



รายงานกรณีศึกษา

การพยาบาลผู้ป่วยที่มีกระดูกสันหลังส่วนอกและเอวหักเคลื่อนทับรากประสาทไขสันหลังร่วมกับมีภาวะช็อค

วิลาวัลย์ ผลประดิษฐ์ พย.บ.

กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ กลุ่มการพยาบาลโรงพยาบาลตราด

E-mail : lek1371192@gmail.com

บทคัดย่อ

สรุปกรณีศึกษา

ผู้ป่วยชายไทย อายุ 64 ปี มีโรคประจำตัวเป็นความดันโลหิตสูง ขาดการรักษา 3 ปี มาด้วย 30 นาที ก่อนมา ไม่ยั้งล้มทับใส่หลัง ปวดหลังบริเวณก้นกบร้าวลงขาทั้งสองข้าง ขาสองข้างขยับไม่ได้ แรกแรกที่ตึกอุบัติเหตุฉุกเฉิน วันที่ 4 มกราคม 2565 เวลา 13.15 น. รู้สึกตัว สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.0 องศาเซลเซียส ชีพจร 126 ครั้ง/นาที หายใจ 24 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 77/44 มิลลิเมตรปรอท SpO₂ 96 % ได้รับ 0.9% NSS ทางหลอดเลือดดำ 2,000 ml. ใน 30 นาที then 80 ml/hr ความดันโลหิต 126/82 มิลลิเมตรปรอท ใส่ foley s catheter ปัสสาวะสีเหลืองใสปริมาณ 200 ml FAST negative ส่ง CT L-S spine พบ fracture at the posterior aspects of the right 11th and 12th ribs. , compression fracture L3 fracture T11 and T12 รับไว้รักษาที่ตึกศัลยกรรมกระดูก วันที่ 4 มกราคม 2565 เวลา 15.30 น. แรกที่ผู้ป่วยรู้สึกตัว ทำตามสั่งได้ ปวดหลังบริเวณก้นกบร้าวลงขาทั้งสองข้าง ขาสองข้างขยับไม่ได้ motor power Grade 0 สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.5 องศาเซลเซียส ชีพจร 106 ครั้ง/นาที หายใจ 22 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 160/99 มิลลิเมตรปรอท SpO₂ 96 % ปวดชายโครงขวา pain score 9 คะแนน ได้รับ Morphine 5 mg ทางหลอดเลือดดำ pain score 3 คะแนน รายงานแพทย์ Set OR emergency ส่งไปห้องผ่าตัดวันที่ 4 มกราคม 2566 เวลา 20.15 น. กลับจากห้องผ่าตัดวันที่ 5 มกราคม 2566 เวลา 01.00 น. ทำผ่าตัด Pedicular Screw L2-L4 with Posterior Lumbar Interbody Fusion with Repair dura with Laminectomy L2-L4 under General Anesthesia รู้สึกตัวดี On Endotracheal tube ต่อ Ventilator หายใจสัมพันธ์กับเครื่องดี SpO₂ 99 % แผลผ่าตัดที่หลัง ไม่มี Bleeding On Radivac drain มี content 100 ml. เวลา 02.00 น. เหงื่อออกตัวเย็น ปลายมือปลายเท้าซีด อุณหภูมิ 36.0 องศาเซลเซียส ชีพจร 110 ครั้ง/นาที หายใจ 24 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 85/54 มิลลิเมตรปรอท SpO₂ 96 % Hct เท่ากับ 26 % รายงานแพทย์ให้ PRC 4 unit, FFP 4 unit และให้ transamin 500 mg ทางหลอดเลือดดำ ทุก 6 ชั่วโมง เจาะ HCT หลังได้รับเลือด เท่ากับ 33 % ผู้ป่วยปวดแผลมาก pain score 8 คะแนน ให้ Morphine 3 mg ทางหลอดเลือดดำ ประเมินอาการปวดซ้ำ pain score 3 คะแนน 5 มกราคม 2565 เวลา 10.00 น. แพทย์ให้ Try Off ventilator on Oxygen face mask with bag with nebulizer 10 lit/min ครบ 24 ชั่วโมง หายใจ Room Air ไม่เหนื่อย ไอเอาเสมหะออกได้เอง อัตราการหายใจ 20-22 ครั้ง/นาที ชีพจร 80-88 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 144/65-158/79 mmHg SpO₂ 97-98 % วันที่ 9 มกราคม 2565 ความดันโลหิต 179/109 มิลลิเมตรปรอท ได้รับ Amlodipine (5mg) 1 เม็ด หลังอาหารเช้า ประเมิน ความดันโลหิต 130/89 - 140/80 mmHg ไม่ปวดศีรษะ ตาลาย แผลผ่าตัดเย็บ stapler ไว้ รอบแผลไม่บวม แดงร้อน ถอดสายระบายเลือดออก ผู้ป่วยวิตกกังวลและนอนไม่หลับ ได้รับยา Amitriptyline (25mg) 1 เม็ด ก่อนนอน และ Lorazepam (1 mg) 1 เม็ด ก่อนนอน หลังผ่าตัด 7 วัน ใส่ Lumbar support ส่งกายภาพบำบัด พร้อมผู้ดูแล ผักลกรถเข็นนั่งได้ วางแผนจำหน่ายเพื่อป้องกันการกลับมารักษาซ้ำด้วยภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้

ทบทวนการฟื้นฟูกล้ามเนื้อขา และการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ การดูแลสายสวนคาปัสสาวะ ผู้ป่วยและญาติเข้าใจดี ประสานแหล่งช่วยเหลือในชุมชน ส่งต่อการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้ นัดติดตามอาการ 2 สัปดาห์ รวมระยะเวลาอนรรพ.และอยู่ในความดูแล 9 วัน

บทนำ

การบาดเจ็บของกระดูกสันหลังและไขสันหลังเป็นการบาดเจ็บที่รุนแรง และทำให้เกิดความพิการ พบอุบัติการณ์การเกิดประมาณ 10.4–130.6 รายต่อประชากร 1 ล้านคนต่อปี จากสถิติในประเทศไทย พบการบาดเจ็บไขสันหลังจากอุบัติเหตุจราจร ร้อยละ 57 และการพลัดตกหกล้ม ร้อยละ 31.4 โดยเป็นกลุ่ม ผู้ใหญ่ซึ่งมีอายุเฉลี่ย 45.1 ปี และเป็นเพศชายสูงถึงร้อยละ 67.5 (พัชรวิ บุตรแสนโคตร, 2564) ขนาดของ lumbar spine จะใหญ่ทั้งในด้านความสูงและความกว้างมากกว่า thoracic และ cervical spine เนื่องจากทำหน้าที่รับน้ำหนักตัวมากกว่าส่วนบนๆทำให้เกิดการบวมของประสาท ไขสันหลัง ร่วมกับการตายของเซลล์ประสาท การเปลี่ยนแปลงภาวะสมดุลและขาดเลือดไปเลี้ยง ทำให้ผู้ป่วยสูญเสียความสามารถในการเคลื่อนไหวและการช่วยเหลือตนเอง เกิดความบกพร่องในการทำงานของระบบต่างๆ โดยความเสียหายที่เกิดขึ้นนั้นจะส่งผลกระทบต่อตำแหน่งที่เส้นประสาทไขสันหลังดูแล ความรุนแรงของการบาดเจ็บบริเวณนี้พบได้ตั้งแต่กระดูกสันหลังยุบ (isolated compression fracture) จนถึง การฉีกขาดของเอ็นกระดูก กระดูกหักและข้อเคลื่อน (fracture-dislocations) รวมทั้งการบาดเจ็บต่อไขสันหลังทำให้เกิดความผิดปกติต่างๆ และก่อให้เกิดทุกผลภาพอย่างรุนแรง เกิดอัมพาต ของแขนและขา ไม่รับรู้ความรู้สึก ผู้ป่วยบางรายต้องใช้เครื่องช่วยหายใจตลอดชีวิต หรือต้องคาสายสวนปัสสาวะตลอดเวลา เกิดภาวะแทรกซ้อนมากมาย เช่น ปอดอักเสบติดเชื้อ การอักเสบติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ แผลกดทับ เส้นเลือดดำที่ขาอุดตันภาวะทุพโภชนาการ ภาวะเครียด เป็นต้น ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยเท่านั้น แต่รวมถึงครอบครัวที่ต้องคอยให้การดูแล (ศุภย์สิรินธร เพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2556)

