



# การพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บกระดูกสันหลังระดับทรวงอกที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลัง ร่วมกับการบาดเจ็บที่ศีรษะ มีภาวะลม/น้ำในเยื่อหุ้มปอด และแผลติดเชื้อดื้อยา : กรณีศึกษา

อรสา ชัยจันดี, พ.ว.

## บทคัดย่อ

กรณีศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บกระดูกสันหลังระดับทรวงอกที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลัง : กรณีศึกษาโดยศึกษาที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย 1 หอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกและข้อชาย และหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม (SICU) โรงพยาบาลชัยภูมิ เริ่มศึกษาตั้งแต่วันที่ 12 กรกฎาคม - 6 กันยายน 2562 ผู้ป่วยชายไทยอายุ 18 ปี มาด้วยอาการสำคัญคือ ชับ MC ล้มเอง มีแผลฉีกขาดที่ใบหน้า ซากา 2 ซ้ำง เป็นมา 30 นาที สลบจำเหตุการณ์ไม่ได้ มูลนิธินำส่งแพทย์วินิจฉัย Fracture dislocate of T4-T5 + Complete cord injury + Mild HI moderate risk รั้งไว้รักษาวันที่ 12 กรกฎาคม 2562 ที่หอผู้ป่วย ศัลยกรรมชาย 1 1 วัน และย้ายไปหอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกและข้อชาย วันที่ 13 กรกฎาคม 2562 เข้ารับการผ่าตัด Decompressive laminectomy T2-T7 with pedicular screw with posterior lateral fusion วันที่ 15 กรกฎาคม 2562 หลังผ่าตัด ย้ายเข้ารับการรักษาต่อที่ หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม (SICU On ET-Tube with Ventilator) สามารถหย่าเครื่องช่วยหายใจได้เมื่อวันที่ 16 กรกฎาคม 2562 ย้ายกลับหอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกและข้อชาย ขณะนอนรักษาตัวผู้ป่วยมีภาวะติดเชื้อในปอด พบว่ามีภาวะ Hemopneumothorax ทำ ICD และมีภาวะแทรกซ้อนเกิดแผลกดทับระดับ 3 แพทย์ทำผ่าตัด Debridement วันที่ 29 สิงหาคม 2562 และส่งปรึกษากายภาพบำบัดสำหรับเตรียม Home programe จนกระทั่งจำหน่ายทุเลาในวันที่ 6 กันยายน 2562 จำนวนวันนอนรวมทั้งสิ้น 56 วัน ผลที่ได้จากการศึกษาพบปัญหาทางการพยาบาล ตามระยะดังนี้ ระยะวิกฤต ระยะก่อนผ่าตัด ระยะหลังผ่าตัด ระยะอยู่ใน SICU ระยะเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่าย

จากปัญหาทางการพยาบาลในแต่ละระยะ นำสู่การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผลทางการพยาบาลที่สอดคล้องกับปัญหาและผู้ป่วยได้รับการวางแผนจำหน่ายในรูปแบบ D-METHOD โดยทีมสหสาขาวิชาชีพมีการติดตามเยี่ยมที่บ้านอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งระบบให้คำปรึกษา เมื่อผู้ป่วยและญาติพบปัญหา

**คำสำคัญ :** การบาดเจ็บกระดูกสันหลังระดับทรวงอก, การผ่าตัดกระดูกสันหลัง, การบาดเจ็บที่ศีรษะ, ลมและน้ำในเยื่อหุ้มปอด, แผลติดเชื้อดื้อยา, การพยาบาล



## Nursing care for patient with thoracic spine injury S/P spine surgery with head injury hemopneumothorax & MDR : Case study

Orasa Chaijundee, R.N.

### Abstract

The purpose of this case study was to study nursing of thoracic spine injury patients who received spine surgery. Case study: By studying at Male Surgical ward 1. Male Orthopedic ward And Surgical Intensive Care Unit (SICU) at Chaiyaphum Hospital The study started from 12 July - 6 September 2019. A Thai male aged 18 years, with significant symptoms, is driving the MC, falling by himself, with a torn wound on his face, numbness in both legs for 30 minutes. Fracture dislocate of T4-T5 + Complete cord injury + Mild HI moderate risk, accepted for treatment on 12 July 2019 at the Male Surgery ward 1 1 day and moved to the Male Orthopedic ward, 13 July 2019, undergoing surgery Decompressive laminectomy T2-T7 with pedicular screw with posterior lateral fusion, 15 July 2019. After surgery, move to receive further treatment at SICU On ET-Tube with Ventilator was able to wean out the ventilator on 16 July 2019. Moved back to the Male Orthopedic ward. While treating patients with pulmonary infection, Hemopneumothorax had ICD and complications caused by pressure ulcers, level 4, doctors performed surgery on Debridement on 29 August 2019. And sent a physical therapy consultant to prepare the Home programe until discharged on 6 September 2019, a total of 56 days of sleep.

The results of the study showed that nursing problems were as follows. Crisis period, pre-operative period, post-operative period, intensive care period, discharge plan period. From nursing problems at each stage lead to nursing plan nursing practice and nursing assessments that are in line with the problems and patients are planned for distribution in the form of D-METHOD. The multidisciplinary team is continually following home visits. Including a consultation system when patients and relatives encounter problems.

**Keywords** : Thoracic spine injury, Spine Surgery, Head Injury, Hemopneumothorax, MDR, Nursing care

## บทนำ

ภยันตรายที่เกิดขึ้นกับกระดูกสันหลังพบได้มากขึ้นตามอัตราการเพิ่มของอุบัติเหตุ ทั้งนี้อุบัติเหตุที่เกิดขึ้นแต่ละครั้งจะมีภยันตรายต่อระบบการเคลื่อนไหว ซึ่งอาจเกิดขึ้นกับ แขน ขา และกระดูกสันหลัง ภยันตรายที่เกิดกับกระดูก cervical spine จะทำให้ผู้ป่วยเป็นอัมพาตได้ถึงร้อยละ 40 และที่กระดูกสันหลังส่วน Thoraco-Lumbar spine ร้อยละ 15-20 ส่วนมากเกิดกับเพศชายในวัยทำงาน ส่วนใหญ่เกิดจากอุบัติเหตุทางการจราจร การตกจากที่สูง การเล่นกีฬา เป็นต้น

