

การพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่กระดูกสันหลังส่วนอกและเอว หักกดทับไขสันหลังที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังและ การดูแลต่อเนื่องในระยะกลาง : กรณีศึกษา

พัชรฉัตร ภูมิสถาน, พย.ม. (การบริหารการพยาบาล)*

บทคัดย่อ

การบาดเจ็บกระดูกสันหลังหักและเคลื่อนที่นำมาซึ่งความสูญเสียต่อชีวิต ความพิการ ระยะเวลาการดูแลรักษาที่ยาวนาน ผู้ป่วยจะเกิดความทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวด ความพิการหรือเสียชีวิตจากอาการแทรกซ้อนของโรค การดูแลต่อเนื่องระยะกลาง (Intermediate care :IMC) เป็นการพัฒนาในระบบบริการ Service Plan ที่เชื่อมโยงระบบบริการโรงพยาบาลทุกระดับตั้งแต่ ปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ โดยมีเป้าหมายสูงสุดเพื่อให้ผู้ป่วยระยะกลางปลอดภัย พื้นฟูสภาพด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์สังคม และจิตวิญญาณ ฟื้นฟูจากโรคไม่เกิดความพิการ สามารถจัดการกับสุขภาพตนเองได้และสามารถใช้ชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างใกล้เคียงปกติ กรณีศึกษานี้เป็นบทบาทที่ทำนายสำหรับพยาบาลหอผู้ป่วยในการเตรียมผู้ป่วยให้พร้อมก่อนจำหน่ายและการวางแผนการดูแลต่อเนื่องระยะกลางของผู้ป่วยบาดเจ็บกระดูกสันหลัง

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยกระดูกสันหลังส่วนอกและเอว (T12-L1) หักกดทับไขสันหลังที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังและการดูแลต่อเนื่องในระยะกลาง (Intermediate care :IMC)

ผลการศึกษา : ผู้ป่วยหญิงไทยอายุ 17 ปี ได้รับอุบัติเหตุจากรถมอเตอร์ไซด์ชนกับรถปิกอัพ และรถพ่วงมอเตอร์ไซด์ทับร่าง ผู้ป่วยถูกนำตัวส่งโรงพยาบาลหลังเกิดเหตุ 1 ชั่วโมง ถึงโรงพยาบาลรัฐใกล้ตัวมีบาดแผลตามตัว ใบหน้าหลังและขาทั้ง 2 ข้างมีอาการชาไม่รู้สึก ชาซ้ายผิดรูป แรกได้รับ GSC:13 (E3 V 4 M 6) แพทย์วินิจฉัย Fractures and Dislocations of T12-L1 with Tear Dura with Closed Fracture Left shaft Femur วันที่ 7 มิถุนายน 2562 ได้รับการผ่าตัดครั้งที่ 1 ทำ Laminectomy T12-L2 with Pedicular Screw Fixation T12-L2 with Posterlateral Fusion Repair Dura ได้ผ่าตัดครั้งที่ 2 วันที่ 12 มิถุนายน 2562 เพื่อแก้ไขเรื่องกระดูกต้นขาหักโดยทำผ่าตัด Open Reduction Internal Fixation with plate and Screw Left Femur หลังการผ่าตัดผู้ป่วยปลอดภัยไม่มีภาวะแทรกซ้อน พักรักษาตัวใน รพ. ทั้งหมด 48 วัน จำหน่ายกลับบ้าน ผู้ป่วยเดินไม่ได้ ช่วยเหลือตัวเองได้น้อย มีอัมพาตเฉพาที่อนาล่ง (Paraplegia) (Motor Power grade 0) ไม่สามารถปัสสาวะได้เอง ใส่สายสวนปัสสาวะไว้ การประเมิน Barthel ADL index ได้ 5 คะแนน ซึ่งอยู่ในเกณฑ์การดูแล IMC ทีมสหสาขาวิชาชีพพร้อมทั้งพยาบาลชุมชนได้ร่วมดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องอีก 6 เดือนโดยมีนัดติดตามอาการเป็นระยะทุก 1 เดือน ในบทบาทพยาบาลการดูแลผู้ป่วยทุกระยะในโรงพยาบาลและการวางแผนจำหน่ายโดยเมื่อกลับไปอยู่บ้านเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถกลับมาใช้ชีวิตใกล้เคียงปกติได้มากที่สุด ปัจจุบันผู้ป่วยเดินได้เองโดยใช้อุปกรณ์ช่วยเดิน knee brace ร่วมกับ walker สามารถปัสสาวะเองได้ และสามารถทำกิจกรรมด้วยตัวเองได้มากขึ้น ระหว่างศึกษา Case ผู้ป่วยไม่ได้กลับมารักษาตัวใน รพ. นอกจากนี้ผู้ป่วยมีความรู้และทักษะในการดูแลตนเองและปฏิบัติกิจกรรมในการฟื้นฟูสภาพร่างกายของตนเองตามที่แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูให้โปรแกรมได้เป็นอย่างดี

คำสำคัญ : การบาดเจ็บของกระดูกสันหลัง, การดูแลต่อเนื่องในระยะกลาง

* หอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกหญิงและเด็ก กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลชัยภูมิ



Nursing Care for Patients with Fractures of the Thoracic and Lumbar Spine after Laminectomy in Intermediate Care (IMC) : Case study

Phatcharachat Phoomsathan M.N.S (Nursing Administration)*

Abstract

Spinal fractures and dislocations can cause death, disability and a need for long-term care. The patient will suffer from pain, disability or death from complications from fractures. Intermediate care (IMC) is a development of health service in the Service Plan system that connects the hospital system at all levels from primary, secondary and tertiary care. The ultimate goals of this system includes ensuring that patient safety in intermediate care, providing physical, mental, emotional, social, and spiritual rehabilitation without any disability, patients can take care of their own life and able to live a normal life within society. This case study was challenging for ward nurses who prepared patients for discharge planning and provide the IMC service system.

Objective : To provide nursing care for patients with fractures of the thoracic and lumbar spine (T12-L1) after laminectomy in intermediate care (IMC).

Results : A 17 year-old female patient with an accident from a crash between her motorcycle and a pickup truck and motorbike was over on her body. She was taken to the hospital 1 hour after the incident with conscious, injuries on her body surface, face and back and felt numbness in her both legs. The Glasgow Coma Scale (GCS) was 13 (E3 V 4 M 6) with diagnosis : Fractures and Dislocations of T12-L1 with Torn Dura with Closed Fracture Left Shaft Femur. First Laminectomy with Pedicular Screw Fixation T12-L2 with PosterLateral Fusion Repaired Dura was performed on June 7, 2019. The Second operation for Open Reduction Internal Fixation with Plate and Screw Left Femur was performed on June 12, 2019 without complications after surgery. Patient was hospitalized for 48 days. The patient returned home with paraplegia (Motor Power grade 0). She was also inability to urinate and retained foley's catheters. The total Barthel ADL Index score was 5 which met criteria for IMC service. A multidisciplinary team provided care and a rehabilitation service for up to 6 months with follow-up every 1 month. Nurses were involved in all stages of care and the discharge planning process for supporting patient self-care. The patient now being able to walk again with a knee brace support and a walker. She can also self-urinate, able to do more activities and did not return to hospitalize. In addition, patient has gained her knowledge and skills to take care of herself and performed activities in her physical rehabilitation medicine programs.

