วมซึม หรือใช้เก้าอี้สุขภัณฑ์มาครอบโถส้วมแทน

10. หากผู้ป่วยจำเป็น ต้องได้รับการทำผ่าตัดใด ๆ หรือไปทำฟัน ให้แจ้งแพทย์หรือทันตแพทย์ทราบทุกครั้ง ว่าได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมไว้ เพื่อการพิจารณาให้ยาปฏิชีวนะ ป้องกันการติดเชื้อของข้อสะโพกเทียม

11. การมีเพศสัมพันธ์ทำได้หลังผ่าตัดไปแล้ว 4 - 6 สัปดาห์ เมื่อรู้สึกว่ข้อสะโพกแข็งแรง และไม่มีอาการเจ็บปวด ท่าที่ข้อสะโพกมีความมั่นคงมากที่สุด คือ ท่านอนหงายโดยสะโพก และขากางออก และควรให้คู่นอนเป็นฝ่ายกระทำ หลีกเลี่ยงท่าที่ต้องงอข้อสะโพกหรือหุบขา หากมีข้อสงสัยควรปรึกษาแพทย์ พยาบาล หรือนักกายภาพบำบัด

12. การขับรด ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดข้อสะโพกข้างซ้าย จะสามารถเริ่มให้ขับรดได้ประมาณ 8 สัปดาห์หลังผ่าตัด หากผ่าตัดข้อสะโพกข้างขวา อาจใช้เวลามากกว่านี้ เพื่อความปลอดภัยให้ผู้ป่วยปรึกษาแพทย์ก่อนทุกครั้งที่มาตามนัดหากมีข้อสงสัยหรือไม่เข้าใจ

#### 4.6 O = Outpatient referral

การให้ผู้ป่วยเข้าใจ และทราบถึงความสำคัญของการมาตรวจตามนัดทั้งวัน เวลาสถานที่ รวมถึงการติดต่อขอความช่วยเหลือจากเจ้าหน้าที่ หรือสถานพยาบาลใกล้บ้าน ในกรณีเกิดภาวะฉุกเฉินตลอดจนการส่งต่อผู้ป่วยให้ได้รับการดูแลต่อเนื่อง

#### 4.7 D = Diet

แนะนำให้ผู้ป่วยเข้าใจ และเลือกรับประทานอาหารได้อย่างถูกต้อง เหมาะสมกับโรค โดยรับประทานอาหารครบ 5 หมู่ แนะนำผู้ป่วยให้เห็นความสำคัญของภาวะโภชนาการ ที่มีผลต่อความแข็งแรงของกระดูก และแผลหลังผ่าตัด เช่น

1. ประเภทอาหารที่มีแคลเซียม มีมากในนม และผลิตภัณฑ์จากนม ปลาซาร์ดีน ผักกาดเขียว ถั่ว งา เต้าหู้เหลือง และข้าวกล้อง
2. ประเภทอาหารที่มีวิตามินดี มีมากในนม ไข่แดง ปลาซาร์ดีน เห็ดหอม และน้ำมันพืช
3. ประเภทอาหารที่มีโปรตีน ควรรับประทานโปรตีนที่ได้จากพืช เช่น ถั่วเหลือง และโปรตีนที่ได้จากสัตว์

## 4.2 การพยาบาลโรคกระดูกพรุน

การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะกระดูกพรุน และการป้องกันกระดูกหัก มีดังนี้

1. ประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดกระดูกหักซ้ำ ได้แก่

1.1 การประเมินสภาพร่างกายผู้ป่วย ประกอบด้วย การประเมินการรับรู้การมองเห็น การได้ยินความสามารถในการทรงตัวและการเดิน กำลังกล้ามเนื้อ และการเคลื่อนไหวข้อต่อต่างๆ

1.2 การซักประวัติเกี่ยวกับโรคประจำตัว และการรับประทานยาที่อาจมีผลทำให้หกล้ม

1.3 ซักถามข้อมูลเกี่ยวกับสภาพแวดล้อมที่บ้าน ผู้ดูแล และเศรษฐกิจของผู้ป่วย

1.4 ดูแลได้รับยาโรคกระดูกพรุน ตามแผนการรักษา เพื่อเสริมสร้างความแข็งแรงของกระดูก

2. แนะนำการปรับสภาพแวดล้อมของบ้านให้ปลอดภัย ได้แก่ บริเวณพื้นบ้านไม่ควรปูพรม เสื่อหรือผ้ายางรองพื้น และควรเก็บของให้เรียบร้อย ไม้วางของ หรือมีสายไฟกีดขวางทางเดิน และหลีกเลี่ยงการใช้พรมเช็ดเท้า หรือเลือกใช้พรมเช็ดเท้าที่มียางกันลื่น ควรเก็บของที่ซบอ่ยไว้ในที่ที่หยิบง่าย หลีกเลี่ยงการเอี้อม หรือการปีนป่าย ดูแลพื้นห้องน้ำไม่ให้ลื่น โดยแยกส่วนเปียกและส่วนแห้ง และใช้ฝ้ายางกันลื่นปูทับบนพื้นห้องน้ำ ติดตั้งราวจับในห้องน้ำ หรือมีผู้ดูแลช่วยเหลือขณะเข้าห้องน้ำ แสงไฟในห้องนอนควรอยู่ในตำแหน่งที่เปิดง่าย แสงสว่างพอควร หรืออาจใช้โคมไฟหัวเตียง เพื่อให้ไม่ต้องลุกเดิน ไปเปิดไฟ ทางเดินในบ้านควรมีแสงสว่างเพียงพอ โดยเฉพาะทางเดินจากเตียงนอนไปห้องน้ำ ตรวจสอบความแข็งแรงของพื้น บริเวณทางเดิน บันได ราวจับให้มีความแข็งแรงอยู่เสมอ ระวังกระจกแตกหรือเด็กเล็กที่อาจทำให้ผู้สูงอายุสะดุด หรือเสียการทรงตัว

3. แนะนำการออกกำลังกาย เพื่อเพิ่มกำลังกล้ามเนื้อ เพิ่มความยืดหยุ่นของร่างกาย และฝึกการทรงตัว โดยควรปฏิบัติ เช่น ออกกำลังกาย เพื่อเพิ่มความยืดหยุ่นของร่างกาย ทั้งกล้ามเนื้อแขน และขาและข้อต่อต่าง ๆ ออกกำลังกายเพื่อเพิ่มกำลังกล้ามเนื้อโดยใช้ตุ้มน้ำหรือการฝึกลุกยืน โดยใช้น้ำหนักตัวเป็นแรงต้าน ควรเริ่มด้วยการเคลื่อนไหวช้าๆ แล้วค่อยๆ เพิ่มขึ้นตามความสามารถของผู้ป่วย การฝึกการทรงตัว ควรฝึกในท่าการก้าวเดินไปในทิศทางต่างๆ หากเป็นท่ายืน ควรลดความกว้างของฐานการยืนจากกว้างให้ค่อยๆ แคบลง ฝึกการถ่ายน้ำหนักระหว่างขา 2 ข้างโดย ควรทำอย่างน้อย 2 ชั่วโมงต่อสัปดาห์และต่อเนื่อง 6 เดือน จึงจะเห็นผล

4. ให้วิตามินดีเสริม อย่างน้อย 700 - 1,000 IU ต่อวัน

5. ทบทวนการใช้ยา โดยงดหรือลดการใช้ยาที่เสี่ยงต่อการหกล้มและลดจำนวนยาที่ใช้ ให้เหลือเฉพาะที่จำเป็น

6. แก้ไขปัญหาเรื่องการมองเห็น และการได้ยิน

7. แก้ไขปัญหาเรื่องความดันโลหิตลดต่ำจากการเปลี่ยนท่าทาง และการเป็นลมหมดสติจากการเคลื่อนไหวศีรษะ ในรายที่หกล้มบ่อยโดยไม่ทราบสาเหตุ

8. เลือกรองเท้าที่เหมาะสม ควรเป็นรองเท้าส้นเตี้ยและขอบมน พื้นรองเท้าควรมีดอกยาง เพื่อให้พื้นรองเท้าสามารถเกาะติดกับพื้นได้ดีขึ้น ป้องกันการลื่นหกล้ม และควรเป็นรองเท้าหุ้มส้น โดยส่วนที่หุ้มส้น และข้อเท้าควรมีความแข็งแรงพอสมควร เพื่อเป็นการพยุงข้อเท้าทำให้ทรงตัวได้ดีขึ้น รองเท้าควรมีหน้ากว้าง เพื่อให้นิ้วเท้าสามารถเคลื่อนไหวได้สะดวก พื้นรองเท้าด้านหน้าควรเชิดขึ้นจากพื้นเล็กน้อย เพื่อให้เดินได้มั่นคง และป้องกันการสะดุดเท้าตัวเองและรองเท้าควรปรับขนาดได้ เช่น รองเท้าผ้าใบ

9. แก้ไขความผิดปกติของเท้า เช่น ตาปลา นิ้วเท้าเอียงผิดปกติ หรือมีบาดแผลที่เท้า เป็นต้น

10. ใช้อุปกรณ์ช่วยเดินที่เหมาะสม



11. แนะนำผู้ป่วยภาวะโภชนาการ ที่มีผลต่อความแข็งแรงของกระดูก โดยทั่วไปผู้ป่วยควรได้รับสารอาหารที่มีประโยชน์ ได้แก่

1. แคลเซียม มีมากในนม และผลิตภัณฑ์จากนม ปลาซาร์ดีน ผักกาดเขียว ถั่ว งา เต้าหู้ เหลือง และข้าวกล้อง
2. วิตามินดีมีมากในนม ไข่แดง ปลาซาร์ดีน เห็ดหอม และน้ำมันพืช
3. โปรตีน ควรรับประทานโปรตีนที่ได้จากพืช เช่น ถั่วเหลือง และโปรตีนที่ได้จากสัตว์ในปริมาณที่พอ ๆ กัน ปริมาณโปรตีนที่แนะนำต่อวัน คือ โปรตีน 1 กรัมต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม

12. แนะนำผู้ป่วยให้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพื่อป้องกันกระดูกพรุน ดังนี้

1. งดสูบบุหรี่และงดดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์
2. ไม่ควรดื่มกาแฟมากกว่า 2 แก้วต่อวัน
3. งดรับประทานอาหารรสเค็มจัด
4. รับแสงแดดอ่อน ๆ ในช่วงเช้าหรือเย็น ครั้งละ 10-15 นาที
5. ไม่ควรมีพฤติกรรมแบบนั่ง ๆ นอน ๆ ควรหากิจกรรมอื่น ๆ เช่น ทำงานบ้าน หรือทำกับข้าว เป็นต้น

#### 4.3 การพยาบาลและการป้องกันภาวะสับสนเฉียบพลัน

การเกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติการพยาบาล ดังนั้นพยาบาลต้องมีความรู้ และทักษะ สามารถประเมินผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้ เพื่อให้การพยาบาลที่ทันท่วงที และการรักษาที่ถูกต้อง

1. ควรมีการค้นหาสาเหตุของการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันทางสรีรวิทยาแล้วแก้ไขที่สาเหตุนั้น ๆ ทันที เช่น ภาวะขาดน้ำ การเสียสมดุลของกรดต่างและอิเล็กโทรไลต์ ความปวด ภาวะพร่องออกซิเจน ภาวะซีด ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ การติดเชื้อ การนอนหลับพักผ่อนที่ไม่ปกติหรือไม่เพียงพอ

2. การจัดการความเจ็บปวด การประเมินความปวดก่อน และหลังให้ยาอย่างสม่ำเสมอ ควรมีวิธี บรรเทาปวดอย่างเหมาะสม เช่น การให้ยาแก้ปวดกลุ่ม opioid ขนาดที่เหมาะสมกับระดับความเจ็บปวด การใช้ดนตรีบำบัด เพื่อหลีกเลี่ยงการใช้ยามากเกินไปในกรณีที่คะแนน pain score น้อย การนวดผ่อนคลาย เป็นต้น

3. พยาบาลควรมีการจัดการสิ่งแวดล้อม (environmental causes) ที่กระตุ้นให้เกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน เช่น การจัดให้ผู้ป่วยได้เห็นแสงอาทิตย์ โดยการเปิดหน้าต่างหรือแสงไฟที่มีความสว่างเพียงพอเมื่อเป็นเวลากลางวัน และการปิดไฟที่ไม่จำเป็นในเวลากลางคืน การวางนาฬิกาและปฏิทินในตำแหน่งที่ผู้ป่วยสามารถมองเห็นได้ชัดเจน งดใช้เสียงดัง การจัดเวลาให้ทำกิจกรรมตอนกลางวัน และลดกิจกรรมและ ลดการใช้เสียงตอนกลางคืน หรือใช้ปลั๊กอุดหู (earplug) เพื่อลดการรับรู้ที่ผิดปกติหรือเสียงดังรบกวน ดูแลการรบกวนกันเตียงขึ้นทุกครั้งหลังให้การพยาบาล เพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้ม

4. พยาบาลซึ่งเป็นผู้ที่ใกล้ชิดผู้ป่วยมากที่สุดควรมีการถามและบอกวัน เวลา สถานที่ที่เป็นอยู่ปัจจุบันให้แก่ผู้ป่วย รวมถึงควรมีการจัดการสิ่งที่เป็นอุปสรรคทางการแพทย์ที่ไม่จำเป็นต้องใช้ เช่น สายน้ำเกลือ สายสวนปัสสาวะ ออกจากตัวผู้ป่วยให้เร็วที่สุดถ้าไม่มีข้อบ่งชี้

5. พยายามให้ผู้ป่วย ได้ทำกิจวัตรประจำวันด้วยตัวเอง อย่างเช่น อาบน้ำเอง แต่งตัวเอง รับประทานอาหารเอง ซึ่งการประกอบกิจวัตรประจำวันเอง เป็นการกระตุ้นร่างกาย และสมอง ยังทำให้ผู้ป่วยไม่สับสนเรื่องเวลาอีกด้วย หลังผ่าตัด 3-4 วันอาการผู้ป่วยจะค่อยๆ ดีขึ้น แนะนำญาติมาพูดคุยและเยี่ยมบ่อยๆ เพราะผู้ป่วยจะจำบุคคลในครอบครัวได้มากที่สุด คนคุ้นเคย เหมือนที่เคยหุน สวมแว่น ฟันปลอมถ้าผู้ป่วยมี

6. พยายามพูดคุยกับผู้สูงอายุบ่อยๆ การถามคำถามเกี่ยวกับความเป็นอยู่ พูดคุยเกี่ยวกับเหตุการณ์ต่างๆ ในครอบครัวและสังคม พยายามให้ผู้ป่วยได้เคลื่อนไหว เดินบ่อยๆ เดินออกนอกสถานที่ ไม่นอนอยู่แต่บนเตียง ผู้สูงอายุที่พอจะเดินได้ ญาติควรพยายามกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้ลุกเดินไปไหนมาไหน

7. ในกรณีที่มีปัญหาเรื่องการมองเห็น และการได้ยิน ให้ผู้ป่วยสวมแว่นสายตา และเครื่องช่วยฟังเพราะจะทำให้มองเห็นและได้ยินดีขึ้น ทำให้สามารถรับรู้เหตุการณ์รอบตัวได้มากขึ้น

8. ถ้าผู้สูงอายุนั้นไม่ค่อยได้ไปไหนมาไหน อยู่แต่ในบ้าน พยายามให้ผู้สูงอายุได้สัมผัสแสงแดดบ้างในช่วงเช้า และเย็น ถ้านอนอยู่แต่บนเตียง ไม่สามารถลุกเดินได้ ให้เปิดผ้า màn หน้าต่าง หรือเปิดไฟให้สว่างในเวลากลางวัน พยายามหรี หรือปิดไฟในช่วงกลางคืน และงดการพยาบาลที่ไม่จำเป็น

9. ถ้ามานอนโรงพยาบาล ในกรณีที่มีความเสี่ยงสูงที่จะเกิดอาการสับสนเฉียบพลัน ควรให้ญาติหรือผู้ที่ดูแลผู้สูงอายุเป็นประจําอนุญาตให้เฝ้าผู้ป่วยได้ และนำอุปกรณ์เครื่องใช้ประจำตัว เช่น หมอน ผ้าห่ม ที่ผู้ป่วยใช้เป็นประจำ มาให้ที่โรงพยาบาลเพราะผู้ป่วยจะคุ้นเคย เพื่อช่วยฟื้นความจำผู้ป่วย

10. หานาฬิกาและปฏิทินวางไว้ในตำแหน่งที่ผู้ป่วยสูงอายุสามารถมองเห็นได้ชัดเจนเพื่อช่วยกระตุ้นเตือนไม่ให้สับสนวันและเวลา หรืออาจเปิดวิทยุ โทรทัศน์เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการกระตุ้นมากขึ้น

11. ควรทบทวนวัน เวลาและสถานที่ให้ผู้ป่วยสูงอายุรับทราบเป็นครั้งคราว

12. หลีกเลี่ยงการใช้จ่ายเอง ควรปรึกษาแพทย์ทุกครั้งก่อนใช้จ่ายใดๆ ถ้ามีอาการเจ็บไข้ไม่สบายควรไปรักษาตั้งแต่แรก

13. ในกรณีเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล หรือต้องได้รับการผ่าตัด ควรได้รับการประเมินจากแพทย์ ถึงความเสี่ยงต่อการเกิดอาการสับสนเฉียบพลัน สาเหตุ ปัจจัยตั้งแต่แรก รับ ซักประวัติ ผลห้องปฏิบัติการ เพื่อการป้องกันการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน ได้รักษาเร็ว ไม่เกิดอาการไม่พึงประสงค์

14. กรณีที่เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล แพทย์และพยาบาลควรอธิบายขั้นตอนการปฏิบัติตัว ขั้นตอนการตรวจ การรักษาให้ผู้ป่วยรับรู้ตั้งแต่แรกรับและเป็นระยะ เพื่อช่วยคลายความวิตกกังวล ซึ่งอาจนำมาซึ่งเกิดอาการสับสนได้

15. หลีกเลี่ยงการจัดให้ผู้สูงอายุอยู่ในห้องแยก หรือนอนคนเดียว งดเว้นการผูกยึดผู้ป่วยถ้าไม่จำเป็น ควรให้ญาติหรือเจ้าหน้าที่เฝ้าแทน หากจำเป็นต้องผูกยึดในกรณีที่ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดอันตรายจากภาวะสับสนเฉียบพลันควรให้มีการผูกยึดที่น้อยที่สุด และควรคลายเครื่องผูกยึดอย่างน้อยทุก 1-2 ชั่วโมง และต้องมีการตรวจสภาพ ผิวหนังในบริเวณที่โดนผูกยึดเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับรัดแน่นมากเกิดไปพยาบาลควรมีการประเมินระดับความรู้ของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องเพื่อลดระยะเวลาการผูกยึดและปลดเครื่องผูกยึดออกให้เร็วที่สุด

16. หากผู้สูงอายุมีภาวะ hyperactive delirium มีพฤติกรรมที่ก้าวร้าวเป็นอันตรายต่อตนเองหรือผู้อื่นอาจพิจารณาให้ใช้ยากลุ่ม antipsychotic drug เช่น Haloperidol เพื่อระงับอาการภายหลังให้ยาต้องติดตามประเมินอาการอย่างต่อเนื่อง และควรใช้ในขนาดน้อยที่สุดในเวลาสั้น ๆ เท่านั้น

17. ในกรณีที่ผู้ป่วยมีภาวะสับสนเฉียบพลันที่รุนแรงมากขึ้นควรมีระบบการส่งปรึกษาแพทย์ เวช ศาสตร์ผู้สูงอายุ แพทย์ระบบประสาท หรือจิตแพทย์ ถ้าในกรณีที่เกิดอาการสับสนแล้ว ให้รีบหยุดยาที่ไม่แน่ใจ และนำผู้ป่วยไปพบแพทย์ เนื่องจากอาจเกิดจากความผิดปกติบางอย่างที่ซ่อนอยู่ที่ต้องรักษาอย่างรวดเร็ว เพราะจะทำให้เกิดอันตรายต่อตนเอง และผู้อื่นได้

18. สิ่งแวดล้อม ดูแลและจัดการด้านความปลอดภัย เนื่องจากผู้สูงอายุที่มีภาวะสับสนเฉียบพลันทำให้เกิดอุบัติเหตุได้ง่าย ควรยกราวกันเตียงขึ้นทุกครั้งเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้ม ตกเตียง หรืออุบัติเหตุอื่น ๆ การเก็บของมีคม วัตถุ อันตราย การปิดล็อคประตูของผู้ป่วยในเวลากลางคืน มีการเปิดไฟส่องสว่างทางเดินไปห้องน้ำ

19. พยาบาล ควรให้การดูแลผู้ป่วยสูงอายุอย่างใกล้ชิด ควรประเมินปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโดยใช้เครื่องมือที่มีมาตรฐาน และสามารถใช้ได้ง่ายในทางปฏิบัติ ใช้ไม่ถึง 5 นาที ในการประเมิน และจะช่วยป้องกันไม่ให้เกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน และยังช่วยให้ผู้สูงอายุ ยังได้รับการดูแลที่รวดเร็ว เหมาะสม เพิ่มคุณภาพชีวิตที่ดี ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน

20. ผู้สูงอายุที่ออกจากโรงพยาบาล และยังมีอาการสับสนเฉียบพลันหลงเหลืออยู่ ยังต้องการ การดูแลและติดตามอาการอย่างใกล้ชิด เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน เช่น การเกิดอุบัติเหตุ หรือ การเกิดแผลกดทับ ซึ่งจะส่งผลให้ผู้สูงอายุมีอาการ หรือการเจ็บป่วยที่แย่ลง สิ่งสำคัญญาติและเจ้าหน้าที่ในสถานดูแล หรือพยาบาลที่ออกเยี่ยมบ้าน ถือเป็นบุคคลที่มีความสำคัญ ในการวินิจฉัยเริ่มต้นต่อการเปลี่ยนแปลง ก่อนที่อาการจะรุนแรงและเป็นมากขึ้น ดังนั้น การประเมินอาการได้เร็วจะช่วยให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลรักษาได้เร็ว และช่วยเพิ่มผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วย

### 4.3 การพยาบาลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะความดันโลหิตสูง มีดังนี้

1. แนะนำผู้ป่วยให้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริโภค ได้แก่

1.1 แนะนำให้ผู้ป่วยลด หรืองดรับประทานอาหารที่มีรสเค็ม เช่น น้ำปลา ซีอิ๊ว ไข่เค็ม ของหมักดอง อาหารสำเร็จรูปแช่แข็ง ซึ่งมักจะมีส่วนผสมของโซเดียม

1.2 หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารทอด หากเลี่ยงไม่ได้ควรใช้น้ำมันพืชในการประกอบอาหาร เช่น น้ำมันถั่วเหลือง น้ำมันดอกคำฝอย น้ำมันข้าวโพด น้ำมันรำข้าว เป็นต้น แต่ไม่ควรใช้น้ำมันมะพร้าว และน้ำมันปาล์มเพราะให้พลังงานสูง ไม่ควรใช้น้ำมันจากสัตว์ เพราะเป็นไขมันชนิดอิ่มตัวซึ่งจะทำให้หลอดเลือดอุดตัน

1.3 หลีกเลี่ยงอาหารที่ทำจากกะทิหอยนางรม ไข่แดง อาหารที่มีมันมาก เช่น ข้าวขาหมู หรือหนังไก่ เป็นต้น

2. แนะนำให้ผู้ป่วยออกกำลังกายสม่ำเสมอ ตามสภาพร่างกาย และสภาพแวดล้อม เช่น การเดินเร็ว วิ่งเหยาะ หรือ แม้แต่การทำงานบ้าน เป็นต้น ทั้งนี้ต้องระวังไม่ออกกำลังกายอย่างหักโหม หรือมากเกินไป

3. ดูแลจิตใจให้แจ่มใส หาวิธีผ่อนคลายความเครียด เช่น นั่งสมาธิ สวดมนต์ การเดินในบ้านหรือสวนสาธารณะ เพื่อพักผ่อนให้เพียงพอ โดยเฉพาะการนอนหลับให้สนิท ถ้ามีปัญหาหรือมีความเครียดสูงอาจต้องปรึกษานักจิตวิทยา หรือจิตแพทย์

4. แนะนำให้รับประทานยาอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ เพราะโรคนี้รักษาไม่หายขาด การรักษาอย่างสม่ำเสมอ ช่วยควบคุมภาวะโรคไม่ให้เป็นมากขึ้น หรือมีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้นน้อย หรือช้าที่สุด ให้คำแนะนำผู้ป่วย เกี่ยวกับผลข้างเคียงของยาโดยสังเขป ถ้ามีอาการผิดปกติจากผลข้างเคียงของยาให้ผู้ป่วยรีบไปพบแพทย์ ไม่ควรหยุดยาเอง และไม่ควรรื้อยามารับประทานเอง

5. แนะนำผู้ป่วยให้ไปตรวจตามนัดทุกครั้ง

6. อธิบายให้ญาติ หรือครอบครัวผู้ป่วยเข้าใจเกี่ยวกับโรค และการดูแลผู้ป่วยตามความเหมาะสม เพื่อให้ความช่วยเหลือ และให้กำลังใจแก่ผู้ป่วย โรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุมีความเกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงของหลอดเลือดที่ขาดความยืดหยุ่นเมื่ออายุมากขึ้น และการมีปัจจัยร่วมอื่น ๆ ที่ทำให้ความดันโลหิตสูงกว่าปกติ

บุคลากรพยาบาล ควรมีความรู้ความเข้าใจในกลไกการเปลี่ยนแปลง และปัจจัยส่งเสริมเหล่านี้ เพื่อที่จะให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง ทั้งในด้านของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และการรับประทานยา ตลอดจนการเฝ้าระวังอาการข้างเคียงของยา เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากโรค และไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนต่ออวัยวะสำคัญของร่างกาย

## 5. แผนการพยาบาล

ผู้ศึกษาเคสกรณีศึกษา ขอนำเสนอแผนการพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุ ซึ่งเป็นแผนการพยาบาลที่เกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมที่มีภาวะสับสนเฉียบพลัน และมีโรคความดันโลหิตสูง รายละเอียด ดังต่อไปนี้ (ตารางที่ 3)

**ตารางที่ 3** แผนการพยาบาลผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมที่มีภาวะสับสนเฉียบพลัน และมีโรคความดันโลหิตสูง

Nursing diagnosis/ Problems	Goals/ Expected Outcomes	Care issues/Nursing Intervention	Evaluation
- ผู้ป่วยปวด สะโพกซ้าย	- ผู้ป่วย อาการปวด ลดลง	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ประเมินความรุนแรงของการปวดโดยใช้ Numerical Rating Scale: NRS)</li> <li>2. จัด Position ให้เหมาะสม กางขาเล็กน้อย ข้อเท้าไม่บิดออกได้นอก หรือด้านใน โดยใช้ขาข้างซ้ายวางบนหมอน 1 ใบ หรือใช้หมอน/ม้วนผ้า ประคองขาข้างที่ปวด</li> <li>3. ไซคีรยะสูง 30-45 องศา เพื่อลดหย่อนการดึงของกล้ามเนื้อสะโพกซ้าย</li> <li>4. ช่วยกิจกรรมที่ผู้ป่วยไม่สามารถทำเองได้ ตะแคงตัวโดยใช้หมอนรองขาข้างที่ปวด</li> <li>5. ดูแลสิ่งของ สามารถหยิบใช้ได้สะดวก</li> <li>6. แนะนำการผ่อนคลาย โดยการหายใจเข้า ออก ลึก ๆ ยาว ๆ หรือสวดมนต์</li> <li>7. ให้อาบน้ำปวด ตามแผนการรักษา</li> <li>8. ติดตามประเมินอาการปวดซ้ำ หลังได้รับยาบรรเทาปวดชนิดฉีด 60 นาที ยารับประทาน 30 นาที</li> <li>9. ให้การพยาบาลอย่างนุ่มนวล</li> <li>10. วัดสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง เพื่อดูอาการเปลี่ยนแปลง</li> </ol>	<p>- หลังจัดท่านอนที่สบาย ผู้ป่วยมีอาการปวดลดลงจากเดิม</p> <p>- สัญญาณชีพปกติ</p> <p>ไม่มีอาการข้างเคียงจากการใช้ยาบรรเทาปวด</p>

ตารางที่ 3 แผนการพยาบาลผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมที่มีภาวะสับสนเฉียบพลัน และมีโรคความดันโลหิตสูง (ต่อ)

Nursing diagnosis/ Problems	Goals/ Expected Outcomes	Care issues/Nursing Intervention	Evaluation
- ผู้ป่วยพร่องใน การกิจวัตร ประจำวันด้วย ตนเองบางส่วน	- ผู้ป่วย ได้รับ กิจกรรม ครบถ้วน	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ช่วยทำกิจกรรมที่ผู้ป่วยทำไม่ได้</li> <li>2. กระตุ้นผู้ป่วยแปร่งฟัน หวีผมหรือทำในสิ่งที่สามารถทำได้</li> <li>3. ดูแลทำความสะอาดร่างกายบางส่วน สระผม ตัดเล็บ สวมใส่เสื้อผ้า</li> <li>4. ดูแลทำความสะอาดหลังขับถ่ายอุจจาระและปัสสาวะทุกครั้ง</li> <li>5. ดูแลเปลี่ยนแพมเพิสทุก 2 ชั่วโมง</li> <li>6. ดูแลตะแคงตัวทุก 2 ชั่วโมง</li> <li>7. ดูแลอาหาร และยาตามเวลา</li> <li>8. ดูแลให้ผู้ผู้ป่วยบริหารกล้ามเนื้อขาเอง หรือกระตุ้นญาติทำ Passive exercise ให้ผู้ป่วย</li> </ol>	- ผู้ป่วยบ้วนปาก แปร่งฟันเองได้ -พยาบาลช่วยเช็ด ตัวและทำความสะอาด ส้วมหลัง ขับถ่าย ปัสสาวะ
- ผู้ป่วยมีความ วิตกกังวลเกี่ยวกับ การปฏิบัติตัวก่อน และหลังผ่าตัด (อรพรรณ โตสิงห์, 2559) (จินพิชญ์ชา มะมม, 2562)	- ผู้ป่วย คลายความ กังวล	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ให้ความรู้เกี่ยวกับการผ่าตัด/การปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด/ข้อห้าม/ข้อควรระวังหลังผ่าตัด/การป้องกันการหักซ้ำ/ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด การบริหารกล้ามเนื้อและข้อ เป็นต้น</li> <li>2. ติดตามผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ</li> <li>3. ปรีกษาอายุรแพทย์ และวิสัญญีแพทย์ ก่อนผ่าตัด</li> <li>4. ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการให้ยาระงับความรู้สึกโดยการฉีดยาทางช่องไขสันหลัง และอาการแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นระหว่างผ่าตัด หลังผ่าตัด</li> </ol>	- ผู้ป่วยเข้าใจและ ปฏิบัติตัวหลัง ผ่าตัดได้ - การเตรียมตัว ก่อนผ่าตัดทั้ง ร่างกาย จิตใจ

ตารางที่ 3 แผนการพยาบาลผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมที่มีภาวะสับสนเฉียบพลัน และมีโรคความดันโลหิตสูง (ต่อ)

Nursing diagnosis/ Problems	Goals/ Expected Outcomes	Care issues/Nursing Intervention	Evaluation
		<p>5. แนะนำการเตรียมร่างกาย/จิตใจ เช่น ทำความสะอาดร่างกายก่อนผ่าตัด และจิตใจเข้าใจ การผ่าตัดเพื่อลดความกังวล การพักผ่อนให้เพียงพอ</p> <p>6. สอนและฝึกการทำ Deep breathing exercise, effective coughing ฝึกดูด Triflow เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดและการบริหารกล้ามเนื้อ ข้อต่าง ๆ และทำ Ankle pumping ทันทีหลังผ่าตัด เมื่อหายใจออก</p> <p>7. แนะนำอุปกรณ์ที่ติดตัวภายหลังผ่าตัด/จะเอาออกเมื่อความเหมาะสมของแพทย์/แนะนำตัวให้พร้อมก่อนผู้ป่วยกลับบ้าน</p> <p>เช่น เตรียมผู้ดูแล/สิ่งแวดล้อมเหมาะสม/สถานที่เป็นระเบียบ/ห้องน้ำไม่ลื่น มีราวจับที่มั่นคง/ห้องส้วมต้องชักโครกหรือเก้าอี้ครอบ กรณีเป็นห้องส้วมแบบนั่งยอง ๆ</p>	<p>- ผู้ป่วยสามารถบอก และสาธิตการปฏิบัติได้ถูกต้อง</p> <p>-เตรียมบ้าน/และสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมเมื่อแพทย์จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล</p>
<p>- ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดแผลกดทับ (รินณาราสายเมฆ, 2559) (อรนุช มกราทิรมย์ และอันธิกา คระรวานิช, 2563)</p>	<p>-ป้องกันการเกิดแผลกดทับ</p>	<p>1. ประเมินความเสี่ยงการเกิดแผลกดทับ ของ Braden Scale for Predicting pressure Sore Risk)</p> <p>2. จัดให้ผู้ปวยนอนที่นอนลม</p> <p>3. กระตุ้นยกกันทุก 2 ชั่วโมง</p> <p>4. ดูแลพลิกตะแคงตัวทุก 2 ชั่วโมง</p> <p>5. ดูแลผิวหนังหลังซับก่ายให้สะอาด ไม่ให้เปียกชื้น</p>	<p>-ผู้ป่วยผิวหนังแห้ง ไม่เปียกและอับชื้น</p> <p>-ไม่เกิดแผลกดทับ</p>

ตารางที่ 3 แผนการพยาบาลผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมที่มีภาวะสับสนเฉียบพลัน และมีโรคความดันโลหิตสูง (ต่อ)

Nursing diagnosis/ Problems	Goals/ Expected Outcomes	Care issues/Nursing Intervention	Evaluation
		6. ดูแลผิวหนังชุ่มชื้น ทาครีมหรือโลชั่น ซึ่ผึ้งเช้าและเย็น อย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง 7. ดูแลเติมน้ำมากๆ เพิ่มความชุ่มชื้นผิวหนัง 8. แนะนำใช้สบู่เด็ก ป้องกันการระคายเคือง 9. แนะนำไม่ใช้น้ำอุ่นทำความสะอาดร่างกาย เนื่องจากทำให้ผิวแห้ง 10. ตรวจสอบผิวหนัง ปุ่มกระดูกหรือใช้ฝารองจุดกดทับต่าง ๆ	
-ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดอุบัติเหตุพลัดตกหกล้ม	-ป้องกันการเกิดพลัดตกหกล้ม	1. ประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม 2. ประเมินการปวดเรื้อรัง 3. ประเมินการมองเห็น 4. ประเมินการใช้ยาที่เสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม 5. ประเมินการเดิน การเคลื่อนไหว และการทรงตัว 6. จัดวางสิ่งของให้ผู้ป่วยหยิบใช้สะดวก ง่ายต่อการใช้ 7. ยกไม้กั้นเตียงขึ้นตลอดเวลา 8. ขณะใช้รถเข็นหรือเก้าอี้ ควรมีสายรัดหรือเข็มขัดรัด เพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้ม 9. ดูแลพื้นไม่ลื่น เบาะรองนั่งทำด้วยยางรองเท้ามีพื้นยาง และเลือกเก้าอี้ที่มีที่พนักแขน 10. ดูแลให้ผู้ป่วยลุกช้าๆ 11. แนะนำให้มิผู้ดูแลใกล้ชิด ขณะผู้ป่วยเดิน	-ผู้ป่วยไม่เกิดพลัดตกหกล้ม



ตารางที่ 3 แผนการพยาบาลผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมที่มีภาวะสับสนเฉียบพลัน และมีโรคความดันโลหิตสูง (ต่อ)

Nursing diagnosis/ Problems	Goals/ Expected Outcomes	Care issues/Nursing Intervention	Evaluation
-ผู้ป่วยมีโอกา สเกิดภาวะ DVT เนื่องจาก เคลื่อนไหว ร่างกายน้อย (จิมพิชญ์ชา มะम्म, 2562)	-ป้องกันการเกิด ภาวะ DVT	1. แนะนำและกระตุ้นผู้ป่วยทำ Ankle pumping, Quadricep exercise บ่อยๆ เพื่อเลือดไหลเวียนดี 2. กระตุ้นให้เคลื่อนไหวร่างกาย เปลี่ยน อิริยาบถบ่อยๆและ ขาทั้งสองข้างบ่อยๆ 3. สังเกตอาการบวมตึงน่องขา อาการปวด น่องไม่ลดลง และNotify แพทย์เพื่อ ประเมินการรักษาต่อไป	-ไม่เกิด DVT -ขาไม่บวม ไม่ปวด น่อง -กระดูกข้อเท้าได้ เล็กน้อยเนื่องจาก ปวดขาซ้ายที่หัก
- ผู้ป่วยเสี่ยงต่อ การเกิดภาวะ Pneumonia เนื่องจาก เคลื่อนไหว ร่างกายได้น้อย	- ป้องกันการเกิด ภาวะ Pneumonia	1. ตะแคงตัวทุก 2 ชั่วโมง 2. กระตุ้นให้เคลื่อนไหวร่างกาย เปลี่ยน อิริยาบถบ่อย ๆ หรือช่วยลูกนั่งบนเตียง เท่าที่ทำได้ 3. กระตุ้นบริหารปอดโดยใช้ Incentive Spirometer (Triflow) 5-10 ครั้งต่อชั่วโมง 4. วัดสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมงและ O2 sat	- เคลื่อนไหว ร่างกายได้บ้าง เล็กน้อย - ช่วยตะแคงตัวทุก 2 ชั่วโมง - ไม่เกิดภาวะ Pneumonia
-ผู้ป่วยมีโอกา สเกิดการติดเชื้อใน ระบบทางเดิน ปัสสาวะ	-ป้องกันการติด เชื้อในระบบ ทางเดินปัสสาวะ	1. ดูแลเปลี่ยนแอมเพสิสทุก 2 ชั่วโมง 2. ดูแลหลังขับถ่ายปัสสาวะทุกครั้ง 3. กระตุ้นให้ดื่มน้ำ 1,500-2,000 cc/hr 4. กระตุ้นเคลื่อนไหวร่างกาย เพื่อลดการคั่ง ค้างปัสสาวะ 5. ติดตามผลตรวจปัสสาวะ 6. สัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง	-ไม่เกิดการติดเชื้อ ในระบบทางเดิน ปัสสาวะ -ผลปัสสาวะปกติ -สัญญาณชีพปกติ

ตารางที่ 3 แผนการพยาบาลผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมที่มีภาวะสับสนเฉียบพลัน และมีโรคความดันโลหิตสูง (ต่อ)

Nursing diagnosis/ Problems	Goals/ Expected Outcomes	Care issues/Nursing Intervention	Evaluation
<p>- ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดภาวะ Hypovolemic shock จากการสูญเสียเลือดหลังผ่าตัด (คุภัสปกรณ์ มัคคัปปผลานนท์ และคณะ, 2559)</p>	<p>-ป้องกันการเกิดภาวะ Hypovolemic shock จากการสูญเสียเลือดหลังผ่าตัด</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. จัดท่านอนให้นอนศีรษะต่ำ เพื่อให้เลือดไหลเวียนกลับสู่หัวใจได้สะดวก</li> <li>2. ดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง และให้ออกซิเจนตามแผนการรักษา</li> <li>3. ดูแลให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ</li> <li>4. ดูแลขจัดระบายเลือดให้เป็นระบบปิด และสุญญากาศตลอดเวลา และการแขวนขวดระบายเลือดให้ต่ำกว่าแปล</li> <li>5. ติดตามความสมดุลของสายน้ำที่เข้าออกจากร่างกาย โดยเฉพาะปริมาณปัสสาวะที่ออกทุกชั่วโมง</li> <li>6. ถ้ากรณีมีเลือดไหลไม่หยุด ให้ Pressure dressing /clam สายระบายเลือดและรายงานแพทย์ทันที</li> <li>7. ติดตามตรวจ Hematocrit ตามแผนการรักษา</li> </ol>	<p>- ผู้ป่วยไม่มีภาวะเลือดไหลอย่างต่อเนื่อง (Active bleeding)</p> <p>- content vacuum drain &lt; 200 cc /hr</p> <p>- สัญญาณชีพในเกณฑ์ปกติ</p> <p>BT&lt;37องศา</p> <p>เซลเซียส</p> <p>PR 60-100 ครั้งต่อนาที</p> <p>SBP=90-140 มิลลิเมตรปรอท</p> <p>DBP=60-90 มิลลิเมตรปรอท</p> <p>-O2 sat ≥95%</p> <p>-Hematocrit ≥30%</p> <p>-urine ≥30cc/hr</p>