สาเหตุของภยันตรายที่ทำให้กระดูกสันหลังหัก

- 1) อุบัติเหตุการจราจร
- 2) ตกจากที่สูง
- 3) บาดเจ็บจากวัตถุภายนอก เช่น กระสุนปืน สะเก็ดระเบิด มีด
- 4) กระโดดน้ำในตื้น
- 5) อุบัติเหตุการเล่นสกีน้ำ
- 6) บาดเจ็บจากการเล่นกีฬา

## อาการและอาการแสดง

1. ปวดบริเวณหลัง กดเจ็บบริเวณที่หัก
2. อัมพาตแบบอ่อนเปื่อย (flaccid paralysis) หน้าที่ทางระบบประสาทจะหายไป ตั้งแต่ระดับต่ำกว่าที่มีพยาธิสภาพ ซึ่งเป็นลักษณะของ lower motor neurone lesion

3. อัมพาตแบบแข็งเกร็ง (spasticity) จะพบอาการทางระบบประสาทของส่วนที่ต่ำกว่าระดับที่มีพยาธิสภาพ

4. อันตรายที่มีต่อ lower part ของ spinal cord ต่ำกว่า L1 หรือ L2 คือบริเวณ conus medullaris และ cauda equina อาการที่แสดงจะมีอาการของ upper และ lower motor neurone ร่วมกัน

การรักษากระดูกสันหลังแตกหรือหักและ/หรือเคลื่อน แบ่งออกเป็น 3 วิธี ได้แก่

1. การรักษาแบบประคับประคอง โดยทั่วไปกระดูกสันหลังที่บาดเจ็บจะหายเองได้ถ้าได้พักอยู่นิ่งอย่างเพียงพอ

- 1.1 การรักษาโดยการเข้าเครื่องยึดดึงบริเวณกะโหลกศีรษะ (skull traction)

- 1.2 การรักษาด้วยการดึงและจัดกระดูกให้เข้าที่ด้วยมือ จะใช้ในรายที่มีกระดูกเคลื่อนเท่านั้น

- 1.3 การนอนพักอยู่บนเตียง แม้ว่าจะไม่มีเครื่องช่วยดึงให้บริเวณที่บาดเจ็บให้อยู่นิ่ง แต่ก็สามารถทำให้เกิดความมั่นคง จากการเชื่อมติดของกระดูกสันหลังที่หักได้

- 1.4 การนอนพักบนเตียงหรือร่วมกับการใช้อุปกรณ์ช่วยเสริมภายนอก

2. การรักษาโดยการผ่าตัด เป็นวิธีการที่สร้างความมั่นคงแข็งแรงให้แก่กระดูกสันหลังที่ได้รับบาดเจ็บ

3. การใช้ยาเพื่อการรักษาไขสันหลังที่ได้รับบาดเจ็บ

ผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บทางกระดูกสันหลังส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยอัมพาตซึ่งช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ และจำเป็นต้องมีผู้ดูแล ความพิการทำให้สูญเสียสภาพร่างกายและแบบแผนการดำเนินชีวิตประจำวัน ส่งผลกระทบถึงภาวะจิตใจ ต้องใช้เวลาในการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลเป็นระยะเวลานานโดยเฉพาะด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพ และแก้ไขปัญหาภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ที่จะเกิดขึ้นตามมา เช่น ภาวะแทรกซ้อนทางระบบทางเดินหายใจ ภาวะการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ เป็นต้น เมื่อผู้ป่วยและญาติได้รับคำบอกกล่าวจากแพทย์ว่าจะให้กลับบ้าน ปฏิบัติการของผู้ป่วยส่วนใหญ่ในระยะนี้คือ ขาดความมั่นใจว่าตนเองจะกลับไปใช้ชีวิตในสังคมได้อย่างไร จะดูแลตนเองในเรื่องกิจวัตรประจำวันได้อย่างไร จะยังคงรักษาบทบาททางสังคมได้เหมือนเดิมหรือไม่ และยังมีควมวิตกกังวลว่าตนเองอาจเป็นภาระของครอบครัว ส่วนปฏิบัติการของญาติจะเกิดภาวะสับสน รู้สึกไม่มั่นใจและลำบากใจที่จะต้องรับภาระการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน



ดังนั้นบุคลากรทีมสุขภาพ โดยเฉพาะพยาบาล ซึ่งดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดต้องตระหนักถึงความสำคัญของการวางแผนจำหน่าย มีการประเมินความพร้อมของผู้ป่วยและญาติ ตลอดจนการติดต่อสื่อสารประสานงานระหว่างบุคลากรในทีมสุขภาพรวมทั้งผู้ป่วยและญาติ เพื่อช่วยกันวางแผนการดูแลตั้งแต่เริ่มรับผู้ป่วยเข้ารักษาในโรงพยาบาลโดยการให้ความรู้ในการดูแลผู้ป่วย เปิดโอกาสให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย ฝึกปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ให้กับผู้ป่วยและญาติจนเกิดความชำนาญ เพื่อให้ญาติเกิดความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับบ้าน และผู้ป่วยได้รับการดูแลต่อเนื่องอย่างมีคุณภาพ

### วัตถุประสงค์ของการศึกษา

1. เพื่อให้ผู้ป่วยบาดเจ็บกระดูกสันหลังระดับทรงอกที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลัง ได้รับการรักษาพยาบาลตามมาตรฐานวิชาชีพ ปลอดภัย ไม่มีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง
2. ส่งเสริมให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถปฏิบัติตนได้อย่างเหมาะสมกับภาวะอาการของโรค มีคุณภาพชีวิตที่ดี

### วิธีการศึกษา/วิธีการดำเนินงาน/ขอบเขตงาน

1. คัดเลือกผู้ป่วยบาดเจ็บกระดูกสันหลังระดับทรงอกที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลัง และมีภาวะแทรกซ้อน เพื่อเป็นกรณีศึกษา
2. รวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียน และสอบถามจากผู้ป่วยและญาติ เกี่ยวกับอาการสำคัญ ประวัติการเจ็บป่วยทั้งในอดีตและปัจจุบัน ประวัติการรักษาพยาบาล การแพ้ยาและสารเคมี ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว แบบแผนสุขภาพและการดำเนินชีวิต ผลการตรวจร่างกายและผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ
3. ศึกษาจากตำรา วรรณกรรมและเอกสารที่เกี่ยวข้อง
4. นำข้อมูลที่ได้มารวบรวม วิเคราะห์ นำมาวางแผนการพยาบาลโดยใช้กระบวนการพยาบาล เน้นการพยาบาลแบบองค์รวม

5. ปฏิบัติการพยาบาล ติดตามประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล

6. สรุปผลการศึกษา และให้ข้อเสนอแนะแก่ผู้ป่วยและครอบครัว

7. จัดทำเอกสารวิชาการ ตรวจสอบความถูกต้องและเผยแพร่ความรู้

### ประโยชน์ของการศึกษา

1. เพื่อนำผลการศึกษามากำหนดแนวทางในการสร้างมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บกระดูกสันหลังระดับทรงอกที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลัง แบบองค์รวม
2. ใช้เป็นแนวทางในการจัดทำคู่มือปฏิบัติงานการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บกระดูกสันหลังระดับทรงอกที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลัง ได้อย่างถูกต้องตามมาตรฐานวิชาชีพ

### กรณีศึกษา

ผู้ป่วยชายไทย สถานภาพโสด อายุ 18 ปี เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย อาชีพในปกครอง (นักเรียน) ที่อยู่ 53 หมู่ 6 ต.ห้วยบง อ.เมือง จ.ชัยภูมิ HN : 000407974 AN : 620024995 วันที่รับไว้ในโรงพยาบาล วันที่ 12 กรกฎาคม 2562 ที่หอผู้ป่วย ศัลยกรรมชาย 1 เวลา 10.10 น. หมด condition ทาง Neuresurg D/C นัด F/U 3Wks. ย้ายเข้าหอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกและข้อชาย วันที่ 13 กรกฎาคม 2562 ทำผ่าตัด Decompressive laminectomy T2-T7 with pedicular screw with posterior lateral fusion วันที่ 15 กรกฎาคม 2562 ขณะผ่าตัดเสียเลือด 1,500 cc. Hct. 25% ดูแลให้ PRC 220 cc. หลังผ่าตัดย้ายเข้ารับการรักษาต่อที่หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม (SICU) เวลา 22.50 น. On ET-Tube with Ventilator สามารถหย่าเครื่องช่วยหายใจได้เมื่อวันที่ 16 กรกฎาคม 2562 ดูแลให้ออกซิเจน Mask with bag 10 ลิตร/นาที ย้ายกลับหอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกและข้อชาย ขณะนอนรักษาตัวผู้ป่วยมีภาวะติดเชื้อในปอด ได้ส่งปรึกษาอายุรแพทย์ มาเจาะปอด พบว่ามีภาวะ



Hemopneumothorax ทำ ICD ชนิด 3 ขวดต่อ Suction และมีภาวะแทรกซ้อนเกิดแผลกดทับระดับ 3 แพทย์ทำผ่าตัด Debridement วันที่ 29 สิงหาคม 2562 และส่งปรึกษากายภาพบำบัดสำหรับเตรียม Home programe จนกระทั่งจำหน่ายทุเลาในวันที่ 6 กันยายน 2562 จำนวนวันนอนรวมทั้งสิ้น 56 วัน

**ประวัติการเจ็บป่วยและการรักษา :** อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล ชับ MC ล้มเอง มีแผลฉีกขาดที่ใบหน้า ซาซา 2 ข้าง เป็นมา 30 นาที ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน 30 นาทีก่อนมา ชับ MC ล้มเอง มีแผลฉีกขาดที่คิ้วขวา ยาว 2 cms มีแผลที่หน้าผาก ยาว 2 cms มีแผลฉีกขาดที่ริมฝีปากบนยาว 1 cm ซาซา 2 ข้าง สลบจำเหตุการณ์ไม่ได้ มูลนิรินำส่ง Refer จาก รพช.คอนสวรรค์ 00 สัญญาณชีพแรกจับ : T = 36.6 C, PR = 80/mim, RR = 22/mm, BP = 112/70 mmHg

### ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

วันที่ 12 กรกฎาคม 2562 ผลการตรวจเลือด Complete Blood Count

การตรวจ	ผลการตรวจ	ค่าปกติ	การแปลผล
Hematocrit	37.2%	35-54%	ปกติ
White blood cell	8,400 cu.mm	5,000-10,000 cu.mm	ปกติ
Neutrophil	63.5%	40-70%	ปกติ
Lymphocyte	23.2%	20-50%	ปกติ
Eosinophil	6.0%	0-6%	ปกติ
Platelet	176,000 cu.mm	100,000-300,000 cu.mm	ปกติ

การแปลผล ไม่พบความผิดปกติจากการตรวจ Complete Blood Count

วันที่ 12 กรกฎาคม 2562 ผลการตรวจเลือด Blood Chemistry

การตรวจ	ผลการตรวจ	ค่าปกติ	การแปลผล
Blood Urine Nitrogen	8 mg/dl	8-21 mg/dl	ปกติ
Creatinine	0.7 mg/dl	0.5-1.5 mg/dl	ปกติ

การแปลผล ไม่พบความผิดปกติจากการตรวจ Blood Chemistry

**ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต** ปฏิเสธโรคประจำตัวและโรคติดต่อ ไม่มีประวัติแพ้ยา หรืออาหารชนิดใด ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัวมีพี่น้อง 2 คน น้องสาวอายุ 15 ปี บุคคลในครอบครัวสุขภาพแข็งแรง ไม่มีใครเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง หรือโรคติดต่อทางกรรมพันธุ์ใด ๆ

PE : รู้สึกตัวดี E4V5M6, Pupil 2 mm RTL BE, DTX = 130 mg%, O2 Sat room air = 98%,

Equal breath sound tender at Lt. chest wall, no subcutaneous emphysema, tender along T Spine, Decrease sensation below T5 Lt., Motor power Rt. Upper and lower grade 4 all, Motor power Lt. Upper grade 1, Motor power Lt., Rt. lower grade 0, Abdominal soft, Generalize mild tender, No rebound tenderness, PR : Loose spincter tone, FAST: neg



วันที่ 15 กรกฎาคม 2562 ผลการตรวจ Hematocrit = 25% การแปลผลมีภาวะซีด

วันที่ 18 กรกฎาคม 2562 ผล Pus C/S จาก ผลกดทับบริเวณก้นกบ พบเชื้อ 1. Proteus mirabilis 2. Klebisellapneumoniae 3. Acinetobacterbaumannii (MDR) การแปลผลมีการติดเชื้อของ ผลที่ก้นกบและเป็นเชื้อดื้อยา

วันที่ 20 กรกฎาคม 2562 ผล Pus C/S จาก ผล ICD พบเชื้อ 1. Staphylococcus epidermidis 2. Corynebacterium spp. การแปลผลมีการติดเชื้อของผล ICD แต่อาจเกิดจากความสะอาด/หรือมีการปนเปื้อนเพราะเป็นเชื้อที่พบได้จากบริเวณผิวหนัง

### ผลการตรวจทางรังสี

วันที่ 12 กรกฎาคม 2562 Film L spine AP, lateral พบว่า มี Fracture dislocate T4-5 และ Film CXR ปกติ

**ผลการตรวจพิเศษ :** CT Brain : No intracranial hemorrhage, CT C+T-Spine : Comminuted Fx. Body and vertebral arch of T4-5, causing compromise vertebral foramen, Fx.Lt. transverse process of T4 vertebra, Fx.lateral Rt.