Keywords : Fractures of Lumbar Spine, Intermediate Care

*Orthopedic Ward, Department of Nursing, Chaiphaphum Hospital

บทนำ

ทุก ๆ ปีจะมีผู้ได้รับบาดเจ็บกระดูกสันหลัง 250,000 ถึง 500,000 คนทั่วโลก จากรายงานพบว่า อุบัติการณ์จากอุบัติเหตุส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 78 โดยอายุเฉลี่ยที่ได้รับบาดเจ็บเพิ่มขึ้นจาก 29 ปีในช่วงปี 1970 เป็น 43 ปีเมื่อพิจารณาข้อมูล ประเทศไทยพบสถิติผู้ป่วยโรคประสาทไขสันหลัง ปี พ.ศ. 2555-2557 จำนวน 1,354 ราย เฉลี่ยปีละ 451 ราย ผู้ที่ได้รับบาดเจ็บกระดูกสันหลังนั้นมีแนวโน้มที่จะเสียชีวิตก่อนกำหนดได้มากกว่าคนที่ไม่มียาอาการบาดเจ็บกระดูกสันหลังประมาณสองถึงห้าเท่า ส่วนใหญ่จะเสียชีวิตจากอาการแทรกซ้อนของโรคเกิดจากความทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวด เกิดความพิการ⁽¹⁾ จะเห็นได้ว่าการได้รับบาดเจ็บกระดูกสันหลังไม่ได้เป็นปัญหาด้านสุขภาพเพียงอย่างเดียว แต่ยังส่งผลต่อการสูญเสียบุคคลวัยทำงานต่อเศรษฐกิจและสังคมของประเทศอีกด้วย และโดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มีการบาดเจ็บหลายตำแหน่ง ดังนั้นการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บกระดูกสันหลัง (Spinal cord injury : SCI) ต้องมีการจัดการระบบการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ตั้งแต่การดูแลแรกรับจนกระทั่งการวางแผนจำหน่ายและการดูแลต่อเนื่องที่บ้านหรือในชุมชนโดยการดูแลร่วมกันของทีมสหสาขาวิชาชีพและเครือข่าย

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยกระดูกสันหลังส่วนอกและเอว (T12-L1) ทักกดทับไขสันหลังที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังและการดูแลต่อเนื่องในระยากลาง (Intermediate care :IMC)

วิธีการศึกษา

เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาโดยศึกษาขณะผู้ป่วยพักรักษาที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกหุ้ญงและเด็กตั้งแต่วันที่ 5 มิถุนายน 2562 ถึงวันที่ 23 กรกฎาคม 2562 และหลังผู้ป่วยจำหน่ายกลับบ้านศึกษาต่อเนื่องถึงวันที่ 23 มกราคม 2563 อีก 6 เดือนโดยใช้แนวคิด

การจัดการตนเอง Self-management ที่มีความเชื่อว่าบุคคลสามารถเรียนรู้ได้โดยการเสริมแรงอย่างเป็นระบบ แนวคิดทฤษฎีเชิงระบบของ Donabedian Model และรูปแบบการดูแลต่อเนื่องระยากลาง (IMC) โดยใช้การจัดเก็บข้อมูลผลลัพธ์ทางการพยาบาล คือ 1) การกลับมาอนโรงพยาบาลซ้ำใน 28 วัน 2) ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความรู้และทักษะในการดูแลตนเอง 3) ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน

ขั้นตอนการดำเนินการ

1. เลือกเรื่องที่จะศึกษา 1 เรื่อง
2. เลือกผู้ป่วยที่จะทำการศึกษา 1 รายแล้วรวบรวมข้อมูลทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง
3. ศึกษาประวัติการเจ็บป่วยโรคประจำตัว ประวัติการผ่าตัด ประวัติแพ้ยาหรือสารเคมี ประวัติการใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว การดำเนินชีวิตพร้อมทั้งประเมินสภาพผู้ป่วย
4. ศึกษาผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการและแผนการรักษาของแพทย์
5. ศึกษาค้นคว้าจากตำราวิชาชีพพยาบาลที่มีความชำนาญ ทีมสหสาขาวิชาชีพและแพทย์ผู้รักษาเพื่อนำมาเป็นข้อมูลในการวางแผนการดูแลในระยะต่าง ๆ ในโรงพยาบาลและการดูแลต่อเนื่องในชุมชน
6. นำข้อมูลที่รวบรวมได้มารวบรวม วิเคราะห์นำมาวางแผนให้การพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่กระดูกสันหลังส่วนอกและเอวทักกดทับไขสันหลังที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังและการดูแลต่อเนื่องในระยากลางโดยให้การพยาบาลแบบองค์รวม
7. ปฏิบัติการพยาบาลตามแผนการพยาบาลและประเมินผลการพยาบาล
8. สรุปผลการปฏิบัติการพยาบาลและให้ข้อเสนอแนะกับผู้ป่วยและผู้ดูแล
9. เรียบเรียงเนื้อหาวิชาการจัดพิมพ์เป็นรูปเล่มและเผยแพร่ผลงานทางวิชาการ



กรณีศึกษาผู้ป่วย 1 ราย

ผู้ป่วยหญิงไทย สถานภาพสมรส โสด อายุ 17 ปี เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย ศึกษาอยู่ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 ที่อยู่ 69 หมู่ 3 ต.โคกสูง อ.เมือง จ.ชัยภูมิ HN.000252188 AN.620019958 วันที่รับไว้ในโรงพยาบาล 5 มิถุนายน 2562 เวลา 23.30 น. ได้รับอุบัติเหตุจากการชนรถมอเตอร์ไซด์พ่วงมารดาเป็นคนขับชนกับรถปิกอัพและรถพ่วงทับร่างมูลนิธินำตัวส่งโรงพยาบาลหลังเกิดเหตุ 1 ชั่วโมงถึงโรงพยาบาลรู้สึกตัวดี มีบาดแผลตามตัว ใบหน้า แผ่นหลัง และขาทั้ง 2 ข้างมีอาการชาไม่รู้สึก ขาซ้าย ผิดรูป ประเมินแรกรับที่ห้องฉุกเฉิน สัญญาณชีพแรกรับ ERT 36.8c PR 100/min RR 22/min BP.110/68 mmHg SpO2 96% ประเมิน GCS E3 V 4 M 6 รวม 13 คะแนน pupil 3 mm RTL BE แพทย์วินิจฉัย Fractures and Dislocations of T12-L1 with Tear Dura with Closed Fracture Lift shaft Femur admit ตีกัลยกรรมกระดูกหญิงและเด็ก ปฏิเสธโรคประจำตัวและการแพ้ยาหรืออาหารชนิดใด ๆ ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว มีพี่น้อง 3 คน บิดาและมารดาหย่าร้าง ปัจจุบันอาศัยอยู่บ้านเช่ากับมารดา และน้องสาว 3 คน มารดามีอาชีพค้าขาย ตรวจร่างกายและประเมินอาการแรกรับ จำแนกผู้ป่วยอยู่ในประเภท 4 ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี สัญญาณชีพแรกรับ T37c PR 90/min RR 22/min BP.112/78 mmHg SpO2 98% ประเมิน GCS E4 V 4 M 6 รวม 14 คะแนน pupil 3 mm RTL BE

