

แนวทางการปฏิบัติ

เรื่อง

การพยาบาลผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์แบบองค์รวม
(รหัสเอกสาร : MI-PCT-ortho 007/62)

ผู้จัดทำ : คณะกรรมการดูแลผู้ป่วยสาขา Orthopedics

ผู้ตรวจสอบ :

ทงน เมศ

(นายแพทย์ทรงพล พิมพ์ประสานต์)

นายแพทย์ชำนาญการ สาขาศัลยกรรมกระดูกและข้อ

น.ส. เสงี่ยม

(แพทย์หญิงสาคร เสริญไธสง)

ประธานกรรมการดูแลผู้ป่วย รพ.บ้านฝื่อ

ผู้อนุมัติ :

ทงน เมศ

(นายแพทย์ทวิรัชต์ ศรีกุลวงศ์)

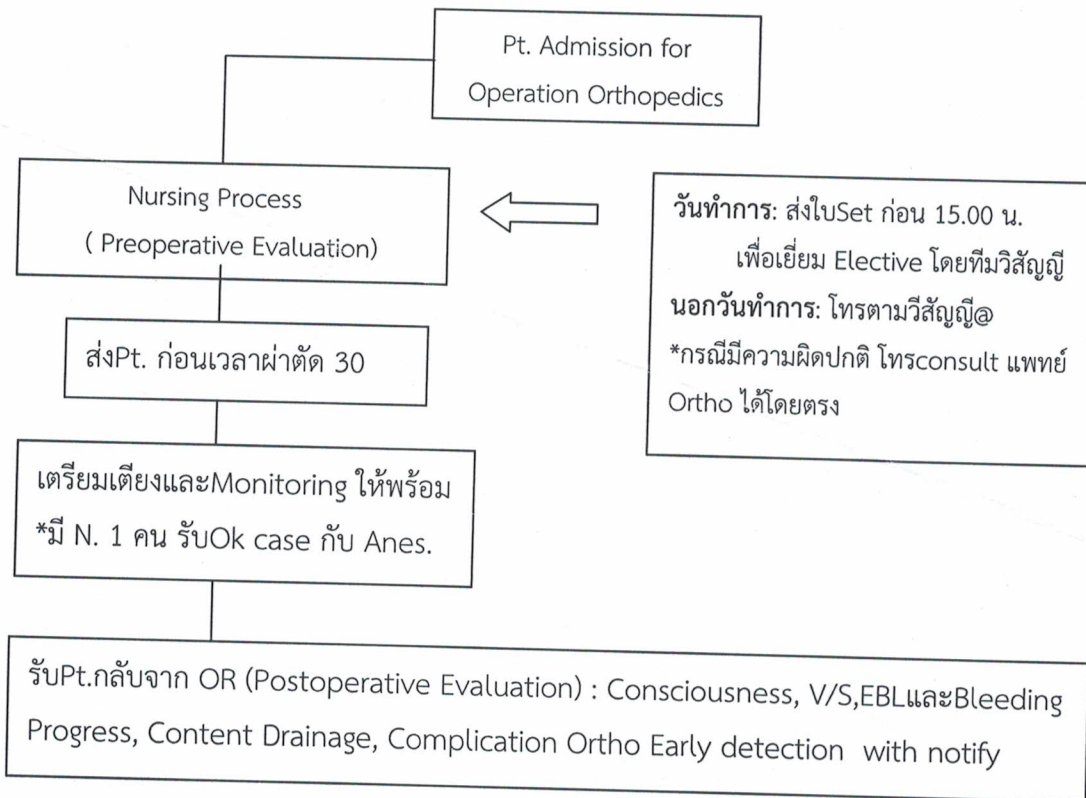
นายแพทย์เชี่ยวชาญ(ด้านเวชกรรมป้องกัน)
รักษาการในตำแหน่งผู้อำนวยการโรงพยาบาลบ้านฝื่อ