ตารางที่ 3 แผนการพยาบาลผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมที่มีภาวะสับสนเฉียบพลัน และมีโรคความดันโลหิตสูง (ต่อ)

Nursing diagnosis/ Problems	Goals/ Expected Outcomes	Care issues/Nursing Intervention	Evaluation
<p>- ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดข้อสะโพกเทียมเคลื่อนหลุด (อรพรรณ โตสิงห์, 2559) และ (กนกพร จิวประสาท, 2562)</p>	<p>-ผู้ป่วยไม่เกิดข้อสะโพกเทียมเคลื่อนหลุด</p>	<p>1. แนะนำการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม</p> <p>กรณีเปิดแผลเข้าทางด้านหลังสะโพก (posterior lateral approach)</p> <p>Day 0</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. นอนกางขาข้างผ่าตัดออก 15-30 องศา ขาไม่ Abduction หลีกเลียงขา Internal rotation ระวังระวังมุมการเคลื่อนไหวให้เหมาะสมกับชนิดการผ่าตัด</li> <li>2. การพลิกตะแคงตัว ใช้หมอนคั่นระหว่างขาเสมอข้างที่ผ่าตัดอยู่ในท่ากางออก</li> <li>3. หลีกเลียงท่าอสะโพกเทียมมากกว่า 90 องศา หรือหุบขาต้องมีหมอนคั่นระหว่างขาตลอดเวลา</li> <li>4. ไซคีระยะสูง 30-45 องศา วันละหลายๆครั้ง</li> <li>5. ดูแลเวลาขับถ่าย ควรใช้หมอนนอนแบน (orthopedic bed pan)</li> <li>6. ในระยะ 24-48 ชั่วโมงแรกให้เริ่มออกกำลังกาย Ankle pumping Quadricep exercise ทุก 2-3 ชั่วโมง เพื่อเพิ่มกำลังกล้ามเนื้อ</li> </ol> <p>Day 2-3</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ภายใน 48 ชั่วโมงกระตุ้นลูกนั่งบนเตียงขณะนั่ง ห้ามโน้มตัวไปข้างหน้าและงอข้อสะโพกเข้าหาลำตัวเกิน 90 องศา</li> <li>2. ไม่ให้นั่งไขว่ห้างหรือ ไขว้ขา</li> </ol>	<p>-ผู้ป่วยปฏิบัติตัวตามคำแนะนำได้ถูกต้อง</p> <p>-สามารถเคลื่อนย้ายลงเก้าอี้ เดินโดยใช้อุปกรณ์การเดินได้</p> <p>-ไม่มีข้อสะโพกเทียมเคลื่อนหลุด</p>

ตารางที่ 3 แผนการพยาบาลผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมที่มีภาวะสับสนเฉียบพลัน และมีโรคความดันโลหิตสูง (ต่อ)

Nursing diagnosis/ Problems	Goals/ Expected Outcomes	Care issues/Nursing Intervention	Evaluation
		<p>3. แนะนำการบริหารกล้ามเนื้อและข้อ ต่อเนื่อง Day 4</p> <p>1. ปฏิบัติเช่นเดียวกับหลังผ่าตัดวันที่ 2-3 ผู้ป่วยสามารถนั่งห้อย</p> <p>2. ขาช้างเตียง เคลื่อนย้ายมาเก้าอี้ข้างเตียง ยืนข้างเตียง และเดินได้ การลงน้ำหนักตามแผนการรักษา</p> <p>3. แนะนำการบริหารกล้ามเนื้อและข้อ ต่อเนื่อง</p> <p>4. เวลาตะแคงตัวใช้หมอนคั่นหว่างขาเสมอ</p> <p>5. สังเกตอาการปวด บวม สะโพก แสดงว่ามีการเคลื่อนหลุดของข้อสะโพก ควรรายงานแพทย์ทันที</p>	
<p>- ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดภาวะซึม สับสนเฉียบพลัน หลังผ่าตัด (สุวรรณ สกประเสริฐ และคณะ, 2015)</p>	<p>-ไม่เกิดภาวะซึม สับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัด</p>	<p>1. ประเมินปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน เช่นการนอนไม่หลับ ภาวะไม่สมดุลของเกลือแร่ มีไข้ ภาวะติดเชื้อในร่างกาย อาการปวด ภาวะ Dehydration อัตราการหายใจ การจำกัดการเคลื่อนไหว ท้องผูก เป็นต้น</p> <p>2. ดูแลแสงสว่างให้เพียงพอ</p> <p>3. ให้การพยาบาลหรือทำหัตถการเท่าที่จำเป็น</p> <p>4. แจ้งวัน เวลา สถานที่และบุคคล มีนาฬิกาแขวนให้ผู้ป่วยมองเห็น รู้เวลา สวมแว่นตาสันยวตามสภาวะร่างกายผู้ป่วย หูฟัง ฟันปลอม</p>	<p>-ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะซึม สับสนเฉียบพลัน</p> <p>-นอนพักได้</p> <p>-ผลเลือดทางห้องปฏิบัติการปกติ</p>

ตารางที่ 3 แผนการพยาบาลผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมที่มีภาวะสับสนเฉียบพลัน และมีโรคความดันโลหิตสูง (ต่อ)

Nursing diagnosis/ Problems	Goals/ Expected Outcomes	Care issues/Nursing Intervention	Evaluation
<p>- ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าหลังผ่าตัด (สุวรรณ สกประเสริฐ และคณะ, 2015)</p>	<p>-ไม่เกิดภาวะซึมเศร้าหลังผ่าตัด</p>	<p>แนะนำญาติคุ้นเคยมาเยี่ยมบ่อยๆ สิ่งของของใช้ผู้ป่วย เช่นหมอน ผ้าห่ม</p> <p>5. ติดตามผลเลือดทางห้องปฏิบัติการ หากผิดปกติรายงานแพทย์</p> <p>6. เฝ้าระวังภาวะพร่องออกซิเจนกระตุ้นให้ผู้ป่วยเคลื่อนไหวร่างกายหลังผ่าตัดโดยเร็ว</p> <p>7. จัดการอาการปวดอย่างมีประสิทธิภาพ</p> <p>8. ประเมินการขับถ่าย</p> <p>9. ดูแลพักผ่อนให้เพียงพอ จัดสิ่งของที่คุ้นเคย เช่น แว่นตา หูฟัง ฟันปลอม</p> <p>10. เฝ้าระวังภาวะติดเชื้อ สัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง</p>	
<p>-ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดสะโพกหักซ้ำเนื่องจากมีการทรงตัวไม่ดี และมีภาวะกระดูกพรุน (กนกพร จิวประสาท, 2562)</p>	<p>-ป้องกันการหักซ้ำ</p>	<p>1. ประเมินการพลัดตกหกล้ม</p> <p>2. ประเมิน ADL, BMI อายุ โรคประจำตัว ยา ประวัติดื่มแอลกอฮอล์ น้ำอัดลม เคยพลัดตกหกล้ม</p> <p>3. บริหารกล้ามเนื้ออย่างต่อเนื่อง</p> <p>4. ดูแลสิ่งแวดล้อมให้เป็นระเบียบ ไม่มีสิ่งกีดขวางทางเดิน เพื่อความปลอดภัย</p> <p>5. พื้นไม่เกะกะ ไม่เปียกแฉะ รองเท้าไม่ลื่น แสงสว่างเพียงพอทั้งทางเดิน ห้องน้ำ</p> <p>6. ควรมีผู้ดูแลอย่างใกล้ชิดขณะเดินด้วย Walker</p>	<p>-ผู้ป่วยไม่เกิดพลัดตกหกล้มขณะเดิน</p> <p>-ไม่เกิดการหักซ้ำ</p>

ตารางที่ 3 แผนการพยาบาลผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมที่มีภาวะสับสนเฉียบพลัน และมีโรคความดันโลหิตสูง (ต่อ)

Nursing diagnosis/ Problems	Goals/ Expected Outcomes	Care issues/Nursing Intervention	Evaluation
		<p>7. สร้างเสริมพลังผู้ป่วยมั่นใจในการเดิน</p> <p>8. ประเมินผู้ป่วยก่อนเดินทุกครั้ง ถ้ามีอาการเวียนศีรษะ หน้ามืดควรพักให้อาการคงที่ก่อน ป้องกันการหกล้มซ้ำ</p> <p>9. สวมใส่เสื้อผ้าพอดี ไม่หลวม หรือคับเกินไป ควรมีเข็มขัดรัดเอวขณะผู้ป่วยเดิน</p> <p>10. ประเมินความเสี่ยงต่อโรคกระดูกพรุน</p> <p>11. ให้ความรู้โรคกระดูกพรุน ภาวะแทรกซ้อนจากโรคกระดูกพรุน</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การป้องกันภาวะกระดูกพรุน</li> <li>- การป้องกันการหักซ้ำ และหักในข้ออื่น</li> </ul> <p>เพิ่ม</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การรักษา/ยากระดูกพรุน</li> <li>- แนะนำการวัดมวลกระดูก</li> <li>- บริหารกล้ามเนื้อต่อเนื่อง เพื่อกล้ามเนื้อแข็งแรง ป้องกันการหกล้ม เพราะกระดูกบาง ทำให้กระดูกหักได้ง่าย</li> <li>- แนะนำความรู้ ความมั่นใจญาติ/ผู้ป่วย ในการดูแลตนเอง</li> </ul> <p>12. ให้ผู้ป่วยดู clip VDO เกี่ยวกับโรคกระดูกพรุน</p>	

ตารางที่ 3 แผนการพยาบาลผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมที่มีภาวะสับสนเฉียบพลัน และมีโรคความดันโลหิตสูง (ต่อ)

Nursing diagnosis/ Problems	Goals/ Expected Outcomes	Care issues/Nursing Intervention	Evaluation
- ผู้ป่วยมีโรคความดันโลหิตสูง	- ผู้ป่วยได้รับการประเมิน/รักษา รักษา ต่อเนื่อง	1. สัญญาณชีพทุก 4 ชม 2. ดูแลได้รับยาความดันโลหิตสูง อย่างต่อเนื่อง/ตามเวลา 3. ดูแลอาหารเฉพาะโรค เช่น อาหารจืด งดเค็ม อาหารทอด อาหารประเภทมัน เป็นต้น 4. ดูแลให้พักผ่อนเพียงพอ สิ่งแวดล้อมเงียบสงบ แสงสว่างให้พอเพียง หลีกเลี่ยงการพยาบาลที่ไม่จำเป็น	- ผู้ป่วยได้รับการประเมินสัญญาณชีพทุก 4 ชม - ได้รับยาเดิม ต่อเนื่องขณะนอนโรงพยาบาล - ได้รับอาหารเฉพาะโรค
- ส่งเสริมการมี ความรู้ และ ทักษะในการ ปฏิบัติตัว และ การฟื้นฟู ร่างกายเมื่อกลับบ้าน (ศุภฤทธิ เฮง คราววิทย์, 2559)	- ผู้ป่วยมี ความรู้และ ทักษะในการ ปฏิบัติตัว และ เข้าใจการ ฟื้นฟูร่างกาย เมื่อกลับบ้าน	1. แนะนำการปฏิบัติตัวตาม D- METHOD D = Diagnosis แนะนำความรู้เกี่ยวกับเรื่องโรคที่เป็นอยู่ถึงสาเหตุ อาการ และการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง เพื่อป้องกันการหักซ้ำจากโรคกระดูกพรุน M = Medication แนะนำผู้ ป่วยให้ได้รับ ความรู้เกี่ยวกับยาที่ตนเองได้รับอย่างละเอียดถึงสรรพคุณ ขนาด วิธีใช้ ข้อควรระวังในการใช้ยา ตลอดจนการสังเกตภาวะแทรกซ้อนจากยา E = Environment and Economic ให้ ผู้ป่วยได้รับความรู้เกี่ยวกับการจัดการ สิ่งแวดล้อมที่บ้านให้เหมาะสม ปลอดภัย สถานที่นอนพัก ลักษณะเตียงให้เหมาะสม แสงสว่าง พื้นบ้าน	- ผู้ดูแลสามารถดูแล ผู้ป่วยได้เมื่อกลับบ้าน - ผู้ป่วยได้มาตามนัดครบทุกหน่วยบริการ

ตารางที่ 3 แผนการพยาบาลผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมที่มีภาวะสับสนเฉียบพลัน และมีโรคความดันโลหิตสูง (ต่อ)

Nursing diagnosis/ Problems	Goals/ Expected Outcomes	Care issues/Nursing Intervention	Evaluation
		<p>T = Treatment การให้ทักษะที่เป็นตามแผนการรักษา เนื่องจากผู้ป่วยมีโอกาสเกิดแผลติดเชื้อ การบริหารกล้ามเนื้อต่อเนื่อง การเดินเฝ้ารองเท้าหุ้มข้อ ข้อสะโพกเคลื่อนหลุด</p> <p>H = Health การส่งเสริม และฟื้นฟูสภาพทางด้านร่างกาย และจิตใจ ตลอดจนการป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ การดูแลให้สุขภาพแข็งแรง บริหารข้อ กล้ามเนื้อ ข้อห้ามข้อระวังหลังผ่าตัดสะโพก การพักผ่อน</p> <p>O = Outpatient referral การให้ผู้ป่วยเข้าใจ และทราบถึงความสำคัญของการมาตรวจตามนัดทั้งวัน เวลา สถานที่</p> <p>D = Diet แนะนำให้ผู้ป่วยเข้าใจ และเลือกรับประทานอาหารได้อย่างถูกต้อง เหมาะสมกับโรค โดย รับประทานอาหารครบ 5 หมู่ แนะนำผู้ป่วยให้เห็นความสำคัญของภาวะโภชนาการ ที่มีผลต่อความแข็งแรงของกระดูก และแผลหลังผ่าตัด</p>	
-การส่งต่อและเยี่ยมบ้าน	-ผู้ป่วยได้รับการดูแลต่อเนื่องเมื่อกลับบ้าน	<ol style="list-style-type: none"> <li>มีการวางแผนการเยี่ยมบ้าน และได้รับคำแนะนำจากทีมที่ถูกต้อง สามารถเข้าใจทักษะในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น</li> <li>ผู้ป่วยและญาติซักถามข้อสงสัยจากทีมสุขภาพในเรื่องที่ไม่เข้าใจ และกำลังใจในการ</li> </ol>	-ได้รับการส่งต่อและเยี่ยมบ้าน



ตารางที่ 3 แผนการพยาบาลผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมที่มีภาวะสับสนเฉียบพลัน และมีโรคความดันโลหิตสูง (ต่อ)

Nursing diagnosis/ Problems	Goals/ Expected Outcomes	Care issues/Nursing Intervention	Evaluation
		<p>ดูแลผู้ป่วยต่อมากขึ้น ผู้ป่วยสามารถทำกิจวัตรประจำวันเอง และญาติมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น</p> <p>3. แนะนำและชี้แนะผู้ดูแล ในกรณีผู้ป่วยที่มีภาวะสับสนเฉียบพลันที่เหลือนอยู่ ควรได้รับการรักษาจนหายขาด จึงเป็นเหตุผลที่ต้องรักษาและติดตาม บุคลากรทางการแพทย์ควรเข้าถึงผู้ป่วย ถ้าปล่อยทิ้งไว้ผู้ป่วยอาจมีภาวะ Dementia ได้ หรืออาจทำให้ผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงขึ้น จากการสับสนเฉียบพลันได้ และทำให้กลับมาโรงพยาบาลซ้ำ ทำให้ญาติมีความยุ่งยากในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น</p>	<p>- ผู้ป่วยได้รับความรู้จากทีมเยี่ยมบ้านหรือคำแนะนำที่ไม่สามารถปฏิบัติได้ดีหรือถูกต้องจากทีมเยี่ยมบ้าน</p>

กรมการแพทย์

โรงพยาบาลเลิดสิน

ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน

## บทที่ 4 กรณีศึกษา

### 4.1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย

ผู้ป่วยหญิง อายุ 88 ปี HN 0153052805 AN 66012172 เชื้อชาติ ไทย สัญชาติ ไทย  
ศาสนา พุทธ สถานภาพ สมรส วุฒิการศึกษา ไม่ได้เรียนหนังสือ  
อาชีพ ไม่ได้ประกอบอาชีพ  
ที่อยู่ปัจจุบัน บ้านเลขที่ 42/2 แขวงช่องนนทรี เขตยานนาวา กรุงเทพฯ 10120  
การวินิจฉัยโรค Closed Fracture Intertrochanteric of Left Femur  
การผ่าตัด Cemented Bipolar Hemiarthroplasty Left Femur  
วันที่ผ่าตัด วันที่ 9 สิงหาคม 2566  
วันที่จำหน่าย วันที่ 19 สิงหาคม 2566  
วันที่รับไว้ในการดูแล วันที่ 6 สิงหาคม 2566  
วันที่สิ้นสุดการดูแล วันที่ 19 สิงหาคม 2566  
รวมเวลาที่รักษาตัวในโรงพยาบาล 13 วัน  
แหล่งที่มาของข้อมูล เวชระเบียน

### 4.2 ประวัติการเจ็บป่วย

อาการสำคัญ ปวดสะโพกซ้าย เดินไม่ได้ 12 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล

#### ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน

12 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล ขณะเดินด้วย Walker ภายในบ้าน ผู้ป่วยเซ ไถล ลื่นล้ม สะโพกซ้าย กระแทกพื้น ปวด บวม ลุกเดินไม่ได้ ญาติจึงนำส่งโรงพยาบาล

#### ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต

1. ประวัติการผ่าตัด 2 ปีก่อน ลื่นล้ม กระดูกสะโพกขวาหัก ได้รับการผ่าตัด Cemented Bipolar Hemiarthroplasty Right femur วันที่ 30 สิงหาคม 2564

2. ประวัติโรคประจำตัว 2 ปีก่อน ขณะรักษาตัวในโรงพยาบาลจากกระดูกสะโพกขวาหัก ตรวจพบความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือด และไตรอยด์มีค่าสูงกว่าปกติ และโรคความดันโลหิตสูง แต่แพทย์ได้ให้การรักษาเฉพาะโรคความดันโลหิตสูง โดยยารับประทาน ส่วนโรคไขมันในเลือด และไตรอยด์ แพทย์มีความเห็นว่า ยังไม่จำเป็นต้องให้การรักษา

#### ประวัติการแพ้ยาแพ้อาหาร

ไม่มีประวัติการแพ้ยาและแพ้อาหาร

## การประเมินแบบแผนและพฤติกรรมสุขภาพของกอร์ดอน (Gordon, 1994)

### แบบแผนที่ 1 การรับรู้และการดูแลสุขภาพ

#### (Health perception and health management)

ผู้ป่วยดูแลรักษาสุขภาพดี จากการที่ผู้ป่วยเคยผ่าตัดข้อสะโพกขวาเมื่อ 2 ปี ผู้ป่วยดูแลตัวเองดี เดินด้วย Walker ได้ ไม่มีการล้มซ้ำในระยะเวลา 2 ปีหลังผ่าตัด มีโรคความดันโลหิตสูง แพทย์ให้ยา รับประทานต่อเนื่อง ส่วนไขมันกับไทรอยด์ไม่ต้องรับประทานยา แพทย์แนะนำให้ตรวจร่างกายทุกปี เพื่อติดตามโรค และให้ควบคุมอาหารหวานมัน ผู้ป่วยเข้าใจในเรื่องการรับประทานอาหารรสจืด งดหวานมัน

ขณะอยู่โรงพยาบาล ผู้ป่วยรู้ว่าสะโพกซ้ายหัก แพทย์วางแผนผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม หลังแนะนำการปฏิบัติก่อนและหลังผ่าตัด ผู้ป่วยรู้ว่าการปฏิบัติตัว เพราะเคยผ่าตัดขาขวามาแล้ว แต่มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัดสะโพก ด้วยอายุมากกลัวจำ และปฏิบัติตัวไม่ได้ เพราะแพทย์แจ้งว่ามีกระดูกบาง ระวังเรื่องของกระดูกหักง่ายอีกครั้ง ถ้าไม่ระมัดระวังในการเดิน

สรุป ผู้ป่วยรับรู้ ว่าลื่นล้ม ทำให้สะโพกซ้ายหัก

ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัดข้อสะโพกข้างซ้าย

### แบบแผนที่ 2 โภชนาการและการเผาผลาญอาหาร

#### (Nutritional and metabolism)

ปกติผู้ป่วยชอบรับประทานอาหารรสเค็ม ไม่ชอบของมัน ทอด ชอบขนมหวาน ผลไม้ชอบกล้วย น้ำว่า แต่รับรู้ว่าเป็นความดันโลหิตสูง พฤติกรรมการรับประทานอาหารเปลี่ยน ลดอาหารรสเค็มลง บางครั้ง ผู้ป่วย ทำกับข้าวเองหรือสามีทำ บางครั้งซื้ออาหารถุงรับประทาน ชอบรับประทานข้าวต้ม รับประทานหมด ทุกครั้ง เพราะชอบตักข้าวพอดีที่ตนเองจะรับประทาน รับประทานครบ 3 มื้อ ดื่มน้ำวันละ 1,000 cc/day

ขณะอยู่โรงพยาบาลผู้ป่วยรับประทานอาหารอ่อนจืด และงดอาหารมัน จัดเป็นอาหารเฉพาะโรค รับประทานข้าวต้มได้ครึ่งถาด บางวันหมดถาด ดื่มน้ำวันละ 800 cc/day

สรุป ผู้ป่วยมีปัญหาเรื่องการดื่มน้ำน้อย

### แบบแผนที่ 3 การขับถ่าย

#### (Elimination)

ปกติผู้ป่วยปัสสาวะวันละ 3-4 ครั้ง/วัน ไม่มีปัสสาวะแสบขัด ขับถ่ายวันละ 1 ครั้ง ไม่มีภาวะท้องผูก เนื่องจากรับประทานกล้วย มะละกอ ตามผลไม้ฤดูกาล มีการควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะได้ปกติ ไม่มี ปัสสาวะแสบขัด ไม่มีกลิ่นฉุน หรือเหม็น สีเหลืองใสอ่อนๆ

ขณะอยู่โรงพยาบาล ปัสสาวะใส่แพมเพิส เปลี่ยนทุก 2 ชั่วโมง วันละ 6 ชิ้น/day ปริมาณ 1,200 cc/day ปัสสาวะเหลืองใส กลิ่นไม่เหม็น ผู้ป่วยไม่ถ่ายอุจจาระ 3 วัน ตั้งแต่อนโรงพยาบาล หลังจากสวน อุจจาระ และได้รับยาขับถ่าย ผู้ป่วยถ่ายอุจจาระ 1 ครั้ง ลักษณะก้อนแข็งปนเหลว สีเหลือง ไม่มีเลือดปน

แพทย์ให้คาสายสวนปัสสาวะไปห้องผ่าตัด จนถึงหลังผ่าตัดวันที่ 1 หลังเอาสายสวนปัสสาวะออก ไม่สามารถปัสสาวะได้เอง สวนปัสสาวะ 1 ครั้ง หลังจากนั้นผู้ป่วยปัสสาวะได้เองโดยใส่แอมเพสิส

สรุป ผู้ป่วยมีปัญหาเรื่องการขับถ่าย หลังจากสวนอุจจาระ และได้รับยาขับถ่าย ถ่ายอุจจาระ 1 ครั้ง หลังสวนปัสสาวะ ปัสสาวะได้ปกติ ใส่แอมเพสิส ปริมาณ 1,200 cc/day

#### แบบแผนที่ 4 กิจกรรมและการออกกำลังกาย

##### (Activity and exercise)

ปกติผู้ป่วยเดินได้โดยใช้ Walker เดินภายในบริเวณบ้าน ช่วยเหลือตัวเองได้ ทำกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง ออกกำลังกายได้เล็กน้อย เช่น ยืนยกแขน 2 ข้างขึ้นลงได้

ขณะอยู่โรงพยาบาล ทำกิจกรรมได้บ้างบนเตียง ปวดสะโพกซ้าย ยกกันได้น้อย ตะแคงตัวเองไม่ได้ ต้องมีคนช่วย รับประทานอาหารเองได้

สรุป ผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองได้บางส่วน ไม่สามารถทำความสะอาดหลังถ่ายอุจจาระ และปัสสาวะได้ ได้รับการช่วยเหลือจากพยาบาลและผู้ช่วยพยาบาล

#### แบบแผนที่ 5 การพักผ่อนนอนหลับ

##### (Sleep and rest)

ปกติอยู่ที่บ้าน ผู้ป่วยนอนวันละ 6-7 ชั่วโมง เข้านอนตั้งแต่ 19.00 น. ตื่นนอนประมาณ 03.00 - 04.00 น. ไม่ชอบนอนกลางวัน

ขณะอยู่โรงพยาบาล หลับ ๆ ตื่น ๆ เนื่องจากเสียงดัง และเปิดไฟสว่าง

สรุป ผู้ป่วยมีปัญหาเรื่องการนอน หลับ ๆ ตื่น ๆ เพราะเปลี่ยนสถานที่ ที่เตียงนอนสูง และมีเสียงดังจากรถเข็นต่าง ๆ ที่ใช้ในการพยาบาล เสียงดังเป็นช่วงๆ บางครั้งหลับก็ต้องตื่นขึ้นมากกลางดึก เนื่องจากพยาบาลทำกิจกรรมกับผู้ป่วยตลอดเวลา และแสงไฟสว่างเกินไป

#### แบบแผนที่ 6 สถิติปัญญาและการรับรู้

##### (Cognitive and perception)

ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี พูดคุย ถามตอบรู้เรื่องไม่สับสน ทำตามสั่งได้ สายตายาวสวมแว่นตาตลอด การได้ยินและการได้กลิ่น ปกติ ระดับความรู้สึกตัว (level of conscious) อยู่ในระดับดีสามารถเล่าเรื่องในอดีตได้รับรู้สถานที่ เวลา บุคคลได้ถูกต้อง เช่น เคยผ่าตัดสะโพกขวาเมื่อ 2 ปีก่อน รับรู้มีโรคความดันโลหิตสูงรับประทานยาทุกวัน วันละ 1 เม็ด

ขณะนอนโรงพยาบาล สามารถบอกวัน สถานที่ สาเหตุการเจ็บป่วยครั้งนี้ และต้องผ่าตัด

สรุป ก่อนผ่าตัดผู้ป่วยมีการรับรู้ ความรู้คิดดี เข้าใจในการนอนโรงพยาบาล เพื่อวางแผนผ่าตัดสะโพกหัก หลังผ่าตัด 4 ชั่วโมง ผู้ป่วยมีภาวะสับสน

### แบบแผนที่ 7 การรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์

#### (Self-perception and self-concept)

ก่อนการเจ็บป่วยผู้ป่วยทำงานบ้านได้เอง ทำอาหารรับประทานเอง ชอบไปวัดทำบุญเมื่อเป็นวันสำคัญทางศาสนา เดินด้วย Walker ไปไหนลำบาก ส่วนใหญ่จะชอบอยู่บ้าน สมาชิกพร้อมหน้าพร้อมตากัน รับประทานอาหารร่วมกัน มีความห่วงใยและดูแลดีเมื่อมีการเจ็บป่วย กลัวการใช้ชีวิตหลังผ่าตัดจะลำบาก กลัวเดินไม่ได้เหมือนเดิม ผู้ป่วยอยากเดินได้เหมือนเดิม

ขณะนอนโรงพยาบาล รับรู้แพทย์จะผ่าตัดให้ ครอบครัวมาเยี่ยมทุกวัน

สรุป ผู้ป่วยมีการรับรู้ตนเองเรื่องสุขภาพดี และอัตมโนทัศน์ในครอบครัวดี

### แบบแผนที่ 8 บทบาทและสัมพันธภาพ

#### (Role and relationship)

ปกติดูแลตนเองได้ ทำกับข้าวได้ ช่วยงานบ้านในส่วนที่ทำได้ สามีและบุตรคอยดูแลเอาใจใส่ สม่่าเสมอ ไม่อยากให้ทำอะไรเอง อายุมากขึ้น กลัวลืมนัดอีก

ขณะนอนโรงพยาบาล สามีและบุตรคอยดูแลช่วยเหลือ และห่วงใยอย่างใกล้ชิด มาเยี่ยมที่โรงพยาบาลทุกวัน

สรุป ผู้ป่วยไม่มีปัญหาเรื่องบทบาท และสัมพันธภาพในครอบครัว

### แบบแผนที่ 9 เพศและการเจริญพันธุ์

#### (Sexuality and reproduction)

ผู้ป่วยหมดประจำเดือนอายุ 50 ปี ไม่ได้มีเพศสัมพันธ์กับสามีนานประมาณ 30-40 ปี

สรุป ผู้ป่วยไม่มีปัญหาเรื่องเพศและการเจริญพันธุ์

### แบบแผนที่ 10 การปรับตัวและเผชิญกับความเครียด

#### (Coping and stress tolerance)

ผู้ป่วยรับรู้การเจ็บป่วยครั้งนี้ รับรู้ว่าแพทย์ต้องผ่าตัดสะโพกซ้ายให้ ยอมรับในการรักษาเพื่อมีความหวังที่จะเดินได้เหมือนเดิม ปรับตัวในการนอนโรงพยาบาลครั้งนี้ได้ ผู้ป่วยรับฟังและยอมรับคำแนะนำในการปฏิบัติตัวขณะนอนในโรงพยาบาล แต่ยังมีความรู้สึกวิตกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัดบ้าง

สรุป ผู้ป่วยสามารถปรับตัวได้ แต่ยังมีควมวิตกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัด

### แบบแผนที่ 11 คุณค่าและความเชื่อ

#### (Value and belief)

ผู้ป่วยนับถือศาสนาพุทธเป็นเครื่องยึดเหนี่ยวจิตใจ ถ้ามีโอกาสก็จะมีกรไปทำบุญในวันพระหรือในวันสำคัญทางศาสนาขณะนอนโรงพยาบาล ผู้ป่วยฟังธรรมะจากโทรศัพท์และสวดมนต์ก่อนนอน สามีนำพวงมาลัยมาให้ผู้ป่วยไหว้หัวเตียงก่อนวันผ่าตัด

สรุป ผู้ป่วยไม่มีปัญหาเรื่องคุณค่าและความเชื่อ

4.3 ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว บุคคลในครอบครัวไม่มีประวัติเป็นโรคติดต่อหรือโรคร้าย

#### 4.4 การตรวจร่างกายตามระบบ

ผู้ป่วยหญิงไทย สูงวัย รูปร่างสมส่วน รู้สึกตัวดี สื่อสารได้เข้าใจดี ทำตามคำสั่งได้ รับประทานอาหาร ได้รับรู้วัน เวลา สถานที่ น้ำหนัก 55 กิโลกรัม ส่วนสูง 155 เซนติเมตร BMI 22.92 กิโลกรัม/เมตร<sup>2</sup> แปลผลว่ามีดัชนีมวลกาย สมส่วนอยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน ประเมิน Braden Scale 16 คะแนน เสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ และประเมิน Falling Scale 4 คะแนน เสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม มีความเสี่ยงในระดับปานกลาง สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ BT 37 องศาเซลเซียส PR 100 ครั้งต่อนาที RR 20 ครั้งต่อนาที BP 130/90 มิลลิเมตรปรอท

##### ผิวหนัง

สีผิวดำแดง ผิวหนังไม่มีผื่น มีรอยแผลผ่าตัดสะโพกขวาเดิมเมื่อ 2 ปี ก่อน แห้งดี ไม่มีบวมแดง ส่วน สะโพกซ้ายที่หักมีลักษณะบวมซ้ำเห็นเป็นสีม่วง ผิวหนังไม่มีบาดแผล

##### ศีรษะ

ศีรษะมีรูปร่างสมมาตรกันดี ไม่มีก้อน ไม่มีบาดแผล ไม่มีจุดกดเจ็บ ศีรษะมีผมสีเทาปนดำ ผมสั้น ม้วนหยิกถึงใบหู หนังศีรษะสะอาด ไม่มีรังแค

##### ใบหน้า

ใบหน้ารูปไข่ สมมาตรเท่ากันทั้ง 2 ข้าง ไม่มีบาดแผล ไม่มีลักษณะบวม แดง ไม่มีก้อนหรือตำแหน่งกดเจ็บ การเคลื่อนไหวใบหน้าได้ปกติ

##### ตา

ตาและคิ้ว 2 ข้าง สมมาตรกันดี คิ้วสีดำปนขาว หนา ดวงตามีสีน้ำตาล เยื่อบุตาไม่ซีด ตาไม่แห้ง ขน ตาเรียงสม่ำเสมอ ลืมตา และกระพริบตาได้เป็นปกติ การกลอกตาเป็นปกติทั้งสองข้าง ไม่มีหนังตาดก มองเห็นไม่ชัดเจน เนื่องจากสายตาวาย ต้องใส่แว่นสายตา รุ่่านตา 2 มีปฏิกิริยาต่อแสงดีทั้ง 2 ข้าง

##### หู

ใบหู 2 ข้างสมมาตรกันดี อยู่ในแนว eye occiput line รูปร่างปกติ ไม่มีแผล ไม่มีตำแหน่งกดเจ็บ ไม่มีสิ่งคัดหลั่ง คลำไม่พบก้อน ไม่พบต่อมน้ำเหลืองโตรอบๆใบหู การได้ยินเท่ากันทั้ง 2 ข้าง

##### จมูก

เป็นสัน ลักษณะปีกจมูกรูปร่างเท่ากันทั้ง 2 ข้าง มี septum กั้นกลางลักษณะภายนอกไม่ บวม ไม่มี กดเจ็บ ภายในไม่มีบวมแดง ไม่มีก้อน หายใจปกติ ไม่มีกดเจ็บบริเวณไซนัส คลำไม่พบก้อนเนื้องอก ไม่มี น้ำมูก เยื่อบุจมูกชุ่มชื้นดี ตมกลืนได้ปกติ

##### ปาก

ปากรูปร่างสมมาตรกันดี ไม่มีปากแห้งเพดานโหว่ ขากรรไกรสบกันดี ไม่มีแผล ไม่พบก้อนในปาก กดรอบๆ ปาก ไม่มีกดเจ็บ ริมฝีปากรูปร่างสมมาตรกันดี มีกระจับ ริมฝีปากอมชมพู ชุ่มชื้นดี ไม่มีแผล ไม่มี ก้อน ไม่บวม

## ฟัน

ฟันครบ ไม่มีฟันผุ ผู้ป่วยไม่ได้ใส่ฟันปลอม เคี้ยวอาหารได้ปกติ แต่ชอบอาหารอ่อน ข้าวต้ม เป็นต้น  
เหงือกไม่มีอาการอักเสบบวมแดง ไม่มีปวด ไม่มีก้อนบริเวณเหงือก

## ลิ้น

ลิ้นอยู่ในตำแหน่งปกติ เคลื่อนไหวได้ไม่ติดขัด รับประทานได้ปกติ

## คอ

ลักษณะคอสมมาตรกันทั้ง 2 ข้าง ไม่มีแผล คลำไม่มีจุดเจ็บ ไม่พบก้อน ต่อมทอนซิลไม่โต  
ในคอไม่แดง

## ทรวงอกและทางเดินหายใจ

ดูลักษณะทรวงอกทั้ง 2 ข้างสมมาตรกัน ไม่มีลักษณะอกบวม อกไก่ อกถ้ำ เต้านม 2 ข้างเท่ากัน  
ขนาด nipple เท่ากัน สีน้ำตาล อยู่ในแนวเดียวกัน การขยายของทรวงอกเท่ากันทั้ง 2 ข้าง คลำไม่พบก้อน  
การตรวจเคาะหน้าอกด้านหน้า และด้านหลังโปร่ง เสียงไม่ทึบ ฟังเสียงการหายใจปกติ ไม่พบเสียง  
Wheezing หรือ Stridor หายใจสม่ำเสมอ ฟังปอดได้ยิน breath sound ชัดเจนดี ทั้ง 2 ข้าง ขณะหายใจ  
เข้า-ออก ปกติ RR 20 ครั้งต่อนาที จังหวะสม่ำเสมอ ไม่มีอาการหายใจเหนื่อยหอบ

## หัวใจและหลอดเลือด

ลักษณะทรวงอกเรียบไม่มีผนังทรวงอกนูน เสียงหัวใจปกติไม่มี murmur ซึ่พจรของคอ และแขน  
ขาหนีบ หลังเท้าของร่างกายทั้ง 2 ข้างแรงเท่ากันสม่ำเสมอ 100 ครั้งต่อนาที

## ระบบทางเดินอาหารและหน้าท้อง

ดูลักษณะด้านซ้ายและด้านขวาสมมาตรกัน สะดืออยู่ในระดับปกติ ไม่มีแผล ฟังเสียงลำไส้ ส่วนล่าง  
ซ้ายและส่วนบนซ้ายได้ 6 ครั้งต่อนาที เสียงลำไส้ส่วนบนขวาซ้ายและส่วนล่างขวา ได้ 7 ครั้งต่อนาที คลำได้  
นุ่มดี ท้องไม่มีแข็งเป็นก้อน ไม่มีบวมตึง กดไม่มีเจ็บ การเคาะเสียงระดับสม่ำเสมอทั้งสองข้าง โปร่ง ไม่ทึบ

## แขน

แขน 2 ข้างยาวและขนาดสมมาตรกัน ไม่มีกล้ามเนื้อลีบ หรือกล้ามเนื้อโตผิดปกติ ไม่มีอาการบวมซ้ำ  
ไม่พบก้อนนูน ไม่มีแผล ปลายมือไม่บวม ไม่ชา มีนิ้วมือ 5 นิ้วทั้ง 2 ข้าง สมมาตรกัน กางมือหุบมือได้ปกติ  
กำลังแขนและนิ้วดีเกรด 5 ไม่มีลักษณะผิดปกติ เล็บตัดสั้นสีชมพู ปลายนิ้ว capillary refill 2 วินาที  
เคลื่อนไหวแขน ข้อมือและนิ้วได้ปกติทั้ง 2 ข้าง อุณหภูมิอุ่นปกติ

## ขา

ขาทั้ง 2 ข้างไม่มีแผล สะโพกซ้ายบวมผิดปกติ มีสีม่วงคล้ำ ดูขาซ้ายสั้นกว่าขาขวา วัดความยาวต่างกัน  
3 เซนติเมตร (ขาซ้าย 81 เซนติเมตร ขาขวา 84 เซนติเมตร) ขาซ้ายขยับได้น้อย ไม่สามารถยกขา หรือย่อเข้า  
ได้เนื่องจากปวดบริเวณสะโพกซ้ายที่หัก ขาขวาเมื่อยกเกิน 45 องศา จะมีอาการปวดตึงร้าวมาสะโพกซ้าย

งอเข้าและเหยียดเข้าขาขวาได้ปกติ เคลื่อนไหวขาขวาได้ปกติ ข้อเท้าซ้ายบิดหมุนและเท้าแบะออกนอกลำตัว ขาข้างซ้ายกระดูกนิ้วเท้าได้ขยับได้ทั้ง 5 นิ้ว กระดกข้อเท้าไม่สุด เนื่องจากมีอาการปวด

#### ระบบประสาท

ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี GCS E4V5M6 รูม่านตาทั้ง 2 ข้างขนาด 2 มิลลิเมตร มีปฏิกิริยาไวต่อแสง การกลอกตาไปมาได้เท่ากันทั้ง 2 ข้าง พูดคุยรู้เรื่อง ทำตามสั่งได้ รับรู้สถานที่ เวลาได้ สัมผัสปกติทั้งอุณหภูมิอุ่น เย็น รู้สึกเจ็บปวดต่อสิ่งของมีคม แหลม ทู ความไวปฏิกิริยาตอบสนอง 2+