ประเมิน MEWS score 3 คะแนน ตรวจร่างกาย Motor power : upper Lt, Rt grade 4, lower Lt, Rt grade 0, Abdominal soft, Generalize no tenderness, no rebound tenderness, PR : Loose spincter tone, FAST : neg CT Scan : Small left retroperitoneal hemorrhage, ส่ง X-ray,

ส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการแรกรับ

วันที่ 5 มิถุนายน 2562 ที่ผิดปกติ CBC มี WBC 27,800 cu.mm, Neutrophil 81.7% พบการติดเชื้อจากบาดแผลการรักษา Cefazoline 2 gmIV ทุก 8 ชั่วโมง และ Clindamycin 600 mgIV ทุก 8 ชั่วโมง

วันที่ 6 มิถุนายน - 9 กรกฎาคม 2562 มีปัญหาปวด Pain Score ประเมินความปวดโดยใช้การประเมิน Verbal rating scale : VRS อยู่ในช่วงแรก จะปวดมากที่สุดคะแนน 3 ได้ Mo 4 mg IV วันละ 1-2 ครั้ง เนื่องจากมีตำแหน่งกระดูกสันหลังและต้นขาซ้ายหักและมีบาดแผลหลายตำแหน่งได้ยาแก้ปวด อยู่ประมาณ 1 สัปดาห์ หลังได้รับยาแก้ปวดประเมิน FLACC scale 0-4 คะแนน ผู้ป่วยรายนี้

วันที่ 7 มิถุนายน 2562 ได้รับการผ่าตัดครั้งที่ 1 ทำ Laminectomy T12-L2 with Pedicular Screw Fixation T12-L2 with Posterlateral Fusion Repair Dura

วันที่ 12 มิถุนายน 2562 ได้ผ่าตัดครั้งที่ 2 เพื่อแก้ไขเรื่องกระดูกต้นขาหักโดยทำผ่าตัด Open Reduction Internal Fixation with plate And Screw Lt Femur หลังผ่าตัดทั้ง 2 ครั้ง ผู้ป่วยปลอดภัยไม่มีภาวะแทรกซ้อน

วันที่ 17 มิถุนายน 2562 ได้เปลี่ยนยาฉีดแก้ปวดเป็น Tramal 50 mgIV ทุก 6 ชั่วโมง และยากิน Paracetamol 500 mg oral prn q 6 ชม.

วันที่ 24 มิถุนายน 2562 ได้เริ่มให้ทีมสหสาขาวิชาชีพร่วมในการดูแล ปรึกษากายภาพบำบัดเพื่อ Ambulation และปรึกษานักจิตวิทยาเพื่อร่วมในการดูแลผู้ป่วยเนื่องจากผู้ป่วยมีปัญหาด้านจิตใจปฏิเสธการยอมรับความเจ็บป่วยที่จะมีความพิการจากอุบัติเหตุ บทบาทพยาบาลได้ร่วมในการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับ



จนถึงการดูแลต่อเนื่องในชุมชนโดยแบ่งเป็น 5 ระยะ⁽²⁾ ในระยะหลังผ่าตัด 4) การพยาบาลเพื่อการวางแผน
 1) การพยาบาลแรกเริ่มในระยะวิกฤต 2) การพยาบาล จำหน่ายและดูแลต่อเนื่องที่บ้าน 5) การพยาบาล
 เตรียมความพร้อมเพื่อการผ่าตัด 3) การพยาบาล ในระยะกลาง (Intermedia Care :IMC)

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล (Nursing Diagnosis)

ตารางที่ 1 การพยาบาลแรกเริ่มในระยะวิกฤตตั้งแต่วันที่ 5 - 7 มิถุนายน 2562 (72 ชั่วโมงแรก)

ลำดับ	Assessment : ประเด็นปัญหา	Goal : เป้าหมาย	Implement : กิจกรรมการพยาบาล
1	เสี่ยงต่อการเกิด Spinal shock / ภาวะเลือดออกในสมอง และการป้องกันไม่ให้ไขสันหลังได้รับบาดเจ็บหรือมีพยาธิสภาพเพิ่มขึ้น Evaluation : ประเมินผลไม่เกิดภาวะวิกฤต และเลือดออกในสมอง ประเมินแรกเริ่มที่ตึก E4 V 4 M 6 = 14 Pupil 3 mm RTLBE	ปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนและเตรียมความพร้อมเพื่อการผ่าตัด	1. ประเมิน Vital signs และ Neurosigns 2. ประเมินสภาพร่างกายและเตรียมก่อนการผ่าตัด 3. ประเมินร่างกายและผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ, X-ray, CT Scan
2	ดูแลระบบไหลเวียนและหลอดเลือด Evaluation : ประเมินผลระบบหัวใจและหลอดเลือดปกติ ไม่มี Spinal shock สัญญาณชีพปกติ T = 36.8PR96/m, R20/m, BP 110/70 mmHg O2sat 96-98%		1. ประเมินอาการแสดงของภาวะ Shock 2. เฝ้าระวังภาวะความดันโลหิตต่ำเมื่อเปลี่ยนท่า 3. เฝ้าระวังประเมินอาการแสดงของเลือดออกบริเวณแผลและภาวะลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำส่วนลึก (DVT)
3	ระบบประสาทและกล้ามเนื้อ Evaluation : ประเมินผลขาทั้งสองข้างมีอาการชาเนื่องจากหลังอุบัติเหตุรถพ่วงมอเตอร์ไซด์ที่มารดาเป็นคนขับทับผู้ป่วยขา 2 ข้าง motor power grade 1 Pain score ช่วงแรกอยู่ระหว่าง 3 หลังได้รับยาแก้ปวด Mo3 mgIV ทุก 4 ชม. อาการปวดลดลง FLACC scale ช่วง 0 - 4		1. ประเมินอาการทางระบบประสาท 2. ประเมิน motor ability 3. ประเมินการรับรู้ความรู้สึก เฝ้าระวังอาการของ autonomic dysreflexia 4. ประเมิน Pain score โดยใช้การประเมิน Verbal rating scale (VRS) และหลังให้ยาแก้ปวดประเมิน FLACC scale



ลำดับ	Assessment : ประเด็นปัญหา	Goal : เป้าหมาย	Implement : กิจกรรมการพยาบาล
4	ระบบทางเดินอาหารและ ทางเดินปัสสาวะ Evaluation : ประเมินผล ผู้ป่วยไม่มีปัญหาทางเดินอาหาร รับประทานได้ มีปัญหาเรื่องระบบปัสสาวะ neurogenic bladder มีปัญหาใส่สายสวนปัสสาวะ คาไว้และเริ่มมีการ Training bladder วันที่ 3 กรกฎาคม 2562		1. ดูแลการงดอาหารและน้ำทางปาก ให้น้ำเกลือทางหลอดเลือดดำเพื่อเตรียมผ่าตัด เมื่อกินได้ควรเริ่มจิบน้ำอาหารเหลวอาหารอ่อน และเฝ้าระวังภาวะ neurogenic bowel 2. ผู้ป่วย SCI อาจเกิด neurogenic bladder เพื่อดูการค้างของปัสสาวะ

ตารางที่ 2 การพยาบาลเตรียมความพร้อมเพื่อการผ่าตัดวันที่ 6 มิถุนายน 2562 และวันที่ 11 มิถุนายน 2562

ลำดับ	Assessment : ประเด็นปัญหา	Goal : เป้าหมาย	Implement : กิจกรรมการพยาบาล
1	ประเมินความพร้อมด้านร่างกาย เตรียมความพร้อมด้านความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการ การปฏิบัติตัวก่อน และหลังผ่าตัด Evaluation : ประเมินผล ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัด วันที่ 7 มิถุนายน 2562 ใช้เวลาทำผ่าตัด 3 ชั่วโมง EBL 1,000 cc ได้ให้เลือด PRC2 ยูนิต Hct หลังให้เลือด 30.6-34%	1. ผู้ป่วยได้รับการ การประเมิน เพื่อค้นหาและ ลดปัจจัยเสี่ยง ของการ เกิดภาวะ แทรกซ้อน ที่อาจเกิดจาก การผ่าตัด 2. ผู้ป่วยและ ผู้ดูแลหลัก เห็นความ สำคัญและรับรู้ บทบาทของตน ในการดูแล ก่อนและหลัง ผ่าตัด	1. ประเมินสภาพร่างกายผู้ป่วย ปัจจัยเสี่ยงต่อการ เกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด 2. ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ Cross matching, CXR, EKG หากผิดปกติ รายงานแพทย์เพื่อวางแผนการรักษา 3. ดูแลทำความสะอาดร่างกายทั่ว ๆ ไป 4. ตรวจสอบความพร้อมการระบุตำแหน่ง ผ่าตัด, ป้ายข้อมือ, ตรวจสอบบันทึก V/S 5. ประสานงานกับทีมห้องผ่าตัด Set วัน เวลา และสถานที่ห้องผ่าตัด 6. ตรวจสอบ-จัดเตรียมใบเซ็นยินยอม, ผล Lab, ผล X-ray, เตรียมยา Pre-MedCefazoline 2 gm ไป OR



ลำดับ	Assessment : ประเด็นปัญหา	Goal : เป้าหมาย	Implement : กิจกรรมการพยาบาล
2	เตรียมความพร้อมด้านจิตใจ สังคมและเศรษฐกิจ Evaluation : ประเมินผล ผู้ป่วยและผู้ดูแลทราบแนวทางการ ปฏิบัติตัว ไม่วิตกกังวลใน ช่วงแรกของการรักษา แต่จะมีปัญหาเรื่องค่าใช้จ่าย เพราะรถไม่มี พ.ร.บ.และหาคู่กรณี ไม่ได้และมีปัญหาครอบครัว หย่าร้างและลูกอยู่ในวัย กำลังเรียน (ม.6)	1. ผู้ป่วยและผู้ดูแล ได้รับข้อมูลที่ถูกต้อง ลดความกังวล วิตกกังวล และเตรียม ความพร้อม ด้านค่าใช้จ่าย	1. ประเมินความวิตกกังวลช่วยคลายความวิตกกังวล ให้กำลังใจ 2. ให้ข้อมูลผู้ป่วยและญาติทราบเกี่ยวกับการผ่าตัด คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อน และหลังผ่าตัด แจ้งเวลาการผ่าตัดให้ทราบ

ตารางที่ 3 : การพยาบาลในระยะหลังผ่าตัดวันที่ 7 มิถุนายน 2562 และวันที่ 12 มิถุนายน 2562

ลำดับ	Assessment : ประเด็นปัญหา	Goal : เป้าหมาย	Implement : กิจกรรมการพยาบาล
1	ผู้ป่วยมีบาดเจ็บบริเวณกระดูก สันหลังและกระดูกต้นขาซ้ายหัก Evaluation : ประเมินผล - ผ่าตัดครั้งที่ 1 วันที่ 7 มิ.ย. 62 โดยทำการผ่าตัด Laminectomy T12-L2 with Pedicular Screw Fixation T12-L2 with Posterolateral Fusion Repair Dura โดยใช้เวลาผ่าตัด 2 ชม. EBL 1,000 cc กลับจากผ่าตัดได้ให้เลือด 2 Unit ผล Hct อยู่ในช่วง 34-38% - ผ่าตัดครั้งที่ 2 วันที่ 12 มิ.ย. 62 โดยทำผ่าตัด Open Reduction Internal Fixation with plate and Screw Lt Femur ใช้เวลาผ่าตัด 1 ชม. EBL 100 cc หลังผ่าตัดทั้ง 2 ครั้ง ผู้ป่วยปลอดภัยไม่มีภาวะ	1. ผู้ป่วยปลอดภัย จากภาวะ แทรกซ้อน จากการ ได้รับยาระงับ ความรู้สึก 2. ไม่เกิดอันตราย จากการ เสียเลือด หลังทำผ่าตัด 3. ผู้ป่วยหลัง ผ่าตัดไม่มี อาการปวด หรือมีอาการ ปวดลดลง	1. วัดและประเมินสัญญาณชีพ motor power และ neurological status 2. ดูแลทางเดินหายใจให้โล่งให้ได้รับออกซิเจน อย่างเพียงพอ (keep O2 sat > 95%) 3. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับสารน้ำอย่างเพียงพอ ตามแผนการรักษาพร้อมทั้งบันทึกปริมาณ น้ำเข้าและน้ำออก 4. สังเกตอาการผิดปกติ ได้แก่ 4.1 ประเมินแผลผ่าตัดว่ามีเลือดซึมแผลบวม หรือไม่ หากมีที่อธิบายเลือดจากแผลผ่าตัด ดูแลให้ทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ โดยระวังไม่ให้พบบองหรือเลื่อนหลุด และถ้ามีปริมาณมากกว่า 200 ซีซี/ชั่วโมง รายงานแพทย์ทราบพร้อมสังเกต ภาวะซีดร่วมด้วย 4.2 ประเมินการรั่วซึมของน้ำไขสันหลังจาก แผลผ่าตัดพร้อมสังเกตอาการปวดศีรษะ คลื่นไส้อาเจียนที่แสดงถึงภาวะความดัน ในกะโหลกศีรษะเปลี่ยนแปลง



ลำดับ	Assessment : ประเด็นปัญหา	Goal : เป้าหมาย	Implement : กิจกรรมการพยาบาล
	<p>แทรกซ้อน มีปัญหาช่วงแรกในการจัดการความปวดจะอยู่ในช่วงระดับ 3-6 แต่ก็ได้รับยาบรรเทาปวดและการดูแลเพื่อบรรเทาอาการปวดแต่จะมีปัญหาเรื่องความพร้อมของการขับถ่ายอุจจาระและปัสสาวะไม่สามารถควบคุมได้และต้องฝึกผู้ป่วยและมารดาที่ดูแลให้สามารถมีการจัดการตนเองได้โดยสามารถขับถ่ายอุจจาระได้เองจากการติดตามเยี่ยมล่าสุด</p> <p>23 มกราคม 2563</p> <ul style="list-style-type: none"> - ประเมิน Neurological deficit น้อยลง - ประเมิน Motor power lower Lt, Rt grade 0 - ได้ประสานงานและส่งปรึกษาทีมเวชศาสตร์ฟื้นฟู เพื่อช่วยในการให้โปรแกรม, กายภาพบำบัด ผู้ป่วยยังไม่พร้อม Plan ส่งเข้ารับการดูแลต่อเนื่อง (IMC) เริ่มให้โปรแกรมกายภาพบำบัด <p>20 มิถุนายน 2562</p>		<p>4.3 สังเกตอาการชาแขนขาอ่อนแรงมากขึ้น และประเมิน Motor power</p> <p>5. ประเมินความปวดทุก 4 ชั่วโมง และจัดการความปวดตามความเหมาะสมให้ยาแก้ปวดตามแผนการรักษา</p> <p>6. ให้ยาตามแผนการรักษาและสังเกตอาการข้างเคียงหลังให้ยา</p> <p>7. การพยาบาลเพื่อป้องกันการติดเชื้อ</p> <p>7.1 หลังผ่าตัดไม่ควรเปิดแผลผ่าตัด 24-48 ชม. หากไม่จำเป็นในกรณีที่แผลผ่าตัดเปื่อยหรือสกปรกให้รายงานให้แพทย์ทราบ</p> <p>7.2 ดูแลไม่ให้สายระบายเลื่อนหลุดและต้องให้อยู่ในระบบปิดเสมอ กรณีต้องเคลื่อนย้ายผู้ป่วยต้องป้องกันการไหลย้อนของสารคัดหลั่ง</p> <p>7.3 กรณีผู้ป่วยคาสายสวนปัสสาวะให้ดูแลรักษาความสะอาดบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์ป้องกันการไหลย้อนกลับของปัสสาวะและประเมินความจำเป็นของการคาสายสวนปัสสาวะเพื่อพิจารณาเอาสายสวนออกให้เร็วที่สุด</p> <p>8. การพยาบาลเฉพาะในผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว</p> <p>8.1 ให้ผู้ป่วยนอนราบ หนุนหมอน ลำตัวตรง หลีกเลี่ยงการบิด เอี้ยวตัว</p> <p>8.2 ประเมิน Neurological deficit มากขึ้น น้อยลงโดยทดสอบความผิดปกติดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> ระดับ L1 Inguinal groin sensation ชาบริเวณหัวเข่าและขาหนีบด้านใน ระดับ L2 Hip flexors งอพับข้อสะโพก ระดับ L3 Knee extensors เขยียดข้อเข่า ระดับ L4 Ankle dorsiflexors กระดกข้อเท้าขึ้น ระดับ L5 Bigtoeextensors กระดกนิ้วหัวแม่เท้าขึ้น ระดับ S1 Ankle plantarflexors ถีบฝ่าเท้าลง หากผิดปกติมากขึ้นให้รายงานแพทย์

ลำดับ	Assessment : ประเด็นปัญหา	Goal : เป้าหมาย	Implement : กิจกรรมการพยาบาล
			9. หลังผ่าตัด 1-3 วัน ให้ผู้ป่วยออกกำลังกล้ามเนื้อของแขนและขา โดยนอนราบกระดกข้อเท้าให้หัวแม่เท้าชี้เข้าหาลำตัวมากที่สุด นับซ้ำ ๆ สลับกันและกางแขน ยกแขนขึ้นลง 1-5 ซ้ำ ๆ เพื่อป้องกันการเกร็งตัวและให้กล้ามเนื้อคลายตัว 10. หลังผ่าตัด 4-7วัน การประเมิน Motor power และ Neurological status ควรมีการประเมินทุก 12 ชั่วโมง 11. การประเมินระดับความปวดทุก 8 ชั่วโมง พร้อมบันทึกและจัดการความปวดตามความเหมาะสม 12. ให้ผู้ป่วยออกกำลังกล้ามเนื้อของแขนและขา โดยนอนราบ กระดกข้อเท้าให้หัวแม่เท้าชี้เข้าหาลำตัวมากที่สุด นับซ้ำ ๆ สลับกันและกางแขน ยกแขนขึ้นลง 1-5 ซ้ำ ๆ เพื่อป้องกันการเกร็งตัวให้กล้ามเนื้อคลายตัว 13. ระวังอุบัติเหตุ ควรมีผู้ดูแลอย่างใกล้ชิด 14. ประสานงานและส่งปรึกษาทีมเวชศาสตร์ฟื้นฟูเพื่อช่วยในการให้โปรแกรมกายภาพบำบัด 15. หลังตัดไหมถ้าแผลติดดีไม่มีอาการอักเสบ บวมแดง ร้อน สามารถเปิดแผลได้ สามารถอาบน้ำได้ และใช้ผ้าสะอาดซับบริเวณแผลให้แห้ง ห้ามทาแป้งหรือทาโลชั่น 7-10 วัน

ตารางที่ 4 : การพยาบาลเพื่อการวางแผนจำหน่ายและดูแลต่อเนื่องที่บ้าน

ตั้งแต่วันที่ 24 มิถุนายน 2562 เริ่มให้ทีมสหสาขาวิชาชีพเข้ามาร่วมดูแล ประกอบด้วย นักสังคมสงเคราะห์, นักจิตวิทยา, นักกายภาพบำบัด, ทีมเวชกรรมสังคม

ลำดับ	Assessment : ประเด็นปัญหา	Goal : เป้าหมาย	Implement : กิจกรรมการพยาบาล
1	ผู้ป่วยมีอาการบาดเจ็บที่กระดูกสันหลังและไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ สาเหตุจากอุบัติเหตุ การฟื้นตัวกลับมาใช้ชีวิตได้ใกล้เคียงปกติ การวางแผนจำหน่ายโดยใช้รูปแบบ D-METHOD	1.เตรียมความพร้อมเพื่อให้ผู้ป่วยได้กลับบ้านและผู้ดูแลมีทักษะในการดูแลผู้ป่วย	1. การวางแผนจำหน่ายประเมินความพร้อมผู้ป่วยในเรื่อง 1.1 ลัญญาณชีพ อาการทางระบบประสาท 1.2 ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ 1.3 ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยใช้แบบประเมิน Barthel index of Activity of Daily Living (BI)



ลำดับ	Assessment : ประเด็นปัญหา	Goal : เป้าหมาย	Implement : กิจกรรมการพยาบาล
	<p>1. D-Diagnosis : ให้ความรู้เรื่องโรคที่เป็นอยู่ถึงสาเหตุ อาการ การปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง</p> <p>2. Medication : การรับประทานยา</p> <p>3. Enviroment & Economic : การจัดสิ่งแวดล้อมที่บ้านผู้ป่วย</p> <p>4. Treatment : การดูแลแผลผ่าตัด</p> <p>5. Health : การออกกำลังกายเพื่อฟื้นฟูสภาพ</p> <p>6. Outpatient Referral : การมาตรวจตามนัดและการมาดูแลต่อเนื่อง</p> <p>7. Diet : การรับประทานอาหาร</p> <p>Evaluation : ประเมินผลผู้ป่วยหลังการรักษาและฟื้นฟูสภาพ พบว่า ผู้ป่วยต้องใช้เวลาในการฟื้นฟูสภาพและความมุ่งมั่นในการฝึกกำลังกล้ามเนื้อ การเสริมพลัง (Empowerment) ผู้ป่วยใช้ชีวิตโดยนั่งรถเข็นหลังการดูแลตัวเองและการฝึกกำลังกล้ามเนื้อ ปัจจุบัน พบว่า ผู้ป่วยสามารถกลับมาเดินได้อีกครั้งโดยใช้ KAFO (Knee Ankle foot Orthosis) กลับมาเดินได้อีกครั้งโดยใช้ Walker ไม่มีภาวะแทรกซ้อนและไม่ได้มานอนโรงพยาบาล</p>	<p>2. ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วย</p> <p>3. ลดอัตราการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล</p>	<p>1.4 การรับประทานอาหารและยา</p> <p>1.5 การเคลื่อนไหว</p> <p>1.6 การขยับถ่าย</p> <p>1.7 ความรู้ เกี่ยวกับโรค การรักษาและการดูแลตนเอง ภาวะแทรกซ้อน</p> <p>1.8 สภาวะทางด้านอารมณ์และจิตใจ</p> <p>1.9 การใส่กายอุปกรณ์</p> <p>1.10 การออกกำลังกายที่บ้าน</p> <p>2. ประเมินความพร้อมของครอบครัว/ผู้ดูแล</p> <p>2.1 ค้นหาผู้ดูแลผู้ป่วยที่บ้าน</p> <p>2.2 ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดำเนินของโรค ความรู้ในการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน การดูแลแผลผ่าตัด ภาวะแทรกซ้อนและอาการผิดปกติหลังผ่าตัด</p> <ul style="list-style-type: none"> - ด้านจิตใจ อารมณ์ สังคมและเศรษฐกิจ - สภาพบ้าน และสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการดูแลผู้ป่วย - ทักษะการดูแลผู้ป่วยเบื้องต้นต่อเนื่องที่บ้าน - แรงสนับสนุนทางสังคม ความเชื่อ ค่านิยม <p>3. วางแผนการจำหน่ายร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพและเครือข่ายในการให้ความรู้และฝึกทักษะที่จำเป็นแก่ผู้ป่วย ครอบครัวและผู้ดูแลก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลให้ครอบคลุม D-M-E-T-H-O-D</p> <p>4. การเตรียมความพร้อมผู้ป่วยญาติและผู้ดูแล</p> <p>4.1 ด้านผู้ป่วย</p> <ul style="list-style-type: none"> - ให้ความรู้เกี่ยวกับโรค การดูแลตนเอง การปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน ภาวะแทรกซ้อนและอาการผิดปกติหลังผ่าตัด <p>4.2 ฝึกทักษะในการปฏิบัติตนเมื่อกลับบ้าน โดยให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน</p> <ul style="list-style-type: none"> - ขยับถ่ายควรใช้ล่วมชักโครกชนิดโถสูงหรือเก้าอี้เจาะรูครอบโถล่วม - นั่งไม่ควรนานเกิน 15-20 นาทีแรก ภายในลำดับท่าแรกของการผ่าตัด



ลำดับ	Assessment : ประเด็นปัญหา	Goal : เป้าหมาย	Implement : กิจกรรมการพยาบาล
			<ul style="list-style-type: none"> - รายที่ผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว สวมอุปกรณ์พยุงหลังก่อนที่จะยืนหรือนั่ง ยกเว้นเวลานอนอย่างน้อย 4-6 สัปดาห์ - ยกของหนักได้ไม่เกิน 2 กิโลกรัมภายใน 3-4 สัปดาห์แรกโดยแบ่งน้ำหนักให้ออกแรงยกเท่า ๆ กันของแขนทั้ง 2 ข้างหรือตามแผนการรักษาของแพทย์ - ขึ้นบันไดไม่เกิน 2 ครั้งต่อวัน ภายใน 1-2 สัปดาห์แรกหลังผ่าตัด - มาตรวจตามนัด - รับประทานยาตามแพทย์สั่งอย่างสม่ำเสมอ <p>4.3 ด้านครอบครัวและผู้ดูแล</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคการดูแลผู้ป่วย ต่อเนื่องที่บ้าน การดูแลแผลผ่าตัด ภาวะแทรกซ้อน 2. ฝึกทักษะในการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน เช่น การทำกายภาพบำบัด การป้องกันการเกิดแผลกดทับและดูแลแผลกดทับ การดูแลแผลผ่าตัด ภาวะแทรกซ้อนและอาการผิดปกติหลังผ่าตัด 3. ให้ความรู้เรื่องอาหารและการเตรียมอาหารตามแผนการรักษา 4. การรับประทานยาและการเก็บรักษา ยา อาการข้างเคียงของยา 5. การสอนและให้คำแนะนำผู้ป่วยและญาติ กรณีผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองได้น้อยหรือช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ การป้องกันตัวเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนเพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนและอุบัติเหตุที่บ้าน เช่น แผลกดทับ การติดเชื้ทางเดินปัสสาวะ 6. เปลี่ยนท่านอนทุก 2 ชั่วโมง 7. Passive / Active exercise 8. จัดหากริ่งให้ผู้ป่วยเมื่อต้องการความช่วยเหลือ 9. ปรับสภาพบ้านและสิ่งแวดล้อมและเตรียมอุปกรณ์ในการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน



ลำดับ	Assessment : ประเด็นปัญหา	Goal : เป้าหมาย	Implement : กิจกรรมการพยาบาล
			<p>5. อาการผิดปกติที่ควรมาพบแพทย์ก่อนวันนัด</p> <p>5.1 แผลซึม มีหนอง บวมแดง ปวดมากขึ้น หรือแผลแยก</p> <p>5.2 มีไข้หรือมีหนาวสั่น</p> <p>5.3 ปัสสาวะขัด ปัสสาวะไม่ออก หรือปัสสาวะขุ่นมีตะกอนกรณีสาย</p> <p>5.4 ปวดเสียวชาหรืออ่อนแรงของไหล่ แขน ขา มากขึ้น</p> <p>6. กิจกรรมที่ต้องหลีกเลี่ยงผ่าตัดระดับเอว</p> <p>6.1 ซี่หรือข้อนทำยารถมอเตอร์ไซค์ ซี่ม้า อย่างน้อย 6-8 สัปดาห์หลังการผ่าตัด</p> <p>6.2 เอื้อมเหยียบของบนที่สูงอย่างน้อย 4 สัปดาห์หลังการผ่าตัด</p> <p>6.3 เล่นกีฬาที่ต้องปะทะ เช่น ฟุตบอล บาสเกตบอล หลังการผ่าตัด 4 เดือน</p> <p>6.4 ขับรถทางไกลอย่างน้อย 6-8 สัปดาห์หลังผ่าตัดควรหลีกเลี่ยงการขับรถต่อเนื่องระยะยาวหากจำเป็นควรพักเปลี่ยนอิริยาบถเป็นระยะๆ ทุก 1-2 ชั่วโมง</p> <p>6.5 การทำงานหนัก 6-8 สัปดาห์หลังผ่าตัด</p> <p>6.6 การอาบน้ำที่ใช้ขันตักอาบอย่างน้อย 6-8 สัปดาห์หลังการผ่าตัด</p> <p>6.7 ไม่ควรบิดหรือเอี้ยวตัวแรง ๆ อย่างน้อย 6-8 สัปดาห์ หลังการผ่าตัดช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ การป้องกันตัวเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนเพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนและอุบัติเหตุที่บ้านเช่น แผลกดทับ การติดเชื้ทางเดินปัสสาวะเปลี่ยนท่านอน ทุก 2 ชั่วโมง</p> <p>6. Passive / Active exercise</p> <p>7. จัดหากริ่งให้ผู้ป่วยเมื่อต้องการความช่วยเหลือปรับสภาพบ้าน</p>

ตารางที่ 5 : การพยาบาลในระยะกลาง (Intermedia Care : IMC)

ตั้งแต่วันที่ 30 มิถุนายน - จนถึงจำหน่าย ในวันที่ 23 กรกฎาคม 2562 และติดตามดูแลต่อเนื่องที่บ้านอีก 6 เดือน ถึงวันที่ 23 มกราคม 2563

ลำดับ	Assessment : ประเด็นปัญหา	Goal : เป้าหมาย	Implement : กิจกรรมการพยาบาล
1	<p>ผู้ป่วยหลังเกิดอุบัติเหตุกระดูกสันหลังบาดเจ็บได้รับการผ่าตัด</p> <p>เกณฑ์การดูแลระยะกลาง IMC โรงพยาบาลชัยภูมิ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Dx Spinal cord injury 2. ประเมิน Barthel Index คะแนน 0-15 3. เข้าโปรแกรม Intensive rehabilitation 3-5 วัน ที่ รพช./ward <p>Evaluation : ประเมินผลผู้ป่วยรายนี้อยู่ ต.โคกสูง อ.เมือง อยู่ในเกณฑ์ IMC จำเป็นต้องเข้าโปรแกรม Intensive rehabilitation ที่หอผู้ป่วยตามโปรแกรมของทีมนักกายภาพบำบัด จึงทำให้วันนอนโรงพยาบาล ยาวกว่าปกติคือ 48 วัน โดยเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถลุกนั่งใช้รถเข็นในการดูแลตัวเองเบื้องต้นได้และการฝึกกำลังกล้ามเนื้อที่จะช่วยให้สามารถกลับมาเดินได้อีกครั้งและให้ญาติเตรียมบ้านในการรับผู้ป่วยกลับบ้าน ประสาน รพ.สต. ที่รับผิดชอบในการเยี่ยมบ้าน และส่งข้อมูลเข้าโปรแกรม Thai COC เพื่อการดูแลต่อเนื่อง และได้มีทีมแพทย์ออร์โธและทีมงานเยี่ยมบ้านของเวชกรรมสังคมได้ร่วมกันดูแลผู้ป่วย</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. เพื่อให้ผู้ป่วยระยะกลางปลอดภัยฟื้นฟูสภาพทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และจิตวิญญาณ ฟื้นฟูหายจากโรคไม่เกิดความพิการ สามารถจัดการสุขภาพตนเองได้และใช้ชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติหรือใกล้เคียงปกติ 	<ol style="list-style-type: none"> 1. การเตรียมส่งผู้ป่วยเข้าสู่การดูแลระยะกลางของโรงพยาบาลชัยภูมิ <ol style="list-style-type: none"> 1.1 ประเมินสภาพร่างกาย : การรับรู้สัญญาณชีพ อาการแสดงทางระบบประสาท การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การประเมิน BI หาก < 15 ให้มีการเยี่ยมบ้านดูแลต่อเนื่อง 4 ครั้ง แต่ถ้า BI > 15 เยี่ยมบ้านหลังจำหน่าย 1 ครั้ง พร้อมยุติการให้บริการดูแลสุขภาพที่บ้านพร้อมส่งให้เครือข่าย รพ.สต. ดูแลต่อเนื่อง 1.2 จัดหาอุปกรณ์เพื่อการดำเนินชีวิตที่บ้านและสอนการใช้อุปกรณ์ 2. หลังแพทย์จำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน 3. ทีมเวชกรรมสังคมเข้าประเมินผู้ป่วยและจัดหาอุปกรณ์เครื่องใช้ แนะนำญาติ/ผู้ดูแลในการเตรียมสถานที่ที่บ้าน และประสานงานไปที่เครือข่าย รพ.สต. ที่รับผิดชอบตามที่อยู่ 4. แจ้งผลการเตรียมผู้ป่วย/รพ.สต. ในพื้นที่และแผนการดูแลผู้ป่วยในชุมชนให้ทีมสหสาขาวิชาชีพได้ทราบแจ้งแพทย์ทราบผลการเตรียมบ้านและชุมชนเพื่อรับผู้ป่วยกลับบ้าน 5. ลงข้อมูลในโปรแกรม Thai COCR9 เพื่อส่งต่อข้อมูลให้พื้นที่รับผิดชอบ รวมถึงแผนการดูแลผู้ป่วย 6. หลังจำหน่ายแจ้งแผนการออกเยี่ยมผู้ป่วยให้แพทย์และทีมสหสาขาวิชาชีพได้รับทราบเพื่อวางแผนเยี่ยมบ้านร่วมกัน



ลำดับ	Assessment : ประเด็นปัญหา	Goal : เป้าหมาย	Implement : กิจกรรมการพยาบาล
	<p>Evaluation : ประเมินผล ทีมแพทย์ พยาบาล Orthopedic และทีมงานเยี่ยมบ้าน ของเวชกรรมสังคม ได้ร่วมกันดูแลผู้ป่วย และทีมเวชศาสตร์ฟื้นฟู ติดตามในการฟื้นฟูผู้ป่วย จากปัญหา Motor weakness & Paralysis และพบว่า Motor L2-L3 มี Recovery จาก gr 1 ไป 1+ และ 2 ตามลำดับ หลังฟื้นฟูปัจจุบัน Motor gr 3 ใส่ KAFO (Knee Ankle foot Orthosis) กลับมาเดินได้อีกครั้ง โดยใช้ Walker การขับถ่าย ปัสสาวะ อัจฉริยะได้เอง โดย มีการติดตามเยี่ยมทุก 1 เดือน อยู่ 2 ครั้งติดตามทางโทรศัพท์ และติดตามเมื่อแพทย์ศัลยกรรม กระดูกนัด F/U จนครบ 6 เดือน และได้ปิด case กรณีศึกษา วันที่ 23 มกราคม 2563</p>		

สรุปกรณีศึกษา

กรณีศึกษาผู้ป่วยรายนี้เป็นหญิงไทยโสดวัยรุ่น 17 ปี ได้รับอุบัติเหตุจากการซ้อนรถมอเตอร์ไซด์พ่วง มารดาเป็นคนขับชนกับรถปิกอัพและรถพ่วงทับร่าง มีกระดูกหักตำแหน่งที่ T12-L2 หักและกดทับไขสันหลัง ร่วมกับกระดูกต้นขาซ้ายหักหลังอุบัติเหตุผลการทดสอบ Motor power : grade 0 ขาทั้งสองข้างแพทย์ได้ทำ ผ่าตัด 2 ครั้ง โดยผ่าตัดกระดูกสันหลังตำแหน่ง T12-L2 ที่หักกดทับไขสันหลังและผ่าตัดแก้ไขเรื่อง

กระดูกต้นขาซ้ายหักในวันที่ 7 และ 12 มิถุนายน 2562 ตามลำดับ หลังผ่าตัดทั้ง 2 ครั้งผู้ป่วยปลอดภัยไม่มีภาวะแทรกซ้อน ผู้ป่วยรักษาอยู่ที่หอผู้ป่วยศัลยกรรม กระดูกหญิง อยู่ 48 วันจำเป็นต้องรับการดูแลต่อเนื่อง (IMC) ก่อนจำหน่าย ประเมิน Barthel Index ได้ 5 คะแนน ผู้ป่วยยังมีปัญหา Motor weakness & Paralysis ทีมสุขภาพกำหนดเป้าหมายร่วมกันกับผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถกลับมาใช้ชีวิตได้ใกล้เคียงปกติมากที่สุด โดยการฝึกกลืน ใช้รถเข็นในการ



ดูแลตัวเองเบื้องต้นได้ และการฝึกกำลังกล้ามเนื้อที่จะช่วยให้สามารถกลับมาเดินได้อีกครั้ง ทีมแพทย์ออร์โธและทีมงานเยี่ยมบ้านของเวชกรรมสังคมได้ร่วมกันดูแลผู้ป่วยและทีมเวชศาสตร์ฟื้นฟูติดตามในการฟื้นฟูผู้ป่วยจากปัญหา Motor weakness & Paralysis และพบว่า Motor L2 - L3 มี Recovery จาก gr 1 ไป 1+ และ 2 ตามลำดับ หลังฟื้นฟูสมรรถภาพปัจจุบันผู้ป่วยมี Motor gr 3 ใส่ KAFO (Knee Ankle foot Orthosis) กลับมาเดินได้อีกครั้งโดยใช้ Walker การขับถ่ายปัสสาวะ อูจาระได้เอง ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่ต่อเนื่องจากแพทย์ศัลยกรรมกระดูก, แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู การศึกษา Case นี้ได้ติดตามดูแลต่อเนื่อง 6 เดือน ถึงวันที่ 23 มกราคม 2563

วิจารณ์และข้อเสนอแนะ

การวางแผนจำหน่ายเป็นกระบวนการสำคัญในระบบบริการสุขภาพ⁽³⁾ โดยมีพยาบาลทำหน้าที่เป็นผู้ติดต่อประสานงานกับทีมสุขภาพ ผู้ป่วย ผู้ดูแล และเป็นผู้ให้การดูแลรักษาทางการแพทย์โดยใช้กระบวนการ ตั้งแต่การประเมินภาวะสุขภาพ ประเมินผลลัพธ์ด้านสุขภาพมีการประเมินหลังการจำหน่ายโดยการติดตามของพยาบาลประจำหอผู้ป่วย และทีมเยี่ยมบ้าน เพื่อประโยชน์สูงสุดอันจะเกิดกับผู้ป่วยและผู้ดูแลในครอบครัว จากผลการศึกษาครั้งนี้สามารถประเมินผลการดูแลของพยาบาลและทีมสหวิชาชีพโดยพบว่าผู้ป่วยได้รับการดูแลตามแผนการพยาบาลทั้ง 5 ระยะส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลครบทุกมิติ กาย ใจ สังคม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บกระดูกสันหลังและไขสันหลังในรูปแบบ Home Ward⁽⁴⁾ ซึ่งสามารถนำมาบูรณาการในการดูแลร่วมกับการดูแลต่อเนื่องระยะกลางได้เป็นอย่างดี ในบทบาทหัวหน้าหอผู้ป่วยกรณีศึกษานี้นำมาสู่การกำหนดเป็นแนวทางปฏิบัติ

ในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บกระดูกสันหลัง⁽⁵⁾ ที่ต้องรับการดูแลต่อเนื่องระยะกลาง (IMC) โดยคำนึงถึงผลลัพธ์ทางการพยาบาลช่วยให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความรู้และทักษะในการดูแลตนเองปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนและลดการกลับมานอนโรงพยาบาลซ้ำได้ สามารถทำให้ผู้ป่วยสามารถกลับมาใช้ชีวิตได้ใกล้เคียงปกติได้จากการใช้แนวคิดการจัดการตนเอง (Self management) ของผู้ป่วยเอง

เอกสารอ้างอิง

1. กระทรวงสาธารณสุข. (2560). **สถิติผู้ป่วยโรคประสาทไขสันหลัง**. กรุงเทพฯ: สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.
2. กระทรวงสาธารณสุข. (2558). **คู่มือเตรียมความพร้อมสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดระบบประสาทไขสันหลังและกระดูกสันหลัง**. กรุงเทพฯ: สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.
3. สุขใจ ศรีเพียรเอม, ธวัช ประสาทฤทธา และวีระ สติธิ์อังกู. (2555). **การพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บกระดูกสันหลังและประสาทไขสันหลัง**. ใน ธวัช ประสาทฤทธา, พรทิพย์ ทยานันท์ และ สุขใจ ศรีเพียรเอม. [บรรณาธิการ]. การพยาบาลออร์โธปิดิกส์. กรุงเทพฯ: โรงพยาบาลเลิศสิน, 228-69.
4. นิรมล จันทรธานี. (2019). **การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บกระดูกไขสันหลังและไขสันหลังในรูปแบบ Home ward : กรณีศึกษา**. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม, 16(2):92-103.
5. อภิชนา โฆวินทะ. (2557). **คู่มือสำหรับผู้ป่วยบาดเจ็บที่ไขสันหลัง (ฉบับปรับปรุง ครั้งที่ 5)**. เชียงใหม่: ภาควิชาเวชศาสตร์ฟื้นฟู คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.