โรงพยาบาลบ้านฝ้อ	หน้า 1
คู่มือเลขที่(นโยบาย/ระเบียบ) เลขที่ <i>KT-PT-Ortho ๐๐๔/๒๕</i>	ฉบับที่ 1
เรื่อง : การพยาบาลผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์	ประกาศใช้ครั้งแรก 14 มกราคม 2562
ผู้จัดทำ : คณะกรรมการผู้ดูแลสาขา Orthopedics	แผนกที่เกี่ยวข้อง : แพทย์,พยาบาล ,OPD,IPD,ER
ผู้ตรวจสอบ : คณะกรรมการผู้ดูแลผู้ป่วย รพ.บ้านฝ้อ	<p style="text-align: center;"><i>จ.ว.ส.ว.</i></p> <p style="text-align: center;">(นายแพทย์ทวิรัชต์ ศรีกุลวงศ์) นายแพทย์เชี่ยวชาญ(ด้านเวชกรรมป้องกัน) ราชการในตำแหน่งผู้อำนวยการโรงพยาบาลบ้านฝ้อ</p>

การพยาบาลผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์แบบองค์รวม

รายละเอียดเนื้อหา ;

- ความหมายของโรคทางออร์โธปิดิกส์
- คุณลักษณะและสมรรถนะของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ตามแนวทางการใช้กระบวนการพยาบาล 6 ชั้น
- หลักการพยาบาลผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ที่มีคุณภาพ
- การประเมินและเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด
- การประเมินและดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัด



การพยาบาลผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์แบบองค์รวม

การพยาบาลผู้ป่วยแบบองค์รวม เน้นการดูแลผู้ป่วยให้ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคม และจิตวิญญาณ ทั้งนี้พยาบาลผู้ให้การดูแลจะต้องมีสมรรถนะของการพยาบาลทางออร์โธปิดิกส์ และมีคุณลักษณะของการพยาบาลที่ให้การดูแลแบบองค์รวมเป็นอย่างดี

โรคทางออร์โธปิดิกส์ จำแนกออกเป็น 2 ประเภทใหญ่ ๆ คือ

1. Non Traumatic Orthopaedics เป็นโรคของกระดูก กล้ามเนื้อ ข้อ เอ็น และเส้นประสาทที่เกี่ยวข้องซึ่งไม่ได้เกิดจากการบาดเจ็บ เช่น วัณโรคกระดูกและข้อ โรคข้ออักเสบชนิดต่างๆ โรคปวดหลัง โรคพิการแต่กำเนิด เป็นต้น

2. Traumatic Orthopaedics เป็นโรคที่เกิดจากการบาดเจ็บ ได้รับการกระทบ กระแทก หรือเกิดอุบัติเหตุ ได้แก่ กระดูกหัก ข้อเคล็ด ข้อเคลื่อน ข้อแพลง กล้ามเนื้อและเอ็นฉีกขาด เส้นประสาทได้รับบาดเจ็บ ผู้ป่วยเหล่านี้ต้องการการรักษา และการพยาบาลเฉพาะทาง การประเมินอาการและการดูแลเอาใจใส่อย่างถูกต้องเหมาะสมครบตามการพยาบาลแบบองค์รวม และความเร่งด่วนต่อชีวิตผู้ป่วย

เป้าหมายของการพยาบาลผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ เน้นการกระตุ้น ส่งเสริมให้ผู้ป่วยฟื้นคืนสู่สภาพปกติ โดยเร็ว (Ambulatory Care) การฟื้นฟูสภาพร่างกายที่เจ็บป่วย (Rehabilitation) และอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่เอื้ออำนวยต่อการหาย (Positive environment)

แนวทางการใช้กระบวนการพยาบาล (Nursing Process) มี 6 ขั้นตอน

ขั้นตอนที่ 1 Assessment

ขั้นตอนที่ 2 Pattern/Problem/Needs (Nursing Diagnosis)

ขั้นตอนที่ 3 Planning

ขั้นตอนที่ 4 Therapeutic Care Plan

ขั้นตอนที่ 5 Implementation and Empowerment

ขั้นตอนที่ 6 Evaluation : Healing

สมรรถนะพยาบาลออร์โธปิดิกส์

1. ด้านการปฏิบัติทักษะทางคลินิก (Clinical Skill) พยาบาลออร์โธปิดิกส์ ต้องศึกษาประวัติของผู้ป่วยแต่ละราย และหลักฐานเกี่ยวกับสภาวะของผู้ป่วยในปัจจุบัน

2. ด้านการติดต่อสื่อสาร (Communication Skill) พยาบาลออร์โธปิดิกส์ต้องมีประสิทธิภาพในการสื่อสาร โดยมีทักษะในการสื่อสารด้วยวาจา การใช้คำถาม และการแสดงออกที่เหมาะสม

