



การดูแลผู้ป่วยกระดูกต้นขาหัก หลังจากได้รับการผ่าตัดยึดตรึงกระดูกภายใน

Postoperative Care for Intertrochanteric Fracture Patients Undergoing Open Reduction and Internal Fixation (ORIF)

อภิชาติ กาศโอสถ* Apichart Kardosod*

บทคัดย่อ

ปัญหาการเกิดกระดูกต้นขาหักถือว่าเป็นปัญหาที่มีความสำคัญ และพบได้บ่อยในผู้สูงอายุ การรักษากระดูกต้นขาหักที่ได้รับความนิยมส่วนใหญ่คือ การผ่าตัดเพื่อจัดชิ้นกระดูกหักให้เข้าที่ และยึดตรึงกระดูกภายใน เพื่อให้กระดูกอยู่นิ่ง แต่อย่างไรก็ตามภายหลังจากการผ่าตัดหากเกิดการดูแลที่ไม่มีประสิทธิภาพ ผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้นจะไม่สามารถให้การเยียวยาผู้ป่วยให้ฟื้นคืนสภาพได้เช่นเดิม จนเกิดผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตกลายเป็นผู้ที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงได้สูง และเสียชีวิตจากข้ออักเสบติดเชื้อตามมาได้ ดังนั้นพยาบาลต้องมีความรู้ความเข้าใจในบทบาทสำคัญของการให้ความรู้ สร้างความเข้าใจเกี่ยวกับวิธีการปฏิบัติตัว หรือการดูแลตนเอง ภายหลังจากการผ่าตัด รวมทั้งการดูแลทางด้านจิตใจของผู้ป่วย เพื่อให้ระยะเวลาในการฟื้นฟูสมรรถภาพภายหลังการผ่าตัดรวดเร็ว ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน สามารถฟื้นตัวจนกลับไปประกอบอาชีพ และมีคุณภาพชีวิตที่ดี มีประสิทธิภาพ ภายหลังจากการผ่าตัดต่อไป

คำสำคัญ: กระดูกต้นขาหัก การดูแลหลังผ่าตัด การผ่าตัดยึดตรึงกระดูกภายใน

Abstract

Intertrochanteric Fracture is a relatively frequent and critical problem with elderly people. The most common treatment of femur fractures is an open reduction and internal fixation for the immobilization of the bone. However, complications are prone to occur if post-surgery care is ineffective. For persons with high independence, these complications can lead to infections and possibly fatalities, thus negatively impacting quality of life or endangering life expectancy. Nurses must be educated on the role of post-operative care to be able to assess patients' mental status effectively during rehabilitation, to minimize complications, and to assure a gradual return to a healthy baseline and good quality of life.

Keywords: Intertrochanteric fracture post-operative care open reduction and internal fixation

* อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

* Lecturer, Faculty of Nursing, Chiang Mai University, kardosod@gmail.com



บทนำ

กระดูกต้นขาหัก (intertrochanteric fracture) เป็นปัญหาสุขภาพที่พบได้บ่อย และมีความสำคัญสำหรับประเทศไทยปัญหาหนึ่ง โดยเฉพาะเด็กวัยรุ่น และผู้สูงอายุ มีแนวโน้มสถิติการเกิดกระดูกต้นขาหักที่สูงขึ้น จากการศึกษาในสหรัฐอเมริกาพบว่า ผู้ป่วยกระดูกต้นขาหัก พบมากถึง 250,000 รายในแต่ละปี ซึ่งปัญหาดังกล่าวนี้ 90 เปอร์เซ็นต์ ของผู้ป่วยจะพบในผู้ที่มีอายุมากกว่า 50 ปี และช่วงของวัยรุ่นที่เป็นปัญหายอดนิยมคือ เกิดจากอุบัติเหตุจราจร รวมถึงอุบัติเหตุจากการเล่นกีฬา (April Reynolds, 2013) สำหรับในประเทศไทยอุบัติการณ์ของการเกิดกระดูกต้นขาหักจากอุบัติเหตุจราจรเป็นสาเหตุการเกิดอันดับที่ 4 และจากการเก็บสถิติของสถาบันวิจัยด้านการคมนาคม มหาวิทยาลัยมิชิแกน ประเทศสหรัฐอเมริกา ร่วมกับข้อมูลขององค์การอนามัยโลก ระบุว่า สถิติการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุบนท้องถนนทั่วโลก มีค่าเฉลี่ย 18 คน ต่อประชากรหนึ่งแสนคนต่อปี ซึ่งประเทศไทยติดอันดับการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุบนท้องถนนเป็นอันดับที่ 2 ของโลก คือ จำนวน 44 คน ต่อแสนประชากร (สถิติกระทรวงสาธารณสุขแห่งประเทศไทย, 2560) และหนึ่งในสาเหตุของการเสียชีวิตที่เกิดขึ้นนั้น เกิดจากกระดูกต้นขาหักและการได้รับการดูแลรักษาภายหลังการผ่าตัดยังไม่มีประสิทธิภาพที่ดีพอ ผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อนของกระดูกเคลื่อนหลุด กระดูกอักเสบติดเชื้อ กล้ามเนื้อฝ่อลีบ จนส่งผลให้เกิดความพิการหรือทุพพลภาพ กระทั่งต่อปัญหาเกี่ยวกับการดำเนินชีวิต การทำหน้าที่ต่างๆ ของร่างกายลดลง

ภาวะแทรกซ้อนภายหลังการผ่าตัดเพื่อจัดชิ้นกระดูกหักให้เข้าที่ และยึดตรึงกระดูกภายใน เพื่อให้เกิดความสามารถในการดูแลตนเองภายหลังการรักษาที่เหมาะสม ทำให้ร่างกายกลับเข้าสู่สภาวะที่เป็นปกติโดยเร็ว จึงเป็นประเด็นหลักที่บุคลากรทางด้าน การแพทย์จำเป็นต้องตระหนักในการให้การดูแลผู้ป่วย (Udombhornprabha, Boonhong & Tejpongvorachai 2014) เพื่อป้องกันผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นตามมาได้ทุกระยะในระหว่างที่ทำการรักษาพยาบาล หากพบภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้นภายหลังการ

