

การพยาบาลผู้ป่วยกระดูกเข้าสะโพกหักที่รักษาด้วยการผ่าตัดร่วมกับได้รับการระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย

: กรณีศึกษา 2 ราย

แคทลียา ทับแสง พย.บ.

ความเป็นมา: กระดูกเข้าสะโพกหักเป็นปัญหาหนึ่งที่มีอุบัติการณ์การเกิดสูงขึ้นตามอายุของประชากรที่เพิ่มขึ้น โดยสาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากอุบัติเหตุ การพลัดตกหกล้มซึ่งเป็นสาเหตุที่สำคัญของการรับไว้ในโรงพยาบาล และพบว่าอัตราการตายจะสูงสุดในช่วง 6 เดือนแรกหลังจากเกิดกระดูกสะโพกหักมีคุณภาพชีวิตที่แย่ง การให้การรักษาโดยการผ่าตัดที่มีความแตกต่างกันไป ซึ่งการมีพื้นฐานความรู้และวางแผนให้การระงับความรู้สึกที่ถูกต้อง เหมาะสม และรวดเร็วเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัย ลดภาวะแทรกซ้อนและสามารถฟื้นตัวหลังจากผ่าตัดได้เร็วขึ้น

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยกระดูกเข้าสะโพกหักที่รักษาด้วยการผ่าตัดร่วมกับได้รับการระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย: กรณีศึกษา 2 ราย

วิธีการดำเนินงาน : ศึกษาเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยกระดูกเข้าสะโพกหักที่รักษาด้วยการผ่าตัดร่วมกับได้รับการระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย จำนวน 2 ราย ที่เข้ารับการผ่าตัดและได้รับการระงับความรู้สึกในกลุ่มงานการพยาบาลวิสัญญี โรงพยาบาลมหาสารคาม โดยรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยในการสัมภาษณ์ผู้ป่วยและการสังเกต การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์เปรียบเทียบ อาการและอาการแสดง การรักษา แบบบันทึกทางการพยาบาลโดยใช้แนวคิดประเมินผู้ป่วยตามแบบแผนทางด้านสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอน

ผลการศึกษา : เปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยกระดูกเข้าสะโพกหักที่รักษาด้วยการผ่าตัดร่วมกับได้รับการระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย จำนวน 2 ราย พบว่า

รายที่ 1 ชายไทย อายุ 46 ปี ประสบอุบัติเหตุโดนไฟฟ้าแรงสูงช็อต ตกจากต้นไม้สูง 5 เมตร ไม่สลบ จำเหตุการณ์ได้ มีแผลที่ขาซ้ายเป็นรอยช้ำ ปวดสะโพกซ้าย และขาซ้ายผิดรูป ได้รับการวินิจฉัยโรค คือ MHI (Moderate risk) with Electrical injury with CFX Acetabulum left hip รักษาด้วยการผ่าตัดร่วมกับได้รับการระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย

รายที่ 2 ชายไทยอายุ 46 ปี ประสบอุบัติเหตุรถกระบะชนรถเก๋งลงข้างทาง สลบ จำเหตุการณ์ได้ ไม่หมด ปวดหัวไหล่และต้นขาซ้าย ปวดมากขยับลำบาก มีแผลซ้ำที่หัวไหล่ มีโรคประจำตัวคือ ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง ได้รับการวินิจฉัยโรค คือ MHI (Moderate risk) with CFX left Acetabulum with CFX left Proximal humerus รักษาด้วยการผ่าตัดร่วมกับได้รับการระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย

กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย มีอาการและอาการแสดงของกระดูกเข้าสะโพกหักคือ มีอาการปวดบวมบริเวณสะโพก เจ็บสะโพกขยับตัวไม่ได้และมีลักษณะขาผิดรูป เมื่อติดตามผลลัพธ์ทางการพยาบาล พบว่ามีภาวะแทรกซ้อนจากการสูญเสียเลือดและสารน้ำเป็นจำนวนมากในเวลารวดเร็ว

สรุป : การพยาบาลผู้ป่วยกระดูกเข้าสะโพกหักที่รักษาด้วยการผ่าตัดร่วมกับได้รับการระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย มีรายละเอียดและโรคประจำตัวที่แตกต่างกัน วิสัยทัศน์พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการให้การระงับความรู้สึกที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย รวมถึงการดูแลให้การพยาบาลที่เหมาะสมทั้งระยะก่อน ระยะขณะ และหลังการได้รับยาระงับความรู้สึกซึ่งจะช่วยให้การผ่าตัดปลอดภัย ควรนำหลักฐานเชิงประจักษ์มาใช้เป็นแนวทางปฏิบัติการพยาบาลสำหรับการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ เพื่อลดโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตรายถึงชีวิตได้อย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ : การพยาบาลผู้ป่วยกระดูกเข้าสะโพกหัก, การได้รับการระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย, กระดูกเข้าสะโพกหัก

Nursing care of patients Acetabulum fracture with surgery combined with General

Anesthesia :Two case studies

Cattaleeya Thubseang

Background: Hip Fracture is one of the incidences that is increasing as the population ages. Most of the time the causes of Hip Fractures are falls which are the leading cause of hospital admissions. Also, the death rate is highest in the first 6 months after a hip fracture and leads to quality of life being worse. Therefore, a variety of surgical treatments, and having basic knowledge and planning the correct anesthesia proper and timely treatment is important to help ensure patient safety. Also, it will Reduce complications and be able to recover faster after surgery.

Objective: To study nursing care for patients with Hip Fractures treated with surgery combined with general anesthesia: 2 case studies.

Method: Comparison of the nursing care given to two patients with general anesthesia and surgery to heal their hip socket fractures who had undergone surgery and received anesthesia

In the anesthesia nursing work group at Maha Sarakham Hospital By collected information from inpatient medical records. Patient interviews and observations data analysis comparative analysis Symptoms and signs, treatment, nursing notes using the concept of evaluating patients according to Gordon's 11 health models.

Results: A comparison of nursing care for 2 patients with hip socket fractures treated with surgery combined with general anesthesia found that:

Case 1: A Thai man, age 46, had an accident and was electrocuted by high voltage had fell from a 5-meter-high tree, and did not faint; he could remember the incident, and he had a shock wound on his left leg, pain in his left hip, and his left leg was deformed. The diagnosis was MHI (Moderate risk) with Electrical injury with CFX Acetabulum left hip and was treated with surgery along with general anesthesia.

Case 2: A 46-year-old Thai man had an accident when a pickup truck crashed into a sedan on the side of the road. He was unconscious and could not remember the incident.

Not all, left shoulder and thigh pain. Very painful, difficult to move There was a bruise on the shoulder. Moreover, He has a congenital disease which is high blood pressure and high blood fat. The diagnosis of MHI (Moderate risk) with CFX left Acetabulum with CFX left Proximal humerus. Treated with surgery along with general anesthesia.

Both case studies had signs and symptoms of a hip socket fracture. There is pain and swelling in the hip area. Hip pain, unable to move, and They had deformed legs. also when following up on nursing results, it was found that there are complications from the rapid loss of a large amount of blood and fluid.

Summarize: There are different details and congenital diseases in nursing care of patients with hip socket fractures treated with surgery combined with general anesthesia. Anesthetists play an important role in providing appropriate anesthesia for each patient. Including taking care of providing appropriate nursing care before, during, and after receiving anesthesia which will help keep the surgery safe. Empirical evidence should be used as nursing practice guidelines for the care of this group of patients. To effectively reduce the chance of life-threatening complications.

Important Words: Nursing care of patients with hip socket fractures, receiving general anesthesia, hip socket fractures

บทนำ

กระดูกเข้าสะโพกหักจากภัยอันตรายชนิดไม่รุนแรง (Acetabulum fracture) เป็นปัญหาสำคัญที่พบมากขึ้นทั่วโลก 2-3 เท่า รวมทั้งอุบัติการณ์กระดูกสะโพกหักในประเทศไทยมีแนวโน้มสูงขึ้นเช่นกัน⁽¹⁾ โดยพบว่า มีอุบัติการณ์การเกิดกระดูกเข้าสะโพกหักอย่างน้อย 150 - 250 รายต่อแสนประชากร ในประเทศแถบยุโรป และอเมริกาเหนือ⁽²⁾ และทั่วโลกคาดว่าจะมีผู้ป่วยกระดูกเข้าสะโพกหักจำนวน 2.6 ล้านรายในปี พ.ศ. 2568⁽³⁾ ประเทศไทยข้อมูลจากการศึกษาจังหวัดเชียงใหม่ ในปี พ.ศ.2556 พบว่ามีอุบัติการณ์กระดูกสะโพกหักในคนอายุมากกว่า 50 ปี คิดเป็น 181 ต่อ 100,000 คน เป็นเพศหญิง มากกว่าชาย 2.4 เท่า และจะเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ โดย คาดว่าในปี พ.ศ. 2568 และ 2593 จะมีจำนวนผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักถึง 34,246 คน และ 56,443 คน ตามลำดับ⁽⁴⁻⁵⁾ กระดูกเข้าสะโพกและกระดูกเชิงกรานเป็นตำแหน่งที่รับน้ำหนักจากลำตัวและกระจายแรงไปยังกระดูกต้นขา จึงมีความสำคัญในการเคลื่อนไหวของมนุษย์กระดูกเชิงกรานหัก (Pelvic fracture) พบได้ร้อยละ 5 ของกระดูกหักในร่างกายส่วนกระดูกเข้าสะโพกหัก (Acetabular fracture) พบได้ประมาณ 3 รายต่อแสนประชากรต่อปี⁽⁶⁻⁷⁾ โดยสาเหตุส่วนใหญ่ เกิดจากอุบัติเหตุการพลัดตกหกล้ม ซึ่งเกิดจากความเสื่อมของกระดูก การเกิดกระดูกหักนับเป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุขในระดับนานาชาติ เป็นสาเหตุที่สำคัญของการรับไว้ในโรงพยาบาล และพบว่าอัตราการตายจะสูงสุดในช่วง 6 เดือนแรกหลังจากเกิดกระดูกเข้าสะโพกหักมีคุณภาพชีวิตที่แย่งเป็นภาระต่อญาติและครอบครัวในการดูแล โดยพบว่าภายหลังการเกิดกระดูกสะโพกเข้าหักร้อยละ 22 ของผู้ป่วย ไม่สามารถเดินได้ และประมาณ 1 ใน 3 ของผู้ป่วยไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ และต้องการการดูแล⁽⁸⁻⁹⁾ จากสถิติผู้ป่วยที่ได้รับการระงับความรู้สึกเพื่อผ่าตัดกระดูกเข้าสะโพกหักในกลุ่มงานพยาบาลวิสัญญีปี พ.ศ. 2564-2566 มีจำนวน 2 ราย 6 ราย และ 14 ราย ตามลำดับ⁽¹⁰⁾ ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ผู้ป่วยทุกรายที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด ใช้เวลาในการผ่าตัดเป็นเวลา 4-8 ชั่วโมง/ราย โดยเฉลี่ยใช้เวลาในการผ่าตัดประมาณ 4.5 ชั่วโมง 29 ซึ่งพบว่ามีภาวะแทรกซ้อนขณะทำการผ่าตัด ได้แก่ สูญเสียเลือดและสารน้ำเป็นจำนวนมากในเวลารวดเร็วจำนวน 2 ราย มีภาวะ Cardiac Arrest และได้ช่วยฟื้นคืนชีพขณะผ่าตัด จำนวน 2 ราย และเสียชีวิตทั้ง 2 รายด้วยสาเหตุคือภาวะ Hypovolemic shock ทั้ง 2 ราย