เอกสารแนบท้าย 1
NI-PCT-๐๗๓๐-๐๐๗/๖๒

3.สมรรถนะด้านวัฒนธรรม (Cultural Competency) มีทักษะในการเข้าใจวัฒนธรรม และบริบทต่างๆ ของผู้ป่วย และสาขาวิชาชีพ

4.ด้านการปฏิบัติตามกฎหมายที่กำหนด (Legal Requirements) พยาบาลออร์โธปิดิกส์ปฏิบัติงานอยู่ภายใต้กฎระเบียบข้อบังคับของหน่วยงานและกฎหมาย

5.ด้านจริยธรรม (Ethical Requirements) พยาบาลออร์โธปิดิกส์ปฏิบัติงานอยู่ภายใต้ข้อกำหนดด้านจริยธรรมของสมาคมออร์โธปิดิกส์

6.ด้านการจัดการเชิงวิชาชีพ (Professional Management)

หลักการพยาบาลผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ที่มีคุณภาพสูงสุด

1.การจัดการความปวด (Pain)

2.การป้องกันความพิการของแขน ขา และข้อ (Limb and Joint alignment)

3.การเคลื่อนไหวอวัยวะ (Mobility)

4.ความสมบูรณ์ของผิวหนัง(Skin integrity)

5.ความสมบูรณ์ของระบบประสาท และหลอดเลือด (Neuro-Vascular)

6.การได้รับสารอาหารครบถ้วน (Nutrition)

7.การส่งเสริมการดูแลตัวเองของผู้ป่วย (Self Care)

8.การจัดการกับความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น (Risk Management)

9.การส่งเสริมให้ผู้ป่วยอยู่ในสังคมตามปกติ (Social System)

10.การเรียนรู้ความต้องการของตนเอง (Learning Needs)

11.ความสามารถในการจัดการตัวเอง และการปรับตัว (Coping)

10กตสว/รพมทวิย 2

นวิ - รศท - ๐๗/๑๐ ๐๐๖/๖๒

การประเมินและเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด (Preoperative evaluation and preparation)

การประเมินและการเตรียมผู้ป่วยให้พร้อมก่อนการผ่าตัด เป็นขั้นตอนที่มีความสำคัญมาก ในการดูแลผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัด และให้ยาระงับความรู้สึก โดยเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้การระงับความรู้สึกเป็นไปได้อย่างราบรื่น ปลอดภัย และช่วยลดภาวะแทรกซ้อนทั้งในช่วงก่อน ระหว่าง และหลังผ่าตัดลง

วัตถุประสงค์

1. การประเมินสภาพร่างกาย และจิตใจของผู้ป่วย เช่น ประวัติโรค, โรคทางพันธุกรรม(หลอดเลือด, หัวใจ) การผ่าตัด การแพ้ การช้ำละลายลิ่มเลือด การสูบบุหรี่ ดื่มสุรา

2. ประเมินความเสี่ยงของการผ่าตัด และการให้ยาระงับความรู้สึก (งานวิสัญญีแพทย์และพยาบาลวิสัญญี)

3. เตรียมผู้ป่วยด้านร่างกายและสภาพจิตใจก่อน และหลังผ่าตัด

4. การให้ข้อมูลผู้ป่วยและญาติ รวมถึงการบันทึกยินยอมสำหรับการผ่าตัดและการให้ยาระงับความรู้สึก

5. การเตรียมเอกสารก่อน และหลังผ่าตัด เช่น Lab, Group mach PRC, X-ray, EKG รวมถึงวัสดุเวชภัณฑ์ และยาก่อนไปผ่าตัด(premedication)หรือนำไปห้องผ่าตัดร่วมด้วย เช่น ยาฆ่าเชื้อ

ข้อแนะนำการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ (ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับแพทย์ผู้ทำการผ่าตัด)

	CBC G/M	X-Ray	EKG	E'lyte	BUN/Cr	BS	Coag.	Anti HIV
อายุ ≤ 45 ปี แข็งแรง No U/D	/							/
อายุ > 45 ปี แข็งแรง No U/D	/	/	/					/
อายุ > 60 ปี แข็งแรง No U/D	/	/	/	/	/	/		/
ผู้ป่วยผ่าตัดใหญ่ทุกราย	/	/	/	/	/	/	/	/