ผ่าตัด การเฝ้าระวังให้กลับฟื้นคืนสภาพย่อมไม่มีประสิทธิภาพ อาจทำให้ผู้ป่วยเกิดความพิการหรือเสียชีวิตจากภาวะกระดูกอักเสบติดเชื้อตามมาได้ในช่วงระยะ หลังหนึ่งปีแรกภายหลังจากการผ่าตัด (Crist et al. 2018) การรักษาที่มีประสิทธิภาพเพื่อให้เกิดความสำเร็จ ควบคู่ไปกับการดูแลนั้น การดูแลของพยาบาลจึงมี วัตถุประสงค์ในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยผ่านพ้นอันตรายที่จะ เกิดขึ้นกับชีวิต พยาบาลต้องมีความรู้ความเข้าใจในการ ดูแลผู้ป่วย ส่งเสริมให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถดูแล ตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ เพราะในระหว่างการรักษา หากเกิดภาวะแทรกซ้อนเพียงหนึ่งประการเกิดขึ้นแล้ว ผู้ป่วยจะไม่มีโอกาสฟื้นสภาพความเจ็บป่วยให้กลับคืนเช่น เดิมได้ (Pradeep, KiranKumar, Dheenadhayalan, & Rajasekaran, 2018) โดยเฉพาะอย่างยิ่งสภาพปัญหา วัสดุยึดตรึงกระดูกภายในเคลื่อนหลุด การอักเสบติดเชื้อ บริเวณแผลผ่าตัดลุกลามไปยังกระดูกหรือวัสดุยึดตรึง ภายในร่างกาย การอ่อนแรงของกล้ามเนื้อขา หรือภาวะ แทรกซ้อนอื่น ๆ จากการที่ต้องถูกจำกัดการเคลื่อนไหว เพื่อรอการเชื่อมติดของกระดูก (Ziegler et al. 2017) นอกจากนี้ยังส่งผลกระทบต่อการรักษาที่ยุ่ยากมากขึ้น เพิ่มค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ผู้ป่วยใช้ระยะเวลาใน การรักษาที่นานขึ้น

ดังนั้นพยาบาลต้องมีความเข้าใจและใส่ใจในการ ดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการดูแลภายหลัง การผ่าตัดใส่วัสดุยึดตรึงกระดูกภายในร่างกาย เพื่อให้ ระยะเวลาในการฟื้นฟูสมรรถภาพ ภายหลังการผ่าตัด รวดเร็ว ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน ผู้ป่วยสามารถฟื้นสภาพ จนสามารถกลับไปประกอบอาชีพ และมีคุณภาพชีวิตที่ ดีได้

กระดูกต้นขาหัก (intertrochanteric fracture) เป็นการหักของกระดูกบริเวณข้อเข่า (sub trochanteric) ลงไปทางส่วนปลายของกระดูกขา (distal) ประมาณ 5 เซนติเมตรบริเวณนี้มีลักษณะที่ เฉพาะคือ เป็นส่วนประกอบของกระดูกคลอติคัล (cortical bone) ที่มีลักษณะแข็งและหนาเป็นส่วนใหญ่ (Kim, Kim, Ha, Lee, & Koo, 2015) และมีกล้ามเนื้อที่ แข็งแรงคือ Iliopsoas, short external rotators และ



hip abductors ทำหน้าที่ในการดึงให้กระดูกส่วนปลายของขา (distal of femur) เคลื่อนไหวในลักษณะของการหุบเข้า (adduction) จึงทำให้กระดูกบริเวณนี้มีแนวโน้มที่จะเคลื่อนที่ได้ง่ายเมื่อมีการตามด้วยโลหะ (implant) (Antony et al. 2017) และนอกจากนี้ยังมีโอกาสเกิดการล้มเหลวได้ค่อนข้างสูงก่อนที่จะกระดูกจะมีการเชื่อมติดกันในกระบวนการงอกของกระดูกใหม่ในระยะเวลา 4-6 เดือน ซึ่งอาจใช้วิธีการรักษาเพื่อแก้ไขปัญหาดังกล่าวได้ใน 2 ลักษณะคือ

1. การรักษาแบบประคับประคอง (conservative treatment) เป็นการรักษาโดยไม่ต้องผ่าตัด เพราะบริเวณส่วนของกระดูกขา (trochanter) มีลักษณะเป็นกระดูกแข็ง (cancellous bone) มักจะทำให้กระดูกบริเวณนี้ไม่ติดหรือติดช้ามาก (Shi et al. 2016) การรักษาอาจจะทำได้เพียงการดึงกระดูกหักให้เข้าที่ และให้เกิดการเชื่อมติดเองตามธรรมชาติ ซึ่งมักจะถูกพิจารณาในกลุ่มของผู้ป่วยที่มีอายุมาก และมีความเสี่ยงที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อนภายหลังจากการผ่าตัดได้สูง

2. การรักษาโดยการผ่าตัด (operative treatment) เป็นการจัดขึ้นกระดูกหักให้เข้าที่ และยึดตรึงกระดูกภายในเพื่อให้กระดูกอยู่นิ่ง วัสดุที่ใช้มีหลากหลายชนิด เช่น Jewett nail, Angle blade plate, Lagscrew, Condylarbladeplate หรือ wire เป็นต้น (Antony et al. 2017) ผู้ป่วยที่อายุน้อยหรือยังไม่ถึง 65 ปี และความเสี่ยงที่จะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนภายหลังการผ่าตัดน้อย แพทย์มักจะพิจารณาวิธีการผ่าตัดโดยเลือกใช้วัสดุอุปกรณ์เพื่อยึดตรึงกระดูกภายในต้นขาบริเวณที่หักให้ชิดติดกัน (Udombhornprabha, Boonhong & Tejpongvorachai, 2014) ดังนั้นพยาบาลจะต้องมีการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยเพื่อให้เกิดความปลอดภัย และเพื่อให้การผ่าตัดดำเนินการต่อไปอย่างราบรื่น ตลอดจนทำให้เกิดผลลัพธ์ภายหลังจากการผ่าตัดอย่างดีที่สุด ครอบคลุมการดูแลทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ

การดูแลทางด้านจิตใจ

สืบเนื่องจากผลกระทบของกระดูกต้นขาหักมี

ความหลากหลายตามปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรุนแรงของโรคที่เกิดขึ้น ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมีระดับของความเครียดที่เพิ่มสูงขึ้นตั้งแต่วันแรกที่ได้รับบาดเจ็บ รู้สึกถึงสภาพร่างกายของตนเองอ่อนแอจนไม่สามารถใช้งานของข้อสะโพกได้ตามปกติเป็นระยะเวลานาน (Udombhornprabha, Boonhong & Tejpongvorachai, 2014) ทำให้เกิดการปรับตัวต่อสถานการณ์การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับตนเองทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ (Shi et al. 2016) ผู้ป่วยบางรายอาจเกิดความรู้สึกสูญเสียคุณค่าในตนเอง ท้อแท้ และหมดหวังที่จะจัดการกับความเจ็บป่วยของตนเอง พยาบาลควรประเมินการรับรู้ถึงความเจ็บป่วย ความสามารถในการดูแลตนเอง และสภาพทางด้านจิตใจของผู้ป่วยในแต่ละรายซึ่งมีระดับพื้นฐานการยอมรับต่อการเจ็บป่วยที่แตกต่างกัน (Pradeep, KiranKumar, Dheenadhayalan, & Rajasekaran, 2018) พร้อมทั้งต้องประเมินความสามารถในการดูแลตนเองในระยะยาวภายหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล เพื่อให้สภาพทางด้านจิตใจของผู้ป่วยมีความพร้อมต่อการรักษา และการดูแลตนเองตามแผนการรักษาของแพทย์ในระยะยาวต่อไป