กระดูกสันหลังแบ่งเป็น 4 ระดับ

- ส่วนคอ (cervical spine) ประกอบด้วยกระดูก 7 ชั้น (เรียก C1-C7)
- กระดูกสันหลังระดับอกหรือหลังส่วนบน (Thoracic spine) มี 12 ระดับ 12 ชั้น มีลักษณะพิเศษ คือ เชื่อมต่อกับกระดูกซี่โครง
- กระดูกสันหลังระดับเอว (Lumbar spine) ประกอบด้วยกระดูกสันหลัง 5 ข้อ (L1 – L5) และมีเส้นประสาท 5 คู่ (Nerve roots) ซึ่งทำหน้าที่รับความรู้สึกและควบคุมการทำงานของกล้ามเนื้อขาและเท้า
- ส่วนก้นกบ (sacral spine) ประกอบด้วยกระดูก 5 ชั้น (เรียก S1-S5)

การแตกหักของกระดูกสันหลัง (Vertebral fractures) เกิดจากความเสียหายที่เกิดกับกระดูกสันหลัง และเนื้อเยื่อโดยรอบอาการที่เกิดขึ้นจากการบาดเจ็บที่ส่วนนี้ ได้แก่ อัมพาตทั้งแขนและขา (quadriplegia)

Injury of Thoracolumbar spine กระดูกสันหลังหักเคลื่อนบริเวณ Thoracic และ lumbar เป็นบริเวณที่พบได้บ่อย โดยเฉพาะตรงบริเวณรอยต่อระหว่างกระดูกสันหลังส่วนอกและส่วนเอว กระดูกสันหลังบริเวณนี้มักมีการบาดเจ็บของกระดูกสันหลังได้บ่อยเนื่องมาจากการเปลี่ยนแปลงทางกายวิภาค เกิดการบาดเจ็บของกระดูกสันหลังที่พบบ่อยที่สุดในบริเวณนี้ได้แก่ compression fracture ไม่ว่าจะ wedge compression หรือ bursting compression เป็นการบาดเจ็บที่ยังมีความมั่นคง ซึ่งส่วนใหญ่มีสาเหตุ จากการตกจากที่สูง โดยแรงกระแทกบริเวณก้น หรือจากเท้าขึ้นมา ที่พบรองลงมาแต่มีอันตรายอย่างมากก็คือ fracture dislocation ซึ่งมักเกิดจากอุบัติเหตุทางรถยนต์ จากการที่การบาดเจ็บชนิดนี้มีความไม่มั่นคงสูง จึงมักเกิดการบาดเจ็บต่อประสาทไขสันหลังหรือประสาท cauda equina

ความรุนแรงของการบาดเจ็บที่ไขสันหลังแบ่งเป็น 2 ประเภทคือ

1. Complete cord injury (ไขสันหลังบาดเจ็บทั้งหมด) หมายถึง ไขสันหลังระดับนั้นเสียหายทั้งหมด คือ ภาวะที่ไขสันหลังสูญเสียการทำงานทั้งหมดในระดับที่ต่ำกว่าพยาธิสภาพลงไป ไม่พบการทำงานของกล้ามเนื้อความรู้สึก และ reflexes

2. Incomplete cord injury (ไขสันหลังบาดเจ็บไม่ทั้งหมด) หมายถึงไขสันหลังที่บาดเจ็บเสียหายไม่ทั้งหมด ผู้ป่วยมีกำลังกล้ามเนื้อ หรือมีการรับรู้

2.1 Central cord syndrome การบาดเจ็บนี้จะมีการทำลายบริเวณแกนกลางไขสันหลัง ส่วนใหญ่ ผู้ป่วยจะมีอาการอ่อนแรงทั้งแขนและขาแต่มีอ่อนแรงที่แขนมากกว่าที่ขา

2.2 Brown-Sequard syndrome เป็นการบาดเจ็บ แบบครึ่งซีกของไขสันหลัง ผู้ป่วยจะสูญเสียการทำงานของ กล้ามเนื้อด้านเดียวกับพยาธิสภาพ และจะสูญเสียความรู้สึก เจ็บปวดและอุณหภูมิด้านตรงข้าม

2.3 Anterior cord syndrome ลักษณะการบาดเจ็บ มักเป็นแบบท่าก้มคอ (hyperflexion injury) ทำให้กระดูกสันคอและหมอนรองกระดูกกด anterior spinal artery และไขสันหลัง ผู้ป่วยจะสูญเสียการทำงานของกล้ามเนื้อ รวมทั้งความรู้สึกเจ็บปวดและอุณหภูมิตั้งแต่ระดับพยาธิ สภาพลงไป

2.4 Posterior cord syndrome เป็นการบาดเจ็บ ของไขสันหลังส่วนหลัง (posterior column) ทำให้สูญเสียการรับความรู้สึกสัมผัสและการรับรู้ตำแหน่งของข้อ

2.5 Conus medullaris syndrome มักพบร่วมกับ การบาดเจ็บที่กระดูกสันหลังระดับ T11-L2 (ตรงกับไขสันหลังระดับ sacral cord) ผู้ป่วยกลุ่มนี้มักมีการสูญเสีย การควบคุมการขับถ่ายอุจจาระและปัสสาวะ การได้รับบาดเจ็บที่ไขสันหลังในระดับนี้ bulbocavernosus reflex และ perianal wink อาจไม่ฟื้นตัวกลับมา

2.6 Cauda equina syndrome เป็นการบาดเจ็บ ที่ระดับระหว่าง conus และรากประสาท lumbosacral มีผลทำให้กล้ามเนื้อขาอ่อนแรงทั้ง 2 ข้าง และสูญเสียการ ควบคุมการขับถ่ายอุจจาระและปัสสาวะและเสียความรู้สึกรอบทวารหนัก การบาดเจ็บในกลุ่มนี้เป็นแบบ lower motor neuron injuries ซึ่งมีโอกาสฟื้นตัวของรากประสาทได้ จึงมีพยากรณ์โรคดีกว่า conus medullaris syndrome