แนวทางกรงดน้ำ อาหารและการให้ยาPre-medication ก่อนผ่าตัด

การให้ยา pre-medication คือ การให้ยาก่อนการระงับความรู้สึกในห้องผ่าตัด อาจให้ผู้ป่วยรับประทานมาจากบ้าน หอผู้ป่วย หรือให้ที่ห้องผ่าตัดก่อนให้การระงับความรู้สึก

1. ลดความวิตกกังวลของผู้ป่วย สงบประสาท(Sedation) และทำให้จำเหตุการณ์ไม่ได้ (amnesia)

2. รักษาและป้องกันอาการปวดแผล ในผู้ที่มีอาการปวด หรืออาจใช้เป็น Pre-emptive analgesia คือ การให้ยาแก้ปวดก่อนที่จะมีบาดแผลเกิดขึ้น ซึ่งจะมีผลในการลดการกระตุ้นระบบประสาทที่เกี่ยวข้องกับความรูสึกปวด(central/peripheral pain pathway) ทำให้ลดปริมาณความต้องการของยาแก้ปวดทั้งในช่วงระหว่างและหลังผ่าตัดได้

3. ลดความเสี่ยง และความรุนแรงในการเกิดภาวะสุดสัต์สำคัญอาหารและน้ำย่อยเข้าปอด

4. ทำให้ระบบไหลเวียนเลือด และความดันเลือดคงที่

5. ช่วยลดความต้องการยาระงับความรู้สึกขณะผ่าตัด

6. ทำให้การให้ยาสลบราบรื่นมากขึ้น ลดการตอบสนองของระบบประสาทอัตโนมัติขณะนำสลบผู้ป่วย

10 ตุลาคม 2564

WT-Act - Catho 001/6

ชนิดและขนาดของยา

1. Benzodiazepines เป็นยากลุ่มที่นิยมใช้มากที่สุด ออกฤทธิ์คลายกังวล สงบประสาท และทำให้จำเหตุการณ์ไม่ได้ ยาที่นิยมใช้ คือ diazepam 5-10 มก., midazolam 5-15 มก. และ lorazepam 1-3 มก. รับประทานก่อนนอน และก่อนผ่าตัด สำหรับผลข้างเคียงของยากลุ่มนี้ ได้แก่ กดการหายใจ, ทำให้สับสน จึงควรระมัดระวังการใช้ยาในผู้ป่วยสูงอายุ เด็กเล็ก หญิงตั้งครรภ์ หรือผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อภาวะทางหายใจอุดกั้น

2. ยาแก้ปวด ได้แก่ พาราเซตามอล, ยากลุ่ม opioids และ NSAIDs นิยมให้ในผู้ป่วยที่มีอาการปวด ตั้งแต่ก่อนผ่าตัด เช่น กระดูกหัก ซึ่งการให้ยาแก้ปวดตั้งแต่ก่อนผ่าตัด จะช่วยลดความต้องการยาดมสลบ และยาแก้ปวดในระหว่างการผ่าตัด นอกจากนี้อาจให้ก่อนที่จะมีอาการปวด เพื่อเป็น pre-emptive analgesia การให้ยาในกลุ่ม opioids อาจมีผลข้างเคียง เช่น กดการหายใจ คลื่นไส้ อาเจียน

3. อื่นๆ เช่น metoclopramide, ยาลดกรดต่างๆ, ยาลดความดันเลือด, ยาเบาหวาน และยาพ่น เป็นต้น การประเมินและเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดในโรคที่พบบ่อย*

โรคความดันโลหิตสูง(ในกรณี HT เดิม และ First Dx.HT)

1. การประเมินก่อนผ่าตัดต้องให้ความสำคัญในการประเมินอวัยวะที่มีการทำงานบกพร่องจาก ความดันโลหิตสูงเรื้อรัง (target organ damage) ได้แก่ หัวใจและหลอดเลือด สมอง ไต ตา โดยอาจทำให้เกิด ความผิดปกติ เช่น หัวใจโต กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด หัวใจล้มเหลว อัมพฤกษ์ อัมพาต ไตเสื่อมหน้าที่ ไตวาย โรคหลอดเลือดส่วนปลาย (peripheral vascular disease) และจอตาเสื่อม (retinopathy) ซึ่งมีความซับซ้อนในการประเมินอาการระหว่างที่ผู้ป่วยอยู่ในระยะการผ่าตัดและการระงับความรู้สึก