#### ระบบกล้ามเนื้อและกระดูก

การทำงานของกล้ามเนื้อ ทุกส่วนในร่างกายสัมพันธ์กันดี ข้อ และกระดูกสามารถเคลื่อนไหวได้ปกติ ยกเว้นขาข้างซ้ายที่มีพยาธิสภาพ งอสะโพก เข้า และข้อเท้าซ้ายไม่ได้มาก เนื่องจากปวดมาก ผู้ป่วยแขน 2 ข้างการตรวจกำลังกล้ามเนื้อ Motor power ขาขวากำลังกล้ามเนื้อเกรด 5 ไม่มีอ่อนแรง (ยกเว้นขาซ้ายที่มีพยาธิสภาพ ซึ่งไม่สามารถตรวจได้) แขน 2 ข้าง Motor power gr 5 ไม่มีอ่อนแรง

#### 4.5 การตรวจร่างกายเฉพาะทางออร์โธปิดิกส์

การตรวจร่างกายในผู้ป่วยกรณีศึกษา เป็นการตรวจในตำแหน่งกระดูกหักในส่วน Pelvic and Hip เป็นการตรวจในท่านอน เนื่องจากผู้ป่วยไม่สามารถลุกหรือยืนได้ รายละเอียดการตรวจ มีดังต่อไปนี้

ตารางที่ 4 แสดงข้อมูลการตรวจร่างกายเฉพาะทางออร์โธปิดิกส์ Lower extremity

การตรวจ	การรายงานผล	
	ขวา	ซ้าย
Inspection	ข้อสะโพกขาไม่มี deformity ไม่มี swelling มี scar เป็นแผลผ่าตัดเดิม แผลไม่มีแยก ไม่มี discharge ซีม ไม่มีกล้ามเนื้อ atrophy	ขาเหยียดตรงไม่สุด ปลายเท้า external rotation ขาซ้ายสั้นกว่าข้างขวา สีผิวบริเวณสะโพกหักมี สีม่วงคล้ำ บวมซ้ำ ไม่มีแผล ลักษณะต้นขาซ้ายโต กว่าข้างขวา กล้ามเนื้อไม่มี atrophy
Palpation	คลำไม่พบก้อน ไม่มีกดเจ็บ ไม่มีเสียงกรอบแกรบ บริเวณกระดูกและข้อไม่บวม อุณหภูมิสัมผัสอุ่นปกติ มีความตึงตัวของผิวดี	คลำ สัมผัสมีอาการปวด มีกดเจ็บบริเวณสะโพกและบริเวณใกล้เคียง อุณหภูมิสัมผัสอุ่น ร้อนกว่าข้างขวา ความตึงตัวของผิวดี
Measurement:		
- True Leg length	84 เซนติเมตร	81 เซนติเมตร
- Apparent leg length	78 เซนติเมตร	73 เซนติเมตร



การตรวจ	การรายงานผล	
	ขวา	ซ้าย
- Circumference	32 เซนติเมตร	32.5 เซนติเมตร
<b>Range of motion</b>		
- Hip internal rotation	งอสะโพกได้เล็กน้อย ปวดร้าวไปขาซ้าย	Limit ROM by pain
- Hip external rotation	งอสะโพกได้เล็กน้อย ปวดร้าวไปขาซ้าย	Limit ROM by pain
- Hip adduction	หุบสะโพกเข้าได้น้อย เพราะขยับตัวผู้ป่วยปวดขาซ้าย	Limit ROM by pain
- Hip abduction	ขยับขาแล้วปวดร้าวไปขาซ้าย	Limit ROM by pain
- Hip flexion	ขยับขาแล้วปวดร้าวไปขาซ้าย	Limit ROM by pain
- Hip extension	ไม่สามารถตรวจได้ เนื่องจากนอนคว่ำไม่ได้	ไม่สามารถตรวจได้ เนื่องจากนอนคว่ำไม่ได้
<b>Muscle strength</b>		
- Hip abductor	นอนตะแคงไม่ได้ ปวดร้าวไปขา	ตรวจไม่ได้เนื่องจากปวดขาซ้าย
<b>Muscle strength</b>		
- Hip adductor	ข้างซ้ายผู้ป่วยไม่ขยับ ปวดร้าว	ตรวจไม่ได้เนื่องจากปวด
- Flexor	ไปขาซ้ายผู้ป่วยไม่ขยับ ปวดร้าว	ตรวจไม่ได้เนื่องจากปวด
- Extensor	ไปขาซ้ายนอนคว่ำไม่ได้	ตรวจไม่ได้เนื่องจากปวด
<b>Muscle strength</b>		
- Quadriceps	ทดสอบไม่ได้เนื่องจากปวด	ทดสอบไม่ได้เนื่องจากปวด
- Hamstrings	ทดสอบไม่ได้เนื่องจากปวด	ทดสอบไม่ได้เนื่องจากปวด
<b>Special test</b>		
- Rolling test	Negative	ทดสอบไม่ได้เนื่องจากปวด
- Anvil test	Negative	Positive
-Trendelenburg's test	ทดสอบไม่ได้เนื่องจากปวด	ทดสอบไม่ได้เนื่องจากปวด

#### จากการตรวจร่างกายเฉพาะทางออร์โธปิดิกส์ ส่วน Pelvic and hip

พบว่าเคสกรณีศึกษา ไม่สามารถตรวจร่างกายเฉพาะทางออร์โธปิดิกส์ได้ครบทุกท่า ของการการตรวจ เพราะผู้ป่วยมีอาการปวดร้าวไปที่กระดูกขาซ้ายบริเวณที่หัก ไม่สามารถทำตามท่าที่ตรวจได้ ปวดขาซ้ายเวลาเคลื่อนไหวมาก pain score 10 คะแนน

#### 4.6 การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

ตารางที่ 5 ผลการตรวจความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด (Complete Blood Count; CBC)

วันที่ 6 สิงหาคม 2566 แรกรับไว้ในโรงพยาบาล

ผลตรวจ	ผล	ค่าปกติ	หน่วย	การแปลผล
Hematocrit	36.3	32-46	%	ปกติ
Hemoglobin	11.6	10.5-15.5	g/dl	ปกติ
WBC	17.13*	4-12.3	( $\times 10^3$ )/uL	สูงกว่าปกติ
Neutrophil	89.5*	42-79.9	%	สูงกว่าปกติ
Lymphocyte	7.1*	15.7-51.1	%	สูงกว่าปกติ
RBC	4.48	3.5-5.2	( $\times 10^6$ )/uL	ปกติ
Monocyte	3.2	<13	%	ปกติ
Eosinophil	0.0	<8	%	ปกติ
Basophil	0.2	<2.5	%	ปกติ
Platelet	234	147-440	( $\times 10^3$ )/uL	ปกติ
MCV	81.0	79.7-100.2	fL	ปกติ
MCH	25.9	15.9-33.8	pg	ปกติ
MCHC	3.2	31.6-35	g/dl	ปกติ
RDW	146	11.6-14.8	%	ปกติ

หมายเหตุ ค่าปกติจากห้องปฏิบัติการโรงพยาบาลเลิดสิน

ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน

### ผลการวิเคราะห์

พบ WBC, Neutrophil, Lymphocyte ภาวะเม็ดเลือดขาวสูงกว่าค่าปกติ อาจเกิดจาก กล้ามเนื้อ ต้นขาซ้ายรับแรงกระแทกจากการลื่นล้ม ทำให้มีอาการบวมซ้ำจากการอักเสบของเนื้อเยื่อบริเวณรอบๆ สะโพกซ้าย

### ตารางที่ 6 ผลการตรวจทางชีวเคมี (Blood Chemistry)

วันที่ 6 สิงหาคม 2566

การตรวจ	ผล	ค่าปกติ	หน่วย	การแปลผล
FBS	161*	70-110	mg/dl	สูงกว่าปกติ
BUN	11	7-17	mg/dl	ปกติ
Creatinine	0.66	0.52-1.04	mg/dl	ปกติ
eGFR	79	-	ml/min/	ปกติ
<b>Electrolyte</b>				
Sodium	137	137-145	mmol/L	ปกติ
Potassium	3.8	3.5-5.1	mmol/L	ปกติ
Chloride	102	98-107	mmol/L	ปกติ
Carbondioxide	26	22-30	mmol/L	ปกติ
Calcium	9.0	8.6-10.3	mg/dL	ปกติ
Phosphorus	3.0	2.5-4.5	mg/dl	ปกติ
Vitamin D	56	30-100	ng/ml	ปกติ

หมายเหตุ ค่าปกติจากห้องปฏิบัติการโรงพยาบาลเลิดสิน

### ผลการวิเคราะห์

FBS มีค่าสูงกว่าค่าปกติ

จากการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อบริเวณสะโพกซ้าย เนื้อเยื่อบวมซ้ำและปวดเมื่อขยับขาซ้าย และเซลล์มี ภาวะขาดน้ำ เนื่องจากผู้ป่วยดื่มน้ำน้อย รับประทานอาหารน้อย เนื่องจากปวด ทำให้ผลเลือดสูงกว่าค่าปกติ

### ผลการตรวจภูมิคุ้มกันวิทยา (Immunology)

6 สิงหาคม 2566

Anti-HIV = Negative การแปลผล ปกติ

ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน

**ตารางที่ 7 ผลการตรวจ Urine Analysis (Microscopy)**

วันที่ 7 สิงหาคม 2566

การตรวจ	ผล	ค่าปกติ	หน่วย	การแปลผล
Color	Yellow	Yellow	-	ปกติ
Clarity	Clear	Clear	-	ปกติ
Glucose	Negative	Negative	-	ปกติ
Ketone	Negative	Negative	-	ปกติ
Blood	Negative	Negative	-	ปกติ
Protein	Negative	Negative	-	ปกติ
Nitrite	Negative	Negative	/HPF	ปกติ
Bilirubin	Negative	Negative	/HPF	ปกติ
Specific gravity	1.017	1.003-1.03	/HPF	ปกติ
pH	5.5	5.8	/HPF	ปกติ
Urobilirubin	Normal	Negative	-	ปกติ
Leucocyte	Negative	Negative	-	ปกติ
RBC	0-1	<3	-	ปกติ
WBC	0-1	<7	-	ปกติ
Squamous epithelial cell	0-1	<11	-	ปกติ
Bacteria	Few	Not found	-	ปกติ

หมายเหตุ ค่าปกติจากห้องปฏิบัติการโรงพยาบาลเลิดสิน

**ผลการวิเคราะห์**

การแปลผล Urine Analysis ปกติ

**ตารางที่ 8 ผลการตรวจการแข็งตัวของเลือด (Coagulogram)**

วันที่ 7 สิงหาคม 2566

การตรวจ	ผล	ค่าปกติ	หน่วย	การแปลผล
PT	12.60	10.7-13	sec	ปกติ
INR	1.07	-	ไม่มีหน่วย	ปกติ
PTT	26.20	22-5-31	Sec	ปกติ
PTT Ratio	0.98	-	ไม่มีหน่วย	ปกติ

หมายเหตุ ค่าปกติจากห้องปฏิบัติการโรงพยาบาลเลิดสิน

### ผลการวิเคราะห์

การแปลผล ไม่มีภาวะเลือดออกง่ายในร่างกาย

#### ตารางที่ 9 การตรวจความเข้มข้นของเลือด (Hematocrit: HCT)

วันที่ 9 สิงหาคม 2566 วันผ่าตัด, วันที่ 11 สิงหาคม 2566 หลังผ่าตัดวันที่ 2

วันที่ตรวจ	ผลการตรวจ	ค่าปกติ	หน่วย	การแปลผล
9 สิงหาคม 2566	31	36-48	%	ต่ำกว่าค่าปกติ
11 สิงหาคม 2566	37	36-48	%	ปกติ

### ผลการวิเคราะห์

ผลของวันที่ 9 สิงหาคม 2566 Hematocrit น้อยกว่าค่าปกติ จากการวิเคราะห์ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการเคสกรณีศึกษา พบว่า หลังผ่าตัดผู้ป่วยเกิดการสูญเสียเลือดระหว่างผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมข้างซ้ายใน วันที่ 9 สิงหาคม 2566 Blood loss 350 cc

#### ตารางที่ 10 ผลการตรวจความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด (Complete Blood Count; CBC)

วันที่ 10 สิงหาคม 2566 หลังผ่าตัด วันที่ 1

การตรวจ	ผล	ค่าปกติ	หน่วย	การแปลผล
Hematocrit	29.6*	32-46	%	ต่ำกว่าปกติ
Hemoglobin	9.8*	10.5-15.5	g/dl	ต่ำกว่าปกติ
WBC	16.69*	4-12.3	( $\times 10^3$ )/uL	สูงกว่าปกติ
Neutrophil	83.3*	42-79.8	%	สูงกว่าปกติ
Lymphocyte	6.7*	15.7-51.1	%	ต่ำกว่าปกติ
RBC	3.83	3.5-5.2	( $\times 10^6$ )/uL	ปกติ
Monocyte	6.7	<13	%	ปกติ
Eosinophil	0.1	<8	%	ปกติ
Basophil	0.2	<2.5	g/dl	ปกติ
Platelet	191	147-440	( $\times 10^3$ )/uL	ปกติ
MCV	77.3*	79.7-100.2	fL	ต่ำกว่าปกติ
MCH	25.6*	15.9-33.8	pg	ปกติ
MCHC	33.1	31.6-35	g/dl	ปกติ
RDW	16.5*	11.6-14.8	%	สูงกว่าปกติ

หมายเหตุ ค่าปกติจากห้องปฏิบัติการโรงพยาบาลเลิดสิน

### ผลการวิเคราะห์

Hematocrit และ Hemoglobin น้อยกว่าค่ามาตรฐาน เกิดภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก และจากการเสียเลือดในห้องผ่าตัด 350 cc และจาก Radivac drain 10 cc

WBC และ Neutrophil สูงกว่าค่าปกติ เกิดจากบริเวณผ่าตัดสะโพกซ้ายมีการอักเสบของเนื้อเยื่อ เนื้อเยื่อมีการพวก้ำจากการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม ระยะเวลาผ่าตัด 2 ชั่วโมง 10 นาที

MCV, Lymphocyte น้อยกว่าค่าปกติ เกิดจากการเสียเลือดในห้องผ่าตัด

RDW สูงกว่าค่าปกติ มีการเปลี่ยนแปลงของขนาดเม็ดเลือดแดงอย่างมาก จากการเสียเลือดหลังผ่าตัด

### ตารางที่ 11 การตรวจทางชีวเคมี (Blood Chemistry)

วันที่ 10 สิงหาคม 2566 หลังผ่าตัดวันที่ 1

ผลตรวจ	ผล	ค่าปกติ	หน่วย	การแปลผล
BUN	15.5	7-17	mg/dl	ปกติ
Creatinine	0.67	0.52-1.04	mg/dl	ปกติ
eGFR	78	-	ml/min/	ปกติ
<b>Electrolyte</b>				
Sodium	128*	137-145	mmol/L	ต่ำกว่าปกติ
Potassium	3.2*	3.5-5.1	mmol/L	ต่ำกว่าปกติ
Chloride	104	98-107	mmol/L	ปกติ
Carbon dioxide	24	22-30	mmol/L	ปกติ

### ผลการวิเคราะห์

Sodium, Potassium ต่ำกว่าค่าปกติ มีภาวะโซเดียมในเลือดต่ำ มีภาวะขาดน้ำ ผู้ป่วย มีอาการคลื่นไส้อาเจียน 2-3 ครั้ง หลังผ่าตัด ประมาณ 200-300 cc รับประทานอาหารได้น้อย 2-3 คำ ร่างกายสูญเสียเลือดในระหว่างการผ่าตัด 350 cc

### ตารางที่ 12 ผลการตรวจความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด (Complete Blood Count; CBC)

วันที่ 11 สิงหาคม 2566 หลังผ่าตัดวันที่ 2

การตรวจ	ผล	ค่าปกติ	หน่วย	การแปลผล
Hematocrit	25.9*	32-46	%	ต่ำกว่าปกติ
Hemoglobin	8.5*	10.5-15.5	g/dl	ต่ำกว่าปกติ
WBC	15.10*	4-12.3	( $\times 10^3$ )/uL	สูงกว่าปกติ
Neutrophil	83.2*	42-79.8	%	สูงกว่าปกติ
Lymphocyte	10.5	15.7-51.1	%	ปกติ

การตรวจ	ผล	ค่าปกติ	หน่วย	การแปลผล
RBC	3.40	3.5-5.2	( $\times 10^6$ )/uL	ปกติ
Monocyte	5.6	<13	%	ปกติ
Eosinophil	0.5	<8	%	ปกติ
Basophil	0.2	<2.5	%	ปกติ
Platelet	185	147-440	( $\times 10^3$ )/uL	ปกติ
MCV	76.2*	79.7-100.2	fL	ต่ำกว่าปกติ
MCH	25.0	15.9-33.8	pg	ปกติ
MCHC	32.8	31.6-35	g/dl	ปกติ
RDW	16.1*	11.6-14.8	%	สูงกว่าปกติ

หมายเหตุ ค่าปกติจากห้องปฏิบัติการโรงพยาบาลเลิดสิน

#### ผลการวิเคราะห์

Hematocrit, Hemoglobin และ MCV น้อยกว่าค่าปกติ สูญเสียเลือดในท้องผ่าตัด 350 cc  
WBC และ Neutrophil สูงกว่าค่าปกติ มีการอักเสบของเนื้อเยื่อ เนื้อเยื่อมีการฟกช้ำจากการผ่าตัด  
เปลี่ยนข้อสะโพกเทียม

RDW สูงกว่าค่าปกติ มีการเปลี่ยนแปลงของขนาดเม็ดเลือดแดงอย่างมาก สูญเสียเลือดในท้องผ่าตัด  
350 cc

ตารางที่ 13 ผลการตรวจความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด (Complete Blood Count; CBC)

วันที่ 12 สิงหาคม 2566 หลังผ่าตัดวันที่ 2

ผลเลือด	12ส.ค.66	ค่าปกติ	หน่วย	การแปลผล
Hematocrit	33.8	32-46	%	ปกติ
Hemoglobin	11.6	10.5-15.5	g/dl	ปกติ
WBC	14.58*	4-12.3	( $\times 10^3$ )/uL	สูงกว่าปกติ
Neutrophil	84.2*	42-79.8	%	สูงกว่าปกติ
Lymphocyte	9.9*	15.7-51.1	%	ต่ำกว่าปกติ
RBC	4.43	3.5-5.2	( $\times 10^6$ )/uL	ปกติ
Monocyte	5.6	<13	%	ปกติ
Eosinophil	0.1	<8	-	ปกติ
Basophil	0.2	<2.5	-	ปกติ
Platelet	262	147-440	-	ปกติ
MCV	76.3*	79.7-100.2	-	ต่ำกว่าปกติ

ผลเลือด	12ส.ค.66	ค่าปกติ	หน่วย	การแปลผล
MCH	26.2	15.9-33.8	-	ปกติ
MCHC	34.3	31.6-35	-	ปกติ
RDW	16.5*	11.6-14.8	-	สูงกว่าปกติ

หมายเหตุ ค่าปกติจากห้องปฏิบัติการโรงพยาบาลเลิดสิน

#### ผลการวิเคราะห์

Lymphocyte, MCV น้อยกว่าค่าปกติ จากการเสียเลือดในท้องผ่าตัด 350 cc

WBC และ Neutrophil สูงกว่าค่าปกติ มีการอักเสบของเนื้อเยื่อ เนื้อเยื่อมีการฟกช้ำจากการผ่าตัด เปลี่ยนข้อสะโพกเทียม

RDW สูงกว่าค่าปกติ มีการเปลี่ยนแปลงของขนาดเม็ดเลือดแดงอย่างมาก สูญเสียเลือดในท้องผ่าตัด 350 cc

#### ตารางที่ 14 การตรวจทางชีวเคมี (Blood Chemistry)

วันที่ 12 สิงหาคม 2566 หลังผ่าตัดวันที่ 3

ผลตรวจ	ผล	ค่าปกติ	หน่วย	การแปลผล
BUN	15	7-17	mg/dl	ปกติ
Creatinine	0.64	0.52-1.04	mg/dl	ปกติ
eGFR	80	-	ml/min/	ปกติ
<b>Electrolyte</b>				
Sodium	135*	137-145	mmol/L	ต่ำกว่าปกติ
Potassium	3.6	3.5-5.1	mmol/L	ปกติ
Chloride	102	98-107	mmol/L	ปกติ
Carbondioxide	22	22-30	mmol/L	ปกติ

หมายเหตุ ค่าปกติจากห้องปฏิบัติการโรงพยาบาลเลิดสิน

#### ผลการวิเคราะห์

Sodium ต่ำกว่าค่าปกติ มีภาวะโซเดียมในเลือดต่ำ มีภาวะขาดน้ำ ตึมน้ำได้น้อย ประมาณ 1,000 cc/day มีการคลื่นไส้อาเจียนหลังผ่าตัด 2-3 ครั้ง ประมาณ 200-300 cc ร่างกายสูญเสียเลือดในระหว่างผ่าตัด 350 cc

ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน



ตารางที่ 15 การตรวจ Urine Analysis (Microscopy)

วันที่ 12 สิงหาคม 2566 หลังผ่าตัดวันที่ 3

ผลเลือด	ผล	ค่าปกติ	หน่วย	การแปลผล
Color	Yellow	Yellow	-	ปกติ
Clarity	Clear	Clear	-	ปกติ
Glucose	Negative	Negative	-	ปกติ
Ketone	3+	Negative	-	สูงกว่าปกติ
Blood	Negative	Negative	/HPF	ปกติ
Protein	Negative	Negative	/HPF	ปกติ
Nitrite	Negative	Negative	/HPF	ปกติ
Bilirubin	Negative	Negative	/HPF	ปกติ
Specific gravity	1.014	1.003-1.03	-	ปกติ
pH	5.5	5.8	-	ปกติ
Urobilirubin	Normal	Negative	-	ปกติ
Leucocyte	Negative	Negative	-	ปกติ
RBC	0-1	<3	-	ปกติ
WBC	0-1	<7	-	ปกติ
Squamous epithelial	0-1	<11	-	ปกติ
cell	Few	Not found	-	ปกติ
bacteria				

หมายเหตุ ค่าปกติจากห้องปฏิบัติการโรงพยาบาลเลิดสิน

ผลการวิเคราะห์

การแปลผล ผล Ketone สูงกว่าปกติ เกิดจากรับอาหารไม่เพียงพอ ตื่นน้ำน้อย 200-300 cc/8 hr

Intake 1,000 cc/day Out put 1,200 cc

ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน

### ตารางที่ 16 การตรวจทาง Hematology

วันที่ 13 สิงหาคม 2566 หลังผ่าตัดวันที่ 4

ผลตรวจ	ผล	ค่าปกติ	หน่วย	การแปลผล
PT	14.50*	10.7-13	sec	สูงกว่าปกติ
INR	1.27*	0.8-1.1	sec	สูงกว่าปกติ
PTT	29.10	21.70-30.10	sec	ปกติ
PTT Ratio	1.09	22.5-31	-	ปกติ

หมายเหตุ ค่าปกติจากห้องปฏิบัติการโรงพยาบาลเลิดสิน

#### ผลการวิเคราะห์

Prothrombin Time, INR สูงกว่าค่าปกติ เสี่ยงต่อมีภาวะเลือดออก เลือดจะหยุดยาก เลือดใช้เวลานานกว่าเลือดจะแข็งตัวจะเกิดกับผู้ป่วยที่มีปัญหาเรื่องเลือดมีความผิดปกติ แต่อาจเป็นช่วงสั้นๆ ของเลือดแข็งตัว

### ตารางที่ 17 การตรวจทางชีวเคมี (Blood Chemistry)

วันที่ 13 สิงหาคม 2566 หลังผ่าตัดวันที่ 4

ผลเลือด	13 ส.ค.66	ค่าปกติ	หน่วย	การแปลผล
Albumin	2.9*	3.5-5	g/dl	ต่ำกว่าปกติ
Magnesium	1.8	1.6-2.3	mg/dl	ปกติ
Calcium	8.3*	8.6-10.3	mg/dl	ต่ำกว่าปกติ
Phosphorus	2.0*	2.5-4.5	mg/dl	ต่ำกว่าปกติ

หมายเหตุ ค่าปกติจากห้องปฏิบัติการโรงพยาบาลเลิดสิน

#### ผลการวิเคราะห์

Albumin, Calcium, Phosphorus, Hypokalemia ต่ำกว่าค่าปกติ มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน รับประทานอาหารได้น้อย 2-3 คำ/มื้อ รับประทานอาหารไม่เพียงพอ ทำให้สับสน และมีอาการแพ้

โรงพยาบาลเลิดสิน

ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน

#### 4.7 การตรวจทางรังสีวิทยา

1. Chest X-ray PA upright วันที่ 6 สิงหาคม 2566



รูปภาพที่ 22 Chest X-ray PA upright วันที่ 6 สิงหาคม 2566  
ผลการตรวจ ไม่พบความผิดปกติของปอดและหัวใจ

2. Both hip AP วันที่ 6 สิงหาคม 2566



รูปภาพที่ 23 Both hip AP วันที่ 6 สิงหาคม 2566  
ผลการตรวจ : มีการหักของคอกระดูกสะโพกข้างซ้ายในตำแหน่ง Intertrochanteric และมีข้อสะโพกเทียมที่สะโพกขวา

3. Chest X-ray PA upright วันที่ 13 สิงหาคม 2566



รูปภาพที่ 24 Chest X-ray PA upright วันที่ 13 สิงหาคม 2566  
ผลการตรวจ ไม่พบความผิดปกติของปอดและหัวใจ

4. Both hip AP วันที่ 13 สิงหาคม 2566

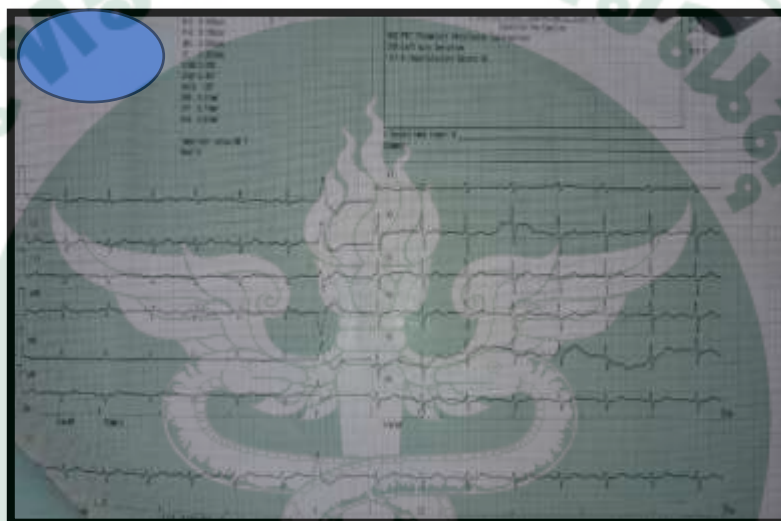


รูปภาพที่ 25 Both hip AP วันที่ 13 สิงหาคม 2566 หลังผ่าตัดวันที่ 4  
ผลการตรวจ มีข้อสะโพกเทียมที่สะโพก 2 ข้าง

ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน

#### 4.8 การตรวจพิเศษ

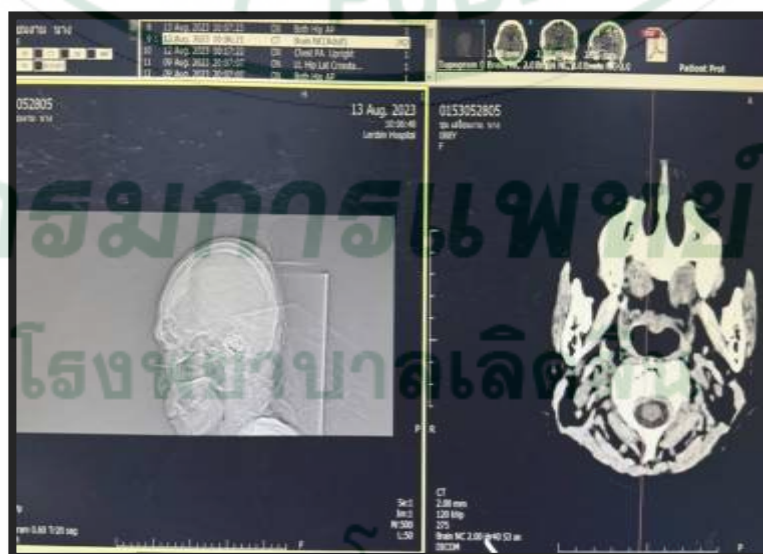
##### 1. ECG วันที่ 6 สิงหาคม 2566



รูปภาพที่ 26 ECG วันที่ 6 สิงหาคม 2566

**ผลการตรวจ :** ECG มี PVC (Premature Ventricular Complex) เกิดจากการที่กล้ามเนื้อหัวใจหดตัวมากเกินไป และการเต้นของหัวใจห้องล่างเต้นเร็วก่อนจังหวะ และเลือดไปเลี้ยงร่างกายไม่ดี หรือเรียกว่า arrhythmia ส่งผลให้ชีพจรเต้นผิดจังหวะด้วย PVC เกิดได้ในคนปกติทั่วไป ไม่จำเป็นต้องรักษา ในผู้ป่วยรายนี้อาจเกิดจากมีโรคประจำตัวความดันโลหิตสูง

##### 2. CT Brain วันที่ 13 สิงหาคม 2566



รูปภาพที่ 27 CT brain non-contrast วันที่ 13 สิงหาคม 2566

**ผลการตรวจ :** ไม่พบความผิดปกติของสมอง

#### 4.9 การวินิจฉัยโรคแรกรับ

Closed Fracture Intertrochanteric of Left Femur

#### การวินิจฉัยโรคครั้งสุดท้าย

Closed Fracture Intertrochanteric of Left Femur

#### 4.10 พยาธิสภาพจากทฤษฎีเปรียบเทียบกับกรณีศึกษา

ตารางที่ 18 พยาธิสภาพจากทฤษฎีเปรียบเทียบกับกรณีศึกษา

ทฤษฎี	กรณีศึกษา
<p><b>1. กระดูกอินเตอร์โทรแคนเทอร์ริกหัก (Intertrochanteric Fracture)</b></p> <p>กระดูกอินเตอร์โทรแคนเทอร์ริกหัก เป็นการหักของกระดูกสะโพกที่พบบ่อยในผู้สูงอายุที่มีโรคกระดูกพรุนและเกิดอุบัติเหตุหกล้ม เมื่อกระดูกในตำแหน่งนี้หักจะทำให้เกิดอาการปวด ขาผิดรูป และการเคลื่อนไหวร่างกายได้น้อย</p> <p><b>1.1 กายวิภาคและสรีรวิทยาของข้อสะโพก</b></p> <p>ข้อสะโพกเป็นข้อหนึ่งในร่างกายที่ต้องรับน้ำหนักตัวมากที่สุด มีหน้าที่เปลี่ยนทิศทางขณะเดิน ตัวข้อคล้ายลูกบอล กับเข้าประกอบด้วย ส่วนเข้าของกระดูกเชิงกราน และหัวกระดูกต้นขาที่มีลักษณะเกือบเป็นทรงกลม รวมกันเป็นส่วนหนึ่งของ innominate bone ประกอบด้วยกระดูก 3 ชิ้น คือ ilium ischium และ pubis ทั้งหัวกระดูกสะโพกและเข้าสะโพกจะมีผิวกระดูกอ่อน (cartilage) เคลือบอยู่ ผิวกระดูกอ่อนนี้มีลักษณะเรียบเป็นมันสีขาว มีความหนา ความเหนียว และความแข็งแรงเป็นวงรอบเข้าสะโพกเรียกว่า acetabular labrum ทำหน้าที่ช่วยเสริมความลึกของเข้าสะโพก เพื่อทำหน้าที่สร้างความมั่นคง ให้กับข้อสะโพกป้องกันไม่ให้ข้อสะโพกหลุด ทำให้เวลาเคลื่อนไหวของข้อสะโพกทั้งขณะเดิน หรือลุกนั่ง ไม่รู้สึกปวด</p>	<p>- เป็นผู้ป่วยสูงอายุ เพศหญิง อายุ 88 ปี</p> <p>- มีภาวะกระดูกพรุน และมีโรคร่วมความดันโลหิตสูง มีประวัติเคยล้มล้มมาก่อน ซึ่งเป็นปัจจัยที่เสี่ยงต่อการเกิดกระดูกหักง่าย</p> <p>- จากการตรวจวินิจฉัย การตรวจร่างกาย และ film X-ray พบกระดูกสะโพกขาซ้ายหัก</p> <p>- ได้รับการวินิจฉัย : Closed Fracture Intertrochanteric of Left Femur</p>

ทฤษฎี	กรณีศึกษา
<p>สำหรับกระดูกอินเตอร์โทรแคนเทอร์ริก เป็นส่วนหนึ่งของกระดูกข้อสะโพก บริเวณระหว่างปุ่มกระดูกโคนขา (Closed fracture intertrochanteric femur) ซึ่งอยู่ระหว่างปุ่มกระดูกโคนขาใหญ่ (greater trochanter) และปุ่มกระดูกโคนขาเล็ก (lesser trochanter) ของกระดูก femur อยู่ภายนอกเยื่อหุ้มข้อสะโพก (extracapsular) พบได้บ่อยในกลุ่มผู้สูงอายุมีปัญหากระดูกพรุน ร้อยละ 50 ของกระดูกหัก</p> <p>กลไกการบาดเจ็บ ร้อยละ 90 ของผู้ป่วยเป็นผู้สูงอายุ และมีภาวะกระดูกพรุน ประสบอุบัติเหตุล้มระหว่างเดิน ผลจากโรคกระดูกพรุน คือ เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดกระดูกหักง่าย ที่มีความรุนแรงน้อย (Low-Energy) เช่น เพียงแค่ล้มเบา ๆ ในระยะยืน หรือยืนอยู่แล้วถูกชนล้มลงสะโพก กระแทกพื้น ก็เพียงพอทำให้กระดูกสะโพกหักได้</p>	<p>กรณีศึกษา</p> <p>- มีภาวะกระดูกพรุน มวลกระดูกต่ำ กระดูกบาง เป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดกระดูกหักง่าย การเกิดกระดูกหักง่ายที่มีความรุนแรงน้อย (Low-Energy) เช่น เพียงแค่ล้มเบา ๆ ในระยะยืน ในเคสกรณีศึกษา ล้มล้มขณะเดิน</p>
<p><b>1.2 พยาธิสภาพของกระดูก</b></p> <p><b>Intertrochanteric</b></p> <p>เป็นการหักของกระดูกที่เกิดขึ้น ภายนอกข้อ และเข้าของข้อสะโพก (extracapsular fracture) แบ่งออกเป็น 4 ชนิด คือ การหักของกระดูกอินเตอร์โทรแคนเทอร์ริก (intertrochanteric fractures) การหักของปุ่มกระดูกโคนขาใหญ่ (greater trochanters fractures) การหักของปุ่มกระดูกโคนขาเล็ก (lesser trochanters fractures) และการหักของกระดูกใต้อินเตอร์โทรแคนเทอร์ริก (subtrochanteric fractures)</p>	<p>- เป็นการหักออกภายนอกข้อ และเข้าของข้อสะโพก</p>
<p><b>1.3 สาเหตุ</b></p> <p>สาเหตุของการเกิดกระดูกหัก พบได้ในผู้สูงอายุ ที่มีภาวะกระดูกพรุนที่ประสบอุบัติเหตุล้ม</p>	<p>- ผู้ป่วยล้มล้มขณะเดินภายในบ้าน จึงทำให้กระดูกสะโพกบริเวณ Intertrochanteric หัก</p>

ทฤษฎี	กรณีศึกษา
<p>หรือแรงกระแทกบริเวณสะโพกผ่านปุ่มกระดูก greater trochanter เข้ามาที่กระดูกสะโพกโดยตรง เนื่องจากมีภาวะกระดูกพรุนและกระดูกเปราะบางมวลกระดูกเสื่อมลง ทำให้กระดูกเกิดการแตกหรือหักได้ง่าย</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. เกิดในอุบัติเหตุที่มีความรุนแรงน้อย เช่น หกล้มบนพื้นราบ ล้มขณะเดิน การตกจากความสูงระดับเข่า</li> <li>2. เกิดจากโรคมะเร็งบางชนิด และในกรณีที่มีภาวะ pathological fracture เมื่อร่างกายได้รับแรงกระแทกที่รุนแรงจากที่มีพยาธิสภาพจากปัจจัยเหล่านี้ เช่น มะเร็งกระดูกปฐมภูมิ มะเร็งจากส่วนอื่นแพร่มากระดูก หรือกระดูกติดเชื้อกระดูกที่มีพยาธิสภาพต่าง ๆ</li> </ol> <p><b>1.4 อาการและอาการแสดง</b></p> <p>Intertrochanteric fracture จะมีประวัติและอาการแสดงคล้ายคลึงกับผู้ป่วยคอกระดูกสะโพกหัก ในผู้ป่วยที่กระดูกหักชนิดไม่เคลื่อน อาจนั่ง และยืนได้ในระยะใกล้แต่มีอาการปวดสะโพกเวลาลงน้ำหนัก ในผู้ป่วยที่กระดูกหักชนิดเคลื่อน จะไม่สามารถขยับสะโพกได้เพราะปวด ขาด สั่นและบิด ในท่า external rotate ผู้ป่วยจะไม่สามารถลงน้ำหนักบนขาข้างที่สะโพกบาดเจ็บได้ เดินแล้วปวดสะโพกขยับตัวไม่ได้ ไม่พบอาการบวม และรอยฟกช้ำแต่จะพบรอยจ้ำเลือดในกรณีที่มีการหักของกระดูกที่อยู่ภายนอกเยื่อหุ้มข้อสะโพก โดยจะพบที่บริเวณต้นขา หรือขาหนีบของผู้ป่วย</p> <p><b>1.5 การวินิจฉัยโรค</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. การซักประวัติ</li> </ol>	<p>กรณีศึกษา</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ผู้ป่วยมีอาการปวดขาซ้าย เคลื่อนไหวได้น้อย ต้นขาซ้ายบวม มีรอยฟกช้ำ</li> <li>- ขาข้างซ้ายที่บาดเจ็บสั้นลงและจะบิดออกไปทางด้านนอก (External rotation)</li> <li>- นอนในท่าแบขาซ้ายขวาขึ้นด้านแรง มีอาการปวดขาซ้ายเพิ่มมากขึ้น</li> <li>- กดเจ็บ และปวดสะโพกซ้าย pain score 6 คะแนน เมื่อเคลื่อนไหว</li> <li>- ผู้ป่วยมีประวัติการล้มล้มมาก่อนเมื่อ 2 ปี</li> <li>- มีโรคประจำตัว โรคความดันโลหิตสูง</li> </ul>