2.7 Root injury หรือการบาดเจ็บต่อรากประสาท อาจเกิดในบริเวณที่กระดูกหักหรือเคลื่อน ทำให้ รากประสาท ได้รับบาดเจ็บ

การวินิจฉัย ตรวจสอบว่ามีกระดูกหักหรือไม่ร่วมกับการถ่ายภาพรังสี ภาพรังสีของกระดูกสันหลังจะเห็นว่ากระดูกแตกเป็นเสี่ยง ๆ ในขณะที่ทั้งภาพรังสีคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า (MRI) และภาพรังสีคอมพิวเตอร์ (CT scan) อาจจะพบว่ามีกระดูกสันหลังเคลื่อนตัวเข้าไปในช่องทางเดินไขสันหลัง

การประเมินตามรูปแบบของ American Spinal Injury Association (ASIA) โดยมีการแบ่งประเมิน เป็น 3 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 การตรวจระบบประสาทสั่งการ เพื่อประเมิน motor level โดยการตรวจประเมินระดับกำลัง กล้ามเนื้อมัดหลัก ข้างละ 10 มัด ทั้ง 2 ข้างของร่างกายในท่านอนหงาย

ส่วนที่ 2 การตรวจระบบประสาทรับความรู้สึก pin prick และ light touch เพื่อประเมิน sensory level ตามจุดหลักของ 28 dermatome ทั้ง 2 ข้างของร่างกาย

ส่วนที่ 3 การตรวจทวารหนัก (PR) เพื่อประเมินการทำงานของประสาทในระดับ S4-5 รวมถึงการตรวจ reflex ในระดับ S4-5 เช่น bulbocavernosus reflex และ anal reflex เพื่อให้ทราบผู้ป่วยพ้นจากภาวะ spinal shock แล้วหรือไม่ ซึ่งส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 3 วันถึง 6 สัปดาห์

การรักษา การรักษากระดูกสันหลังที่หัก

1.1 การรักษาแบบ conservative โดยในระยะฟื้นฟูสภาพ ควรมีการใส่เสื้อพยุงลำตัว (spinal orthosis)

1.2 การรักษาโดยการผ่าตัดการรักษาโดยวิธีการผ่าตัด (Surgical treatment) ข้อบ่งชี้ในการผ่าตัด ได้แก่ กระดูกหักและข้อเคลื่อนไม่มั่นคง (unstable injury) และเกิดความผิดปกติของระบบประสาท การผ่าตัดนิยมการยึดตรึงกระดูกสันหลังภายในด้วยโลหะตามกระดูกสันหลัง (posterior spinal instrumentation) โดยทำ pedicle screw fixation ร่วมกับการ เชื่อมข้อต่อกระดูกสันหลัง (fusion) ส่วนที่ได้รับบาดเจ็บ เป็นวิธีที่เหมาะสมที่สุดสำหรับ unstable (ผศ.นพ.ต่อพงษ์ บุญมาประเสริฐ, 2557)

หลักการพยาบาลผู้ป่วยกระดูกสันหลังหักหรือเคลื่อน (วิฑูรย์ สุวรรณศรวล, 2561)

การพยาบาลระบบทางเดินหายใจ

- ประเมินทางเดินหายใจ กระตุ้นให้ผู้ป่วยหายใจแบบมีประสิทธิภาพ (deep breathing) ผึกหายใจด้วย กระบังลม ช่วยขับเสมหะออกด้วยการเคาะปอด และการจัดท่าเพื่อถ่ายเทเสมหะออก การให้ออกซิเจน ให้เพียงพอ ติดตามผลการตรวจ arterial blood gas เผื่อระวังอาการและอาการแสดงของการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ เช่น ปอดอักเสบ

การพยาบาลระบบหัวใจและหลอดเลือด

- ประเมินอาการแสดงของภาวะช็อค เผื่อระวังภาวะหัวใจเต้นไม่เป็นจังหวะ

วิธีการแก้ไขสถานะนี้ ได้แก่

- ประคับประคองความดันโลหิตให้พอเพียง ถ้าให้น้ำเกลือ ต้องระวังภาวะ pulmonary edema
- ถ้ามีการเสียเลือด แก้ไขที่สาเหตุ และให้เลือดทดแทน
- ประเมินอาการแสดงและป้องกันภาวะ deep vein thrombosis ของขาทั้ง 2 ข้าง

ระบบประสาทและกล้ามเนื้อ

- ประเมินสภาพผู้ป่วยโดยประเมินกำลังของแขนขา (Motor power)
- สอนผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับกิจกรรมออกกำลังกายที่เหมาะสมโดยช่วยให้ผู้ป่วยทำการออกกำลังกาย Passive Exercise โดยช่วยจับแขน ขา ยึดเหยียด เข้าและเย็นครั้งละ 30 นาที แขนขาข้างที่อ่อนแรงจัดเท้าข้างอ่อนแรงให้ตั้งตรงเพื่อป้องกันเท้าตก อาจให้ผู้ป่วยนั่งรถเข็น เพื่อเปลี่ยนจุดถ่วงน้ำหนักตัวเมื่อปฏิบัติได้ดีขึ้น ค่อยฝึกการลุกนั่งบนเตียงเมื่อทรงตัวได้สมดุลจึงให้เริ่มฝึกลุกยืนจนขาทั้งสองข้างลงน้ำหนักได้มั่นคง
- ปรึกษานักกายภาพบำบัด และนักกิจกรรมบำบัดเพื่อเลือกใช้เทคนิคการออกกำลังกายที่เหมาะสม

ระบบทางเดินอาหาร

- ดูแลการงดอาหารและน้ำทางปากและให้น้ำเกลือทางหลอดเลือดดำ ถ้าผู้ป่วยมีประวัติหรือมีอาการของโรคกระเพาะ หรือได้ยาที่ระคายกระเพาะอาหาร ควรให้ยาลดกรด
- ประเมิน bowel sound ช่วยการขับถ่าย ด้วยการสวนหรือล้วงออกทุกวัน หรือวันเว้นวัน

ระบบไต และทางเดินปัสสาวะ

ในระยะแรก เป้าหมายหลักของการรักษาฟื้นฟูระบบนี้ ได้แก่

- ป้องกันการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ
- ป้องกันกระเพาะปัสสาวะคราก (Bladder overdistension)

ระยะฟื้นฟู

- ประเมินความสามารถในการขับถ่ายปัสสาวะเอง
- ดูแลการคาสายสวนปัสสาวะ (Indwelling catheterization) หรือการคาสวนปัสสาวะเป็นระยะ ๆ (Intermittent catheterization)

ระบบผิวหนัง

- ประเมินความตึงตัวของผิวหนัง พลิกตัวผู้ป่วยทุก 2 ชั่วโมง ทำความสะอาดร่างกายทุกครั้งเมื่อมีการถ่ายเลอะ เปลี่ยนผ้าทันทีกุ้ครั้งที่ยกขึ้นและ บำรุงร่างกายผู้ป่วย ถ้าผู้ป่วยมีร่างกายชุ่มพอม และซีด

ด้านจิตใจ

- ประเมินสภาพทางจิตใจ กระตุ้นผู้ป่วยให้ระบายความรู้สึก
- จัดหาผู้ดูแลตั้งแต่แรกเริ่ม รวมทั้งมีการสอนผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่แรกเริ่ม
- ส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้มากที่สุด กระตุ้นให้ผู้ป่วยใช้แหล่งบริการด้านสาธารณสุขที่อยู่ในชุมชนเพื่อการดูแลต่อเนื่อง

การวางแผนจำหน่าย

- การเตรียมการดูแลที่บ้าน
- การสอนด้านสุขภาพ
- การเตรียมด้านจิตสังคม
- การเตรียมแหล่งประโยชน์ด้านสุขภาพ

ความดันโลหิตสูง คือ ภาวะความดันในหลอดเลือดแดงสูงอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ 140/90 มิลลิเมตรปรอท ขึ้นไป โดยวัดขณะนั่งพัก 5-10 นาที ที่ไม่ได้สูบบุหรี่หรือดื่มแอลกอฮอล์ และได้ค่าสูงตั้งแต่ 2 ครั้งขึ้นไปในเวลาอย่างน้อย 2 สัปดาห์ แบ่งระดับความรุนแรงของความดันโลหิตสูง

อาการของโรคความดันโลหิตสูง (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2562)

โรคความดันโลหิตสูงระยะแรกส่วนใหญ่ไม่มีอาการมีเพียงส่วนน้อยที่มีอาการและที่พบได้บ่อยคือ ปวดมึนท้ายทอยตึงที่ต้นคอ ปวดศีรษะ สำหรับผู้ที่มีความดันสูงรุนแรงอาจมีอาการ เช่น อ่อนเพลีย เหนื่อยง่าย ใจสั่น มือเท้าชา ตามัว อัมพาต หรือเสียชีวิตเฉียบพลัน

การพยาบาล(สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2562)

1. รับประทานยา และพบแพทย์ตามนัด ไม่หยุดยาเองแม้ว่าจะมีความดันเป็นปกติ และไม่เปลี่ยนขนาดหรือชนิดยา ผู้ที่มีอาการจากผลข้างเคียงของยาควรปรึกษาแพทย์
2. บริโภคอาหารลดไขมันอิ่มตัว ไม่ปรุงแต่งรสหวาน มัน เค็มจัดควรฝึกให้ชินกับอาหารลดไขมันอิ่มตัว การบริโภคอาหารเค็มจะทำให้ความดันไม่ลงและต้องต่อการรักษา
3. ออกกำลังกายสม่ำเสมอ วันละ 20-30 นาทีแบบต่อเนื่องสัปดาห์ละ 5-7 วัน จะช่วยให้ยามีประสิทธิภาพดีขึ้น ผู้ที่มีความดันโลหิตสูงมากควรปรึกษาแพทย์ก่อนเริ่มออกกำลังกาย
4. การสูบบุหรี่และการดื่มแอลกอฮอล์ จะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนเร็วขึ้น และเป็นสาเหตุของโรคอันตรายอื่นเลือกบริโภคอาหารลดความดัน (Dietary Approaches to Stop Hypertension, DASH)
5. อาหารไขมันต่ำแบบหมุนเวียน เช่น เนื้อไก่ไม่ติดหนัง ปลา อาหารมังสวิรัต และเพิ่มการบริโภคผักผลไม้ ธัญพืชมากขึ้นในแต่ละมื้อ และลดบริโภคเนื้อสัตว์มากเกินไป
6. สร้างวิถีชีวิตให้เอื้อต่อการมีสุขภาพจิตที่ดี รู้จักคลายเครียดและทำจิตใจให้สงบ เช่น ปฏิบัติศาสนกิจ เจริญสมาธิ ฝึกโยคะ เป็นต้น พบว่าการฝึกหายใจ ช้า น้อยกว่า 10 ครั้ง/นาทีวันละ 15-20 นาที



ระยะเวลาที่ดำเนินการ

วันที่รับไว้ดูแล 4 มกราคม 2566 เวลา 15.30 น. วันที่จำหน่ายจากการดูแล 12 มกราคม 2566 เวลา 12.20 น.
รวมวันที่รับไว้ดูแล 9 วัน

การประเมินสภาพร่างกายตามระบบและผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่สำคัญ

ลักษณะทั่วไป : ชายไทย อายุ 64 ปี รูปร่างสมส่วน น้ำหนัก 65 กรัม ส่วนสูง 165 เซนติเมตร ค่าดัชนีมวลกาย (BMI) 23.88 กิโลกรัมต่อตารางเมตร สัญญาณชีพ อุณหภูมิร่างกาย 36.5 องศาเซลเซียส ชีพจร 106 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 22 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 160/99 มิลลิเมตรปรอท SpO₂ 96 %

ผิวหนัง : ผิวสองสี ผิวหนังแห้งเป็นขุย พบแผลถลอกที่กลางหลัง ขนาดกว้าง 2 เซนติเมตร ยาว 5 เซนติเมตร แผลถลอกที่แขนซ้ายแขนขวาที่อ่อนล่าง ยาว 3 เซนติเมตร ไม่พบจุดจ้ำเลือดตามร่างกาย

ศีรษะ : มีขนาดสมมาตร ผมดำปนผมหงอก คลำไม่พบก้อน

ใบหน้า : ใบหน้าทั้ง 2 ข้างมีความสมมาตรกัน ไม่มีแผล คลำไม่พบก้อนหรือกตเจ็บ

ตา : ตาทั้ง 2 ข้างและคิ้วมีขนาดเท่ากัน อยู่ในตำแหน่งและแนวเดียวกัน สายตายาว ต้องใส่แว่นสายตา

จมูก : ลักษณะปกจมูกทั้ง 2 ข้างเท่ากัน สันจมูกตรง กตไม่เจ็บ

ปาก : ริมฝีปากซีด มีความสมมาตรกันทั้ง 2 ข้าง ริมฝีแห้งเล็กน้อยไม่มีแผล ภายในปากไม่มีบาดแผล มีฟันผุ 2 ซี่ ฟันหัก 3 ซี่ ไม่ได้ใส่ฟันปลอม การเคลื่อนไหวของลิ้นปกติ

หู : ขนาดและรูปร่างปกติเท่ากันทั้งสองข้าง กตไม่เจ็บ ใบหูสะอาด ไม่มีขี้หู ไม่มีกลิ่นเหม็น ได้ยินเสียงขณะพูดได้ในระดับปกติ บอกทิศทางของเสียงได้ถูกต้อง

คอ : มีความสมมาตรกันไม่มีรอยโรค กตไม่เจ็บ ไม่มีก้อนท่อน้ำนม ไม่มีการโป่งของหลอดเลือดดำที่คอ คลำชีพจรที่คอปกติ

ต่อมไทรอยด์ : กตไม่เจ็บ ไม่พบก้อนบวมโต

ทรวงอก : รูปร่างทรวงอกเท่ากันทั้ง 2 ข้าง สมมาตรกัน ขณะหายใจเข้าไม่มีการหดรั้งของกล้ามเนื้อระหว่างซี่โครง ปวดชายโครงขวาด้านหลัง อัตราการหายใจ 22 ครั้ง/นาที จังหวะของการหายใจปกติสม่ำเสมอ คลำบริเวณอกไม่พบก้อน ฟังเสียงปอดปกติ

หัวใจ : การเต้นของหัวใจปกติสม่ำเสมอ no murmur คลำไม่มีการสั่นสะเทือนจากการเต้นของหัวใจที่ผิดปกติ บริเวณทรวงอก อัตราการเต้นของหัวใจ 106 ครั้ง/นาที

ท้อง : ท้องแบนราบ ไม่มีแผลเป็นที่ท้อง เคาะได้ยินเสียงโปร่ง คลำไม่พบตับม้าม ฟังการเคลื่อนไหวของลำไส้ได้ 6 ครั้ง/นาที

ระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ : มีแผลถลอกที่แขนขวาที่อ่อนล่าง ยาว 3 เซนติเมตร แขน 2 ข้าง ขยับเคลื่อนไหวขึ้นลงได้ไม่ปวด ไม่มีบวม ไม่มีก้อน ขาสองข้างยาวเท่ากัน ไม่มีบวม ไม่มีก้อน ขยับขาสองข้างไม่ได้ ขาสองข้างอ่อนแรงตั้งแต่สะโพกถึงปลายเท้า Motor power grade 0

ระบบประสาท : รู้สึกตัวดี ตอบคำถามได้ตรงคำถาม อธิบายเรื่องราวได้ พูดชัดเจน ตั้งแต่สะโพกถึงปลายเท้าขา รับสัมผัสไม่ได้ ขาทั้งสองเคลื่อนไหวไม่ได้ ต้านแรงต้านทานไม่ได้ Motor power grade 0

ตรวจ bulbocavernosus reflex ผล positive

ระบบขับถ่ายและระบบสืบพันธุ์ : รูปร่างปกติ คาสายสวนปัสสาวะ ปัสสาวะสีเหลืองไม่มีตะกอน

ผลการตรวจพิเศษ

1. **ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ** 4 มกราคม 2566 EKG 12 lead sinus tachycardia หัวใจเต้นเร็วกว่าปกติ เนื่องจากการได้รับอุบัติเหตุ และมีภาวะ Hypovolumic shock ทำให้หัวใจเต้นเร็ว

2. ผลการตรวจทางรังสี 4 มกราคม 2566

- chest : fracture at the posterior aspects of the right 11th and 12th ribs. No hemo-Pneumo thorax กระดูกซี่โครง ซี่ที่ 11 และ 12 ด้านขวาหัก ไม่มี เลือดและลมรั่ว

- L-S spine : compression fracture L3, fracture T11 and T12 มีกระดูกสันหลังส่วนเอวชั้นที่ 3 หักแบบยุบตัวและมีกระดูกสันหลังส่วนอกชั้นที่ 11 และ 12 หัก

3. ผลการตรวจCT L-S spine 4 มกราคม 2566

-compression fracture involving the anterosuperior portion of the L3 vertebral body, bilateral transverse processes, bilateral laminae and spinous process ,with grade II L2/L3 anterolisthesis and focal severe spinal canal stenosis : likely spinal cord injury. มีการหักและกดทับกระดูกสันหลังส่วนเอวชั้นที่ 3 และมีการตีบของไขสันหลังที่รุนแรงทำให้เกิดการบาดเจ็บที่ไขสันหลัง

- Fracture at T11 and T12 spinous process : L1 and L2 left transverse processes and spinous process: and L4 left transverse processes กระดูกสันหลังส่วนอก ชั้นที่ 11 และ 12 หัก และมีการหักเคลื่อนของกระดูกสันหลังส่วนเอวชั้นที่ 1, 2 และ 4

- Fracture at the posterior aspects of the right of 11th and 12th ribs. กระดูกซี่โครงด้านหลัง ซี่ที่ 11 และ 12 ข้างขวาหัก

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

สิ่งส่งตรวจ	ผลตรวจ	ค่าปกติ	การแปลผล
CBC (04-01-2566)			
Red blood cell (RBC)	4.88 ^{^6} /uL	4.7– 6.2 ^{^6} /uL	ปกติ
Hemoglobin	14.8 g/dl	13.0 – 16.7 g/dl	ปกติ
Hematocrit	44.5 %	40.5– 50.8%	ปกติ
White blood cell	20.3 ^{^3} /uL	4.6 – 10.6 ^{^3} /uL	สูงกว่าปกติ
Neutrophil	82.0 %	43.7 – 70.9%	สูงกว่าปกติ
Lymphocyte	10.7 %	20.1 – 44.5%	ต่ำกว่าปกติ
Monocyte	4.8 %	3.1-9.8%	ปกติ
Platelet	184 ^{^3} /uL	11.9– 14.8 ^{^3} /uL	ปกติ
NRBC	0.1/100 WBC		สูงกว่าปกติ



การวิเคราะห์ผล การตรวจ CBC พบ ค่าเม็ดเลือดขาวสูง Neutrophil สูง Lymphocyte ต่ำ เกิดจากการเกิดอุบัติเหตุอย่างเฉียบพลันทำให้ร่างกายสร้างเม็ดเลือดขาวเพิ่มขึ้น

สิ่งส่งตรวจ	ผลตรวจ	ค่าปกติ	การแปลผล
BUN (04-01-2566)			
Creatinine	17.5 mg/dl	8-20 mg/dl	ปกติ
GFR	1.12 mg/dl	0.72 – 1.18 mg/dl	ปกติ
Electrolyte	69.05 ml/min	90-120 ml/min	ต่ำกว่าปกติ
Sodium	136.4 mmol/L	136-146 mmol/L	ปกติ
Potassium	3.18 mmol/L	3.5-5.1 mmol/L	ต่ำกว่าปกติ
Chloride	107.0 mmol/L	101-109 mmol/L	ปกติ
Carbon dioxide	20.8 mmol/L	21-31 mmol/L	ต่ำกว่าปกติ

การวิเคราะห์ผล GFR ต่ำกว่าปกติ แสดงว่า การทำงานของไตมีความผิดปกติ และมีภาวะไตเสื่อมลง จากการขาดการรักษาโรคความดันโลหิตสูงอย่างต่อเนื่อง พบภาวะ โพแทสเซียม ในเลือดต่ำ ซึ่งเกิดจากการการทำงานต้องใช้แรงมากทำให้มีการเสียเหงื่อ และน้ำในร่างกายจำนวนมากและไม่ได้รับประทานน้ำและอาหารทดแทน

สิ่งส่งตรวจ	ผลตรวจ	ค่าปกติ	การแปลผล
Liver function test (04-01-2566)			
Total protein	6.7 g/dl	6.6 - 8.3 g/dl	ปกติ
Albumin	4.0 g/dl	3.5 – 5.2 g/dl	ปกติ
Globulin	2.7 g/dl	2.5 – 3.5 g/dl	ปกติ
AST (SGOT)	115.4 U/L	< 50 U/L	สูงกว่าปกติ
ALT (SGPT)	68.3 U/L	< 50 U/L	สูงกว่าปกติ
ALK.phosphatase	64.9 U/L	30 - 120 U/L	ปกติ

การวิเคราะห์ผล AST (SGOT) สูงกว่าปกติ,ALT (SGPT) สูงกว่าปกติ เนื่องจากรับประทานเหล้าทุกวัน ทำให้ตับทำงานผิดปกติ



การวินิจฉัยโรคครั้งสุดท้าย (Final Diagnosis)

- Translation injury L2-3 การเคลื่อนตัวของกระดูกสันหลังส่วนเอวชั้นที่ 2 และ 3
- Compression fracture L3 and Incomplete injury with Hypovolemic shock กระดูกสันหลังส่วนเอวที่ 3 หักแบบยุบตัว ไชสันหลังบาดเจ็บชนิดไม่สมบูรณ์ร่วมกับมีภาวะช็อก

สรุปข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลก่อนผ่าตัด

1. ประสิทธิภาพการหายใจลดลงเนื่องจากมีกระดูกซี่โครงหัก
2. มีโอกาสเกิดความไม่พร้อมก่อนผ่าตัดเนื่องจากโรคประจำตัวและต้องผ่าตัดแบบรีบด่วน

สรุปข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลหลังผ่าตัด

3. มีภาวะ hypovolemic shock เนื่องจากการเสียเลือดขณะผ่าตัด
4. มีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดสมองเนื่องจากความดันโลหิตสูงและขาดการรักษาต่อเนื่อง
5. มีภาวะเครียดและวิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยที่ไม่สามารถทำงานได้และเป็นหัวหน้าครอบครัว
6. ผู้ป่วยและครอบครัวขาดความรู้ความเข้าใจและวิตกกังวลเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้าน

ก่อนผ่าตัด

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 1 ประสิทธิภาพการหายใจลดลงเนื่องจากมีกระดูกซี่โครงหัก

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยบอกว่าเจ็บอกขวาด้านหลังเวลาหายใจเข้า หรือขยับตัว
2. อัตราการหายใจ 22-24 ครั้ง/นาที
3. pain score 9 คะแนน
4. SpO₂ = 96 %
5. chest x-ray พบ fracture at the posterior aspects of the right 11th and 12th ribs

วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ป่วยสบาย และ ไม่พบภาวะพร่องออกซิเจน

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยไม่มีอาการหายใจลำบาก กระสับกระส่าย ปลายมือปลายเท้าเย็น
2. อัตราการหายใจ 20-26 ครั้ง/นาที ชีพจร 60-100 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 100/60 -140/80 มิลลิเมตรปรอท

3. SpO₂ 95-100 %

กิจกรรมการพยาบาล

1. จัดท่านอนหงายราบ ไม่ไขว่ห้างเนื่องจากมีกระดูกสันหลังหักร่วมด้วย สลับกับพลิกตะแคงตัวทับซ้าย ทุก 2 ชั่วโมง
2. ประเมินสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง สังเกตอาการหายใจลำบาก ความสม่ำเสมอ อัตราการหายใจ
3. ประเมินภาวะพร่องออกซิเจน เช่น อาการกระสับกระส่าย ปลายมือปลายเท้าซีด
4. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับ Oxygen canular 3 ลิตรต่อนาที
5. ประเมินอาการปวดด้วย Numeric scale ทุก 2 ชั่วโมง ถ้าคะแนนมากกว่า 6 ดูแลให้ยา Morphine 5 mg ทางหลอดเลือดดำ ทุก 6 ชั่วโมง ตามแผนการรักษา และเฝ้าระวังติดตาม อาการไม่พึงประสงค์ของยา เช่น คลื่นไส้ อาเจียน ชีพจร หายใจช้า หัวใจหยุดเต้น
6. Monitor SpO₂ ถ้า < 95 % รายงานแพทย์



การประเมินผล

ผู้ป่วยสามารถนอนราบได้ ไม่มีอาการหายใจลำบากหรือกระสับกระส่าย ปลายมือปลายเท้าไม่เย็น ได้รับยา morphine 1 ครั้ง อาการปวดทนต์ pain score 3 คะแนน อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ชีพจร 102 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 100/60 มิลลิเมตรปรอท SpO₂ = 99 %

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 2 มีโอกาสเกิดความไม่พร้อมก่อนผ่าตัดเนื่องจากโรคประจำตัวและต้องผ่าตัดแบบรีบด่วน

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยบอกขั้นตอนการเตรียมตัวก่อน-หลังผ่าตัดไม่ได้ บอกว่าเคยผ่าตัดมานานมากแล้ว
2. สีหน้ามีความวิตกกังวล
3. ประวัติความดันโลหิตสูง ชาตยา 3 ปี หลังรับไว้ที่หอผู้ป่วย ความดันโลหิต 160/99 มิลลิเมตรปรอท
4. Set OR for PDS. emergency

วัตถุประสงค์ : เพื่อเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยก่อนไปผ่าตัด และลดความเสี่ยงหรือภาวะแทรกซ้อนหลังทำผ่าตัด

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด
2. ผู้ป่วยได้รับการประเมินเพื่อเตรียมความพร้อมทางด้านร่างกาย จิตใจ ก่อนผ่าตัด

กิจกรรมการพยาบาล

1. ให้ความรู้เรื่องโรค แผนการรักษา วิธีการผ่าตัด ผลดี ผลเสีย คร่าวๆ เพื่อให้ผู้ป่วยตัดสินใจรับการรักษา
2. ให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัดและได้รับยาระงับความรู้สึก เช่น การงดน้ำและอาหาร การฝึกการหายใจ และการไออย่างมีประสิทธิภาพ การEarly Ambulation
3. เตรียมความพร้อมผลLab จอเลือด ผล X-ray CT เช่นยินยอมการผ่าตัด
4. ติดตามคำสั่งสัญญาณชีพ โดยเฉพาะความดันโลหิต ถ้าผิดปกติรายงานแพทย์เพื่อให้ได้รับการแก้ไขก่อนไปผ่าตัด
5. เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัยและพูดคุยให้กำลังใจ

การประเมินผล

ผู้ป่วยยอมรับและเข้าใจแนวทางการรักษา สามารถตอบคำถามเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนและหลังทำผ่าตัดได้ถูกต้อง ได้รับการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดครบถ้วนทั้งร่างกาย จิตใจ สัญญาณชีพก่อนผ่าตัด อุณหภูมิกาย 36.8 องศาเซลเซียส ชีพจร 108 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 22 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 108/74 มิลลิเมตรปรอท

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลหลังผ่าตัด

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 3 มีภาวะ hypovolemic shock เนื่องจากการเสียเลือดขณะผ่าตัด

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยมีอาการกระสับกระส่าย เหงื่อออก ตัวเย็น
2. มีการเสียเลือดระหว่างผ่าตัด 1000 ml
3. ชีพจร 110 ครั้ง/นาที วัดความดันโลหิต 85/54 มิลลิเมตรปรอท
4. HCT 26 %
5. On Endotracheal tube ต่อ Ventilator mode PCV Fio₂ 0.4 % PEEP 5Tidal volume 617 ml.



วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะ hypovolemic Shock

เกณฑ์การประเมินผล

1. สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36-37.4 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของชีพจร 60-100 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 100/60-120/80 มิลลิเมตรปรอท SpO₂ > 95 %
2. ผล Hematocrit มากกว่าหรือเท่ากับ 30%
3. ปัสสาวะออกมากกว่า 30 มิลลิลิตร/ชั่วโมง

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินสัญญาณชีพทุก 30 นาที ถ้าความดันโลหิต \leq 100/60 มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นของชีพจร \geq 120 ครั้ง/นาที รายงานแพทย์
2. ดูแลให้ได้รับ 0.9% NSS 1000 มิลลิลิตร ทางหลอดเลือดดำ 80 ml/hr ตามแผนการรักษา
3. ดูแลให้ PRC และ FFP ตามแผนการรักษา เฝ้าระวังอาการแทรกซ้อนจากการได้รับเลือด เช่น มีไข้, หนาวสั่น, หัวใจเต้นเร็ว, หน้าแดง, ผื่นลมพิษ, หายใจลำบาก ถ้าพบรายงานแพทย์
4. On Endotracheal tube with Ventilator ปรับ modeตามแผนการรักษาของแพทย์
5. ดูแลให้ transamin 500 mg vein ทุก 6 ชั่วโมงตามแผนการรักษา เฝ้าระวังอาการข้างเคียง เช่น ปวดศีรษะ ปวดท้อง อ่อนเพลีย ปวดกล้ามเนื้อหรือข้อต่อ
6. ติดตาม Hematocrit 2 ชั่วโมง
7. ประเมินแผลผ่าตัดและ content ใน radiac drain ถ้า content \geq 200 มิลลิลิตร/ชั่วโมง รายงานแพทย์
8. บันทึกปริมาณสารน้ำเข้าและออกจากร่างกาย ถ้าปัสสาวะออก \leq 30 มิลลิลิตร/ชั่วโมง รายงานแพทย์

การประเมินผล

ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ไม่มีอาการกระสับกระส่าย เหงื่อออก ตัวเย็น สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ อัตราการเต้นของชีพจร 78 - 98 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 130/80 - 150/90 mmHg SpO₂ 98% ผล Hematocrit = 30 % แผลผ่าตัดไม่มีเลือดซึม redivac drain ออก 100 มิลลิลิตร ปัสสาวะออก 90 มิลลิลิตร/ชั่วโมง

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 4 มีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดสมองเนื่องจากความดันโลหิตสูงและขาดการรักษาต่อเนื่อง
ข้อมูลสนับสนุน

1. ประวัติความดันโลหิตสูง 5 ปี ขาดยา 3 ปี
2. ความดันโลหิต 179/109 มิลลิเมตรปรอท

วัตถุประสงค์ ไม่พบภาวะแทรกซ้อนจากความดันโลหิตสูง

เกณฑ์การประเมินผล

1. ค่าความดันโลหิตไม่เกิน 140/90 มิลลิเมตรปรอท
2. ระดับความรู้สึกตัวปกติ ไม่พบอาการปวดศีรษะ ตาพร่ามัว ปากเปี้ยว ฟุดไม่ซัด แขนขาอ่อนแรง

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินสัญญาณชีพ และระดับความรู้สึกตัว ทุก 4 ชั่วโมง
2. ให้ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง แนวทางการรักษา และภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นซึ่งจะส่งผลกระทบต่อตนเองและครอบครัว ควรรับการรักษาต่อเนื่อง
3. สังเกตและประเมินอาการที่แสดงถึงการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคหลอดเลือดสมอง เช่น อาการปวดศีรษะ ตาพร่ามัว ปากเปี้ยว ฟุดไม่ซัด แขนขาอ่อนแรง เป็นต้น



4. ดูแลให้ Amlodipine (5 มิลลิกรัม) 1 เม็ด หลังอาหารเช้า ตามแผนการรักษา
5. แนะนำรับประทานอาหารหลีกเลี่ยงอาหารที่มีรสเค็ม เช่น น้ำปลา ผงชูรส ปลาเค็ม น้ำพริกกะปิ เป็นต้น งดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์
6. ประสานงานห้องตรวจอายุรกรรมเพื่อเข้ารับการรักษาต่อเนื่องคลินิกความดันโลหิตสูง แนะนำมาตรวจตามนัด

การประเมินผล

ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง หลังได้รับยา ค่าความดันโลหิตอยู่ในช่วง 130/89 - 140/80 มิลลิเมตรปรอท ไม่มีอาการปวดศีรษะ ไม่มีอาการชา หรืออ่อนแรงที่ใบหน้า ไม่พบอาการพูดไม่ชัด ปากเปื่อย มุมปากตก ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการรักษา รับประทานยาตามนัด OPD HT วันที่ 9 กุมภาพันธ์ 2566

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 5 มีภาวะเครียดและวิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยที่ไม่สามารถทำงานได้และเป็นหัวหน้าครอบครัว

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยบอกมาก่อนเจ็บป่วยสามารถทำงานหาเงินช่วยเหลือครอบครัวได้ แต่ตอนนี้ทำงานไม่ได้แล้ว : ผู้ป่วยเป็นหัวหน้าครอบครัว

2. จากการสังเกตพบผู้ป่วยมีสีหน้าแววตาเศร้า

วัตถุประสงค์ เพื่อลดความวิตกกังวล ยอมรับสภาพความเจ็บป่วยเห็นคุณค่าในตนเอง สามารถปรับตัวในการดำรงชีวิตต่อไปได้

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยยอมรับความพิการที่เกิดขึ้นกับตนเองได้
2. ผู้ป่วยเครียดลดลงและมีสีหน้าสดชื่นขึ้นหลังจากได้รับคำแนะนำ
3. ผู้ป่วยและญาติเข้าใจวิธีการดูแลตนเอง

กิจกรรมการพยาบาล

1. สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึกยอมรับความพิการ
2. ให้ข้อมูลที่ถูกต้องเกี่ยวกับผลที่ตามมาจากการบาดเจ็บไขสันหลังและกระบวนการรักษาฟื้นฟู โดยยึดหลักในการพูดความจริงที่เกิดประโยชน์
3. สนับสนุนให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเรื่องการรักษาฟื้นฟูและการรับผิดชอบตนเอง โดยให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการวางแผนการรักษา ส่งเสริมการดูแลช่วยเหลือตนเองในกิจวัตรประจำวัน เช่น การดูแลการขับถ่ายอุจจาระด้วยตนเอง
4. แนะนำครอบครัว ญาติ เพื่อนของผู้ป่วยให้กำลังใจในการปรับตัวปรับใจและยอมรับมากขึ้น ต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น
5. ประเมินและให้การดูแลทางจิตใจถ้า ผู้ป่วยไม่ดีขึ้น หรือมีปัญหาทางจิตสังคมมาก หรือพบภาวะเครียดมาก ให้การประเมินภาวะซึมเศร้าและการฆ่าตัวตาย และรายงานแพทย์
6. ให้ยา Amitriptyline (25mg) 1 เม็ด ก่อนนอน และ Lorazepam (1 mg) 1 เม็ด ก่อนนอน ตามแผนการรักษา

การประเมินผล

ผู้ป่วยมีความสามารถในการดูแลตนเอง ปรับตัว ยอมรับความพิการได้ นอนหลับพักผ่อนได้



ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 6 ผู้ป่วยและครอบครัวขาดความรู้ความเข้าใจและวิตกกังวลเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้าน

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยและญาติสอบถามถึงการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้าน
2. ผู้ป่วยและญาติแสดงสีหน้ากังวล เมื่อต้องกลับบ้าน
3. ผู้ป่วยไม่สามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้ปกติ เนื่องจาก Paraplegia

วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจในการดูแลตนเองเมื่อกลับบ้าน สีหน้าสดชื่น

เกณฑ์การประเมิน

1. ผู้ป่วยและญาติสามารถบอกวิธีการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้านได้ถูกต้อง
2. ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนเมื่อกลับไปอยู่บ้าน
3. ผู้ป่วยและญาติมีความมั่นใจ ในการดูแลตนเอง

กิจกรรมการพยาบาล

1. ให้คำแนะนำวางแผนก่อนจำหน่ายโดยบอกให้ผู้ป่วยยอมรับสภาพการบาดเจ็บที่รากประสาทไขสันหลัง ทำให้ขาชา ขยับขาเคลื่อนไหวร่างกายไม่ได้ อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ เช่น ข้อติด , Bed sore, ท้องผูกและอุบัติเหตุพลัดตกหกล้ม
2. แนะนำการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ตรงตามเวลา พร้อมทั้งสังเกตอาการข้างเคียงของยา ถ้าพบมีอาการให้ปรึกษาแพทย์
3. แนะนำญาติในการจัดสิ่งแวดล้อมที่บ้าน ให้สะดวก เก็บสิ่งของให้เรียบร้อย ไม่กีดขวางทางเดิน มีแสงสว่างเพียงพอเพื่อป้องกันอุบัติเหตุ
4. แนะนำการสังเกตอาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์ เช่น การติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ โดยสังเกตอาการมีไข้ หนาวสั่น ปัสสาวะกลืนฉุน มีตะกอน
5. แนะนำญาติในการส่งเสริมให้กำลังใจผู้ป่วยและกระตุ้นให้ผู้ป่วย มีการออกกำลังกายบริหารกล้ามเนื้ออย่างสม่ำเสมอเพื่อเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อป้องกันข้อยึดติด
6. แนะนำดูแลใส่เสื้อพยุงหลัง ชนิด Lumbar Support เวลาลุกนั่งหรือลงรถเข็น และอธิบายถึงความสำคัญในการใส่เสื้อพยุงหลัง
7. แนะนำให้มาตรวจติดตามนัดทุกครั้ง แนะนำการดูแลแผลผ่าตัด และมารับการ Off Staple ในวันที่ 18 มกราคม การมาพบแพทย์ตามนัดใน OPD spine วันที่ 1 กุมภาพันธ์ 2566 และ OPD HT วันที่ 9 กุมภาพันธ์ 2566
8. แนะนำเกี่ยวกับอาหารที่เหมาะสมกับผู้ป่วย ผู้ป่วยมีโรคประจำตัวเป็นความดันโลหิตสูง ควรลดอาหารเค็ม รับประทานอาหารรสจืด เกี่ยวกับประเภทของอาหาร รับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ เน้นอาหารอ่อนย่อยง่าย เช่น นม ไข่ ปลาเล็กปลาน้อย ผัก ผลไม้ เพื่อช่วยในเรื่องการป้องกันภาวะท้องผูก และแนะนำการดื่มน้ำวันละ 2,000 -3000 มิลลิลิตร/วัน เพื่อป้องกันการติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะ
9. ส่งต่อการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง การดูแลต่อเนื่องที่บ้าน วางแผนร่วมกับทีมสหวิชาชีพในการให้ความรู้และฝึกทักษะที่จำเป็นแก่ผู้ป่วยก่อนจำหน่าย
10. ประสานและแนะนำแหล่งช่วยเหลือในชุมชน เช่น มูลนิธิ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น เตรียมเอกสารเพื่อการทำบัตรผู้พิการ



การประเมินผล

ผู้ป่วยและญาติ สามารถบอกวิธีการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้านได้อย่างถูกต้อง ญาติเข้าใจในการร่วมดูแลผู้ป่วยดี ไม่พบข้อผิดพลาดชัดเจน ไม่มีแผลกดทับที่บริเวณต่างๆของร่างกาย ไม่มีภาวะท้องอืด ไม่เกิดการพลัดตกหกล้ม การนำไปใช้ประโยชน์

1. นำไปใช้เป็นแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยกระดูกสันหลังส่วนอกและเอวหักเคลื่อนทับรากประสาทไขสันหลังและมีภาวะช็อค เพิ่มพูนความรู้ สำหรับพยาบาล และเจ้าหน้าที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกโรงพยาบาลตราด และเจ้าหน้าที่ในแผนกอื่นๆที่เกี่ยวข้อง โดยนำไปประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมแก่ผู้ป่วยแต่ละราย
2. เป็นเอกสารวิชาการเพื่อเผยแพร่ และเป็นแนวทางให้บุคลากรทางการแพทย์ที่สนใจ

ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ / เชิงคุณภาพ)

ผลสำเร็จของงานเชิงปริมาณ

ให้การพยาบาลผู้ป่วยที่มีกระดูกสันหลังส่วนอกและเอวหักเคลื่อนทับรากประสาทไขสันหลังร่วมกับมีภาวะช็อค จำนวน 1 ราย รับผิดชอบในวันที่ 4 มกราคม 2566 เวลา 15.30 น. จำหน่าย วันที่ 12 มกราคม 2566 เวลา 12.20 น. รวมระยะเวลาที่อยู่ในความดูแล 9 วัน

ผลสำเร็จของงานเชิงคุณภาพ

ผู้ป่วยเป็นผู้สูงอายุ มีโรคความดันโลหิตสูงขาดยา 3 ปี มีกระดูกซี่โครงหักร่วม ผู้ป่วยได้รับการเตรียมความพร้อมก่อนทำผ่าตัด ทำให้ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนขณะผ่าตัด หลังผ่าตัดผู้ป่วยมีภาวะช็อคจากการเสียเลือด(Hypovolemic shock) แต่ได้รับการประเมินและรายงานได้รวดเร็ว ทำให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะ shock ในระยะฟื้นฟูสภาพ ผู้ป่วยมี paraplegia เป็นผู้พิการ ได้รับการวางแผนจำหน่ายที่ครอบคลุม ไม่เป็นภาระของครอบครัว ลดค่าใช้จ่ายในการรักษา ผู้ป่วยกลับบ้านโดยปลอดภัย ไม่มีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง

เอกสารอ้างอิง

ผศ.นพ.ต่อพงษ์ บุญมาประเสริฐ. (2557). *กระดูกสันหลังหัก-ข้อเคลื่อน (FRACTURES & DISLOCATIONS OF THE SPINE) และ บาดเจ็บไขสันหลัง*. คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

พัชรี บุตรแสนโต. (2564). *การพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนผู้ป่วยบาดเจ็บกระดูกสันหลัง*. สำนักพิมพ์ ศรีนครินทร์ เวชสาร.

วิหวดี สุวรรณศรวล. (2561). *การพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลัง Spinal cord injury*. สำนักพิมพ์ Steven Emery Carson.

สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. (2562). *แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูง ในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ. 2562*. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ : ทริค อินค์.

ศูนย์สิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2556). *แนวทางปฏิบัติ การฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการที่บาดเจ็บไขสันหลัง*. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์ สหมิตร พรินติ้ง แอนด์พับลิชชิ่ง จำกัด.