วิสัญญีพยาบาล ซึ่งเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยทั้งระยะก่อน ระยะ และหลังการได้รับยาระงับความรู้สึก โดยเฉพาะการดูแลระยะขณะที่ได้รับยาระงับความรู้สึกแก่ผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดกระดูกเข้าสะโพกหักจึงต้องมีความรู้ ความเข้าใจทั้งด้านกายวิภาค กลไกการบาดเจ็บเกี่ยวกับโรคของผู้ป่วย ชนิดของการผ่าตัด วิธีการระงับความรู้สึก การให้สารน้ำและเลือด การดูแลรักษาพยาบาลในการให้ยาระงับความรู้สึกผู้ป่วยที่มีภาวะกระดูกเข้าสะโพกหัก นอกจากนี้ วิสัญญีพยาบาลควรมีความสามารถในการวินิจฉัยภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นระยะก่อน ระยะ และหลังการได้รับยาระงับความรู้สึกที่พบได้บ่อยและสามารถแก้ไขปัญหานั้นได้ โดยการวางรูปแบบปฏิบัติการพยาบาลที่เหมาะสมโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์จะช่วยให้การรักษาพยาบาล การฟื้นฟูสภาพและป้องกันภาวะแทรกซ้อนขณะรับการรักษา เพื่อลดความรุนแรงของโรคได้

ดังนั้นผู้ศึกษาจึงได้รวบรวมความรู้ที่เกี่ยวข้องและเลือกกรณีศึกษาเรื่องการพยาบาลผู้ป่วยกระดูกเข้าสะโพกหักที่รักษาด้วยการผ่าตัดร่วมกับได้รับการระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย: กรณีศึกษา 2 ราย โดยเลือกผู้ป่วยกระดูกเข้าสะโพกหักที่รักษาด้วยการผ่าตัดร่วมกับได้รับการระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายที่มีภาวะแทรกซ้อนสูญเสียเลือดและสารน้ำเป็นจำนวนมากในเวลารวดเร็ว ขณะทำการผ่าตัด โดยผลการศึกษาที่ได้นำมาปรับปรุงพัฒนางานให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยกระดูกเข้าสะโพกหักที่รักษาด้วยการผ่าตัดร่วมกับได้รับการระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย กรณีศึกษา 2 ราย

วิธีการศึกษา

การศึกษาเชิงพรรณนาเพื่อเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยกระดูกเข้าสะโพกหักที่รักษาด้วยการผ่าตัดร่วมกับได้รับการระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย: กรณีศึกษา 2 ราย ที่เข้ารับการผ่าตัดและได้รับการระงับความรู้สึกในกลุ่มงานวิสัญญีพยาบาล โรงพยาบาลมหาสารคาม ในช่วงเดือนเดือนสิงหาคม ถึง ธันวาคม 2566 เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ประกอบด้วย 1) แบบบันทึกข้อมูล รวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยใน 2) การสัมภาษณ์ญาติผู้ป่วยเกี่ยวกับเรื่องข้อมูลการเจ็บป่วยและภาวะสุขภาพ 3) แบบบันทึกทางการพยาบาล โดยใช้แนวคิดประเมินผู้ป่วยตามแบบแผน ทางด้านสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอน⁽¹¹⁾ เพื่อให้ได้ปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล นำมาวางแผนและให้การ พยาบาลผู้ป่วย การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหาเกี่ยวกับ ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค พยาธิสภาพ อาการและอาการแสดงปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลการให้การพยาบาลและประเมินผลลัพธ์การพยาบาลใน 3 ระยะ ได้แก่ ระยะก่อน ระยะขณะ และระยะหลังได้รับการระงับความรู้สึก

ผลการศึกษา

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคล กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย

ข้อมูลส่วนบุคคล	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
เพศ	ชาย	ชาย
อายุ	46	46
ศาสนา	พุทธ	พุทธ
ระดับการศึกษา	มัธยมศึกษาปีที่ 6	มัธยมศึกษาปีที่ 3
อาชีพ	เกษตรกร	พระสงฆ์
สิทธิการรักษา	บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า 30 บาท	บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า 30 บาท
ภูมิลำเนา	อำเภอลำปุม จังหวัดมหาสารคาม	อำเภอลำปุม จังหวัดมหาสารคาม

ข้อมูลส่วนบุคคล	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
ผู้ดูแล	ภรรยาและบุตร	ศิษย์วัด

จากตารางที่ 1 พบว่ากรณีศึกษาทั้ง 2 รายเป็นเพศชาย อายุเท่ากัน ภูมิลำเนาเดียวกัน ใช้สิทธิการรักษาเหมือนกัน แต่รายที่ 1 มีอาชีพเกษตรกร มีผู้ดูแลเป็นภรรยาและบุตร ส่วนรายที่ 2 เป็นพระสงฆ์ มีผู้ดูแลเป็นศิษย์วัด

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับสุขภาพ กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย

ข้อมูลส่วนบุคคล	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
อาการสำคัญ	ปวดสะโพกซ้าย ก่อนมาโรงพยาบาล 3 ชั่วโมง	ปวดขาและหัวไหล่ซ้าย ก่อนมา โรงพยาบาล 5 ชั่วโมง
อาการเจ็บป่วย ในปัจจุบัน	3 ชั่วโมง ก่อนมาโรงพยาบาลประสบ อุบัติเหตุโดนไฟฟ้าแรงสูงช็อต ตกจาก ต้นไม้สูง 5 เมตรหลังตกลงมาไม่มีศีรษะ กระแทกพื้น ไม่สลบ จำเหตุการณ์ได้ มี แผลที่ขาซ้ายเป็นรอยขีด ปวดสะโพก ซ้าย และขาซ้ายผิดรูป	5 ชั่วโมง ก่อนมาประสบอุบัติเหตุรถ กระบะชนรถเก๋งลงข้างทางไม่มีศีรษะ กระแทก สลบ จำเหตุการณ์ได้ไม่หมด ปวดหัวไหล่และต้นขาซ้าย ปวดมาก ขยับลำบาก มีแผลซ้ำที่หัวไหล่
อาการเจ็บป่วย ในอดีต	10 ปีก่อนป่วยเป็นไทรอยด์เป็นพิษ และ ขาดยาประมาณ 3-4 ปี	15 ปีก่อนป่วยเป็นความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง รับประทานยาที่ โรงพยาบาล วาปีปทุม
โรคประจำตัว	ไทรอยด์เป็นพิษ	ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง
ประวัติการเจ็บป่วย ในครอบครัว	ปฏิสโร	ปฏิสโร
ประวัติแพ้ยา	ปฏิสโร	ปฏิสโร
ประวัติการผ่าตัด	ปฏิสโร	ปฏิสโร
ประวัติการใช้ สิ่งเสพติด	สูบบุหรี่วันละประมาณ 20 มวน/วัน สูบบุหรี่มานานกว่า 10 ปี ปฏิสโรการใช้สารเสพติดชนิดอื่น ๆ	ไม่สูบบุหรี่, ไม่ดื่มสุรา ปฏิสโรการใช้สารเสพติดชนิดอื่น ๆ

จากตารางที่ 2 พบว่ากรณีศึกษาทั้ง 2 ราย มาด้วยอุบัติเหตุเหมือนกัน รายที่ 1 โดนไฟฟ้าแรงสูงช็อต ตกจากต้นไม้สูง 5 เมตรหลังตกลงมาไม่มีศีรษะกระแทกพื้น ไม่สลบ จำเหตุการณ์ได้ มีแผลที่ขาซ้ายเป็นรอยขีด ปวดสะโพกซ้าย และขาซ้ายผิดรูป มีโรคประจำตัว คือ ไทรอยด์เป็นพิษ ขาดยาประมาณ 3-4 ปี สูบบุหรี่วันละประมาณ 20 มวน/วัน สูบบุหรี่มานานกว่า 10 ปี รายที่ 2 รถกระบะชนรถเก๋งลงข้างทางไม่มีศีรษะกระแทก สลบ

จำเหตุการณ์ได้ไม่หมด ปวดหัวไหล่และต้นขาซ้าย ปวดมากขยับลำบาก มีแผลซ้ำที่หัวไหล่ มีโรคประจำตัว คือ ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง รับประทานยาที่โรงพยาบาลวชิรพยาบาล

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบการประเมินอาการแรกเริ่ม และผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย

ข้อมูลส่วนบุคคล	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
อาการแรกเริ่ม	รับ refer จากโรงพยาบาลวชิรพยาบาล มาที่ ER โรงพยาบาลมหาสารคาม เวลา 13.46 น. วันที่ 16 สิงหาคม 2566 สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 37.9 องศาเซลเซียส ชีพจร 88 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 126/84 mmHg ความเข้มข้นของออกซิเจนในกระแสเลือด 97 เปอร์เซ็นต์ ประเมินทางระบบประสาท E4V5M6 งดน้ำงดอาหาร ดูแลให้สารน้ำ 0.9%NSS 120 cc/hr. Hct 43 Vol% มีระดับความปวดอยู่ที่ 7-10 คะแนน	รับ refer จากโรงพยาบาลบรบือ มาที่ ER โรงพยาบาลมหาสารคาม เวลา 18.08 น. วันที่ 15 สิงหาคม 2566 สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.4 องศาเซลเซียส ชีพจร 100 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 120/74 mmHg ความเข้มข้นของออกซิเจนในกระแสเลือด 98 เปอร์เซ็นต์ ประเมินทางระบบประสาท E4V5M6 งดน้ำงดอาหาร ดูแลให้สารน้ำ 0.9%NSS 100 cc/hr ระดับความปวดอยู่ที่ 4-10 คะแนน
การตรวจทางห้องปฏิบัติการที่สำคัญ	กรุ๊ปเลือด O CBC: Hct 33.9 vol% Plt 19,900 cell/mm ³ BUN 13 mg/dl Cr 0.7 mg/dl, Na 133 mmol/L, Cl 95 mmol/L, K 4.7 mmol/L, TCO ₂ 26 mmol/dL, TSH < 0.005 FT ₃ = 0.32 FT ₄ = 1.55 ตรวจพบเชื้อ UTI	กรุ๊ปเลือด B CBC : Plt 913,000 cell/mm ³ BUN 10 mg/dl, Cr 0.66 mg/dl , Hct 33 vol% GFR 116.2 ml/min/1.73m ² , Na 135 mmol/L, Cl 98 mmol/L, K 4.4 mmol/L, TCO ₂ 23 mmol/L ตรวจพบเชื้อ A.baum (HAP)
ผลการตรวจทางรังสีวิทยา	- CT brain ผลการตรวจ No ICH - X-ray พบว่า Acetabulum of Left Hip	- CT brain ผลการตรวจ No ICH - X-ray พบว่า CFX at Left Acetabulum
การวินิจฉัยโรค	MHI (Moderate risk) with Electrical injury with CFX Acetabulum left hip	MHI (Moderate risk) with CFX left Acetabulum with CFX left Proximal humerus

ข้อมูลส่วนบุคคล	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
การรักษา	- ผ่าตัด ORIF with Pelvic reconstruction plate วันที่ 25 สิงหาคม 2566	- ผ่าตัด CR left hip with CR-U-slab left humerus วันที่ 16 สิงหาคม 2566 - ผ่าตัด ORIF with Pelvic reconstruction plate วันที่ 30 สิงหาคม 2566

ตารางที่ 3 พบว่ากรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ได้รับการประเมินทางระบบประสาท E4V5M6 งดน้ำงดอาหาร ดูแลให้สารน้ำ 0.9%NSSCT brain ผลการตรวจ No ICH X-ray พบว่า Acetabulum of Left Hip เหมือนกัน รายที่ 1 ได้รับการวินิจฉัย MHI (Moderate risk) with Electrical injury with CFX Acetabulum left hip ผ่าตัด ORIF with Pelvic reconstruction plate วันที่ 25 สิงหาคม 2566 รายที่ 2 ได้รับการวินิจฉัยผ่าตัด MHI (Moderate risk) with CFX left Acetabulum with CFX left Proximal humerus ผ่าตัด CR left hip with CR-U-slab left humerus วันที่ 16 สิงหาคม 2566 และ ผ่าตัด ORIF with Pelvic reconstruction plate วันที่ 30 สิงหาคม 2566 ซึ่งได้รับการระงับความรู้สึกทั่วร่างกายเหมือนกัน

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบข้อมูลแบบแผนทางด้านสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอน

ข้อมูล	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
แบบแผนสุขภาพ		
1. การรับรู้ภาวะสุขภาพและการดูแลสุขภาพ	<u>ก่อนเข้ารับการรักษา</u> ผู้ป่วยรับรู้ว่ามึโรคประจำตัวคือ ไทรอยด์ เป็นพิษ 10 ปี ขาดยามาประมาณ 3-4 ปี <u>ขณะเข้ารับการรักษา</u> ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี รับรู้ประสพอุบัติเหตุ ทำให้กระดูกเข้าสะโพกหัก ต้องได้รับการผ่าตัด การเจ็บป่วยมีผลต่อรายได้ของครอบครัว และกังวลเรื่องการดมยาสลบ การฟื้นตัว และระยะเวลาในการรักษา	<u>ก่อนเข้ารับการรักษา</u> ผู้ป่วยรับรู้ว่ามึโรคประจำตัวคือ ความดันโลหิตสูงและไขมันในเลือดสูง รับประทานยาอย่างต่อเนื่องที่โรงพยาบาลลาปีปทุม <u>ขณะเข้ารับการรักษา</u> ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี รับรู้ประสพอุบัติเหตุ ทำให้กระดูกเข้าสะโพกหัก ต้องได้รับการผ่าตัด กังวลกลัวไปมึตื่น การเจ็บป่วยครั้งนี้กลัวเป็นภาระของศิษย์วัด และกังวลเรื่องการฟื้นตัว และตรวจพบเชื้อ A.baum (HAP) ที่ปอด กังวลเรื่องระยะเวลาในการรักษา
2. โภชนาการและการเผาผลาญสารอาหาร	<u>ก่อนเข้ารับการรักษา</u> ปกติรับประทานอาหารครบ 3 มื้อ <u>ขณะเข้ารับการรักษา</u>	<u>ก่อนเข้ารับการรักษา</u> ผู้ป่วยเป็นพระภิกษุ ฉ้นมือเดียว และน้ำปานะ <u>ขณะเข้ารับการรักษา</u>

ข้อมูล	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
แบบแผนสุขภาพ		
3. การขับถ่าย	ในขณะที่เจ็บป่วยผู้ป่วยดื่มน้ำดื่มน้ำอาหารดูแลให้สารน้ำ 0.9%NSS 120 cc/hr <u>ก่อนเข้ารับการรักษา</u> ขับถ่ายอุจจาระปกติวันละ 1 ครั้ง ปัสสาวะปกติวันละ 4 - 5 ครั้ง <u>ขณะเข้ารับการรักษา</u> ผู้ป่วยมีปัญหาไม่ถ่ายอุจจาระ 4 วัน	ในขณะที่เจ็บป่วยผู้ป่วยดื่มน้ำดื่มน้ำอาหาร ดูแลให้สารน้ำ 0.9%NSS 100 cc/hr <u>ก่อนเข้ารับการรักษา</u> ขับถ่ายอุจจาระปกติวันละ 1 ครั้ง ปัสสาวะปกติวันละ 5 - 6 ครั้ง <u>ขณะเข้ารับการรักษา</u> ผู้ป่วยใส่สายสวนปัสสาวะ

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบข้อมูลแบบแผนทางด้านสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอน (ต่อ)

ข้อมูล	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
แบบแผนสุขภาพ		
4. กิจกรรมและการออกกำลังกาย	ได้รับประทานยา lactulose 30 มิลลิกรัม และ ได้สวน unison enema 1 ครั้งจึงขับถ่ายอุจจาระ ผู้ป่วยใส่สายสวนปัสสาวะ หลังผ่าตัด 3 วัน พบว่าติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ จึงได้ถอดสายสวนปัสสาวะ และผู้ป่วยปัสสาวะได้เอง <u>ก่อนเข้ารับการรักษา</u> ทำกิจวัตรประจำวันต่างๆ ได้ด้วยตนเอง <u>ขณะเข้ารับการรักษา</u> จำกัดการเคลื่อนไหวมีแผลผ่าตัดที่เท้า สะโพกซ้ายพัน elastic bandage ไว้ ทำ Ankle pumping Exercise และฝึกเดินด้วย walker ผู้ป่วยปฏิบัติตัวได้ดี	หลังผ่าตัด 3 วัน ถอดสายสวนปัสสาวะปัสสาวะได้เอง <u>ก่อนเข้ารับการรักษา</u> ทำกิจวัตรประจำวันต่างๆ ได้ด้วยตนเอง <u>ขณะเข้ารับการรักษา</u> จำกัดการเคลื่อนไหวบนเตียง on skin traction ไว้ แผลผ่าตัดที่เท้าสะโพกซ้ายพัน elastic bandage ไว้ ทำ Ankle pumping Exercise ผู้ป่วยปฏิบัติตัวได้ดี
5. การพักผ่อนนอนหลับ	<u>ก่อนเข้ารับการรักษา</u> นอนหลับประมาณ 6-8 ชั่วโมงต่อวัน ไม่มีปัญหาการนอน <u>ขณะเข้ารับการรักษา</u> นอนหลับประมาณ 6-8 ชั่วโมงต่อวัน ไม่มีปัญหาการนอน	<u>ก่อนเข้ารับการรักษา</u> นอนหลับประมาณ 6-8 ชั่วโมงต่อวัน ไม่มีปัญหาการนอน <u>ขณะเข้ารับการรักษา</u> นอนหลับประมาณ 6-8 ชั่วโมงต่อวัน ไม่มีปัญหาการนอน

ข้อมูล	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
แบบแผนสุขภาพ		
6. สถิติปัญหาและการรับรู้	<u>ก่อนเข้ารับการรักษา</u> จบม.6 สามารถ อ่านออกเขียนได้ ตามปกติ <u>ขณะเข้ารับการรักษา</u> GCS แกร็บ E4V5M6 หลังได้รับการ รักษาและการผ่าตัด GCS E4V5M6 ก่อนจำหน่าย	<u>ก่อนเข้ารับการรักษา</u> จบม.3 สามารถ อ่านออกเขียนได้ ตามปกติ <u>ขณะเข้ารับการรักษา</u> GCS แกร็บ E4V5M6 หลังได้รับการ รักษาและการผ่าตัด GCS E4V5M6 ก่อนจำหน่าย
7. การรับรู้ตนเอง และอัตมโนทัศน์	<u>ก่อนเข้ารับการรักษา</u> ผู้ป่วยรับรู้ว่าคุณภาพแข็งแรง	<u>ก่อนเข้ารับการรักษา</u> ผู้ป่วยรับรู้ว่าคุณภาพไม่แข็งแรง

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบข้อมูลแบบแผนทางด้านสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอน (ต่อ)