ทฤษฎี	กรณีศึกษา
<p>เกี่ยวกับสาเหตุ อาการปวดนํามาก่อนนี้ นอกจากนี้ควรซักประวัติโรคประจำตัวของผู้ป่วยยาที่ได้รับประทานเป็นประจำ ยาโรคร่วมต่างๆ เพื่อมองถึงสาเหตุหรือความบกพร่องบางอย่างของผู้ป่วยก่อนบาดเจ็บ</p> <p>2. การตรวจร่างกาย</p> <p>จะพบลักษณะอาการแสดงที่สำคัญ ได้แก่ อาการปวด ขาบวมขยับขาได้น้อยลง ในบางรายที่มีการเคลื่อนของรอยกระดูกหัก สามารถพบขาข้างที่ได้รับบาดเจ็บมีลักษณะสั้นลง และหมุนออก (external rotation) รอยกระดูกหักอยู่นอกต่อเยื่อหุ้มข้อ จึงมักพบอาการบวม และรอยฟกช้ำที่บริเวณเนื้อเยื่ออ่อนรอบข้อสะโพกการตรวจร่างกายควรค้นหาตำแหน่งจุดกดเจ็บที่บริเวณ trochanter ในกรณีที่เป็นกระดูกหัก ชนิดที่ไม่มีการเคลื่อนที่ หรือมีผิดรูปการตรวจร่างกายด้วยการทดสอบแอนวิล (anvil test) ซึ่งทำได้โดยการเคาะที่บริเวณสันเท้าขาข้างที่ได้รับบาดเจ็บในท่าเหยียดเข่า โดยไม่มีการขยับขา หากเคาะแล้วผู้ป่วยมีอาการปวดที่บริเวณรอบข้อสะโพกควรนึกถึงกระดูกข้อสะโพกหัก</p>	<p>- ผู้ป่วยเคยผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมข้างขวาประมาณ 2 ปี ใช้อุปกรณ์ในการช่วยเดินตลอดเวลา (Walker)</p> <p>- จากการตรวจร่างกายของผู้ป่วยในท่า Anvil test ผล Positive ขณะตรวจร่างกายผู้ป่วยปวดสะโพกซ้าย และมีอาการปวดเวลาเคาะบริเวณสันเท้าซ้าย ต้นขาซ้ายบวมช้ำขาซ้าย external rotation</p>
<p><b>1.6 การตรวจทางรังสีวิทยา</b></p> <p>ภาพรังสีท่า AP และ lateral cross table ช่วยวินิจฉัยและจำแนกประเภทของการหักได้โดยจะพบรอยแตกผ่านบริเวณปุ่มกระดูกgreater และ lesser trochanter ในกรณีที่กระดูกมีการหดสั้นและผิดรูปมาก ส่ง traction film จะช่วยประเมินการหักได้ดีขึ้น การเอกซเรย์สามารถตรวจสอบได้อย่างแม่นยำแล้วประมาณ 90 % มีบางกลุ่มเท่านั้นที่ร่องรอยจากเอกซเรย์ไม่ชัด</p>	<p>- ผู้ป่วยได้รับการตรวจวินิจฉัยทางรังสีวิทยาท่า AP และ lateral cross table ช่วยในการวินิจฉัย และจำแนกประเภทของกระดูกสะโพกหัก</p>

ทฤษฎี	กรณีศึกษา
<p><b>1.7 การตรวจพิเศษ</b></p> <p>1. CT scan ในวินิจฉัยในผู้ป่วยที่ปวดสะโพกแต่ไม่พบรอยหักในภาพรังสี และช่วยในการประเมินลักษณะการหักในกรณีหักแบบซับซ้อน (complex fracture)</p> <p>2. MRI ซึ่งเมื่อผลการวินิจฉัยแน่ชัดแล้วว่ากระดูกสะโพกหัก แพทย์จะแนะนำทำการรักษาด้วยการผ่าตัดเป็นหลัก</p> <p><b>1.8 การตรวจทางห้องปฏิบัติการ</b></p> <p>การตรวจเลือด และปัสสาวะเพื่อหาความผิดปกติอันจะก่อเกิดภาวะแทรกซ้อนและเป็นการวินิจฉัยผู้ป่วยเพื่อเตรียมพร้อมสำหรับ แผนการรักษาต่อเนื่อง เช่น การผ่าตัด</p> <p><b>1.9 การรักษา</b></p> <p>การรักษาภายใน 48 ชั่วโมง ช่วยลดภาวะแทรกซ้อน และระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาล การยึดตรึงกระดูกที่หักทำให้เกิดความมั่นคง ให้ผู้ป่วยสามารถลุกนั่ง และยืนได้เร็วที่สุด แบ่งการรักษา ดังนี้</p> <p>1. การรักษาโดยไม่ผ่าตัด เป็นการรักษาแบบประคับประคอง โดยใช้วิธีการดึงถ่วงกระดูกแบบการใส่เครื่องดึงให้ติดกับผิวหนัง (Skin traction) โดยใช้น้ำหนักในการถ่วงดึงประมาณ 2-3 กิโลกรัม เพื่อลดการบาดเจ็บของเนื้อเยื่ออ่อน การหดเกร็งตัวของกล้ามเนื้อ และกระตุ้นการไหลเวียนเลือดที่ไปเลี้ยงหัวกระดูกต้นขา การรักษาด้วยวิธีนี้ส่วนใหญ่ทำในผู้สูงอายุที่มีภาวะแทรกซ้อนทางอายุรกรรม เช่น โรคของระบบหัวใจและหลอดเลือดหรือในกรณีที่ไม่ผ่าตัด</p>	<p>- ผู้ป่วยเคสกรณีศึกษา ไม่มีการตรวจพิเศษอื่น ๆ</p> <p>- ผู้ป่วยได้รับการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ CBC, BUN, Cr, PT, INR ค่าผลตรวจก่อนผ่าตัด อยู่ในเกณฑ์ปกติ</p> <p>- ECG แรกรับ มี PVC ซึ่งสามารถพบได้เมื่อมีอาการปวด และโรคร่วมความดันโลหิตสูง อายุมาก และแพทย์ยังไม่ให้การรักษา</p>

ทฤษฎี	กรณีศึกษา
<p>2. การรักษาโดยการผ่าตัด ในผู้สูงอายุ กระดูกสะโพกหักที่ได้รับการประเมินภาวะสุขภาพ และการตรวจวินิจฉัยว่ามีความพร้อม ควรทำการรักษาด้วยการผ่าตัดโดยเร็วที่สุด เพื่อช่วยป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน และจำช่วยทำให้ผู้ป่วยสามารถลุกขึ้นจากเตียงได้เร็ว</p> <p>2.1 การผ่าตัดใส่ข้อสะโพกเทียม ในกรณีที่มีการหักของคอกระดูกต้นขาที่มีภาวะกระดูกพรุนมากจนไม่สามารถใช้เครื่องยึดตรึงกระดูกได้อย่างมั่นคง วิธียึดข้อสะโพกเทียมกับกระดูกมี 2 วิธี ขึ้นอยู่กับสภาพกระดูกสะโพกของผู้ป่วย และดุลยพินิจของแพทย์ ได้แก่</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. การใช้ซีเมนต์ชนิดพิเศษที่ใช้สำหรับยึดกระดูกกับข้อเทียมเพื่อเพิ่มความแข็งแรงกระดูก (Cemented Implant)</li> <li>2. การยึดข้อเทียมกับกระดูกโดยไม่ใช้ซีเมนต์ ซึ่งกรณีนี้ข้อเทียมจะมีพื้นผิวแบบขรุขระ เนื้อกระดูกจะฝังตัวเข้าที่พื้นผิวนี้ (Cementless Implant) เพื่อให้เกิดการยึดเกาะระหว่างแกนข้อสะโพก กับกระดูกผู้ป่วยโดยตรง ผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่ต้องรับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมจะมีอายุระหว่าง 60-80 ปี ข้อบ่งชี้สำหรับการผ่าตัดขึ้นอยู่กับ ความรุนแรงของโรค ความเจ็บปวด ความทุพพลภาพ และสุขภาพทั่วไปของผู้ป่วยข้อสะโพกเทียม อาจมีความทนทานต่อการใช้งานในผู้ป่วยแต่ละคนไม่เท่ากัน ทั้งนี้มีปัจจัยหลายอย่างที่เป็นสาเหตุ เช่น กิจกรรมในชีวิตประจำวันของผู้ป่วย น้ำหนักตัว เทคนิคการผ่าตัดของแพทย์โดยทั่วไปข้อสะโพกเทียมมีอายุการใช้งานเฉลี่ยประมาณ 20-25 ปี ถ้าได้รับ</li> </ol>	<p>- ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยวิธีผ่าตัด ผ่าตัด Cemented Bipolar Hemiarthroplasty Left Femur เนื่องจากแพทย์มีความเห็นว่า ผู้ป่วยสูงอายุ และมีภาวะกระดูกพรุน การใช้ซีเมนต์ชนิดพิเศษที่ใช้สำหรับยึดกระดูกกับข้อเทียม จะช่วยเพิ่มความแข็งแรงกระดูก ดีกว่าการผ่าตัดใส่เหล็กยึดตรึงกระดูก และหลังผ่าตัดสามารถเดินลงน้ำหนักได้เลย</p>

ทฤษฎี	กรณีศึกษา
<p>ถ้าได้รับการผ่าตัดโดยแพทย์ผู้ชำนาญการ และไม่มีภาวะแทรกซ้อน</p> <p>การผ่าตัดข้อสะโพกเทียม สามารถผ่าตัดได้ทั้งด้านหลัง ด้านข้าง และด้านหน้า การผ่าตัดด้านหลัง (Posterior approach) พบว่าเป็นที่นิยมของแพทย์ส่วนใหญ่ เนื่องจากผ่าตัดได้ง่าย ผลปกติหรือเล็กก็ได้ แต่จำเป็นต้องตัดกล้ามเนื้อบางส่วน จำเป็นต้องระวังไม่ให้เกิดอันตราย กับเส้นเลือดเส้นประสาท อีกการผ่าตัดหนึ่งที่ยิยม คือ การผ่าตัดเข้าด้านหน้า (direct anterior approach) ไม่ได้ตัดกล้ามเนื้อ ส่งผลให้เนื้อได้รับบาดเจ็บน้อย อาการปวดหลังผ่าตัดน้อย แต่การปฏิบัติตัวของทั้ง 2 วิธีแตกต่างกัน การผ่าตัดด้านหลัง ผู้ป่วยต้องนอนหงาย ห้ามหุบขา ต้องมีหมอนกั้นระหว่างขาตลอดเวลา ตะแคงตัว เสี่ยงต่อสะโพกเคลื่อนหลุดง่าย ส่วนการผ่าตัดเข้าทางด้านหน้า ผู้ป่วยไม่ต้องกางขา นอนหุบขาได้ หรือในท่าปกติ การดูแลผู้สูงอายุจะทำได้ง่ายกว่า อย่างไรก็ตามก็ต้องอยู่ที่แพทย์ที่ทำผ่าตัด</p> <p>2.2 การผ่าตัดเพื่อการยึดตรึงกระดูกไว้ภายใน เป็นการยึดตรึงกระดูกที่หักชั่วคราว คือ ให้กระดูกอยู่หนึ่ง จัดเรียงกระดูกให้เข้าที่ เพื่อให้เกิดการติดตามธรรมชาติ</p> <p>1.10 ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม</p> <p>ระยะหลังผ่าตัดในระยะแรก ๆ (postoperative complications) เป็นระยะที่จำเป็นต้องมีผู้ดูแล ผู้ดูแลมีความสำคัญกับผู้ป่วยอย่างมาก เพราะเสี่ยงต่อการเกิดการหกล้มซ้ำ และสะโพกเคลื่อนหลุดได้ ส่วนใหญ่สามารถป้องกันได้</p>	<p>กรณีศึกษา</p> <p>- ผู้ป่วยผ่าตัดเข้าทางด้านหลัง (Posterior approach)</p> <p>- ผู้ป่วยเคสกรณีศึกษา ไม่มีภาวะแทรกซ้อนในระหว่างผ่าตัด และหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม</p> <p>- แต่ผู้ป่วยมีภาวะสับสนเฉียบพลันใน 4 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด</p>

ทฤษฎี	กรณีศึกษา
<p>ถ้าผู้ดูแลผู้ป่วย มีความเข้าใจ ภาวะแทรกซ้อนในช่วงนี้ที่พบได้บ่อย ได้แก่</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. การเกิดการเคลื่อนหลุดของข้อสะโพกเทียมในระยะ 3 เดือนแรกหลังผ่าตัด</li> <li>2. การเกิดลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำ</li> <li>3. การบาดเจ็บของเส้นประสาทภายหลังผ่าตัด มักเกิดจากการกดทับจากภายนอก เช่น การพันผ้าไปทับเส้นประสาท หรือ มีการวางขาบิดราบไปกับเตียง</li> <li>4. กระดูกไม่ติด (nonunion) เป็นภาวะแทรกซ้อน ที่อาจพบได้ภายหลังผ่าตัด นานกว่า 6 เดือน</li> </ol> <p><b>2. โรคกระดูกพรุน</b></p> <p>โรคที่มีความหนาแน่นของกระดูกลดลง ความแข็งแรงกระดูกลดลง บางลง เนื่องจากการสูญเสียแคลเซียมที่สะสมในกระดูกโรคนี้อาจไม่ก่อให้เกิดความเจ็บปวด นอกจากกระดูกแตกหรือหัก แต่ทำให้เกิดกระดูกหักง่าย พบมากในเพศหญิง พบได้บ่อยบริเวณกระดูกสะโพก สันหลัง และข้อมือ รวมทั้งยังสามารถเกิดได้กับกระดูกส่วนอื่นๆ ของร่างกายอีกด้วย สาเหตุที่พบได้บ่อยของการเกิดโรคกระดูกพรุน</p> <p><b>2.1 พยาธิสรีรวิทยา</b></p> <p>calcium hydroxyapatite ทำให้กระดูกมีความแข็งแรง ในระหว่างการสร้างกระดูก osteoblast บางส่วนจะเข้าไปแทรกในเนื้อกระดูกแล้วเปลี่ยนเป็น osteocyte และสร้างเครือข่ายเชื่อมกันระหว่างเซลล์เป็นร่างแหต่อไป กระบวนการสร้างกระดูกนี้ใช้เวลาประมาณ 3-6 เดือน และการ</p>	

ทฤษฎี	กรณีศึกษา
<p>สะสมแร่ธาตุจะเพิ่มได้มากที่สุด ในช่วงระยะเวลาประมาณ 3 ปี จะเห็นได้ว่าหากมีสิ่งใดมารบกวนสมดุลในกระบวนการปรับแต่งกระดูกนี้ เช่น กระตุ้นการทำงานของ osteoclast หรือขัดขวางการทำงานของ osteoblast หรือทำให้กระบวนการสะสมแร่ธาตุ เกิดได้ไม่เต็มที่ ย่อมมีผลทำให้ ความแข็งแรงของกระดูกลดน้อยลง และนำไปสู่โรคกระดูกพรุน</p> <p><b>2.2 ปัจจัยหรือสาเหตุที่ทำให้เป็นโรคกระดูกพรุน</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. มีประวัติครอบครัวเป็นโรคกระดูกพรุน</li> <li>2. ชาวผิวขาวหรือเชื้อชาติชาวเอเชีย</li> <li>3. ขาดวิตามินดีหรือแคลเซียม</li> <li>4. ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์หรือเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีนเป็นประจำ</li> <li>5. สูบบุหรี่</li> <li>6. น้ำหนักลดลงอย่างรวดเร็ว เนื่องจาก โหมออกกำลังกายหรืออดอาหาร</li> <li>7. ใช้น้ำยาสเตียรอยด์เกินขนาด</li> <li>8. ภาวะฮอร์โมนไม่สมดุล เช่น โรคต่อมไทรอยด์ เป็นโรคเรื้อรัง เช่น โรคตับ โรคทางเดินอาหารผิดปกติ</li> </ol> <p><b>2.3 อาการ</b></p> <p>โรคนี้จะไม่ก่อให้เกิดความเจ็บปวด นอกจากกระดูกแตกหรือหัก มีมวลกระดูกลดลง ร่วมกับมีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้าง และความแข็งแรงของกระดูก ทำให้เกิดกระดูกหักง่าย เมื่อกระดูกหัก ทำให้ผู้ป่วยปวด จึงต้องการรักษาในโรงพยาบาล</p>	<p>กรณีศึกษา</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ผู้สูงอายุ 88 ปี</li> <li>- เคยมีประวัติกระดูกสะโพกขวาหัก</li> <li>- Hyperthyroidism ต่อมไทรอยด์เป็นภาวะฮอร์โมนไม่สมดุล ทำให้เกิดภาวะของโรคกระดูกพรุนได้- ผู้ป่วยมีความแข็งแรงของกระดูกลดลง เมื่อหกล้มจึงเกิดกระดูกหักได้ง่าย</li> </ul>

ทฤษฎี	กรณีศึกษา
<p><b>2.4 การวินิจฉัยโรคกระดูกพรุน</b></p> <p>เมื่อผู้ป่วยเกิดกระดูกหักโดยไม่ได้อุบัติเหตุรุนแรง ควรสงสัยว่าอาจ มีการเกิดกระดูกหักจากภาวะกระดูกพรุน การซักประวัติ ตรวจร่างกายรวมถึงการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการเป็นสิ่งสำคัญในการหาสาเหตุของภาวะกระดูกพรุน ปัจจุบันแพทย์สามารถวินิจฉัยโรคกระดูกพรุนได้ โดยการวัดความหนาแน่นของเนื้อกระดูก (BMD) Bone mineral density การตรวจนี้จะใช้แสงเอ็กซเรย์ ที่มีปริมาณน้อยมาก ส่งบริเวณที่ต้องการตรวจ แล้วใช้คอมพิวเตอร์ (DEXA) คำนวณหาค่าความหนาแน่นของกระดูก เปรียบเทียบกับค่ามาตรฐาน หากความหนาแน่นของกระดูกลดลง 1 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation, SD) ความเสี่ยงต่อกระดูกหักจะเพิ่มขึ้นเป็นเท่าแม้จะมีการตรวจโดยวัดความหนาแน่นของกระดูกแล้ว ยังต้องมีปัจจัยอื่นๆ ร่วมด้วยในการการวินิจฉัย</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. จากการซักประวัติ <ol style="list-style-type: none"> <li>1.1 กลไกการเกิดกระดูกหัก ได้รับอุบัติเหตุรุนแรงหรือไม่</li> <li>1.2 อาการเกี่ยวกับโรคกระดูก เช่น เสียฟัน ฟันกร่อน ปวดกระดูก ปวดหลัง ปวดข้อ ต่อเวลาเดิน</li> <li>1.3 ประวัติกระดูกหักในอดีต</li> <li>1.4 ประวัติกระดูกหักในครอบครัว โดยเฉพาะอย่างยิ่งกระดูกสะโพก</li> <li>1.5 โรคประจำตัวเดิม โรคร่วมทางอายุรกรรมต่างๆ</li> <li>1.6 ประวัติประจำเดือน อายุทั้งหมด ประจำเดือน การผ่าตัดมดลูก หรือรังไข่</li> </ol> </li> </ol>	<p>- การตรวจวินิจฉัยทางรังสีวิทยา ท่า AP และ lateral cross table พบมีความหนาแน่นของกระดูกลดลง</p> <p>- มีประวัติเคยหกล้ม กระดูกสะโพกข้างขวาหัก</p> <p>- มีโรคความดันโลหิตสูง ได้รับยารับประทาน</p> <p>- วัยหมดประจำเดือน</p> <p>- ไม่ค่อยได้รับแสงแดดนาน ๆ</p>

ทฤษฎี	กรณีศึกษา
<p>บุหรี</p> <p>1.7 ยาที่ใช้ประจำ การดื่มเหล้า สูบ</p> <p>1.8 กิจกรรมทางกาย การออกกำลังกาย การตากแดด ลักษณะการสวมใส่ เสื้อผ้ามีดซิดรวมทั้ง การทาครีมกันแดด</p> <p>1.9 ภาวะโภชนาการ การรับประทานอาหารที่มีส่วนประกอบของ แคลเซียมและวิตามินดี</p> <p>1.10 ประวัติการหกล้มปัจจัยเสี่ยงต่อการหกล้ม สายตา การมองเห็น ลักษณะบ้านที่ส่งผลต่อการหกล้ม</p> <p>2. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ</p> <p>2.1 การตรวจทางห้องปฏิบัติการพื้นฐาน เช่น Complete blood count (CBC), BUN, creatinine, liver function test, Serum calcium, phosphate, albumin, alkaline phosphatase</p> <p>2.2 การส่งตรวจพิเศษทางห้องปฏิบัติการเฉพาะโรค พิจารณาตามความเหมาะสมเฉพาะรายที่สงสัยเช่น thyroid function test, intact parathyroid, 25-hydroxy vitamin D level</p> <p>2.3 การตรวจมวลกระดูก (Bone mineral density: BMD)</p> <p>2.5 เกณฑ์วินิจฉัยโรคกระดูกพรุน (Osteoporosis)</p> <p>T-score &gt;-1 SD แสดงว่า กระดูกปกติ (Normal)</p> <p>T-score -2.5 to -1.0 SD แสดงว่า กระดูกบาง (Osteopenia)</p>	



ทฤษฎี	กรณีศึกษา
<p>T-score <math>\leq</math> -2.5 SD แสดงว่า กระดูกพรุน (Osteoporosis)</p> <p>T-score <math>\leq</math> -2.5 SD ร่วมกับมีกระดูกหักจากความเปราะบาง แสดงว่ากระดูกพรุนอย่างรุนแรง (Severe Osteoporosis)</p> <p><b>2.6 การรักษาโรคกระดูกพรุน (Medical treatment of Osteoporosis)</b></p> <p>เป้าหมายในการรักษาโรคกระดูกพรุน คือ การป้องกันการเกิดกระดูกหักจากความเปราะบาง (Fragility fractures or low trauma fractures) และลดความเสี่ยงต่อการเกิดกระดูกหัก(Reduced fracture risk) การรักษาประกอบด้วย การให้ยา การหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงที่จะทำให้หกล้มหรือบาดเจ็บ</p> <p>1. การรักษาด้วยยา</p> <p>1.1 Calcitonin ช่วยป้องกันการสูญเสียของมวลกระดูก ลดอุบัติการณ์กระดูกสันหลังหักบรรเทาอาการปวดได้</p> <p>1.2 Bisphosphonates ยับยั้งการสลายกระดูกได้ ช่วยลดความเสี่ยงต่อกระดูกสันหลังยุบ แต่มีข้อควรระวัง คือมีโอกาสที่จะเกิดแผลที่หลอดเลือดอาหาร</p> <p>2. การรักษาไม่ใช้ยา ประกอบด้วย</p> <p>2.1 การออกกำลังกาย</p> <p>2.2 การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ได้แก่ การงดสูบบุหรี่ แอลกอฮอล์ กาแฟ น้ำอัดลม และควรได้รับแคลเซียม และวิตามินดีปริมาณที่เพียงพอ</p> <p><b>3. ภาวะสับสนเฉียบพลัน</b></p> <p>ภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุ (Delirium) เป็นความผิดปกติทางระบบประสาทที่ส่งผลให้เกิด</p>	

ทฤษฎี	กรณีศึกษา
<p>การเปลี่ยนแปลงระดับความรู้สึกตัว ระดับความรู้คิด และความสามารถของสมองโดยรวมอย่างเฉียบพลัน ผู้สูงอายุมักไม่ให้ความสนใจกับการตอบคำถาม ถูกเบี่ยงเบนความสนใจได้ง่าย อาจจะวุ่นวายหรือซึ่มหลับมากก็ได้ อาการมักเป็นๆ หาย ๆ มักเป็นช่วงพลบค่ำ หรือกลางคืน ภาวะนี้เป็นภาวะเร่งด่วน ควรรีบไปพบแพทย์เพื่อสืบค้นสาเหตุ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องได้รับการรักษาถูกต้อง ทันทีเพราะถ้าไม่ได้รับการรักษา การทำงานของสมอง จะเกิดแบบถาวรนำไปสู่ภาวะสมองเสื่อม และเพิ่มอัตราการตายได้</p> <p><b>3.1 พยาธิสรีรวิทยา</b></p> <p>พยาธิสรีรวิทยาที่ทำให้เกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน ยังไม่รู้สาเหตุที่แน่ชัด แต่เชื่อว่าภาวะสับสนเฉียบพลัน เกิดจากกลไก 4 ประการ ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ความไม่สมดุลของสารสื่อประสาท</li> <li>2. กระบวนการอักเสบภาวะสับสนเฉียบพลันมักสัมพันธ์กับการเจ็บป่วยทางกาย ซึ่งมีการหลั่งสารที่เกี่ยวข้องกับการอักเสบทำให้เลือดไหลสู่สมองลดลง</li> <li>3. ปฏิกริยาออกซิเดชันในสมองลดลง ทำให้เมตาบอลิซึมในสมองลดลง</li> <li>4. การเปลี่ยนแปลงระดับกรดอะมิโน ได้แก่ Tryptophan และ Phenylalanine พบว่ากรดอะมิโนทั้ง 2 ชนิดมีมากกว่าปกติ ทำให้ระดับสารสื่อประสาท dopamine และ norepinephrine ในสมองสูงผิดปกติ นำไปสู่การเกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน</li> </ol> <p><b>3.2 สาเหตุ</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ได้รับยาบางชนิด เช่น ยาแก้แพ้ ลดน้ำมูกยาแก้ปวด ยาคลายกล้ามเนื้อ ยานอนหลับ ยา</li> </ol>	<p>สาเหตุและปัจจัยที่ทำให้สับสน</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. มีกระบวนการอักเสบบริเวณต้นขาซ้าย ขาขวามัดึง กัดเจ็บ มีอาการปวด เคลื่อนไหวร่างกายได้น้อย</li> </ol>

ทฤษฎี	กรณีศึกษา
<p>รักษาโรคซึมเศร้า ยารักษาโรคพาร์กินสัน ยารักษาโรคจิตเภท ยิ่งได้รับยาหลายชนิดยิ่งมีความเสี่ยงสูง</p> <p>2. หยุดสุราหรือหยุดยาบางชนิดกะทันหัน (กรณีติดสุราหรือติดยานั้น ๆ แล้ว)</p> <p>3. มีการติดเชื้ หรือการเจ็บป่วยเฉียบพลันอื่นๆ เช่น โรคหลอดเลือดในสมอง ภาวะขาดออกซิเจน ภาวะช็อก ภาวะสมดุลเกลือแร่ผิดปกติ ภาวะน้ำตาลในเลือดสูงหรือต่ำเกินไป ภาวะซีด หรือ ภาวะขาดน้ำ สาเหตุอื่น ๆ เช่น ความเจ็บปวด ท้องผูก การใส่สายสวนปัสสาวะ การใช้อุปกรณ์เหนี่ยวรั้งผู้ป่วย การเปลี่ยนสถานที่ หรือเปลี่ยนผู้ดูแล การอดนอนนาน ๆ เป็นต้น</p> <p><b>3.3 ปัจจัยส่งเสริมที่ทำให้เกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน</b></p> <p>1. ผู้สูงอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไป</p> <p>2. มีภาวะสมองเสื่อม หรือโรคสมองอื่น ๆ</p> <p>3. เคยมีอาการสับสนเฉียบพลันมาก่อน</p> <p>4. มีอารมณ์ซึมเศร้า</p> <p>5. มีการมองเห็น หรือการได้ยินผิดปกติ</p> <p>6. การถูกจำกัดการเคลื่อนไหว</p> <p>7. การได้รับกิจกรรมจากการรักษาพยาบาลบ่อยครั้ง ย้ายที่นอนหรือเตียงบ่อย ๆ ถูกรบกวนจากแสง เสียง กลิ่น</p> <p>8. สูญเสียความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง</p> <p>9. ติดสุรา</p>	<p>2. ภาวะสมดุลเกลือแร่ผิดปกติ</p> <p>3. ภาวะขาดออกซิเจน</p> <p>4. ภาวะซีด</p> <p>5. ความเจ็บปวด</p> <p>6. ท้องผูก</p> <p>7. การใส่สายสวนปัสสาวะ</p> <p>8. การเปลี่ยนสถานที่</p> <p>9. เสียงดังจากอุปกรณ์ และรถต่าง ๆ ในการให้การพยาบาลผู้ป่วย</p> <p>10. การพักผ่อนไม่เพียงพอ หลับ ๆ ตื่น ๆ สาเหตุที่เกิดในผู้ป่วย</p> <p>1. ผู้ป่วยสูงอายุ</p> <p>2. มีอาการปวดสะโพกข้างซ้าย</p> <p>3. Neutrophil สูงกว่าปกติ Lymphocyte ต่ำกว่าปกติ ตั้งแต่แรกเริ่ม แสดงว่า เนื้อเยื่อได้รับบาดเจ็บ มีการอักเสบที่สะโพกซ้าย สะโพกบวมตึง</p> <p>4. ผู้ป่วยท้องผูก 3 วันนับตั้งแต่มานอนโรงพยาบาล</p> <p>5. เสียเลือดในห้องผ่าตัด 350 cc</p> <p>6. Hct 25.9 %</p> <p>7. ระยะเวลาการผ่าตัดสะโพก 2 ชั่วโมง 10 นาที</p> <p>8. ได้รับยาระงับความรู้สึกทางไขสันหลัง (Spinal Block with Morphine)</p> <p>9. ย้ายเตียงนอนจากล้อค 1 ย้ายเข้าใกล้ nurse station เพื่อ monitoring อาการผู้ป่วยหลังผ่าตัดอย่างใกล้ชิด</p> <p>10. สิ่งแวดล้อมเสียงดัง โดยรถพยาบาลในการให้การพยาบาล</p>

ทฤษฎี	กรณีศึกษา
<p>10. มีโรคประจำตัวรุนแรง หรือเจ็บป่วยในระยะสุดท้ายและได้รับยาหลายชนิดกลุ่ม antibiotic anticholinergic, antihypertensive, steroids</p> <p><b>3.4 อาการแสดงของภาวะซึมเศร้าเฉียบพลัน</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. การเปลี่ยนแปลงระหว่างวัน (Acute onset with fluctuating)</li> <li>2. อาการขาดสมาธิ (Attention deficits) ผู้ป่วยขาดความสนใจ ไม่จดจ่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง ไม่ใส่ใจต่อสิ่งแวดล้อม</li> <li>3. สูญเสียกระบวนการความคิดเป็นระบบ (Disorganized thinking) ไม่สามารถทำตามขั้นตอนได้ อ่านหนังสือไม่เข้าใจ</li> <li>4. ความผิดปกติของวงจรการหลับการตื่น (Disturbed sleep wake cycle) รับรู้กลางวัน กลางคืนผิดปกติ กลางวันนอนมาก พลบค่ำจะตื่นมีอาการสับสน อยู่ไม่สุข เออะอะไววาย ก้าวร้าว ก่อความวุ่นวาย</li> <li>5. สูญเสียความจำระยะสั้น (Disorientation and memory impairment) ผลจากการขาดสมาธิ และระบบความคิด หรือประมวลข้อมูลของสมองเสียไป</li> <li>6. สูญเสียการรับรู้สภาวะแวดล้อม (Perceptual disturbances) หลงผิด เห็นภาพหลอน แปลภาพผิด</li> <li>7. ความผิดปกติของภาษา (Language disorder) เขียนหนังสือผิด เขียนซ้ำๆ ไม่ต่อเนื่อง</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>11. ถูกจำกัดกิจกรรมบนเตียง ยังไม่สามารถเดินได้</li> <li>12. อุปรณ์หลังผ่าตัด เช่น สายเลือดจากแผลสารให้น้ำทางหลอดเลือดดำ สายสวนปัสสาวะ</li> <li>13. ผู้ป่วยมีอาการอาเจียนวันละ 2-3 ครั้ง รับประทานอาหารได้น้อย 2-3 คำ</li> <li>14. มีภาวะ Hyponatremia Hypokalemia Sodium 128 mEq /L Potassium 3.2 mmol</li> </ol> <p>ผู้ป่วยมีอาการ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. มีภาวะสับสน ไม่สามารถบอก วัน เวลา ได้</li> <li>2. มีการสูญเสียกระบวนการความคิด ไม่สามารถทำตามสั่งได้ หรือตอบคำถามได้</li> <li>3. มีความวุ่นวาย เออะอะไววาย พูดคนเดียว พยายามดึงสายอุปกรณ์ต่าง ๆ หลังผ่าตัด</li> <li>4. มีพฤติกรรมตื่นตัว ไม่อยู่นิ่ง ผุดลุกผุดนั่งตลอดเวลา ปีนเตียง</li> </ol> <p>อาการสับสนของผู้ป่วยค่อย ๆ ลดลงจนถึงวันจำหน่าย</p>

ทฤษฎี	กรณีศึกษา
<p>8. ความผิดปกติด้านอารมณ์ และพฤติกรรม (Altered emotion and behaviors) ก้าวร้าว พุดมาก พุดหยาบคาย</p> <p>9. การเปลี่ยนแปลงด้านการเคลื่อนไหว (Altered psychomotor activity) พบด้านทั้งชนิดว่างซึมหรือเคลื่อนไหวตอบสนองลดลง (Hypoactive) และชนิดตื่นตัว กระสับกระส่าย กระวนกระวาย (Hyperactive) ผู้ป่วยอาจมีอาการผิดปกติชนิดใดชนิดหนึ่ง หรือเป็นได้ทั้ง 2 แบบสลับกัน</p> <p><b>3.5 การป้องกันไม่ให้เกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน</b></p> <p>1. สังเกตอาการของผู้ป่วยและแจ้งให้แพทย์ทราบหากพบความผิดปกติใด ๆ</p> <p>2. พยายามกระตุ้นให้ผู้ป่วยซึ่งติดเตียงหรือผู้ป่วยที่เคลื่อนไหวลำบากขึ้นนั่งบ้าง</p> <p>3. สิ่งแวดล้อมเงียบ เสียง กลิ่น การหลีกเลี่ยงการเข้าพยาบาลบ่อย</p> <p>4. คอยกระตุ้นเตือนวันและเวลาและควรจัดตารางกิจวัตรประจำวัน ให้ผู้สูงอายุทำเป็นปกติ ไม่ควรเปลี่ยนแปลงกิจกรรมบ่อย เพื่อไม่ให้ผู้สูงอายุสับสน</p> <p>5. ส่งเสริมให้ใช้แว่นสายตาหรือเครื่องช่วยฟัง ในผู้ที่มีปัญหาทางสายตาหรือการได้ยิน</p> <p>6. ควรได้รับแสงแดดอ่อนๆ ในช่วงกลางวัน มีการออกกำลังกายอย่างเหมาะสม</p> <p>7. หลีกเลี่ยงการนอนกลางวันนาน ๆ จัดห้องนอนให้มืด เงียบ อุณหภูมิเหมาะสม เพื่อช่วยให้นอนหลับดี</p>	<p>การลด และป้องกันไม่ให้เกิดภาวะสับสนเฉียบพลันมากขึ้น</p> <p>1. ประเมินหาสาเหตุ/ปัจจัยการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน</p> <p>2. เพิ่มความเข้มข้นของเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ</p> <p>3. ดูแลเรื่องความเจ็บปวดของแผลผ่าตัด</p> <p>4. กระตุ้นให้ผู้ป่วยทำกิจกรรมด้วยตัวเอง</p> <p>5. ดูแลเรื่องสารน้ำเพียงพอ และยาปฏิชีวนะเพื่อลดการอักเสบ</p> <p>6. ดูแลเรื่องยาเดิมให้ต่อเนื่อง หลีกเลี่ยงยานอนหลับ หรือ ยากลุ่ม opioil</p> <p>7. กระตุ้นให้ผู้ป่วย ลุกนั่ง เดิน หรือมีการเคลื่อนไหวร่างกายบ่อย ๆ</p> <p>8. ดูแลเรื่องขับถ่าย สอนอุจจาระ และดูแลให้ยาขับถ่ายก่อนนอนทุกวัน</p> <p>9. ดูแลแสงสว่างให้เพียงพอ</p> <p>10. หลีกเลี่ยงการนอนกลางวัน</p>

ทฤษฎี	กรณีศึกษา
<p>8. จำกัดปริมาณการใช้ยาที่อาจมีผลข้างเคียงทำให้เกิดอาการแพ้</p> <p>9. ดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ครบถ้วน</p> <p>10. หลีกเลี่ยงการผูกมัดผู้ป่วยโดยไม่จำเป็น</p> <p>11. หากผู้สูงอายุมีอาการผิดปกติ เช่น สับสน ซึมหลับ เอะอะโวยวาย มีไข้ ควรรีบพามาพบแพทย์</p> <p><b>3.6 ภาวะแทรกซ้อนจากการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน</b></p> <p>การเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันเป็นภาวะแทรกซ้อน ซึ่งเป็นสาเหตุการตาย และภาวะทุพพลภาพ โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จากอาการเจ็บป่วยทั่วไป และจะมีความเสี่ยงเพิ่มขึ้น ในผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัด โดยพยาธิสรีรวิทยาของภาวะสับสนเฉียบพลัน ยังไม่เป็นที่ทราบแน่ชัด เมื่อผู้ป่วยสูงอายุเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันแล้วทำให้เกิดผลกระทบทั้งในระยะสั้นและระยะยาว ระยะสั้น</p>	<p>11. แจ้งวัน เวลา ให้ผู้ป่วยรับรู้ ในแต่ละวัน</p> <p>12. พิจารณาในการคาสายสวนปัสสาวะ</p> <p>13. ดูแลแนะนำญาติที่คุ้นเคยมาเยี่ยมบ่อยๆ</p> <p>14. ดูแลให้สวมแว่นสายตาได้ตามปกติ</p> <p>ภาวะแทรกซ้อนจากการสับสน</p> <p>1. ผู้ป่วยไม่ทำตามสั่ง ไม่นอนกางขา</p> <p>2. ผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรม ทำให้การเคลื่อนไหวร่างกาย การลุกจากเตียง การนั่ง และการฝึกเดินช้ากว่าปกติ</p> <p>3. ความสามารถในการช่วยเหลือตนเองลดลง</p>
<p>เช่น</p> <p>1. เพิ่มอัตราการตายภายหลังการผ่าตัด เพราะหาสาเหตุไม่ได้ทันท่วงที ไม่ได้รับการรักษา เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน</p> <p>2. ความสามารถในการช่วยเหลือตนเองลดลง ไม่ร่วมมือในการทำกิจกรรม ทำให้เกิดแผลกดทับ อาจเกิดการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ ปอดอักเสบ จากการเคลื่อนไหวร่างกายน้อย เป็นต้น</p>	

ทฤษฎี	กรณีศึกษา
<p>3. มีระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาลเพิ่มขึ้น ระยะยาวที่ผู้ป่วยไม่ได้รับการรักษาให้หายขาดในระยะ 1 ปี ทำให้มีภาวะสมองเสื่อมตามมาได้</p> <p>4. เพิ่มระดับความเครียดให้กับผู้ดูแล ทั้งมีค่าใช้จ่าย ร่องรอยความพิการที่หลงเหลืออยู่ ต้องทำกายภาพบำบัด เข้าออกโรงพยาบาลบ่อย เพิ่มค่าใช้จ่ายสูงขึ้น</p> <p>ต้องได้รับการดูแลพิเศษต่อที่บ้านภายหลังจำหน่าย ซึ่งพยาบาลมีบทบาทสำคัญ ในการดูแลและป้องกันการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน ในผู้ป่วยสูงอายุหลังผ่าตัด พยาบาลต้องมีทักษะในการประเมิน ผู้ป่วยสูงอายุให้ครอบคลุม ทั้งการป้องกันและการดูแลผู้ป่วยสูงอายุ ที่มีภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัด</p> <p><b>3.7 ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม ที่มีภาวะสับสนเฉียบพลัน</b></p> <p>การกลับมาโรงพยาบาลซ้ำ ด้วยการหกล้ม ข้อสะโพกเคลื่อนหลุด ผู้ป่วยไม่ยอมทำตามสั่ง ไม่ทำกิจวัตรประจำวัน ไม่เคลื่อนไหวร่างกาย ปอดอักเสบ ปอดแฟบ แผลกดทับ การติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ ถ้าอาการไม่ได้รับการดูแลต่อเนื่อง มีโอกาสเป็น Dementia ได้ หรือทำให้เสียชีวิตได้จากภาวะติดเชื้อ หรือจากภาวะแทรกซ้อนที่ตามมา</p> <p><b>4. ความดันโลหิตสูง (Hypertension)</b></p> <p>เป็นภาวะที่พบบ่อย บางรายอาจมีภาวะดังกล่าวมานานหลายปี โดยไม่แสดงอาการ อย่างไรก็ตาม แม้จะไม่แสดงอาการ แต่สร้างความเสียหายต่อหลอดเลือด และหัวใจ</p> <p>ความดันโลหิตสูงแบ่งได้เป็น 2 ประเภท ได้แก่</p>	<p>กรณีศึกษา</p> <p>- ผู้ป่วยยังมีภาวะสับสนเฉียบพลันหลงเหลืออยู่เพื่อการดูแลต่อเนื่อง และป้องกันการเคลื่อนหลุดข้อสะโพกเทียม การหกล้มซ้ำ และการกลับมาโรงพยาบาลซ้ำ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. แนะนำผู้ดูแล ดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดขณะผู้ป่วยเดินด้วย Walker</li> <li>2. แนะนำผู้ดูแลจัดสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัย สิ่งของให้เป็นระเบียบ แสงสว่างให้เพียงพอ พื้นไม่ลื่น ห้องน้ำควรเป็นชักโครก และในห้องน้ำควรมีราวจับ รองเท้าต้องไม่ลื่น และควรประเมินผู้ป่วยก่อนลุก เดินทุกครั้ง</li> <li>3. แนะนำข้อห้ามหลังผ่าตัดข้อสะโพกเทียม</li> </ol>