การดูแลผู้ป่วยทางด้านร่างกาย

ผู้ป่วยที่กระดูกต้นขาหักนั้นหากพบว่าอายุน้อย และความเสี่ยงที่จะได้รับภายหลังจากการผ่าตัดยึดตรึงกระดูกภายในร่างกายอยู่ในระดับต่ำ แพทย์จะพิจารณาการรักษาโดยการผ่าตัดในระยะเวลาไม่เกิน 72 ชั่วโมง (Pimentel, 2006) ดังนั้นเพื่อให้เกิดความพร้อมทุกด้านก่อนที่ผู้ป่วยจะได้รับการรักษาโดยการผ่าตัด พยาบาลต้องวางแผนในการให้ข้อมูลเกี่ยวกับแผนการรักษาของแพทย์ สอนการปฏิบัติตัวก่อน และหลังที่จะได้รับการผ่าตัด โดยเฉพาะการออกกำลังกายของกล้ามเนื้อต้นขาและรอบเข่า การกายบริหารข้อต่าง พร้อมทั้งเตรียมบริเวณที่จะทำการผ่าตัด และเตรียมความพร้อมของอุปกรณ์ต่างๆ ก่อนที่จะส่งผู้ป่วยเข้ารับการผ่าตัด (Pradeep, KiranKumar, Dheenadhayalan, & Rajasekaran, 2018) นอกจากนี้ การเตรียมทางด้านร่างกายที่พยาบาลพึงกระทำคือ การประสานงานกับทีม



นักกายภาพบำบัดเพื่อการฝึกเดิน และการใช้กายอุปกรณ์เสริมภายหลังจากการผ่าตัด การให้ญาติของผู้ป่วยเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย โดยเริ่มตั้งแต่การให้ญาติเข้ามามีส่วนร่วมในการกระตุ้นการดูแลจัดการตนเองของผู้ป่วย และการติดตามการดูแลผู้ป่วยในขณะที่พักรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล และต่อเนื่องภายหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล เพราะการเสริมพลังอำนาจในการดูแลตนเองของผู้ป่วย และการดูแลของญาติผู้ดูแลหลัก จะเป็นการช่วยเสริมความมั่นใจในการดูแลตนเองต่อไปได้ดียิ่งขึ้น นอกจากนี้การเตรียมผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจก่อนได้รับการผ่าตัด (Choocherd, Wanitkun, Danaidusadeekul, & Yottasurodom, 2016) สามารถส่งผลลัพธ์ที่ดีต่อสุขภาพ คือ สามารถทำให้การดูแลสุขภาพของตนเองดีขึ้นทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจภายหลังการผ่าตัดตามมาได้อีกด้วย

การดูแลภายหลังจากการผ่าตัด

สืบเนื่องจากภายหลังจากการผ่าตัดผู้ป่วยจะใช้ระยะเวลาในการพักฟื้นอยู่ในโรงพยาบาลเป็นเวลาประมาณ 3-5 วัน (Pradeep, KiranKumar, Dheenadhayalan, & Rajasekaran, 2018) และผู้ป่วยจำเป็นต้องถูกจำหน่ายจากโรงพยาบาลเพื่อการพักฟื้นที่บ้านตามมาตรฐานคุณภาพการดูแลผู้ป่วยกระดูกข้อสะโพกหักหลังได้รับการผ่าตัดยึดตรึงกระดูกภายใน ทั้งนี้พยาบาลต้องเริ่มวางแผนเพื่อให้การพยาบาลกับผู้ป่วยครอบคลุมทุกองค์ประกอบในการดูแล และป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ที่อาจจะเกิดขึ้นได้ในทุก ๆ ระยะเวลาหลังการรักษาเพื่อแก้ไขปัญหาความผิดปกติของข้อสะโพกที่ยังไม่สิ้นสุด (Malik, Quatman, Phieffer, Ly, & Khan, 2018) ซึ่งปัญหาพื้นฐานส่วนใหญ่ที่พบสามารถแบ่งออกเป็น 2 กลุ่มใหญ่ดังต่อไปนี้คือ

1. ภาวะแทรกซ้อนในระยะแรกหลังผ่าตัด (early postoperative complications) ระหว่าง 24-72 ชั่วโมง ที่มักพบ (Pradeep, KiranKumar, Dheenadhayalan, & Rajasekaran, 2018) ได้แก่ ไม่สุขสบายเนื่องจากปวดแผล เสี่ยงต่อภาวะตกเลือดเนื่องจากการสูญเสียเลือดจากการแตกหักของกระดูก เสี่ยงต่อการติดเชื้อบริเวณ

แผลที่ใส่สตั๊ดยึดตรึงกระดูกภายในร่างกาย เสี่ยงต่อหลอดเลือดและเส้นประสาทส่วนปลายสูญเสียหน้าที่ เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนเนื่องจากจำเป็นต้องถูกจำกัดการเคลื่อนไหวของอวัยวะ เช่น กล้ามเนื้ออ่อนแรง กล้ามเนื้อลีบ ข้อติดแข็ง ปอดบวมเฉพาที่ การอักเสบของหลอดเลือดดำส่วนปลาย ท้องผูก แผลกดทับ เป็นต้น มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการใส่สตั๊ดเพื่อยึดตรึงกระดูกภายใน เนื่องจากไม่ทราบวิธีการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง มีโอกาสเกิดภาวะหลอดเลือดดำส่วนขาตีบแคบ เนื่องจากเคลื่อนไหวตนเองได้น้อยภายหลังจากการผ่าตัด ขาดความรู้และความมั่นใจในการดูแลตนเองภายหลังจากการผ่าตัดยึดตรึงกระดูกภายในร่างกาย และจำเป็นต้องได้รับการเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่ายเพื่อการดูแลอย่างต่อเนื่อง ผู้ป่วยทุกรายต้องได้รับการจัดการกับปัญหาต่างๆ เหล่านี้เพื่อไม่ให้เกิดขึ้นภายหลังการผ่าตัด โดยพยาบาลผู้ดูแลต้องทำความเข้าใจปัญหาและข้อจำกัดในการดูแลตนเองของผู้ป่วยแต่ละราย พร้อมทั้งส่งเสริมให้ผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองอย่างมีประสิทธิภาพ การสอนและการควบคุมอารมณ์ตนเอง เพื่อให้การดำเนินชีวิตในระหว่างการรักษาเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ และให้ผ่านพ้นภาวะวิกฤตทางด้านสุขภาพที่อาจจะเกิดขึ้นได้ตลอดเวลา

2. ภาวะแทรกซ้อนที่ต้องใช้ระยะเวลา (long-term complications) มากกว่า 6 เดือนที่พบได้บ่อย (Malik, Quatman, Phieffer, Ly, & Khan, 2018) ในผู้ป่วยกลุ่มนี้ คือ ความล้มเหลวจากการใส่สตั๊ดยึดตรึงกระดูกภายในร่างกาย (Loss of fixation or implant failure) คือ การใส่ Intramedullary nail ถ้ากระดูกที่หักมีบริเวณที่สูงถึง piriformis fossa อาจทำให้ความแข็งแรงของการยึดกระดูกไม่เพียงพอ (Ziegler et al. 2017) ส่วน Angle blade plate และ Hip compression screw (with slide plate) อาจทำให้ผู้ป่วยมีปัญหา osteopenic bone ทำให้ implant ที่ยึดส่วนของ neck of femur ยึดเพื่อรับน้ำหนักไม่ได้ และการเชื่อมติดของกระดูกล่าช้า (Non-union) อาจจะพบหลังจาก 6 เดือนไปแล้ว ผล X-ray ไม่พบการ healing ของ bone ผู้ป่วยจะมีการเดินลงน้ำหนักไม่ได้ ซึ่งปัญหาส่วนใหญ่แล้ว



จะเกิดจากกระดูกหักแบบแยกเป็นสองท่อน จากการเกิดอุบัติเหตุที่รุนแรง ทำให้การไหลเวียนของเลือดได้ไม่เพียงพอภายหลังการผ่าตัดใส่สตั๊ดตรึงกระดูกภายใน (Brox et al., 2015) จากภาวะแทรกซ้อนดังกล่าว จะเห็นได้ว่า การผ่าตัดกระดูกต้นขาหัก เพื่อใส่สตั๊ดตรึงกระดูกภายในร่างกาย ย่อมก่อให้เกิดผลกระทบแก่ผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ดังนั้นการดูแลผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัด (Berrios-Torres et al. 2017) เพื่อใส่สตั๊ดตรึงกระดูกภายในร่างกาย จึงเป็นเรื่องสำคัญ พยาบาลต้องให้ความรู้ สร้างความเข้าใจเกี่ยวกับวิธีการปฏิบัติตัวหรือการดูแลตัวเอง และเตรียมความพร้อมให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเอง พร้อมทั้งการสังเกตความผิดปกติที่อาจเกิดขึ้นภายหลังการผ่าตัดได้

กรณีศึกษาและการให้การพยาบาลตามบทบาทของพยาบาลในโรงพยาบาล

ผู้ป่วยหญิงไทยอายุ 53 ปี กุ้ยนำส่งโรงพยาบาลด้วยอาการสำคัญคือ สิ้นลมกันกระแทกพื้น เดินลงน้ำหนักไม่ได้ ขณะที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลตรวจร่างกายพบบริเวณขาซ้ายหดสั้นลง ผู้ป่วยไม่สามารถเคลื่อนไหวเท้าซ้ายได้เป็นปกติ มีอาการปวดบริเวณข้อสะโพกมาก ระดับความปวดเท่ากับ 8/10 คะแนน คลำชีพจรปลายเท้าได้ชัดเจน ปลายเท้าไม่มีอาการบวม ไม่มีเย็น ไม่มีซีด ไม่มีอาการชา blanching test เท่ากับ 2 วินาที สามารถกระดิกปลายเท้าทั้งสองข้างได้ สัญญาณชีพ ความดันโลหิต 130/80 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 92 ครั้งต่อนาที การหายใจ 18 ครั้งต่อนาที แพทย์มีคำสั่งให้เอกซเรย์ข้อสะโพกซ้าย และให้การวินิจฉัยว่าเป็นกระดูกข้อสะโพกซ้ายหัก (intertrochanteric fracture) มีแผนการรักษาให้ดื่มน้ำ และอาหารเพื่อเตรียมการผ่าตัดยึดตรึงกระดูกภายใน (ORIF with single screw) จากการประเมินของพยาบาลพบว่า หลังจากทราบแผนการรักษาผู้ป่วยมีความวิตกกังวล และความกลัวต่อการผ่าตัดเป็นอย่างมาก เนื่องจากภายหลังการผ่าตัดไปแล้ว กลัวจะไม่สามารถกลับไปใช้งานของข้อสะโพกได้เป็นปกติ บุตรของผู้ป่วยทำงานอยู่ต่างจังหวัดไม่สามารถดูแลผู้ป่วยได้โดยตรง ทำให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจในการดูแลตนเอง

ลดลงไปด้วย ดังนั้นเพื่อให้การพยาบาลผู้ป่วยรายดังกล่าวให้ครอบคลุมกับสภาพปัญหาทางด้านร่างกายแล้ว พยาบาลต้องให้การดูแลทางด้านจิตใจเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตนเองได้ และเพื่อให้การจัดการกับปัญหาการดูแลผู้ป่วยรายกรณีนี้ให้ประสบความสำเร็จ พยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วยได้ปฏิบัติตามบทบาทของผู้ให้การพยาบาลดังนี้ คือ

1. การปฏิบัติในบทบาทการเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยขณะพักอาศัยในโรงพยาบาล

วัตถุประสงค์ เพื่อลดความปวด และสร้างความมั่นใจในการดูแลตนเองของผู้ป่วยและญาติ ภายหลังจากราพบแผนการรักษาของแพทย์ พยาบาลได้เข้าไปประเมินความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการผ่าตัด สอนวิธีการปฏิบัติตัวก่อน และหลังการผ่าตัดตามแนวปฏิบัติการสอนผู้ป่วยก่อนการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพก พร้อมทั้งให้ผู้ป่วยบอกและสาธิตย้อนกลับวิธีการปฏิบัติตนเองภายหลังการผ่าตัดเพื่อให้แน่ใจว่าผู้ป่วยสามารถทำได้ ก่อนที่จะส่งผู้ป่วยเข้ารับการผ่าตัด และให้การดูแลผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดครอบคลุมประเด็นที่เกี่ยวข้องดังต่อไปนี้ คือ

1.1. ในระยะ 24 ชั่วโมงแรกหลังจากที่ผู้ป่วยออกจากห้องพักฟื้นลงเตียง จัดทำให้อาบน้ำและอาบน้ำพร้อมทั้งให้คำแนะนำในการจัดการกับความปวดด้วยตนเองโดยการใช้เครื่อง patient controlled analgesia (PCA) ซึ่งเป็นการใช้เทคนิคการฉีดยา Morphine ขนาดต่ำในขนาดที่ไม่เกิน 0.5 มิลลิกรัมเข้าไปในช่องไขสันหลัง โดยยาจะสามารถออกฤทธิ์จับกับ receptor บริเวณ dorsal horn ของรากประสาทไขสันหลังทำให้กระบวนการนำกระแสประสาทแห่งความปวดของระบบประสาทส่วนกลางสูญเสียหน้าที่และสามารถลดความปวด (Abrolat, Eberhart, Kalmus, Koch, & Nardi-Hiebl, 2018) ที่อาจจะเกิดได้มากที่สุด

1.2. ตรวจดูแผลผ่าตัดซึ่งปิดด้วยผ้า gauze และพันทับด้วย elastic bandage ตรวจดูเลือดที่ซึมบริเวณผ้าที่ปิดไว้ และตรวจสอบการพัน elastic bandage ไม่ให้แน่นหรือหลวมจนเกินไป (Antony Vimalraj, Vinodh



Rajkumar, Dalton, & Azhagan, 2017) ถ้าผู้ป่วยและอาใจใช้นิ้วมือ 1 นิ้วมือสอดเข้าใต้ elastic bandage ถ้าสามารถสอดเข้าได้แสดงว่า elastic bandage พันได้ในขนาดที่พอดีโดยต้องทำการประเมินซ้ำในทุกๆวันหลังจากการผ่าตัด

1.3. ตรวจสอบประสิทธิภาพของท่อระบายจากแผลผ่าตัด (radivac drain) คุณลักษณะสี และปริมาณ content ทั้งหมด พร้อมทั้งดูปริมาณเลือดที่สูญเสียไปในระหว่างการผ่าตัด เพื่อเฝ้าระวังการเสียเลือดภายหลังจากการผ่าตัด (Shi et al., 2016) โดยวิธีการดูการทำงานของท่อระบายให้มีประสิทธิภาพ สามารถทำได้ตามหลัก การ คือ ตรวจสอบรอยต่อของท่อระบายทุกข้อต้องให้ปิดสนิท สายไม่หักพังงอ จุกขวดต้องปิดสนิท ไม่ไหลวน ตัว หนองบนจุก radivac drain ต้องหุบแน่น ไม่ยี้ดออก ภาชนะที่วางรับต้องอยู่ต่ำกว่าระดับเอว การปฏิบัตินี้ สามารถลดความเสี่ยงของการติดเชื้อและส่งเสริมให้แผล ผ่าตัดมีกระบวนการหายตามกลไกปกติ

1.4. ประเมินการทำงานของระบบไหลเวียน เลือด และระบบประสาทที่ไปเลี้ยงอวัยวะส่วนปลาย (neurovascular status และ blanching test) เพื่อ เป็นการประเมินการไหลเวียนของเลือดที่ไปเลี้ยงอวัยวะ ส่วนปลาย และการไหลเวียนกลับของเลือด ภายหลังจาก การใส่วัสดุยึดตรึงภายในร่างกาย (Pimentel, 2006) ประกอบด้วย การประเมินอาการปวด (pain) พยาบาล ต้องทำการแยกให้ได้ว่าลักษณะของอาการปวดไม่ใช่ ลักษณะอาการปวดที่เกิดจากภาวะขาดเลือดมาเลี้ยง อวัยวะส่วนปลาย (ischemic pain) อาการซีด (pallor) สามารถปฏิบัติโดยการตรวจดูสีผิวของบริเวณปลายเท้า ทั้งสองข้างเปรียบเทียบกับกับปลายเท้าข้างปกติเสมอ พร้อมทั้งประเมิน capillary filling time กรณีที่ไม่ สามารถประเมินด้วยวิธีนี้ได้ผู้ตรวจต้องใช้ในการประเมิน blanching test แทนซึ่งค่าปกติต้องมากกว่า 2 วินาที อาการเย็น (polar) ปฏิบัติโดยการสัมผัสเปรียบเทียบกับ ระหว่างปลายเท้าทั้งสองข้างกับข้างปกติ และใช้มือที่ สัมผัสผู้ป่วยต้องเป็นหลังมือข้างเดียวกันเสมอ อาการ บวม (puffiness) ปฏิบัติโดยการสังเกตเปรียบเทียบกับ ระหว่างขาทั้งสองข้าง อาการอ่อนแรง (paralysis) ปฏิบัติ

โดยให้ผู้ผู้ป่วยขยับปลายนิ้วเท้าหรือข้อเท้าทั้งสองข้าง อาการชา (paresthesia) ปฏิบัติได้จากการสอบถามผู้ ป่วยว่ามีอาการชาหรือไม่ ถ้ามีอาการชาต้องสอบถามต่อ ถึงอาการชาบริเวณไหนถึงบริเวณไหน และเมื่อมีการขยับ ขา หรือเปลี่ยนท่าอาการชาลดลงหรือไม่ ประเมินชีพจร (pulselessness) ประเมินโดยการจับชีพจรหลังเท้า (dorsalis pedis pulse) และเพื่อให้แน่ใจว่าจะไม่เกิด ภาวะเสี่ยงต่อการถูกทำลายของหลอดเลือดส่วนปลาย พยาบาลควรเพิ่มการตรวจนับอัตราการเต้นของชีพจรใน 1 นาที จังหวะ และความสม่ำเสมอด้วย

1.5. ในกรณีที่ผู้ป่วยเริ่ม ambulation ได้ กระตุ้นให้ผู้ผู้ป่วยออกกำลังกาย เพื่อความแข็งแรงของ กล้ามเนื้อต้นขา และมีการเคลื่อนไหวของข้อ การออก กำลังกาย (Gabel, Osborne, & Burkett, 2015) ประกอบด้วย

1.5.1 การออกกำลังกายกล้ามเนื้อต้นขา (QSE: quadriceps setting exercise) พยาบาลบอก ประโยชน์ของการออกกำลังกายกล้ามเนื้อต้นขาและรอบ เข่า พร้อมทั้งสอนโดยการให้ผู้ผู้ป่วยเกร็งกล้ามเนื้อต้นขา ไว้ และกดเข่าลงกับพื้นนอน พร้อมทั้งกระตุ้นปลายเท้าขึ้น ทำการเกร็งค้างไว้ 4-5 นาที หรืออาจจะใช้วิธีการนับ 1 - 6 ครั้งอย่างช้า ๆ แล้วคลาย ทำใหม่ต่อไปเรื่อย ๆ ใน หนึ่งวันให้มากกว่าหรือเท่ากับ 200 ครั้งโดยสามารถแบ่ง ช่วงเวลาของการปฏิบัติเป็นหลังอาหารเช้า กลางวัน เย็น และก่อนนอนช่วงเวลาละ 50 ครั้งเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพ และผลลัพธ์ที่ดีมากยิ่งขึ้น

1.5.2 การทำ range of motion ของข้อนี้ว่า เเท้าทุกข้อของร่างกายประกอบด้วย flexion, extension, hyperextension, abduction, adduction และข้อเท้า ทุกข้อประกอบด้วย dorsiflexion, plantar flexion, inversion, eversion และ circumduction เป็นต้น

1.5.3 Straight leg raising exercise โดย การนอนราบยกขาขึ้นตรง ๆ และเกร็งกล้ามเนื้อต้นขาไว้ 5 นาที แล้วคลาย ทำใหม่ต่อไปเรื่อย ๆ ในหนึ่งวันให้ มากกว่าหรือเท่ากับ 200 ครั้ง สามารถแบ่งจำนวนครั้ง ของการทำในลักษณะของการออกกำลังกายแบบ quadriceps setting exercise



1.5.4 Gluteal setting exercise โดยการเกร็งกล้ามเนื้อสะโพก ขมิบหูดบริเวณทวารหนัก ทำให้ได้มากกว่าหรือเท่ากับ 200 ครั้ง เป็นต้น

1.6. การรับประทานอาหาร และน้ำผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับสารอาหารที่มีประโยชน์ต่อการฟื้นตัวภายหลังการผ่าตัด และการหายของบาดแผล เช่น การได้รับอาหารพวก เนื้อสัตว์ นม ไข่ ผัก และผลไม้ที่มีวิตามินซีมาก ๆ เช่น ส้ม หรือผลไม้ที่มีรสเปรี้ยว เพื่อช่วยในการสร้าง fiber ของกระดูกที่หัก และส่งเสริมให้เกิดกระบวนการหายของแผลได้เร็วขึ้น รวมทั้งดื่มน้ำอย่างน้อย 6-8 แก้วต่อวันเพื่อให้เซลล์ภายในร่างกายชุ่มชื้น เหมาะแก่การหายของแผล (Green, et al., 2014)

1.7. การเดินต้องใช้ crutch หรือ walker ช่วยในการพยุง ในระยะแรกจะยังไม่สามารถเดินลงน้ำหนัก ขาข้างที่ทำการผ่าตัดได้ (non weight bearing) แต่ถ้าสามารถเดินได้มั่นคงแล้วแพทย์จะเป็นผู้พิจารณาให้เดิน โดยมีลักษณะการเดินที่สามารถกระทำได้ 3 แบบ (National Institutes of Health, 2012) ดังต่อไปนี้ คือ

1.7.1 เดินแบบไม่ลงน้ำหนัก (non weight bearing) เป็นการเดินในช่วงแรกที่มีการผ่าตัดใส่วัสดุยึดตรึงภายใน

1.7.2 เดินลงน้ำหนักได้บางส่วน (partial weight bearing) เป็นการเดินช่วงภายหลังการผ่าตัดประมาณ 2-3 เดือนแรกภายหลังจากการผ่าตัด

1.7.3 เดินลงน้ำหนักได้เต็มที่ (full weight bearing) เป็นการเดินลงน้ำหนักทั้งหมด ทั้ง 2 ขา ใช้ในกรณีที่ ผล X-ray พบว่าการตามกระดูกได้ผลดี และอยู่ในแนวที่ถูกต้อง หรือสามารถเดินลงน้ำหนักได้เต็มที่ประมาณ 4-6 เดือน และสามารถผ่าตัดเอาเหล็กออกได้ในระยะเวลา 18-24 เดือนภายหลังการผ่าตัด

1.8. แนะนำให้หลีกเลี่ยงสิ่งต่าง ๆ ดังต่อไปนี้ คือ การเตะฟุตบอล การเล่นตะกร้อ การขี่จักรยานยนต์ การยกของหนัก การนั่งไขว่ห้าง นั่งพับเพียบ การนั่งยองๆ การใช้ส้วมซึม (Pimentel, 2006) เป็นต้น

1.9. การควบคุมน้ำหนักตัวให้เหมาะสม หลีกเลี่ยงการออกกำลังกายที่ลงน้ำหนักมากเกินไป (Green, et al., 2014) เช่น การวิ่ง การเดินเร็ว การเต้น

แอโรบิกที่หักโหม หรืออุบัติเหตุต่าง ๆ ที่สามารถทำให้ลื่นล้ม ซึ่งมีผลทำให้เกิดการเคลื่อนหลุดหรือ เกิดการหักของวัสดุที่ใช้ตามไว้ภายในได้

2. การปฏิบัติในบทบาทการชี้แนะแนวทางเพื่อสร้างความเข้าใจและเสริมพลังในการดูแลตนเอง

วัตถุประสงค์ เพื่อเสริมสร้างความมั่นใจให้กับผู้ป่วยและญาติในการดูแลตนเอง และเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่ายจากโรงพยาบาล

เมื่อญาติของผู้ป่วยได้เดินทางมาถึงโรงพยาบาลพยาบาลผู้มีหน้าที่ดูแลผู้ป่วยโดยตรงได้เป็นผู้ให้คำแนะนำกับผู้ป่วยและญาติ ถึงรายละเอียดแนวทางเลือกต่าง ๆ ที่ควรปฏิบัติภายหลังจากการรักษาโดยให้ข้อมูลที่เกี่ยวข้อง (Udombhornprabha, Boonhong & Tejpongvorachai, 2014) เพื่อสร้างการรับรู้ และความเข้าใจกับผู้ป่วยและญาติ ตั้งแต่ลักษณะท่าทางการเดินของผู้ป่วยจะไม่เป็นปกติ ผู้ป่วยอาจจะมีลักษณะของการเดินคล้ายขาทั้ง 2 ข้างไม่เท่ากัน การทำกิจกรรมต่าง ๆ ลดลงจากเดิมเนื่องจากการใช้งานของข้อลดลง หรืออาจจะทำให้น้ำหนักตัวของผู้ป่วยเพิ่มสูงขึ้นได้ เนื่องการออกกำลังกายและการเคลื่อนไหวได้น้อย (Kim, Kim, Ha, Lee & Koo, 2015) ซึ่งภายหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลผู้ป่วยและญาติจึงต้องได้รับการวางแผนเพื่อการปฏิบัติตัวตลอดระยะเวลา 1 ปี (Segal et al., 2018) และติดตามผลการรักษาจากแพทย์ จนกระทั่งการเชื่อมติดของกระดูกดีขึ้น โดยในระหว่างที่ทำการรักษาผู้ป่วยและญาติสามารถหาข้อมูล และขอรับคำปรึกษาจากเจ้าหน้าที่ทางด้านสุขภาพจากหอผู้ป่วยอร์โธปิดิกส์หรือหอผู้ป่วยนอก ห้องตรวจกระดูกและข้อได้ ตลอด เพื่อเสริมสร้างความมั่นใจในการดูแลตนเอง

3. การปฏิบัติในบทบาทการเป็นผู้ให้คำปรึกษา

วัตถุประสงค์ เพื่อเป็นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยเห็นถึงความสำคัญของการดูแลตนเอง และทราบแนวทางในการดูแลตนเองต่อไปในอนาคต

3.1 การให้คำปรึกษาผู้ป่วยรายนี้พยาบาลได้ใช้ภาพเล่าประสบการณ์การผ่าตัดยึดตรึงกระดูกภายใน ในผู้ป่วยอื่นที่ได้รับการผ่าตัดมาแล้ว เป็นสื่อในการอธิบาย และให้คำปรึกษากับผู้ป่วยเพื่อลดความวิตกกังวลในการ



ดูแลตนเองภายหลังจากการผ่าตัด ความไม่พร้อมต่างๆ ในการดูแลตนเองภายหลังที่จะต้องถูกจำหน่ายจากโรงพยาบาล

3.2 สำหรับญาติผู้ป่วยพยาบาลได้ให้คำปรึกษาตามข้อสงสัยของญาติที่พบประกอบด้วย ระยะเวลาในการรักษา ผู้ป่วยจะใช้ระยะเวลาในการรักษาตัวประมาณ 1 ปี (Udombhornprabha, Boonhong & Tejpongvorachai, 2014) และจะสามารถทำงานได้ด้วยตนเองซึ่งลักษณะงานต้องไม่หนักจนเกินไป การป้องกันไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ จากข้อสะโพกเลื่อนหลุด ข้ออักเสบติดเชื้อ หรือความเสี่ยงที่อาจจะมีผลต่อเลือดที่ไปจะไปเลี้ยงข้อสะโพกลดน้อยลง และเกิดเป็นหัวของข้อสะโพกเน่าตาย(avascular necrosis)ได้ หรือข้อสะโพกหักซ้ำตามมา (Malik, Quatman, Phieffer, Ly, & Khan, 2018) เป็นต้น หากจำเป็นต้องทำงานเพื่อหารายได้ พยาบาลต้องค้นหาปัญหาของผู้ป่วยที่แท้จริง พร้อมทั้งให้คำปรึกษาในการปฏิบัติตัวเพื่อการดำเนินชีวิตได้อย่างมีคุณภาพโดยไม่ให้เกิดเป็นผู้ที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงของญาติ

4. การปฏิบัติในบทบาทเป็นผู้ประสานงานเพื่อการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน

วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง และลดความเสี่ยงจากภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นในระหว่างที่ได้รับการรักษา

4.1 ผู้ป่วยมีปัญหาผู้ดูแลภายหลังการผ่าตัดที่จะช่วยดูแลอย่างใกล้ชิด พยาบาลได้ประสานทีมพยาบาลประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพในการเป็นผู้ช่วยติดตาม และให้ความช่วยเหลือเบื้องต้นกับผู้ป่วย โดยให้อาสาสมัครหมู่บ้านทำหน้าที่ในการช่วยเหลือติดตามผู้ป่วย

4.2 พยาบาลติดต่อหน่วยกายภาพบำบัดเพื่อขอเบิกใช้อุปกรณ์ในการช่วยพยุงเดินภายหลังกลับไปอยู่ที่บ้าน

4.3 พยาบาลเสนอแนวทางเพื่อการเลือกปฏิบัติภายหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลโดยให้หลานชาย, เพื่อนบ้าน หรือ ผู้รับจ้างในการช่วยเหลือเฝ้าไข้ดูแล และช่วยดูแลติดตามให้การช่วยเหลือ อื่น ๆ ระหว่างที่ผู้ป่วยได้กลับบ้านแล้ว พร้อมทั้งดูแลในเรื่องยารับประทานที่

แพทย์ได้มีแผนการรักษาให้รับประทานต่อเนื่อง การกลับมาพบแพทย์ตามนัดที่โรงพยาบาลทุกๆ 4 สัปดาห์ครั้ง (Segal et al., 2018) ในช่วง 6 เดือนแรก เป็นต้น

ภายหลังจากการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยรายดังกล่าวครอบคลุมบทบาทของผู้ปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกทั้ง 4 บทบาท ในระยะ 1 ปีแรก อาการของผู้ป่วยดีขึ้นตามลำดับ ไม่พบภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้นภายหลังการผ่าตัด ผลลัพธ์จากการรักษาดีขึ้นตามลำดับ รวมไปถึงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในทุกๆด้านก็ดีขึ้นตามมาอีกด้วย

ข้อเสนอแนะเพื่อการดูแลผู้ป่วยเพิ่มเติมอื่น ๆ

1. หลังจากแพทย์จำหน่ายจากโรงพยาบาล แพทย์จะทำการนัดผู้ป่วยเพื่อติดตามแผนการรักษาในระยะแรกแพทย์จะติดตามอาการทุก 1 เดือน และหลังจากเดือนที่ 6 จะติดตามอาการทุก 2 เดือนหรือจนกว่าผลการ X-ray มีการแสดงของการสร้างกระดูกใหม่ขึ้น ปกคลุมแนวกระดูกที่หักเดิม แต่กรณีนี้ผู้ป่วยพบความผิดปกติที่ควรมาพบแพทย์ ดังต่อไปนี้คือ มีอาการปวด บวม แดง ร้อน บริเวณแผลผ่าตัด หรือปวดบริเวณขาที่ทำการผ่าตัดมาก เดินลงน้ำหนักไม่ได้ เคลื่อนไหวขาข้างที่ทำการผ่าตัดไม่ได้ ขาทั้ง 2 ข้างมีความยาวไม่เท่ากัน มีไข้สูง ทานยาแก้ปวดไม่ทุเลา ต้องรีบกลับมาพบแพทย์ให้เร็วที่สุด โดยพยาบาลผู้ดูแลจะใช้วิธีการติดตามผู้ป่วยด้วยวิธีการสื่อสารผ่านทางโทรศัพท์ หรือใช้การสื่อสารแบบสื่อดิจิทัล (digital) ประจําหอผู้ป่วยเพื่อให้คำปรึกษาอื่น ๆ กับผู้ป่วยในกรณีที่มีเหตุการณ์ฉุกเฉินที่อาจเกิดขึ้นได้

2. เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นภายหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล การส่งเสริมให้ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดยึดตรึงกระดูกภายในได้ใช้โปรแกรมการจัดการตนเอง หรือการเสริมสร้างพลังอำนาจในการดูแลตนเองจากหลักฐานเชิงประจักษ์จะยิ่งส่งผลลัพธ์ในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวได้ดียิ่งขึ้น

ความมุ่งหวังในการดูแลผู้ป่วยกระดูกต้นขาหัก

การพัฒนาศักยภาพพยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหากระดูกต้นขาหัก ภายหลังจากการได้รับการผ่าตัดยึดตรึง



กระดูกภายในเป็นวิธีการปฏิบัติพื้นฐาน ที่พยาบาลต้องมีความใส่ใจและเข้าใจกลยุทธ์ เนื่องจากการจัดการผู้ป่วยด้วยกลยุทธ์ที่มีประสิทธิภาพตามแผนการรักษา จะส่งผลให้สามารถค้นหาความเสี่ยงหรือภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้ตามมาตรฐานการดูแลได้อย่างทันทั่วทั้งที่ ส่งเสริมให้ผู้ป่วยและญาติมีศักยภาพในการดูแลตนเอง โดยเฉพาะบริบทของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทางด้านสุขภาพที่สอดคล้องกับโรคและการเจ็บป่วย เกี่ยวกับเรื่องกับครอบครัว สังคม และสภาพแวดล้อมที่เกี่ยวข้องกับการดูแลตนเองสู่ผลลัพธ์ทางสุขภาพในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นตามมาในทุกระยะภายหลังจากการผ่าตัดได้

สรุป

การผ่าตัดกระดูกต้นขาหัก โดยการใส่สตั๊ดยึดตรึง

กระดูกภายในร่างกาย เป็นการผ่าตัดรักษากระดูกต้นขาหักเพื่อแก้ไขปัญหาความพิการที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยในอนาคต ซึ่งภายหลังการผ่าตัดผู้ป่วยจะต้องใส่สตั๊ดซึ่งเป็นเหล็กไว้ ถือว่าเป็นสิ่งแปลกปลอมของร่างกายอย่างหนึ่ง และมีโอกาสที่จะมีอาการแทรกซ้อนตามมาได้เสมอ อาจทำให้เกิดความเครียด และความวิตกกังวลเนื่องจากกระบวนการรักษาต้องใช้ระยะเวลาที่ยาวนาน เกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านกิจวัตรประจำวัน การใช้ชีวิตในสังคม และอาจกระทบถึงบทบาทและสัมพันธภาพภายในครอบครัว การปฏิบัติกรพยาบาลตามบทบาทของผู้ปฏิบัติที่ครอบคลุมบทบาทตามกรณีศึกษาจะส่งเสริมให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจ และทราบถึงวิธีการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง ได้รับการเสริมพลังอำนาจในการดูแลตนเอง ผู้ป่วยก็จะสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข

เอกสารอ้างอิง

- Anan Udombhornprabha, Jariya Boonhong and Tawechai Tejpongvorachai. (2014). Health-Related Quality of Life of the Thai Hip Fracture Patients after the One Year of Post-Hospital Discharge. *Srinagarind Medical Journal*, 27(2), 180-188. (in Thai).
- Abrolat, M., Eberhart, L. H., Kalmus, G., Koch, T., & Nardi-Hiebl, S. (2018). Patient-controlled Analgesia (PCA): an Overview About Methods, Handling and New Modalities. *Anesthesiologie, Intensivmedizin, Notfallmedizin, Schmerztherapie: AINS*, 53(4), 270-280.
- Antony Vimalraj, M., Vinodh Rajkumar, P., Dalton, J., & Azhagan, K. (2017). Functional and radiological outcome of intertrochanteric fracture in patients treated with dynamic hip screw and proximal femoral nail. *International Journal of Orthopaedics*, 3(4), 412-417.
- April Reynolds. (2013). The Fracture Femur. *Radiologic Technology*, 84(1), 273-291.
- Berrios-Torres, S. I., Umscheid, C. A., Bratzler, D. W., Leas, B., Stone, E. C., Kelz, R. R., ... & Dellinger, E. P. (2017). Centers for disease control and prevention guideline for the prevention of surgical site infection, 2017. *JAMA surgery*, 152(8), 784-791.
- Brox, W. T., Roberts, K. C., Taksali, S., Wright, D. G., Wixted, J. J., Tubb, C. C., ... & Macaulay, W. B. (2015). The American Academy of Orthopaedic Surgeons evidence-based guideline on management of hip fractures in the elderly. *JBJS*, 97(14), 1196-1199.
- Choocherd, S., Wanitkun, N., Danaidusadeekul, S., & Yottasurodom, C. (2016). Relationships among health literacy, severity of disease, patient engagement, perception of person-centered care and quality of life in patients after coronary artery bypass graft surgery. *Journal of Nursing Science*, 34(2), 94-106.



- Crist, B. D., Oladeji, L. O., Della Rocca, G. J., Volgas, D. A., Stannard, J. P., & Greenberg, D. D. (2018). Evaluating the Duration of Prophylactic Post-Operative Antibiotic Agents after Open Reduction Internal Fixation for Closed Fractures. *Surgical infections*, 19(5), 189-196.
- Gabel, C. P., Osborne, J., & Burkett, B. (2015). The influence of 'Slacklining' on quadriceps rehabilitation, activation and intensity. *Journal of science and medicine in sport*, 18(1), 62-66.
- Green, J. A., Hirst-Jones, K. L., Davidson, R. K., Jupp, O., Bao, Y., MacGregor, A. J., ... & Clark, I. M. (2014). The potential for dietary factors to prevent or treat osteoarthritis. *Proceedings of the Nutrition Society*, 73(2), 278-288.
- Kim, J. W., Kim, T. Y., Ha, Y. C., Lee, Y. K., & Koo, K. H. (2015). Outcome of intertrochanteric fractures treated by intramedullary nail with two integrated lag screws: a study in Asian population. *Indian journal of orthopaedics*, 49(4), 436.
- Malik, A. T., Quatman, C. E., Phieffer, L. S., Ly, T. V., & Khan, S. N. (2018). Incidence, risk factors and clinical impact of postoperative delirium following open reduction and internal fixation (ORIF) for hip fractures: an analysis of 7859 patients from the ACS-NSQIP hip fracture procedure targeted database. *European Journal of Orthopaedic Surgery & Traumatology*, 1-12.
- Pimentel, L. (2006). Orthopedic trauma: office management of major joint injury. *Medical Clinics*, 90(2), 355-382.
- Pradeep, A. R., KiranKumar, A., Dheenadhayalan, J., & Rajasekaran, S. (2018). Intraoperative lateral wall fractures during Dynamic Hip Screw fixation for intertrochanteric fractures-Incidence, causative factors and clinical outcome. *Injury*, 49(2), 334-338.
- Statistics Ministry of Public Health. (2017). Nonthaburi: Ministry of Public Health. (in Thai)
- Segal, D., Palmanovich, E., Faour, A., Marom, E., Feldman, V., Yaacobi, E., ... & Brin, Y. S. (2018). Routine early post-operative X-ray following internal fixation of intertrochanteric femoral fractures is unjustified: a quality improvement study. *Journal of orthopaedic surgery and research*, 13(1), 189.
- Shi, S., Guoping, W. U., Wen, H., Wang, B., Wang, R., & Zhen, Y. (2016). Perioperative hidden blood loss in aged patients with femoral intertrochanteric fracture. *Chinese Journal of General Practitioners*, 15(7), 543-546.
- Ziegler, P., Schlemer, D., Flesch, I., Bahrs, S., Stoeckle, U., Werner, S., & Bahrs, C. (2017). Quality of life and clinical-radiological long-term results after implant-associated infections in patients with ankle fracture: a retrospective matched-pair study. *Journal of orthopaedic surgery and research*, 12(1), 114.