ข้อมูล	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
แบบแผนสุขภาพ		
8. บทบาทและ สัมพันธภาพ	<u>ขณะเข้ารับการรักษา</u> ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี รับรู้ประสพอุบัติเหตุ ทำให้ กระดูกเบ้าสะโพกหัก ต้องได้รับการผ่าตัด <u>ก่อนเข้ารับการรักษา</u> เป็นครอบครัวเดี่ยวอาศัยอยู่กับภรรยา มีบุตร 2 คนครอบครัวรักใคร่กันดี <u>ขณะเข้ารับการรักษา</u> มีภรรยาเป็นผู้ดูแล	<u>ขณะเข้ารับการรักษา</u> ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี รับรู้ประสพอุบัติเหตุ ทำให้ กระดูกเบ้าสะโพกหัก ต้องได้รับการผ่าตัด <u>ก่อนเข้ารับการรักษา</u> ผู้ป่วยอาศัยอยู่ที่วัดมีมารดาคอยดูแล และเข้ากับพระสงฆ์ ศิษย์วัด และชุมชนได้ดี <u>ขณะเข้ารับการรักษา</u> มีศิษย์วัดเป็นผู้ดูแล
9. เพศและการเจริญ พันธุ์	เหมาะสมกับเพศของตนเอง ความสัมพันธ์กับภรรยาปกติ	เหมาะสมกับเพศของตนเอง สถานะภาพ เป็นพระสงฆ์
10. การปรับตัว และการเผชิญ ความเครียด	<u>ก่อนเข้ารับการรักษา</u> ไม่ค่อยมีความเครียด ไม่คิดมาก เมื่อมีความเครียดระบายให้ภรรยาฟัง <u>ขณะเข้ารับการรักษา</u> มีความวิตกกังวลมากในการที่จะต้องได้รับ การผ่าตัดและการฟื้นฟูการปฏิบัติตัว	<u>ก่อนเข้ารับการรักษา</u> ไม่ค่อยมีความเครียด ไม่คิดมาก เจ็บป่วยเป็นเรื่องธรรมดาที่ทุกคนต้องเจอ สวดมนต์และนั่งสมาธิ <u>ขณะเข้ารับการรักษา</u>

ข้อมูล	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
แบบแผนสุขภาพ	ก่อนผ่าตัดและ ในการดูแลตนเองเมื่อกลับบ้าน	มีความกังวลมาก ในการดูแลตนเองเมื่อกลับไปดูแลตัวเองต่อที่โรงพยาบาลใกล้บ้าน หรือที่วัด กลัวเป็นภาระของศิษย์วัด
10. ความเชื่อ	นับถือศาสนาพุทธ เชื่อเรื่องสิ่งศักดิ์สิทธิ์ เข้าวัดตามโอกาสนาน ๆ ครั้ง	ผู้ป่วยเป็นพระภิกษุจำพรรษาที่วัด นับถือศาสนาพุทธ เชื่อเรื่องทำดีได้ดี เชื่อบาปบุญคุณโทษ

จากตารางที่ 4 พบว่ากรณีศึกษาทั้ง 2 ราย มีปัญหาเรื่องวิตกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัดกระดูกเข้าสะโพกหัก งดน้ำงดอาหารดูแลให้สารน้ำ และถูกจำกัดการเคลื่อนไหวมีแผลผ่าตัดที่เข้าสะโพกซ้ายพัน elastic bandage เหมือนกัน รายที่ 1 ผู้ป่วยมีปัญหาไม่ถ่ายอุจจาระ และหลังผ่าตัด 3 วัน พบว่าติดเชื้ในระบบทางเดินปัสสาวะ จึงได้ถอดสายสวนปัสสาวะ ได้รับยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษา และปัสสาวะได้เอง รายที่ 2 ผู้ป่วยมีปัญหา หายใจเหนื่อยหอบ ตรวจพบเชื้อ A.baum (HAP) ที่ปอด ได้รับยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษา

ตารางที่ 5 การเปรียบเทียบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
ระยะที่ 1 ระยะก่อนได้รับ		
การระงับความรู้สึก		
1. ผู้ป่วยมีความวิตกกังวล เกี่ยวกับการผ่าตัดกระดูก เข้าสะโพกหัก เนื่องจาก ไม่เคยมีประสบการณ์ในการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการ ได้รับยาระงับความรู้สึกและการผ่าตัด	<u>ข้อมูลสนับสนุน</u> S: ผู้ป่วยบอกว่า “ไม่เคยได้รับการผ่าตัด” “กลัวดมยาสลบแล้วไม่ฟื้น” O: สีหน้าผู้ป่วยวิตกกังวล คิ้วขมวด : คะแนนความกังวล = 8 คะแนน <u>วัตถุประสงค์</u> 1. เพื่อลดความวิตกกังวล 2. เพื่อให้ผู้ป่วยปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการ ได้รับยาระงับความรู้สึกได้ถูกต้อง <u>เกณฑ์การประเมินผล</u> 1. ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวลลดลง สีหน้า ยิ้มแย้มแจ่มใส 2. ปฏิบัติตัวทั้งระยะก่อนและหลังได้รับยาระงับความรู้สึกได้ถูกต้อง	<u>ข้อมูลสนับสนุน</u> S: ผู้ป่วยบอกว่า “ไม่เคยได้รับการผ่าตัด” “กลัวไม่ตื่น” O: สีหน้าผู้ป่วยวิตกกังวล ก้มหน้ามองต่ำ : คะแนนความกังวล = 7 คะแนน <u>วัตถุประสงค์</u> 1. เพื่อลดความวิตกกังวล 2. เพื่อให้ผู้ป่วยปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการได้รับ ยาระงับความรู้สึกได้ถูกต้อง <u>เกณฑ์การประเมินผล</u> 1. ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวลลดลง สีหน้า ยิ้มแย้มแจ่มใส 2. ปฏิบัติตัวทั้งระยะก่อนและหลังได้รับยาระงับความรู้สึกได้ถูกต้อง

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
	<u>กิจกรรมการพยาบาล</u> 1. พุดคุยเพื่อสร้างสัมพันธภาพและเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติซักถาม 2. ประเมินความวิตกกังวล 3. อธิบายการปฏิบัติตัวทั้งระยะก่อน ขณะ และหลังการได้รับยาระงับความรู้สึก เช่น การหายใจโดยใช้กลัมนีโอกระบังลม (Deep Breathing Exercise) การไออย่างมีประสิทธิภาพ (Effective cough) แนะนำการปฏิบัติตัวเมื่อมีความปวดในระดับที่ต้องการรักษา (pain score > 4) 4. อธิบายแผนการรักษาพยาบาลให้แก่ผู้ป่วย	<u>กิจกรรมการพยาบาล</u> 1. พุดคุยเพื่อสร้างสัมพันธภาพและเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติซักถาม 2. ประเมินความวิตกกังวล 3. อธิบายการปฏิบัติตัวทั้งระยะก่อน ขณะ และหลังการได้รับยาระงับความรู้สึก เช่น การหายใจโดยใช้กลัมนีโอกระบังลม (Deep Breathing Exercise) การไออย่างมีประสิทธิภาพ (Effective cough) แนะนำการปฏิบัติตัวเมื่อมีความปวดในระดับที่ต้องการรักษา (pain score > 4) 4. อธิบายแผนการรักษาพยาบาลให้แก่ผู้ป่วย

ตารางที่ 5 การเปรียบเทียบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล (ต่อ)

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
	5. อธิบายการเตรียมทำความสะอาดร่างกายโกนหนวดเครา การงดอาหารและน้ำหลังเที่ยงคืนเปลี่ยนเสื้อผ้าก่อนเข้าห้องผ่าตัด ให้สารน้ำ การใส่สายสวนปัสสาวะ <u>การประเมินผล</u> ผู้ป่วยสีหน้ายิ้มแย้มแจ่มใส คะแนนความกังวล = 4 คะแนน และผู้ป่วยฝึกหายใจโดยใช้กลัมนีโอกระบังลมและไออย่างมีประสิทธิภาพได้ถูกต้อง	5. อธิบายการเตรียมทำความสะอาดร่างกายโกนหนวดเครา การงดอาหารและน้ำหลังเที่ยงคืน เปลี่ยนเสื้อผ้าก่อนเข้าห้องผ่าตัด ให้สารน้ำ การใส่สายสวนปัสสาวะ <u>การประเมินผล</u> ผู้ป่วยสีหน้ายิ้มแย้มแจ่มใส คะแนนความกังวล = 4 คะแนน และผู้ป่วยฝึกหายใจโดยใช้กลัมนีโอกระบังลมและไออย่างมีประสิทธิภาพได้ถูกต้อง
2. ปวดแผลเนื่องจากกระตุกเบ้าสะโพกหัก	<u>ข้อมูลสนับสนุน</u> S: ผู้ป่วย “บ่นปวดสะโพกข้างซ้าย ต้นขาซ้าย” “ไม่กล้าขยับตัว” O: สะโพกข้างซ้ายบวม	<u>ข้อมูลสนับสนุน</u> S: ผู้ป่วย “บ่นปวดสะโพกข้างซ้าย ต้นขาซ้าย” O: สะโพกข้างซ้ายบวม

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
	: pain score 7-10 <u>วัตถุประสงค์</u> 1. เพื่ออาการปวดแผลลดลง 2. เพื่อให้ผู้ป่วยสุขสบาย <u>เกณฑ์การประเมินผล</u> 1. ผู้ป่วยมี pain score ลดลง 2. ผู้ป่วยมีสีหน้าผ่อนคลาย <u>กิจกรรมการพยาบาล</u> 1. ประเมินความรุนแรงของความเจ็บปวด สะโพกและต้นขาซ้าย โดยการสังเกตจากสีหน้าท่าทางและซักถามอาการปวดโดยใช้ Numeric rating scale 2. on skin traction ขาซ้าย 5 ปอนด์ดูแลให้ skin traction 3. ให้การพยาบาลอย่างนุ่มนวล หลีกเลี่ยงการกระทบกระเทือน เพื่อไม่ให้เป็นการกระตุ้นให้เกิดความเจ็บปวดเพิ่มขึ้น	: pain score 4-10 คะแนน <u>วัตถุประสงค์</u> 1. เพื่ออาการปวดแผลลดลง 2. เพื่อให้ผู้ป่วยสุขสบาย <u>เกณฑ์การประเมินผล</u> 1. ผู้ป่วยมี pain score ลดลง 2. ผู้ป่วยมีสีหน้าผ่อนคลาย <u>กิจกรรมการพยาบาล</u> 1. ประเมินความรุนแรงของความเจ็บปวด สะโพกและต้นขาซ้าย โดยการสังเกตจากสีหน้าท่าทางและซักถามอาการปวดโดยใช้ Numeric rating scale 2. on skin traction ขาซ้าย 5 ปอนด์ดูแลให้ skin traction 3. ให้การพยาบาลอย่างนุ่มนวล หลีกเลี่ยงการกระทบกระเทือน เพื่อไม่ให้เป็นการกระตุ้นให้เกิดความเจ็บปวดเพิ่มขึ้น