ทฤษฎี	กรณีศึกษา
<p>1. Primary Hypertension ความดันโลหิตสูงประเภทนี้ส่วนใหญ่จะพัฒนาขึ้นในช่วงหลายปี</p> <p>2. Secondary Hypertension ความดันโลหิตสูง ประเภทนี้เกิดจากสภาวะสุขภาพพื้นฐาน โดยจะปรากฏขึ้นอย่างกระทันหัน</p> <p><b>4.1 สาเหตุที่ทำให้เกิดโรคความดันโลหิตสูง</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ปัญหาภาวะหยุดหายใจขณะหลับจากการอุดกั้น</li> <li>2. โรคไต</li> <li>3. เนื้องอกที่ต่อมหมวกไต</li> <li>4. โรคต่อมไทรอยด์</li> </ol> <p>แพทย์จะวัดความดันโลหิต โดยใช้เครื่องวัดความดันระดับความดันที่ต่ำกว่า 120/80 มิลลิเมตรปรอทถือว่าอยู่ในระดับปกติ และความดันสูงเล็กน้อยคือ ความดันโลหิตระหว่าง 120/80 - 129/80 มิลลิเมตรปรอท .</p> <p>ความดันโลหิตสูงระยะที่ 1 หากความดันโลหิตอยู่ระหว่าง 130-139/80-89 มิลลิเมตรปรอทถือว่าเป็นความดันโลหิตสูงระยะที่ 1</p> <p>ความดันโลหิตสูงระยะที่ 2 หากความดันโลหิตมีค่าเกินกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอทขึ้นไป ถือเป็นความดันโลหิตสูงชนิดรุนแรง และถือว่าเป็นความดันโลหิตสูงระยะที่ 2</p> <p><b>4.2 ปัจจัยที่ทำให้เกิดความดันโลหิตสูง</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. พันธุกรรม โอกาสจะสูงมากขึ้นเมื่อมีคนในครอบครัวเป็นโรคนี้</li> <li>2. โรคเบาหวาน เพราะก่อให้เกิดการอักเสบตีบแคบของหลอดเลือดต่าง ๆ ทั้งหลอดเลือดของไต</li> </ol>	<p>- ไม่ทราบสาเหตุ การเกิดโรคความดันโลหิตสูง ตรวจพบขณะนอนโรงพยาบาลเมื่อ 2 ปีก่อน ผู้ป่วยรับประทานยา amlodipine 5 mg 1 tab oral pc OD</p> <p>- ผู้ป่วยมีโรคความดันโลหิตสูงในระยะที่ 2 ผู้ป่วยไม่เคยมีอาการแสดงของโรคความดันโลหิตสูงมาก่อน</p>



ทฤษฎี	กรณีศึกษา
<p>3. โรคไตเรื้อรัง เพราะส่งผลถึงการสร้างเอนไซม์ และฮอร์โมนที่ควบคุมความดันโลหิต</p> <p>4. น้ำหนักตัวเกิน และโรคอ้วน เพราะเป็นสาเหตุของโรคเบาหวาน และโรคหลอดเลือดต่าง ๆ</p> <p>5. ภาวะไขมันเกาะผนังหลอดเลือด</p> <p>6. ภาวะหยุดหายใจขณะหลับ (Sleep apnea)</p> <p>7. การขาดการออกกำลังกาย เพราะเป็นปัจจัยเสี่ยงของโรคอ้วน และเบาหวาน</p> <p>8. การรับประทานอาหารเค็มอย่างต่อเนื่อง ตามเหตุผลที่กล่าวไป</p> <p>9. การสูบบุหรี่ เพราะสารพิษในควันบุหรี่ ส่งผลให้เกิดการอักเสบตีบตันของหลอดเลือดรวมทั้งหลอดเลือดหัวใจ และหลอดเลือดไต</p> <p>10. การดื่มแอลกอฮอล์เพราะส่งผลให้หัวใจเต้นแรงกว่าปกติ</p> <p>11. ผลข้างเคียงจากการใช้ยาบางชนิด</p>	
<p><b>4.3 การรักษา</b></p> <p>ก่อนการรักษาแพทย์จะทำการประเมินผู้ป่วยแต่ละราย โดย</p> <p>1. มีการค้นหาสาเหตุ ประเมินพฤติกรรม และปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจ และหลอดเลือด ค้นหาโรคที่มีความสัมพันธ์กับโรคความดันโลหิตสูง และร่องรอยการทำลายของอวัยวะโรคความดันโลหิตสูง รวมทั้งค้นหาโรคหรือภาวะผิดปกติอื่น ๆ ที่มีผลต่อการเลือกใช้ ยาลดความดันโลหิต ทั้งนี้ยังต้องคำนึงถึงชนิดของโรคด้วย เพราะถ้าเป็นโรคความดันโลหิตสูง ชนิดทราบสาเหตุ ผู้ป่วยก็จะมี</p>	

ทฤษฎี	กรณีศึกษา
<p>โอกาสในการรักษาหายได้ มากกว่าชนิดที่ไม่ทราบสาเหตุ</p> <p>2. ส่วนการรักษาโรคความดันโลหิตสูงนั้น แพทย์จะพิจารณาให้การรักษาตามระดับความรุนแรงของโรค ร่วมไปกับการประเมินความเสี่ยง ต่อการเกิดโรคหัวใจ และหลอดเลือดใน 10 ปีข้างหน้า</p> <p><b>กลุ่มยาใช้สำหรับรักษาความดันโลหิตสูง</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ยาขับปัสสาวะกลุ่มไธอะไซด์ไดยูเรติก</li> <li>2. ยาลดความดันโลหิตกลุ่ม ACE inhibitors</li> <li>3. ยากลุ่ม angiotensin-II receptor antagonists</li> <li>4. ยาต้านแคลเซียม (calcium channel blocker)</li> </ol> <p><b>4.4 แนวทางการรักษาและป้องกัน</b></p> <p>การปรับพฤติกรรม เป็นการลด และป้องกันความดันโลหิตสูง และเพื่อป้องกันโรคหัวใจ และหลอดเลือด จากภาวะความดันโลหิตสูง ควรมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม มีดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. บริโภคอาหารควบคุมความดัน หรืออาหารแดชไดเอท (Dietary approaches to stop hypertension-DASH Diet) ซึ่งเป็นวิธีการกินอาหารที่ผู้เชี่ยวชาญ ยกให้เป็นสุดยอดการป้องกันและรักษาโรคนี้โดยการเน้นรับประทานผัก และผลไม้ที่มีกากใยสูง เพราะมีโพแทสเซียมมาก ซึ่งจะส่งผลดีต่อการควบคุมความดัน ผลิตภัณฑ์นมที่มีไขมันต่ำ เมล็ดธัญพืช ถั่วต่างๆ ปลาที่อุดมไปด้วยกรดไขมันที่ดีต่อร่างกายให้มาก ๆ ลดการบริโภคเนื้อสัตว์ใหญ่ (เนื้อแดง) แป้ง น้ำตาล ของหวาน ไขมันอิ่มตัว และคอเลสเตอรอล และลดการบริโภคอาหารเค็มหรือ</li> </ol>	<p>กลุ่มยาที่ใช้สำหรับรักษาความดันโลหิตสูง</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ผู้ป่วยได้รับยากกลุ่ม ยาต้านแคลเซียม (calcium channel blocker) คือ ออกฤทธิ บริเวณหลอดเลือดแดงที่เลี้ยงหัวใจด้วย ผลทำให้หลอดเลือดนั้นคลายตัวจึงสามารถลดยาความดันโลหิต</li> <li>- amlodipine 5 mg 1 tab oral pc</li> </ul> <p>เริ่มรับประทานยาความดันโลหิตสูง ขณะนอนผ่าตัดสะโพกข้างขวาเมื่อ 2 ปี ก่อน</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- แนะนำการปฏิบัติตัว ให้หลีกเลี่ยงอาหารรสเค็ม ไข่เค็ม เนื้อเค็ม ปลาเค็ม กะปิ เป็นต้น</li> </ul>

ทฤษฎี	กรณีศึกษา
<p>โซเดียม เช่น ไข่เค็ม เนื้อเค็ม ปลาเค็ม น้ำพริก กะปิ ปลาร้า หน้าเลียบ อาหารที่ใส่หรือจิ้มเกลือ ของดอง เกลือ น้ำปลา ซีอิ๊ว หรือซอสที่มีรสเค็ม เป็นต้น</p> <p>2. งดการสูบบุหรี่ รวมถึงการใชยาเม็ดยาคูมกำเนิด</p> <p>3. ลดน้ำหนักให้มีดัชนีมวลกาย (BMI) น้อยกว่า 25 กก./ม.2 หรือ ถ้าลดได้น้อยกว่า 23 กก./ม.2 เลยได้ยิ่งดีหมั่นออกกำลังกายแบบแอโรบิคเป็นประจำให้ได้เกือบทุกวัน เช่น เดินเร็ว วิ่งเหยาะ ๆ ซี่จักรยาน ว่ายน้ำอย่างน้อยวันละ 30 นาที</p> <p>4. รักษาสุขภาพจิตให้ดีไม่เครียด เข้าใจและยอมรับชีวิต รวมถึงการหมั่นฝึกผ่อนคลาย ความเครียดและบริหารสุขภาพจิตอยู่เสมอ เช่น สวดมนต์ ทำสมาธิ โยคะ รำมวยจีน ซี่กั๋ง ร้องเพลง เล่นดนตรี หรือทำงานอดิเรกต่าง ๆ</p> <p><b>4.5 ภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง</b></p> <p>จากโรคความดันโลหิตสูงต่อผู้สูงอายุ เมื่อเกิดโรคความดันโลหิตสูงขึ้นแล้ว จะส่งผลกระทบต่อผู้สูงอายุทางด้านร่างกายหลายประการ เช่น</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. เกิดภาวะหลอดเลือดแดงแข็งตัว ทำให้เกิดลิ้มเลือดทั้งที่หลอดเลือดหัวใจและหลอดเลือดสมอง</li> <li>2. หัวใจทำงานผิดปกติจากหลอดเลือดหัวใจตีบ เกิดภาวะหัวใจวาย หลอดเลือดแดงโป่งพอง</li> <li>3. เกิดโรคหลอดเลือดสมอง</li> <li>4. เกิดภาวะแทรกซ้อนที่จอประสาทตา</li> </ol>	

#### 4.11 สรุปสถานะผู้ป่วยขณะรับไว้ในการดูแล

วันที่ 6 สิงหาคม 2566 ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกหญิง โรงพยาบาลเลิดสิน

##### การติดตามเยี่ยมครั้งที่ 1 วันที่ 7 สิงหาคม 2566 (หลังนอนโรงพยาบาล 1 วัน)

ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี พูดคุยรู้เรื่อง นอนอยู่บนเตียง รูปร่างสมส่วน ผิวดำแดง ผมสีดำสลับสีขาวยาว หงอก ม้วนหยิก สันถึงใบหู สวมแว่นตาสายตายาว จากการซักประวัติ และแพทย์ตรวจร่างกาย พบขาซ้ายผิดรูป เขยียดขาไม่สุด เท้าแบะออกด้านนอกลำตัว ต้นขาซ้าย มีรอยขีด บวมตึง กดเจ็บ ไม่มีบาดแผล ผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองได้บ้าง กระดกข้อเท้าและยกกันไม้เล็กน้อย ตะแคงตัวเองไม่ได้ พยาบาลต้องช่วยเหลือในการตะแคงตัว ถ้ามีการเคลื่อนไหว และขยับขาข้างซ้าย ผู้ป่วยจะมีอาการปวด pain score 6 คะแนน ได้รับยา paracetamol 500 mg 1 tab oral pc stat ดูแลจัดท่านอนให้เหมาะสม อาการปวดทุเลาลง pain score 4 คะแนน ถ้าไม่มีการเคลื่อนไหว pain score 2 คะแนน พักผ่อนได้ รับประทานอาหารได้เอง รับประทานอาหารได้ครึ่งถาด ปัสสาวะใส่แพมเพิส เปลี่ยนทุก 2 ชั่วโมง

สัญญาณชีพ เวลา 18.00 น. ไม่มีไข้ BT 36.6 องศาเซลเซียส PR 72 ครั้งต่อนาที RR 18 ครั้งต่อนาที BP 140/90 มิลลิเมตรปรอท O2 sat 97 % Room air Intake 800 cc Output 1,200 cc

##### การติดตามเยี่ยมครั้งที่ 2 วันที่ 8 สิงหาคม 2566 (หลังนอนโรงพยาบาล 2 วัน)

ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี นอนศีรษะสูง 30 องศา สวมแว่นตาสายตายาวตลอดเวลา ช่วยเหลือตัวเองได้บ้างบนเตียง ช่วยเช็ดตัวในส่วนบริเวณใบหน้า และแขน 2 ข้างได้ บริหารแขน 2 ข้างขึ้นลงได้ กระดกข้อเท้าได้น้อย เนื่องจากปวดสะโพก pain score 3 - 4 คะแนน ผู้ป่วยไม่สามารถตะแคงตัวเองได้ พยาบาลช่วยตะแคงตัวทุก 2 ชั่วโมง รับประทานอาหารได้ครึ่งถาด พักผ่อนได้ ปัสสาวะใส่แพมเพิส เปลี่ยนทุก 2 ชั่วโมง

สัญญาณชีพ เวลา 18.00 น. ไม่มีไข้ BT 37 องศาเซลเซียส PR 86 ครั้งต่อนาที RR 18 ครั้งต่อนาที BP 134/90 มิลลิเมตรปรอท O2 sat 96 % Room air Intake 1,000 cc Output 1,200 cc

##### การติดตามเยี่ยมครั้งที่ 3 วันที่ 9 สิงหาคม 2566 (หลังผ่าตัด)

ผู้ป่วยกลับจากห้องผ่าตัดเวลา 15.00 น. ได้รับการผ่าตัด Cemented Bipolar Hemiarthroplasty Left Femur และได้รับยาระงับความรู้สึกชนิด Spinal Block with Morphine ระยะเวลาการผ่าตัด 2 ชั่วโมง 10 นาที Blood loss 350 cc ได้ LPRC 1 unit ในระหว่างผ่าตัด แรกรับผู้ป่วยกลับเป็นส่วนใหญ่ เรียกปลุกตื่น O2 sat 93 % Room air on O2 cannular 3 lit/min ตามแผนการรักษาของวิสัญญีแพทย์ หลังให้ออกซิเจน O2 sat 100 % ผู้ป่วยมีแผลผ่าตัดยาวประมาณ 10 เซนติเมตร ปิดด้วย Fixomull ไม่มี bleed ซึม on Radivac drain 1 เส้น content 10 cc ไม่มี Active bleed HCT 29.5 % ได้รับ 0.9% NSS 1,000 ml IV 40 cc/hr Retained foley's cath ปัสสาวะสีเหลืองใส กลับจากห้องผ่าตัด สัญญาณชีพ BT 36.6 องศาเซลเซียส PR 78 ครั้งต่อนาที RR 14 ครั้งต่อนาที BP 130/67 มิลลิเมตรปรอท ผู้ป่วยมีอาการสับสน หลังออกมาจากห้องผ่าตัด 4 ชั่วโมง ถามตอบไม่ตรงคำถาม ผุดลุกผุดนั่งบนเตียง ดึงสายต่าง ๆ ได้แก่ สายปัสสาวะ สายระบายเลือด และสายน้ำเกลือ จึงต้องยึดตรึงมือ 2 ข้างไว้ และรายแพทย์รับทราบ แพทย์

ไม่มีแผนการรักษาเพิ่มเติม เวลา 18.00 น. ผู้ป่วยมีอาการคลื่นไส้อาเจียน 2 ครั้ง ปริมาณอาเจียนประมาณ 300 cc ลักษณะเป็นน้ำย่อยสีเหลืองผสมน้ำลาย ได้รับ plasil 1 amp vein และเวลา 20.00 น. ผู้ป่วยผุดลุกผุดนั่ง ไม่สามารถบอกระดับปวดได้ มีผู้ป่วยสัมผัสบริเวณแผลผ่าตัดตลอดเวลา แพทย์ให้ Fentanyl 40 mg vein และให้ Paracetamol 500 mg 1 tab oral q 6 hr x 2 day

สัญญาณชีพ เวลา 18.00 น. BT 37.8 องศาเซลเซียส PR 90 ครั้งต่อนาที RR 18 ครั้งต่อนาที BP 120/68 มิลลิเมตรปรอท O2 sat 100 % ขณะ on O2 cannular 3 lit/min Intake 2,880 cc Output 1,510 cc Radivac drain 10 cc

#### การติดตามเยี่ยมครั้งที่ 4 วันที่ 10 สิงหาคม 2566 (หลังผ่าตัด วันที่ 1)

ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี แต่มีอาการสับสน พูดคนเดียว ถามตอบไม่ตรงคำถาม ผุดลุกผุดนั่งบนเตียง ไม่ยอมทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง on 0.9 % NSS 1,000 ml IV 40 cc/hr และ Retained foley's cath มือทั้งสองข้างยึดตรึงไว้ รับประทานอาหารได้น้อย 2-3 คำ เนื่องจากผู้ป่วยมีอาการคลื่นไส้อาเจียน 2 ครั้ง ปริมาณอาเจียน ประมาณ 100 cc/ครั้ง ลักษณะเป็นน้ำย่อยสีเหลืองบนเศษอาหาร ได้รับ plasil 1 amp vein เวลา 14.00 น. และ HCT 29.6 % แพทย์ยังไม่มีแผนการรักษาต่อ Radivac drain content ออกไม่เพิ่ม แผลผ่าตัดไม่มี bleed ซีม แพทย์ off Drain หลัง off ไม่มี bleed ซีม off O2 cannular ได้ ผู้ป่วยไม่มีเหนื่อย และให้ off foley cath หลัง off foley cath เวลา 22.00 น. ผู้ป่วยไม่สามารถปัสสาวะเองได้ รายงานแพทย์ให้ Intermittent catheter ปัสสาวะปริมาณ 300 cc หลังจากนั้นผู้ป่วยปัสสาวะใส่แพมเพิสได้เอง ผู้ป่วยไม่สามารถบอกระดับปวดได้ แต่ยังมีอาการวุ่นวาย พยายามจะดึงผ้าปิดแผล ดึงสายน้ำเกลือ แพทย์ให้ถอดสายน้ำเกลือได้ และดูแลให้ได้รับยาเพิ่มเติม Brufen 400mg 1 x 2 oral pc x 2 day

สัญญาณชีพ เวลา 18.00 น. BT 38.1 องศาเซลเซียส HR 90 ครั้งต่อนาที RR 18 ครั้งต่อนาที BP 120/68 มิลลิเมตรปรอท O2 sat 100 % Room air Intake 2,480 cc Output 950 cc

#### การติดตามเยี่ยมครั้งที่ 5 วันที่ 11 สิงหาคม 2566 (หลังผ่าตัด วันที่ 2)

ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี แต่มีอาการสับสน พูดคนเดียว ถามตอบไม่ตรงคำถาม ผุดลุกผุดนั่งบนเตียง ไม่นอนกางขา พยาบาลฝึกบริหารกล้ามเนื้อ และกระตุ้นให้ยกแขน-ขา กระดกข้อเท้า ผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือรับประทานอาหารได้ 4-5 คำ มีอาการคลื่นไส้อาเจียน 1 ครั้ง ปริมาณอาเจียน 100 cc ลักษณะเป็นน้ำสีเหลืองใส แผลไม่มี bleed ซีม ต้นขาซ้ายบวมตึงเล็กน้อย Hct 25.9 % แพทย์ให้ PRC 1 unit vein หลังเลือดหมด Hct 33.8 % ไม่สามารถบอกระดับปวดได้ ผู้ป่วยได้รับยา Brufen 400 mg 1 x 2 oral pc x 2 day

สัญญาณชีพ เวลา 18.00 น. BT 37.5 องศาเซลเซียส HR 96 ครั้งต่อนาที RR 18 ครั้งต่อนาที BP 118/64 มิลลิเมตรปรอท O2 sat 100 % Intake 1,270 cc Output 700 cc

### การติดตามเยี่ยมครั้งที่ 6 วันที่ 12 สิงหาคม 2566 (หลังผ่าตัด วันที่ 3)

ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี แต่มีอาการสับสน พูดคนเดียว ถามตอบไม่ตรงคำถาม พยายามจะลงเดินไปเข้าห้องน้ำ ลุกนั่ง ห้อยขาข้างเดียว กระตุ้นกระตุ้นกระตุ้นให้ผู้ป่วยไม่คอยให้ความร่วมมือ รับประทานอาหารได้ 4-5 คำ ไม่สามารถบอกระดับปวดได้ หลังได้ยา Brufen 400 mg 1 tab oral pc ตามเวลา ผู้ป่วยพักผ่อนได้บ้าง ปัสสาวะใสแอมเฟนิส ผู้ป่วยไม่ถ่ายอุจจาระตั้งแต่มานอนโรงพยาบาล รายงานแพทย์รับทราบ ให้กระตุ้นผู้ป่วย Ambulation และดื่มน้ำมาก ๆ

สัญญาณชีพ เวลา 18.00 น. BT 38.3 องศาเซลเซียส HR 100 ครั้งต่อนาที RR 18 ครั้งต่อนาที BP 111/62 มิลลิเมตรปรอท O2 sat 100 % และได้รับ Paracetamol 500 mg 1 tab oral 18.00 น Intake 1,000 cc Output 1,200 cc

### การติดตามเยี่ยมครั้งที่ 7 วันที่ 13 สิงหาคม 2566 (หลังผ่าตัด วันที่ 4)

ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ยังมีสับสน พูดคนเดียว ถามตอบไม่ตรงคำถาม ผุดลุกผุดนั่ง ไม่ยอมนอนกางขา หุบขาตลอดเวลา และไม่ทำตามสิ่ง แพทย์ให้ผู้ป่วยไปเอกซเรย์ both hip AP และให้ทำ CT brain non-contrast emergency หลังจากเอกซเรย์ และทำ CT brain ผลปกติ ผู้ป่วยยังรับประทานอาหารได้น้อย ญาติป้อนได้ 5 คำ ผู้ป่วยไม่สามารถบอกระดับปวดได้ แผลไม่มี Bleed ซีม ไม่มีบวมแดง แต่ยังมีอาการคลื่นไส้อาเจียน 2 ครั้ง ปริมาณ 100 cc/ครั้ง เป็นน้ำลายปนกับเศษอาหาร รายงานแพทย์ เวลา 18.00 น. ผู้ป่วยได้รับยา Ondansetron 1 amp vein และ 0.9 % NSS 1,000 cc vein 80 cc/hr และค่าผลอิเล็กโทรไลต์ต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ ให้เพิ่ม KCL 40 mEq IV + 0.9 % NSS 1,000 cc vein 60 cc/hr ดูแลให้ตามแผนการรักษาของแพทย์ และติดตามผลอิเล็กโทรไลต์ หลังกระตุ้นผู้ป่วยดื่มน้ำ และญาติซื้อผลไม้มาให้ ผู้ป่วยยังไม่ถ่ายอุจจาระ แพทย์ให้ Fleet enema 100 cc และให้ senokot 2 tab oral hs หลังสวนอุจจาระ ถ่าย 1 ครั้ง ลักษณะก้อนปนน้ำ สีเหลือง ไม่มีเลือดปน ปัสสาวะใสแอมเฟนิส

นักกายภาพสอนยกกัน เกร็งกล้ามเนื้อต้นขา บริหารแขนขา ลุกนั่งห้อยขา และฝึกยืนข้างเดียว ให้เดินด้วย Walker ผู้ป่วยยืนทรงตัวพอได้ข้างเดียว แต่ไม่ยอมก้าวเดิน ผู้ป่วยบอกเวียนศีรษะ ยังไม่สามารถเดินได้ นักกายภาพจึงนัดญาติเพื่อเรียนกายภาพต่อ

สัญญาณชีพ เวลา 18.00 น. BT 37.3 องศาเซลเซียส PR 80 ครั้งต่อนาที RR 18 ครั้งต่อนาที BP 120/68 มิลลิเมตรปรอท O2 Sat 97 % Room air Intake 900 cc Output 1,400 cc

### การติดตามเยี่ยมครั้งที่ 8 วันที่ 15 สิงหาคม 2566 (หลังผ่าตัด วันที่ 6)

ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี พูดพอรู้เรื่อง ถามตอบชื่อญาติได้ แจ้งสถานที่ถูกต้อง แต่ญาติแจ้งว่าผู้ป่วยยังมีพูดคนเดียวบ้าง บางครั้งที่ถามไม่สามารถตอบกลับได้ทันที ต้องใช้เวลาในการคิด ถามเรื่องระดับความปวด สามารถบอกได้ ไม่ปวดแผลผ่าตัด สีหน้ายิ้มขณะตอบรับ รับประทานอาหารได้มากขึ้นปริมาณ สามในสี่ถาด ไม่มีอาการคลื่นไส้อาเจียน แพทย์เพิ่มไซ 1 ฟอง/มื้อ

นักกายภาพสอนนั่งข้างเตียง เคลื่อนย้ายลงเก้าอี้ ยืนข้างเตียงด้วย Walker และให้ฝึกเดินผู้ป่วย สามารถเดินได้ 3 ก้าว รอบ ๆ เตียง โดยมีญาติดูแลใกล้ชิด ปัสสาวะใส่แพมเพิส

สัญญาณชีพ เวลา 18.00 น. BT 37.6 องศาเซลเซียส PR 90 ครั้งต่อนาที RR 22 ครั้งต่อนาที BP 122/86 มิลลิเมตรปรอท O2 Sat 96 % Room air Intake 900 cc Output 1,100 cc

**การติดตามเยี่ยมครั้งที่ 9 วันที่ 17 สิงหาคม 2566 (หลังผ่าตัด วันที่ 8)**

ผู้ป่วยรู้ตัวดี พูดพอรู้เรื่อง ถามตอบชื่อตนเอง และบอก วัน เวลา สถานที่ได้ถูกต้อง สีหน้าสดชื่น ยิ้มแย้ม มีการพูดรำพึงรำพันคนเดียวในบางครั้ง รับประทานอาหารได้หมดถาด แพทย์เพิ่มไขเป็น 2 ฟอง/มือ แผลผ่าตัดไม่มี Bleed ซีม ไม่บวมแดง ผู้ป่วยไม่ปวดแผล สามารถนั่งห้อยขา เคลื่อนย้ายลงนั่งเก้าอี้ได้ และเดินด้วย Walker ให้ฝึกเดินพร้อมญาติ เดินได้ 1 รอบ ประมาณ 20 ก้าว แต่การทรงตัวขณะเดินยังไม่มี ความมั่นคง ต้องมีญาติช่วยประคองขณะเดิน เพื่อป้องกันการลื่นล้ม พรง้นี้นัดญาติเรียน Home program ambulate with Walker

แพทย์วางแผนจำหน่ายวันที่ 19 สิงหาคม 2566 สัญญาณชีพ BT 37.2 องศาเซลเซียส PR 80 ครั้งต่อนาที RR 20 ครั้งต่อนาที BP 120/65 มิลลิเมตรปรอท O2 Sat 97 % Room air ผู้ป่วยสามารถเดินไป เข้าในห้องน้ำได้ โดยมีญาติคอยช่วยเหลือ

**การติดตามเยี่ยมครั้งที่ 10 วันที่ 19 สิงหาคม 2566 วันจำหน่าย**

ผู้ป่วยรู้ตัวดี พูดจาพอรู้เรื่อง ถามตอบชื่อตนเอง และสามารถตอบคำถามได้ บอกชื่อญาติที่มารับกลับบ้านได้ บอกสถานที่ได้ถูกต้อง เดินด้วย Walker ได้มากขึ้น สามารถเดินเข้าห้องน้ำได้ โดยมีญาติคอยดูแล แผลผ่าตัดไม่มี Bleed ซีม ปิด Fixomull ปวดแผลเล็กน้อยขณะเดิน รับประทานอาหารได้ครึ่งถาด ไม่มีอาการคลื่นไส้อาเจียน

สัญญาณชีพ เวลา 12.00 น. BT 37 องศาเซลเซียส PR 68 ครั้งต่อนาที RR 18 ครั้งต่อนาที BP 130/69 มิลลิเมตรปรอท O2 Sat 96 % Room air

#### 4.12 ปัญหาทางการพยาบาลที่พบจากกรณีศึกษา

จากการติดตามเยี่ยม และให้การพยาบาลผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับจนถึงจำหน่ายกลับบ้านนั้น ขอแบ่งการพยาบาลเป็น 3 ระยะ ดังนี้

1. การพยาบาลระยะแรกรับถึงก่อนผ่าตัด
2. การพยาบาลระยะหลังผ่าตัดใน 24 ชั่วโมงแรก
3. การพยาบาลระยะฟื้นฟูถึงจำหน่าย

#### 1. การพยาบาลระยะแรกรับ-ระยะก่อนผ่าตัด มีข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ดังนี้

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1 ผู้ป่วยไม่สุขสบายเนื่องจากปวดสะโพกซ้าย

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2 ผู้ป่วยวิตกกังวลเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 3 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำส่วนลึกที่ขาซ้าย

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 4 ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดแผลกดทับจากการเคลื่อนไหวร่างกายได้น้อย

## 2. การพยาบาลระยะหลังผ่าตัด 24 ชั่วโมงแรก มีข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ดังนี้

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 5 ผู้ป่วยมีภาวะช็อค

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 6 ผู้ป่วยมีอาการคลื่นไส้อาเจียนจากการได้รับยาระงับความรู้สึกทางไขสันหลัง

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 7 ผู้ป่วยไม่สุขสบายเนื่องจากปวดแผลผ่าตัดสะโพกซ้าย

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 8 ผู้ป่วยมีภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัด

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 9 ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดข้อสะโพกเทียมเคลื่อนหลุด

## 3. การพยาบาลระยะฟื้นฟูถึงจำหน่าย มีข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ดังนี้

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 10 ผู้ป่วยมีภาวะไม่สมดุลของอิเล็กโทรไลต์ในร่างกาย

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 11 ผู้ป่วยมีภาวะท้องผูก

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 12 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดการพลัดตกหกล้มขณะฟื้นฟูสภาพร่างกาย

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 13 ผู้ป่วยพร้อมความรู้และทักษะในการปฏิบัติตัวหลังจำหน่าย

## ระยะที่ 1 การพยาบาลระยะแรกรับ-ระยะก่อนผ่าตัด

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1 ผู้ป่วยไม่สุขสบายเนื่องจากปวดสะโพกซ้าย (ระบบทดแทนบางส่วน)

### ข้อมูลสนับสนุน

S : ผู้ป่วยบ่นปวดบริเวณสะโพกซ้าย เมื่อขยับขา ระดับความปวด Pain score 6 คะแนน

O : ขณะขยับตัวผู้ป่วยหน้ามืดวิงเวียน

O : ภาพถ่ายรังสีสะโพกข้างซ้ายพบกระดูก Intertrochanteric มีการเคลื่อนแยกเล็กน้อย

### เป้าหมายทางการพยาบาล

เพื่อให้อาการปวดทุเลาลง

### เกณฑ์การประเมินผล

1. อาการปวดลดลง Pain score < 3 คะแนน
2. สีหน้าสดชื่นขึ้นขณะพูดคุย

### กิจกรรมการพยาบาล

1. แนะนำการประเมินความรุนแรงของความเจ็บปวด โดยใช้มาตราวัดความเจ็บปวดที่เป็นตัวเลข (Numeric rating scale) 0 ถึง 10 การที่ผู้ป่วยบอกความปวดด้วยตนเอง ถ้าปวดมากมีการประเมินให้ยาฉีดทางหลอดเลือดดำ

ระดับปวด 0 ไม่ปวดเลย ขยับตัวก็ไม่ปวด



ระดับปวด 1-3 ปวดเล็กน้อย พอทนได้ นอนเฉยๆ ไม่ปวด ขยับตัวปวดเล็กน้อย

ระดับปวด 4-6 ปวดปานกลาง นอนเฉย ๆ ก็ปวด ยิ่งขยับยิ่งปวดมาก

ระดับปวด 7-10 ปวดมากถึงปวดมากที่สุด ปวดทนไม่ได้แม้จะนั่ง ๆ

ถ้าระดับปวด 4 ให้ยาระดับประทานไม่ทุเลา ให้ผู้ป่วยแจ้ง เพื่อรายงานแพทย์ให้ยาฉีดทางหลอดเลือดดำต่อไป

2. จัดท่าที่เหมาะสม ไชศรีระสูง 30 องศา ทำนอนหงายเข้าเหยียดตรง ขาไม่หมุนเข้าด้านในหรือแบะขาออกด้านนอกลำตัว ใช้หมอนรองตลอดแนวความยาวของขา หรือใช้ผ้าม้วนประคองขาซ้ายให้ตั้งตรง

3. ช่วยเหลือในการเคลื่อนไหวร่างกาย และช่วยเหลือกิจวัตรประจำวัน que ผู้ป่วยทำไม่ได้

4. แนะนำให้เบี่ยงเบนความสนใจ จากความเจ็บปวด เช่น การสวดมนต์ หรือฝึกหายใจเข้าลึก ๆ กลั้นไว้สักครู่ และห่อปากหายใจออกช้า ๆ

5. Paracetamol 500 mg 1 tab oral prn q 6 hr ตามแผนการรักษา

#### ประเมินผลหลังให้การพยาบาล

ระดับความปวดลดลง Pain score 2 คะแนน ผู้ป่วยมีสีหน้าสดชื่นขึ้น หลับพักผ่อนได้

สรุป ปัญหานี้ยังคงมีอยู่ เพราะมีการประเมินทุกวันจนถึงวันจำหน่าย

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2 ผู้ป่วยวิตกกังวลเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม ขาซ้าย (ระบบสนับสนุนและให้ความรู้)

#### ข้อมูลสนับสนุน

S : ผู้ป่วยพูด และมีมือสัมผัสที่ต้นขาซ้าย "กลัวการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดไม่ถูกต้อง"

O : ผู้ป่วยมีสีหน้าวิตกกังวล เมื่อแจ้งว่าแพทย์ผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม

(Bipolar Hemiarthroplasty left Femur) ในวันที่ 9 สิงหาคม 2566

#### เป้าหมายทางการพยาบาล

1. เพื่อลดความวิตกกังวลของผู้ป่วย
2. เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม

#### เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวลและสบายใจขึ้น นอนหลับได้
2. ผู้ป่วยมีสีหน้าสดชื่นขึ้น
3. ผู้ป่วยบอกวิธีการและสามารถปฏิบัติตนก่อนและหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมได้ถูกต้อง

#### กิจกรรมการพยาบาล

1. สร้างสัมพันธ์ภาพกับผู้ป่วยด้วยท่าทางที่เป็นมิตร เพื่อให้เกิดความไว้วางใจ
2. แนะนำการปฏิบัติตัวก่อน และหลังผ่าตัด
  - 2.1 การปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัด ผู้ป่วยปฏิบัติตัว ดังนี้

1. แนะนำการเตรียมความสะอาดร่างกาย อาบน้ำ สระผม ตัดเล็บ การเตรียมผิวหนังบริเวณที่จะทำผ่าตัด กรณีมีขนเยอะ เพื่อป้องกันการติดเชื้อหลังผ่าตัด
2. สอน และฝึกการหายใจแบบ Deep breathing exercise และ Effective cough เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนทางปอดหลังผ่าตัด ป้องกันปอดแฟบ และการมีเสมหะคั่งค้าง
3. สอนการบริหารกล้ามเนื้อ และข้ออย่างต่อเนื่อง เพื่อให้กล้ามเนื้อมีความแข็งแรง ช่วยให้ร่างกายฟื้นตัวได้เร็ว
4. แนะนำการงดน้ำงดอาหารหลังเที่ยงคืนก่อนวันผ่าตัด เพื่อการเตรียมความพร้อมในการผ่าตัดชนิดดมยาสลบ หรือการฉีดยาเข้าช่องไขสันหลัง ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนระหว่างผ่าตัด
5. ดูแลพักผ่อนให้เพียงพอก่อนผ่าตัด
6. ให้คำแนะนำผู้ป่วย และญาติเกี่ยวกับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพก ระยะเวลาการผ่าตัด ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้ การปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง และข้อห้ามหลังผ่าตัด
7. อธิบายให้ผู้ป่วย และญาติเข้าใจขณะผู้ป่วยอยู่ในห้องผ่าตัด จะได้รับการดูแลจากแพทย์ วิสัญญีแพทย์ และพยาบาลในห้องผ่าตัดอย่างใกล้ชิด
9. แนะนำผู้ป่วยเกี่ยวกับการรักษากระดูกหัก และโรคกระดูกพรุน การดูแลผู้ป่วยจากทีมสหสาขาวิชาชีพ นักกายภาพ ช่วยฝึก และทบทวนการหายใจ การไออย่างมีประสิทธิภาพ การบริหารกล้ามเนื้อแขนขา และฝึกเดินหลังผ่าตัด ปรีกษาอายุรแพทย์ วิสัญญีแพทย์ก่อนผ่าตัด เพื่อเตรียมความพร้อมในการผ่าตัด ทีมเยี่ยมบ้าน เพื่อดูแลผู้ป่วยต่อที่บ้าน และพยาบาลหออผู้ป่วยดูแลอย่างใกล้ชิดจนจำหน่าย แนะนำความพร้อมการเตรียมบ้าน สถานที่ เตียง ห้องน้ำที่เหมาะสมกับผู้ป่วยหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม ข้อห้ามและควรระวังต่างๆ เพื่อให้ญาติพร้อมในวันแพทย์จำหน่าย และสามารถดูแลผู้ป่วยได้ถูกต้อง
10. นักโภชนาการ ร่วมประเมินภาวะโภชนาการ เพื่อให้ร่างกายพร้อมก่อนผ่าตัด
11. ผู้ป่วยมีโรคความดันโลหิตสูง จะได้รับประทานยาก่อนไปห้องผ่าตัด ตามแผนการรักษาของแพทย์ amlodipine (5mg) 1 tab oral + น้ำ 30 cc ก่อนไปห้องผ่าตัด
12. แนะนำการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำแก่ผู้ป่วยในตอนเช้าของวันผ่าตัด
13. แนะนำการใส่สายสวนปัสสาวะ และเหตุผลของการคาสายสวนปัสสาวะ เนื่องจากใช้ระยะเวลาในการผ่าตัดนาน ผู้ป่วยต้องได้รับยาระงับความรู้สึก
14. อธิบายให้ผู้ป่วย และญาติเข้าใจ การได้รับยาระงับความรู้สึกโดยฉีดยาทางช่องไขสันหลัง หรือยาระงับความรู้สึก
15. แนะนำอุปกรณ์ติดตัวออกจากห้องผ่าตัด เช่น สายระบายเลือด สายสวนปัสสาวะ สายให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ หรือกรณีมีการสูญเสียเลือด อาจมีการให้เลือดเพื่อทดแทน
16. แนะนำไม่ให้นำสิ่งของมีค่าเข้าห้องผ่าตัด เช่น แว่นตา แหวน สร้อย

## 2.2 การปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด ผู้ป่วยปฏิบัติตัว ดังนี้

1. นอนราบ 6-8 ชั่วโมง หนุนหมอนได้ 1 ใบ ไม่ลุกนั่ง ขาข้างที่ทำผ่าตัดกางออกเล็กน้อย หรือวางหมอนคั่นระหว่างขา ถ้ามีอาการคลื่นไส้ อาเจียน ให้ตะแคงหน้าไปด้านใดด้านหนึ่ง
2. ถ้าขาข้างผ่าตัด หายขา ให้กระดูกข้อเท้าขึ้นลง
3. ยกกันลอย โดยใช้ข้อศอกยันพื้นทั้ง 2 ข้าง ชั้นเข่าข้างที่ไม่ผ่าตัด ขาข้างผ่าตัดห้ามงอ สะโพกมากกว่า 90 องศา
4. รู้สึกตัว ดีขึ้นดี ให้หายใจ และไอ ตามที่ได้ฝึกก่อนผ่าตัด เพื่อป้องกันปอดแฟบ
5. ให้ระมัดระวังสายต่าง ๆ สายไม่ตึงรั้ง ไม่ให้เคลื่อนหลุด
6. แนะนำญาติช่วยสังเกตอาการผิดปกติ หรือไม่สบาย ให้รีบรายงาน เช่น ใจสั่น กระสับกระส่าย แขนหน้าอก ปวดแผลผ่าตัด คลื่นไส้ อาเจียน

### ประเมินผลหลังให้การพยาบาล

ผู้ป่วยสามารถตอบคำถามเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อน และหลังผ่าตัดได้ถูกต้อง สาธิตการปฏิบัติตัว เช่น การหายใจ การไอ อย่างถูกวิธี ทำ Ankle pumping ยกกันได้

ผู้ป่วย/ญาติมีความเข้าใจเกี่ยวกับการผ่าตัด และมีความมั่นใจในการดูแลตัวเองได้มากขึ้น  
สรุป ปัญหาได้รับการแก้ไขให้หมดไปในวันที่ 7 สิงหาคม 2566

**ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 3** ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำส่วนลึกที่ขาซ้าย (ระบบทดแทนบางส่วน)

### ข้อมูลสนับสนุน

- : ผู้ป่วยเคลื่อนไหวร่างกายได้น้อย เนื่องจากปวดขาซ้าย กระดกข้อเท้าได้เล็กน้อย
- : การประเมิน Caprini VTE score 11 คะแนน

### เป้าหมายทางการพยาบาล

ป้องกันการเกิดภาวะลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำส่วนลึกที่ขาซ้าย

### เกณฑ์การประเมินผล

1. ขาซ้ายไม่บวมโต วัดเส้นรอบวงน่อง ไม่มากกว่า 3 เซนติเมตร เมื่อเทียบกับขาข้างปกติ
2. ไม่ปวดน่อง
3. อุณหภูมิขาซ้ายไม่อุ่น หรือร้อนกว่าปกติ
4. สีผิวขาซ้ายปกติ ไม่เปลี่ยนสีแดงคล้ำ

### กิจกรรมการพยาบาล

1. แนะนำถึงภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้ จากกระดูกหัก และการเคลื่อนไหวร่างกาย และบริหารกล้ามเนื้อขาได้น้อย ทำให้เลือดมีการไหลเวียนได้ไม่ดี ทำให้ขาบวมได้

2. กระตุ้นให้ผู้ป่วย Early ambulation Ankle pumping และยกขาสูงบนหมอน 1 ใบ กระตุ้นให้ผู้ป่วยบริหารเท้า และข้อเท้า (Foot & Ankle exercise) โดยกระดกปลายเท้าขึ้น-ลง ยืดเหยียดเข้า-สะโพกเต็ม และ Quadriceps exercise เกร็งกล้ามเนื้อขาบ่อยๆ ทำอย่างน้อย 10 ครั้ง ทุก 2-3 ชั่วโมง

3. ประเมินอาการปวดด้วย Numeric rating scale โดยสังเกตขณะผู้ป่วย เกร็งและกระดกข้อเท้าขึ้น มีอาการปวดน้อยมากขึ้น ให้ยาบรรเทาปวดชนิดกิน/ฉีด อาการปวดไม่ทุเลา ให้รายงานแพทย์

4. ส่งเสริมให้ผู้ผู้ป่วยดื่มน้ำ 1,500-2,000 cc/day ในระยะเวลาที่ไม่ได้จำกัดน้ำ เพราะการขาดน้ำเป็นการเพิ่มความหนืดของเลือด เป็นปัจจัยส่งเสริมให้เลือดแข็งตัวเร็วขึ้น

5. ประเมินสภาพผู้ป่วย และวัดสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง พร้อมบันทึกในใบบันทึกทางการพยาบาล เพื่อติดตามความเปลี่ยนแปลง ถ้ามีอาการผิดปกติรายงานแพทย์

6. วัดบริเวณน่องของขา 2 ข้าง วันละครั้ง และลงบันทึก

#### ประเมินผลหลังให้การพยาบาล

ไม่เกิดภาวะลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำส่วนลึกที่ขาซ้าย

สรุป ปัญหาได้รับการเฝ้าระวัง และประเมินอย่างต่อเนื่องจนถึงวันจำหน่าย

**ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 4** ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดแผลกดทับจากการเคลื่อนไหวร่างกายได้น้อย

(ระบบทดแทนบางส่วน)

#### ข้อมูลสนับสนุน

○ : ผู้ป่วยเคลื่อนไหวร่างกายได้น้อย ยกกันไม่ได้ เนื่องจากปวดสะโพกซ้าย

○ : Braden score 18 คะแนน

#### เป้าหมายทางการพยาบาล

ป้องกันการเกิดแผลกดทับ

#### เกณฑ์การประเมินผล

ไม่เกิดแผลกดทับ บริเวณผิวหนังและปุ่มกระดูกต่าง ๆ

#### กิจกรรมการพยาบาล

1. ดูแลให้อ่อนที่นอนฟองน้ำ

2. สอน และฝึกผู้ป่วยให้ยกกันลอย ค้างไว้นับ1ถึง3 แล้ววางกันลง ทำทุก 2 ชั่วโมง

3. ใช้ศีรษะสูงได้ไม่เกิน 60 องศา รองหมอนบริเวณปุ่มกระดูกต่างๆ เพื่อไม่ให้กดทับที่พื้นที่นอน ไม่ดึงหรือลากตัวผู้ป่วย

4. ช่วยตะแคงตัวทุก 2 ชั่วโมง สังเกตรอยแดง ผิวซีด ตุ่มน้ำ

5. ดูแลไม่ให้ผิวหนังเปียกแฉะ อุจจาระ ปัสสาวะเป็นเวลานาน สังเกตรอยแดง ผิวซีด ตุ่มน้ำพุพอง

บริเวณผิวหนังทุกครั้งเวลาพลิกตัว โดยเฉพาะบริเวณปุ่มกระดูก

6. ทาโลชั่น วันละ 2 ครั้ง เพื่อให้ผิวหนังชุ่มชื้น

7. ไม่ใช้น้ำอุ่นเช็ดตัวผู้ป่วย และควรใช้สบู่ที่ไม่มีแอลกอฮอล์ เพราะจะทำให้ผิวแห้ง

8. ดูแลให้ได้รับไข้ 2 ฟอง/มือ และนมเสริม 1 ขวด/มือ เพื่อเสริมสร้างโปรตีน และวิตามินให้กับ

ผิวหนัง ลดความเสียหายของเซลล์

#### ประเมินผลหลังให้การพยาบาล

ปุ่มกระดูกต่าง ๆ ไม่มีรอยแดง คล้ำ ไม่เกิดแผลกดทับ

สรุป ปัญหาได้รับการเฝ้าระวังและประเมินอย่างต่อเนื่องจนถึงวันจำหน่าย

ระยะที่ 2 การพยาบาลระยะหลังผ่าตัดใน 24 ชั่วโมงแรก

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 5 ผู้ป่วยมีภาวะช็อค

#### ข้อมูลสนับสนุน

○ : หลังผ่าตัด Cemented Bipolar Hemiarthroplasty Left Femur

○ : Blood loss 350 cc ได้รับ LPRC 1 unit ระหว่างผ่าตัด

○ : At ward Hct 29.6 % และ Hb 9.8 g/dL

○ : O<sub>2</sub> sat 93 % RR 24 ครั้งต่อนาที HR 100 ครั้งต่อนาที และผู้ป่วยอ่อนเพลีย

#### เป้าหมายทางการพยาบาล

มีความเข้มข้นของเลือดในร่างกายอยู่ในเกณฑ์ปกติ

#### เกณฑ์การประเมิน

1. สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ BT 36.5-37.4 องศาเซลเซียส HR 80-100 ครั้ง/นาที RR 18 -24 ครั้ง/นาที BP 90/60-130/90 มิลลิเมตรปรอท

2. Hct  $\geq$ 30 %, Hb  $\geq$ 10.5 g/dL

3. Drain ไม่ Active  $\leq$  200 cc/hr และแผลไม่มี Bleed ซึม

#### กิจกรรมการพยาบาล

1. ดูแลให้ PRC 1 unit vein ตามแผนการรักษา และสังเกตอาการแพ้เลือดระหว่างให้ PRC

2. ดูแลให้ O<sub>2</sub> cannular 3 lit/min ตามการรักษาของแพทย์

3. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับ 0.9 % NSS 1,000 cc vein 80 cc/hr ตามแผนการรักษา

4. Record drain ทุก 8 ชั่วโมง เพื่อประเมินการเสียเลือด ถ้า drain  $\geq$  200 cc/hr รายงานแพทย์

5. สังเกตแผลผ่าตัด ลักษณะของแผล และปริมาณ discharge ที่ซึมออกจากแผล

6. วัดสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง เพื่อประเมินอาการเปลี่ยนแปลง

7. ติดตาม Hct หลังเลือดหมด

ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน

### ประเมินผลหลังให้การพยาบาล

1. สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ BT 36.2 องศาเซลเซียส HR 64 ครั้ง/นาที RR 20 ครั้ง/นาที BP 122/59 มิลลิเมตรปรอท
  2. แผลผ่าตัดไม่มี bleed ซึม Redivac drain ไม่ active content 10 cc หลังได้ PRC 1 unit vein หลังเลือดหมด วันที่ 11 สิงหาคม 2566 Hct 37 %  
และวันที่ 12 สิงหาคม 2566 Hct 33.8 % Hb 11.6 g/dL อยู่ในเกณฑ์ปกติ
- สรุป ปัญหาที่ได้รับการแก้ไขให้หมดไปในวันที่ 11 สิงหาคม 2566

**ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 6** ผู้ป่วยมีอาการคลื่นไส้อาเจียนจากการได้รับยาระงับความรู้สึกทางไขสันหลัง (ระบบทดแทนบางส่วน)

### ข้อมูลสนับสนุน

- : หลังผ่าตัด Cemented Bipolar Hemiarthroplasty Left Femur
- : spinal block with morphine
- : ผู้ป่วยมีอาการคลื่นไส้อาเจียน 2 ครั้ง ลักษณะเป็นน้ำย่อยสีเหลืองผสมน้ำลาย 300 cc

### เป้าหมายทางการพยาบาล

ผู้ป่วยทุเลาจากอาการคลื่นไส้อาเจียน

### เกณฑ์การประเมิน

อาการคลื่นไส้อาเจียนลดลง

### กิจกรรมการพยาบาล

1. แนะนำผู้ป่วยถึงภาวะแทรกซ้อนหลังได้รับยาระงับความรู้สึกทางไขสันหลัง อาการจะทุเลาลงและหมดไปในเวลา 2-3 วัน หรือเมื่อฤทธิ์ยาหมด
2. ให้ยา Plasil 1 Amp vein ตามแผนการรักษา
3. ให้ Ondansetron 1 Amp vein ตามแผนการรักษา
4. ดูแลให้ผู้ป่วยบ้วนปาก หลังคลื่นไส้อาเจียนทุกครั้ง หรือแนะนำญาติดูแลทำความสะอาดปากและฟันหลังรับประทานอาหาร
5. ดูแลจิบน้ำอุ่นบ่อย ๆ
6. แนะนำรับประทานอาหารอ่อน ที่ละน้อยแต่บ่อยครั้ง งดอาหารมัน และอาหารทอด
7. วัดสัญญาณชีพ ทุก 4 ชั่วโมง
8. ดูแลให้ได้รับ 0.9 % NSS 1,000 cc vein 80 cc/hr ตามแผนการรักษาของแพทย์
9. หลีกเลี่ยงยาในกลุ่ม Opioids
10. ติดตาม อิเล็กโทรไลต์
11. Record I/O สี ลักษณะ จำนวน และลงบันทึก

### ประเมินผลหลังให้การพยาบาล

ได้รับยาตามแผนการรักษา มีอาการคลื่นไส้อาเจียนลดลง วันละ 1-2 ครั้ง ปริมาณน้อยลง ครั้งละ 100 cc ลักษณะเป็นอาหารผสมน้ำ

สรุป ปัญหาที่ได้รับการแก้ไขแล้ว ยังมีอาการคลื่นไส้อาเจียนอยู่ถึงวันที่ 13 สิงหาคม 2566 และแก้ไขหมดในวันที่ 14 สิงหาคม 2566

**ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 7** ผู้ป่วยไม่สุขสบายเนื่องจากปวดแผลผ่าตัดสะโพกซ้าย (ระบบทดแทนบางส่วน)

### ข้อมูลสนับสนุน

O : หลังผ่าตัด Cemented Bipolar Hemiarthroplasty Left Femur แผลยาวประมาณ 10 เซนติเมตร

O : สังเกตผู้ป่วยสัมผัสแผลผ่าตัดบ่อย เวลาตะแคงตัวร้องปวด สีหน้าคิ้วขมวด

S : หลังกลับจากห้องผ่าตัดผู้ป่วยบอกรปวดแผล 6 คะแนน

### เป้าหมายทางการพยาบาล

อาการปวดแผลทุเลาลง

### เกณฑ์การประเมิน

1. Pain scale  $\leq$  3 คะแนน
2. สีหน้าสดชื่น ไม่ร้องปวดเวลาตะแคงตัว
3. ทำกิจกรรมได้ด้วยตัวเองหรือให้ความร่วมมือในการให้การพยาบาลมากขึ้น

### กิจกรรมการพยาบาล

1. ดูแลให้ยา Fentanyl 40 mcg vein prn q 4 hr และสังเกตอาการข้างเคียงหลังได้รับยา ได้แก่ ซึมลง ปวดศีรษะ อ่อนเพลีย คลื่นไส้ อาเจียน แขนงหน้าอก หายใจช้าลง เป็นต้น

2. ดูแลยา Paracetamol 500 mg 1 tab oral q 6 hr  $\times$  2 day ตามแผนการรักษา และดูแลให้ดื่มน้ำตามมากๆ เพื่อจะได้ขับออกทางปัสสาวะ และ Mydocalm 50 mg 1 tab oral tid pc หลังให้ยาสังเกตอาการง่วงซึม ดูแลให้ผู้ป่วยพักผ่อนบนเตียง และดูแลยกไม้กั้นเตียงขึ้นทุกครั้งหลังทำกิจกรรมเสร็จสิ้น

3. ประเมินและติดตามอาการปวด ถ้ายาฉีดติดตามอาการหลังได้รับยา 30 นาที ยารับประทาน 1 ชั่วโมง และลงบันทึก

4. จัดท่านอนให้สุขสบาย กางขาข้างผ่าตัดเล็กน้อย หรือกางขา 15-30 องศา เท้าซ้ายตั้งตรง เท้าไม่หมุนเข้าด้านใน และด้านนอก ดูแลวางหมอนคั่นระหว่างขา 2 ข้างทุกครั้ง ไม่หุบขาซ้าย

5. เวลาตะแคงตัว ใช้หมอน 1 ใบ รองระหว่างขาทุกครั้ง เพื่อป้องกันขาซ้ายหุบเข้า และลดอาการปวด

6. ให้การพยาบาลอย่างนุ่มนวล ไม่ลากหรือดึงผู้ป่วยขึ้น กรณีต้องยกตัวผู้ป่วย ใช้ผ้ารองระหว่างยกตัวขึ้นเพื่อลดอาการปวด

7. วัดสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง เพื่อประเมินอาการเปลี่ยนแปลง

#### ประเมินผลหลังให้การพยาบาล

หลังได้รับยา Fentanyl 40 mcg vein เวลา 20.00 น. pain score ลดลง 3 คะแนน

สรุป ปัญหานี้ได้รับการแก้ไขหลังผ่าตัดที่สามารถประเมินปวดได้ แต่ผู้ป่วยมีภาวะสับสนเฉียบพลัน หลังผ่าตัด 4 ชั่วโมง หลังจากนั้นผู้ป่วยไม่สามารถบอกระดับปวดได้ จึงต้องดูแลและประเมินจากสีหน้า ท่าทาง จนถึงวันจำหน่าย

**ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 8** ผู้ป่วยมีภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัด (ทดแทนทั้งหมด)

#### ข้อมูลสนับสนุน

○ : ผ่าตัด Cemented Bipolar Hemiarthroplasty Left Femur วันที่ 9 สิงหาคม 2566

○ : ผู้ป่วยมีอาการสับสน 4 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด ไม่ทำตามสิ่ง ผูดลุกผุดนั่ง พยายามปีนเตียง

#### เป้าหมายทางการพยาบาล

ผู้ป่วยมีภาวะสับสนเฉียบพลันลดลง

#### เกณฑ์การประเมิน

1. ผู้ป่วยรู้วัน สถานที่ สื่อสารได้ ไม่มีอาการรบกวนหรือซึมผิดปกติ
2. ผลอิเล็กโทรไลต์ อยู่ในเกณฑ์ปกติ
3. ค่าออกซิเจนในร่างกาย อยู่ในเกณฑ์ปกติ
4. ความเข้มข้นของเลือด อยู่ในเกณฑ์ปกติ และไม่มีการสูญเสียเลือดเพิ่ม

#### กิจกรรมการพยาบาล

1. ค้นหาสาเหตุหรือปัจจัยที่ทำให้เกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน
2. ดูแลให้ O2 cannular 3 lit/min ตามแผนการรักษา
3. ดูแลให้ได้รับ 0.9 % 1,000 cc vein 80 cc/hr ตามแผนการรักษา
4. ดูแลให้ PRC 1 unit vein ตามแผนการรักษา และสังเกต Bleed จากแผลผ่าตัด Record ทุก 8 hr
5. ดูแลหรือหลีกเลี่ยงการใช้อุปกรณ์ต่าง ๆ ที่ทำให้เสียงดัง ลดเสียง ลดการเข้าทำกิจกรรม เมื่อไม่มีความจำเป็น เพื่อให้ผู้ป่วยได้พักผ่อนเพียงพอ
6. ดูแลแสงสว่างให้เพียงพอ ปิดไฟในส่วนที่ไม่ได้ใช้งาน เพื่อลดแสงสว่าง
7. ดูแลสิ่งของที่ผู้ป่วยใช้เป็นประจำ วางเป็นระเบียบ สามารถหยิบใช้ได้สะดวก
8. แนะนำญาติ/ผู้ดูแลที่คุ้นเคย มาเยี่ยมผู้ป่วยเป็นประจำ เพราะผู้ป่วยจำบุคคลที่ตัวเองใกล้ชิดได้ดีกว่าบุคคลอื่น
9. แจ้ง วัน เวลา สถานที่ ให้ผู้ป่วยรับทราบวัน เวลา ที่ถูกต้อง หรือ มีปฏิทินให้ผู้ป่วยสามารถมองเห็นได้



10. ถ้าไม่มีความจำกัดในการดูแลผู้ป่วยใกล้ขีด ควรจัดให้ผู้ป่วยนอนใกล้บริเวณแสงสว่างจากพระอาทิตย์ ส่องถึงตัวผู้ป่วย เพื่อให้การรับรู้อันตราย ได้มากขึ้น

11. ประเมินการรับรู้ผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องทุกเวร มีการส่งเวรต่อ และลงบันทึกทางการพยาบาล

#### ประเมินผลหลังให้การพยาบาล

1. ผู้ป่วยยังมีอาการสับสน ไม่ทำตามสั่ง
2. ผลอิเล็กโทรไลต์ อยู่ในเกณฑ์ปกติ
3. ค่าออกซิเจนในร่างกาย อยู่ในเกณฑ์ปกติ
4. ความเข้มข้นของเลือด อยู่ในเกณฑ์ปกติ และไม่มีการสูญเสียเลือดเพิ่ม

สรุป ปัญหาได้รับการแก้ไขบางส่วน แต่อาการยังไม่หาย ต้องเฝ้าระวังและประเมินอย่างต่อเนื่อง จนถึงวันจำหน่าย

**ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 9** ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดข้อสะโพกเทียมเคลื่อนหลุด

(ทดแทนทั้งหมด)

#### ข้อมูลสนับสนุน

- : หลังผ่าตัด Cemented Bipolar Hemiarthroplasty Left Femur
- : ผู้ป่วยผุคดขี้เหล้า มีอาการสับสน อยู่ไม่สุข วุ่นวาย เพื่อพูดเสียงดัง หุบขาข้างผ่าตัด

#### เป้าหมายทางการพยาบาล

ป้องกันภาวะข้อสะโพกย้ายเคลื่อนหลุด

#### เกณฑ์การประเมิน

1. สะโพกย้ายไม่บวมบูน ไม่ผิดรูป ขยายเท่ากัน
2. ผลเอกซเรย์ไม่พบหัวสะโพกเทียมหลุดออกนอกเบ้าสะโพก

#### กิจกรรมการพยาบาล

1. จัดท่านอน ขาข้างซ้ายกางออกเล็กน้อย หรือขาออกประมาณ 15-30 องศา ขาต้องไม่บิดเข้ด้านใน หรือออกด้านนอก ไม่หุบขาซ้าย

2. ขณะพลิกตะแคงตัว ใช้หมอน 1 ใบ รองระหว่างขา 2 ข้าง ทุกครั้ง เพื่อป้องกันการเกิดข้อสะโพกเทียมเคลื่อนหลุด

3. หลีกเลียงการงอสะโพกมากกว่า 90 องศา หรือหุบขา

4. ดูแลผู้ป่วยขณะขับถ่ายบนเตียง ควรใช้หมอนนอนชนิดแบน (orthopedic bed pan) หรือถ้าไม่สามารถยกกันได้ ให้ขับถ่ายอุจจาระ ปัสสาวะใส่แพมเพิส

5. ดูแลยึดตรึงมือทั้ง 2 ข้างของผู้ป่วย เพื่อไม่ให้ผู้ป่วยเอามือรองระหว่างขาออก

6. ตรวจสอบผู้ป่วยบ่อย ๆ หรือทุก 1-2 ชั่วโมง เพื่อจัดท่านอนให้เหมาะสม และวางหมอนคั่นระหว่างขา 2 ข้าง

7. สังเกตการเคลื่อนหลุดของข้อสะโพกเทียม เช่น ปวด บวม นูน ควรรีบรายงานแพทย์

8. แนะนำญาติดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด และให้ช่วยเฝ้าระวังสะโพกเคลื่อนหลุด แนะนำ/สาธิตการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดสะโพกที่ถูกต้อง ข้อห้ามและระวังหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม

#### ประเมินผลหลังให้การพยาบาล

ผู้ป่วยยังมีอาการสับสน ไม่ทำตามสั่ง นอนหุบขา ผลเอกซเรย์หลังผ่าตัดวันที่ 4 ไม่พบการเคลื่อนหลุดของข้อสะโพกเทียมข้างซ้าย

สรุป ปัญหาได้รับการเฝ้าระวัง และประเมินอย่างต่อเนื่องจนถึงวันจำหน่าย

**ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 10** ผู้ป่วยมีภาวะไม่สมดุลของอิเล็กโทรไลต์ในร่างกาย

(ทดแทนบางส่วน)

#### ข้อมูลสนับสนุน

○ : ผู้ป่วยมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน 2 ครั้งหลังผ่าตัด ลักษณะเป็นน้ำย่อยสีเหลืองปนน้ำลาย ปริมาณ 300 cc

○ : รับประทานอาหารได้น้อย 2-3 คำ

○ : มีภาวะสับสน ไม่ทำตามสั่ง ตั้งแต่ 4 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด

○ : Sodium 128 mEq/l

○ : Potassium 3.2 mEq/l

#### เป้าหมายทางการพยาบาล

อิเล็กโทรไลต์ในร่างกายอยู่ในเกณฑ์ปกติ

#### เกณฑ์การประเมิน

1. อิเล็กโทรไลต์อยู่ในระดับปกติ
2. ไม่มีอาการสับสน เพื่อ
3. ไม่มีอาการกล้ามเนื้ออ่อนแรง
4. ไม่มีอาการเบื่ออาหาร ไม่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน รับประทานอาหารได้

#### กิจกรรมการพยาบาล

1. ดูแลให้ได้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ 0.9 % NSS 1,000 cc + KCL 40 mEq vein 60 cc/hr ตามแผนการรักษา

2. รับประทานอาหารทีละน้อย แต่บ่อยครั้ง

3. ดูแลหรือแนะนำญาติ mouth care หลังผู้ป่วยรับประทานอาหาร ป้องกันอาการคลื่นไส้ อาเจียน

4. ให้สารน้ำประมาณ 2,000-3,000 cc/day

5. ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

6. ประเมินภาวะสับสน เพื่อ อ่อนแรงมากขึ้น

7. สัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง เผื่อระวังการเปลี่ยนแปลง

8. Record I/O q 8 hr

#### ประเมินผลหลังให้การพยาบาล

1. ผลอิเล็กโทรไลต์ อยู่ในเกณฑ์ปกติ Sodium 137 mEq/l Potassium 3.7 mEq/l
2. สัญญาณชีพ BT 37.5 องศาเซลเซียส PR 80 ครั้งต่อนาที BP 120/68 มิลลิเมตรปรอท  
สรุป ปัญหาี้ ถูกแก้ไขหมดไปในวันที่ 14 สิงหาคม 2566

#### ระยะที่ 3 ระยะฟื้นฟูจนจำหน่าย

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 11 ผู้ป่วยมีภาวะท้องผูก

#### ข้อมูลสนับสนุน

- : ไม่ขับถ่ายตั้งแต่อนอนโรงพยาบาล แพทย์สั่งสวนอุจจาระวันที่ 13 สิงหาคม 2566
- : ตึมน้ำได้น้อย 200 cc/มือ
- : เคลื่อนไหวร่างกายน้อย
- : ตรวจ bowel sound 3 ครั้งต่อนาที
- S : ผู้ป่วยบอกท้องอืด

#### เป้าหมายทางการพยาบาล

ผู้ป่วยถ่ายอุจจาระได้ และรู้สึกสุขสบายขึ้น

#### เกณฑ์การประเมิน

1. ขับถ่ายอุจจาระได้ทุก 1-2 วัน
2. bowel sound 5-10 ครั้งต่อนาที

#### กิจกรรมการพยาบาล

1. กระตุ้นให้ผู้ป่วยเคลื่อนไหวร่างกายมากขึ้นบนเตียง กระตุ้นลูกนึ่งบ่อยๆ ตะแคงตัวไปมาทุก 2 ชั่วโมง เพื่อให้ลำไส้เคลื่อนไหว
2. กระตุ้นดื่มน้ำมาก ๆ 1,500-2,000 cc/day ดื่มน้ำทีละน้อย แต่บ่อยครั้ง
3. แนะนำญาติซื้อส้ม มะละกอ กล้วย หรือขนมเปรี้ยว ให้ผู้ป่วยรับประทานเพื่อเพิ่มใยอาหารช่วยในการขับถ่าย
4. นวดคลึงท้องตามเข็มนาฬิกา เริ่มตั้งแต่หน้าท้องด้านขวา ขึ้นมาที่ใต้สะดือและวนมาที่หน้าท้องด้านซ้าย ให้ปฏิบัติก่อนอุจจาระครึ่งชั่วโมง เพื่อเพิ่มการเคลื่อนไหวของลำไส้และดื่มน้ำ 1 แก้ว (250 cc) หลังตื่นนอน
5. กระตุ้นผู้ป่วยเดินด้วย Walker ถ้าเดินได้ให้ขับถ่ายอุจจาระในห้องน้ำ เพื่อใกล้แบบแผนเดิมในการใช้ชีวิตประจำวันของผู้ป่วยที่บ้าน

6. ดูแลให้ยาระบาย และยาสวนอุจจาระ ตามแผนการรักษา

7. ประเมินการขับถ่าย สี ลักษณะ และลงบันทึก

### ประเมินผลหลังให้การพยาบาล

ผู้ป่วยได้รับยาระบายก่อนนอน หลังสวนอุจจาระ ผู้ป่วยถ่าย 1 ครั้ง อุจจาระเป็นก้อนผสมน้ำ สีเหลืองปกติ bowel sound 7 ครั้งต่อนาที ผู้ป่วยสุขสบายขึ้น

สรุป ปัญหานี้ ถูกแก้ไขหมดไปในวันที่ 13 สิงหาคม 2566

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 12 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดพลัดตกหกล้มขณะฟื้นฟูสภาพร่างกาย

### ข้อมูลสนับสนุน

○ : ผู้ป่วยสูงอายุ และมีภาวะสับสน วุ่นวาย ไม่ทำตามสั่ง พยายามปีนเตียง

○ : มีโรคความดันโลหิตสูง

○ : Falling score 4 คะแนน

○ : ใช้ walker ในการฝึกเดิน ลักษณะการเดิน ยังไม่มั่นคง ก้าวขาไม่ค่อยได้

S : ญาติบอกว่าผู้ป่วยมีอาการเวียนศีรษะบ่อย

### เป้าหมายทางการพยาบาล

ไม่เกิดการเกิดพลัดตกหกล้ม

### เกณฑ์การประเมิน

1. ผู้ป่วยอาการเวียนศีรษะลดลงหรือไม่มีอาการ

2. ผู้ป่วยมีภาวะสับสนลดลง ไม่วุ่นวาย

3. เดินโดยใช้ walker ได้อย่างมั่นคง

### กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินการมองเห็นก่อนที่จะเดินหรือทำกิจกรรม ไม่มีสายตาพร่ามัว มองไม่ชัดเจน เวียนศีรษะ

2. ดูแลสิ่งแวดล้อมรอบ ๆ เตียง จัดสิ่งแวดล้อมให้เป็นระเบียบ ไม่วางสิ่งของเกะกะทางเดิน

3. สอนการบริหารกล้ามเนื้อ และข้ออย่างต่อเนื่อง ฝึกการเคลื่อนย้ายตนเอง การทรงตัว และการใช้ Walker ช่วยเดิน

4. ดูแลเสื้อผ้าที่สวมใส่ และรองเท้าให้พอดี ไม่คับ ไม่หลวมจนเกินไป เพื่อสะดวกในการเดิน และป้องกันการสะดุดล้ม

5. ดูแลกิจกรรมให้ผู้ป่วยบนเตียง เช่น เช็ดทำความสะอาดร่างกาย ดูแลขับถ่าย ปัสสาวะ ดูแลสิ่งของให้หยิบใช้ได้สะดวก

6. ยกไม้กั้นเตียงขึ้นทั้ง 2 ข้าง และทุกครั้งหลังให้การพยาบาลเสร็จสิ้น

7. ดูแลอย่างใกล้ชิด และคอยให้ความช่วยเหลือ ขณะลุกเดินอย่างใกล้ชิด และแนะนำญาติคอยช่วยเหลือขณะผู้ป่วยเดิน

8. ดูแลแสงสว่างให้เพียงพอ ขณะเดิน

9. ประเมินอาการ หรือวัดสัญญาณชีพ เมื่อผู้ป่วยมีอาการผิดปกติก่อนเดินทุกครั้ง

#### ประเมินผลหลังให้การพยาบาล

ผู้ป่วยยังมีสับสน แต่ร่วนวายน้อยลง ไม่เอะอะโวยวาย ยังยึดตริงมือทั้ง 2 ข้าง ยกไม้กั้นเตียงขึ้นทุกครั้งหลังให้การพยาบาล มีญาติดูแลใกล้ชิดขณะเดิน ใช้ walker เดินได้ ผู้ป่วยไม่เกิดพลัดตกหกล้ม

สรุป ปัญหาได้รับการเฝ้าระวังและประเมินอย่างต่อเนื่องจนถึงวันจำหน่าย

**ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 13** ผู้ป่วยพร่องความรู้และทักษะในการปฏิบัติตัวหลังจำหน่าย (ทดแทนบางส่วน การให้ความรู้และการเสริมสร้างพลังอำนาจ)

#### ข้อมูลสนับสนุน

S: ญาติซักถามว่าจะดูแลผู้ป่วยต่อที่บ้านได้อย่างไร แพทย์วางแผนจำหน่ายวันที่ 19 สิงหาคม 2566 เพราะผู้ป่วยยังมีภาวะสับสนอยู่

#### เป้าหมายทางการพยาบาล

ผู้ป่วยและญาติมีความรู้ ความเข้าใจ มีทักษะ และมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น เมื่อกลับไปอยู่บ้าน

#### เกณฑ์การประเมินผล

1. สามารถอธิบายและตอบคำถามได้ สาธิตการปฏิบัติได้ถูกต้อง
2. มีความเชื่อมั่นและมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านต่อได้
3. คะแนนประเมินความรู้มากกว่า 80 %

#### กิจกรรมการพยาบาล

1. ทบทวนความรู้ในการเข้าใจเกี่ยวกับโรค การดูแลหลังผ่าตัด ข้อห้ามหลังผ่าตัด การป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆที่อาจเกิดขึ้นได้ การป้องกันการหกล้ม พร้อมให้ผู้ป่วยและญาติดู VDO การปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม เพื่อให้เข้าใจมากขึ้น

2. แนะนำญาติในการวางแผนเป้าหมายร่วมกันกับทีมสหสาขา จะมีทีมนักกายภาพ เพื่อมาฝึกการดูแลและฟื้นฟูสภาพร่างกายของผู้ป่วย เพื่อประเมินและแก้ปัญหาาร่วมกัน และผู้ดูแลสามารถมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยต่อที่บ้านได้

3. ต้องดูแล และจัดการความปลอดภัยของแผลผ่าตัด เพื่อให้ผู้ป่วยร่วมมือและพร้อมที่จะเดินและ อยากรจะเคลื่อนไหวร่างกายมากขึ้น ขณะเมื่ออยู่ที่บ้าน

4. ทบทวนข้อห้ามหลังผ่าตัดข้อสะโพกเทียม เช่น ห้ามนั่งไขว่ขา ไขว่ห้าง ห้ามนั่งยอง ๆ ห้ามหุบขาซ้าย ห้ามแบะหรือหมุนขาออกด้านนอกหรือด้านใน ห้ามงอสะโพกมากกว่า 90 องศา ห้ามโน้มตัวไปด้านหน้า ต้องกางขา 15-30 องศาโดยมีหมอนวางระหว่างขา เวลาตะแคงตัวต้องใช้หมอนคั่นระหว่างขาทุกครั้ง (เวลาขาซ้ายข้างผ่าตัดอยู่ด้านบน) เพื่อป้องกันขาซ้ายหุบเข้า เป็นต้น

5. ทบทวนการบริหารต้นขา กล้ามเนื้ออกัน อย่างต่อเนื่อง เหมือนที่เคยแนะนำตั้งแต่ก่อนผ่าตัด เพื่อกล้ามเนื้อขาแข็งแรง บริหารแขน 2 ข้างโดยใช้ขวดน้ำยกเกร็งกล้ามเนื้อแขนขึ้นลง ให้แข็งแรง เพื่อเตรียมพร้อมในการเดินด้วย Walker

6. ทบทวนการเตรียมบ้าน สภาพพื้นบ้านที่ไม่ลื่น ไม่ลาดเอียง ไม่มีพื้นขรุขระเป็นหลุม ห้องน้ำควรมีที่จับยึด พื้นห้องน้ำควรมีแผ่นรองกันลื่น โถส้วมที่นั่งควรชักโครก จัดของใช้ต้องเป็นระเบียบเรียบร้อย หลีกเลี่ยงการขึ้นบันไดบ่อยๆ ควรนอนชั้นล่างในระยะผ่าตัดใหม่ๆ เพื่อป้องกันผู้ป่วยหกล้มซ้ำ ขณะเดินด้วย Walker

7. แนะนำญาติเรื่องเก้าอี้ที่นั่ง ควรมีพนักพิงและที่วางแขน ความสูงของเก้าอี้พอเหมาะ ไม่ควรเป็นเก้าอี้โยกหรือมีล้อเลื่อน เพราะอาจทำให้ลื่นล้มได้

8. แนะนำและดูแลได้รับการประเมินสายตา ระดับการมองเห็น โดยปรึกษาจักษุแพทย์ก่อนจำหน่าย

9. แนะนำการรับประทานยา ตามแผนการรักษา และประสานงานกับเภสัชกร เพื่อร่วมประเมินความเหมาะสมของยาที่ได้รับ ป้องกันการได้ยาซ้ำซ้อน และยาโรคความดันโลหิตสูงเดิม ให้รักษาและรับประทานยาต่อเนื่อง รวมทั้งสังเกตอาการข้างเคียงของยาต่าง ๆ เช่น มีผื่นลมพิษ หายใจไม่สะดวก หรือคลื่นไส้อาเจียน หากมีอาการเหล่านี้ต้องหยุด รับประทานยา และรีบไปโรงพยาบาลทันทีพร้อมนำยาทั้งหมดมาโรงพยาบาลด้วย รายการยากลับบ้านมีรายละเอียด ดังนี้

1. Dicloxacillin (500 mg) 1x4 oral ac (28 tab)
2. Paracetamol (500mg) 1tab oral prn q 6hr (20 tab)
3. Senokot 2tab oral prn hs (40 tab)
4. Calcium (1,500mg) 1x1 oral pc (30 tab)
5. Vit D2 1 tab/week (10 tab)
6. Amlopine 5 mg 1x1 oral pc (ยาเดิมผู้ป่วย)

10. ทบทวนการดูแลแผลผ่าตัดไม่ให้โดนน้ำ ไม่แกะเกาแผล ถ้าแผลเปื่อยน้ำ ต้องรีบทำแผลสถานพยาบาลใกล้บ้าน ตัดไหมครบ 14 วัน ถ้าแผลซึ่ม มีหนองซึ่ม เลือดสดๆ ซึ่มที่แผลผ่าตัด และแผลบวมแดง ให้รีบมาพบแพทย์

11. หลีกเลี่ยงการยกของหนัก ห้ามก้ม ห้ามหุบขา ห้ามไขว้ขา ห้ามงอสะโพกเกิน 90 องศา ถ้ามีอาการปวดสะโพก สะโพกบวม นูน ก้าวเดินไม่ได้ ให้รีบมาพบแพทย์ เพราะเสี่ยงต่อการเกิดข้อสะโพกเคลื่อนหลุด

12. ประสานงานกับเวชศาสตร์ครอบครัว เพื่อการเสริมพลังผู้ป่วยและญาติโดยมีการติดตามเยี่ยมบ้าน โดยทีมมีการวางแผนก่อนออกเยี่ยมทุกครั้ง เพื่อตรวจสอบหลังเยี่ยมว่าสิ่งแวดล้อม ที่อยู่อาศัยเหมาะสม เพื่อป้องกันการหกล้มซ้ำในบริเวณที่พักอาศัยและผู้ป่วย/ผู้ดูแลได้รับความช่วยเหลือหรือคำแนะนำเพิ่มเติม กับปัญหาภาวะสุขภาพที่ไม่สามารถปฏิบัติได้จากทีมเยี่ยมบ้าน

13. แนะนำสังเกตอาการซึมสับสนหลังผ่าตัด เพราะอาการของผู้ป่วยยังมีหลงเหลืออยู่ เช่น กระตุ้นผู้ป่วยทำกิจกรรมด้วยตนเอง รับประทานอาหารเอง ออกกำลังกาย เดินด้วย Walker โดยมีญาติดูแลใกล้ชิด เสริมพลังให้ผู้ผู้ป่วยมั่นใจว่าตนเองทำได้ มีคุณค่าในตนเอง ครอบครัวไม่ทอดทิ้ง

14. อาการที่ผิดปกติ คือ ผู้ป่วยไม่ทำตามสั่ง ไม่ยอมทำกิจกรรมเอง ไม่เดิน นอนอย่างเดียว เป็นต้น ต้องรีบปรึกษาแพทย์ทันที เพราะถ้าไม่รักษา ป่วยอาการทิ้งไปเป็นปี จะทำให้ผู้ป่วยมีภาวะสมองเสื่อมแบบถาวร คือ ภาวะ Dementia

15. แนะนำและให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะกระดูกพรุน ให้เข้าใจถึงปัจจัยเสี่ยง สาเหตุการเกิดการรักษา การป้องกันกระดูกหักง่าย ถ้ามีภาวะกระดูกพรุน การเดินในแนวราบ แล้วลื่นล้ม ถือเป็นอุบัติเหตุแบบเบา ๆ ระวังกระดูกหักได้ ควรรักษาเพื่อได้ยาเสริมสร้างกระดูกให้แข็งแรง

16. ดูแลให้ผู้ผู้ป่วยได้รับแคลเซียมและวิตามินดีอย่างต่อเนื่อง ตามแผนการรักษาของแพทย์ เพื่อกระตุ้นการสร้าง Parathyroid hormone เพิ่มความเข้มข้นของ bone mineral density

17. แนะนำการรับแสงแดด ช่วงเวลาเช้าไม่เกิน 9.00 น. ในระยะเวลา 15-20 นาที เพื่อรับวิตามินดีกับแสงพระอาทิตย์

18. แนะนำการรับประทานอาหารครบ 5 หมู่ โดย เน้นเนื้อ นม ไข่ ผักใบเขียว ปลาเล็กปลาน้อย ปลาทะเลปลาซาติน เป็นต้น เน้นอาหารที่เหมาะสมกับผู้ป่วย ญาติสะดวกในการซื้อ

19. แนะนำให้มาตามนัดของแพทย์ ในวันที่ 23 สิงหาคม 2566 ถ้ามีอาการผิดปกติ เช่น มีไข้ 3 วัน แผลมี serum ซึม แผลบวมแดง มาก่อนวันนัดได้

#### ประเมินผลหลังให้การพยาบาล

หลังทบทวนความรู้อีกครั้งให้กับญาติ และแจกแผ่นพับ คู่มือดูแลผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนสะโพกเทียม ญาติมีความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยต่อที่บ้าน และเข้าใจอยากกลับบ้าน และยาโรคร่วมให้รักษาและรับประทานต่อเนื่อง และมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น ในการเฝ้าระวัง ป้องกันการเกิดกระดูกหักจากโรคกระดูกพรุน ไม่ให้อาการสับสนเป็นมากขึ้น

สรุป ปัญหาที่ถูกรื้อแก้ไขหมดจนถึงวันผู้ป่วยจำหน่ายในวันที่ 19 สิงหาคม 2566 เวลา 12.00 น.

ผู้ป่วยกลับบ้านโดยรถเข็นทางโรงพยาบาลจัดให้สามีและลูกสาวมารับผู้ป่วย

สัญญาณชีพ BT 37 องศาเซลเซียส PR 68 ครั้งต่อนาที RR 18 ครั้งต่อนาที BP 130/69 มิลลิเมตรปรอท

O2 sat 97%

โรงพยาบาลเลิดสิน

ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน

## บทที่ 5

## สรุป วิเคราะห์กรณีศึกษา และข้อเสนอแนะ

## สรุปกรณีศึกษา

ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 88 ปี มาด้วยอาการปวดสะโพกซ้าย เดินไม่ได้ 12 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล เนื่องจากลื่นล้มขณะเดินด้วย Walker แพทย์วินิจฉัย Closed Fracture Intertrochanteric of Left Femur Admit วันที่ 6 สิงหาคม 2566 เวลา 21.59 น.

ผู้ป่วยมีโรคประจำตัว ความดันโลหิตสูงเป็นมาประมาณ 2 ปี ตรวจพบตั้งแต่เข้านอนโรงพยาบาล ผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมข้างขวา ได้รับการรักษาด้วยยา amlodipine 5 mg 1 tab oral OD pc

หลังรับไว้ในโรงพยาบาล ผู้ป่วยมีอาการปวดสะโพกซ้าย ปวดมากขณะเคลื่อนไหว และยังมีควมวิตกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัด แพทย์ให้การรักษาด้วยการผ่าตัด Cemented Bipolar Hemiarthroplasty Left Femur with Spinal Block Morphine วันที่ 9 สิงหาคม 2566 ระยะเวลาการผ่าตัด 2 ชั่วโมง 10 นาที ผู้ป่วยเสียเลือดในระหว่างผ่าตัด 350 cc ได้รับ LPRC 1 unit vein จำนวน 300 cc

หลังผ่าตัด ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี เรียกตื่น แต่ค่อนข้างหลับเป็นส่วนใหญ่ สัญญาณชีพ BT 36.6 องศาเซลเซียส RR 14 ครั้ง/นาที PR 78 ครั้ง/นาที BP 130/67 มิลลิเมตรปรอท O<sub>2</sub> Sat 93 % Room air ดูแลให้ O<sub>2</sub> cannular 3 lit/min ตามแผนการรักษา หลังได้รับออกซิเจน O<sub>2</sub> Sat 100 % ผู้ป่วยมีคลื่นไส้อาเจียน 2 ครั้ง ปริมาณ 300 cc ลักษณะน้ำย่อยสีเหลืองผสมน้ำลาย ได้รับ Plasil 1 amp vein รับประทานอาหารไม่ได้ จิบน้ำอุ่นได้เล็กน้อย แผลผ่าตัดไม่มี bleed ซึม Radivac drain ไม่มี active bleed content 10 cc ใส่สายสวนคาปัสสภาวะ ปัสสาวะสีเหลืองใส flow ดี หลังผ่าตัดได้ 4 ชั่วโมงแรก ผู้ป่วยไม่สามารถบอกระดับปวดได้ เนื่องจากมีอาการสับสน พูดคนเดียว เอะอะโวยวาย ผุดลุกผุดนั่ง ไม่ทำตามสั่ง หยิบหมอนที่คั่นระหว่างขาออกนอนหุบขา พยายามจะป็นเตียง จึงได้รับการยึดตรึงแขนทั้ง 2 ข้างไว้ เพื่อป้องกันการดึงสายต่าง ๆ และรายงานแพทย์ ได้รับ Fentanyl 40 mg vein และ Paracetamol 500 mg 1 tab oral q 6 hr × 2 day ดูแลตามการรักษา

หลังผ่าตัดวันที่ 1 ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี แต่มีอาการสับสน พูดคนเดียว ผุดลุกผุดนั่ง พยายามดึงสายเลือด น้ำเกลือ และสายสวนปัสสาวะ ไม่ยอมนอนหงาย ต้องยึดตรึงแขนทั้ง 2 ข้างไว้ Hct 25.6 % ได้รับ PRC 1 unit vein in 4 hr หลังจากได้รับเลือด Hct 37 % แผลไม่มี bleed ซึม ไม่มีบวมแดง ไม่สามารถบอกระดับปวดได้ ยังมีอาการคลื่นไส้อาเจียน 2 ครั้ง ปริมาณ 100 cc/ครั้ง ลักษณะน้ำย่อยผสมเศษอาหาร ได้รับ Plasil 1 amp vein และหลัง off สายคาปัสสภาวะ ผู้ป่วยปัสสาวะเองไม่ได้ รายงานแพทย์ให้สวนปัสสาวะ หลังสวนปัสสาวะ ปัสสาวะได้เองใสแอมพิส สัญญาณชีพ BT 38.1 องศาเซลเซียส PR 90 ครั้ง/นาที RR 18 ครั้ง/นาที BP 120/68 มิลลิเมตรปรอท O<sub>2</sub> Sat 100 % Room air



หลังผ่าตัดวันที่ 2-3 ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี แต่มีอาการสับสน พูดคนเดียว ผุดลุกผุดนั่ง พยายามจะลงจากเตียง ไม่ให้ความร่วมมือในการบริหารกล้ามเนื้อ รับประทานอาหารได้ 4-5 คำ อาการคลื่นไส้อาเจียนลดลง แผลไม่ซึบ ไม่สามารถบอกระดับปวดได้ แพทย์เพิ่มยาบรรเทาปวด เนื่องจากผู้ป่วยผุดลุกผุดนั่ง และตั้งแต่มานอนโรงพยาบาลผู้ป่วยไม่ถ่ายอุจจาระ รายงานแพทย์ยังไม่มีแผนการรักษา แนะนำญาติซื้อผลไม้ให้ผู้ป่วย และกระตุ้นดื่มน้ำ ยังไม่ถ่ายอุจจาระ ผู้ป่วยปัสสาวะได้เองใส่แอมเพซิส สัญญาณชีพ BT 37.5-38.3 องศาเซลเซียส PR 96-100 ครั้ง/นาที RR 18 ครั้ง/นาที BP 111/62-118/64 มิลลิเมตรปรอท O2 Sat 100 % Room air และได้รับ Paracetamol 500 mg 1 tab oral q 6 hr x 2 day ตามการรักษา

หลังผ่าตัดวันที่ 4-5 ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี แต่ยังมีอาการสับสน พูดคนเดียว ผุดลุกผุดนั่ง ไม่ทำตามสิ่ง นอน หุบขาตลอดเวลา ไม่สามารถบอกระดับปวดได้ แผลไม่มีบวมแดง มีอาการคลื่นไส้อาเจียน 2 ครั้งรับประทานอาหารได้น้อย ได้รับ Ondansetron 8 mg vein แพทย์ส่งตรวจอิเล็กโทรไลต์ และผู้ป่วยยังมีอาการสับสน แพทย์ส่งตรวจเอกซเรย์ขาซ้าย และส่งตรวจ CT Brain non-contrast พบ sodium 128 mmol/L potassium 3.2 mmol/L แพทย์ให้ 0.9 % NSS 1,000 + KCL 40 mEq vein 60 cc/hr หลังได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำครบ 1 ขวด ผลอิเล็กโทรไลต์อยู่ในเกณฑ์ปกติ และผล CT Brain ปกติ นกกายภาพฝึกนั่ง ห้อยขา เคลื่อนย้ายลงนั่งเก้าอี้ แต่ยังไม่เดินได้ ผู้ป่วยยังไม่ถ่ายอุจจาระ รายงานแพทย์ให้สวนอุจจาระ หลังสวนอุจจาระ ถ่ายอุจจาระ 1 ครั้ง ลักษณะก้อนแข็งสีเหลืองปนน้ำไม่มี bleed ปน ปัสสาวะได้เองใส่แอมเพซิส สัญญาณชีพ BT 37.3 องศาเซลเซียส PR 80 ครั้ง/นาที RR 18 ครั้ง/นาที BP 120/68 มิลลิเมตรปรอท O2 Sat 97 % Room air

หลังผ่าตัดวันที่ 6-8 ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี พอพูดรู้เรื่อง ถามชื่อญาติที่มาเยี่ยม สามารถตอบได้ถูกต้อง แต่ยังใช้กระบวนการคิดนาน สามารถบอกระดับปวดได้ ไม่ปวดแผล แผลไม่มี bleed ซึบ ไม่มีคลื่นไส้อาเจียน รับประทานอาหารได้มากขึ้น แพทย์เพิ่มไขเป็น 2 ฟอง/มื้อ และนมเสริมมื้อละ 1 ขวด สามารถเดินด้วย Walker ได้ 20 ก้าว ญาติดูแลขณะเดิน ปัสสาวะได้เองใส่แอมเพซิส สัญญาณชีพ BT 37.2-37.6 องศาเซลเซียส PR 80-90 ครั้ง RR 20-22 ครั้ง/นาที BP 120/65-122/86 มิลลิเมตรปรอท O2 Sat 96-97 % Room air

วันที่ 19 สิงหาคม 2566 เวลา 12.00 น. สามีและลูกสาวรับผู้ป่วยกลับบ้าน

รวมระยะเวลาวันนอนโรงพยาบาล 13 วัน

ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ยังมีอาการสับสน เมื่อตั้งคำถาม ใช้กระบวนการคิดนาน ตอบช้า แผลผ่าตัดสะโพก ซ้ายแห้งดี ไม่ปวดแผล สัญญาณชีพก่อนจำหน่าย BT 37 องศาเซลเซียส PR 68 ครั้ง/นาที RR 18 ครั้ง/นาที BP 130/69 มิลลิเมตรปรอท O2 Sat 96 % Room air

การพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมที่มีภาวะสับสนเฉียบพลัน โดยใช้ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม แนวคิดเกี่ยวกับการเสริมสร้างพลังอำนาจกับสัน เป้าหมายเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยสนใจในการดูแลตัวเอง ทำกิจกรรมด้วยตนเอง การฟื้นตัวได้เร็ว และทำให้เกิดเป็นพฤติกรรมที่ยั่งยืนกับผู้ป่วย ส่วนกรอบแนวคิดแบบแผนสุขภาพของมาร์จอริกอร์ดอน ได้มีการประเมินแบบแผนที่ผิดปกติ และนำมาเพื่อ

การวางแผนการพยาบาลแก้ไขความผิดปกติของแบบแผนที่พบ กำหนดจุดมุ่งหมายทางการพยาบาล แก้ไขปัญหาได้ และมีวันสิ้นสุดของปัญหา ส่วนแบบแผนสุขภาพที่ดีอยู่แล้ว ให้คงอยู่ต่อไป ถ้าดีอยู่แล้ว ต้องมีการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องในการป้องกันปัญหา และช่วยส่งเสริมการดูแลสุขภาพที่ดีต่อไป

จากการพยาบาลผู้ป่วยรายนี้ได้พบปัญหา แบ่งการพยาบาลเป็น 3 ระยะ โดยมีข้อวินิจฉัย ดังต่อไปนี้

### 1. การพยาบาลระยะแรกรับ-ระยะก่อนผ่าตัด พบปัญหา 4 ข้อ ดังนี้

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1 ผู้ป่วยไม่สุขสบายเนื่องจากปวดสะโพกซ้าย

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2 ผู้ป่วยวิตกกังวลเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 3 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำส่วนลึกที่ขา

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 4 ผู้ป่วยมีโอกาสดังกล่าวเกิดผลกดทับจากการเคลื่อนไหวร่างกายได้น้อย

### 2. การพยาบาลระยะหลังผ่าตัด 24 ชั่วโมงแรก พบปัญหา 5 ข้อ ดังนี้

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1 ผู้ป่วยมีภาวะช็อค

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2 ผู้ป่วยมีอาการคลื่นไส้อาเจียนจากการได้รับยาระงับความรู้สึกทางไขสันหลัง

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 3 ผู้ป่วยไม่สุขสบายเนื่องจากปวดแผลผ่าตัดสะโพกซ้าย

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 4 ผู้ป่วยมีภาวะสับสนเฉียบพลันหลังผ่าตัด

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 5 ผู้ป่วยมีโอกาสดังกล่าวเกิดข้อสะโพกเทียมเคลื่อนหลุด

### 3. การพยาบาลระยะฟื้นฟูจนถึงจำหน่าย พบปัญหา 4 ข้อ ดังนี้

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1 ผู้ป่วยมีภาวะไม่สมดุลของอิเล็กโทรไลต์

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2 ผู้ป่วยมีภาวะท้องผูก

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 3 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดการพลัดตกหกล้มขณะฟื้นฟูสภาพร่างกาย

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 4 ผู้ป่วยพร้อมความรู้ทักษะในการปฏิบัติตัวหลังจำหน่าย

ปัญหาที่พบได้รับการแก้ไข มีวันสิ้นสุดของปัญหานั้น ๆ โดยให้การพยาบาลแบบทดแทนบางส่วน ให้ความรู้ เสริมพลัง และทดแทนทั้งหมด แต่ยังมีบางปัญหาที่แก้ไขแล้ว มีอาการลดลง แต่อาการยังหลงเหลืออยู่ มีความจำเป็นต้องรักษาต่อเนื่อง ดูแลและป้องกันไม่ให้เกิดอาการมากขึ้น เมื่อจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล

1. ผู้ป่วยยังมีภาวะสับสนเฉียบพลันหลงเหลืออยู่

2. ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม

3. ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดข้อสะโพกเทียมเคลื่อนหลุด

ผู้ดูแลมีความสำคัญในการดูแลผู้ป่วยในระยะแรก ๆ เพราะผู้สูงอายุมีภาวะกระดูกหักได้ง่ายจากโรคกระดูกพรุน ต้องมีการประเมินความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น ควรมีแนวทางในการดูแล และป้องกันไม่ทำให้ผู้ป่วย

ลื่นหกล้ม กระตุกหักซ้ำ ป้องกันไม่ให้เกิดความรุนแรงของโรคมามากขึ้น ไม่เกิดข้อสะโพกเคลื่อนหลุด จากการมีภาวะสับสนหลงเหลืออยู่ และไม่กลับมาอนโรพยาบาลด้วยอาการที่รุนแรง

1. ผู้ป่วยควรได้รับการรักษาโรคกระดูกพรุนอย่างต่อเนื่อง รับประทานเสริมการแข็งแรงของกระดูก และส่งเสริมการออกกำลังกาย บริหารกล้ามเนื้อแขนขาอย่างต่อเนื่อง เพื่อเพิ่มกล้ามเนื้อที่แข็งแรง ป้องกันการลื่นล้มจากกล้ามเนื้ออ่อนแรงได้

2. ดูแลรับประทานอาหารที่มีแคลเซียมสูง เพื่อเสริมสร้างกระดูกให้แข็งแรง

3. ดูแลสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัย สภาพพื้นบ้านไม่ลื่น หรือลาดเอียง พื้นไม้ขรุขระ มีแสงสว่างที่เพียงพอ ไม่มีสิ่งกีดขวางทางเดิน เพราะจะทำให้เสี่ยงต่อการลื่นล้มได้ (พรธงาม พิมพ์ชู, 2557)

4. แนะนำญาติ ต้องสามารถประเมินอาการปวดหรืออาการที่ผิดปกติของผู้ป่วยได้ สามารถแก้ไขอาการปวดทุเลาลง เพราะการจัดการความปวดได้ มีอาการปวดลดลง จะช่วยให้ผู้ป่วยทำกิจกรรมด้วยตนเอง และให้ความร่วมมือในการบริหารกล้ามเนื้อมากขึ้น ช่วยการฟื้นตัวได้เร็ว ไม่เกิดการลื่นล้ม (ยศ เขียวอมร, 2564)

5. ภาวะสับสนที่หลงเหลืออยู่ ต้องมีการรักษาต่อเนื่อง ส่งเสริมและกระตุ้นให้ผู้ป่วยทำกิจกรรมด้วยตนเอง แจ้งวัน เวลา ให้ผู้ป่วยรับรู้ทุกวัน ให้อาหารที่สนิทหรือคุ้นเคยดูแล จัดสิ่งของที่ใช้เป็นประจำให้สามารถหยิบใช้ได้ แวนสายตาให้ผู้ป่วยใช้ได้เหมือนเดิม เพราะถ้าไม่ได้รักษา อาการก็มีความรุนแรงขึ้น ทำให้ผู้ป่วยมีภาวะ Dementia สูญเสียความจำระยะสั้น ความจำระยะยาว และอาจสูญเสียความจำแบบถาวร นำไปสู่การเพิ่มอัตราการเสียชีวิต และอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง จากการมีภาวะสับสนหลงเหลืออยู่ เช่น ทำให้ลื่นล้มซ้ำ ข้อสะโพกเทียมเคลื่อนหลุด ในกรณีผู้ป่วยติดเตียง ทำให้เกิดแผลกดทับ การติดเชื้อในระบบต่าง ๆ ตามมา

6. แนะนำความรู้ให้กับผู้ป่วย เน้นผู้ดูแลให้เข้าใจอาการสับสนเฉียบพลัน อาการจะอยู่เป็นปี ใช้เวลาในการรักษา เน้นการดูแลและป้องกันไม่ให้เป็นมากขึ้น ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนตามมา เข้าใจในการปฏิบัติหลังผ่าตัดข้อสะโพกเทียม ข้อห้าม ข้อระวัง ที่มีผลต่อการเกิดข้อสะโพกเทียมเคลื่อนหลุด

7. ส่งเยี่ยมบ้าน และส่งต่อสถานพยาบาลใกล้บ้าน เพื่อการดูแลและติดตามต่อเนื่อง

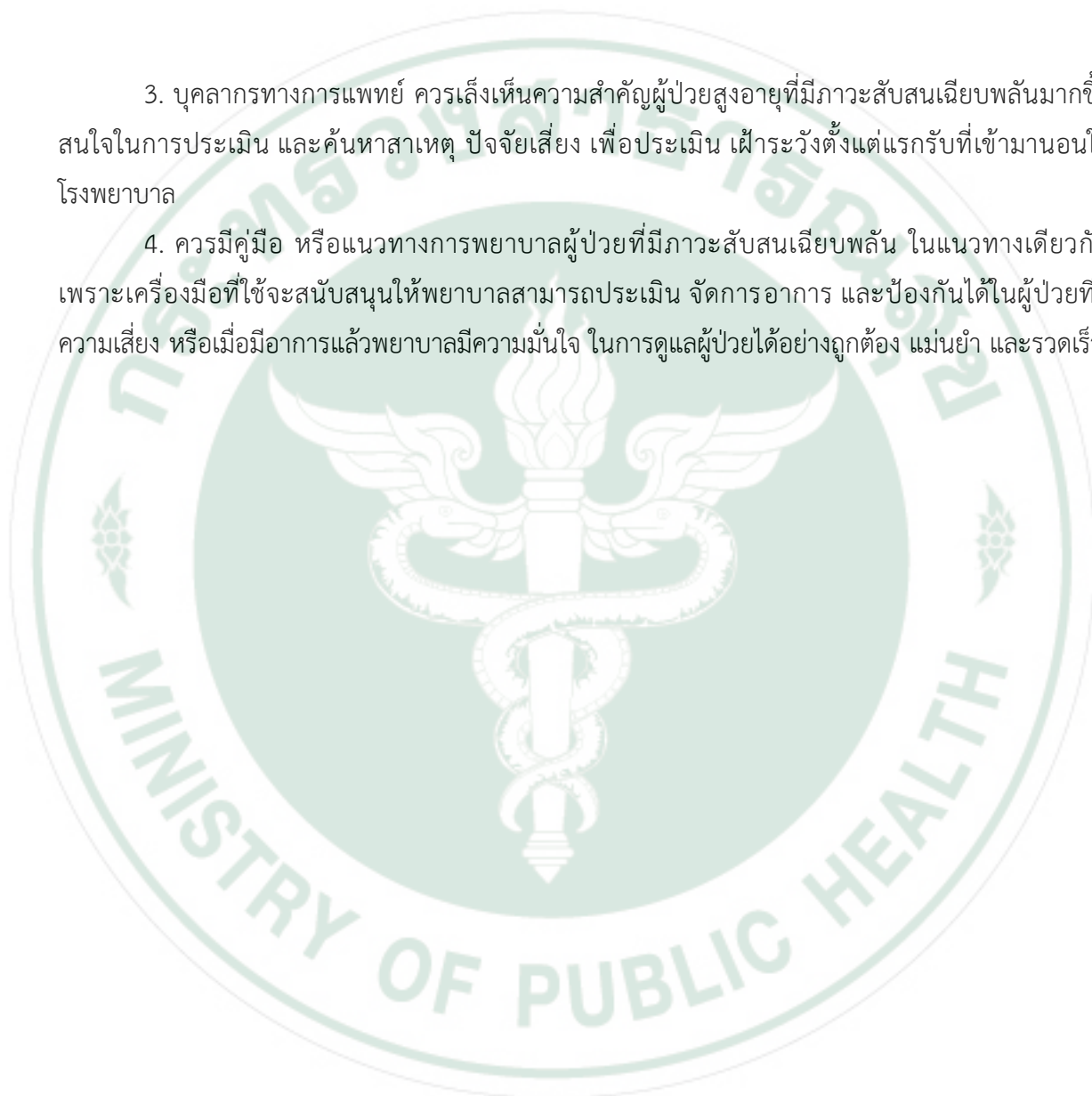
## ข้อเสนอแนะ

1. พยาบาลควรศึกษา ค้นคว้า หาความรู้เพิ่มเติม เกี่ยวกับระบบการทำงานของอวัยวะที่เสื่อมถอยลงในผู้ป่วยสูงอายุ เพราะผู้สูงอายุแต่ละรายมีความแตกต่างกัน บางรายมีอาการง่วงซึม เฉยเมยนอนหลับยาก ไม่เคลื่อนไหวร่างกาย ทำให้มีความยุ่งยากซับซ้อนในการประเมิน และดูแลผู้ป่วยสูงอายุมากขึ้น เพราะอาการที่แสดง จะเหมือนอาการอ่อนเพลีย จากการเจ็บป่วย จึงทำให้ไม่ได้รับการรักษาทันทั่วถึง

2. พยาบาลควรศึกษางานวิจัย และวรรณกรรมที่ผ่านมา ศึกษาการใช้เครื่องมือในการประเมิน และจัดการอาการผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสับสนเฉียบพลัน หรือโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ เพื่อเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยต่อไป

3. บุคลากรทางการแพทย์ ควรเล็งเห็นความสำคัญผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสับสนเฉียบพลันมากขึ้น สนใจในการประเมิน และค้นหาสาเหตุ ปัจจัยเสี่ยง เพื่อประเมิน ฝ้าระวังตั้งแต่แรกรับที่เข้ามาอนในโรงพยาบาล

4. ควรมีคู่มือ หรือแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะสับสนเฉียบพลัน ในแนวทางเดียวกัน เพราะเครื่องมือที่ใช้จะสนับสนุนให้พยาบาลสามารถประเมิน จัดการอาการ และป้องกันได้ในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยง หรือเมื่อมีอาการแล้วพยาบาลมีความมั่นใจ ในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง แม่นยำ และรวดเร็ว



**กรมการแพทย์**

**โรงพยาบาลเลิดสิน**

**ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน**

### บรรณานุกรม

- กัญญา ปุกคำ, กุสุมา คุววัฒนสัมฤทธิ์, และ ธารทิพย์ วิเศษธาร. (2562). การประเมินความเป็นไปได้ และผลลัพธ์ทางคลินิกของการใช้โปรแกรมการประเมินการป้องกันและการจัดการภาวะ สับสนเฉียบพลันในหอผู้ป่วยอายุวิกฤตศัลยกรรม. *วารสารการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุง ครรภ์ไทย*, 6(1), 68-86.
- กนกพร จิวประสาท. (2562). การฟื้นตัวสภาพผู้สูงอายุหลังผ่าตัดกระดูกสะโพก: ประเด็นท้าทาย ทางการพยาบาล. *วารสารการพยาบาล*, 21(1), 51-66.
- คุณัสปรกรณ์ มัคคัปปหลานนท์ และ ปุณทรี ศุภเวช. (2559). การดูแลผู้สูงอายุหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อ สะโพกเทียม. *วารสาร Veridian E Journal สาขาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี*, 3(6), 57-66.
- จิณพิชญ์ชา มะมม. (2562). *การพยาบาลผู้ป่วยโรคกระดูกและข้อ (พิมพ์ครั้งที่ 2)*. สำนักพิมพ์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- ดุสิตา วงศ์สง่าศรี. (2563, 18 ธันวาคม). การออกกำลังกายหลังผ่าตัดข้อสะโพก ในผู้ป่วย ข้อสะโพกหัก. <https://pt.mahidol.ac.th/ptcenter/knowledge-article/การออกกำลัง กายหลังผ่าตัด/>
- ทิพย์เนตร งามกาละ, พรทิพย์ มาลาธรรม, และ อรพิชญา ไกรฤทธิ์. (2561). อุบัติการณ์และปัจจัย เสี่ยงของภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล. *Rama Nurs J*, 24(2), 137-149.
- ธนาวรรณ แสนปัญญา, หัสยาพร อินทยศ, และ สิริยาพร จักรทอง. (2565). ผลของโปรแกรมการ เสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสะโพกหัก โรงพยาบาล แพร์. *Journal Nursing and Public Health Research*, 3(1), 33-48.
- นิศารัตน์ ยุวพัฒน์วงศ์ และ ลัดดา เหลืองรัตนมาศ. (2559). การประเมินและแนวทางการดูแล ผู้สูงอายุที่มีภาวะสับสนเฉียบพลันภายหลังการผ่าตัด. *Veridian E-Journal, Science and Technology Silpakorn University*, 3(6), 101-112.
- ประเสริฐ หล้าผลวนิชย์, เจริญชัย พากเพียรไพโรจน์, และ สมศักดิ์ ลีเซววงศ์. (2558). บูรณาการใน การป้องกันและรักษากระดูกหักซ้ำซ้อนจากโรคกระดูกพรุน. *วารสารกรมการแพทย์*, 40(4), 16-19.
- ปราณี มีหาญพงษ์, สุนิย์รัตน์ บุญศิลป์, และ ชุติมา ปายเที่ยง. (2566). การพัฒนาระบบบริการ พยาบาลการผ่าตัดเร่งด่วนในผู้สูงอายุที่กระดูกสะโพกหัก โรงพยาบาลสิงห์บุรี. *วารสาร พยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, 33(1), 147-160.
- เมตไทย. *การตรวจความหนาแน่นของกระดูก (Bone mineral density (BMD) test)*. <https://medthai.com/การตรวจ-bone-mineral-density-test/>

- ยศ เขียวอมร. (2564). อุบัติการณ์และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับอัตราตายปีแรกของผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหักที่ผ่าตัดในโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร. *วารสารแพทย์เขต 4-5*, 40(3), 439-48.
- รินณารา สายเมฆ. (2559). *การพัฒนาและประเมินผลของการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับสำหรับผู้ป่วยสูงอายุในหออภิบาลผู้ป่วยหนักโรงพยาบาลชุมชน. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.*
- โรงพยาบาลขอนแก่นราม. *การผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม (Total Hip Replacement).*  
<https://www.khonkaenram.com/th/services/health-information/health-articles/surg-ortho/total-hip-replacement>.
- โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา. *การปฏิบัติตนหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม.*  
<https://ayh.moph.go.th/ayh/>
- โรงพยาบาลเลิดสินกลุ่มงานดิจิทัลทางการแพทย์. (2565). รายงานสถิติประจำปี พ.ศ. 2565. กรุงเทพมหานคร: งานสถิติ.
- ศุภพร ศรีพิมาน, ปรีชญานันท์ เทียงจรรยา, และ ชุติวรรณ ปุรินทรภิบาล. (2563). ผลของการใช้โปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองต่อความรู้ การรับรู้ความสามารถ และพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสะโพก หอผู้ป่วยศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลสงขลา. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี*, 3(2), 149-165.
- ศุภฤทธิ เสงคราวิทย์. (2559). โปรแกรมป้องกันกระดูกสะโพกหักซ้ำในผู้ป่วยสูงอายุที่เคยกระดูกสะโพกหัก. *วารสารแพทย์เขต 4-5*, 35(4), 259-265.
- สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. (2562). *แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ. 2562.* กรุงเทพมหานคร.
- สุนีย์ ศรีสว่าง, จตุพงษ์ พันธุ์วิไล, และ ศักดิ์ระพี ชัยอินทริอาจ. (2561). อุบัติการณ์การเกิดภาวะแทรกซ้อนทางวิสัญญีโรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่ ปีงบประมาณ 2557 - 2559. *วารสารกรมการแพทย์*, 43(1), 106-111.
- สุภาพ อารีเอื้อ. (2561). *การพยาบาลออร์โธปิดิกส์: การพยาบาลโรคกระดูก.* กรุงเทพมหานคร คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี.
- สุวรรณา สุขประเสริฐ, วิไลพรรณ สมบุญตนนท์, พรทิศา วิชาจารย์, และ ปิติพร สิริทิพากร. (2015). ผลของการใช้แนวทางปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะ Delirium ในผู้ป่วยสูงอายุ โรงพยาบาลศิริราช. *Journal of Nursing Science*, 33(1), 60-68.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2565). *การสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2564.*  
<http://www.nso.go.th/sites/2014>

เสาวภา อินผา. (2557). ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม. งานการพยาบาลศัลยศาสตร์ และศัลยศาสตร์ออร์โธปิดิกส์ ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล, มหาวิทยาลัยมหิดล.

อัศวิน โรจนสุมาพงศ์. (2566). โรคกระดูกพรุน สาเหตุ อาการ การดูแลและการรักษา-คุยกับแพทย์ *Health at Home*. <https://healthathome.in.th/blog/osteoporosis>.

อรนุช มกรภิรมย์ และ อันธิกา คระระวานิช. (2563). การพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลสำหรับป้องกันการเกิดแผลกดทับในโรงพยาบาลตราด. *วารสารกองการพยาบาล*, 47(1), 139-152.

อรพรรณ โตสิงห์, และคณะ. (2559). การพยาบาลผู้ป่วยทางออร์โธปิดิกส์ (พิมพ์ครั้งที่ 1). โครงการตำราคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.

Folbert, E.C., Hegeman, J.H., Gierveld, R., van Netten J.J., Velde D.V., Ten Duis H.J., Slaets J.P. (2017). Complications during hospitalization and risk factors in elderly patients with hip fracture following integrated orthogeriatric treatment. *Archives of Orthopaedic and Trauma Surgery*, 137(4), 507-515.

Gibson, C.H.A. (1993). *Study of Empowerment in Mothers of Chronically Ill Children*. *Journal of Advanced Nursing*, 21(2), 865-871.

Hip Fractures. (2020). Hip Fracture. <https://kwaktalk.org/ortho/2020/12/27/hip-fractures>

Inouye SK, van Dyck CH, Alessi CA, Balkin S, Siegal AP, Horwitz RI. (1990). Clarifying confusion: the confusion assessment method. a new method for detection of delirium. *Annals of Internal Medicine*, 113(12), 941-8.

Inouye SK, Westendorp RG, Saczynski JS. (2014). Delirium in elderly people. *The Lancet*, 383(9920), 911-22.

Koso RE, Sheets C, Richardson WJ, et al. (2018). Hip Fracture in the Elderly Patients: A Sentinel Event. *Am J Hosp Palliative Care*, 35(4), 612-619.

Oh ES, Fong TG, Hshieh TT, Inouye SK. (2017). Delirium in order persons: advances in diagnosis and treatment. *JAMA*, 318(12), 1161-1174.

Orem, D. E. (1991). *Nursing: Concepts of Practice* (4th ed.). Mosby Year Book.

Osteoporosis in Menopause. (2022). <https://w1.med.cmu.ac.th/obgyn/lectures/topics/46768>.

Schub TB. (2018). *Delirium: an overview*. Ipswich, Massachusetts: EBSCO Publishing.

Stanford medicine. *Types of Hip Fractures*. <https://stanfordhealthcare.org/medical-conditions/bones-joints-and-muscles/hip-fracture/types.html>

United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division.

(2015). *World Population Ageing*. [https://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/ageing/WPA2015\\_Report.pdf](https://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/ageing/WPA2015_Report.pdf)

Theera Tongsong. (2022, 8 เมษายน). Osteoporosis in Menopause.

<https://w1.med.cmu.ac.th/obgyn/lecturestopics/46768/>

Webmaster. (2018, 1 มีนาคม). เครื่องมือคำนวณความเสี่ยงการเกิดกระดูกหัก FRAX. สมาคมต่อมไร้ท่อแห่งประเทศไทย. <https://www.thaiendocrine.org/th/2018/03/01/เครื่องมือคำนวณความเสี่ยง/>

Wikanda Rattanaphan. (2567, 20 กรกฎาคม). กระดูกสะโพกหัก (Broken Hip) : อาการ สาเหตุ การรักษา. iHealzy. <https://ihealzy.com/broken-hip-0544/>

Woten MRB, Pilgrim JRBM. (2017). *Delirium in order patients: providing care in the acute care setting*. Ipswich, Massachusetts: EBSCO Publishing.