2. ในรายที่ตรวจพบความดันเลือดสูงก่อนผ่าตัด ไม่เคยได้รับการวินิจฉัยหรือรักษามาก่อน หรือในรายที่ควบคุมความดันเลือดไม่ดี คือ ตรวจพบค่าแรงดัน systolic มากกว่า 220 มม.ปรอท หรือค่าแรงดัน diastolic มากกว่า 110 มม.ปรอท ในผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดแบบไม่รีบด่วนควรได้รับการตรวจวินิจฉัย และ รักษา ก่อนผ่าตัด เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น หรือหากต้องผ่าตัดเร่งด่วนต้องแจ้งแพทย์เจ้าของไข้เสมอ

ยาในกลุ่ม beta-adrenergic blockers, calcium channel blockers และ clonidine ควรให้ยาต่อเนื่อง จนถึงเช้าวันผ่าตัด เช่น Atenolol, carvedilol, propranolol เป็นต้น

โรคเบาหวาน

(ในกรณี น้ำตาลสูง ต่ำก่อนผ่าตัด หรือมีอาการเกิดภาวะน้ำตาลผิดปกติก่อน ระหว่าง และหลังผ่าตัด)

1. ผู้ป่วยเบาหวานควรได้รับการผ่าตัดเป็นรายแรกของวัน เพื่อลดความเสี่ยงในการเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ หรือสูงผิดปกติ

2. ผู้ป่วยควรได้รับการเจาะเลือดตรวจติดตามระดับน้ำตาลทั้งในช่วงก่อน ระหว่าง และหลังผ่าตัด โดยเฉพาะในรายที่มีความเสี่ยงในการเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ หรือควบคุมระดับน้ำตาลไม่ดี

3. ให้ผู้ป่วยงดยาเบาหวานชนิดรับประทานทุกกลุ่ม ในเช้าวันผ่าตัด ในรายที่ได้รับยาที่ออกฤทธิ์นาน เช่น chlorpropamide อาจต้องหยุดตั้งแต่วันที่ก่อนผ่าตัด

10กย57/หมทวัช 4

วท-รศ. อ.ท.อ 007/62

4. ให้ผู้ป่วยหยุดฉีดยาอินซูลินชนิดออกฤทธิ์สั้น (regular insulin, RI) ในเช้าวันผ่าตัด สำหรับผู้ที่ได้รับยาชนิดออกฤทธิ์นาน (NPH) หรือยาที่เป็นชนิดรวม (Humulin 70/30) อาจปรับลดขนาดลงเหลือ 1/3 หรือครึ่งหนึ่งของขนาดที่เคยได้รับ

5. การควบคุมระดับน้ำตาลก่อนผ่าตัดอาจทำได้โดยการผสมอินซูลินชนิด regular 10-15 ยูนิตในสารละลาย 5% DW 1,000 ml. vain drip 1-1.5 มล./กก./ชั่วโมง ขนาดที่ให้ ขึ้นอยู่ระดับน้ำตาลที่ตรวจได้ในเช้าวันผ่าตัด (รายงานค่าDTXกับแพทย์เวร/แพทย์เจ้าของไข้ก่อนเสมอ)

โรคหืด และโรคถุงลมอดกั้นเรื้อรัง

1. ในผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ สำหรับการผ่าตัดแบบไม่เร่งด่วน ควรเลื่อนการ ผ่าตัดออกไปก่อน และให้การรักษาการติดเชื้อ เพื่อลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางระบบหายใจในช่วง ระหว่าง และหลังผ่าตัด

2. แนะนำให้ผู้ป่วยหยุดสูบบุหรี่ก่อนผ่าตัดอย่างน้อย 8 สัปดาห์ เพื่อให้การทำงานของ mucociliary กลับสู่ภาวะปกติ ซึ่งจะช่วยลดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด

3. ในรายที่มีอาการรุนแรงอาจพิจารณาส่งตรวจเพิ่มเติม เช่น การตรวจ pulmonary function test และเจาะเลือดแดงตรวจค่าแรงดันก๊าซในเลือด (arterial blood gas)

4. ผู้ป่วยควรได้รับยาขยายหลอดลมจนถึงเช้าวันผ่าตัด โดยให้ขนาดที่เคยได้รับ ทั้งยารับประทาน ยาฉีด และยาพ่นขยายหลอดลม