ตารางที่ 5 การเปรียบเทียบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล (ต่อ)

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
	4. จัดสิ่งแวดล้อมให้สงบ ไม่รบกวนผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยพักผ่อนอย่างเพียงพอ 5. อธิบายสาเหตุที่ทำให้ปวดสะโพกและต้นขา พูดคุยปลอบโยน ให้กำลังใจแสดงออกด้วยท่าทางเห็นอกเห็นใจ เข้าใจถึงความเจ็บปวด 6. วัดสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง 7. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาแก้ปวดตามแผนการรักษา ได้แก่ Morphine 3 มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำเฉพาะเวลาปวดทุก 4 ชั่วโมง ประเมินซ้ำหลังให้ยา	4. จัดสิ่งแวดล้อมให้สงบ ไม่รบกวนผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยพักผ่อนอย่างเพียงพอ 5. อธิบายสาเหตุที่ทำให้ปวดสะโพกและต้นขา พูดคุยปลอบโยน ให้กำลังใจแสดงออกด้วยท่าทางเห็นอกเห็นใจ เข้าใจถึงความเจ็บปวด 6. วัดสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง 7. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาแก้ปวดตามแผนการรักษา ได้แก่ Morphine 3 มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำเฉพาะเวลาปวดทุก 4 ชั่วโมง ประเมินซ้ำหลังให้ยา

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
3. มีปัญหาการขับถ่าย อุจจาระเนื่องจากกระตูก เบ้าสะโพกหักและจำกัด การเคลื่อนไหว	Morphine 15 นาทีและสังเกตอาการ ข้างเคียงของยา เช่น คลื่นไส้อาเจียน ผื่นคัน กดการหายใจโดยประเมินการหายใจน้อย กว่า 10 ครั้งต่อนาทีหากมีอาการผิดปกติให้ การแก้ไขโดยให้ออกซิเจนและรายงาน แพทย์	Morphine 15 นาทีและสังเกตอาการ ข้างเคียงของยา เช่น คลื่นไส้อาเจียน ผื่นคัน กดการหายใจโดยประเมินการหายใจน้อย กว่า 10 ครั้งต่อนาทีหากมีอาการผิดปกติให้ การแก้ไขโดยให้ออกซิเจนและรายงาน แพทย์
	<u>การประเมินผล</u>	<u>การประเมินผล</u>
	อาการปวดทุเลาลง pain score 4 คะแนน สีหน้าสดชื่นขึ้น นอนหลับพักผ่อนได้	อาการปวดทุเลาลง pain score 3 คะแนน สีหน้าสดชื่นขึ้น นอนหลับพักผ่อนได้
	<u>ข้อมูลสนับสนุน</u>	
	S: ผู้ป่วย “บ่นท้องอืดแน่นท้อง” S: ผู้ป่วยบอกว่า “ไม่ถ่ายอุจจาระมา 4 วัน” O: สีหน้าไม่สุขสบาย <u>วัตถุประสงค์</u> เพื่อให้ผู้ป่วยถ่ายอุจจาระได้ตามปกติ <u>เกณฑ์การประเมินผล</u> 1. ขับถ่ายอุจจาระปกติ 1-2 ครั้งต่อวัน 2. ผู้ป่วยไม่บ่นแน่นท้อง	

ตารางที่ 5 การเปรียบเทียบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล (ต่อ)

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
	<u>กิจกรรมการพยาบาล</u>	
	1. ประเมินการขับถ่ายของผู้ป่วย	
	2. กระตุ้นให้มีกิจวัตรประจำวันเพิ่มขึ้น	
	กระตุ้นให้ดื่มน้ำมาก ๆ วันละ 2000-3000 มิลลิลิตร/วัน	
	4. แนะนำให้รับประทานอาหารที่มีกากใย มากขึ้น เช่น ผัก ผลไม้	

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
	5. รายงานแพทย์เพื่อพิจารณาให้ยาระบายหรือสวนอุจจาระหากให้การพยาบาลแล้วไม่ดีขึ้น 6. ดูแลให้ได้รับประทานยา lactulose 30 มิลลิกรัม และได้สวน Unison enema 1 ครั้ง 7. สังเกต บันทึกลักษณะ และระยะเวลาในการขับถ่าย <u>การประเมินผล</u> ผู้ป่วยมีสีหน้าสดชื่นขึ้นหลังจากผู้ป่วยได้รับยา สามารถจึงขับถ่ายอุจจาระปกติ 1 ครั้ง	
4. มีไข้เนื่องจากมีการติดเชื้อที่ปอด		<u>ข้อมูลสนับสนุน</u> S: ผู้ป่วยบอก “เหนื่อย มี ไข้ตัวร้อน” “ไม่สบายตัว” “หายใจไม่อิ่ม” O: อุณหภูมิ 37.9-38.5 องศาเซลเซียส : หายใจหอบเหนื่อย 22-24 ครั้ง/นาที : X-Ray ปอดพบว่ามี severe infiltration <u>วัตถุประสงค์</u> เพื่อให้ผู้ป่วยไม่มีไข้ <u>เกณฑ์การประเมินผล</u> 1. มีอุณหภูมิปกติ 36.8-37.2 องศาเซลเซียส 2. หายใจปกติ 16-20 ครั้ง/นาที

ตารางที่ 5 การเปรียบเทียบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล (ต่อ)

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
		<u>กิจกรรมการพยาบาล</u> 1. ดูแลให้ผู้ป่วยนอนหลับพักผ่อนให้เพียงพอเพื่อช่วยลดการเผาผลาญของร่างกาย 2. เช็ดตัวลดไข้ด้วยน้ำเย็น เพื่อเพิ่มกา

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
		ระบายความร้อนโดยการนำความร้อน เช็ดตัวลดไข้เมื่อผู้ป่วย มีไข้ 38.0 องศาเซลเซียสขึ้นไป 3. ประเมินสัญญาณชีพ อาการและอาการแสดงทุก 4 ชั่วโมงโดยเฉพาะการหายใจและอุณหภูมิ 4. ดูแลให้ได้รับยาปฏิชีวนะ ceftriaxone 2 gm วันละครั้งทางหลอดเลือดดำแต่ยังมีไข้สูงต่อเนื่อง จึง off ยาเปลี่ยนเป็น Tazocin 4.5 gm ทางหลอดเลือดดำทุก 6 ชั่วโมง 5. ให้การพยาบาลโดยใช้เทคนิคปลอดเชื้อเพื่อป้องกันไม่ให้อุณหภูมิผู้ป่วยมีการติดเชื้อเพิ่มขึ้นอีก 6. ติดตามผลการถ่ายภาพรังสีทรวงอกเพื่อประเมินการติดเชื้อหลังได้รับยาปฏิชีวนะ <u>การประเมินผล</u> อุณหภูมิกายอยู่ในช่วง 37.2-38.0 องศาเซลเซียส อัตราการหายใจ 20-22 ครั้ง/นาที และได้รับยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษาให้ครบ 10 วัน
<u>ระยะที่ 2 ระยะขณะได้รับ</u>	<u>ข้อมูลสนับสนุน</u>	
<u>การระงับความรู้สึก</u>	S: -	
5. มีโอกาสเกิด	O: ตรวจร่างกายพบผู้ป่วยมีพินบนหน้าท้อง	
ภาวะแทรกซ้อนจากการใส่	<u>วัตถุประสงค์</u>	
ท่อช่วยหายใจไม่สำเร็จ	เพื่อให้ผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจสำเร็จ	
ตารางที่ 5 การเปรียบเทียบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล (ต่อ)		
ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
	<u>เกณฑ์การประเมินผล</u>	

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
	ผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจได้สำเร็จ <u>กิจกรรมการพยาบาล</u> 1. วิสัญญีพยาบาลเยี่ยมผู้ป่วยก่อนการได้ยา ระงับความรู้สึก 1 วันก่อนผ่าตัดเพื่อเตรียม ผู้ป่วยทั้งร่างกายและจิตใจ 2. ซักประวัติความเจ็บป่วยในอดีต การ ผ่าตัด การได้ยาระงับความรู้สึก การแพ้ยา ยาที่รับประทานประจำ ประวัติการสูบบุหรี่ 3. ตรวจสอบการเปิดทางเดินหายใจให้ผู้ป่วย ปากเต็มที่แล้วแลบลิ้นออกมามากที่สุด ตรวจสอบการเคลื่อนไหวคอ ลักษณะคอ เช่น คอแข็ง ลักษณะฟันและระยะห่างของฟัน ระยะของกระดูกไทรอยด์ถึงปลายคาง 4. ประเมินผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ฟิล์มเอกซเรย์ปอด ผลการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ ถ้าผิดปกติรายงานวิสัญญีแพทย์ 5. ประเมินโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อน ระหว่างและหลังผ่าตัดตาม ASA Classification 6. เตรียมวิสัญญีแพทย์ 1 คนและวิสัญญี พยาบาล 2 คน เครื่องดมยาสลบ ท่อช่วย หายใจขนาด 7.5 และ 8.0 เครื่องส่อง หลอดลม และ laryngoscope Blade size 4 ท่อเปิดทางเดินหายใจทางปาก (oral airway) ขนาด 4 หน้ากากช่วยหายใจขนาด 4 ยา Thiopental, Cisatracurium, morphine, atropine, Prostigmin, อุปกรณ์เฝ้าระวัง (Monitor)	

ตารางที่ 5 การเปรียบเทียบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล (ต่อ)