**การวินิจฉัย :** Fracture dislocate T4-T5 Fracture dislocate of T4-T5 + Complete cord injury + Mild HI moderate. risk

### การรักษาที่ได้รับระหว่างรับไว้รักษา ในโรงพยาบาลจนจำหน่าย

#### 1. การรักษาโดยตรง

Decompressive laminectomy T2-T7 with pedicular screw with posterior lateral fusion วันที่ทำการผ่าตัดวันที่ 15 กรกฎาคม 2562

Thoracocentesis onICD3 bottle with suction วันที่ 26 กรกฎาคม 2562

Debridement bed sore วันที่ทำการผ่าตัด วันที่ 29 สิงหาคม 2562

#### 2. การรักษาโดยทั่วไป

2.1 การรักษาเพื่อบรรเทาอาการปวด (ก่อนและหลังผ่าตัด)

Tramol 1 amp IV ทุก 6 ชั่วโมงเวลาปวด วันที่ 12-14 กรกฎาคม 2562 MO 5 mg dilute IV ทุก 2 ชั่วโมงเวลาปวด วันที่ 15 กรกฎาคม 2562 MO 5 mg dilute IV ทุก 4 ชั่วโมงเวลาปวด วันที่ 16 กรกฎาคม 2562 Pacetamol 2 tab ☉ pm. วันที่ 12 กรกฎาคม - 6 กันยายน 2562 Mydocalm 1 tab ☉ tid pc วันที่ 16 กรกฎาคม 2562

2.2 การรักษาเพื่อให้ผู้ป่วยได้นอนหลับ Ativan 1/2 tab ☉ hs วันที่ 12 กรกฎาคม - 6 กันยายน 2562

2.3 การรักษาเพื่อลดกรดในกระเพาะอาหาร และลดอาการท้องอืด Antacid 30 cc ☉ tid pc วันที่ 16 กรกฎาคม - 6 กันยายน 2562 Air-x 1 tab ☉ tid pc วันที่ 16 กรกฎาคม - 6 กันยายน 2562

2.4 การรักษาเพื่อรักษาอาการซีด PRC 2 Unit เข้าทางหลอดเลือดดำ วันที่ 15 - 16 กรกฎาคม 2562

2.5 การรักษาเพื่อเสริมสร้างกระดูก CaCo<sub>3</sub> 1 tab ☉ bid pc วันที่ 16 กรกฎาคม - 6 กันยายน 2562

2.6 การรักษาเพื่อลดอาการคลื่นไส้ อาเจียน Plasil 1 amp IV ทุก 6 ชั่วโมง เวลาคลื่นไส้ อาเจียน วันที่ 16-30 กรกฎาคม 2562

2.7 การรักษาเพื่อป้องกัน/รักษาภาวะติดเชื้อ

Cefazolin 1 gm. IV q 6 hrs. วันที่ 12 - 15 กรกฎาคม 2562 Ceftriazone 2 gms. IV OD วันที่ 15-23 กรกฎาคม 2562 Ceftazidime 2 gms. IV q 8 hrs. วันที่ 23-26 กรกฎาคม 2562 Tazocin 4.5 gms. IV q 8 hrs วันที่ 26 - 31 กรกฎาคม 2562



Meropenem 1 gm. IV q 8hrs วันที่ 31  
กรกฎาคม - 8 สิงหาคม 2562 Cephalexin 500  
mg. 1 tab ☉ qid ac วันที่ 8 สิงหาคม - 6 กันยายน  
2562

## การพยาบาลแบ่งออกเป็น 4 ระยะ

**ระยะวิกฤต** พบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล  
ดังนี้ 1) เสี่ยงต่อการซึมซ่านของสมองลดลง เนื่องจาก  
มีการขัดขวางการไหลเวียนเลือด หรือการไหลเวียน  
ของเลือดในสมองไม่เพียงพอจากการเสียเลือดและ  
สมองบวม 2) ได้รับความไม่สุขสบายเนื่องจากสมอง  
ได้รับบาดเจ็บ 3) เสี่ยงต่อการบาดเจ็บของไขสันหลัง  
เพิ่มจากการเคลื่อนย้าย

## บทบาทของพยาบาล

1. แก้ไขปัญหาที่จะทำให้ถึงแก่ชีวิต เช่น  
ภาวะเลือดออกในสมอง หายใจลำบาก ประเมิน V/S,  
N/S เป็นระยะ

2. ป้องกันไม่ให้ไขสันหลังได้รับบาดเจ็บ  
หรือมีพยาธิสภาพเพิ่มมากขึ้นโดยใช้หลักการขนย้าย  
ผู้ป่วย ดังนี้

- เตือนผู้ป่วยมิให้ขยับเขยื้อนหรือ  
เคลื่อนย้ายตัวเอง
- พลิกตัวผู้ป่วยเป็นท่อนซุง (Log roll)  
ให้ศีรษะและลำตัวเคลื่อนไปพร้อม ๆ กัน  
อย่างน้อยใช้คน 3 คน ยกผู้ป่วย
- จัดผู้ป่วยให้อยู่ในท่าที่สบาย เจ็บปวด  
น้อยที่สุด
- รักษาแนวกระดูกสันหลังให้เหมือน  
ปกติ
- ถ้าผู้ป่วยหายใจไม่สะดวกในท่านอนหงาย  
อาจพลิกผู้ป่วยให้อยู่ในท่านอนตะแคง
- ฝ้าสังเกตอาการด้วยการจับชีพจร  
การหายใจ และวัดความดันโลหิต  
เป็นระยะ
- ประเมิน ภาวะ Spinal shock

ผู้ป่วยรายนี้ไม่พบภาวะ Spinal shock  
แต่มีการกระทบกระเทือนทางสมองมี Mind HI  
Moderate risk จึงได้ไป Admit ที่หอผู้ป่วย  
ศัลยกรรมชาย 1 ก่อน 1 เพื่อสังเกตอาการทางสมอง  
หมด condition ทาง Neurosurg จึงย้ายมารักษาต่อ  
ที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกและข้อชาย