5. กรณีที่ได้รับการรักษาด้วยยากลุ่ม steroids ร่วมด้วย ควรพิจารณาให้ทดแทนด้วย hydrocortisone เพื่อป้องกันภาวะ adrenal insufficiency

6. อาจส่งปรึกษากายภาพบำบัด เพื่อสอนให้ผู้ป่วยทำ deep breath exercise หรือ chest physiotherapy ซึ่งมีประโยชน์ในการลดภาวะแทรกซ้อนของระบบหายใจในช่วงหลังผ่าตัดได้

ตารางแนวทางการงดน้ำและอาหาร

ชนิดของอาหาร	ระยะเวลาที่งดก่อนผ่าตัด (ชั่วโมง)
น้ำเปล่า หรือของเหลวใสไม่มีกาก เช่น น้ำหวาน	2
นมแม่ และยาทางปากต่างๆ	4
นมผสม, อาหารอ่อน เช่น โจ๊ก, น้ำซุป	6
อาหารแข็ง	8

10กนร หมอรัชย์ 5

NI-PCP-02/10 007/62

การเตรียมอื่นๆ

1. การตัดเล็บให้สะอาดและสั้น ไม่ทาสีเล็บ หรือใส่เล็บปลอม งดการแต่งหน้า และทาสีลิปติก
2. การโกนขนบริเวณที่จะทำการผ่าตัดโดยรอบ และควรใช้เครื่องโกนขนที่ได้มาตรฐาน ไม่เกิดบาดแผลที่ผิวหนัง
3. การถอดเครื่องประดับตกแต่ง เครื่องราง ของมีค่า และอุปกรณ์สื่อสาร ที่เป็นสื่อไฟฟ้าก่อนผ่าตัด
4. การดูแลความสะอาดช่องปากและฟัน เช่น ให้ผู้ป่วยแปรงฟัน หรือบ้วนปากด้วยน้ำยาในเช้าวันผ่าตัด
5. การอาบน้ำและสวมใส่เสื้อผ้าเตรียมผ่าตัดที่สามารถถอดได้ง่าย เอื้ออำนวยต่อการทำการผ่าตัด
6. การใส่อุปกรณ์ทางการแพทย์ เช่น สายสวนปัสสาวะ สายให้อาหาร ท่อช่วยหายใจ และอุปกรณ์ตามกระดูก
7. แนะนำญาติสามารถเฝ้ารอผู้ป่วยระหว่างผ่าตัดและพักฟื้น ได้ที่ด้านหน้าหรือบริเวณใกล้เคียงห้องผ่าตัดได้ โดยให้ความร่วมมือและสามารถตัดสินใจแทนผู้ป่วยได้หากเกิดการเปลี่ยนแปลง หรือผิดปกติระหว่างทำการผ่าตัด และแผนการรักษาของแพทย์เพื่อช่วยชีวิตผู้ป่วยเป็นสำคัญ
8. การขยับยั้งปัสสาวะ หรืออุจจาระ การสวนล้างช่องคลอด การเหน็บยาทางทวารหนัก หรือช่องคลอดก่อนมาห้องผ่าตัด ในกรณีการผ่าตัดเล็กและใช้เวลาสั้นๆ (ขึ้นอยู่กับแพทย์ผู้รักษา)

100๓๖๖๖๖๖๖ 6

HT - PET - ๐๖/๑๐ ๐๐๗ / ๖๒

การประเมินและดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัด (Postoperation Evaluation and Care)

การรับผู้ป่วยหลังผ่าตัดเริ่มต้นจากระยะเวลาที่เคลื่อนย้ายผู้ป่วยมาถึงเตียงผู้ป่วยใน จนกระทั่งผู้ป่วยกลับบ้าน หากพยาบาลสามารถให้การพยาบาลได้ถูกต้องและเหมาะสม ทั้งด้านร่างกายจิตใจ อารมณ์ และสังคม ตลอดจนให้ผู้ป่วยฟื้นฟูสภาพร่างกาย และกลับไปอยู่ในสังคมได้ดี

การพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัดระยะที่ห่อผู้ป่วย (Extended Postoperative Stage)