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
	ความดันโลหิตชนิด Invasive blood pressure (IBP) A-line noninvasive blood pressure (NIBP) คลื่นไฟฟ้าหัวใจ (EKG) ปริมาณออกซิเจนในเลือด (SpO2) ปริมาณ คาร์บอนไดออกไซด์ในลมหายใจออก (EtCo2) อุณหภูมิกาย (temperature) จำนวนปัสสาวะ (Urine out put) 7. เตรียมสารน้ำ 0.9%NSS 1000 มิลลิลิตร และเลือด (PRC) 4 ถุง (FFP) 2 ถุง 8. จ้องหอผู้ป่วยถึงวิกฤต <u>การประเมินผล</u> ผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจได้สำเร็จ เบอร์ 8 ลึก 22 เซนติเมตร	
6. เสี่ยงต่อภาวะช็อก เนื่องจากเสียเลือดขณะผ่าตัด	<u>ข้อมูลสนับสนุน</u> S: - O: ผู้ป่วยเสียเลือดขณะผ่าตัด 1600 ml. :ฮีมาโตคริต 29 vol% <u>วัตถุประสงค์</u> เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะช็อก <u>เกณฑ์การประเมินผล</u> 1. สัญญาณชีพปกติ 2. ไม่มีภาวะช็อก <u>กิจกรรมการพยาบาล</u> 1. วัดความดันโลหิตแบบต่อเนื่องทาง Arterial line (A-line) และวัดค่าความดันในหลอดเลือดดำ central venous pressure (CVP) ทุก 5 นาที ขณะให้การระงับความรู้สึกเมื่อพบอาการดังนี้คือ ชีพจร >100 ครั้ง/นาที หรือ <60 ครั้ง/นาที MAP <65 mmHg ให้รายงานวิสัญญีแพทย์	<u>ข้อมูลสนับสนุน</u> S: - O: ผู้ป่วยเสียเลือดขณะผ่าตัด 1600 ml . : ฮีมาโตคริต 25% <u>วัตถุประสงค์</u> เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะช็อก <u>เกณฑ์การประเมินผล</u> 1. สัญญาณชีพปกติ 2. ไม่มีภาวะช็อก <u>กิจกรรมการพยาบาล</u> 1. วัดความดันโลหิตแบบต่อเนื่องทาง Arterial line (A-line) และวัดค่าความดันในหลอดเลือดดำ central venous pressure (CVP) ทุก 5 นาที ขณะให้การระงับความรู้สึกเมื่อพบอาการดังนี้คือ ชีพจร >100 ครั้ง/นาที หรือ <60 ครั้ง/นาที MAP <65 mmHg . ให้รายงานวิสัญญีแพทย์

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
ตารางที่ 5 การเปรียบเทียบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล (ต่อ)		
ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
	2. ประเมินการสูญเสียน้ำและเลือดจากขูด suction และผ้าซับโลหิต	2. ประเมินการสูญเสียน้ำและเลือดจากขูด suction และผ้าซับโลหิต
	3. เมื่อพบว่ามีการเสียเลือดปริมาณมาก สื่อสารในทีมทั้งวิสัญญีแพทย์ ศัลยแพทย์ พยาบาลช่วยส่งเครื่องมือเพื่อให้เพิ่มความระมัดระวังในการทำผ่าตัด	3. เมื่อพบว่ามีการเสียเลือดปริมาณมาก สื่อสารในทีมทั้งวิสัญญีแพทย์ ศัลยแพทย์ พยาบาลช่วยส่งเครื่องมือเพื่อให้เพิ่มความระมัดระวังในการทำผ่าตัด
	4. serial Hct ตามแผนการรักษาเจาะ Hct ทุก 1 ชั่วโมง	4 serial Hct ตามแผนการรักษาเจาะ Hct ทุก 1 ชั่วโมง
	5. ดูแลให้สารน้ำ 0.9% normal saline 3500 มิลลิลิตร Lactated Ringer's solution 3,800 มิลลิลิตร และ Pack red cell 900 มิลลิลิตรทดแทน	5.ดูแลให้สารน้ำ0.9% normal saline 3,300 มิลลิลิตร Lactated inger'solution 1,400 มิลลิลิตร และPack red cell 900 มิลลิลิตร FFP 500มิลลิลิตร Plt concentrate 200มิลลิลิตร ทดแทน
	6. เตรียมยาช่วยเพิ่มความดันโลหิต เช่น Ephedrine Atropine	6. เตรียมยาช่วยเพิ่มความดันโลหิต เช่น Ephedrine Atropine
	7. วัดปริมาณปัสสาวะทุกชั่วโมง	7. วัดปริมาณปัสสาวะทุกชั่วโมง
	<u>การประเมินผล</u>	<u>การประเมินผล</u>
	ผู้ป่วยไม่มีภาวะช็อก มีสัญญาณชีพปกติ ความดันโลหิตอยู่ในช่วง 106/64 -162/96 มิลลิเมตรปรอท ค่าความดันในหลอดเลือดดำ(CVP) อยู่ในช่วง 10-13 เซนติเมตรน้ำ ซีฟจรในช่วง 64-92 ครั้ง/นาที่ ปัสสาวะออกชั่วโมงละ 50-100 มิลลิลิตร สูญเสียเลือด1600 มิลลิลิตร Hct จาก 42 Vol% ลดลงเหลือ 29 Vol% ได้รับสารน้ำ 0.9% normal saline 3,500 มิลลิลิตร Lactated Ringer solution	ผู้ป่วยไม่มีภาวะช็อก มีสัญญาณชีพปกติ สัญญาณชีพปกติ ความดันโลหิตอยู่ในช่วง 100/64- 110/58 มิลลิเมตรปรอท ค่าความดันในหลอดเลือดดำ(CVP)อยู่ในช่วง10-13 เซนติเมตรน้ำ ซีฟจรในช่วง 82-92 ครั้ง/นาที่ ปัสสาวะออกชั่วโมงละ50-100 มิลลิลิตร สูญเสียเลือด1600 มิลลิลิตร Hct จาก 35Vol% ลดลงเหลือ 25 Vol%

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
	3,800 มิลลิลิตร และได้รับ Pack red cell 900 มิลลิลิตรทดแทน	ได้รับสารน้ำ 0.9% normal saline 3,300 มิลลิลิตร Lactated Ringer solution 1,400 มิลลิลิตร และได้รับ Pack red cell 900 มิลลิลิตร FFP 500 มิลลิลิตร Plt concentrate 200 มิลลิลิตร ทดแทน

ตารางที่ 5 การเปรียบเทียบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล (ต่อ)

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
7. เสี่ยงต่อการเกิดภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำเนื่องจากทำผ่าตัดนานและห้องผ่าตัดอากาศเย็น	<u>ข้อมูลสนับสนุน</u> S: - O: การผ่าตัดใช้ระยะเวลา 6 ชั่วโมง อุณหภูมิห้องผ่าตัด 21 องศาเซลเซียส <u>วัตถุประสงค์</u> เพื่อให้ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำ <u>เกณฑ์การประเมินผล</u> อุณหภูมิร่างกายปกติ 36.8-37.2 องศาเซลเซียส <u>กิจกรรมการพยาบาล</u> 1. ปรับอุณหภูมิห้องให้เหมาะสมกับห้องผ่าตัด คือระหว่าง 20-24 องศาเซลเซียส และปิดเครื่องปรับอากาศเมื่อเสร็จผ่าตัด 2. ใช้ผ้าห่มเป่าลมร้อนให้ผู้ป่วยตลอดเวลา โดยปรับอุณหภูมิ 38 องศาเซลเซียส 3.อุ่นสารน้ำและเลือดโดยใช้ infusion warmer ก่อนให้แก่ผู้ป่วย 4. วัดอุณหภูมิและลงบันทึกทุก 30 นาที ลงในใบ Anesthetic record หลังให้ยาระงับความรู้สึกจนเสร็จการผ่าตัด <u>การประเมินผล</u> ผู้ป่วยมีอุณหภูมิร่างกายอยู่ในช่วง 35.5-36.5 องศาเซลเซียส	<u>ข้อมูลสนับสนุน</u> S: - O: การผ่าตัดใช้ระยะเวลา 5 ชั่วโมง 15 นาที อุณหภูมิห้องผ่าตัด 21 องศาเซลเซียส <u>วัตถุประสงค์</u> เพื่อให้ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำ <u>เกณฑ์การประเมินผล</u> อุณหภูมิร่างกายปกติ 36.8-37.2 องศาเซลเซียส <u>กิจกรรมการพยาบาล</u> 1. ปรับอุณหภูมิห้องให้เหมาะสมกับห้องผ่าตัด คือระหว่าง 20-24 องศาเซลเซียส และปิดเครื่องปรับอากาศเมื่อเสร็จผ่าตัด 2. ใช้ผ้าห่มเป่าลมร้อนให้ผู้ป่วยตลอดเวลา โดยปรับอุณหภูมิ 38 องศาเซลเซียส 3.อุ่นสารน้ำและเลือดโดยใช้ infusion warmer ก่อนให้แก่ผู้ป่วย 4. วัดอุณหภูมิและลงบันทึกทุก 30 นาที ลงในใบ Anesthetic record หลังให้ยาระงับความรู้สึกจนเสร็จการผ่าตัด <u>การประเมินผล</u> ผู้ป่วยมีอุณหภูมิร่างกายอยู่ในช่วง 36-36.5 องศาเซลเซียส

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
<u>ระยะที่ 3 ระยะหลังได้รับ</u>	<u>ข้อมูลสนับสนุน</u>	<u>ข้อมูลสนับสนุน</u>
<u>การระงับความรู้สึก</u>	S: -	S: -
8. มีภาวะไม่สมดุลของ	O: ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดผ่าตัด ORIF with	O: ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดผ่าตัด ORIF with
สารน้ำและอิเล็กโทรไลต์ใน	Pelvic reconstruction plate	Pelvic reconstruction plate
ร่างกาย จากการเสียเลือด	: ขณะผ่าตัดสูญเสียเลือด 1600 มิลลิลิตร	: ขณะผ่าตัดสูญเสียเลือด 1600 มิลลิลิตร
และน้ำจากการผ่าตัด	: Hct 29 vol%	: Hct 25 vol%

ตารางที่ 5 การเปรียบเทียบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล (ต่อ)

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
	<u>วัตถุประสงค์</u>	<u>วัตถุประสงค์</u>
	-เพื่อให้ผู้ป่วยมีภาวะสมดุลของสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์ในร่างกาย	-เพื่อให้ผู้ป่วยมีภาวะสมดุลของสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์ในร่างกาย
	<u>เกณฑ์การประเมินผล</u>	<u>เกณฑ์การประเมินผล</u>
	- ผลการตรวจค่าอิเล็กโทรไลต์ปกติ	- ผลการตรวจค่าอิเล็กโทรไลต์ปกติ
	- สัญญาณชีพปกติ	- สัญญาณชีพปกติ
	<u>กิจกรรมการพยาบาล</u>	<u>กิจกรรมการพยาบาล</u>
	1. ประเมินอาการผิดปกติจากการเสียเลือด เช่น ภาวะซีด ปาลายมือปลายเท้าเย็น อาการหน้ามืดเวียนศีรษะ มีเลือดซึมจากแผลมาก ต้นขาบวมมากขึ้น และให้การช่วยเหลือได้ทันทั่วทั้ง	1. ประเมินอาการผิดปกติจากการเสียเลือด เช่น ภาวะซีด ปาลายมือปลายเท้าเย็น อาการหน้ามืดเวียนศีรษะ มีเลือดซึมจากแผลมาก ต้นขาบวมมากขึ้น และให้การช่วยเหลือได้ทันทั่วทั้ง
	2. วัดสัญญาณชีพหลังผ่าตัดทุก 15 นาที 4 ครั้ง ทุก 30 นาที 2 ครั้ง ทุก 1 ชั่วโมง จนกระทั่งคงที่ then ทุก 4 ชั่วโมง วัดปริมาณออกซิเจนในเลือด ถ้าผิดปกติให้รายงานแพทย์	2. วัดสัญญาณชีพหลังผ่าตัดทุก 15 นาที 4 ครั้ง ทุก 30 นาที 2 ครั้ง ทุก 1 ชั่วโมง จนกระทั่งคงที่ then ทุก 4 ชั่วโมง วัดปริมาณออกซิเจนในเลือด ถ้าผิดปกติให้รายงานแพทย์
	3. ดูแลให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษา ได้แก่ 0.9% normal saline 1000 cc. vein drip 120 cc./hr. ตามแผนการรักษา	3. ดูแลให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษา ได้แก่ 0.9% normal saline 1000 cc. vein drip 100 cc./hr. ตามแผนการรักษา

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
	4. เจาะ Hct ทุก6ชั่วโมง ถ้าค่าHct ต่ำกว่า 30 vol% ให้รายงานแพทย์	4. เจาะ Hct ทุก6ชั่วโมง ถ้าค่าHct ต่ำกว่า 30 vol% ให้รายงานแพทย์
	5. สังเกตและบันทึกปริมาณเลือดที่ออกจากแผลผ่าตัด และบันทึกจำนวน content จากขวด radivac drain หากออกมากกว่า 200 cc. ใน1ชั่วโมง ให้รายงานแพทย์ทราบทันที	5. สังเกตและบันทึกปริมาณเลือดที่ออกจากแผลผ่าตัด และบันทึกจำนวน content จากขวด radivac drain หากออกมากกว่า 200 cc. ใน1ชั่วโมง ให้รายงานแพทย์ทราบทันที
	6. ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เช่น ค่า BUN, Cr, Electrolyte	6. ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เช่น ค่า BUN, Cr, Electrolyte

ตารางที่ 5 การเปรียบเทียบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล (ต่อ)

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
	7. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจน Mask c bag 10 LPM	7. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจน Mask c bag 10 LPM
	8. บันทึกปริมาณ Intake/output ทุก 1 ชั่วโมง	8. บันทึกปริมาณ Intake/output ทุก 1 ชั่วโมง
	<u>การประเมินผล</u> ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ไม่มีอาการกระสับกระส่าย เหงื่อออกตัวเย็น สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.5-37 องศาเซลเซียส ชีพจร90-110ครั้ง/นาที หายใจ20-24 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 118-120/67-80 mmHg วัดO2 sat 98-100% เจาะ Hct ทุก 6 ชั่วโมงอยู่ระหว่าง 30-32 vol% ปัสสาวะออก 300-500 มิลลิลิตร ต่อ 8 ชั่วโมง CBC: Plt 19,900 eL/mm ³ BUN13mg/dL, Cr 0.7mg/dL, Na133mmol/L,	<u>การประเมินผล</u> ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ไม่มีอาการกระสับกระส่าย เหงื่อออกตัวเย็น สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 37.8-38.2 องศาเซลเซียส ชีพจร90-100ครั้ง/นาที หายใจ 20-22 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 144-136/76-90 mmHg วัด O2 sat 98-100% เจาะ Hct ทุก 6 ชั่วโมงอยู่ระหว่าง 30-32 vol% ปัสสาวะออก 300-400 มิลลิลิตร ต่อ 8 ชั่วโมง CBC : Plt 913,000 cell/mm ³ BUN 10 mg/dL, Cr 0.66 mg/dL , GFR 116.2 mL/min/1.73m ² , Na 135 mmol/L, Cl 98 mmol/L,

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
9. มีไข้เนื่องจากติดเชื้อที่ระบบทางเดินปัสสาวะ	Cl 95 mmol/L, K4.7 mmol/L, TCO2 26 mmol/dL <u>ข้อมูลสนับสนุน</u> S: ผู้ป่วยบอก “ไม่สบายตัว เหมือนเป็นไข้” O: อุณหภูมิ 38.9-39.3 องศาเซลเซียส : ผลตรวจปัสสาวะพบ RBC>200 WBC 50-100 % <u>วัตถุประสงค์</u> 1. เพื่อให้ผู้ป่วยไม่มีไข้ 2. เพื่อให้ผู้ป่วยไม่ติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ <u>เกณฑ์การประเมินผล</u> 1. อุณหภูมิกายปกติ 36.8-37.2 องศาเซลเซียส 2. ไม่พบการติดเชื้อที่ระบบทางเดินปัสสาวะ	K4.4 mmol/L, TCO2 23 mmol/L

ตารางที่ 5 การเปรียบเทียบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล (ต่อ)

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
	<u>กิจกรรมการพยาบาล</u> 1. ทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์เข้า-เย็น และหลังขับถ่าย 2. เช็ดตัวลดไข้ 3. สังเกตอาการหนาวสั่น 4. ดูแลให้ได้รับการพักผ่อนอย่างเพียงพอ 5. ประเมินสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง โดยเฉพาะอุณหภูมิ 6. ดูแลให้ยา Paracetamal 500 มิลลิกรัม 1 เม็ดรับประทาน ตามแผนการรักษา 7. ดูแลถอดสายสวนปัสสาวะ <u>การประเมินผล</u> ผู้ป่วยได้รับการถอดสายสวนปัสสาวะ สามารถปัสสาวะได้เอง ไม่มีแสบขัด ไม่มีไข้	

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
	อุณหภูมิอยู่ในระหว่าง 36.5-37.7 องศาเซลเซียส	
10. มีไข้เนื่องจากมีการติดเชื้อที่ปอด (A.baum)		<u>ข้อมูลสนับสนุน</u> S: ผู้ป่วยบอก “เหนื่อย “เหมือนเป็นไข้” “หายใจไม่อิ่ม” O: อุณหภูมิ 37.8-38.2 องศาเซลเซียส : หายใจหอบเหนื่อย 22-24 ครั้ง/นาที : ผล sputum c/s พบเชื้อ A.baum <u>วัตถุประสงค์</u> 1. เพื่อให้ผู้ป่วยไม่มีไข้ 2. เพื่อให้ผู้ป่วยไม่ติดเชื้อที่ปอด <u>เกณฑ์การประเมินผล</u> 1. อุณหภูมิกายปกติ 36.8-37.2 องศาเซลเซียส 2. ไม่พบการติดเชื้อที่ปอด
ตารางที่ 5 การเปรียบเทียบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล (ต่อ)		
ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
		<u>กิจกรรมการพยาบาล</u> 1. ดูแลให้ผู้ป่วยนอนหลับพักผ่อนให้เพียงพอเพื่อช่วยลดการเผาผลาญของร่างกาย 2. เช็ดตัวลดไข้ด้วยน้ำเย็น เพื่อเพิ่มการระบายความร้อนโดยการนำความร้อน เช็ดตัวลดไข้เมื่อผู้ป่วยมีไข้ 38.0 องศาเซลเซียสขึ้นไป 3. ประเมินสัญญาณชีพ อาการและอาการแสดงทุก 4 ชั่วโมง โดยเฉพาะการหายใจและอุณหภูมิ 4. ดูแลให้ได้รับยาปฏิชีวนะ คือ Unasyn

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
		3 กรั้มทางหลอดเลือดดำทุก 6 ชั่วโมงและ Sulperazone 4 กรัม ทางหลอดเลือดดำ ทุก 8 ชั่วโมง 5. ให้การพยาบาลโดยใช้เทคนิคปลอดเชื้อ เพื่อป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยมีการติดเชื้อเพิ่มขึ้น 6. แยกห้องเฉพาะโรคในการดูแลผู้ป่วย 7. ติดตามผลการถ่ายภาพรังสีทรวงอก และ ผลการตรวจ Sputum c/s เพื่อประเมิน การติดเชื้อหลังได้รับยาปฏิชีวนะ <u>การประเมินผล</u> ผู้ป่วยไข้ลดลง อุณหภูมิกายอยู่ในช่วง 37-38 องศาเซลเซียส อัตราการหายใจ 20-22 ครั้ง/นาที ผู้ป่วย ได้รับยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษา วางแผนให้ 10 วัน

ตารางที่ 5 การเปรียบเทียบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล (ต่อ)

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
<u>ระยะที่ 4 วางแผนจำหน่าย</u>	<u>ข้อมูลสนับสนุน</u>	<u>ข้อมูลสนับสนุน</u>
<u>กลับบ้าน</u>	S: ผู้ป่วยและญาติบอก “กลัวกลับมาเดินช้า”	S: ผู้ป่วยบอก “กลัวกลับมาเดินช้า”
11. ผู้ป่วยและญาติขาด	“ไม่รู้ว่ากระดุกจะต่อกันไหม”	O: สิ้นหัวใจตึงกังวล
ความรู้เกี่ยวกับโรค แผนการ	O: สิ้นหัวใจตึงกังวล	<u>วัตถุประสงค์</u>
รักษาการปฏิบัติตัว	<u>วัตถุประสงค์</u>	1. เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติความรู้เกี่ยวกับโรค
ที่ถูกต้อง และเตรียมความ	1. เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติความรู้เกี่ยวกับโรค	แผนการรักษาการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง และ
พร้อมจำหน่าย	แผนการรักษาการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง และ	เตรียมความพร้อมจำหน่าย
	เตรียมความพร้อมจำหน่าย	<u>เกณฑ์การประเมินผล</u>
	<u>เกณฑ์การประเมินผล</u>	1. ความรู้เกี่ยวกับโรค แผนการรักษาการ
	1. ความรู้เกี่ยวกับโรค แผนการรักษาการ	ปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง
	ปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง	2. ผู้ป่วยได้รับการเตรียมความพร้อม
	2. ผู้ป่วยได้รับการเตรียมความพร้อม	จำหน่าย
	จำหน่าย	<u>กิจกรรมการพยาบาล</u>

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
	<u>กิจกรรมการพยาบาล</u> 1. การประเมินสภาพครอบครัว สังคมของผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัว ผู้ดูแล 2.การวางแผนการเตรียมความพร้อมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยก่อนจำหน่ายเพื่อสนับสนุนให้ผู้ป่วยและครอบครัว สามารถดูแลและปรับตัวได้อย่างเหมาะสม 3. อธิบายความรู้เกี่ยวกับโรคแผนการรักษา และการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง 4. เตรียมความพร้อมจำหน่ายตามหลัก D-METHOD 5. แนะนำการดูแลเรื่องความปวด การป้องกันการติดเชื้อหลังผ่าตัด การทำกายภาพบำบัดสอนทำ Ankle pumping Exercise และสอนฝึกเดินด้วย walker 7. แนะนำผู้ป่วยและญาติเรื่องการได้รับยากลับบ้าน และมาตรวจตามนัด	1. การประเมินสภาพครอบครัว สังคมของผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัว ผู้ดูแล 2.การวางแผนการเตรียมความพร้อมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยก่อนจำหน่ายเพื่อสนับสนุนให้ผู้ป่วยและครอบครัว สามารถดูแลและปรับตัวได้อย่างเหมาะสม 3. อธิบายความรู้เกี่ยวกับโรคแผนการรักษา และการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง 4. เตรียมความพร้อมจำหน่ายตามหลัก D-METHOD 5. แนะนำการดูแลเรื่องความปวด การป้องกันการติดเชื้อหลังผ่าตัด การทำกายภาพบำบัดสอนทำ Ankle pumping Exercise 6. แนะนำผู้ป่วยและญาติเรื่องการได้รับยากลับบ้าน และมาตรวจตามนัด

ตารางที่ 5 การเปรียบเทียบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล (ต่อ)

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
	<u>การประเมินผล</u> ผู้ป่วยสามารถทำ Ankle pumping Exercise ได้ ฝึกเดินด้วย walker ผู้ป่วยปฏิบัติตัวได้ดี เดินได้คล่องตัวตามที่นักกายภาพบำบัดสอน แผลผ่าตัดแห้งดี ไม่ปวดแผล ไม่พบภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด สามารถดูแลและปรับตัวได้อย่างเหมาะสม และมาตรวจตามนัดอย่างต่อเนื่อง 2 สัปดาห์ วันที่ 14 กันยายน 2566	<u>การประเมินผล</u> ผล Sputum C/S ตรวจพบว่า A.baum (HAP) แพทย์สั่งจึง off ยา Tazocin ให้ Unasyn 3 กรัม ทางหลอดเลือดดำ ทุก 6 ชั่วโมง และ Sulperazone 4 กรัม ทางหลอดเลือดดำ ทุก 8 ชั่วโมง จำหน่ายโดย Refer กลับโรงพยาบาลวชิรพยาบาล เพื่อให้การรักษาโดย Skin traction ต่อมาตรวจตามนัด วันที่ 6 ตุลาคม 2566

สรุปและอภิปรายผลการศึกษา

กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย มาด้วยประสบอุบัติเหตุ วินิจฉัยเป็นกระดูกเข้าสะโพกหัก และได้รับการผ่าตัดร่วมกับวิธีการระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายเหมือนกัน ซึ่งผู้ป่วยที่ได้รับการระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายเพื่อผ่าตัดกระดูกเข้าสะโพกหักที่สำคัญที่สุดคือการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนระยะก่อน ระยะเวลา และระยะหลังได้รับการระงับความรู้สึก เช่น ช็อคติด มีไข้ ติดเชื้อ โดยเฉพาะภาวะสูญเสียเลือดในขณะให้การระงับความรู้สึก จนนำไปสู่ภาวะ hypovolemic shock ในระยะก่อนให้การระงับความรู้สึกและระยะขณะให้การระงับความรู้สึก ซึ่งกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ใช้เวลาผ่าตัด 5-6 ชั่วโมง ซึ่งสูญเสียเลือดระหว่างผ่าตัด 1,600 มิลลิลิตร ซึ่งถือว่ามียาจำนวนมาก วิทยาลัยพยาบาลผู้ดูแลต้องใช้ทักษะความรู้ในการประเมินอย่างรวดเร็ว แม่นยำเพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยในทุกๆ ระยะ โดยเฉพาะระยะขณะได้รับการระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย ที่ต้องใช้ทักษะและความเชี่ยวชาญที่เฉพาะทาง รวมถึงการวางแผนเตรียมจำหน่าย โดยการประสานกับพยาบาลประจำหอผู้ป่วยและสหสาขาวิชาชีพให้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยและญาติ

ดังนั้นวิทยาลัยพยาบาลมีบทบาทสำคัญในการดูแลให้การพยาบาลที่เหมาะสมทั้งระยะก่อน ระยะเวลา และหลังการได้รับการระงับความรู้สึกซึ่งจะช่วยให้การผ่าตัดปลอดภัย ควรนำหลักฐานเชิงประจักษ์มาใช้เป็นแนวทางปฏิบัติการพยาบาลสำหรับการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ เพื่อลดโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตรายถึงชีวิตได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการพัฒนาแนวทางการพยาบาลเพื่อพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยที่มีโอกาสเกิดภาวะสูญเสียเลือดปริมาณมากอย่างเฉียบพลัน ในผู้ป่วยที่ได้รับการระงับความรู้สึกเพื่อผ่าตัดกระดูกเข้าสะโพกหัก
2. วิทยาลัยพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานพยาบาลวิสัญญี ควรมีทักษะการจัดการไม่ให้เกิดภาวะสูญเสียเลือดในขณะให้การระงับความรู้สึก จนนำไปสู่ภาวะ hypovolemic shock ในระยะก่อน และระยะขณะให้การระงับความรู้สึก ซึ่งการตัดสินใจโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ร่วมกับใช้กระบวนการพยาบาลในระยะเวลาอันรวดเร็ว ถูกต้อง ปลอดภัย และมีประสิทธิภาพ

อ้างอิง

1. วันวิสาข์ ศรีรุ่ง, วิมลรัตน์ ภู่วราวุฒินิพนธ์ และศรัณยา โฆสิตะมงคล. กระดูกหักจากภาวะกระดูกพรุน. *วารสารพยาบาลศาสตร์*. 2565; 39(3):60-73.
2. Kanis, J.A., Odén, A., McCloskey, E.V. et al. A systematic review of hip fracture incidence and probability of fracture worldwide. *Osteoporos Int*. 2012;23:2239–2256.
<https://doi.org/10.1007/s00198-012-1964-3>

3. อัญชลี คันธานนท์. การพยาบาลผู้สูงอายุกระดูกข้อสะโพกหักที่มีโรคเรื้อรังร่วมด้วย : กรณีศึกษา.
วารสารวิชาการแพทย์เขต 11. 2556;7(2):271-280.
4. พัชรพร ตาใจ. กระดูกสะโพกหักในผู้สูงอายุ: บทบาทพยาบาลในการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน
ก่อนและหลังผ่าตัดกระดูกสะโพก. วารสารมหาวิทยาลัยคริสเตียน. 2563;26(4):116-128.
5. ประเสริฐ หล้าพลวนิชย์, เจริญชัย พากเพียรไพโรจน์ และสมศักดิ์ สีเชวงวงศ์. บุรณาการในการป้องกัน
และรักษากระดูกหักซ้ำซ้อนจากโรคกระดูกพรุน. วารสารกรมการแพทย์. 2558;40(4):16-9.
6. จิณพิชญ์ชา มะมม. พยาบาลผู้ป่วยโรคกระดูกและข้อ. กรุงเทพฯ: การสำนักพิมพ์
มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์. 2562.
7. Kurylo, John C., and Paul Tornetta. *Initial management and classification of pelvic
Fractures* [Internet]. 2012. [cited 2023 Dec2] Available from:link.gale.com/apps/doc
/A453291470/AONE?u=anon~a5f45503&sid=googleScholar&xid=74e35113.
8. เกสร จรรย์รัตน์ ศรีนวล สถิติวิทยานันท์ และวรรณิ สัตยวิวัฒน์. ตัวชี้วัดคุณภาพด้านผลลัพธ์ทางการ
พยาบาล สำหรับผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักที่เปลี่ยนข้อสะโพกเทียม. วารสารความปลอดภัยและสุขภาพ.
2556;9(31):45-56.
9. วันเฉลิม กล้าหาญ. การศึกษาผลผ่าตัดรักษากระดูกเข้าข้อสะโพกหักในโรงพยาบาลสิรินธร.
กลุ่มงานออร์โธปิดิกส์ กลุ่มภารกิจด้านบริการตติยภูมิ โรงพยาบาลสิรินธร สำนักการแพทย์. 2562.
10. กลุ่มงานการพยาบาลวิสัญญี กลุ่มการพยาบาล. สถิติตัวชี้วัดงานวิสัญญี โรงพยาบาลมหาสารคาม.
2566.
11. พรศิริ พันธสี. กระบวนการพยาบาล &แบบแผนสุขภาพ. กรุงเทพฯ: พิมพ์อักษร จำกัด. 2552.