## 3. ดูแลระบบหัวใจและหลอดเลือด โดย

- ประเมินอาการแสดงของภาวะช็อค
- ฝ้าระวังภาวะหัวใจเต้นไม่เป็นจังหวะ
- ประเมินอาการแสดงของเลือดออกรอบ ๆ  
บริเวณที่บาดเจ็บไขสันหลัง
- ประคับประคองความดันโลหิตให้พอเพียง  
ถ้าให้น้ำเกลือ ต้องระวังภาวะ  
pulmonary edema
- ถ้ามีการเสียเลือด แก้ไขที่สาเหตุ และ  
ให้เลือดทดแทน
- ประเมินอาการแสดงและป้องกันภาวะ  
deep vein thrombosis ของขาทั้ง 2 ข้าง
- ฝ้าระวังภาวะความดันโลหิตต่ำเมื่อ  
เปลี่ยนท่า

ผู้ป่วยรายนี้ไม่มีภาวะ Shock/deep vein  
thrombosis

## 4. ระบบประสาทและกล้ามเนื้อ

- ประเมินอาการทางระบบประสาท
- ประเมิน motor ability
- ประเมินการรับรู้ความรู้สึก
- ฝ้าระวังอาการของ autonomic  
dysreflexia และ Spinal shock
- ประเมินอาการเจ็บปวด
- ปรึกษานักกายภาพบำบัด และนักกิจกรรม  
บำบัดเพื่อเลือกใช้เทคนิคการ  
ออกกำลังกายที่เหมาะสม

ในผู้ป่วยรายนี้ แขน motor power grade  
3 Rt., 1 Lt. ขาสองข้างไม่มีแรงไม่รู้สึก motor power  
grade 0 ระยะแรก Consult PT for bed side  
ambulate



## 5. ระบบทางเดินอาหาร

- ดูแลการงดอาหารและน้ำทางปาก ให้น้ำเกลือทางหลอดเลือดดำ
- ถ้าระดับโปแตสเซียมในเลือดต่ำ ต้องแก้ไข
- ถ้าผู้ป่วยมีประวัติหรือมีอาการของโรคกระเพาะ หรือได้ยาที่ระคายเคืองกระเพาะอาหาร ควรให้ยาลดกรด
- ประเมิน bowel sound
- ช่วยการขับถ่าย ด้วยการสวนหรือล้างออกทุกวัน หรือวันเว้นวัน
- ประเมินภาวะเลือดออกในทางเดินอาหาร

ในผู้ป่วยรายนี้ช่วงแรกให้ NPO ไว้และให้ 0.9% NSS 1000 cc. IV 100 cc./hrs. Retained F/C urine ออกดีสีเหลืองใส > 30 cc/hrs. ขับถ่ายเองไม่ได้ต้องสวนอุจจาระและให้ยาระบาย

**ระยะก่อนผ่าตัด** พบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ดังนี้

1. ปวดหลังบริเวณลำตัวร้าวลงขาเนื่องจากมีการบาดเจ็บของกระดูกสันหลัง
2. มีความวิตกกังวลเนื่องจากขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการผ่าตัด การปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด

**ระยะหลังผ่าตัด** พบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ดังนี้

1. มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัด เช่น ภาวะช็อคจากการสูญเสียโลหิต และการบาดเจ็บของเส้นประสาท
2. เสี่ยงต่อการหายใจไม่มีประสิทธิภาพหลังผ่าตัด เนื่องจากผู้ป่วยได้รับการดมยาสลบกล้ามเนื้ออ่อนแรงและกล้ามเนื้อหัวใจ
3. ปวดแผล เนื่องจากเนื้อเยื่อได้รับบาดเจ็บจากการผ่าตัด

4. เสี่ยงต่อการติดเชื้อเนื่องจากมีท่อระบายจากแผลผ่าตัด

5. เสี่ยงต่อภาวะติดเชื้อและเกิดนิ่วในระบบทางเดินปัสสาวะ จากการคาสายสวนปัสสาวะค้างไว้ ผู้ป่วยได้รับการเตรียมความพร้อมทั้งร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยตามปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่พบ โดยผู้ป่วยรายนี้ได้รับการผ่าตัดด้วยความปลอดภัย ไม่มีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงนอกจากมีการเสียเลือดระหว่าง 1,500 cc เนื่องจากใช้เวลาในการผ่าตัดนานประมาณ 3 ชั่วโมง

**ระยะอยู่ใน SICU** พบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ดังนี้

1. มีโอกาสเกิดภาวะเนื้อเยื่อของร่างกายได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอ เนื่องจากการทำงานของปอดมีประสิทธิภาพลดลง

2. เสี่ยง/มีการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ  
**บทบาทของพยาบาลดูแลทางเดินหายใจโดย**

- ประเมินทางเดินหายใจ
  - On ET-Tube with ventilator ดูแลตั้งเครื่องช่วยหายใจให้เหมาะสม และดูแลการทำงานของเครื่องให้สัมพันธ์กับคนไข้
  - ติดตามผลการตรวจ arterial blood gas
  - กระตุ้นในผู้ป่วยหายใจแบบมีประสิทธิภาพ (deep breathing)
  - ฝึการระงับอาการและอาการแสดงของการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ เช่น ปอดอักเสบ
  - ส่งทำกายภาพบำบัด เช่น การฝึกหายใจด้วยกระบังลมต้านแรงต้าน การช่วยขับเสมหะออกด้วยการเคาะปอด และการจัดทำเพื่อถ่ายเสมหะออก
  - ให้อาหารย่อยหลอดลมและยาละลายเสมหะ ถ้าผู้ป่วยหายใจลำบาก และมีเสมหะมาก
- ผู้ป่วยรายนี้ได้ต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ 1 วัน หลังผ่าตัด



**ระยะเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่าย**

พบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ดังนี้

1. มีอาการอ่อนเพลียและมีภาวะไม่สมดุลของสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์ในร่างกาย เนื่องจากรับประทานอาหารและน้ำได้น้อย

2. มีภาวะ Autonomic dysreflexia

3. เสี่ยงต่อภาวะเซลล์ของร่างกายได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอเนื่องจากการระบายอากาศในถุงลมลดลง

4. เสี่ยงต่อภาวะปอดแฟบ เนื่องจากประสิทธิภาพการหายใจและการขับเสมหะลดลงจากการเจ็บตึงแผลบริเวณใส่ท่อระบายทรวงอก

5. ไม่สุขสบายเนื่องจากท้องผูก

6. เกิดแผลกดทับ เนื่องจากประสิทธิภาพในการเคลื่อนไหวของร่างกายลดลง

7. ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวล เนื่องจากสภาวะทางสุขภาพเปลี่ยนแปลงและสูญเสียภาพลักษณ์ขาดความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวขณะนอนพักรักษาในโรงพยาบาลและเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน

บทบาทที่สำคัญของพยาบาลคือสร้างปฏิสัมพันธ์ระหว่างแพทย์/บุคลากรทางเวชกรรมฟื้นฟูผู้ป่วยและญาติและป้องกันโรคแทรกซ้อนที่มักเกิดขึ้นกับผู้ป่วยในระบบต่าง ๆ ได้แก่

**ระบบไต และทางเดินปัสสาวะ**

ในระยะแรก เป้าหมายหลักของการรักษาฟื้นฟูระบบนี้ ได้แก่ 1) ป้องกันการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ 2) ป้องกันภาวะปัสสาวะคราก (Bladder overdistension) โดยประเมินความสามารถในการขับถ่ายปัสสาวะเอง ดูแลการคาสวนปัสสาวะ (Indwelling catheterization) หรือการคาสวนปัสสาวะเป็นระยะ ๆ (Intermittent catheterization)

**ระบบการขับถ่ายการพยาบาล**

- 1) ล้างอุจจาระออกจากลำไส้ใหญ่ภายใน 2-3 วันหลังการบาดเจ็บ
- 2) ให้ผู้ป่วยได้รับน้ำอย่างเพียงพอ
- 3) กระตุ้นให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารที่มีกากใย
- 4) เลือกเวลาที่เหมาะสมในการขับถ่ายอุจจาระ
- 5) กระตุ้นให้ผู้ป่วยเคลื่อนไหวเท่าที่เป็นไปได้
- 6) จัดให้ผู้ป่วยมีความเป็นส่วนตัวขณะขับถ่ายอุจจาระ
- 7) จัดให้ผู้ป่วยนอนตะแคงซ้ายเวลาสวนอุจจาระ

**ระบบผิวหนังการพยาบาล**

- 1) ประเมินความตึงตัวของผิวหนัง
- 2) พลิกตัวผู้ป่วยทุก 2 ชั่วโมง
- 3) ทำความสะอาดร่างกายทุกครั้งเมื่อมีการถ่ายเลอะ
- 4) เปลี่ยนผ้าพันที่ทุกครั้งที่ยื่นขึ้นและ
- 5) บำรุงร่างกายผู้ป่วย ถ้าผู้ป่วยมีร่างกายซูบผอมและซีด

**ด้านจิตใจ**

- 1) ประเมินสภาพทางจิตใจ กระตุ้นผู้ป่วยให้ระบายความรู้สึก
  - 2) จัดหาผู้ดูแลตั้งแต่แรกเริ่มรวมทั้งมีการสอนผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่แรกเริ่ม
  - 3) ส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้มากที่สุด
  - 4) กระตุ้นให้ผู้ป่วยใช้แหล่งบริการด้านสาธารณสุขที่อยู่ในชุมชนเพื่อการดูแลต่อเนื่องขณะนอนรักษาตัว
- พบภาวะแทรกซ้อน คือ มีภาวะ autonomic dysreflexia ในวันที่ 19 กรกฎาคม 2562 ได้รับการแก้ไขอย่างทันท่วงที วันที่ 26 กรกฎาคม 2562 มีภาวะติดเชื้อในปอด ได้ส่งปรึกษาอายุรแพทย์ได้ทำ Thoracocentesis ได้ Fluid 20 cc. และ On ICD Rt. Chest 3 buttle with suction มีแผลกดทับที่ก้นกบระดับ 4 ทำผ่าตัด Debridement วันที่ 29 สิงหาคม 2562 ได้รับการปรับเปลี่ยนยาปฏิชีวนะจนอาการติดเชื้อดีขึ้นตามลำดับจนสามารถจำหน่ายทุเลาได้ในวันที่ 6 กันยายน 2562



## การวางแผนจำหน่าย

ก่อนที่จะอนุญาตให้ผู้ป่วยกลับบ้าน ผู้ป่วยหรือญาติได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลตนเองที่บ้าน จะช่วยผู้ป่วยสามารถฝึกกายภาพบำบัดด้วยตัวเองที่บ้าน และก่อนจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้านได้ประเมินความรู้ความสามารถในการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้านซ้ำอีกครั้ง ประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน / การกลับเข้ารับรักษาซ้ำ และประเมินปัญหาทางด้านจิตใจ การยอมรับสภาพลักษณะของตนที่เปลี่ยนแปลงไป ได้ประสานกับทีมเวชกรรมสังคมให้ติดตามเยี่ยมบ้าน เพื่ออำนวยความสะดวกในการให้ญาติติดต่อและขอคำแนะนำเมื่อพบปัญหาที่บ้าน

1. การเตรียมการดูแลที่บ้าน (home care preparation) สำหรับผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังภายหลังภาวะระยะเฉียบพลันแล้วจะส่งต่อผู้ป่วยไปยังแผนกกายภาพบำบัดเพื่อฟื้นฟูสภาพ เพื่อเรียนรู้เกี่ยวกับทักษะในการดูแลตนเอง หรือทักษะในการดูแลของผู้ดูแล เกี่ยวกับการเคลื่อนไหวร่างกาย การฝึกขับถ่ายปัสสาวะและอุจจาระ การเคลื่อนย้ายตัว การรับประทานอาหาร การทำความสะอาดร่างกาย ตลอดจนมีการประเมินสภาพบ้าน และปรับปรุงเพื่อให้เหมาะสมต่อการดูแลผู้ป่วย

2. การสอนด้านสุขภาพ โดยประกอบด้วยแผนการสอนในเรื่อง การเคลื่อนย้ายร่างกาย การใช้ Wheelchair ทักษะในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โปรแกรมการฝึกขับถ่ายอุจจาระและปัสสาวะ การดูแลผิวหนังการบริหารยา และความรู้เรื่องเพศศึกษา เป็นต้น

3. การเตรียมด้านจิตสังคม โดยการใช้ family support

4. การเตรียมแหล่งประโยชน์ด้านสุขภาพ องค์การที่ให้ความช่วยเหลือ หรือศูนย์การช่วยเหลือผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลัง ร่วมกับการสร้างเครือข่ายที่เป็นประโยชน์สำหรับกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บ

## คำแนะนำการดูแลตนเองที่บ้านโดยใช้รูปแบบ M-E-T-H-O-D

M : Medication = 1) แนะนำให้ผู้ป่วยรับประทานยาอย่างต่อเนื่องตามแผนการรักษาเมื่อกลับไปอยู่บ้าน 2) แนะนำการสังเกตอาการผิดปกติขณะรับประทานยา เช่น มีผื่นคัน จุกแน่นหน้าอก 3) หากมีอาการผิดปกติขณะรับประทานยา ให้หยุดรับประทานยาทันทีและรีบมาพบแพทย์ ห้ามซื้อยามารับประทานเอง 4) ยาประเภทแก้แสบ ให้รับประทานก่อนอาหาร 30 นาที 5) ยาประเภทลดปวดให้รับประทานหลังอาหารแล้วดื่มน้ำตามมาก ๆ

E : Environment & Economic = การจัดสภาพแวดล้อมที่บ้านของผู้ป่วย 1) จัดของให้เป็นระเบียบ ไม้วางของใช้เกะกะ 2) จัดให้นอนที่ชั้นล่างเพื่อที่จะทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้สะดวกในพื้นที่เดียว 3) จัดของใช้ที่จำเป็นไว้ให้อยู่ใกล้มือผู้ป่วย 4) พื้นบ้านพื้นห้องน้ำ ต้องเรียบ แห้งและไม่ลื่น 5) บันไดบ้านมีราวบันไดสำหรับจับ 6) ห้องน้ำมีราวสำหรับยึดเกาะ 7) ในเวลากลางคืนเปิดไฟให้มีแสงสว่างเพียงพอ โดยเฉพาะบริเวณทางเดินที่จะไปห้องน้ำ 8) หรือเตรียมไฟฉายไว้ให้ผู้ป่วย

T : Treatment = การดูแลแผลผ่าตัด แนะนำไปทำแผลที่โรงพยาบาล คลินิก หรือสถานพยาบาลใกล้บ้าน ตามแผนการรักษาของแพทย์ ไม่แกะเกาแผล และให้สังเกตอาการผิดปกติ เช่น มีเลือดอาการอักเสบ ปวด บวม แดง ร้อน มีไข้ ควรรีบมาพบแพทย์ ไม่ต้องคอยให้ถึงกำหนดนัด แผลตัดใหม่ได้เมื่อครบ 10-14 วันหลังผ่าตัด

H : Health = แนะนำการออกกำลังกายเพื่อการฟื้นฟูสภาพที่เหมาะสมและการรักษาสุขภาพอนามัยให้สมบูรณ์แข็งแรงอยู่เสมอ เป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่งสำหรับผู้ผ่าตัด หากรักษาสุขภาพไม่ดีพอจะทำให้ร่างกายติดเชื้อโรคได้ง่าย ดังนั้น เพื่อป้องกันไม่ให้อาการนี้เกิดขึ้นได้ สุขอนามัยที่ควรจะต้องปฏิบัติ

คือ 1) รับประทานอาหารที่มีประโยชน์ ไม่ควร รับประทานอาหารหมักดอง 2) ไม่ดื่มสุราหรือของมีแอลกอฮอล์ 3) อยู่ในที่ ๆ อากาศถ่ายเทได้สะดวก 4) พักผ่อน ให้เพียงพอ 5) ควรดื่มน้ำสะอาดอย่างน้อยวันละ 6 แก้ว 6) ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ

**O : Outpatient Referral** = 1) แนะนำ การมาตรวจตามแพทย์นัด โดยนำเอกสารใบนัด พร้อมกับบัตรทองมาด้วยทุกครั้ง 2) กรณีมาตรวจ ตามนัดซ้ำ ใบส่งตัวจะใช้ได้ 3 ครั้งในการมาตรวจ ตามนัดด้วยโรคเดิม แต่ถ้าป่วยด้วยโรคใหม่ ต้องไปเริ่ม ที่โรงพยาบาลที่ระบุในบัตร 3) การมาตรวจตามนัด ให้ยื่นบัตรนัดที่ห้องตรวจศัลยกรรมกระดูก ชั้น 2 อาคารผู้ป่วยนอก 4) เมื่อบาดเจ็บด้วยอาการผิดปกติ อื่น ๆ ควรปรึกษาเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่อยู่ใกล้บ้าน

**D : Diet** = การรับประทานอาหาร แนะนำให้ ผู้ป่วยให้รับประทานอาหารให้ครบทั้ง 5 หมู่ เน้นอาหาร ที่มีโปรตีน ได้แก่ เนื้อสัตว์ต่าง ๆ ไข่ นม และถั่ว ฯลฯ แคลเซียม ได้แก่ ปลาตัวเล็กตัวน้อย ผักใบเขียว ฯลฯ และวิตามินสูง ได้แก่ ส้ม ฝรั่ง มะเขือเทศ ฯลฯ เพื่อช่วยส่งเสริมการหายของบาดแผล และควบคุม น้ำหนักอย่าให้อ้วน ยกเว้นผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัว ต้องรับประทานอาหารเฉพาะโรค

## สรุปกรณีศึกษา

กรณีศึกษาผู้ป่วยรายนี้ เป็นชายไทย อายุ 18 ปี มาด้วย ช้ำ MC ล้ม สลบจำเหตุการณ์ไม่ได้ มีแผลฉีกขาดที่ใบหน้า ซาซา 2 ซ้ำ No U/D

แพทย์วินิจฉัย : Fracture dislocate of T4-T5 + Complete cord injury + Mild HI moderaterisk with Hemopneumothorax ได้รับการรักษาด้วยการใส่ ICD และการผ่าตัด ด้วยวิธี Decompressive laminectomy T2-T7 with pedicular screw with posterior lateral fusion ผ่าตัดสำเร็จลุล่วงดี ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ที่รุนแรงนอกจากเสียเลือดมากกว่าระหว่างผ่าตัดและ หลังผ่าตัด ทำให้ต้องย้ายไปใช้เครื่องช่วยหายใจต่อ

ที่หอผู้ป่วย ICU ศัลยกรรม ต่ออีก 1 วัน และมานอน รักษาตัวต่อที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกและข้อชาย ขณะนอนรักษาตัวผู้ป่วยมีภาวะติดเชื้อในปอด ได้ส่ง ประเมินอายุรแพทย์ มาเจาะปอด พบว่า มีภาวะ Hemopneumothorax ทำ ICD ชนิด 3 ขวด ต่อ Suction และมีภาวะแทรกซ้อนเกิดแผลกดทับระดับ 4 แพทย์ทำผ่าตัด Debridement วันที่ 29 สิงหาคม 2562 และส่งปรึกษากายภาพบำบัดสำหรับเตรียม Home programme จนกระทั่งจำหน่ายทุเลาในวันที่ 6 กันยายน 2562 จำนวนวันนอนรวมทั้งสิ้น 56 วัน โดยที่ยังมี การอ่อนแรงของขา 2 ซ้ำ motor power grade 0 แขนซ้าย motor power grade 1 แขนขวา motor power grade 3 มีแผลกดทับระดับ 4 ที่ก้นกบ แผล แดงดี Retained Foley cath ไว้ กายภาพได้ฝึกนั่ง และฝึกการใช้ Wheelchair + Home programme ก่อนจำหน่าย

## วิจารณ์และข้อเสนอแนะ

ผู้ป่วยรายนี้อยู่ในวัยเรียน การที่ผู้ป่วยได้รับ อุบัติเหตุกระดูกสันหลังส่วนอกเคลื่อนและได้รับการ ผ่าตัดกระดูกสันหลังและใช้สกรูยึดกระดูกจึงเป็น อุปสรรคในการดำเนินชีวิต ผู้ป่วยมีความวิตกกังวล เกี่ยวกับการเจ็บของตนเองเป็นอย่างมาก กลัวจะ เดินไม่ได้ ไปเรียนไม่ได้ อีกทั้งยังเกิดความกลัว จากการใส่อุปกรณ์เครื่องมือทางการแพทย์จากการ ขาดความรู้ ความเข้าใจ ดังนั้นการให้การพยาบาล ผู้ป่วยกระดูกสันหลังส่วนอกเคลื่อนที่ได้รับการผ่าตัด พยาบาลจำเป็นที่จะต้องเข้าใจถึงหลักสำคัญ ในการพยาบาลทางออร์โธปิดิกส์เพื่อเป็นพื้นฐาน และแนวทางในการพยาบาลโรคทางระบบนี้ ซึ่งหลักการพยาบาลผู้ป่วยทางออร์โธปิดิกส์คือ พยาบาลต้องยึดหลักการพยาบาลแบบองค์รวม คือ การให้การพยาบาลผู้ป่วยทั้งทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม รวมถึงขั้นตอนของการนำกระบวนการพยาบาล มาใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลกับผู้ป่วยเฉพาะราย นอกจากนี้จะต้องมีความรู้ความเข้าใจในเรื่องพยาธิ



สภาพของโรค แนวทางการรักษาและการดำเนินของโรคมักมีการวางแผนการพยาบาล แผนการจำหน่าย และการป้องกันโรคแทรกซ้อนต่าง ๆ ที่จะเกิดขึ้นได้ ซึ่งโรคแทรกซ้อนทางออร์โธปิดิกส์เป็นสิ่งสำคัญที่สุดที่จะต้องป้องกัน เพราะถ้าปล่อยให้เกิดขึ้นแล้วผลที่ตามมาส่วนมากคือ ความพิการและเสียชีวิต บทบาทของหัวหน้าหอผู้ป่วย ควรมอบหมายให้พยาบาล ทำการศึกษาผู้ป่วยกระดูกสันหลังส่วนอกเคลื่อนที่ได้รับการผ่าตัดทุกคนและนำมาประชุมปรึกษาสรุปผล เพื่อจะได้แนวทางการดูแลผู้ป่วยที่เป็นแนวทางเดียวกัน ทำให้ผู้ป่วยและญาติมีความรู้ความเข้าใจและสามารถปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้อง เหมาะสม ลดความวิตกกังวลและป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้ รวมถึงการประสานงานที่ดี สะดวกรวดเร็วภายในทีมสุขภาพทั้งภายในและภายนอกโรงพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ สามารถดูแลตนเองต่อเองที่บ้านได้ มีการปรับตัวทั้งทางร่างกายและจิตใจ และมีญาติที่คอยดูแลอย่างใกล้ชิด เพื่อกลับไปใช้ชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข

### เอกสารอ้างอิง

1. ไสว นรสาร, พิรญา ไส้ไหม. [บรรณาธิการ]. (2559). **การพยาบาลผู้บาดเจ็บ**. กรุงเทพฯ: โครงการตำรารามาริบัติ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาริบัติ มหาวิทยาลัยมหิดล.
2. ไชยพร ยุกเซ็น, ธาธิณี ไตรณรงค์สกุล และ ยุวเรศมคฺฐ์ ลิทธิชาญบัญชา. [บรรณาธิการ]. (2559). **การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยทั้งตัวเหมือนท่อนไม้กึ่งและการใส่แผ่นกระดานรองหลังชนิด**. ใน. Emergency care : the pocket guide book. ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ: ภาควิชาเวชศาสตร์ฉุกเฉิน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาริบัติ มหาวิทยาลัยมหิดล : 485-9.
3. วิวัฒน์ วจนะวิศิษฐ, ภัทรวิทย์ วรณารัตน์, ชูศักดิ์ กิจคณาเสถียร, สุกิจ เลาทเจริญสมบัติ และสรศักดิ์ ศุภผล. [บรรณาธิการ]. (2554). **กระดูกหักข้อเคลื่อนที่กระดูกสันหลัง**. ใน. ออร์โธปิดิกส์. ฉบับเรียบเรียงใหม่ ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ : โฮลิสติก พับลิชชิ่ง : 213-40.
4. อัจฉรา พุ่มดวง. [บรรณาธิการ]. (2555). **การพยาบาลพื้นฐาน : ปฏิบัติการพยาบาล**. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: ภาควิชาการพยาบาลพื้นฐานและบริหารการพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย.
5. กระทรวงสาธารณสุข. (2558). **คู่มือเตรียมความพร้อมสำหรับผู้พยาบาลตัดระบบประสาทไขสันหลังและกระดูกสันหลัง**. กรุงเทพฯ: สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์.
6. อะเคื้อ อุณหเลขกะ. (2556). **ระบาดวิทยาและแนวปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล**. เชียงใหม่: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
7. นวลชนิษฐ์ ลิขิตลือชา, อีรพร สติธอังกูร และ ทิพย์สุดา ลาภภักดี. (2556). **การพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน**. นนทบุรี: สำนักการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข.
8. กระทรวงสาธารณสุข. (2556). **แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสันหลังสำหรับพยาบาล**. นนทบุรี: สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์.