เป็นการให้การพยาบาลผู้ป่วยหลังรับจากระยะพักฟื้นในห้องผ่าตัด (Immediate Postoperative Stage) ซึ่งผู้ป่วยมีการรับรู้สติ และสัญญาณชีพอยู่ในระดับคงที่หลังการได้รับยาระงับความรู้สึกแล้ว ก่อนนำส่งกลับห่อผู้ป่วยใน เพื่อให้การพยาบาลต่อเนื่อง ดังนี้

1. การเตรียมเตียงรับผู้ป่วยผ่าตัดตามมาตรฐาน และอุปกรณ์ต่างๆให้พร้อมใช้ เช่น เครื่อง Monitoring, Oxygen เป็นต้น

2. การประเมินการรับรู้สติแรกรับ หลังรับกลับจากห้องผ่าตัด

การรับรู้ (Consciousness) ผู้ป่วยหลังผ่าตัดโดยการให้ยาระงับความรู้สึก เช่น Spinal block, General Anesthesia จะตอบสนองต่อความเจ็บปวดที่แตกต่างกัน ควรสอนผู้ป่วยในการใช้ Pain Score ก่อนการผ่าตัดไว้ล่วงหน้า เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถประเมินระดับความเจ็บปวดได้ด้วยตนเอง ทั้งระดับความเจ็บปวดในขณะที่อยู่นิ่งและเคลื่อนไหว

3. สัญญาณชีพ ต้องบันทึกทุก 15 นาที 4 ครั้ง, ทุก 30 นาที 2 ครั้งจนอยู่ในเกณฑ์ปกติ ทุก 1 - 2 ชม. ใน 24 ชม. ประกอบดังนี้ ความดันโลหิต, อัตราการหายใจ, อัตราเต้นของหัวใจและลักษณะชีพจร

4. ชนิดและปริมาณสารน้ำที่ผู้ป่วยได้รับ

5. ยาที่ได้รับ เช่น Morphine, Antibiotic เป็นต้น

6. ข้อมูลอื่น ๆที่เกี่ยวข้องในผู้ป่วยแต่ละราย เช่น อุณหภูมิกาย, ปริมาณปัสสาวะ, CVP, end-tidal CO₂, ปริมาณและสีของ drain ที่ใส่ เป็นต้น

7. ความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด (SpO₂) และปริมาณออกซิเจนที่ได้รับ

8. การสังเกตการณ์ภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆที่สำคัญ เช่น Fat embolism Syndrome (ซึ่งมักพบในการผ่าตัดกระดูก แบบ major operation ทำให้ผู้ป่วยมีอัตราการเสียชีวิตสูง), Hypovolemic shock จาก Bleeding, Gas gangrene (พบในผู้ป่วยบาดแผลฉีกขาด และมีการบาดเจ็บของกล้ามเนื้อเนื้อรุนแรง พบอัตราการตายถึงร้อยละ 50 สาเหตุเกิดจากการติดเชื้อส่วนลึกของกล้ามเนื้อ)

9. กลุ่มอาการ Compartment Syndrome ซึ่งต้องประเมินตามหลัง 6P'S (Pain Pallor Paralysis Pulselessness) อาการที่สำคัญ คือ อาการปวด เป็นอาการเริ่มแรกที่สำคัญมากที่สุด มักมีอาการปวดแบบลึกๆ ไม่มีขอบเขต ไม่สัมพันธ์กับกระดูกหัก และไม่ตอบสนองต่อการให้ยาระงับความเจ็บปวด ร่วมกับชีด, เขียวคล้ำ, มีนขาและคลำชีพจรส่วนปลายไม่ได้ เป็นต้น

10 ธันวาคม ๒๕๖๒

๒๓ -๑๐๓ -๐๓๓๐ ๐๐๕ / ๖๒

10. การติดเชื้อที่แผลผ่าตัด เข้าสู่แผ่นตามกระดูกด้านใน

ผู้ป่วยหลังการผ่าตัดในระยะแรก โดยปกติอุณหภูมิร่างกายอาจต่ำกว่าปกติได้ใน 2-3 ชม.แรก บางรายอาจมีอาการหนาวสั่นร่วมด้วย หลังจาก 24 ชม.อุณหภูมิในร่างกายจะกลับเข้าสู่เกณฑ์ปกติ หากพบว่ามีไข้สูงขึ้นมากกว่าเกณฑ์ปกติ ถึง 38.0°C ควรพิจารณาเรื่องการติดเชื้อ เป็นสำคัญ

ถ้าเกิดภาวะติดเชื้อในผู้ป่วยที่ผ่าตัดกระดูก จะทำให้เกิดการติดเชื้อในโพรงกระดูก เป็นหนอง ซึ่งรักษาได้ยากกว่าผู้ป่วยที่ผ่าตัดโดยทั่วไป และต้องใช้เวลาในการรักษานาน นอกจากนั้น อาจจะพบปัญหาการนูนออกมาของโลหะในกรณีนี้ก็จะต้องนำโลหะออก รวมถึงปัญหาอื่น ๆ เช่น ผู้ป่วยบางคนอยู่ในระดับอุณหภูมิต่ำ ๆ หรือห้องแอร์ ผู้ป่วยกลุ่มนี้จะมีอาการปวดได้

โรงพยาบาลบ้านฝ้อ

Standing order for Admit Set OR (Orthopedics)

Progress Note	Date /time	Order for one day	Date/ time	Order for Continuation
DX :..... PLAN :.....		- Admit - Lab : CBC, BUN ,Cr , E'lyte Anti – HIV PT,PTT,INR - Film : CXR , EKG - IV Fluid - Antibiotics : -Stat dose (กรณี open wound ,open fracture) - SET OR FOR DATE ,TIME : - NPO - IV : - Retain Foley 's cath. , void ก่อนไป or - G/M PRC unit for OR -Antibiotic for OR -consult :Record V/S, I/O Diet : MED :
Name of patient			Age	H.N.
Department of service			Ward	Attending physician

PT ILLNESS :

การรักษาก่อนมาโรงพยาบาล () ไม่มี () มี _____

PAST ILLNESS :

โรคประจำตัว	() ไม่มี () มี _____	ประวัติการผ่าตัด	() ไม่มี () มี _____
Family History	() ไม่มี () มี _____	ประวัติการแพ้	() ไม่มี () มี _____
Smoking	() ไม่มี () มี _____	Vaccine (<15 yrs)	() ครบ () ไม่ครบ _____
Alcohol	() ไม่มี () มี _____	Growth (<15 yrs)	() ปกติ () ผิดปกติ _____
Herb/Steroid	() ไม่มี () มี _____	Menstruation	() ปกติ () ผิดปกติ _____
Drug Abuse	() ไม่มี () มี _____	LMP _____	Contraception _____ () Menopause

REVIEW OF SYSTEM :

HEENT	() Normal () Abnormal _____	Abd.	() Normal () Abnormal _____
Chest	() Normal () Abnormal _____	Ext.	() Normal () Abnormal _____
Heart	() Normal () Abnormal _____	Other	() Normal () Abnormal _____

PHYSICAL EXAMINATION :

Weight _____ kg Height _____ cm

Vital Signs: BP _____ mmHg PR _____ bpm O sat. _____ %

 BT _____ C RR _____ bpm

General Appearance _____

HEENT () Not pale () No jaundice () Abnormal _____

CHEST () Clear and Equal breath sound () Abnormal _____

HEART () Normal S1-S2 sound () Abnormal _____

() No murmur

Abd. () Normal bowel sound () _____

() Soft, Not tender () Tender at _____

() Hepatomegaly/Splenomegaly () Liver span _____ cm

Ext. () No edema () No deformities

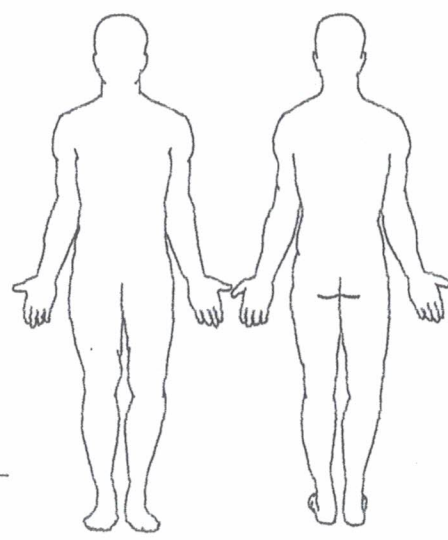
() No arthritis () Abnormal _____

Neuro. GCS E _ V _ M _ () Abnormal _____

() Motor grade V all

() Normal sensation

Other () _____



Investigation _____

Problem List _____

Plan of Management _____

Provisional Diagnosis _____

Physician _____