**กรมการแพทย์**

**โรงพยาบาลเลิดสิน**

**ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน**





ภาคผนวก

**กรมการแพทย์**

**โรงพยาบาลเลิดสิน**

ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน

## ภาคผนวก ก

## DOCTORS ORDERS SHEET

DATE/TIME	ORDERS FOR ONE DAY ONLY	DATE/TIME	ORDERS FOR CONTINUATION
6 ส.ค.2566	Refracture Prevention Doctor order form Day 0 - Blood for CBC, BUN/Cr, - electrolytes, Ca, P, LFT, FBS, PT, PTT, INR - Morning TSH, vitamin D level, - If abnormal Ca level (8.5 or > 10.5 mg/dl) เจาะ PTH level - If FBC > 180 mg/dl เจาะ HbA1C - Cross match for OR - CXR - Film both hip AP, lateral cross table Film T spine AP/ lateral Film LS spine AP/ lateral - Consult Med, Anesthesia - U/A, PT PTT	6 ส.ค.2566	- Low salt diet - V/S -Paracetamol (500mg) 2 tab oral prn q 4-6 hr
7 ส.ค. 2566	- Set or Bipolar Hemiarthroplasty Lt femur 8 สิงหาคม 2566 - NPO AMN - Acetar 1,000 ml vein 80 cc/hr - cefazolin 2 gm to OR - Retrain F/C ก่อนไป OR - amlodipine(5mg) 1 tab oral + น้ำ 30 cc ก่อนไปห้องผ่าตัด		

## ภาคผนวก ก

## DOCTORS ORDERS SHEET

DATE/ TIME	ORDERS FOR ONE DAY ONLY	DATE/TIME	ORDERS FOR CONTINUATION
8 ส.ค.2566	<ul style="list-style-type: none"> <li>- งด OR</li> <li>- Set OR Bipolar Hemiarthroplasty Lt femur 9 สิงหาคม 2566</li> <li>- NPO AMN</li> <li>- Acetar 1,000 ml vein 80 cc/hr</li> <li>- cefazolin 2 gm to OR</li> <li>- Retrain F/C ก่อนไป OR</li> <li>- G/M PRC 2 Unit ไปห้องผ่าตัด</li> <li>- Keep BP &lt; 180/110 mmHg</li> <li>- amlodipine (5 mg) 1 tab oral + น้ำ 30 cc ก่อนไปห้องผ่าตัด</li> <li>- จอง ICU</li> <li>- Transamine 1 gm to OR</li> </ul>	9 ส.ค.2566 11.50 น.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Low salt diet</li> <li>- Record V/S, I/O as ml</li> <li><u>MED</u></li> <li>- cefazolin 1 gm IV q 6 hr</li> <li>- paracetamol (500 mg) 1 tab oral q 6 hr x 2 วัน</li> <li>Then 1 tab oral prn q 6 hr</li> <li>- mydocalm 1 x 3 oral pc</li> <li>- calcium (1,500) 1 x 1 oral pc</li> <li>- vitamin D2 1tab oral OD / weekly</li> </ul>
9 ส.ค.2566 11.50 น.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Post op order</li> <li>- Routine post op care</li> <li>- Film both hip AP, Lt Hip lateral/crosstable</li> <li>- NSS 1,000 ml vein 80 cc/hr</li> <li>- Hct at 16.00 น. Keep ≥ 30%</li> <li>- CBC, BUN, Cr, Electrolyte พรุ่งนี้เช้า</li> <li>- CBC วันที่ 11 สิงหาคม 2566</li> <li>ORDER FOR SPINAL MORPHINE</li> <li>1. Routine Postoperative Care</li> <li>2. Monitor : BP, PR, RR ทุก 1 ชั่วโมง</li> </ul>		

ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน

## ภาคผนวก ก

## DOCTORS ORDERS SHEET

DATE/ TIME	ORDERS FOR ONE DAY ONLY	DATE/TIME	ORDERS FOR CONTINUATION
9 ส.ค.2566	<p>ใน 4 ชั่วโมงแรกและต่อมาทุก 4 ชั่วโมง</p> <p>3. สังเกตการณ์หายใจของผู้ป่วยทุก 1-2 ชั่วโมง</p> <p>4. ห้ามให้ narcotic อื่นๆ ทาง vein หรือ IM</p> <p>5. การรักษาภาวะข้างเคียง</p> <p>5.1. ถ้ามีอัตราการหายใจ <math>\leq 8</math> ครั้ง/นาที</p> <p>Rx - ให้ปลุกผู้ป่วย และการกระตุ้นให้หายใจ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Oxygen cannula 3 lit/min</li> <li>- ตามแพทย์ทันที</li> <li>- ให้ Narcan 0.2 mg vein ซ้ำๆ</li> </ul> <p>5.2. ถ้ามีอาการคลื่นไส้อาเจียน</p> <p>Rx - Plasil 1 amp vein prn q 4-6 hr</p> <p>5.3. ถ้ามีอาการคัน</p> <p>Rx - piriton 1 amp vein prn q 4-6 hr</p> <p>5.4. ถ้าปัสสาวะลำบาก</p> <p>Rx - สวนทิ้ง prn</p> <p>6. ถ้าผู้ป่วยมีปัญหาเรื่องอาการปวดมาก</p> <p>Rx - Fentanyl 40 mcg vein prn q 4 ชั่วโมง</p> <p>7. ถ้ามีปัญหาติดต่อวิสัญญี โทร 9812, 9813</p>	<p>10 ส.ค.2566</p> <p>7.00 น.</p> <p>13 ส.ค. 2566</p> <p>10.00 น.</p> <p>14 ส.ค. 2566</p>	<p>- Brufen (400 mg)</p> <p>1 x 2 oral pc x 2 วัน</p> <p>- ไช้ขาว 1 ฟอง/มือ</p> <p>- senokot 2 tab oral hs</p> <p>- นมเสริม 1 ขวด / มือ</p>

## ภาคผนวก ก

## DOCTORS ORDERS SHEET

DATE/ TIME	ORDERS FOR ONE DAY ONLY	DATE/TIME	ORDERS FOR CONTINUATION
10 ส.ค.2566 7.00น.  22.00 น	- NSS 1,000 ml vein 60 cc/hr - morphine 3 mg vein prn q 4 hr - plasil 1 amp vein prn q 4 hr - off F/C, off drain - IV หมด off, on HL -Single cath	16 ส.ค.2566 10.00 น.	- ไช้ขาว 2 ฟอง/มือ - off cefazolin - dicloxacillin (500 mg) 1 x 4 oral ac
11 ส.ค.2566 7.00 น.	-PT Note นัดญาติสอน Home program วันอังคาร 15 สิงหาคม 2566 เวลา 9.00 น. - morphine 3 mg vein prn q 4-6 hr - plasil 10 mg vein prn q 8 hr - paracetamol (500 mg) 1 tab, CPM 1 amp vein ก่อนให้เลือด 1 Unit - PRC 1 Unit vein drip in 4 hr - Hct หลังเลือดหมด 4 ชั่วโมง		
12 ส.ค. 2566 7.00น.	- U/A - CBC, BUN, Cr, e'lyte		
13 ส.ค.2566 7.00น.	- CT brain NC Emergency - CT Chest - CXR - NSS 1,000 ml vein 80 cc / hr - NSS 1,000 ml vein 80 cc / hr - DTX 122 mg % - PT, PTT, INR, Ca, Mg, P, Alb, ECG 12 lead		

ภาคผนวก ก

## DOCTORS ORDERS SHEET

DATE/ TIME	ORDERS FOR ONE DAY ONLY	DATE/TIME	ORDERS FOR CONTINUATION
13 ส.ค. 2566 10.20น	- NPO - Film both hip AP - off NPO - Unison enema rectal suppo		
10.30 น	- onsia 1 amp vein prn q 8 hr - NSS 1,000 ml + KCL 40 mEq vein 60 cc / hr หมด off		
17 ส.ค.2566 7.40 น.	- PT Note นัดญาติสอน Home program เวลา 9.00 น.		
18 ส.ค.2566 8.00 น.	- if D/C Home med - dicloxacillin (500 mg) 1x4 oral ac # 28 tab - paracetamol (500mg) 1 tab oral prn q 6 hr # 20 tab - calcium (1,500 mg) 1 × 1 oral pc # 30 tab - vitamin D2 1 tab oral OD / weekly # 10 tab - senokot 2 tab oral prn hs # 40 tab - นัด BMD ก่อน D/C- plan D/C		

ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน

ภาคผนวก ก

## DOCTORS ORDERS SHEET

DATE/ TIME	ORDERS FOR ONE DAY ONLY	DATE/TIME	ORDERS FOR CONTINUATION
19 ส.ค.2566 7.00 น	- F/U OPD 23 สิงหาคม 2566 + Film Both hip AP, Lt hip lateral crosstable - Home med เดิม - D/C ได้เมื่อพร้อม		

# กรมการแพทย์

## โรงพยาบาลเลิดสิน

### ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน

ภาคผนวก ข

## ยาที่ใช้ในการระหว่างการรักษา

### 1. Mydoclam (50mg)

#### 1.1 สรรพคุณ

ยานี้ใช้เพื่อช่วยบรรเทาบรรเทาอาการที่เกี่ยวข้องกับการเกร็งตัวของกล้ามเนื้อและช่วยคลายกล้ามเนื้อ

#### 1.2 อาการข้างเคียง

อาการอันไม่พึงประสงค์ที่อาจเกิดระหว่างใช้ยา กล้ามเนื้ออ่อนแรง คลื่นไส้ อาเจียน ไม่สบายท้อง ปวดศีรษะ อาการอันไม่พึงประสงค์ที่ต้องแจ้งแพทย์ทราบทันทีมีดังนี้ บวมบริเวณเปลือกตา ริมฝีปาก และลำคอ หายใจลำบากหรือมี

#### 1.3 การพยาบาล

1. ยานี้อยู่ในรูปแบบยาเม็ดใช้สำหรับรับประทาน โดยทั่วไปรับประทานวันละ 3 ครั้ง
2. ห้ามใช้ในผู้ที่ เป็นโรคกล้ามเนื้ออ่อนแรง (myasthenia gravis)
3. ยานี้อาจจะทำให้มีอาการเวียนศีรษะ ง่วงซึมได้หากมีอาการดังกล่าว ควรหลีกเลี่ยงการขับรถหรือการทำงานเกี่ยวข้องกับเครื่องจักรหลังจากรับประทานยา
4. หากลิ้มรับประทายาให้รับประทานยาทันทีที่นึกได้ แต่ถ้าเป็นเวลาทีใกล้กับมื้อถัดไปให้ข้ามไปรับประทานยามื้อต่อไปเลยโดยไม่ต้องเพิ่มขนาดยาเป็นสองเท่าเสี่ยงหวัด เกิดผื่นบริเวณผิวหนัง คัน เกิดลมพิษ มีไข้

### 2. Metoclopramide

#### 2.1 สรรพคุณ

เป็นยาที่นำมาบำบัดอาการคลื่นไส้ อาเจียน ช่วยทำให้กระเพาะและลำไส้บีบไล่อาหารที่ค้างค้างอยู่ในช่องทางเดินอาหารได้เร็วมากขึ้น ยาตัวนี้เหมาะที่จะใช้กับผู้ป่วยที่มีอาการของกระเพาะและลำไส้ทำงานได้ไม่ดี หรือบีบตัวน้อยเกินไป จนทำให้อาหารค้างค้างอยู่นานจนก่อให้เกิดภาวะคลื่นไส้ อายากอาเจียนขึ้นมา

#### 2.2 อาการข้างเคียง

ผลต่อสมอง: มีอาการ ง่วงนอน อ่อนเพลีย วิงเวียน รู้สึกสับสน นอนไม่หลับ ซึมเศร้า ผลต่อหัวใจและหลอดเลือด: ความดันโลหิตสูง ความดันโลหิตต่ำ หัวใจเต้นช้าหรือเร็ว ผิดจังหวะ ระบบอาหาร อาจกระตุ้นให้เกิดอาการคลื่นไส้และท้องเสียติดตามมา

#### 2.3 การพยาบาล

ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน



1. การใช้ยาร่วมกับยาเบาหวานบางตัว เช่น อินซูลิน อาจก่อให้เกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำหากมีความจำเป็นต้องใช้ร่วมกัน ควรปรับขนาดและระยะเวลาการใช้ยาเบาหวานต่อผู้ป่วยโดยแพทย์

2. ผู้ระวังอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา ได้แก่ หายใจลำบาก คอแข็ง ขากรรไกรแข็ง

### 3. Vitamin D2 (CALCIFEROL)

#### 3.1 สรรพคุณ

ยานี้เป็นวิตามินดีสังเคราะห์ที่ใช้เพื่อรักษาภาวะสมดุลของระดับแคลเซียมและฟอสฟอรัสใน เลือดและในกระดูก ป้องกันภาวะกระดูกพรุน

#### 3.2 อาการข้างเคียง

อาการเหล่านี้เป็นอาการซึ่งเกิดจากการได้รับวิตามินดีมากเกินไป หากเกิดอาการดังต่อไปนี้ ควรแจ้งแพทย์หรือเภสัชกรทันทีโดยอาการที่อาจเกิดขึ้นในระยะแรก ได้แก่ อาการปวดกระดูก ท้องผูก ปากแห้ง ปวดศีรษะ รู้สึกถึงรสชาติโลหะในปาก คลื่นไส้อาเจียน เหนื่อย อ่อนเพลีย ผิดปกติ ส่วนอาการที่อาจเกิดขึ้นภายหลัง ได้แก่ รู้สึกกระหายน้ำมากขึ้น ปัสสาวะบ่อยโดยเฉพาะในเวลา กลางคืน หัวใจเต้นไม่ปกติความดันโลหิตสูง เบื่ออาหาร ชัก ปวดท้อง หรือน้ำหนัก

#### 3.3 การพยาบาล

1. การรับประทานวิตามินดีอาจส่งผลต่อระดับน้ำตาลในเลือด ผู้ป่วยโรคเบาหวาน มีระดับ น้ำตาลในเลือดต่ำ หรืออยู่ในช่วงการใช้ยาสมุนไพร อาหารเสริมที่อาจกระทบต่อระดับน้ำตาลในเลือด ควรรับประทานภายใต้คำแนะนำของแพทย์

2. ผู้ที่มีโรคประจำตัวหรือเคยเป็นโรคเกี่ยวกับความดันโลหิต โรคตับและไต ระบบภูมิคุ้มกัน ผิดปกติโรคหัวใจ มีความผิดปกติของระบบการย่อยอาหาร โรคของต่อมไทรอยด์โรคปอด โรคทาง ผิวหนัง ปวดศีรษะบ่อย มีความผิดปกติของกล้ามเนื้อ กระดูก และข้อต่อ ควรรับประทานยาด้วยความระมัดระวัง

3. ไม่ควรรับประทานวิตามินดีมากกว่า 100 ไมโครกรัม (4,000 IU) ต่อวันเพราะอาจทำให้ แคลเซียมในเลือดสูงและเป็นอันตรายต่อร่างกาย

### 4. Calcium (1,500 mg)

#### 4.1 สรรพคุณ

เป็นแร่ธาตุสำคัญในการสร้างความแข็งแรงให้กระดูกและฟัน จำเป็นต่อการทำงานของหัวใจ กล้ามเนื้อ และระบบประสาท หากร่างกายไม่ได้รับแคลเซียมเพียงพอ แคลเซียมในกระดูกจะถูกดึงมาใช้แทน ส่งผลให้กระดูกเปราะบางและอ่อนแอลง เกิดเป็นโรคกระดูกพรุนได้

#### 4.2 อาการข้างเคียง

1. ผู้ป่วยที่มีแคลเซียมในเลือดสูง (Hypercalcemia) และแคลเซียมในปัสสาวะสูง (Hypercalciuria) การได้รับแคลเซียมเพิ่มจะทำให้อาการแย่ลง
2. ท้องอืด ท้องผูก
3. ผู้เป็นโรคไตหรือโรคหัวใจ การได้รับแคลเซียมสูงเพิ่มโอกาสเกิดโรคหัวใจในไต ใช้ทดแทนการขาดแคลเซียม และรักษาผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่มีภาวะฟอสเฟตในเลือดสูง

#### 4.4 การพยาบาล

1. การใช้ยาร่วมกับยาเบาหวานบางตัว เช่น อินซูลิน อาจก่อให้เกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำหากมีความจำเป็นต้องใช้ร่วมกัน ควรปรับขนาดและระยะเวลาการให้ยาเบาหวานต่อผู้ป่วยโดยแพทย์
2. เผื่อระวังอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา ได้แก่ หายใจลำบาก คอแข็ง ขากรรไกรแข็ง

### 5. Amlodipine (5 mg)

#### 5.1 สรรพคุณ

เป็นยาในกลุ่มแคลเซียมแชนแนลบล็อกเกอร์ (Calcium Channel Blocker) ที่ช่วยควบคุมโรคความดันโลหิตสูง บรรเทาอาการเจ็บหน้าอกจากกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด หรือโรคอื่นที่เกี่ยวข้องกับหลอดเลือดหัวใจ กลไกการออกฤทธิ์ของยาจะช่วยขยายหลอดเลือดและเส้นเลือดฝอยที่ไปเลี้ยงหัวใจ ทำให้หัวใจสูบฉีดเลือดไปเลี้ยงทั่วร่างกายได้มากขึ้นและลดความดันโลหิตในหลอดเลือดให้ลดลง

#### 5.2 อาการข้างเคียง

1. ไม่ควรดื่มแอลกอฮอล์ในช่วงที่มีการใช้ยา เพราะอาจก่อให้เกิดผลข้างเคียงของยาที่รุนแรงมากขึ้น
2. หลีกเลี่ยงการทำกิจกรรมที่ต้องใช้ความระมัดระวัง การขับรถ ทำงานเกี่ยวข้องกับเครื่องจักรกล หรือทำงานในที่สูง เนื่องจากยาชนิดนี้อาจทำให้เวียนหรือง่วงนอน
3. ยาชนิดนี้อาจมีปฏิกิริยากับยาบางตัวเมื่อมีการรับประทานร่วมกัน เช่น ยาไนโตรกลีเซอริน (Nitroglycerin) ยาซิมวาสแตติน (Simvastatin) ยารักษาโรคหัวใจ ยาโรคความดันโลหิตสูง จึงควรปรึกษาแพทย์ก่อนการใช้ยา
4. ผู้ป่วยอาจพบอาการบวมตามมือ เท้า ขาส่วนล่าง ข้อเท้า ปวดศีรษะ ท้องเสีย มีน้มน้ำหนัก เหนื่อยง่าย ซึม หน้าแดง ใจสั่น ท้องอืด ซึ่งเป็นผลข้างเคียงที่พบได้หลังการรับประทานยา จึงควรแจ้งแพทย์หรือเภสัชกรหากอาการเหล่านี้ยังเป็นอยู่อย่างต่อเนื่อง

#### 5.3 การพยาบาล

1. ยาชนิดนี้สามารถรับประทานพร้อมอาหารหรือหลังอาหาร แต่ควรเป็นเวลาเดียวกันในแต่ละวัน ซึ่งในช่วงที่มีการรับประทานยาควรควบคุมอาหาร ออกกำลังกาย ดูแลสุขภาพร่างกายให้แข็งแรง

2. ควรวัดความดันสม่ำเสมอ

3. ในกรณีที่ลืมรับประทานยาตามเวลาที่กำหนด สามารถรับประทานยาได้ทันที แต่หากใกล้ถึงเวลารับประทานยาในรอบต่อไปหรือนานมากกว่า 12 ชั่วโมงขึ้นไป ให้ข้ามไปรับประทานยาในรอบถัดไป ไม่ควรเพิ่มปริมาณยาเป็น 2 เท่า และเมื่อมีอาการผิดปกติหรือรุนแรงขึ้น ควรไปพบแพทย์

4. การเก็บยาควรเก็บไว้ในอุณหภูมิห้อง ห่างจากความร้อน ความชื้น แสงแดด และเก็บไว้นอกมือเด็ก ไม่ควรรับประทานยาที่หมดอายุ เพราะอาจเป็นอันตรายต่อผู้ใช้ได้

## 6. Brufen (400 mg)

### 6.1 สรรพคุณ

เป็นยาแก้อักเสบปราศจากสเตียรอยด์ หรือเอ็นเซดซึ่งใช้รักษาอาการปวด ใช้ และการอักเสบ ปวดกล้ามเนื้อ ปวดฟัน รักษาไมเกรน รวมถึงอาการปวดประจำเดือน และข้ออักเสบรูมาติก โดยปรกติแล้ว ร้อยละ 60 ของผู้ได้รับเอ็นเซดจะมีอาการดีขึ้นและรักษาโรคข้อกระดูกเสื่อม โดยจะมีอาการหลังจากใช้ช้อมาก ๆ ซึ่งจะส่งผลให้การเคลื่อนไหวข้อลำบาก เกิดอาการเจ็บปวด

### 6.2 อาการข้างเคียง

ระคายเคืองกระเพาะอาหาร ควรทานยาพร้อมทั้งมีอาหาร หรือหลังอาหาร เพื่อไม่ให้เกิดอาการระคายเคืองโรคกระเพาะ

### 6.3 การพยาบาล

1. ไม่ควรนอนหลับทันทีหลังทานยา ควรเว้นระยะเวลาอย่างน้อย 10 นาที

2. เมื่อทานยา Ibuprofen (ไอบูโพรเฟน) แล้วควรดื่มน้ำเปล่าหรือดื่มนม 1 แก้วตามทันที หรือทานอาหารลดกรดด้วยก็จะช่วยลดผลข้างเคียงได้

3. หากใช้ยา Ibuprofen (ไอบูโพรเฟน) กับเด็ก ควรพิจารณาถึงน้ำหนักตัวและขนาดของยาให้เหมาะสม เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด

4. โรคบางชนิดหรืออาการบางอย่างอาจจะต้องใช้เวลาในการทานยานานถึง 2 สัปดาห์จึงจะเห็นผล

5. ยาจะมีประสิทธิภาพสูงสุดหากทานเมื่อมีอาการปวดทันที

## 7. Senokot (75 mg)

### 7.1 สรรพคุณ

ออกฤทธิ์กระตุ้นผนังลำไส้ใหญ่ให้เกิดการบีบตัว รวมทั้งยับยั้งการดูดน้ำกลับที่บริเวณลำไส้ใหญ่ ส่งผลให้เกิดการขับถ่าย

### 7.2 อาการข้างเคียง

ปวดเกร็งท้อง ปวดมวนท้อง คลื่นไส้ อาเจียน เป็นต้น

### 7.3 การพยาบาล

1. ไม่ควรใช้ติดต่อกันนานเกิน 1 สัปดาห์ เพราะอาจทำให้ท้องเสียจนเกิดการสูญเสียน้ำ และเกลือแร่มากเกินไป
2. การรับประทานยาในขนาดสูงอาจทำให้เกิดไตอักเสบ ควรรับประทานตามแพทย์สั่ง และดื่มน้ำมากๆ
3. รับประทานผักผลไม้เสริม
4. ห้ามใช้ยาระบายมะขามแขกในผู้ที่มีภาวะทางเดินอาหารอุดตัน (gastrointestinal obstruction) หรือปวดท้องโดยไม่ทราบสาเหตุ

## 8. Paracetamol (500 mg)

### 8.1 สรรพคุณ

เป็นยาที่ใช้เพื่อบรรเทาอาการปวดและช่วยลดไข้ โดยนิยมใช้เพื่อรักษาอาการปวดทั่วไป เช่น อาการปวดศีรษะ ปวดประจำเดือน ปวดกล้ามเนื้อ หรือปวดฟัน

### 8.2 อาการข้างเคียง

รับประทานเกินขนาดมีผลต่อดับ ตับแข็ง ตาเหลืองได้

### 8.3 การพยาบาล

1. ไม่ควรใช้ยาเกินครั้งละ 500–1,000 มิลลิกรัม ต่อ 4–6 ชั่วโมง และไม่ควรเกิน 4,000 มิลลิกรัมต่อวัน ควรดื่มน้ำตามมากๆ 6-8 แก้ว/วัน
2. ผู้ที่มีประวัติเป็นโรคพิษสุราเรื้อรัง โรคตับ และโรคไต ควรแจ้งให้แพทย์ทราบ ก่อนใช้ยาพาราเซตามอล
3. หลีกเลี่ยงการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ระหว่างการใช้ยา เพราะอาจยิ่งเพิ่มความเสี่ยงที่ตับจะถูกทำลายมากขึ้น
4. รับประทานยาตามคำสั่งแพทย์ ไม่ควรซื้อยารับประทานเอง

## 9. Cefazolin 1 gm

### 9.1 สรรพคุณ

ยาปฏิชีวนะในกลุ่มเซฟาโลสปอริน(Cephalosporin) รุ่นที่1 ออกฤทธิ์ต่อต้านเชื้อแบคทีเรียทั้งชนิดแกรมบวกและชนิดแกรมลบ ยาเซฟาโซลินสามารถเกิดปฏิกิริยาข้ามกัน(Cross-reactivity) กับยาPenicillinได้ ดังนั้นจึงไม่แนะนำให้ใช้เซฟาโซลินกับผู้ที่ใช้ยา Penicillin เป็นยาชนิดฉีด สามารถฉีดเข้าหลอดเลือดดำ หรือ ฉีดเข้ากล้ามเนื้อก็ได้ ซึ่งร่างกายต้องใช้เวลาประมาณ 1.8 - 2 ชั่วโมงในการกำจัดยานี้จำนวน 50% ออกจากกระแสเลือดโดยผ่านทิ้งไปกับปัสสาวะ รักษาแบคทีเรียแกรมบวกและแบคทีเรียแกรมลบ

### 9.2 อาการข้างเคียง

มีคลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสีย และผื่นคัน หรือกรณีที่ผู้ป่วยมีประวัติแพ้ยาเซฟาโซลิน แพทย์จะไม่ใช้ยานี้กับผู้ป่วยเป็นอันตรายแต่จะเลี่ยงไปใช้ยาปฏิชีวนะกลุ่มอื่นแทน

### 9.3 การพยาบาล

1. ซักประวัติเรื่องการแพ้ยา มีประวัติแพ้ยา Penicillin, Amoxicillin ถ้าแพ้ยาควรใช้ยาตัวอื่น
2. ซักประวัติเรื่องการแพ้ยา Warfarin, Heparin ยาในกลุ่ม Probenecid หรือไม่ แพ้ยากลุ่มเซฟาโลสปอริน (Cephalosporin) และยาแข็งตัวของเลือด
3. การใช้นี้แล้วอาการผู้ป่วยดีขึ้นแพทย์จะยังให้นี้ต่อเนื่องจนครบเกณฑ์มาตรฐาน ทั้งนี้เพื่อป้องกันการดื้อยาของแบคทีเรียติดตามมา
4. กรณีที่ใช้นี้ไปแล้วตามขนาดและเวลาที่เหมาะสมแต่อาการไม่ดีขึ้น แพทย์จะมีการทบทวนเพื่อปรับแนวทางการรักษา

### 9.4 อาการควรระวัง

1. การให้ยาเซฟาโซลิน ร่วมกับยา Gentamicin อาจทำให้ไตได้รับความเสียหายหรือถูกทำลาย หากไม่มีความจำเป็นใดๆควรหลีกเลี่ยงการใช้ยาร่วมกัน
2. การให้ยาเซฟาโซลิน ร่วมกับยา Warfarin อาจทำให้เกิดภาวะเลือดออกง่ายตามมา กรณีที่จำเป็นต้องใช้ยาร่วมกันแพทย์จะปรับขนาดการใช้ยาให้เหมาะสมเป็นกรณีไป
3. การให้ยาเซฟาโซลิน ร่วมกับยา Furosemide อาจทำให้ไตทำงานบกพร่อง ผู้ป่วยอาจพบอาการคลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร ปัสสาวะลดลงหรืออาจมากขึ้นก็ได้ น้ำหนักตัวเพิ่มหรือลดลง มีอาการบวม น้ำ วิงเวียน รู้สึกสับสน และหัวใจเต้นผิดจังหวะ

### 9.5 การพยาบาล

1. ไม่ควรใช้ยาเกินครั้งละ 500–1,000 มิลลิกรัม ต่อ 4–6 ชั่วโมง และไม่ควรเกิน 4,000 มิลลิกรัมต่อวัน ควรดื่มน้ำตามมากๆ 6-8 แก้ว/วัน
2. ผู้ที่มีประวัติเป็นโรคพิษสุราเรื้อรัง โรคตับ และโรคไต ควรแจ้งให้แพทย์ทราบก่อนใช้ยาพาราเซตามอล
3. หลีกเลี่ยงการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ระหว่างการใช้นี้ เพราะอาจยิ่งเพิ่มความเสียหายที่ตับจะถูกทำลายมากขึ้น
4. รับประทานยาตามคำสั่งแพทย์ ไม่ควรซื้อยารับประทานเอง

## 10. Dicloxacillin (500mg)

### 10.1 สรรพคุณ

1. ยาปฏิชีวนะกลุ่มเพนิซิลลิน (Penicillin) ที่นำมาใช้รักษาการติดเชื้อจากแบคทีเรียได้อย่างหลากหลาย เช่น โรคติดเชื้อที่กระดูก ผิวหนัง หู และระบบทางเดินปัสสาวะหรืออาจนำมาใช้

ในการรักษาโรคหรืออื่น ๆ ได้ ขึ้นอยู่กับดุลยพินิจของแพทย์ โดยยา Dicloxacillin มีกลไกการออกฤทธิ์ยับยั้งการสร้างผนังเซลล์ของแบคทีเรีย จึงช่วยหยุดการเจริญเติบโตของแบคทีเรีย

2. การใช้อย่างนี้แล้วอาการผู้ป่วยดีขึ้นแพทย์จะยังให้ยานี้ต่อเนื่องจนครบเกณฑ์มาตรฐานทั้งนี้เพื่อป้องกันการดื้อยาของแบคทีเรียติดตามมา

3. กรณีที่ใช้อย่างนี้ไปแล้วตามขนาดและเวลาที่เหมาะสมแต่อาการไม่ดีขึ้น แพทย์จะมีการทบทวนเพื่อปรับแนวทางการรักษา

## 10.2 อาการข้างเคียง

เป็นไข้ คลื่นไส้ อาเจียน ไม่สบายท้อง ปวดท้อง ท้องเสีย แสบร้อนกลางอก ปวดข้อ เจ็บกล้ามเนื้อ เกิดการติดเชื้อซ้ำซ้อน

## 10.3 การพยาบาล

1. ในกรณีที่ลืมรับประทานยาตามเวลาที่กำหนด ให้รับประทานยาได้ทันที แต่หากใกล้ถึงเวลารับประทานยาในรอบถัดไป ให้ข้ามไปรับประทานยาในรอบถัดไป ไม่ควรเพิ่มปริมาณยาเป็น 2 เท่า และหากมีอาการผิดปกติเกิดขึ้น ควรรีบพบแพทย์

2. ควรใช้เวลาเดียวกันทุกวันเพื่อให้ยาเกิดประสิทธิภาพที่สุด

3. ควรรับประทานยาขณะท้องว่าง ก่อนอาหารอย่างน้อย 1 ชั่วโมง หรือหลังอาหาร 2 ชั่วโมง

4. ควรรับประทานยาให้ครบตามที่แพทย์แนะนำ ไม่ควรหยุดใช้ยาเองแม้อาการจะดีขึ้นก็ตาม เพราะการหยุดใช้ยาเองหรือหยุดใช้ยาเร็วเกินไปอาจทำให้เชื้อแบคทีเรียมีการเจริญเติบโตอีกครั้ง ซึ่งอาจทำให้เกิดการติดเชื้อซ้ำ

5. ควรรับประทานวันละ 4 ครั้ง ทุก 6 ชั่วโมง หรือตามที่แพทย์แนะนำ

6. สำหรับการติดเชื้อที่มีความรุนแรง ใช้ขนาด 200 มิลลิกรัมขึ้นไปต่อน้ำหนักตัว (กิโลกรัม) แบ่งใช้หลายครั้ง สูงสุดไม่เกิน 12 กรัมต่อวัน

## 11. ondansetron (4 mg)

### 11.1 สรรพคุณ

เป็นยาที่ใช้ในการรักษาอาการคลื่นไส้และอาเจียนที่เป็นผลมาจากโรคกระเพาะอาหารและลำไส้อักเสบ การผ่าตัด หรือการรักษาในผู้ป่วยมะเร็ง เช่น การทำเคมีบำบัด หรือการฉายรังสี เป็นต้น ทำงานโดยการยับยั้งการผลิตสารเซโรโทนิน (Serotonin) ในลำไส้และระบบประสาทส่วนกลาง ซึ่งเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดอาการคลื่นไส้และอาเจียน อาจใช้ร่วมกับยาชนิดอื่นเพื่อประสิทธิภาพในการรักษา ควรปฏิบัติตามแพทย์สั่งและฉลากยาอย่างเคร่งครัด เพราะอาจเกิดผลข้างเคียงจากการใช้ยาได้ ยา Ondansetron เป็นยาตามใบสั่งแพทย์ โดยพิจารณาจากเงื่อนไขของผู้ป่วยแต่ละราย ควรอ่านฉลากยาและทำตามคำสั่งแพทย์อย่างเคร่งครัด ไม่ควรใช้ยาในปริมาณที่มากหรือน้อยเกินไป และไม่ควรรู้อายุเกินกว่าระยะเวลาที่แพทย์สั่ง

### 11.2 อาการข้างเคียง

1. ผื่นคัน มีไข้ หนาวสั่น หายใจลำบาก มีอาการบวมที่ใบหน้า ริมฝีปาก ลิ้น หรือลำคอ เป็นต้น หรือทำให้เกิดผลข้างเคียงได้ในขณะใช้ยาปวดท้อง แน่นท้อง หรือท้องผูกอย่างรุนแรง
2. ตาหรือผิวหนังมีสีเหลือง
3. ระดับสารเซโรโทนิน (Serotonin) ในร่างกายสูง ทำให้เกิดอาการกระสับกระส่าย เห็นภาพหลอน มีไข้ หัวใจเต้นเร็ว ตื่นตัวมากเกินไป คลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสีย เป็นลม เป็นต้น
4. ห้ามใช้ในผู้ป่วยที่มีระดับโพแทสเซียมและแมกนีเซียมในร่างกายไม่สมดุล ผู้ที่มีปัญหาเกี่ยวกับหัวใจ เช่น ภาวะหัวใจล้มเหลว หัวใจเต้นช้า เป็นต้น

### 11.3 การพยาบาล

1. กรณีรับประทานควรรับประทานยาพร้อมดื่มน้ำเปล่าตาม 1 แก้ว จะรับประทานยาพร้อมอาหารหรือไม่ก็ได้
3. หากลิ้มรับประทานทานยาตามเวลาที่แพทย์สั่ง เมื่อนึกขึ้นได้สามารถรับประทานได้ทันที
4. หากใกล้กับมืออาหารถัดไป ให้รับประทานยาในเวลาและขนาดตามปกติ ไม่ต้องเพิ่มขนาดยาเพื่อทดแทนในมือที่ขาดหายไป
5. กรณียาฉีด ควรฉีดก่อนใช้ยากระตุ้นความรู้สึก หรือหลังการผ่าตัดภายใน 2 ชั่วโมง
6. วิธีใช้ยาฉีดกับผู้ป่วยควรดูน้ำหนัก ยาฉีดโดยปกติจะใช้ขนาด 0.15 มิลลิกรัมต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม

# กรมการแพทย์

## โรงพยาบาลเลิดสิน

# ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน

ภาคผนวก ค

แบบประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม

และประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ (Braden Scale) ของโรงพยาบาลเลิดสิน

**ประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ (Braden Scale)**

Score	ข้อสังเกต (Sensory Perception)	Score	ความเปียกชื้นของผิวหนัง (Moisture)
1	ไม่ตอบสนอง	1	เปียกชุ่มตลอดเวลา (เปลี่ยนผ้า > 1 ครั้ง/วัน)
2	มี Pain stimuli แต่สื่อสารไม่ได้	2	เปียกชื้นบ้าง (การเปลี่ยนผ้าครั้งหรือสองครั้ง)
3	สื่อสารแต่สื่อสารไม่ได้ทุกครั้ง	3	เปลี่ยนผ้า 1 ครั้ง / วัน
4	ปกติ	4	ไม่เปียก
Score	<b>การเคลื่อนไหว (Activity)</b>	Score	<b>ความเคลื่อนไหว (Mobility)</b>
1	อยู่บนเตียงตลอดเวลา	1	พลิกตัวไม่ได้
2	ทรงตัวไม่อยู่ ใช้รถเข็น	2	เปลี่ยนท่าทางได้บ้าง ด้วยความช่วยเหลือ
3	เดินได้ระยะสั้น ต้องพุด	3	ต้องช่วยบ้าง ยกแขนขาได้
4	ปกติ	4	ปกติ
Score	<b>ภาวะโภชนาการ (Nutrition)</b>	Score	<b>การเช็ดตัว (Friction &amp; Shearing)</b>
1	NPO / กินได้ 1/2 ถาด (ตามปกติ)	1	ข้อศอก มีรอยกดทับ รอยขีดข่วน
2	Food ได้บ้าง งด feed บางมื้อ / กินได้ 1/2 ถาด	2	แขนงอ มีรอยกดทับ รอยขีดข่วน
3	Food ได้หมด กินได้ 1-2 ถาด	3	ข้อศอก มีรอยกดทับ รอยขีดข่วน
4	ปกติ		

รวมคะแนน Braden Scale .....

**ระดับ ( Stage ) ๓04 IAD ( Incontinent Associate Dermatitis ) แบ่งเป็น 5 ระดับ**

1. High risk : มีสัญญาณ IAD หรือมีอาการคันแสบ ไม่สามารถบอกอาการหรือสื่อสารไม่ได้จะมีภาวะ IAD ต่อมาต่อหน้าต่อตา 3 ครั้ง ใน 24 ชั่วโมง

2. Early IAD : มีลักษณะที่ปรากฏแต่ไม่มีจุดแดงหรือมีจุดแดงเล็กน้อยที่บริเวณที่สัมผัสกับผิวหนัง

3. Moderate IAD : มีลักษณะที่ปรากฏ หรือแสบคัน มีจุดแดงหรือตุ่มน้ำใสๆ บริเวณที่สัมผัสกับผิวหนังเล็กน้อย

4. Severe IAD : เป็นแผลเปิดหรือมีตุ่มน้ำใส และมีสีเข้มหรือมีกลิ่นเหม็น

5. Full-thickness rash : ทุเลาแล้วหรือมีอาการคัน

**ระดับ ( Stage ) ๓04 PU ( Pressure Ulcer ) แบ่งเป็น 6 ระดับ**

DTI = Suspected Deep Tissue Injury

ผิวหนังมีสีม่วงคล้ำ / คลอสีม่วงคล้ำ / มีจุดเลือดออกขนาดเล็ก / มีจุดเลือดออกขนาดใหญ่ / มีรอยขีดข่วน / มีรอยแตก / มีรอยฉีกขาด / มีรอยลอก / มีรอยไหม้ / มีรอยไหม้ / มีรอยไหม้ / มีรอยไหม้

ระดับที่ 1 : มีลักษณะที่ปรากฏแต่ไม่มีรอยแตก / มีรอยแตกเล็กน้อย / มีรอยแตกเล็กน้อย / มีรอยแตกเล็กน้อย

ระดับที่ 2 : มีรอยแตก / มีรอยแตก / มีรอยแตก / มีรอยแตก / มีรอยแตก / มีรอยแตก / มีรอยแตก / มีรอยแตก

ระดับที่ 3 : มีรอยแตก / มีรอยแตก / มีรอยแตก / มีรอยแตก / มีรอยแตก / มีรอยแตก / มีรอยแตก / มีรอยแตก

ระดับที่ 4 : มีรอยแตก / มีรอยแตก / มีรอยแตก / มีรอยแตก / มีรอยแตก / มีรอยแตก / มีรอยแตก / มีรอยแตก

Damage site : มีการบาดเจ็บที่เนื้อเยื่อ / มีรอยแตก / มีรอยแตก / มีรอยแตก / มีรอยแตก / มีรอยแตก / มีรอยแตก / มีรอยแตก

**ประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตก หกล้ม ( อาหารที่พบ ข้อ ๕-๖ คะแนน )**

1. สับสน มีการเปลี่ยนแปลงวัน	7. ภาวะหัวใจล้มเหลว
2. มีความผิดปกติทางสติปัญญา	8. ภาวะขาดน้ำ
3. การจับยาผิดพลาด ( จับผิดยา / จับผิดเวลา )	9. มีระดับน้ำตาล > 25%
4. ประวัติหกล้มภายใน 3 เดือน (รวมการขึ้น-ลงเตียง)	10. ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นและได้รับการฉีดวัคซีน
5. ผู้สูงอายุ ( > 60 ปี ) / เด็ก < 14 ปี	11. ภาวะไตวาย
6. การเคลื่อนไหว / มีเครื่องช่วยพยุงเดิน	12. มีประวัติล้ม
การทรงตัวผิดปกติ ( มีผู้ช่วยเหลือ )	13. อื่นๆ .....

\* คะแนน ๑-๖ = มีความเสี่ยงสูงถึงปกติ  
 3-6 = มีความเสี่ยงระดับปานกลาง  
 มากกว่า 6 = มีความเสี่ยงระดับสูง

Falling Score .....



Perioperative VTE risk assessment In Lerdsin Hospital

Perioperative VTE risk assessment In Lerdsin Hospital  
Caprini VTE Risk Assessment Model for VTE

Add 1 point for each of the following statements that apply now or within the past month :	
<input type="checkbox"/> Age 41-60 years <input type="checkbox"/> Visible varicose vein <input type="checkbox"/> Swollen legs ( current ) <input type="checkbox"/> Heart attack / Acute MI <input type="checkbox"/> Serious infection ; Pneumonia, Sepsis <input type="checkbox"/> A history of Inflammatory Bowel Disease ( IBC ) ; Crohn's disease or ulcerative colitis <input type="checkbox"/> On bed rest or restricted mobility, including 2 removable leg brace >72 hrs. <input type="checkbox"/> Current use of birth control or Hormone Replacement Therapy ( HRT ) <input type="checkbox"/> Pregnant or postpartum <1 month <input type="checkbox"/> History of unexplained stillborn infant, recurrent spontaneous abortion ( ≥ 3), Premature birth with toxemia or growth restricted infant.	<input type="checkbox"/> Minor surgery < 45 minutes is planned <input type="checkbox"/> Past major surgery (> 45 minutes) <1 month <input type="checkbox"/> Overweight or obese BMI >25 kg /m <sup>2</sup> <input type="checkbox"/> Congestive heart failure <input type="checkbox"/> Lung disease ; emphysema or COPD
Subtotal:	
Add 2 point for each of the following statements that apply :	
<input type="checkbox"/> Age 61-74 years <input type="checkbox"/> Current or past malignancies ( excluding skin cancer, but no melanoma ) <input type="checkbox"/> Planned major surgery >45 minutes ( including laparoscopic and Arthroscopic ) <input type="checkbox"/> Non-removable plaster cast or mold that have kept you from moving your leg within the last month <input type="checkbox"/> Tube in blood vessel in neck or chest that delivers blood or medicine directly to heart within the last month ( also called central venous access, PICC line, or port )	<input type="checkbox"/> Confined to a bed ≥72 hrs.
Subtotal:	
Add 3 point for each of the following statements that apply :	
<input type="checkbox"/> Age ≥75 years <input type="checkbox"/> History of blood clot, either DVT or PE <input type="checkbox"/> Personal or family history of positive blood test indicating an increase risk of blood clotting	<input type="checkbox"/> Family history of blood clots (Thrombosis)
Subtotal:	
Add 5 point for each of the following statements that apply now or within the past month :	
<input type="checkbox"/> Elective hip or knee joint replacement surgery <input type="checkbox"/> Serious trauma ; multiple broken bones due to a fall or car accident <input type="checkbox"/> Spinal cord injury resulting in paralysis	<input type="checkbox"/> Broken hip, pelvis or leg <input type="checkbox"/> Experienced a stroke
Subtotal:	
Total Caprini risk score _____ Risk level: <input type="checkbox"/> Low ( 1-2 scores ) <input type="checkbox"/> Moderate (3-4 scores ) <input type="checkbox"/> High ( ≥ 5 scores )	
Mode of prophylaxis <input type="checkbox"/> No prophylaxis <input type="checkbox"/> Mechanical prophylaxis <input type="checkbox"/> Pharmacologic prophylaxis	Prophylaxis Regimen <input type="checkbox"/> Early ambulation, Active ankle pumping <input type="checkbox"/> Sequential Compression Device (SCD) <input type="checkbox"/> one of the following Medication <input type="checkbox"/> Heparin 5000 units SC BID <input type="checkbox"/> Enoxaparin /Aveox <input type="checkbox"/> 40 mg SC daily (WT<150 kg, CrCl>30 ml/min.) <input type="checkbox"/> 30 mg SC daily (WT<150 kg, CrCl=10-29 ml/min.) <input type="checkbox"/> 30 mg SC daily (WT>150 kg, CrCl >30 ml/min.)
Factors associated with increased bleeding Patient may not be a candidate for anticoagulant therapy & SCD ; active bleed, Used of Oral Anticoagulants, Administration of glycoprotein IIb/IIIa inhibitors, History of heparin induced thrombocytopenia	
Clinical considerations for the use of SCD...Patient may not be a candidate for SCDs & alternative prophylactic measures should be considered ; Severe peripheral Arterial Disease, CHF, Acute Superficial DVT	
Reason: _____ VTE Prophylaxis Contra Indicated : _____ Sign: _____ MD. Date: _____ / _____ / _____ โรงพยาบาลเลิดสิน	

ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน