



รายงานกรณีศึกษา

การพยาบาลผู้ป่วยกระดูกข้อสะโพกหักที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมและมีโรคร่วม

ปราณี อิมโกชน์, พย.บ.

กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยห้องผ่าตัด โรงพยาบาลตราด

E-mail : Saopranee1@gmail.com

บทคัดย่อ

**สรุปกรณีศึกษา :** ผู้ป่วยหญิงไทยหม้าย อายุ 86 ปี มีประวัติ 4 วันก่อนมาโรงพยาบาล เดินลื่นล้ม ปวดสะโพกซ้าย เดินไม่ได้ ไม่ได้ไปรับการรักษาที่ใด 1 วันก่อนมา ปวดสะโพกซ้ายมากขึ้น ไปรักษาที่โรงพยาบาลเอกชน แพทย์แนะนำการรักษาโดยการผ่าตัด ผู้ป่วยขอมารับการรักษาที่โรงพยาบาลตราด วันที่ 6 กันยายน 2565 แพทย์ตรวจร่างกายและส่งถ่ายภาพรังสีสะโพกซ้าย พบ กระดูกคอข้อสะโพกข้างซ้ายหักแบบไม่มีแผล (Closed fracture neck of left femur) ให้การรักษาโดยดัดวางน้ำหนักขาซ้าย 2 กิโลกรัม และวางแผนผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมข้างซ้าย (Bipolar hemiarthroplasty left femur) วันที่ 8 กันยายน 2565 ตรวจเยี่ยมและประเมินความพร้อมของผู้ป่วยก่อนผ่าตัด 1 วัน จากการซักประวัติ ตรวจร่างกาย เวชระเบียน พบว่ามีโรคประจำตัวคือ โรคความดันโลหิตสูงรักษาต่อเนื่อง ความดันโลหิต 160/90-170/100 มิลลิเมตรปรอท แพทย์ให้รับประทานยา Amlodipine 5 มิลลิกรัม 1 เม็ด หลังรับประทานยา ค่าความดันโลหิตลดลงอยู่ในช่วงปกติ มีภาวะโลหิตจาง ฮีมาโตคริต 29 เปอร์เซ็นต์ ให้ Pack Red Cell 1 ยูนิต ตรวจฮีมาโตคริตหลังให้เลือด เท่ากับ 33 เปอร์เซ็นต์ ในวันผ่าตัดแพทย์ให้เตรียม Pack Red Cell หมู่มาก B 2 ยูนิต และให้รับประทานยา Amlodipine 5 มิลลิกรัม 1 เม็ด เวลา 6.00 น. เช้าก่อนผ่าตัด ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัดกลัวว่าหลังผ่าตัดจะไม่สามารถกลับมาเดินได้เหมือนปกติ ได้อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจถึงความจำเป็นในการรักษาโดยการผ่าตัด เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถกลับมาเดินได้เร็วและใกล้เคียงกับปกติ ให้ข้อมูลผู้ป่วยรับทราบถึงสิ่งที่ผู้ป่วยจะได้พบเมื่อไปที่ห้องผ่าตัด การได้รับยาระงับความรู้สึก ขั้นตอน การผ่าตัด เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย พุดคุยให้กำลังใจจนคลายความวิตกกังวลและมีความพร้อมทำผ่าตัด วันที่ 8 กันยายน 2565 เวลา 11.05 น. รับผู้ป่วยจากหอผู้ป่วย ประเมินความพร้อมก่อนผ่าตัด ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี อุณหภูมิ 37.0 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 107 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 22 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 143/81 มิลลิเมตรปรอท ระดับความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด (SpO<sub>2</sub>) 94-95 เปอร์เซ็นต์ on skin traction น้ำหนัก 2 กิโลกรัม ปวดสะโพกซ้าย pain score เท่ากับ 8 คะแนน ได้ยืนยันตัวตนผู้ป่วยโดยการทำ Sign in ก่อนให้ยาระงับความรู้สึกแบบไขยาชาทางไขสันหลัง หลังได้รับยาระงับความรู้สึก 5 นาที ผู้ป่วยความดันโลหิตลดลง 90/54 มิลลิเมตรปรอท วิสัญญีแพทย์ให้สารน้ำ 0.9% Normal saline solution 1,000 มิลลิลิตร ทางหลอดเลือดดำ ให้ยาเพิ่มความดันโลหิต เป็น Ephedrine 6 มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำ ให้ออกซิเจนทางหน้ากาก 3 ลิตรต่อนาที ได้ใช้ Elastic bandage พันขาข้างขวาของผู้ป่วย ปรับเพิ่มอุณหภูมิในห้องผ่าตัดจาก 19 องศาเซลเซียส เป็น 23 องศาเซลเซียส และใช้เครื่องเป่าลมร้อน เพื่อช่วยให้การไหลเวียนเลือดดีขึ้น ใส่สายสวนปัสสาวะ จัดท่าผ่าตัดเป็นท่านอนตะแคงลำตัวข้างซ้ายขึ้นด้วยความนุ่มนวล ใช้อุปกรณ์กั้นลำตัวทางด้านหน้าและด้านหลังเพื่อป้องกันผู้ป่วยตกเตียง ติดแผ่นสื่อเครื่องจี้ไฟฟ้า แพทย์เริ่มผ่าตัด Bipolar hemiarthroplasty left femur under spinal block anesthesia เวลา 11.25 น. ได้ยืนยันตัวตน



ผู้ป่วยโดยการทำให้ Time out ก่อนลงมีดผ่าตัด สัญญาณชีพผู้ป่วยขณะผ่าตัด อัตราการเต้นของหัวใจ 60-80 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 18-22 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิตอยู่ในช่วง 120/70-140/ 80 มิลลิเมตรปรอท SpO<sub>2</sub> 99-100 เปอร์เซ็นต์ ได้รับสารน้ำ 0.9 % Normal saline solution รวม 1,100 มิลลิลิตร เสียเลือดจากการผ่าตัด 100 มิลลิลิตร ตรวจฮีมาโตคริต 32 เปอร์เซ็นต์ มีปัสสาวะออกในถุงรองรับปัสสาวะจำนวน 200 มิลลิลิตร สีเหลืองใส สิ้นสุดการผ่าตัดเวลา 12.50 น. รวมระยะเวลาผ่าตัด 1 ชั่วโมง 25 นาที ผู้ป่วยมีอาการหนาวสั่นหลังผ่าตัด วัดอุณหภูมิได้ 35.6 องศาเซลเซียส ปลายมือปลายเท้าเย็น ปิดเครื่องปรับอากาศ คลุมผ้าห่มที่ตัวผู้ป่วยเพิ่ม ผู้ป่วยอาการดีขึ้น จัดทำนอนหงายใช้หมอนวางระหว่างขาผู้ป่วยให้กางออกมากกว่า 30 องศาเพื่อป้องกันการเคลื่อนหลุดของข้อสะโพก ไม่พบการบาดเจ็บจากการจัดท่า การใช้เครื่องจี้ไฟฟ้า หลังผ่าตัดแผลผ่าตัดสะโพกซ้ายแห้งไม่มีเลือดซึม ขวดท่อระบาย (Radivac drain) มี content สีแดงออก 10 มิลลิลิตร ต้นขาและปลายเท้าไม่บวม ไม่มีอาการชา ขยับปลายเท้าได้ ไม่มีแผลกดทับ ส่งผู้ป่วยไปห้องพักฟื้นเวลา 13.00 น. วันที่ 9 กันยายน 2565 เวลา 15.00 เยี่ยมผู้ป่วยหลังผ่าตัด 1 วันที่หอผู้ป่วย ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี สัญญาณชีพปกติ อุณหภูมิอยู่ในช่วง 37.0-37.3 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ อยู่ในช่วง 86-90 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจอยู่ในช่วง 20-24 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิตอยู่ในช่วง 114/64-120/66 มิลลิเมตรปรอท SpO<sub>2</sub> 100 เปอร์เซ็นต์ ปวดแผลผ่าตัด pain score อยู่ในช่วง 7-8 คะแนน ได้รับยาแก้ปวด Morphine 3 มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำ ทุก 4 ชั่วโมง เวลาปวด และ ยา Tramadol 50 มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำ ทุก 6 ชั่วโมง ตามแผนการรักษาของแพทย์ หลังได้ยาอาการปวดลดลง pain score เท่ากับ 2-3 คะแนน ให้คำแนะนำผู้ป่วยและญาติ หลังได้รับยาถ้ามีอาการวิงเวียนศีรษะมากหรือหายใจไม่สะดวกให้แจ้งพยาบาลทราบทันที ผู้ป่วยได้รับยา Plasil 10 มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำ ทุก 8 ชั่วโมง ยาปฏิชีวนะ Cefazolin 1 กรัม ทางหลอดเลือดดำ ทุก 6 ชั่วโมง ต่อเนื่องทุกวัน รับประทานอาหารธรรมดา ผลการตรวจฮีมาโตคริตทุก 8 ชั่วโมง เท่ากับ 35-37 เปอร์เซ็นต์ แผลผ่าตัดที่สะโพกซ้ายแห้ง ไม่มีเลือดซึม ขวดท่อระบาย (Radivac drain) มี content สีแดง 40 มิลลิลิตร ต้นขาและปลายเท้าไม่บวม ไม่มีอาการชา ขยับปลายเท้าได้ ผลภาพถ่ายรังสี Film both Hip Anterior- Posterior, Film Left Hip Lateral หลังผ่าตัดปกติ มีปัสสาวะทางสายสวนปัสสาวะออกสีเหลืองใส ไม่มีแผลกดทับ ให้คำแนะนำผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับการดูแลบาดแผลและขวดท่อระบาย การป้องกันภาวะข้อสะโพกเทียมเคลื่อนหลุด การเตรียมความพร้อมของสถานที่เมื่อกลับไปอยู่บ้าน ได้แก่ การจัดเตรียมที่นอนผู้ป่วยให้อยู่ชั้นล่าง เตียงนอนควรอยู่สูงจากพื้นประมาณ 40 เซนติเมตร ควรมีราวจับในห้องน้ำ โถส้วมควรเป็นแบบชักโครกนั่ง เพื่อไม่ให้ข้อสะโพกอยู่ต่ำกว่าข้อเข่า การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ อาหารที่มีธาตุเหล็กและวิตามินซีสูง เน้นอาหารแคลเซียมสูงเพื่อช่วยบำรุงกระดูก ผักใบเขียวและผลไม้ งดเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ การเดินโดยไม่ให้ขาข้างที่ทำผ่าตัดลงน้ำหนักเต็มที่ ไม่ใช้งานข้อสะโพกเทียมผิดท่า ที่อาจทำให้เกิดการเคลื่อนหลุดของข้อสะโพกเทียมได้ ผู้ป่วยและญาติรับทราบและปฏิบัติตามได้ถูกต้อง พุดทบทวนการปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง จำหน่ายออกจากความดูแล รวมระยะเวลาที่อยู่ในความดูแล 3 วัน และระยะเวลาการดูแลในห้องผ่าตัด 1 ชั่วโมง 55 นาที

## บทนำ

ภาวะกระดูกต้นขาส่วนคอหัก ( fracture neck femur) พบได้ในทุกกลุ่มอายุ แต่จะพบมากในผู้สูงอายุ เมื่อเกิดการล้ม จากรายงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทย พบว่า 1 ใน 3 ของผู้สูงอายุหกล้มทุกปี ปีละมากกว่า 3 ล้านราย ร้อยละ 20 ของผู้หกล้มเกิดการได้รับบาดเจ็บ ปี 2565 มีรายงานผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจากสาเหตุพลัดตกหกล้มจำนวนสูงถึงเกือบ 9 หมื่นราย ผู้สูงอายุมากกว่า 1 หมื่นรายบาดเจ็บบริเวณต้นขา ข้อสะโพก และร้อยละ 20 ของผู้ที่ข้อสะโพกหักมีโอกาสเสียชีวิตภายใน 1 ปี การพลัดตกหกล้มเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับสอง รองจากการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนน สาเหตุส่วนใหญ่มาจากการลื่น สะดุด ก้าวพลาด ส่งผลให้เกิดการบาดเจ็บ ทุพพลภาพและเสียชีวิต กระทั่งต่อเศรษฐกิจของครอบครัว คนรอบข้างและผู้ดูแล (กองป้องกันการบาดเจ็บ, 2565) จากสถิติผู้ป่วยข้อสะโพกหักที่เข้ารับการรักษาโดยการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมของโรงพยาบาลตราดใน ปี 2563, 2564 และ 2565 มีจำนวน 45, 43 และ 28 รายตามลำดับ เป็นกลุ่มผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไปมีจำนวน 34, 39 และ 21 รายตามลำดับ คิดเป็นร้อยละ 75.5, 90.7 และ 75.0 ของผู้ป่วยที่มีข้อสะโพกหักทั้งหมด (ศูนย์ข้อมูลสารสนเทศโรงพยาบาลตราด, 2565) ดังนั้น บทบาทของพยาบาลห้องผ่าตัดที่สำคัญในการพยาบาลผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหักที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม คือ การเยี่ยมก่อนผ่าตัด ค้นหาปัญหา และประเมินความเสี่ยงที่มีโอกาสเกิดขึ้นกับผู้ป่วย ปัจจัยที่มีผลต่อความวิตกกังวล เพื่อนำข้อมูลมาวางแผนให้การพยาบาลอย่างเหมาะสม บรรเทาความเจ็บปวด การดูแลให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนทั้งก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด และหลังผ่าตัด ส่งเสริมการฟื้นฟูและให้ความรู้และทักษะในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการเลื่อนหลุด และยืดอายุการใช้งานข้อสะโพกเทียม สามารถคืนสภาพร่างกายกลับสู่ภาวะปกติหรือใกล้เคียงมากที่สุด

## ลักษณะทางกายวิภาคของข้อสะโพก (วัชร วิไลรัตน์, 2559)

ข้อสะโพกเป็นข้อที่มีลักษณะเป็น ball and socket ที่ใหญ่ที่สุดในร่างกายเป็นประเภท synovial หรือ diarthrodial joint ประกอบด้วยหัวกระดูกต้นขา (Femoral head) และเบ้าสะโพก (acetabulum) อยู่ในกระดูกเชิงกราน พื้นผิวของกระดูกทั้ง 2 ด้านจะถูกปกคลุมด้วยกระดูกอ่อน หัวกระดูกต้นขาจะมีรูปร่างประมาณ 2 ใน 3 ของทรงกลมยึดติดกับลำกระดูกต้นขา (Femoral shaft) ด้วยส่วนคอกระดูกโดยคอกระดูกจะทำมุมกับลำกระดูกต้นขาประมาณ 125-135 องศา และจะเอียงเป็นมุมไปด้านหน้าเล็กน้อยเรียกว่ามี anteversion ประมาณ 10-15 องศา เบ้าของกระดูกเชิงกรานที่ประกอบเป็นข้อสะโพก จะประกอบด้วยกระดูก 3 ชิ้น คือ ilium, ischium และ pubis ข้อสะโพกมีหน้าที่รับน้ำหนักตัวและเปลี่ยนทิศทางขณะเดินในคนปกติแรงที่มาปะทะกับข้อสะโพกจะมีประมาณ 3 - 5 เท่าของน้ำหนักตัว และขณะที่มีการเคลื่อนไหว เช่น วิ่งกระโดด แรงนี้อาจสูงถึง 10 เท่าของน้ำหนักตัว

## โรคของข้อสะโพกและพยาธิสภาพ

โรคของข้อสะโพกที่พบบ่อยในคนไทย ซึ่งเป็นสาเหตุให้เกิดการเคลื่อนไหวติดขัดหรือก่อให้เกิดความเจ็บปวด

1. โรคหัวข้อกระดูกสะโพกตาย (Osteonecrosis of femoral head) สาเหตุการเกิดแบ่งเป็นจากอุบัติเหตุและไม่ใช่อุบัติเหตุ ในส่วนที่ไม่ได้เกิดอุบัติเหตุส่วนใหญ่ไม่ทราบสาเหตุ แต่มีปัจจัยเสี่ยงคือ แอลกอฮอล์กับ steroid จึงอาจพบคนไข้โรคนี้ในกลุ่มอายุน้อยประมาณอายุ 30 -40 ปี เชื่อว่าเกิดจากหลอดเลือดที่มาเลี้ยงหัวกระดูกสะโพกอุดตัน ทำให้หัวกระดูกสะโพกค่อย ๆ ขาดเลือด จนในที่สุดหัวกระดูกสะโพกจะยุบตัวทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถเคลื่อนไหวได้ตามปกติ มีอาการเจ็บปวดอย่างมาก

2. โรคข้อสะโพกเสื่อมชนิดปฐมภูมิ (Primary hip osteoarthritis) ส่วนมากพบในกลุ่มคนไข้ที่อายุเกิน 50 ปีขึ้นไป มักเกี่ยวข้องกับการใช้งานข้อสะโพกมากน้ำหนักตัวมาก หรืออาจพบในคนที่มึนประวัติในครอบครัว เป็นโรคนี้

3. โรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ (Rheumatoid arthritis) เป็นโรคที่เกิดจากความผิดปกติของระบบภูมิคุ้มกัน ซึ่งก่อให้เกิดอาการอักเสบแบบไม่ติดเชื้อ เกิดได้กับข้อต่าง ๆ ทั่วร่างกายรวมทั้งข้อสะโพก ผู้ป่วยจะมีอาการอักเสบเป็น ๆ หาย ๆ นานไปจะทำให้ผิวข้อมีการสึกกร่อนและถูกทำลาย

4. โรคข้อสะโพกเสื่อมจากการเจริญเติบโตผิดปกติ (developmental dysplasia of the hip) เกิดจากการเจริญเติบโตของข้อสะโพกที่ผิดปกติตั้งแต่วัยเด็ก ทำให้ข้อสะโพกผิดปกติมีความชันมากขึ้น และกระดูกคอสะโพกมีรูปร่างผิดปกติ

5. ภาวะกระดูกต้นขาส่วนคอหัก (Femoral neck fracture) พบได้ในทุกกลุ่มอายุ แต่จะพบมากในผู้สูงอายุเมื่อเกิดการล้ม ภาวะนี้มักพบสัมพันธ์กับผู้ที่มีการกระดูกพรุนร่วมด้วย การรักษาภาวะคอกระดูกสะโพกหักในผู้สูงอายุนี้ถ้ามีการหักเคลื่อนมักจะต้องได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม

#### **อาการและผลกระทบบของกระดูกสะโพกหัก (ฉินพิชญชา มะम्म, 2562)**

อาการที่พบบ่อย คือ อาการปวดข้อสะโพก ซึ่งระดับความเจ็บปวดจะขึ้นอยู่กับความมากน้อยของการเคลื่อนของกระดูก ผู้ป่วยจะไม่สามารถลงน้ำหนักบนขาข้างที่สะโพกบาดเจ็บได้ ขาข้างที่สะโพกบาดเจ็บสั้นลงและจะบิดออกไปทางด้านนอก ภาวะกระดูกหักก่อให้เกิดผลกระทบต่อการใช้ชีวิต เนื่องจากความเจ็บปวดและถูกจำกัดการเคลื่อนไหว ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ อีกทั้งเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการถูกจำกัดการเคลื่อนไหว เช่น ปอดอักเสบ แผลกดทับ การติดเชื้อในร่างกาย กล้ามเนื้อลีบ ข้อยึดติดทำให้ผู้ป่วยตกอยู่ในภาวะพึ่งพิง และรู้สึกเป็นภาระของผู้อื่น ส่งผลกระทบบต่อด้านจิตใจ ทำให้เกิดความวิตกกังวล หรือมีอาการซึมเศร้า และการรับรู้คุณค่าในตนเองลดลง

#### **การรักษา (ประวิทย์ สุขเจริญชัยกุล, 2567)**

การรักษากระดูกสะโพกหัก มีวิธีการรักษา 2 แนวทางคือ การผ่าตัดและไม่ผ่าตัด โดยทั่วไปแนะนำการรักษาด้วยการผ่าตัด เพราะจะให้ผลที่ดีกว่า โดยเฉพาะการผ่าตัดภายใน 48 ชั่วโมง แต่อาจมีความเสี่ยงในผู้ที่มีโรคประจำตัว หรือผู้สูงอายุ ซึ่งแพทย์ผู้ดูแลจะให้คำแนะนำวิธีการรักษาที่เหมาะสมในผู้ป่วยแต่ละราย ในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงมากในการเข้ารับการผ่าตัด ได้แก่ ผู้ป่วยที่ไม่สามารถเดินได้ตั้งแต่ก่อนเกิดกระดูกหัก หรือผู้ป่วยที่มาพบแพทย์หลังการบาดเจ็บในช่วงที่กระดูกเริ่มมีการประสานกันแล้ว แพทย์อาจแนะนำการรักษาโดยการไม่ผ่าตัด โดยการใส่เครื่องถ่วงน้ำหนักเพื่อยึดกล้ามเนื้อและการจำกัดกิจกรรม เลี่ยงการลงน้ำหนัก ในขาข้างที่บาดเจ็บ งดกิจกรรมที่ต้องใช้แรง ใช้อุปกรณ์ช่วยในการเดิน เช่น ไม้เท้า ไม้ค้ำยันช่วยเดิน ให้ยาเพื่อบรรเทาอาการปวด โดยทั่วไปจะใช้เวลาอย่างน้อย 6 สัปดาห์ในการประสานกันของกระดูกให้เร็วขึ้น อย่างไรก็ตามการรักษาโดยการไม่ผ่าตัดทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถเคลื่อนไหวได้สะดวก อาจเกิดการติดเชื้อ แผลกดทับ ลิ่มเลือดอุดตันที่ขาหรือปอด และภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ ได้

การผ่าตัดกระดูกสะโพกหักในผู้สูงอายุจะมีทั้งการผ่าตัดยึดกระดูก ผ่าตัดใส่ข้อเทียมบางส่วน และการผ่าตัดใส่ข้อเทียมทั้งชุดขึ้นกับลักษณะการหัก และลักษณะทางกายภาพของผู้ป่วย

#### **ประเภทของการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม**

1. แบ่งประเภทของการผ่าตัด ตามส่วนของข้อสะโพกที่ทำการเปลี่ยน คือ

1.1 การผ่าตัดที่เปลี่ยนเฉพาะส่วนหัวกระดูกต้นขาโดยไม่ได้เปลี่ยนเบ้า (hemiarthroplasty) ทำในผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพของหัวกระดูกต้นขาอย่างเดียวโดยที่ยังมีเบ้าสะโพกที่ดี มักใช้ในกรณีที่ผู้ป่วยมีภาวะกระดูกคอสะโพกหัก ข้อดีของการผ่าตัดชนิดนี้คือ เสียเวลาในการทำผ่าตัดน้อย เสียเลือดน้อย หัวของข้อเทียมมีขนาดใหญ่ ทำให้ลดโอกาสการเกิดข้อสะโพกเทียมหลุด ข้อเสียคือใช้ได้จำกัดเฉพาะผู้ป่วยที่ยังไม่มีความเสียหายของเบ้าสะโพก เมื่อมีการใช้งานระยะเวลาหนึ่ง เบ้าสะโพกจะถูกเสียดสีจากหัวของข้อเทียม ทำให้มีการสึกได้ จึงมักเลือกใช้กับผู้ป่วยที่อายุมาก การใช้งานไม่รุนแรง เพื่อลดความเสี่ยงที่จะมีเบ้าสะโพกเสื่อมภายหลัง

1.2 การผ่าตัดที่เปลี่ยนทั้งส่วนหัวกระดูกต้นขาและเบ้าสะโพก (total hip arthroplasty) การผ่าตัดชนิดนี้จะมีส่วนของเบ้าสะโพกเทียมเพิ่มเข้ามาเพื่อป้องกันการเสียดสีของหัวข้อเทียมกับเบ้า ข้อดีของการผ่าตัดชนิดนี้คือแก้ไขพยาธิสภาพของข้อได้ทั้งส่วนหัวและเบ้าสะโพก มักใช้ในผู้ป่วยที่ยังมีกิจกรรมที่ใช้งานข้อสะโพกมาก ข้อเสียคือการผ่าตัดใช้เวลานานกว่า เสียเลือดมากกว่า มีโอกาสเกิดข้อสะโพกเทียมเคลื่อนหลุดได้มากกว่า hemiarthroplasty

2. แบ่งประเภทตามวิธียึดข้อสะโพกเทียมกับกระดูก โดยแบ่งออกเป็น

2.1 แบบใช้ซีเมนต์ยึดกระดูก (Cemented hip arthroplasty) ซีเมนต์กระดูก (Bone cement) คือสารประกอบโพลีเมอร์ จะทำหน้าที่ยึดข้อเทียมกับกระดูก ทำให้ข้อเทียมนั้นความแข็งแรง มักใช้ในผู้ป่วยสูงอายุ แต่ต้องระวังในผู้ป่วยที่เป็นโรคหัวใจ เนื่องจากอาจไปกระตุ้นการทำงานของหัวใจให้มากขึ้นได้

2.2 แบบไม่ใช้ซีเมนต์ยึดกระดูก (Cementless hip arthroplasty) ข้อเทียมชนิดนี้จะออกแบบให้ผิวมีลักษณะเป็นรูพรุน เมื่อใส่ไปแล้วร่างกายจะสร้างกระดูกงอกเข้าไปในรูเพื่อยึดข้อเทียมกับกระดูก ต้องรอประมาณ 6-8 สัปดาห์ จึงจะแข็งแรงเต็มที่ การใช้ข้อข้อเทียมแบบนี้ จึงลดความเสี่ยงที่อาจเกิดจากซีเมนต์กระดูก อย่างไรก็ตามข้อเทียมชนิดนี้ต้องอาศัยกระดูกที่แข็งแรงและมีคุณภาพ ในผู้ป่วยที่กระดูกบางอาจพบกระดูกแตกในขณะที่ตอกใส่ข้อเทียมได้

### บทบาทของพยาบาลห้องผ่าตัดในการให้การพยาบาลผู้ป่วยกระดูกข้อสะโพกหักที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม

**การพยาบาลระยะก่อนผ่าตัด** (รัตนา เพิ่มเพ็ชร และ เบญจมาภรณ์ บุตรศรีภูมิ, 2559)

เป้าหมายที่สำคัญของการพยาบาลผู้สูงอายุกระดูกข้อสะโพกหักที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม คือ การเยี่ยมก่อนผ่าตัด ค้นหาปัญหา และประเมินความเสี่ยงที่มีโอกาสเกิดขึ้นกับผู้ป่วย ปัจจัยที่มีผลต่อความวิตกกังวล เพื่อนำข้อมูลมาวางแผนให้การพยาบาลอย่างเหมาะสม บรรเทาความเจ็บปวด การดูแลให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนทั้งก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด และหลังผ่าตัด ส่งเสริมการฟื้นฟู และให้ความรู้และทักษะในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการเคลื่อนหลุด และยืดอายุการใช้งานข้อสะโพกเทียม สามารถคืนสภาพร่างกายกลับสู่ภาวะปกติหรือใกล้เคียงมากที่สุด

1. การประเมินผู้ป่วย ได้แก่ การทบทวนประวัติของผู้ป่วยจากเวชระเบียน ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย ประวัติการเจ็บป่วยและการผ่าตัด การแพ้ยา ผลการตรวจร่างกาย ตรวจสอบความถูกต้องของชนิดการผ่าตัดได้แก่การผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมที่ขาข้างซ้าย การลงนามยินยอมผ่าตัด ผลการตรวจหาห้องปฏิบัติการ และการตรวจพิเศษอื่น ๆ

2. แนะนำตนเอง แจ้งวัตถุประสงค์การเยี่ยมก่อนผ่าตัด ประเมินสภาพร่างกาย ข้อจำกัดและปัจจัยเสี่ยงของผู้ป่วย โดยประเมินรูปร่างของผู้ป่วย เพื่อเตรียมอุปกรณ์ช่วยจัดท่าอย่างปลอดภัย รวมถึงเตรียมอุปกรณ์พิเศษที่จำเป็น ต้องใช้ให้เหมาะสมกับการผ่าตัดของผู้ป่วย แนะนำการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด แนะนำการงดน้ำและอาหาร ก่อนผ่าตัดอย่างน้อย 8 ชั่วโมง เพื่อป้องกันการสำลักเศษอาหารเข้าไปในปอด ขณะได้รับยาระงับความรู้สึก ซึ่งจะเป็นอันตรายต่อชีวิตผู้ป่วยได้ การถอดฟันปลอมเพื่อป้องกันการหลุดเข้าไปในคออุดกั้นทางเดินหายใจ การถอดเครื่องประดับ เพื่อป้องกันการบาดเจ็บจากการใช้เครื่องจีไฟฟ้า เนื่องจากเป็นตัวนำกระแสไฟฟ้า การเช็ดตัวทำความสะอาดร่างกาย เพื่อลดเชื้อโรคป้องกันการติดเชื้อบาดแผลผ่าตัด อธิบายให้ทราบถึงสภาพแวดล้อมในห้องผ่าตัด เหตุการณ์และเหตุการณ์ที่ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับในห้องผ่าตัดก่อนถึงเวลาทำการผ่าตัด ได้แก่ การฉีดยาเข้าทางไขสันหลังโดยวิสัญญีแพทย์ เพื่อให้ผู้ป่วยไม่รู้สึเจ็บขณะผ่าตัดแต่ไม่ต้องหลับ การใส่สายสวนปัสสาวะเพื่อสังเกตการทำงานของไตและแพทย์จะใส่สายคา



ไว้ก่อนประมาณ 2-3 วันจึงเอาออก ระยะเวลาการผ่าตัดประมาณ 2 ชั่วโมง หลังผ่าตัดจะมีหมอนวางอยู่ระหว่างขาของผู้ป่วยเพื่อไม่ให้ขาหุบเข้าหากัน ป้องกันข้อสะโพกเคลื่อนหลุดการพักอยู่ในห้องพักฟื้นหลังผ่าตัด 1 ชั่วโมง เพื่อสังเกตอาการอย่างใกล้ชิด ซีด เมื่อผู้ป่วยอยู่ในระยะปลอดภัยแล้วจะส่งผู้ป่วยกลับมาหอผู้ป่วย ตอบคำถามข้อสงสัย รับฟังความรู้สึกของผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อช่วยลดความวิตกกังวล

#### **การพยาบาลระยะผ่าตัด** (นงเยาว์ เกษตรีภิบาล และคณะ, 2558)

1. ตรวจสอบความถูกต้องตามแบบบันทึกการดูแลผู้ป่วยก่อนให้ยาระงับความรู้สึก (Sign in) ร่วมกับพยาบาลวิสัญญี วิสัญญีแพทย์ ก่อนให้ยาระงับความรู้สึก โดยยืนยันความถูกต้องของ ชื่อ-สกุลผู้ป่วย ตำแหน่งผ่าตัด ชนิดของการผ่าตัด ใบยินยอมผ่าตัด ตรวจสอบประวัติการแพ้ยา ตรวจสอบการมีโอกาสเสียเลือดมากกว่า 500 ซีซี การเตรียมเลือดและสารน้ำที่จะให้ทดแทน

2. ตรวจสอบรายการตามแบบบันทึกการดูแลผู้ป่วยก่อนลงมีดผ่าตัด (Time out) ร่วมกับวิสัญญีพยาบาล วิสัญญีแพทย์ และศัลยแพทย์ เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของตัวบุคคล ชนิดของอวัยวะที่ทำผ่าตัด ความครบถ้วนของเครื่องมือผ่าตัด ผ้าก๊อช ผ้าซับโลหิต การให้ยาและอุปกรณ์พิเศษที่ต้องใช้เพิ่มเติม โดยสมาชิกในทีมผ่าตัดทุกคนมีการแนะนำชื่อ และบทบาทของตนเอง กล่าวยืนยันชื่อ - นามสกุลผู้ป่วย ชนิดของการผ่าตัด ตำแหน่งที่จะผ่าตัด การให้ยาปฏิชีวนะก่อนลงมีด ศัลยแพทย์ทบทวนขั้นตอนการผ่าตัดที่สำคัญ คาดคะเนระยะเวลาผ่าตัด การสูญเสียเลือด ทบทวนปัญหาที่ต้องระวังในผู้ป่วยเฉพาะราย ทบทวนประสิทธิภาพการปราศจากเชื้อของเครื่องมือ การติดภาพรังสีที่ต้องใช้ขณะผ่าตัด

3. จัดทำผู้ป่วยด้วยความนุ่มนวล ผู้ป่วยมีกระดูกสะโพกหักข้างซ้าย จัดทำให้อนตะแคงขวาใช้อุปกรณ์ค้ำยันบริเวณลำตัวด้านหน้าตรงตำแหน่งกระดูกหัวเข่า และบริเวณลำตัวด้านหลังตรงบริเวณกระดูกเหนือก้นกบ เพื่อให้ตำแหน่งผ่าตัดอยู่นิ่ง แพทย์สามารถทำผ่าตัดได้สะดวก ไม่เกิดปัญหาขณะผ่าตัด ได้ใช้ผ้าม้วนทาบกันเพื่อวางรองระหว่างอุปกรณ์กับตัวผู้ป่วยป้องกันการบาดเจ็บจากแรงกดทับ ได้ช่วยกันจัดทำโดยพยาบาล 3 คนและผู้ช่วยเหลือคนไข้ 1 คน รมัดระวังไม่ให้เกิดการบาดเจ็บต่อเนื้อเยื่อ

4. ร่วมตรวจนับผ้าก๊อช ผ้าซับโลหิต จำนวนเครื่องมืออุปกรณ์ก่อนการผ่าตัด และก่อนเย็บปิดแผลผ่าตัดรวม กับทีมผ่าตัด เพื่อป้องกันการตกค้างในร่างกาย และลงบันทึกข้อมูลไว้เป็นหลักฐาน

5. ใช้งานเครื่องมืออุปกรณ์ได้อย่างถูกต้องตามมาตรฐานเพื่อป้องกันการบาดเจ็บต่อเนื้อเยื่อ และการสูญเสียเลือด ส่งเครื่องมือ/ช่วยผ่าตัดได้ถูกต้อง รวดเร็ว โดยยึดหลัก Aseptic technique

6. ประสานงานกับทีมผ่าตัด ในการดูแลผู้ป่วยขณะผ่าตัด ประเมินภาวะซีดกรณีมีการสูญเสียเลือดมากขณะผ่าตัด เพื่อพิจารณาให้ Pack red cell

7. สังเกตความก้าวหน้าของกระบวนการผ่าตัด คาดการณ์ถึงความต้องการของทีมผ่าตัดและจัดหาเครื่องมือเครื่องใช้ได้ทันเวลา

#### **การพยาบาลระยะหลังผ่าตัด**

1. ตรวจสอบผู้ป่วยก่อนเคลื่อนย้ายออกจากห้องผ่าตัด (Sign out) ร่วมกับวิสัญญีพยาบาล วิสัญญีแพทย์ และศัลยแพทย์ โดยทบทวนชนิดของการผ่าตัดในใบบันทึกการตรวจนับความครบถ้วนของเครื่องมือผ่าตัด ผ้าก๊อช ผ้าซับโลหิตและเข็มเย็บแผล การระบุปัญหาที่พบของเครื่องมือผ่าตัด ทบทวนเหตุการณ์สำคัญที่เกิดขึ้นขณะผ่าตัดร่วมกัน และส่งต่อข้อมูลให้พยาบาลห้องพักฟื้น เพื่อการดูแลต่อเนื่อง (นงเยาว์ เกษตรีภิบาล และคณะ, 2558)

2. ประเมินสภาพผู้ป่วย ระดับการรู้สึกตัว สัญญาณชีพ การหายใจ



3. ตรวจสอบบาดแผลผ่าตัดมีเลือดออกหรือไม่ การทำงานของท่อระบาย ตรวจสอบบริเวณผิวหนังว่ามีรอยแดงจากการวางแผ่นสื่อน้ำหรือเครื่องจี้ไฟฟ้าหรือไม่

4. จัดทำผู้ป่วยด้วยความนุ่มนวล จากท่านอนตะแคงให้กลับมาเป็นท่านอนหงายปกติ โดยใช้เจ้าหน้าที่อย่างน้อย 4 คน ขณะจัดท่าระมัดระวังการเลื่อนหลุดของข้อสะโพกเทียม โดยพยุงให้ขาข้างซ้ายกางออก และเมื่อผู้ป่วยอยู่ในท่านอนหงายให้ใช้หมอนสามเหลี่ยมวางระหว่างขาทั้งสองข้างเพื่อให้ขาข้างที่ทำทางออกจากกันอย่างน้อย 30 องศา สังเกตว่ามีรอยกดทับของผิวหนังบริเวณปุ่มกระดูกหรือไม่ ประเมินการบาดเจ็บจากการจัดท่า

5. ดูแลหม้อผ้าให้ผู้ป่วยได้รับความอบอุ่นและรู้สึกสบาย

6. การเยี่ยมผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่หอผู้ป่วย โดยตรวจเยี่ยมเพื่อประเมิน และให้คำแนะนำดังนี้ (รัตนา เพิ่มเพ็ชร์ และ เบญจมาภรณ์ บุตรศรีภูมิ, 2559)

6.1 สังเกตและประเมินอาการปวดแผล และบันทึกระดับ pain score

6.2 ประเมินภาวะแทรกซ้อนการติดเชื้อของแผลผ่าตัด สังเกตแผล ปวด บวม แดง ร้อน และมีไข้ สังเกตการทำงานของท่อระบายและจำนวน content เพื่อสังเกตว่ามีเลือดออกมากผิดปกติหรือไม่

6.3 แนะนำให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย

6.4 แนะนำการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม (สัปดาห์แรก ลี้มหาคุณ, 2564)

6.4.1 อย่าให้แผลเปียกน้ำ 10-14 วันหลังผ่าตัด

6.4.2 หลังผ่าตัดให้ขยับขาและข้อเท้าได้ทันที เมื่อรู้สึกตัวและไม่ชาขา เพื่อป้องกันภาวะลิ่มเลือดอุดตันที่เส้นเลือดบริเวณขา และลุกนั่งได้หลังจากครบนอนราบได้ 8 ชั่วโมง

6.4.3 การลงน้ำหนักให้ใช้อุปกรณ์ช่วยเดิน ในช่วง 4 สัปดาห์แรก โดยเริ่มจากอุปกรณ์ช่วยเดินแบบ 4 ขา ได้แก่ walker เพื่อความมั่นคงขณะเดินและลดอาการปวดจากการลงน้ำหนักที่ขา

6.4.4 ในช่วง 2-3 เดือนแรกของการผ่าตัดต้องระมัดระวังการหลุดของข้อสะโพก โดยหลีกเลี่ยงระวางไม่ให้ขาข้างที่ทำผ่าตัด หุบเข้า และไม่บิดปลายเท้าเข้าข้างใน ท่านั่งพับเพียบ และการก้มเก็บของที่พื้น

6.4.5 ห้ามในชีวิตรประจำวัน นั่งลงกับพื้น นั่งไขว่ห้าง นั่งยอง นั่งขัดสมาธิ นอนไขว่ห้าง ห้ามนอนตะแคงทับขาข้างปกติโดยไม่มีหมอนคั่นระหว่างขา

6.4.6 การพักผ่อนให้เพียงพอและให้ญาติดูแลอย่างใกล้ชิดเนื่องจากมีภาวะซีดอาจเกิดอาการหน้ามืด เวียนศีรษะขณะเปลี่ยนท่าหรือลุกเดินได้

6.4.7 รับประทานอาหารที่มีโปรตีนและแคลเซียมสูง

6.4.8 การรับประทานยาตามแพทย์สั่ง

6.4.9 การบริหารร่างกาย ส่วนต้นขา ข้อเท้า ตามที่นักร่างกายบำบัดแนะนำ

6.4.10 แนะนำการสังเกตอาการผิดปกติที่ควรมาพบแพทย์ทันทีก่อนวันนัด เช่น มีอาการปวดสะโพกอย่างรุนแรง เดินไม่ได้

6.4.11 การมาพบแพทย์ตามนัดและการมารับการรักษาอย่างต่อเนื่อง

**โรคความดันโลหิตสูง** (สมาคมโรคความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2562)

ความดันโลหิตสูง หมายถึง ภาวะที่ความดันช่วงบนมีค่าตั้งแต่ 130 มิลลิเมตรปรอทขึ้นไป และ / หรือ ความดันช่วงล่างมีค่าตั้งแต่ 80 มิลลิเมตรปรอทขึ้นไป ซึ่งโดยมากผู้ป่วยจะมีความดันช่วงล่างสูง (Diastolic hypertension) โดยที่ความดันช่วงบนจะสูงหรือไม่ก็ได้แต่บางรายอาจมีความดันช่วงบนสูงเพียงอย่างเดียวแต่มีค่าความดันช่วงล่างไม่สูงก็ได้เช่นกัน ความดันโลหิตแปรผันด้วย 2 ปัจจัยได้แก่

1. ปริมาณเลือดที่ถูกปั๊มออกจากหัวใจ ถ้าปริมาณเลือดที่ถูกปั๊มออกจากหัวใจสูงขึ้น จะทำให้ความดันยิ่งสูงขึ้น
2. แรงต้านการไหลเวียนของเลือด ถ้าเส้นเลือดแคบลง จะทำให้เกิดแรงต้านการไหลเวียนของเลือดทำให้ความดันสูงขึ้นได้

### อาการความดันโลหิตสูง

ในรายที่เป็นความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ อาจพบมีอาการปวดศีรษะท้ายทอย ตึงที่ต้นคอ เวียนศีรษะ ซึ่งมักจะเป็นตอนตื่นนอนใหม่ ๆ พอตอนสายอาการจะทุเลาไปเอง บางรายอาจมีอาการปวดศีรษะตื้อ ๆ แบบไม่เกรนในรายที่เป็นมานานหรือมีความดันโลหิตสูงมาก ๆ อาจจะมีอาการอ่อนเพลียเหนื่อยง่าย ใจสั่นนอนไม่หลับ ตามัว มือเท้าชา หรือมีเลือดกำเดาไหล หากปล่อยทิ้งไว้นาน ๆ โดยไม่ได้รับการรักษา อาจแสดงอาการของภาวะแทรกซ้อนได้ เช่น หอบเหนื่อย เจ็บหน้าอก บวม แขนขาเป็นอัมพาต ส่วนในรายที่เป็นความดันโลหิตสูงชนิดทราบสาเหตุ อาจมีอาการแสดงของโรคที่เป็นสาเหตุเช่น มีระดับความดันโลหิตขึ้น ๆ ลง ๆ ร่วมกับมีอาการปวดศีรษะ ใจสั่น และเหงื่อออกเป็นพัก ๆ นอนกรนผิดปกติ แขนขาอ่อนแรง ปวดหลังร่วมกับปัสสาวะขุ่นแดง (อาจเป็นนิ่วไต) รูปร่างอ้วนดู หน้าอุมและมีประวัติการรับประทานยาสเตียรอยด์ ยาชุด หรือยาลูกกลอนมาก่อน (อาจเป็นโรคคุชชิง)

### แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูง

1. การรักษาโดยไม่ใช้ยา คือ เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมดำรงชีวิต เช่น ลดอาหารเค็ม ออกกำลังกายสม่ำเสมอ เลิกสูบบุหรี่ ดื่มแอลกอฮอล์ ควบคุมน้ำหนัก และการจัดการความเครียด
2. การใช้ยา ผู้ป่วยตอบสนองต่อยาชนิดต่าง ๆ ไม่เหมือนกัน ซึ่งแพทย์จะปรับยาให้เหมาะสมกับคนไข้แต่ละคน

### ความดันโลหิตสูงกับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม (อนันตโชติ วิมุกตะนันท์, 2558)

ภาวะความดันโลหิตสูงหลังการผ่าตัดเป็นสิ่งที่ยังพบได้บ่อยในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ถ้าผู้ป่วยยังคงมีความดันโลหิตสูง แม้ว่าจะได้รับการรักษาความปวดหลังการผ่าตัดอย่างเพียงพอแล้ว ควรหาสาเหตุให้การวินิจฉัยและรีบให้การรักษาอย่างทันที เพราะอาจทำให้เกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด หัวใจเต้นผิดจังหวะ โรคหลอดเลือดสมอง และเลือดออกหลังผ่าตัดได้ ควรให้ผู้ป่วยได้รับยาลดความดันโลหิตที่เคยได้รับอยู่เดิมเมื่อเริ่มให้ผู้ป่วยดื่มน้ำได้ อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติ เห็นความสำคัญของการรักษาโรคความดันโลหิตสูงอย่างต่อเนื่อง ไม่ควรหยุด ยาหรือพยายามรับประทานเองเพราะอาจควบคุมโรคไม่ได้และอาจเกิดโรคร้ายตามมาได้แก่ เส้นเลือดหัวใจตีบ ภาวะหัวใจวายหรือภาวะเส้นเลือดสมองแตก หลีกเลียงการรับประทานอาหารที่เสี่ยงต่อโรค ได้แก่ ลดอาหารเค็มหรือ อาหารที่มีโซเดียมมากเกินไป เช่น กะปิ น้ำปลา ของหมักดอง

### ภาวะโลหิตจาง (Anemia)

ภาวะโลหิตจาง (Anemia) หมายถึง การมีระดับฮีโมโกลบินต่ำกว่า 13 กรัมต่อเดซิลิตรในชาย หรือต่ำกว่า 11.5 กรัมต่อเดซิลิตรในหญิง พบได้ถึงร้อยละ 20-60 มากน้อยแตกต่างกันในผู้ป่วยมะเร็งแต่ละชนิด มะเร็งลำไส้ใหญ่พบมากถึงร้อยละ 60 ภาวะโลหิตจางนี้ทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเลวลง มีผลเสียต่อการรักษา จากการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนในระบบหัวใจและหลอดเลือดขณะผ่าตัดในผู้สูงอายุ ผลการศึกษาพบว่าปัจจัยด้านการสูญเสียเลือด (Blood loss) และภาวะที่มีโลหิตจาง (Anemia) ก่อนผ่าตัด มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะแทรกซ้อนในระบบหัวใจและหลอดเลือดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (มลฤดี มาลา, 2558)

### สาเหตุ ภาวะโลหิตจาง เกิดจาก 3 ปัจจัยหลัก ได้แก่ (รัตตพร วิชิตรชนิกร, 2566)

1. การสร้างเม็ดเลือดแดงและฮีโมโกลบินในร่างกายลดลง โดยมีสาเหตุจากการขาดสารอาหารที่จำเป็นต่อร่างกาย เช่น ธาตุเหล็ก วิตามินบี 12 วิตามินบี 9 หรือกรดโฟลิก, การตั้งครรภ์, โรคเรื้อรังที่ส่งผลต่อการสร้างเม็ดเลือดแดง โรคไขกระดูก

2. เม็ดเลือดแดงแตกและถูกทำลายเร็วกว่าปกติ โดยมีสาเหตุจากโรคเลือดทางพันธุกรรมหรือการติดเชื้อ เช่น ธาลัสซีเมีย โรคพร่องเอนไซม์จีซิกพีดี โรคเม็ดเลือดแดงรูปเคียว

3. การสูญเสียเม็ดเลือดแดงจากกระแสเลือด ซึ่งเป็นได้ทั้งการเสียเลือดแบบเฉียบพลัน ได้แก่ การตกเลือด การเกิดอุบัติเหตุ การผ่าตัด การคลอดบุตร หรือการเสียเลือดแบบเรื้อรัง ได้แก่ ประจำเดือนมามาก โรคหลอดเลือดโป่งพอง แผลในกระเพาะอาหาร ริดสีดวงทวาร มะเร็งลำไส้ใหญ่

### โรคโลหิตจางกับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม (วันวิสาข์ สินธุประสิทธิ์, 2566)

ผู้สูงอายุที่มีภาวะโลหิตจางก่อนผ่าตัด และการผ่าตัดกระดูกข้อสะโพกชนิดที่มีการหักของกระดูกที่เกิดภายนอกข้อ ทำให้มีการเสียเลือดระหว่างผ่าตัดมากได้ โดยภาวะโลหิตจางอาจทำให้เลือดไปเลี้ยงอวัยวะสำคัญลดลง และทำให้คนไข้ฟื้นตัวช้า ในผู้สูงอายุกลุ่มเปราะบางควรรักษาระดับความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดงฮีโมโกลบินที่ 9 กรัมต่อเดซิลิตร กรณีที่ผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อภาวะ Ischemic heart หรือมีอาการ/อาการแสดงของภาวะช็อค ควรรักษาระดับความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดงฮีโมโกลบินที่ 10 กรัมต่อเดซิลิตร และควรใช้เทคนิคอื่นเพื่อลดการเสียเลือดระหว่างผ่าตัด เช่น ลดระยะเวลาการผ่าตัด การบริหารยาโดยวิสัญญีแพทย์ หรือการให้เลือดทดแทน

### ระยะเวลาที่ดำเนินการ

ตั้งแต่วันที่ 7 กันยายน 2565 ถึงวันที่ 9 กันยายน 2565 รวมระยะเวลารับไว้ในการดูแล 3 วัน และการดูแลในห้องผ่าตัด วันที่ 8 กันยายน 2565 ตั้งแต่เวลา 11.05 น.–13.00 น. รวมระยะเวลาการดูแลในห้องผ่าตัด 1 ชั่วโมง 55 นาที

### การประเมินสภาพร่างกายตามระบบและผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่สำคัญ

**ข้อมูลทั่วไป** หญิงไทยอายุ 86 ปีรูปร่างสมส่วน น้ำหนัก 55 กิโลกรัม ส่วนสูง 156 เซนติเมตร  
ค่าดัชนีมวลกาย (Body Mass Index; BMI) 22.60 กิโลกรัมต่อตารางเมตร รู้สึกตัวดี  
ช่วยเหลือตนเองได้พอสมควร อ่อนเพลียเล็กน้อย

**สัญญาณชีพ** อุณหภูมิ 36.7 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 78 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 170/100 มิลลิเมตรปรอท ระดับความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด (Oxygen Saturation; SpO<sub>2</sub>) 100 เปอร์เซ็นต์

### ศีรษะ ใบหน้าและลำคอ

รูปร่างปกติ ไม่มีบาดแผล ตา หู จมูก ไม่มี Discharge สายตามองเห็นไม่ค่อนขัด สีเยื่อตาและตาขาวปกติ เปลือกตาซีดเล็กน้อย หูได้ยินชัดเจน ริมฝีปากแห้งไม่มีบาดแผลที่ศีรษะและใบหน้า ใบหน้าซีดเล็กน้อย ต่อมทอนซิลไม่โต คลำไม่พบต่อมน้ำเหลืองที่คอ สีหน้ามีความวิตกกังวล

### ระบบทางเดินหายใจและทรวงอก

หายใจเอง ทรวงอกขยายเท่ากันทั้งสองข้าง ฟังปอดไม่พบเสียงผิดปกติ ไม่มีหายใจลำบาก ไม่มีหายใจเสียงดัง

### ระบบหัวใจและหลอดเลือด

หัวใจเต้นสม่ำเสมอ ฟังไม่มีเสียงผิดปกติ ไม่เจ็บหน้าอก ไม่มีอาการบวมที่ใบหน้า ปลายมือปลายเท้า ไม่มีภาวะ cyanosis เส้นเลือดที่คอไม่โป่งพอง

### ระบบทางเดินอาหารและช่องท้อง

หน้าท้องราบ ท้องไม่อืดตึง คลำไม่พบก้อน ตับ ม้ามไม่โต เสียงการเคลื่อนไหวของลำไส้ปกติ ถ่ายอุจจาระปกติทุกวัน

### ระบบกล้ามเนื้อและกระดูก

ขาข้างขวากกล้ามเนื้อไม่ลีบ เคลื่อนไหวปกติ ขาข้างซ้าย on skin traction 2 กิโลกรัม

ระบบประสาท รู้สึกตัวดี พูดคุยรู้เรื่อง มุมปากไม่ตก ไม่มีอาการชาปลายมือ ปลายเท้า

### ระบบทางเดินปัสสาวะและอวัยวะสืบพันธุ์

ถ่ายปัสสาวะปกติ ไม่แสบขัด ปัสสาวะใส วิทยุหมดประจำเดือน ไม่มีเลือดออกทางช่องคลอด

### ผลการตรวจพิเศษ/ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

#### ผลการตรวจพิเศษ

1. Film X – RAY both hip Anterior-Posterior, Film X – RAY left hip lateral วันที่ 6 กันยายน 2565 ผลการตรวจ Closed Fracture Neck Left of Femur
2. Film X – RAY both hip Anterior-Posterior, Film X – RAY left hip lateral วันที่ 8 กันยายน 2565 ผลการตรวจปกติ
3. EKG วันที่ 6 กันยายน 2565 ผลการตรวจ มี Right bundle branch block ปรึกษาวิสัญญีแพทย์ สามารถทำผ่าตัดได้

#### ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

##### 1. Complete Blood Count วันที่ 6 กันยายน 2565

สิ่งส่งตรวจ	ค่าปกติ	หน่วย	ค่าที่ตรวจพบ	แปลผล
WBC	4.6-10.6	$10^3/UL$	7.9	ปกติ
Hct	37.0 – 54.0	%	29	ต่ำกว่าปกติ
HGB	11.0 – 16.0	g/ dl	9.7	ต่ำกว่าปกติ
MCV	80.0 – 100.0	fl	73.6	ต่ำกว่าปกติ
PLT	140 - 400	$10^3/UL$	235	ปกติ
Neutrophil	43.7 – 70.9	%	62.6	ปกติ
Lymphocyte	20.1 – 44.5	%	20	ต่ำเล็กน้อย
Monocyte	3.1 – 9.8	%	5	ปกติ
Eosinophil	0.7 – 9.2	%	9	ปกติ

การวิเคราะห์ผล ฮีมาโตคริต (Hct) และ ฮีโมโกลบิน (HGB) ต่ำกว่าปกติ แสดงถึง ผู้ป่วยมีภาวะซีดก่อนผ่าตัด เนื่องจากเป็นผู้สูงอายุ ขาดสารอาหาร เช่น วิตามินบี12, โฟลิก ร่วมกับการเกิดข้อสะโพกหักอาจทำให้สูญเสียเลือดได้ ส่วนค่า Lymphocyte ต่ำเล็กน้อย แสดงถึง ภาวะภูมิคุ้มกันร่างกายต่ำร่วมกับภาวะการขาดสารอาหาร ซึ่งปกติผู้ป่วยรับประทานอาหารได้น้อย

##### 2. Blood Urea Nitrogen (BUN), Creatinine, eGFR และ Electrolyte วันที่ 6 กันยายน 2565

Lab	ค่าปกติ	หน่วย	ค่าที่ตรวจพบ	แปลผล
BUN	8 - 20	mg/dl	13.1	ปกติ
Creatinine	0.55 – 1.02	mg/dl	0.68	ปกติ
eGFR(CKD-EPI)	90 – 120	ml/min/1.73 m <sup>2</sup>	79.46	ต่ำกว่าปกติ
Sodium	136.0 – 146.0	mmol/L	137.9	ปกติ
Potassium	3.5 – 5.0	mmol/L	3.54	ปกติ
Chloride	101 - 109	mmol/L	105.0	ปกติ
CO <sub>2</sub>	21 – 31	mmol/L	23.7	ปกติ
Anion gap	4 - 18	mmol/L	12.7	ปกติ

**การวิเคราะห์ผล** ผู้ป่วยมีค่าอัตราการกรองของไต (eGFR) ต่ำกว่าปกติ อยู่ในช่วงระหว่าง 60 ถึง 89 แสดงถึงสมรรถภาพการทำงานของไตลดลง อาจเกิดเนื่องจากผู้ป่วยเป็นผู้สูงอายุไตย่อมมีการเสื่อมสภาพตามอายุและเป็นโรคความดันโลหิตสูง ต้องรับประทานยาต่อเนื่องมาหลายปี ส่งผลกระทบต่อการทำงานของไต มีโอกาสทำให้เกิดภาวะไตเสื่อมได้

**การวินิจฉัยโรค** กระดูกคอข้อสะโพกข้างซ้ายหักแบบไม่มีแผล (Closed fracture neck of left femur)

**การผ่าตัด** ผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมข้างซ้ายโดยให้ยาระงับความรู้สึกเข้าทางไขสันหลัง  
(Bipolar hemiarthroplasty left femur under spinal block anesthesia)  
วันที่ 8 กันยายน 2565

### สรุปข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

#### ระยะก่อนผ่าตัด

1. ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวลเนื่องจากขาดความรู้เรื่องโรค การผ่าตัด การปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด
2. มีโอกาสงดหรือเลื่อนผ่าตัดจากภาวะโรคร่วมความดันโลหิตสูงและซีด

#### ระยะขณะผ่าตัด

3. มีโอกาสเกิดความผิดพลาด จากการระบุตัวผู้ป่วย ชนิดของอวัยวะและข้างที่ทำผ่าตัด
4. เสี่ยงต่อการบาดเจ็บต่อเส้นประสาทและเกิดแผลกดทับบริเวณแขน ขา จากการจัดท่าผู้ป่วยในขณะผ่าตัด

5. เสี่ยงต่อภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำกว่าปกติ
6. เสี่ยงต่อการเกิดภาวะไตวายเฉียบพลันจากการสูญเสียเลือดขณะผ่าตัดเนื่องจากผู้ป่วยมีภาวะซีด
7. เสี่ยงต่อการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อจากการใช้เครื่องมือไฟฟ้า
8. เสี่ยงต่อการเกิดอันตรายต่อเป้าสะโพก เส้นประสาท และ เส้นเลือดฉีกขาดขณะผ่าตัด

#### ระยะหลังผ่าตัด

9. ผู้ป่วยไม่สุขสบายจากปวดแผลผ่าตัด
10. มีโอกาสเกิดลิ่มเลือด (Hematoma) ในแผลผ่าตัด
11. มีโอกาสเกิดภาวะข้อสะโพกเทียมเคลื่อน หรือหลุดไปด้านหลัง
12. เสี่ยงต่อการติดเชื้อแผลผ่าตัด
13. ผู้ป่วยและญาติขาดความรู้ความเข้าใจในการดูแลตนเองและแผนการรักษาต่อเนื่องที่บ้าน

#### ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลระยะก่อนผ่าตัด

**ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 1** ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวลเนื่องจากขาดความรู้เรื่องโรค การผ่าตัด และการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด

- ข้อมูลสนับสนุน**
1. ผู้ป่วยมีสีหน้าวิตกกังวลไม่สดชื่น และไม่เคยรับการผ่าตัดมาก่อน
  2. ผู้ป่วยและญาติถามว่า หลังผ่าตัดจะสามารถเดินได้หรือไม่ และถามว่าขณะผ่าตัดจะรู้สึกเจ็บหรือไม่
  3. ญาติถามว่า ผู้ป่วยจะปลอดภัยจากการผ่าตัดหรือไม่
  4. ผู้ป่วยไม่สามารถตอบได้ เมื่อมีการสอบถามถึงวิธีการปฏิบัติตัว ก่อนและหลังการผ่าตัด



- วัตถุประสงค์**
1. ลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยและญาติ
  2. เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับภาวะกระดูกหัก
  3. เพื่อให้ผู้ป่วยทราบถึง วิธีการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัดได้ถูกต้องเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน
  4. เพื่อให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจในแนวทางการรักษาของแพทย์

**เกณฑ์การประเมินผล**

1. ผู้ป่วยมีสีหน้าแจ่มใสคลายความวิตกกังวล
2. ผู้ป่วยและญาติมีความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับภาวะกระดูกหักพอสังเขปและสามารถตอบคำถามได้
3. ผู้ป่วยสามารถบอกวิธีการปฏิบัติตัว ก่อนและหลังผ่าตัดได้ถูกต้อง
4. ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตัวได้ถูกต้องก่อนผ่าตัด
5. ผู้ป่วยยอมรับ ให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาลและลงนามในใบยินยอมผ่าตัด

**กิจกรรมการพยาบาล**

1. แนะนำตัวเองให้ผู้ป่วยทราบ แจ้งวัตถุประสงค์ในการเยี่ยม สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยด้วยท่าทีสุภาพ อ่อนโยน

2. อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจเกี่ยวกับโรคและแผนการรักษาของแพทย์ เนื่องจากผู้ป่วยมีกระดูกหักบริเวณข้อสะโพก จำเป็นต้องรักษาโดยการผ่าตัดจึงสามารถเดินได้ หากไม่ผ่าตัดผู้ป่วยจะไม่สามารถเดินได้และอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนตามมาจากการนอนนาน เช่น การเกิดแผลกดทับ ข้อติด ปวดบวม กล้ามเนื้อลีบ เป็นต้น

3. ให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัดให้ผู้ป่วยทราบ

3.1 การปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัด

- เตรียมความสะอาดของร่างกาย อาบน้ำ สระผม ตัดเล็บ ดูแลความสะอาดในช่องปากและฟัน
- ถอดเครื่องประดับต่าง ๆ ที่จะป็นสื่อในการนำไฟฟ้า เนื่องจากมีการใช้เครื่องจี้ไฟฟ้าขณะผ่าตัด

ในการช่วยห้ามเลือด

- งดน้ำ งดอาหารหลังเที่ยงคืน ในการให้ยาระงับความรู้สึกทางไขสันหลัง อาจสำลักเศษอาหารหรือน้ำเข้าไปในปอด เป็นอันตรายถึงแก่ชีวิตได้ หากไม่ปฏิบัติตามอย่างเคร่งครัด อาจจะต้องเลื่อนการผ่าตัดออกไปจนครบเวลาการงดน้ำ-อาหาร 6 – 8 ชั่วโมงก่อนผ่าตัด

3.2 การปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด

- หายใจ เข้า – ออก ยาว ๆ ลึก ๆ ช้า ๆ เพื่อป้องกันภาวะปอดแฟบจากการนอนนาน ๆ หลังผ่าตัด

- การเคลื่อนไหวร่างกายภายหลังการผ่าตัด เช่น การพลิกตะแคงตัว การลุกนั่งโดยเร็วจะช่วยให้การไหลเวียนโลหิตดีไม่มีแผลกดทับ ถ้าใส่เคลื่อนไหวดี และไม่มีปัญหาท้องอืด

- สอนให้บริหารร่างกาย และกล้ามเนื้อรอบสะโพกเพิ่มการไหลเวียนของเลือดไปบริเวณขาและเท้า และป้องกันการเกิดก้อนเลือดอุดตัน ช่วยเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ และการเคลื่อนไหวของข้อสะโพก การบริหารจะช่วยให้ร่างกายฟื้นตัวได้เร็วขึ้นและลดอาการปวด หลังจากการผ่าตัด

- การดูแลแผลผ่าตัดและท่อระบาย การคาสายสวนปัสสาวะและการปฏิบัติตนขณะคาสายสวนปัสสาวะ

4. อธิบายให้ทราบถึงวิธีการผ่าตัดพอสังเขป โดยการผ่าตัดเพื่อเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม หลังผ่าตัดจะต้องนอนพัก รักษาในโรงพยาบาลประมาณ 1 สัปดาห์



5. สิ่งที่ต้องผู้ป่วยจะต้องพบในขณะที่ผ่าตัด ระหว่างให้ยาระงับความรู้สึก และภายหลังผ่าตัด
  - การให้ยาระงับความรู้สึก โดยวิธีการให้ยาระงับความรู้สึกทางไขสันหลัง ทำให้ผู้ป่วยขาตั้งแต่เอวจนถึงปลายเท้า ไม่เกิดความรู้สึกเจ็บปวดระหว่างการผ่าตัด ประมาณ 2 – 3 ชั่วโมง
  - ภายหลังการผ่าตัด ผู้ป่วยจะนอนสังเกตอาการในห้องพักฟื้น เพื่อสังเกตอาการผิดปกติ และภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นในระยะแรกของการผ่าตัด เมื่อสัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ มีอาการปลอดภัย จึงย้ายกลับหอผู้ป่วย โดยจะใช้เวลา 1 ชั่วโมง
6. พุดคุยให้กำลังใจโดยบอกว่าผู้ป่วยจะได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดตลอดระยะเวลาผ่าตัดจากแพทย์ วิสัญญีพยาบาล และพยาบาลห้องผ่าตัด
7. เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย และรับฟังด้วยท่าทีที่สนใจ

#### การประเมินผล

ผู้ป่วยและญาติบอกว่ามีความสบายใจมากขึ้น มีสีหน้าแจ่มใสขึ้น ให้ผู้ป่วยทบทวนการปฏิบัติตัวที่ได้ให้คำแนะนำ สามารถตอบได้อย่างถูกต้อง ปฏิบัติตัวได้ถูกต้องก่อนผ่าตัด ผู้ป่วยและญาติมีความมั่นใจในการเข้ารับการผ่าตัดและให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาลเป็นอย่างดี

**ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 2** มีโอกาสสงัดหรือเลื่อนผ่าตัดจากภาวะโรคร่วมความดันโลหิตสูงและซีด

**ข้อมูลสนับสนุน** 1. ผู้ป่วยมีโรคประจำตัว คือโรคความดันโลหิตสูงมา 4 ปี ในช่วงก่อนผ่าตัดค่าความดันโลหิต 160/90-170/100 มิลลิเมตรปรอท

2. มีภาวะซีด ฮีมาโตคริต แร่รับวันที่ 6 กันยายน 2565 เท่ากับ 29 เปอร์เซ็นต์

**วัตถุประสงค์** เพื่อให้ผู้ป่วยมีความพร้อมในการผ่าตัด และได้รับการผ่าตัดตรงตามเวลากำหนด

#### เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดตามกำหนดเวลานัดหมาย
2. ความดันโลหิตไม่เกิน 180/110 มิลลิเมตรปรอท
3. ค่าฮีโมโกลบิน มากกว่า 10 กรัมต่อเดซิลิตร หรือค่าฮีมาโตคริตมากกว่า 30 เปอร์เซ็นต์

#### กิจกรรมการพยาบาล

1. ประสานพยาบาลหอผู้ป่วยเพื่อติดตามค่าความดันโลหิต ค่าฮีมาโตคริต ของผู้ป่วยเพื่อให้มีความพร้อมรับการผ่าตัด
2. ตรวจสอบการรับประทานยา Amlodipine 5 มิลลิกรัม 1 เม็ด และตรวจประเมินค่าความดันโลหิตหลังรับประทานยา ก่อนมาห้องผ่าตัด
3. ตรวจสอบการได้รับเลือด 1 ยูนิตทางเส้นเลือดดำและประเมินค่าฮีมาโตคริตหลังได้รับเลือดตามแผนการรักษาของแพทย์
4. ตรวจสอบการเตรียมเลือด Pack Red cell หมู่กรุ๊ป B 2 ยูนิต สำหรับการผ่าตัด

#### การประเมินผล

ผู้ป่วยมีความพร้อมผ่าตัด ได้รับการผ่าตัดตรงตามเวลานัดหมาย วันที่ 7 กันยายน 2565 ได้รับ Pack Red Cell 1 ยูนิต ค่าฮีมาโตคริตหลังให้เลือด 33 เปอร์เซ็นต์ วันที่ 8 กันยายน 2565 ก่อนมาห้องผ่าตัดได้รับประทานยา Amlodipine 5 มิลลิกรัม 1 เม็ด ดื่มน้ำไม่เกิน 30 ซีซี ค่าความดันโลหิต 140/80 มิลลิเมตรปรอท มีการเตรียม Pack Red cell หมู่กรุ๊ป B 2 ยูนิต มาพร้อมผู้ป่วย เริ่มผ่าตัดเวลา 11.25 น. ถึง 12.50 น. รวมใช้เวลาผ่าตัด 1 ชั่วโมง 25 นาที

### ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลระยะขณะผ่าตัด

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 3 มีโอกาสเกิดความผิดพลาดจากการระบุตัวผู้ป่วย ชนิดของอวัยวะ และข้างที่ทำผ่าตัด

**ข้อมูลสนับสนุน** 1 ผู้ป่วยได้รับการตรวจวินิจฉัยว่ากระดูกคอข้อสะโพกข้างซ้ายหัก เข้ารับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมข้างซ้าย

2. วันที่ผู้ป่วยผ่าตัด เปิดบริการห้องผ่าตัดทั้งหมด 8 ห้องในเวลาราชการ มีผู้ป่วยรายอื่นของแต่ละแผนกรวม 35 รายเข้ารับบริการผ่าตัดวันเดียวกัน

**วัตถุประสงค์** ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดถูกต้องบุคคล ชนิด และข้างที่ทำผ่าตัด

### เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยยืนยันตัวตนตรงตามป้ายข้อมือ เวชระเบียนและตารางรับนัดผ่าตัด
2. พยาบาลหอผู้ป่วยมีการทำเครื่องหมายบนตัวผู้ป่วยตรงตำแหน่งที่จะผ่าตัด
3. ผู้ป่วยได้รับการยืนยันความถูกต้องจากทีมผ่าตัดเป็นไปในทิศทางเดียวกัน

### กิจกรรมการพยาบาล

1. รับผู้ป่วยเข้าห้องผ่าตัดโดยสอบถามชื่อ-สกุล อายุ การตรวจสอบป้ายข้อมือ ใบเซ็นยินยอมผ่าตัด การวินิจฉัยและการสั่งการรักษาของแพทย์ ผลการ X-Ray และตารางผ่าตัดว่าตรงกันหรือไม่

2. ตรวจสอบว่ามีการทำเครื่องหมายแสดงตำแหน่งผ่าตัดบนร่างกายผู้ป่วยโดยพยาบาลหอผู้ป่วย ได้ถูกต้องตรงกับการวินิจฉัย และตารางการรับนัดผ่าตัดหรือไม่

3. แขนงป้ายแสดงหมายเลขห้องผ่าตัด ให้พนักงานเปลเคลื่อนย้ายผู้ป่วยเข้าห้องผ่าตัดได้ถูกต้อง

4. รับผู้ป่วยเข้าห้องผ่าตัดคัดลยกรรมาอร์โรปิติกส์ โดยตรวจสอบความถูกต้องตามแบบบันทึกการดูแลผู้ป่วยก่อนให้ยาระงับความรู้สึก (Sign in) ร่วมกับวิสัญญีพยาบาล วิสัญญีแพทย์ ก่อนให้ยาระงับความรู้สึก โดยยืนยันความถูกต้องของชื่อ - สกุลผู้ป่วย ชนิดของอวัยวะและข้างที่ทำผ่าตัด ใบเซ็นยินยอมผ่าตัด ประวัติการแพ้ยา การเตรียมเลือดและสารน้ำที่จะให้ทดแทน

5. ตรวจสอบรายการตามแบบบันทึกการดูแลผู้ป่วยก่อนลงมีดผ่าตัด (Time out) ร่วมกับวิสัญญีพยาบาล วิสัญญีแพทย์ และศัลยแพทย์ ตรวจสอบความถูกต้องของตัวบุคคล ชนิดของอวัยวะและข้างที่ทำผ่าตัด อุปกรณ์ที่ต้องใช้เพิ่มเติม ดิจภาพรังสีที่ต้องใช้ขณะผ่าตัด โดยสมาชิกในทีมผ่าตัดทุกคนมีการแนะนำชื่อและบทบาทของตนเอง กล่าวยืนยันชื่อ - นามสกุลผู้ป่วย ชนิดของการผ่าตัด ตำแหน่งที่จะผ่าตัด การให้ยาปฏิชีวนะก่อนลงมีด

### การประเมินผล

ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมข้างซ้าย ถูกคน ถูกชนิด และถูกข้างที่ทำผ่าตัด เอกสารต่าง ๆ ได้แก่ ใบเซ็นยินยอมผ่าตัด การวินิจฉัยและการสั่งการรักษาของแพทย์ ผลการ X-Ray ผลการส่งตรวจทางพยาธิวิทยา ตรงกับชื่อ-สกุลผู้ป่วย และตารางผ่าตัด พยาบาลหอผู้ป่วยมีการทำเครื่องหมายแสดงตำแหน่งผ่าตัดที่บริเวณต้นขาข้างซ้ายของผู้ป่วย มีการทำ Sign in ก่อนให้ยาระงับความรู้สึก และ Time out ก่อนลงมีดผ่าตัดจากทีมผ่าตัดได้ตรงกัน

**ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 4** เสี่ยงต่อการบาดเจ็บต่อเส้นประสาทและเกิดแผลกดทับบริเวณแขน ขา จากการจัดทำผู้ป่วย ในขณะที่ทำผ่าตัด

**ข้อมูลสนับสนุน** 1. ขณะผ่าตัดได้รับยาระงับความรู้สึกแบบชนิดยาชาเข้าไขสันหลัง ไม่สามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้ การผ่าตัดใช้เวลา 1 ชั่วโมง 25 นาที

2. การผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม ต้องจัดทำนอนตะแคงข้างที่ผ่าตัดขึ้นด้านบน

**วัตถุประสงค์** เพื่อป้องกันการบาดเจ็บต่อเส้นประสาทและเกิดแผลกดทับบริเวณแขน ขาจากการจัดทำผ่าตัด

#### เกณฑ์การประเมินผล

1. สิ้นสุดการผ่าตัด ผู้ป่วยไม่มีการบาดเจ็บที่บริเวณหลัง หัวเข่า หรือข้อเท้า ไม่พบรอยกดทับ รอยแดง บริเวณผิวหนังและปุ่มกระดูก

2. ผู้ป่วยสามารถขยับแขนขาได้ตามปกติเมื่อหมดฤทธิ์ยาระงับความรู้สึก

#### กิจกรรมการพยาบาล

1. จัดทำผ่าตัดในท่านอนตะแคงขวา โดยพยาบาล 2 คน และผู้ช่วยเหลือคนไข้ 1 คน ร่วมกับแพทย์ผ่าตัด ด้วยความนุ่มนวล ค่อย ๆ ตะแคงตัวผู้ป่วยด้วยความระมัดระวัง ไม่รัดแขนและลำตัวแน่น เกินไป ไม่กางแขนเกิน 90 องศาให้นอนกอดหมอนโดยให้หัวไหล่และแขนข้างซ้ายอยู่ในตำแหน่งที่เหมาะสม ไม่ต่ำหรือสูงเกินไป ใช้อุปกรณ์ค้ำยันบริเวณลำตัวด้านหน้าตรงตำแหน่งกระดูกหัวเหน่า และบริเวณลำตัวด้านหลังตรงบริเวณเหนือกระดูกก้นกบ เพื่อให้ตำแหน่งผ่าตัดอยู่นิ่ง แพทย์สามารถทำผ่าตัดได้สะดวก

2. ใช้ Silicone support รองบริเวณลำตัว ข้อเข่า และข้อเท้าของผู้ป่วยป้องกันการบาดเจ็บจากการกดทับ

3. ขณะทำผ่าตัด ไม่วางเครื่องมือและอุปกรณ์ผ่าตัดกดทับบริเวณลำตัว แขนขา ของผู้ป่วย

4. เมื่อสิ้นสุดการผ่าตัด คลายที่รัดตัวและที่ Support ลำตัว ทีมผ่าตัดร่วมกันจัดทำผู้ป่วยให้นอนหงายด้วยความนุ่มนวล

5. หลังผ่าตัดสังเกตรอยแดง รอยกดทับ บริเวณแขน ขาของผู้ป่วย สอบถามถึงอาการปวดหรือขาบริเวณแขนทั้งสองข้าง และขาเมื่อผู้ป่วยไม่มีอาการจากฤทธิ์ยาระงับความรู้สึกแล้ว

#### การประเมินผล

ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการจัดทำ ผู้ป่วยไม่มีการบาดเจ็บที่บริเวณ หลัง หัวเข่า หรือข้อเท้า ไม่พบรอยกดทับ รอยแดงบริเวณผิวหนังและปุ่มกระดูก ผู้ป่วยสามารถขยับแขนขาได้ตามปกติ

**ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 5** เสี่ยงต่อภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำกว่าปกติ

**ข้อมูลสนับสนุน** 1. อุณหภูมิในห้องผ่าตัด 19 องศาเซลเซียส

2. การผ่าตัดใช้เวลา 1 ชั่วโมง 25 นาที

3. ผู้ป่วยเป็นผู้สูงอายุ (86 ปี) ร่างกายจะสูญเสียความร้อนได้ง่าย

**วัตถุประสงค์** 1. ป้องกันการเกิดภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำ

2. ผู้ป่วยได้รับความสุขสบาย



### เกณฑ์การประเมินผล

1. อุณหภูมิร่างกายผู้ป่วยไม่น้อยกว่า 36.0 องศาเซลเซียส
2. ไม่มีอาการหนาวสั่น

### กิจกรรมการพยาบาล

1. ห่อผ้าคลุมตัวผู้ป่วยให้ความอบอุ่นตั้งแต่แรกรับเข้าห้องผ่าตัด
2. ไม่เปิดเผยร่างกายผู้ป่วยเกินความจำเป็น
3. ใช้น้ำเกลือที่อุ่นในการล้างแผลขณะผ่าตัด
4. ใช้เครื่องเป่าลมร้อนคลุมบริเวณหน้าอก แขนสองข้าง
5. ปรับอุณหภูมิห้องให้เหมาะสม 23 องศาเซลเซียส ประเมินอุณหภูมิร่างกายผู้ป่วยทุก 15 นาที

### การประเมินผล

อุณหภูมิร่างกายมากกว่า 37.0 องศาเซลเซียส ผู้ป่วยไม่มีอาการหนาวสั่น ปลายมือปลายเท้าไม่ซีด ไม่เย็น

**ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 6** เสี่ยงต่อการเกิดภาวะไตวายเฉียบพลันจากการสูญเสียเลือดขณะผ่าตัด เนื่องจากผู้ป่วยมีภาวะซีด

**ข้อมูลสนับสนุน** 1. ในการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมมีการตัดผ่านกล้ามเนื้อบริเวณข้อสะโพกมีความเสี่ยงต่อการบาดเจ็บต่อเส้นเลือด

2. ผู้ป่วยมีภาวะซีด ค่าฮีมาโตคริตก่อนผ่าตัด เท่ากับ 29 เปอร์เซ็นต์ ได้รับ Pack Red Cell 1 ยูนิต ฮีมาโตคริตหลังให้เลือด 33 เปอร์เซ็นต์
3. ค่า eGFR(CKD-EPI) 79.46 ml/min/1.73 m<sup>2</sup>

**วัตถุประสงค์** ป้องกันภาวะไตวายเฉียบพลัน

### เกณฑ์การประเมินผล

1. เสียเลือดจากการผ่าตัดน้อยกว่า 500 มิลลิลิตร
2. ความดันโลหิตไม่ต่ำกว่า 90/60 มิลลิเมตรปรอท หรือความดันโลหิตลดลงไม่เกิน 20 เปอร์เซ็นต์ จากความดันโลหิตเดิม
3. Hematocrit มากกว่า 30 เปอร์เซ็นต์
4. จำนวนปัสสาวะออกมากกว่า 27.5 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง (0.5 มิลลิลิตร/กิโลกรัม/ชั่วโมง)

### กิจกรรมการพยาบาล

1. ตรวจสอบค่าฮีมาโตคริตก่อนทำผ่าตัด การจ้องเลือด
2. เตรียมเครื่องจีไฟฟ้า เครื่องจีห้ามเลือดและตัดเนื้อเยื่อด้วยคลื่นความถี่สูง เครื่องดูดสารเหลวให้อยู่ในสภาพพร้อมใช้งาน
3. ประสานงานกับวิสัญญีพยาบาล/วิสัญญีแพทย์ในการเตรียมเลือดและสารน้ำทางหลอดเลือดดำให้พร้อม
4. พยาบาลส่งเครื่องมือเตรียมความพร้อมของเครื่องมืออุปกรณ์ผ่าตัดให้เพียงพอ และอยู่ในสภาพพร้อมใช้งาน
5. พยาบาลช่วยผ่าตัด ใช้เครื่องมือช่วยถ่างขยายบริเวณผ่าตัด ให้แพทย์มองเห็นตำแหน่งผ่าตัดได้ชัดเจน

6. ร่วมประเมินการสูญเสียเลือดขณะผ่าตัดจากสัญญาณชีพผู้ป่วย ปริมาณน้ำปัสสาวะ ปริมาณเลือดในขวดดูดสารเหลว (suction) แจ้งให้วิสัญญีพยาบาลทราบทุกครั้งเมื่อมีการใช้ Normal saline ล้างในโพรงกระดูกและจัดบันทึกปริมาณน้ำที่ใช้

#### การประเมินผล

เสียเลือดจากการผ่าตัด 100 ซีซี ความดันโลหิตอยู่ในช่วง 120/ 70-140/ 80 มิลลิเมตรปรอท ฮีมาโตคริตขณะผ่าตัด 32 เปอร์เซ็นต์ ปัสสาวะออกในถุงรองรับปัสสาวะ 200 ซีซี สีเหลืองใส

**ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 7** เสี่ยงต่อการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อจากการใช้เครื่องจีไฟฟ้า

**ข้อมูลสนับสนุน** มีการใช้เครื่องจีและตัดด้วยไฟฟ้าตลอดระยะเวลาในการทำผ่าตัด

**วัตถุประสงค์** ป้องกันการบาดเจ็บจากการใช้เครื่องจีไฟฟ้า

#### เกณฑ์การประเมินผล

1. เครื่องจีไฟฟ้าอยู่ในสภาพพร้อมใช้งานและไม่พบปัญหา ขณะใช้งาน
2. ผิวหนังบริเวณที่ติดแผ่นลือ บริเวณกันและแผ่นหลังไม่มีผื่นแดงหรือผิวหนังไหม้พุพอง

#### กิจกรรมการพยาบาล

1. ตรวจสอบความพร้อมใช้งานของเครื่องจีไฟฟ้า
2. เลือกชนิดของลือนำไฟฟ้าให้เหมาะสมกับผู้ป่วย ติดลือนำไฟฟ้าให้เต็มแผ่น ให้สัมผัสกับผิวหนังที่แห้งบริเวณกล้ามเนื้อขนาดใหญ่ที่ไม่มีขน ติดให้ใกล้บริเวณผ่าตัดมากที่สุด หลีกเลี่ยงบริเวณที่อาจมีโอกาสเปียงขึ้นขณะผ่าตัด
3. ก่อนใช้งานปุ่มปรับระดับต้องอยู่ที่ระดับ 0 เสมอ ปรับขนาดการตั้งค่ากำลังไฟฟ้าของการจีและตัดให้เหมาะสมกับตัวผู้ป่วยและชนิดของการผ่าตัด
4. ตรวจสอบร่างกายผู้ป่วยว่าไม่ได้สัมผัสกับลือโลหะรอบตัวและได้ถอดเครื่องประดับหรืออุปกรณ์ที่นำไฟฟ้าออกจากร่างกาย
5. เมื่อได้ยินเสียงสัญญาณเตือนของเครื่อง ต้องตรวจสอบเครื่องจีไฟฟ้า ตัวผู้ป่วยบริเวณที่ติดลือนำไฟฟ้าทันที เพื่อหาสาเหตุและให้การแก้ไข
6. ปิดเครื่องจีไฟฟ้าทันทีเมื่อเสร็จผ่าตัด
7. การตรวจสอบการบาดเจ็บของผิวหนัง ได้แก่ ผื่นแดง ผิวหนังไหม้บริเวณที่ติดลือนำไฟฟ้าร่างกายผู้ป่วย หลังการผ่าตัดและเมื่อติดตามเยี่ยมในหอผู้ป่วย

#### การประเมินผล

เครื่องจีไฟฟ้าอยู่ในสภาพพร้อมใช้งานและไม่พบปัญหา ขณะใช้งาน หลังผ่าตัดผิวหนังผู้ป่วยไม่มีผื่นแดง และไม่มีรอยไหม้

**ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 8** เสี่ยงต่อการเกิดอันตรายต่อประสาท และ เส้นเลือดฉีกขาดขณะผ่าตัด

#### ข้อมูลสนับสนุน

1. ขั้นตอนการทำผ่าตัด มีโอกาสเกิดกระดูกแตกหัก หรือ เกิดความเสียหายต่อประสาทเพิ่มขึ้น รวมถึงการฉีกขาดของเส้นเลือด และเส้นประสาท
2. ผู้ป่วยสูงอายุ มีอัตราการเสื่อมของกระดูกมากขึ้นตามอายุ ทำให้กระดูกเปราะบางขึ้น มีโอกาสแตกหักง่ายขณะผ่าตัด

**วัตถุประสงค์** เพื่อป้องกันการเกิดอันตรายต่อเข้าสู่โพรง เส้นประสาท และเส้นเลือดฉีกขาด  
**เกณฑ์การประเมินผล**

1. ไม่พบการบาดเจ็บต่อเข้าสู่โพรงผิวหนังบริเวณที่ติดแผ่นสื่อนี้ บริเวณก้นและแผ่นหลังไม่มีผื่นแดงหรือผิวหนังไหม้พุพอง ไม่พบภาวะเส้นเลือดฉีกขาด ไม่พบการบาดเจ็บต่อเส้นประสาท
2. เสียเลือดขณะผ่าตัดน้อยกว่า 300 มิลลิลิตร
3. อัตราการเต้นของหัวใจ 60-100 ครั้ง/ นาที อัตราการหายใจ 18-22 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 100/ 60-140/90 มิลลิเมตรปรอท ความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด (SpO<sub>2</sub>) มากกว่าหรือเท่ากับ 95 เปอร์เซ็นต์

#### **กิจกรรมการพยาบาล**

1. จัดเตรียมเครื่องมือสำหรับผ่าตัดอย่างครบถ้วน มีความพร้อมใช้งาน เพื่อให้แพทย์ทำผ่าตัดได้รวดเร็วและมีประสิทธิภาพ
2. พยาบาลส่งเครื่องมือต้องใช้ความระมัดระวังในการส่งเครื่องมือ และทวนซ้ำทุกครั้งก่อนส่ง เลื่อยตัดกระดูกและเครื่องมือที่เกี่ยวข้องกับการเจาะตัดกระดูก
3. พยาบาลช่วยผ่าตัดต้องใช้เครื่องมือช่วยถ่างขยายแผลให้แพทย์มองเห็นตำแหน่งที่จะผ่าตัดได้ชัดเจน ป้องกันไม่ให้มีเส้นเลือด เส้นประสาทหรือเนื้อเยื่อต่าง ๆ เข้ามาอยู่ในบริเวณที่แพทย์เจาะตัดกระดูก
4. มีการประเมินร่วมกับวิสัญญีพยาบาลเกี่ยวกับ การสูญเสียเลือด และตรวจวัดสัญญาณชีพทุก 5 นาที เพื่อประเมินความผิดปกติ หากพบความดันโลหิตต่ำกว่า 100/ 60 มิลลิเมตรปรอท หรือชีพจรมากกว่า 100 ครั้งต่อนาที ต้องแจ้งให้ศัลยแพทย์ทราบทันที

#### **การประเมินผล**

ไม่พบการบาดเจ็บต่อเข้าสู่โพรงผิวหนังบริเวณที่ติดแผ่นสื่อนี้ บริเวณก้นและแผ่นหลังไม่มีผื่นแดงหรือผิวหนังไหม้พุพอง ไม่พบภาวะเส้นเลือดฉีกขาด ไม่พบการบาดเจ็บต่อเส้นประสาท เสียเลือดระหว่างทำผ่าตัด 100 มิลลิลิตร สัญญาณชีพขณะผ่าตัด อัตราการเต้นของหัวใจอยู่ในช่วง 60-80 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจอยู่ในช่วง 18-22 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิตอยู่ในช่วง 120/ 70 – 140/ 80 มิลลิเมตรปรอท SpO<sub>2</sub> 99-100%

#### **ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลระยะหลังผ่าตัด**

**ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 9** ผู้ป่วยไม่สุขสบายจากปวดแผลผ่าตัด

**ข้อมูลสนับสนุน** 1. ผู้ป่วยสีหน้าไม่สุขสบาย บ่นปวดแผลผ่าตัด

2. ระดับความปวดหลังผ่าตัด (pain score) เท่ากับ 7-8 คะแนน

**วัตถุประสงค์** เพื่อบรรเทาอาการปวดแผลผ่าตัด และผู้ป่วยพักผ่อนได้

#### **เกณฑ์การประเมินผล**

1. ผู้ป่วยสามารถนอนพักผ่อนได้วันละ 6-8 ชั่วโมง
2. ประเมินระดับความปวด (pain score) น้อยกว่า 3



### กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินระดับความปวด พุดคุย สังเกตอาการแสดงของอาการปวดว่ามีเพียงใด
2. จัดทำนอนให้ผู้ป่วยรู้สึกสบาย โดยปรับหัวเตียงให้สูงเล็กน้อย แนะนำช่วยเหลือในการจัดวางท่อระบายจากแผลผ่าตัด ไม่ให้ตั้งรับขณะผู้ป่วยเคลื่อนไหว
3. ให้การพยาบาลด้วยความนุ่มนวล ปลอดภัยให้กำลังใจ พร้อมทั้งอธิบายให้ผู้ป่วยทราบถึงสาเหตุของการปวดแผล
4. ประสานพยาบาลประจำหอผู้ป่วยในการให้ยาแก้ปวด Morphine 3 มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำ ทุก 4 ชั่วโมง เวลาปวด และ ยา Tramadol 50 มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำ ทุก 6 ชั่วโมง ตามแผนการรักษาของแพทย์ และการเฝ้าระวังอาการข้างเคียงหลังได้รับยา เช่น คลื่นไส้ อาเจียน เวียนศีรษะ หน้ามืด มึนงง หัวใจเต้นช้า ความดันโลหิตลดลง

### การประเมินผล

ผู้ป่วยสีหน้าแจ่มใสขึ้น นอนหลับพักผ่อนได้ 6-7 ชั่วโมงต่อวัน ประเมินระดับความปวด (pain score) เท่ากับ 2-3 คะแนน

**ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 10** มีโอกาสเกิดลิ่มเลือด (Hematoma) ในแผลผ่าตัด

**ข้อมูลสนับสนุน** ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม แพทย์ใส่ Radivac drain

**วัตถุประสงค์** เพื่อป้องกันการเกิดลิ่มเลือดในแผลผ่าตัด

### เกณฑ์การประเมินผล

1. แผลผ่าตัดไม่มีอาการบวมตึง
2. การทำงานของ Radivac drain ทำงานได้ดีไม่มีการอุดตัน
3. ผู้ป่วยและญาติตอบคำถามการดูแลท่อระบาย และปฏิบัติได้ถูกต้อง

### กิจกรรมการพยาบาล

1. ตรวจสอบสาย Radivac อยู่ในตำแหน่งที่ถูกต้องและติดแน่น สังเกตการเลื่อนหลุด รั่วซึม หรืออุดตันของสายระบาย
2. ตรวจสอบการทำงานของ Radivac drain สายไม่หัก พับ งอ ไม่ clamp สาย ขวดต้องเป็นสุญญากาศเสมอ สังเกตที่จุกยางบนฝาขวดจะหด ถ้าจุกยางยืดออกแสดงว่าไม่เป็นสุญญากาศ จะไม่สามารถดูดเลือดหรือสารคัดหลั่งออกมาจากในแผลได้
3. ประเมินลักษณะแผลผ่าตัด ถ้ามีการบวมตึง ลักษณะเป็นก้อนแข็ง ต้องรายงานแพทย์ทันที
4. อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติทราบถึงวัตถุประสงค์ของการใส่สายระบาย เพื่อช่วยระบายเลือดหรือสารคัดหลั่งที่อยู่ในแผล ป้องกันการเกิดลิ่มเลือดในแผลผ่าตัดซึ่งจะช่วยทำให้แผลผ่าตัดหายเร็วขึ้นและช่วยลดการติดเชื้อของแผลผ่าตัด
6. ให้คำแนะนำเรื่องการดูแลสายและท่อระบายแก่ผู้ป่วยและญาติ โดยระวังไม่ให้สายระบายหัก พับ งอ และให้เป็นสุญญากาศอยู่เสมอ

### การประเมินผล

แผลผ่าตัดไม่บวมตึง แผลแห้งดี การทำงานของ Radivac drain ไม่มีการอุดตัน วันแรกหลังผ่าตัดมี Content 40 มิลลิลิตร ผู้ป่วยและญาติตอบคำถามการดูแลท่อระบาย และปฏิบัติได้ถูกต้อง

**ข้อวินิจฉัยทางการแพทย์พยาบาลที่ 11** มีโอกาสเกิดภาวะข้อสะโพกเทียมเคลื่อน หรือหลุดไปด้านหลัง

**ข้อมูลสนับสนุน** สอบถามผู้ป่วยไม่ทราบวิธีปฏิบัติตัวหลังการทำผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม

- วัตถุประสงค์**
1. ป้องกันภาวะข้อสะโพกเทียมเคลื่อนหรือหลุดไปด้านหลัง
  2. ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง

**เกณฑ์การประเมินผล**

1. ไม่ปวดบริเวณข้อสะโพกเทียม ขาไม่ผิดรูป บิดหมุนออกหรือบิดเข้าใน สะโพกไม่บวม
2. ขณะนอนหงายขาสองข้างยาวเท่ากันจากการประเมินโดยใช้สายตา
3. ภาพถ่ายรังสีไม่มีการเคลื่อนหลุดของข้อสะโพก
4. ผู้ป่วยปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง

**กิจกรรมการพยาบาล**

1. ประเมินอาการปวดข้อสะโพกของผู้ป่วย
2. สังเกตการผิดรูปของขาผู้ป่วย เปรียบเทียบความยาวของขาทั้งสองข้าง ความผิดปกติ

ขณะทำกิจกรรม

3. ติดตามผลการตรวจภาพถ่ายรังสี
4. ดูแลจัดท่านอนโดยนอนราบหัวสูง 30 องศา ขาข้างที่ผ่าตัดกางออกประมาณ 15 – 30 องศา

โดยใช้หมอนวางระหว่างขาทั้งสองข้าง เพื่อป้องกันข้อสะโพกเคลื่อนหลุด ขาอยู่ในท่าเหยียดตรง

5. ให้ความรู้ คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและญาติ เพื่อป้องกันภาวะข้อสะโพกเทียมเคลื่อนหลุด โดยหลังผ่าตัด 6 สัปดาห์แรก ควรหลีกเลี่ยงการงอข้อสะโพกมากกว่า 90 องศา การบิดหรือหมุนข้อสะโพกออกนอก และเข้าในมากเกินไป การพลิกตะแคงตัวให้ผู้ป่วย โดยให้ตะแคงตัวไปข้างที่ไม่ทำผ่าตัด ขณะพลิกตะแคงตัว ต้องวางหมอนไว้ระหว่างขาทั้งสองข้างพร้อมกระบังไม่ให้ขาข้างที่ทำผ่าตัดหุบเข้า

6. สอนและให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยเกี่ยวกับการบริหารร่างกาย เพื่อเสริมความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ และดูแลให้ผู้ป่วยบริหารร่างกาย

**การประเมินผล**

ผู้ป่วยไม่บ่นปวดบริเวณข้อสะโพก ขาไม่ผิดรูป บิดหมุนออกหรือบิดเข้าใน สะโพกไม่บวม ขณะนอนหงายขาสองข้างยาวเท่ากัน ผลการตรวจภาพถ่ายรังสี ไม่มีการเคลื่อนหลุดของข้อสะโพก ทำกิจกรรมต่าง ๆ ด้วยท่าทางที่ถูกต้อง พลิกตะแคงตัวได้ถูกต้องเหมาะสม

**ข้อวินิจฉัยทางการแพทย์พยาบาลที่ 12** เสี่ยงต่อการติดเชื้อแผลผ่าตัด

**ข้อมูลสนับสนุน** 1. มีแผลผ่าตัดบริเวณสะโพกข้างซ้าย หลังทำ Bipolar hemiarthroplasty left femur

2. ใส่ท่อระบาย Radivac drain ค่าไว้ มี Content ออก 40 มิลลิลิตร

**วัตถุประสงค์** ป้องกันการติดเชื้อแผลผ่าตัด

**เกณฑ์การประเมินผล**

1. ผิวหนังบริเวณรอบแผลผ่าตัดไม่มีอาการบวม แดง ร้อน กดเจ็บหรือมีการแยกของแผลไม่มีสิ่งคัดหลั่ง สี กลิ่นที่ผิดปกติ

2. ลักษณะของ Content ในขวด Radivac drain สีแดงเลือดปกติไม่ค้ำขุ่น

3. ไม่มีไข้ อุณหภูมิร่างกายน้อยกว่า 37.5 องศาเซลเซียส

4. ผู้ป่วยตอบคำถามได้ถูกต้องเกี่ยวกับการดูแลแผลผ่าตัด

### กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินแผลผ่าตัด โดยสังเกตลักษณะบาดแผลเกี่ยวกับการบวม แดงรอบ ๆ แผลและสังเกต discharge ที่ซึมออกจากแผลผ่าตัด
2. สังเกตลักษณะของ Content ในขวด Redivac drain
3. ทำแผลโดยใช้หลักเทคนิคปลอดเชื้อ สังเกตอาการผิดปกติของแผล เช่น บวม แดง ร้อน มีสารคัดหลั่งซึมออกจากแผล ถ้ามีอาการดังกล่าวให้รายงานแพทย์ทันที
4. ประเมินสัญญาณชีพ เมื่อพบว่ามิใช่ อุณหภูมิร่างกายมากกว่า 37.5 องศาเซลเซียส แจ้งพยาบาลเจ้าของไข้รายงานแพทย์
5. ประเมินและติดตามการได้รับยาปฏิชีวนะ cefazolin 1 gm. เข้าหลอดเลือดดำทุก 6 ชั่วโมง ตามแผนการรักษา และการสังเกตอาการข้างเคียงหลังได้รับยา คือ ลมพิษ ผื่นคัน บวม แดง มีตุ่มพอง ผิวหนังลอก
6. ให้คำแนะนำผู้ป่วยในการดูแลบาดแผลผ่าตัดและท่อระบาย ได้แก่ ระวังไม่ให้แผลผ่าตัดเปียกน้ำ ระวังไม่ให้ท่อระบายดึงหรือดึงรั้งเพราะอาจเลื่อนหลุด การสังเกตการทำงานของท่อระบาย

### การประเมินผล

แผลผ่าตัดแห้งดี ผิวหนังบริเวณรอบแผลผ่าตัดไม่มีอาการบวม แดง ร้อน กดเจ็บหรือมีการแยกของแผลไม่มีสิ่งคัดหลั่ง สี กลิ่นที่ผิดปกติ ไม่มีไข้ อุณหภูมิ 37.0-37.3 องศา ผู้ป่วยสามารถบอกวิธีการดูแลแผลผ่าตัดและท่อระบายได้ถูกต้อง

**ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 13** ผู้ป่วยและญาติขาดความรู้ความเข้าใจในการดูแลตนเองและแผนการรักษาต่อเนื่องที่บ้าน

### ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยและญาติและมีสีหน้าวิตกกังวล และถามถึงวิธีการปฏิบัติตัวขณะพักฟื้นที่บ้าน
2. สอบถามความรู้ความเข้าใจในการดูแลตนเองและแผนการรักษาต่อเนื่องที่บ้าน ผู้ป่วยและญาติยังตอบคำถามได้ไม่ครอบคลุม
3. ผู้ป่วยมีโรคประจำตัว คือ ความดันโลหิตสูง

### วัตถุประสงค์

1. ลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยและญาติ
2. ผู้ป่วยและญาติสามารถปฏิบัติตัวได้ถูกต้องเมื่อกลับไปอยู่บ้าน

### เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยและญาติมีสีหน้าสดชื่นขึ้น
2. สามารถบอกวิธีการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้านได้ถูกต้อง

### กิจกรรมการพยาบาล

1. แนะนำตนเองให้ผู้ป่วยทราบอีกครั้งโดยบอกว่าเป็นพยาบาลที่เคยมาเยี่ยมก่อนผ่าตัด และได้ดูแลผู้ป่วยขณะที่อยู่ในห้องผ่าตัด เพื่อสร้างสัมพันธภาพและให้ผู้ป่วยไว้วางใจ
2. ประเมินปัญหา ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการเจ็บป่วยของผู้ป่วย การปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพที่ผ่านมา



3. แนะนำการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้านดังนี้

- อย่าให้แผลถูกน้ำ 10-14 วัน หลังผ่าตัด
- การลงน้ำหนักให้ใช้อุปกรณ์ช่วยเดิน ในช่วง 4 สัปดาห์แรก โดยเริ่มจากอุปกรณ์ช่วยเดินแบบ 4 ขา ได้แก่ walker เพื่อความมั่นคงขณะเดินและลดอาการปวดจากการลงน้ำหนักที่ขา
- ในช่วง 2-3 เดือนแรกหลังผ่าตัดไม่ควรนั่งไขว่ห้าง นั่งยอง กู้เข่า พับเพียบ นั่งขัดสมาธิ นอนไขว่ห้าง ห้ามนอนตะแคงทับขาข้างปกติโดยไม่มีหมอนคั่นระหว่างขา หลีกเลียงท่าที่ต้องบิดเท้าออกด้านนอกตัว ไม่ก้มใส่รองเท้า และไม่ก้มเก็บของที่พื้น ห้ามงอข้อสะโพกเกิน 90 องศา เพราะในท่านี้อาจทำให้ข้อสะโพกเทียมที่ใส่ไว้เคลื่อนหลุดได้
- หลีกเลียงการนั่งเก้าอี้เตี้ย หรือนั่งยอง ควรเลือกเก้าอี้ที่สูงพอดี ที่จะไม่ทำให้ข้อสะโพกเกิน 90 องศา เก้าอี้ควรมีที่วางแขนเพราะจะช่วยเหลือได้ในขณะที่ลุกขึ้นยืนหรือเปลี่ยนอิริยาบถ
- หลีกเลียงการยกของหนัก การดันสิ่งของ และการหมุนตัวอย่างแรง
- แนะนำให้ญาติจัดเตรียมที่นอนผู้ป่วยให้อยู่ชั้นล่าง เตียงนอนควรอยู่สูงจากพื้นประมาณ 40 เซนติเมตร ควรมีราวจับในห้องน้ำ โถส้วมควรเป็นแบบชักโครกนั่ง ไม่ควรใช้ส้วมซึม เพื่อไม่ให้ข้อสะโพกอยู่ต่ำกว่าข้อเข่า

4. อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติเห็นความสำคัญของการรักษาโรคความดันโลหิตสูงอย่างต่อเนื่อง ไม่ควรหยุดยาหรือหายมารับประทานเองเพราะอาจควบคุมโรคไม่ได้และอาจเกิดโรคร้ายตามมาได้แก่ เส้นเลือดหัวใจตีบ ภาวะหัวใจวายหรือภาวะเส้นเลือดสมองแตก หลีกเลียงการรับประทานอาหารที่เสี่ยงต่อโรค ได้แก่ ลดอาหารเค็มหรือ อาหารที่มีโซเดียมมากเกินไป เช่น กะปิ น้ำปลา ของหมักดอง ลดการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ลดอาหารที่มีไขมันสูง เช่น เนื้อติดมัน, หนังสัตว์, ไข่แดง, หอยนางรม, อาหารประเภทผัดหรือทอด

5. รับฟังปัญหาและเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ซักถามข้อสงสัยต่าง ๆ เพื่อหาแนวทางการแก้ไขปัญหาร่วมกัน

6. ให้ผู้ป่วยทบทวนและตอบคำถามการปฏิบัติตนเมื่อกลับบ้าน ตามคำแนะนำ

**การประเมินผล**

ผู้ป่วยและญาติมีสีหน้าสดชื่นขึ้น เข้าใจคำแนะนำได้ดี สามารถตอบคำถามการปฏิบัติตนเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้านได้ถูกต้อง

**การนำไปใช้ประโยชน์**

1. เพื่อเพิ่มพูนความรู้แก่ผู้ศึกษา ผู้ป่วยข้อสะโพกหักที่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม
2. ใช้เป็นแนวทางในการวางแผนการพยาบาลและให้การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมของหน่วยงานห้องผ่าตัด และผู้สนใจ

**ผลสำเร็จของงานเชิงปริมาณ**

ให้การพยาบาลผู้ป่วยกระดูกข้อสะโพกหักที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมและมีโรคร่วม จำนวน 1 ราย ตั้งแต่วันที่ 7 กันยายน 2565 ถึงวันที่ 9 กันยายน 2565 รวมรับไว้ในการดูแล 3 วัน ระยะเวลาดูแลในห้องผ่าตัด 1 ชั่วโมง 55 นาที

## ผลสำเร็จของงานเชิงคุณภาพ

ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม ถูกคน ถูกข้าง ถูกตำแหน่ง ถูกขนาดของอวัยวะเทียม หลังผ่าตัดมีอาการดีขึ้น ปลอดภัย ไม่มีอาการบาดเจ็บจากการจัดทำ การใช้เครื่องมืออุปกรณ์ ไม่พบภาวะแทรกซ้อนจากโรคร่วม ได้แก่ ภาวะไตวายเฉียบพลันจากการสูญเสียเลือดขณะผ่าตัดเนื่องจากผู้ป่วยมีภาวะซีด ไม่มีภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำกว่าปกติ ไม่พบการเกิดอันตรายต่อข้อสะโพก เส้นประสาทและเส้นเลือดฝอยขณะผ่าตัด ไม่มีการติดเชื้อแผลผ่าตัดและข้อสะโพกเทียม ผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟูสภาพ ไม่มีภาวะข้อสะโพกหลุด สามารถปฏิบัติตัวได้ถูกต้องเมื่อกลับไปอยู่บ้าน ผู้ป่วยและญาติมีความพึงพอใจในการรักษาพยาบาล

## เอกสารอ้างอิง

กองป้องกันการบาดเจ็บ. (2565). *ข้อมูลการพลัดตกหกล้ม (w00-w19) ในผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป*.

<https://ddc.moph.go.th/dip/news>

จิณพิชญชา มะมม. (2562). *การพยาบาลผู้ป่วยโรคกระดูกและข้อ*. (พิมพ์ครั้งที่ 2). สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

นงเยาว์ เกษตรภิบาล, ยอดยิ่ง ปัญจสวัสดิ์วงศ์, จิตตาภรณ์ จิตรีเชื้อ, นเรนทร์ โชติรสนิรมิต, สมใจ ศิระกมล และปาริชาติ ภัควิภาส. (2558). *คู่มือการใช้แบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัย*.

<http://164.115.27.97/digital/files/original>

ประวิทย์ สุขเจริญชัยกุล. (2567). *กระดูกสะโพกหักในผู้สูงอายุ*.

<https://www.samitivejhospitals.com/detail/hip-fracture>

มลฤดี มาลา. (2558). *ปัจจัยที่มีความสำคัญต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนในระบบหัวใจและหลอดเลือดระหว่างให้ยาระงับความรู้สึกในผู้ป่วยสูงอายุ*. <https://he01.tcithaijo.org/scnet/article/download>

รัตพร วิชิตรัชนีกร. (2566). *โลหิตจาง (Anemia)*. <http://www.medparkhospital.com/disease-and-Treatment>

รัตนา เพิ่มเพ็ชร และเบญจมาภรณ์ บุตรศรีภูมิ. (2559). *บทบาทของพยาบาลห้องผ่าตัด: การให้ข้อมูลในการเยี่ยมผู้ป่วยก่อนและหลังผ่าตัด*. <https://he02.tei.thaijo.org/article>

วัชรระ วิไลรัตน์. (2559). *ตำราศัลยศาสตร์ข้อสะโพกและข้อเข่าเทียม*. ราชวิทยาลัยแพทยออร์โธปิดิกส์แห่งประเทศไทย.

วันวิสาข์ ลินรุประสิทธิ์. (2566) *แนวทางการระงับความรู้สึกผู้ป่วยกระดูกสะโพกหัก (Guideline for the anesthetic management of hip fractures in the frail elderly patient)*.

[https://hr.moph.go.th/hr\\_moph/upload/2023/04](https://hr.moph.go.th/hr_moph/upload/2023/04)

ศูนย์ข้อมูลสารสนเทศนโรงพยาบาลตราด. (2565). *สถิติผู้ป่วยข้อสะโพกหักที่เข้ารับการรักษาโดยการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมของโรงพยาบาลตราดปีงบประมาณ 2563-2565*. Intranet รพ.ตราด.

สมาคมโรคความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. (2562). *แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป*. โรงพิมพ์ ทริค อินค์.

สั๊กกาเดช ลิ้มมหาคุณ. (2564). *การผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม (Total Hip Arthroplasty)*.

<https://www.med.cmu.ac.th/knowledge-article-sick-clinic>

อนันตโชติ วิมุทชะนันท์. (2558). *การให้ยาระงับความรู้สึกในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง*. ใน อักษร พูลนิตีพรและคณะ (บ.ก.), *ตำราฟื้นฟูวิชาการวิสัญญีวิทยา*. (น.131-132). ราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทย.