



กรณีศึกษา: การพยาบาลผู้ป่วยภาวะฉุกเฉินและวิกฤตกระดูกสันหลังส่วนคอหักที่มีภาวะบาดเจ็บไขสันหลัง โรงพยาบาลกาฬสินธุ์

A Case Study: Nursing in Emergency and Critically of fracture of the cervical Spine Level with Spinal cord injury in Kalasin Hospital.

(Received: September 25,2023 ; Revised: September 28,2023 ; Accepted: September 29,2023)

จิรนนท์ ทิวทอง¹

Jeeranan Thiwtong

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนขณะรักษาตัวที่โรงพยาบาล และ 2) เสริมพลังการดูแลตนเองของผู้ป่วยกระดูกสันหลังส่วนคอหักและมีภาวะบาดเจ็บไขสันหลัง และผู้ดูแลให้สามารถดูแลตนเองได้หลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล เป็นการศึกษาในผู้ป่วยกระดูกสันหลังส่วนคอหักและมีภาวะบาดเจ็บไขสันหลังในหอผู้ป่วย : กรณีศึกษา 2 ราย การเก็บรวบรวมข้อมูล จากประวัติ การตรวจร่างกาย การตรวจทางห้องปฏิบัติการ การรักษาทางการแพทย์ จากเวชระเบียน การสอบถาม ปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยและญาติ และการสังเกต ผลการศึกษาพบว่า ข้อวินิจฉัยการพยาบาลผู้ป่วยที่เหมือนกัน คือ 1) เสี่ยงต่อการเกิดประสาทไขสันหลังถูกกดหรือถูกทำลายเพิ่มมากขึ้น 2) เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน ปอดอักเสบ แผลกดทับ และติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ 3) ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับพยาธิสภาพที่เป็นอยู่ 4) เสี่ยงต่อภาวะทุพโภชนาการ 5) ไม่สุขสบายจากภาวะท้องผูกทำให้มีลมในลำไส้ 6) ผู้ป่วยไม่สุขสบายเนื่องจากอาการปวด 7) ความรู้สึกคุณค่าในตนเองลดลงเนื่องจากภาวะเจ็บป่วย และ 8) ขาดความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติตัวเมื่อจำหน่ายจากโรงพยาบาล ข้อวินิจฉัยการพยาบาลผู้ป่วยที่ต่างกัน คือ 1) ความดันโลหิตต่ำจาก Neurogenic shock 2) มีภาวะสูญเสียการทำงานชั่วคราวของไขสันหลัง 3) ภาวะระดับน้ำตาลเลือดสูงผิดปกติ ขึ้นอยู่กับสภาพร่างกายผู้ป่วยแต่ละราย พยาธิสภาพและความรุนแรงของอุบัติเหตุ

สำคัญ: การพยาบาลภาวะฉุกเฉินและวิกฤตกระดูกสันหลังส่วนคอหัก, บาดเจ็บไขสันหลัง

Abstract

This study aim to 1) keep patients safe from complications during treatment in the hospital. 2) Empowerment of patients and caregiver of fracture of the cervical spine level with spinal cord injury could care after discharge from hospital. Study with 2 case of the cervical spine level in Orthopedic department Kalasin hospital. Data were collected by patient history, physical examination, laboratory, medical treatment, medical record, interrogation form patient and relative and observation.

Result; Problem of patients as well 1) Increasing risk of spinal cord injury due to compression fracture 2) Risk of infection in the urinary tract and pressure sore and pneumonia 3) Worrying about the disease 4) Risk of mal-nutrition 5) Feeling uncomfortable due to constipation 6) Causing pain due to cervical Nerve root compression 7) Decreasing their value of life 8) Lack of skill comprehensive care when discharge from hospital. Apart from above, there are different nursing diagnosis. 1) Hypotension due to neurogenic shock. 2) Spinal shock 3) Hyperglycemia; depending on the patient' physical condition, etiology and aggression of accident.

Keywords: Nursing in emergency and critically, Fracture of the cervical Spine Level, Spinal cord injury

บทนำ

การบาดเจ็บของกระดูกสันหลังและไขสันหลัง เป็นปัญหาที่สำคัญทางสาธารณสุขในปัจจุบัน พบอุบัติการณ์ของการบาดเจ็บไขสันหลังในประเทศต่าง

ๆ ทั่วโลก สาเหตุที่พบได้บ่อยของภาวะนี้ คือ อุบัติเหตุจราจร (ร้อยละ 38) การบาดเจ็บไขสันหลังเป็นภาวะที่เกิดขึ้นอย่างเฉียบพลัน โดยผู้บาดเจ็บไม่รู้ตัวมาก่อน ในระยะแรกของการบาดเจ็บ ผู้บาดเจ็บไขสันหลังจะ

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลกาฬสินธุ์

สูญเสียการรับรู้รู้สึก และความสามารถในการทำงานของร่างกายส่วนที่ต่ำกว่าพยางคิสภาพ การบาดเจ็บกระดูกสันหลังส่วนคอ (cervical spine injury) มักจะมีประวัติอุบัติเหตุชัดเจน มีอาการปวดตื้อนคอ กล้ามเนื้อคอแข็งเกร็ง ปวด บวม อาจมีรอยฟกช้ำได้ในบางกรณี และไม่สามารถยกศีรษะจากท่านอนขึ้นลอยจากพื้นเตียงมาแตะบริเวณหน้าอก เนื่องจากมีการจำกัดการเคลื่อนไหวของข้อ โดยผู้ป่วยกลุ่มนี้จะเกิดการสูญเสียหน้าที่ของระบบประสาทการเคลื่อนไหว ระบบประสาทรับรู้ความรู้สึก และระบบประสาทอัตโนมัติ มักมีอาการปวดที่รุนแรง ร่วมกับมีแขนหรือขาชา และอ่อนแรง ในบางรายอาจมีอาการอาเจียนหรือเสียชีวิตได้ หรืออาจมีภาวะ Neurogenic shock ทำให้ผู้ป่วยบาดเจ็บความดันโลหิตต่ำ อัตราการเต้นของหัวใจช้า พยางคิสภาพที่เกิดขึ้นทำให้มีผลต่อการทำงานของระบบทางเดินหายใจ ทำให้กล้ามเนื้อหายใจมีการอัมพาต ส่งผลให้ผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังหายใจลำบาก ความรุนแรงแตกต่างกันขึ้นอยู่กับระดับของการบาดเจ็บของไขสันหลังการสูญเสียหน้าที่ของร่างกายที่เกิดขึ้นจากพยางคิสภาพนั้นมีผลกระทบในระยะยาวอย่างต่อเนื่องจนอาจตลอดชีวิต เพราะส่วนใหญ่ผู้ป่วยจะต้องใช้ระยะเวลาการดูแลรักษายาวนาน ส่งผลกระทบต่อสภาพจิตใจ อารมณ์ สังคมและเศรษฐกิจของผู้บาดเจ็บ และครอบครัว ซึ่งมีค่าใช้จ่ายในการรักษาสูง หากได้รับการช่วยเหลือรักษาพยาบาลที่ถูกต้องเหมาะสมก็จะช่วยป้องกันการเกิดความพิการและภาวะแทรกซ้อน ได้ เพราะผู้ป่วยกลุ่มนี้ต้องนอนพักรักษาในโรงพยาบาล และนอนบนเตียงนานภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้แก่ แผลกดทับ ปอดอักเสบ ติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ ข้อติดแข็ง กล้ามเนื้อลีบ ท้องอืด หรือมีการกดทับของประสาทไขสันหลังมากขึ้น เกิดการเปลี่ยนแปลงในทุก ๆ ด้าน นำมาซึ่งภาวะวิกฤตของชีวิต¹⁻⁴

จากสถิติผู้รับบริการโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ปี 2564 ถึง 2566 พบว่ารับผู้ป่วยกระดูกหักทั้งหมด 1,499, 1,493 และ 1,457 ราย ตามลำดับ มีผู้ป่วยกระดูกสันหลังส่วนคอหักทั้งหมดคิดเป็นร้อยละ 24.05, 36.69, 37.50 ตามลำดับ ร้อยละ 90 เป็นเพศ

ชาย (ข้อมูลเวชสถิติโรงพยาบาลกาฬสินธุ์, 2566) ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยระหว่างอยู่โรงพยาบาลคือ อัตราการเกิดแผลกดทับระดับ 2-4 พบ 0.79, 0.13 และ 0.48 ต่อ 1000 วันนอน ตามลำดับ (เกณฑ์ < 0.5:1000 วันนอน) เกิดการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะพบ 1.05, 0.43 และ 0.48 ต่อ 1000 วันใส่สายสวนปัสสาวะ (เกณฑ์ < 0.45 : 1000 วันใส่สายสวนปัสสาวะ) ปอดอักเสบพบ 1.19, 0.18 และ 0.72 (เกณฑ์ 0 %) ต้องนอนในโรงพยาบาล เฉลี่ย 28 วัน ผู้ป่วยกลุ่มนี้เมื่อจำหน่ายกลับบ้านแล้ว บางรายต้องกลับเข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำหลายครั้ง ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยประกอบด้วย ปัจจัยด้านผู้ป่วย ได้แก่ ความรุนแรงของพยางคิสภาพ โรคร่วม ภาวะโภชนาการ ปัจจัยด้านญาติที่ดูแล ได้แก่ การไม่มีญาติดูแล ความสัมพันธ์ของญาติที่ดูแลกับผู้ป่วย สมรรถนะของผู้ดูแล และปัจจัยด้านบุคลากรผู้รักษาพยาบาล ซึ่งพยาบาลเป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยทุกระยะ ทั้งในระยะวิกฤตฉุกเฉิน ระยะต่อเนื่อง และระยะฟื้นฟู โดยอาศัยกระบวนการพยาบาลซึ่งเป็นวิธีการทางวิทยาศาสตร์เพื่อแก้ปัญหาอย่างเป็นระบบ จากเหตุผลดังกล่าว ได้สะท้อนถึงความจำเป็นที่ต้องมีการพัฒนาการพยาบาลผู้ป่วยกระดูกสันหลังส่วนคอหักให้ได้มาตรฐาน โดยให้ความสำคัญ เริ่มตั้งแต่การดูแลรักษาขณะเคลื่อนย้าย ณ จุดเกิดเหตุจนกระทั่งถึงโรงพยาบาล การตรวจวินิจฉัย การทำหัตถการ การดูแลขณะรักษาขณะอยู่โรงพยาบาล และการดูแลต่อเนื่องหรือการฟื้นฟูที่บ้าน เพื่อลดการเสียชีวิต ความพิการและป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้น ให้ผู้ป่วยปลอดภัย ลดความเสี่ยงที่อาจเกิดกับผู้บาดเจ็บ กลับไปอยู่ในสังคมอย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดี อีกทั้งจะนำไปสู่การพัฒนาคุณภาพการให้บริการที่ดีต่อไป⁶⁻⁸

ดังนั้น ผู้ศึกษาจึงสนใจที่จะศึกษา ความต้องการในการตอบสนองปัญหาสุขภาพของผู้ป่วยกระดูกหลังส่วนคอหักที่มีภาวะบาดเจ็บไขสันหลังในภาวะฉุกเฉินและวิกฤตขณะรักษาอยู่ในหอผู้ป่วย โดยได้ศึกษาผู้ป่วยกรณีศึกษาเป็นการเจาะจงเลือกผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อนแตกต่างกัน จำนวน 2 ราย ในหอ



ผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกและข้อชาย โรงพยาบาล
กาฬสินธุ์

วัตถุประสงค์การศึกษา

1. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพการพยาบาล
ผู้ป่วยภาวะฉุกเฉินและวิกฤตกระดูกสันหลังส่วนคอ
หักที่มีภาวะบาดเจ็บไขสันหลัง โรงพยาบาลกาฬสินธุ์
จำนวน 2 ราย

2. เพื่อนำผลการศึกษาไปพัฒนาคุณภาพการ
พยาบาลผู้ป่วยกระดูกสันหลังส่วนคอหักที่มีภาวะ
บาดเจ็บไขสันหลัง โรงพยาบาลกาฬสินธุ์

วิธีการศึกษา

1. เลือกเรื่องที่จะศึกษาจากผู้ป่วยที่ได้รับ
มอบหมาย ให้ดูแลจำนวน 2 ราย

2. รวบรวมข้อมูลที่เกี่ยวข้อง เกี่ยวกับอาการ
สำคัญประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน ประวัติการ
เจ็บป่วยในอดีต ประวัติการได้รับยา การผ่าตัด แบบ
แผนการดำเนินชีวิต พฤติกรรมสุขภาพ ผลการตรวจ

ทางห้องปฏิบัติการ ผลการตรวจเอกซเรย์, CT scan,
MRI และแผนการรักษาของแพทย์

3. ศึกษาค้นคว้าทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง
จากเอกสาร ตำรา ผลงานวิชาการ บทความ ตลอดจน
งานวิจัยที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยกระดูกสันหลัง
ส่วนคอหักที่มีภาวะบาดเจ็บไขสันหลัง

4. นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ข้อมูล พร้อมทั้ง
สังเคราะห์ วางแผนให้การพยาบาลตามกระบวนการ
พยาบาล

5. ปฏิบัติการพยาบาลตามมาตรฐานการ
พยาบาลและประเมินผลการพยาบาลตามแผน

6. สรุปผลการศึกษาเพื่อรวบรวมข้อมูลและ
ปัญหาที่พบในการดูแลผู้ป่วยเพื่อหาแนวทางในการ
แก้ไขปัญหา

7. ดำเนินการจัดพิมพ์และเผยแพร่

ผลการศึกษา

ตารางที่ 1 ข้อมูลที่ศึกษา

ข้อมูลที่ศึกษา	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
การวินิจฉัย	Fracture C3-C4 with Spinal cord contusion C2-C7, intramedullary hematoma C3/C4, Cerebral concussion, DM type II.	Fracture at C4, C5 spine with Spinal cord injury C3/4, C4/5, Cerebral concussion, neurogenic shock.
ข้อมูลทั่วไป	ผู้ป่วยชายไทย อายุ 53 ปี สัญชาติ ไทย นับถือศาสนา พุทธ อาชีพ ทำนา การศึกษา มัธยมศึกษาปีที่ 6 ภูมิลำเนา จังหวัดกาฬสินธุ์	ผู้ป่วยชายไทย อายุ 54 ปี สัญชาติ ไทย นับถือศาสนา พุทธ อาชีพ ทำนา การศึกษา มัธยมศึกษาปีที่ 6 ภูมิลำเนา จังหวัดกาฬสินธุ์
อาการสำคัญ ที่มาโรงพยาบาล	ขับรถกระบะเฉี่ยวชนกับรถเก๋ง สลอบ จำ เหตุการณ์ไม่ได้ ปวดต้นคอรัวตามต้นแขน มินขาแขน ขา 2 ข้าง อ่อนแรงเดินไม่ได้ ควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะ/ อุจจาระไม่ได้ เป็นก่อนมา 6 ชั่วโมง	ขับรถจักรยานยนต์พุ่งข้าง พลิกคว่ำลงข้างถนน ไม่มีประวัติ สลอบ ปวดต้นคอรัวตามไหล่และต้นแขน มินขาแขน ขา 2 ข้าง ขาอ่อนแรงเดินไม่ได้ ควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะ/ อุจจาระไม่ได้ เป็นก่อนมา 6 ชั่วโมง
ประวัติการ เจ็บป่วยใน ปัจจุบัน	6 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาลผู้ป่วยขับรถกระบะเฉี่ยวชนกับ รถเก๋ง สลอบ ตีศีรษะก่อนเกิดอุบัติเหตุ กู้ชีพนำส่ง โรงพยาบาลชุมชน ส่งต่อมารักษาที่โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ มาด้วยอาการ ปวดต้นคอ มินขา อ่อนแรง แขนและขาทั้ง ขา ทั้ง 2 ข้าง เดินไม่ได้ ควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะ/ อุจจาระไม่ได้ มีระดับน้ำตาลในเลือดสูง (467 mg%) ให้ยา ลดระดับน้ำตาลในเลือด RI 10 unit iv stat at ER ให้เจาะ DTX อีก 15 นาที เจาะ serum ketone ผล negative Keep DTX 80-200 mg% แล้วส่งเข้า ward	6 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล ขับรถ จักรยานยนต์ พุ่งข้างพลิกคว่ำลงข้างถนน ไม่มีประวัติสลอบ กู้ชีพนำส่ง โรงพยาบาลชุมชน มีอาการปวดต้นคอ มินขาแขน ขา 2 ข้าง อ่อนแรง เดินไม่ได้ ควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะ/ อุจจาระไม่ได้ ขณะรับไว้รักษาในโรงพยาบาลชุมชนมีความ ดันโลหิตต่ำ BP=86/45 mmHg พบว่ามีภาวะ neurogenic shock ได้รับยา levophed (4:250) iv drip 5 mL/min On NSS 1,000 mL iv 100 mL/hr. ก่อนส่งต่อมารักษาที่ โรงพยาบาลกาฬสินธุ์

ตารางที่ 1 ข้อมูลที่ศึกษา

ข้อมูลที่ศึกษา	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
	observe neuro sign if GCS drop ≥ 3 รายงานแพทย์, เจาะ DTX at ward then ทุก 6 ชั่วโมง ให้ RI ตามคำสั่งรักษาของแพทย์ On NSS 1,000 ml iv rate 100ml/hr.	ตรวจร่างกาย PR loose of sphincter tone, Bulbocavernosus reflex negative ได้ Methylprednisolone 1,440 mg+ NSS 100 ml iv drip in 15 min at ER. แล้วส่งเข้า ward
ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต	ผู้ป่วยมีโรคประจำตัวโรคเบาหวานประมาณ 10 ปี ขาดการรับยาต่อเนื่อง	ไม่มีประวัติโรคประจำตัว ไม่มีโรคติดต่อร้ายแรงใด ๆ
การประเมินสภาพร่างกายตามระบบ		
1. Vital sign	อุณหภูมิร่างกาย 37.6 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 80 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 22 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 98/57 มิลลิเมตรปรอท	อุณหภูมิร่างกาย 37.3 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 60 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 128/72 มิลลิเมตรปรอท
2. General appearance	Thai male, looked Drowsiness, fatigue, BW 65 kgs, BH 165 cm., BMI 23.87 Kg/m ²	Thai male, looked confuse, no pale BW 49 kgs, BH 150 cm, BMI 21.77 Kg/m ²
3. HEENT	no pale, no jaundice, neck pain; limit range of motion.	no pale, no jaundice, neck pain; limit range of motion.
4. Heart	normal S1, S2, no murmur.	normal S1, S2, no murmur.
5. Lung	Lung clear both site, normal breath sound both lung	Lung clear both site, normal breath sound both lung
6. Abdomen	Soft, not tenderness	Soft, not tenderness
7. Genitourinary	No ulcer, foley cath no bleeding, CVA not tenderness. Loss sphincter tone. Bulbocavernosus reflex positive.	No ulcer, foley cath no bleeding, CVA not tenderness. Sphincter tone Negative, Bulbocavernosus reflex negative.
8. Extremities	Pitting edema 1+ both leg, Motor power grade 2, decrease pin prick sensation below umbilical area, Deep to reflex 0-1, numbness	Pitting edema 1+ both leg, Motor power grade 0, decrease pin prick sensation below umbilical area, Deep to reflex 0-1, numbness
9. Neuro-sign	GCS E4V5M6 pupil 3 min RTL BE Motor power grade 2.	GCS E4V5M6 pupil 3 min RTL BE Motor power grade 0.
10. สภาพจิตใจและอารมณ์	ผู้ป่วยแสดงสีหน้าวิตกกังวล เครียดกับอาการบาดเจ็บ	ผู้ป่วยแสดงสีหน้าวิตกกังวล เครียดกับอาการบาดเจ็บถามตอบคำถามน้อย

แผนการพยาบาล

ตารางที่ 2 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล และกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
1. ความดันโลหิตต่ำจาก Neurogenic shock ข้อมูลสนับสนุน S : “เหนื่อย หายใจไม่เต็ม” O : ผู้ป่วยมีกระดูกสันหลังส่วนคอหัก แพทย์วินิจฉัย Fracture C3-C4 with spinal cord injury C3/4, C4/5, Neurogenic shock, Quadriplegia O: สัญญาณชีพ อุณหภูมิร่างกาย 36.3 °C อัตราการเต้นของหัวใจ 60 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 22 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 86/54 mmHg	1. ประเมินอาการและอาการแสดงของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ว่ากระสับกระส่าย ความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลงไปหรือไม่ 2. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับสารน้ำ NSS 1,000 ml iv rate 100 ml/hr. ถูกต้องตามแผนการรักษาของแพทย์ 3.ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยา levophed (4:250) drip with infusion pump 5 ml/hr. Keep SBP > 90 mmHg ถูกต้องตามแผนการรักษาของแพทย์ 4. ดูแลให้ได้รับยา Methylprednisolone 1,440 mg +NSS 100 ml iv drip in 15 min then 5,962 mg + NSS 1,000 ml iv drip in 23 hr. 5. วัดสัญญาณชีพ ทุก 30 ชั่วโมงที่แผนกฉุกเฉิน สม่ำเสมอ ต่อเนื่อง



ตารางที่ 2 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล และกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
วัตถุประสงค์ : เพื่อประคับประคองให้ผู้ป่วยพ้นภาวะวิกฤติจาก Neurogenic shock เกณฑ์การประเมินผล ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะดังต่อไปนี้ 1. Hypotension (SBP<90 mmHg) 2. Bradycardia (HR<60 /min)	6. ตรวจสอบปริมาณของเหลวเข้า-ออกของร่างกาย ทุก 1 ชั่วโมง ถ้ามีปัสสาวะออกน้อยกว่า 30 มิลลิลิตร/ชั่วโมง ให้รายงานแพทย์
แผนการ เกณฑ์การประเมินผล 3. Hypothermia (BT<36 C) 4. ปัสสาวะออก มากกว่าหรือเท่ากับ 30 มิลลิลิตร/ชั่วโมง	การประเมินผล 1. กรณีศึกษาครั้งที่ 1 ไม่มีภาวะ Neurogenic shock 2. กรณีศึกษาครั้งที่ 2 หลังให้การพยาบาลผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะ Neurogenic shock อุณหภูมิร่างกาย 36-37.5 °C อัตราการเต้นของหัวใจ 52-68 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20-22 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 98/62-148/62 mmHg ปัสสาวะออก 100 มิลลิลิตร/ชั่วโมง
2. มีภาวะ Hyperglycemia ข้อมูลสนับสนุน S : “ผมเป็นเบาหวาน ไม่ได้รับประทานยาต่อเนื่อง” O : ผู้ป่วยมีประวัติเบาหวาน 10 ปี ขาดการไปตรวจตามนัด DTX=467 mg%, RI 10 unit iv at ER O : สัญญาณชีพ อุณหภูมิร่างกาย 37 °C อัตราการเต้นของหัวใจ 84 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 123/73 mmHg วัตถุประสงค์ 1. ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะระดับน้ำตาลในเลือดสูง 2. ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ เกณฑ์การประเมินผล 1. ผู้ป่วยไม่แสดงอาการของภาวะ Diabetic ketoacidosis (DKA) โดยไม่มีอาการดังต่อไปนี้ 1.1 หายใจหอบเหนื่อย สมองมึนงง 1.2 ชีพจรเต้นเร็ว ความดันโลหิตต่ำ 1.3 สับสน ซึมลง 1.4 Serum ketone negative 2. ผู้ป่วยมีระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในเกณฑ์ปกติ 70-100 mg%	1. สังเกตระดับความรู้สึกตัวและอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย เช่น ซึม กระวนกระวาย หายใจหอบเหนื่อย สับสน ซึมลงหรือหมดสติ เพื่อให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยได้ทันเวลา 2. วัดสัญญาณชีพทุก 15 นาที เพื่อประเมินอาการเปลี่ยนแปลงและวางแผนให้การช่วยเหลือได้ทันเวลา 3. ดูแลให้ได้รับยา RI 10 unit iv ตามแผนการรักษาของแพทย์ 4. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับสารน้ำ ทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษาเพื่อป้องกันภาวะขาดน้ำ ซึ่งจะทำให้เกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำได้ 5. เฝ้าระวังระดับน้ำตาลในเลือดหลังให้ RI เพื่อประเมินระดับน้ำตาลในเลือดและ วางแผนการรักษาพยาบาลได้ถูกต้อง 6. เฝ้าระวังการเกิดอาการน้ำตาลในเลือดต่ำหลังได้รับอินซูลิน เช่น มึนงง ปวดศีรษะ หาว ตาพร่ามัวพูดไม่ชัด เหงื่อออกตัวเย็น ผิวหนังแห้ง ถ้าพบรีบให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยทันที 7. ตรวจระดับน้ำตาลในเลือด เพื่อเฝ้าระวังระดับน้ำตาลในเลือดสูงทุก 6 ชั่วโมงตามแผนการรักษา ถ้าพบระดับน้ำตาลในเลือดสูงหรือต่ำกว่าปกติ รายงานแพทย์เพื่อการช่วยเหลือได้ทันเวลา การประเมินผล <u>กรณีศึกษาครั้งที่ 1</u> 1. ระดับน้ำตาลในเลือดยังสูงกว่าเกณฑ์ปกติ แต่ยังคงควบคุมด้วยการให้อินซูลินได้ =153-241 mg% แพทย์ปรับยาอินซูลินและให้เจ้าน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารและก่อนนอน และสังเกตอาการต่อ 2. ไม่มีอาการแสดงของภาวะ Diabetic ketoacidosis ได้แก่ ปัสสาวะบ่อย กระหายน้ำ อ่อนเพลีย คลื่นไส้อาเจียน หายใจหอบเหนื่อย สมองมึนงง ผลไม่ ชีพจรเต้นเร็ว ความดันโลหิตต่ำ สับสน ซึมลง 3. สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ อุณหภูมิ 37-37.4 °C ชีพจร 60-64 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20-22 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 129/84 -134/64 mmHg <u>กรณีศึกษาครั้งที่ 2</u> ไม่มีภาวะ Hyperglycemia

ตารางที่ 2 ข้อวินิจฉัยทางการแพทย์ และการจัดการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการแพทย์	การจัดการพยาบาล
3. เสี่ยงต่อการเกิดประสาทไขสันหลังถูกกดหรือถูกทำลายเพิ่มมากขึ้น ข้อมูลสนับสนุน S : “ปวดต้นมาก” O : ประเมินระดับความปวด 8-10 คะแนน : กรณีศึกษาครั้งที่ 1 ผลเอกซเรย์พบ Fracture C3-C4 spine ผล CT scan, MRI พบ Spinal cord contusion C2-C7 : กรณีศึกษาครั้งที่ 2 ผลเอกซเรย์พบ Fracture C4-C5 spine ผล CT scan, MRI พบ Spinal cord injury C3/4, C4/5, : มีneurogenic shock. วัตถุประสงค์ ไม่มีภาวะ Progressive Neurological deficit เกณฑ์การประเมินผล ผู้ป่วยไม่มีอาการ มีขา อ่อนแรง เพิ่มมากขึ้น	1. เคลื่อนย้ายผู้ป่วยด้วยเปลตัก หรือ spinal board 2. พลิกตะแคงตัวผู้ป่วยแบบท่อนไม้ 3. ให้คำแนะนำผู้ป่วยและญาติเห็นถึงความสำคัญในการพลิกตะแคงตัวแบบท่อนไม้ 4. การจัดทำผู้ป่วยต้องให้แนวของกระดูกสันหลังเป็นแนวตรง ตั้งแต่กระดูกสันหลังส่วนคอ ส่วนอกและส่วนเอว 5. ประเมินระดับความสามารถในการรับรู้ของอวัยวะที่อยู่ต่ำกว่าส่วนที่หัก ถ้าลดลงให้รายงานแพทย์ 6. ประเมินความสามารถของกล้ามเนื้อ ในการต้านแรงโน้มถ่วง ถ้าลดลงให้รายงานแพทย์ 7. วัดสัญญาณชีพ เพื่อประเมินสภาพผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง การประเมินผล <u>กรณีศึกษาครั้งที่ 1และ 2</u> หลังให้การพยาบาลตามแผนการพยาบาลผู้ป่วยไม่มีภาวะ Progressive Neurological deficit แต่แขน ขา ทั้ง 2 ข้างการรับรู้สัมผัสเพิ่มขึ้นทั้ง 2 ราย
4. เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน ปอดอักเสบ แผลกดทับ และติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ ข้อมูลสนับสนุน S : “เคลื่อนไหวร่างกายไม่ได้, กลั้นปัสสาวะ ไม่ได้” O : ผู้ป่วยต้องนอนหงายราบบนเตียงเป็นเวลานาน O : ผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ แขน ขาอ่อนแรง : รายที่ 1 Motor power grade. 2 : รายที่ 2 Motor power grade. 0 : ผู้ป่วยปวดต้นคอมาก เคลื่อนไหวร่างกายไม่ได้ วัตถุประสงค์ : เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน แผลกดทับ ปอดอักเสบ การติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ เกณฑ์การประเมินผล : ผู้ป่วยไม่มีภาวะแทรกซ้อนแผลกดทับ ปอดอักเสบ การติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ	1. ให้ข้อมูลผู้ป่วยเกี่ยวกับการเจ็บป่วย โรคที่เป็นอยู่ อันตรายที่อาจจะเกิดขึ้นกับผู้ป่วย 2. สร้างความตระหนัก สร้างพลังอำนาจให้ผู้ป่วยและญาติได้เห็นความสำคัญ ความจำเป็น และการปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน 3. สอน สาธิต กระตุ้นให้ผู้ป่วยหายใจเข้าออกลึกๆ 10 ครั้งต่อ 1 รอบ และทำ 10 รอบ ต่อ 1 วัน เพื่อให้ปอดมีการพองขยายรับออกซิเจนอย่างเพียงพอกับร่างกายต้องการ ไม่เหนื่อยอ่อนเพลีย 4. สอนการไอที่มีประสิทธิภาพ โดยให้ผู้ป่วยหายใจเข้าเต็มที่แล้วไอออกมาเต็มที่ เพื่อขับเสมหะ สิ่งอุดตันทางเดินหายใจ 5. แนะนำให้ผู้ป่วยดื่มน้ำวันละ 2-3 ลิตร เพื่อให้ร่างกายได้รับสารน้ำอย่างเพียงพอ 6. ตรวจสอบปริมาณน้ำและของเหลว เข้า- ออกจากร่างกายเพื่อดูความสมดุลและความเพียงพอ และประเมินภาวะช็อก 7. ทำความสะอาดสายสวนปัสสาวะ อวัยวะสืบพันธุ์ วันละ 2 ครั้งและทุกครั้งที่ขับถ่ายอุจจาระ 8. สังเกต สีของปัสสาวะ ความเข้มข้น มีหนอง ตะกอนหรือไม่ 9. จัดให้ถุงน้ำปัสสาวะอยู่ต่ำกว่าร่างกาย และไม่ให้อยู่ในตำแหน่ง เพราะจะเกิดการคั่งค้างของน้ำปัสสาวะ และเกิดการติดเชื้อได้ง่าย 10 จัดให้ผู้ป่วยนอนที่นอนนุ่ม ที่นอนลม เพื่อลดแรงกดทับมาที่ปุ่มกระดูกของผู้ป่วย 11. พลิกตะแคงตัวผู้ป่วย แบบท่อนไม้ เพื่อเปลี่ยนท่า ป้องกันการเกิดผิวหนังเนื้อเยื่อขาดเลือดและเกิดแผลในที่สุด 12. นวดบริเวณปุ่มกระดูก เพื่อกระตุ้นให้มีเลือดไหลเวียนมาเลี้ยงบริเวณปุ่มกระดูก 13. ดูแลความสะอาดผิวหนัง ให้สะอาด ไม่เปื่อยขึ้น



ตารางที่ 2 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล และกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
	14. ไม่ดีง ลากตัวผู้ป่วย เพราะจะเกิดการเสียดสีกับที่นอน ทำให้ผิวหนังถลอกได้ การประเมินผล หลังให้การพยาบาลผู้ป่วยไม่มีภาวะแทรกซ้อน ปอดอักเสบ แผลกดทับ และไม่มีการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ ทั้ง 2 ราย
5. ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับพยาธิสภาพที่เป็นอยู่ ข้อมูลสนับสนุน S : ผู้ป่วยถามว่า “เมื่อไหร่ข้าจะมีแรงครับ” : “ลาจนหลายวันแล้ว กลัวถูกไล่ออก” O : ผู้ป่วยนอนไม่สบตาใครเวลาพูดคุย แสดงแวตาคำครุ่นคิดอยู่ตลอด บางครั้งมีน้ำตาคลอในดวงตา : ผู้ป่วยมักนอนหลับตา นิ่งเงียบอยู่เสมอ วัตถุประสงค์ : เพื่อให้ผู้ป่วยวิตกกังวลลดลง เกณฑ์การประเมินผล : ผู้ป่วยบอกว่าวิตกกังวลลดลง : สีหน้าสดชื่น ยิ้มแย้ม พูดคุยตอบคำถามมากขึ้น	1. หมั่นเยี่ยมตรวจผู้ป่วย ให้สม่ำเสมอ 2. พูดคุยกับผู้ป่วย ให้กำลังใจ เปิดโอกาสให้ผู้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึก 3. ให้ข้อมูลผู้ป่วย เกี่ยวกับการเจ็บป่วย แผนการรักษา การฟื้นฟูสภาพร่างกาย การดูแลเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจ 4. แนะนำผู้ป่วยที่มีการบาดเจ็บเช่นเดียวกับผู้ป่วยได้พูดคุยแลกเปลี่ยน 5. ให้ความรู้ สร้างเสริมพลังอำนาจ ให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจ ว่าผู้ป่วยต้องปฏิบัติตัว อย่างไรจึงจะสามารถ ฟื้นฟูได้เร็วและไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน 6. ให้การดูแลรักษาพยาบาล ด้วยความนุ่มนวล เป็นมิตร ตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยด้วยความเต็มใจ การประเมินผล กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย บอกว่า คลายความกังวล หลับพักผ่อนได้ 6-8 ชั่วโมง พูดคุยเป็นกันเองกับพยาบาลมากขึ้น ซักถามวิธีดูแลตัวเองมากขึ้น
6. เสี่ยงต่อภาวะทุพโภชนาการ ข้อมูลสนับสนุน S : ผู้ป่วยบอกว่า “กินข้าวได้น้อย ไม่อยากกินข้าว ไม่รู้ว่าอะไรจะกินอะไรถึงอร่อย” O : ผู้ป่วยท่าทางอ่อนเพลีย รับประทานอาหารได้น้อย : รับประทานอาหารอ่อนทุกมื้อ วัตถุประสงค์ 1. เพื่อกระตุ้นให้ผู้ผู้ป่วยอยากอาหาร 2. เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับสารอาหารที่เพียงพอ เกณฑ์การประเมินผล : ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้มากขึ้นตามเกณฑ์ที่กำหนด : เยื่อเมือกมีสีแดง Hct > 36 : การวัดขนาดสัดส่วนกล้ามเนื้อ แขน ขา ขนาดไม่ลดลง	1. ประเมินภาวะได้รับสารอาหารน้อยกว่าความต้องการของร่างกายจากการรับประทาน, BMI และการวัดสัดส่วนร่างกาย 2. กระตุ้นให้รับประทานอาหารอ่อน ย่อยง่าย 3. ส่งปรึกษานักโภชนาการเพื่อคำนวณสารอาหารที่เหมาะสมกับสภาพผู้ป่วย 4. ดูแลให้ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำเพียงพอตามแผนการรักษา 5. ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ (Hct, albumin) 6. ดูแลให้รับประทานอาหารอ่อนย่อยง่ายครั้งละ น้อย ๆ บ่อยครั้ง หลีกเลี่ยงอาหารหวาน มัน และมีเครื่องเทศเข้มข้น 7. ดูแลให้ได้รับประทานยาตามแผนการรักษา 8. จัดอาหารให้น่ารับประทาน เพื่อกระตุ้นการอยากอาหาร 9. จัดสภาพแวดล้อมให้สะอาดรับประทานร่วมกันหรือทานพร้อมญาติ 10. ถ้าเบื่ออาหารโรงพยาบาลอาจให้ผู้ป่วย/ญาติ เลือกอาหารเองหรือแนะนำญาตินำอาหารมาเองโดยไม่ขัดกับโรคที่เป็น การประเมินผล กรณีศึกษารายที่ 1 รับประทานอาหารได้เพิ่มขึ้นจากแรกรับ รับประทานข้าวต้มได้ครั้งเดียว ซึ่งยังน้อยกว่าเกณฑ์ที่กำหนด ไม่มีภาวะซีด ผลการตรวจ Hct 40 vol% ขนาดความยาวที่วัดรอบแขน ขาและเอวลดลง กรณีศึกษารายที่ 2 ยังรับประทานอาหารไม่ได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด มีภาวะซีดเล็กน้อย ผลการตรวจ Hct 36.6 vol% (ค่าปกติ 40-50 vol%) ขนาดความยาวที่วัดรอบแขน ขาและเอว ลดลง
7. ไม่สุขสบายจากภาวะท้องผูกทำให้มีลมในลำไส้ ข้อมูลสนับสนุน S : ผู้ป่วยบอกว่า “อึดอัด แน่นท้องไม่ถ่าย 4 วัน”	1. ช่วยพลิกตะแคงตัวทุก 2 ชั่วโมง เพื่อให้ลำไส้ได้เคลื่อนไหว เมื่อพ้นระยะจำกัดกิจกรรมแล้ว กระตุ้นให้เปลี่ยนท่าบ่อย ๆ ไข้หวัดสูง ผีกการถ่ายอุจจาระให้เป็นเวลาเดียวกันทุกวัน หลังการรับประทานอาหารประมาณ 30 นาที ให้อนตะแคงซ้าย

ตารางที่ 2 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล และกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
○ : ผู้ป่วยสีหน้าอิดโรย ไม่สุขสบาย ท้องอืดบวม คลำท้องพบก้อนแข็งบริเวณลำไส้ใหญ่ วัตถุประสงค์การพยาบาล : เพื่อให้ผู้ป่วยขับถ่ายอุจจาระได้ตามปกติ เกณฑ์การประเมินผล 1. ผู้ป่วยบอกว่ารู้สึกสบายขึ้น ขับถ่ายได้ 2. ขับถ่ายอุจจาระทุก 1 หรือ 2 วัน ไม่มีอุจจาระอัดแน่น	2. ดูแลให้ดื่มน้ำมาก ๆ 2,500-3,000 ซีซี/วัน 3. แนะนำการรับประทานอาหารที่มีกากใย ได้แก่ ผักสด ผลไม้ หลีกเลี่ยงอาหารที่ทำให้ท้องผูก เช่น ไข่ เนื้อสัตว์ 4. สอนและสาธิตญาติ ในการนวดหน้าท้องให้ผู้ป่วยเพื่อกระตุ้นการขับถ่ายอุจจาระ นวดไปตามแนวลำไส้ วัน รอบสะดือ ตามเข็มนาฬิกาประมาณ 10 รอบ 5. สาธิตและสอนญาติช่วยล้างก้นให้ผู้ป่วยอุจจาระออกตามวิธีการที่ถูกต้อง 6. ให้ยาช่วยขับถ่าย Lactulose 30 ml ๑ ก่อนนอน 7. ติดตามการขับถ่ายทุกวัน การประเมินผล <u>กรณีศึกษาครั้งที่ 1</u> อาการท้องอืด แน่นท้องดีขึ้น ถ่ายอุจจาระ 2-3 วัน/ครั้ง บอกว่าต้องล้างถ่ายด้วยทุกครั้งถึงจะถ่ายอุจจาระออกได้ <u>กรณีศึกษาครั้งที่ 2</u> ผู้ป่วยยังมีอาการท้องอืดบ้างช่วงเย็น ถ่ายอุจจาระ 3-4 วัน/ครั้ง ทุกครั้งที่ถ่ายอุจจาระญาติต้องช่วยล้างอุจจาระออกให้ทุกครั้งจึงออกหมด
8. ผู้ป่วยไม่สุขสบายจากอาการปวด ข้อมูลสนับสนุน S : “ปวดตื้อตื้อตามไหล่และแขนมาก” ○ : ประเมินระดับความปวด 8-10 คะแนน : ผู้ป่วยนอนนิ่งไม่เคลื่อนไหวร่างกาย : ผลเอกซเรย์พบมีกระดูกสันหลังคดงอ และมีการกดทับของกระดูกสันหลังคดงอ วัตถุประสงค์ 1. ผู้ป่วยลดปวดลง ระดับคะแนน น้อยกว่า 3-5 คะแนน 2. ผู้ป่วยนอนหลับพักผ่อนได้ อย่างน้อย 6 ชั่วโมง เกณฑ์การประเมินผล 1. ผู้ป่วยบอกปวดลดลง pain score ≤ 3 คะแนน 2. ผู้ป่วยขับหรือเคลื่อนไหวร่างกายได้ดีขึ้น ทำกิจวัตรประจำวันได้โดยไม่บ่นปวด	1. ติดตามประเมินความปวดของผู้ป่วยทุก 4 ชั่วโมง เพื่อให้การพยาบาลและให้ยาบรรเทาความปวดตามแผนการรักษา 2. ให้ข้อมูลผู้ป่วยเกี่ยวกับการบาดเจ็บ อันตราย ของโรคกระดูกสันหลังส่วนคอหัก แผนการรักษา และแผนการพยาบาล 3. ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัว ขณะเจ็บป่วย การปฏิบัติตัว เพื่อป้องกันอันตราย ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วย 4. วัดสัญญาณชีพ เพื่อประเมินอาการอย่างต่อเนื่อง 5. ให้การพยาบาลด้วยความนุ่มนวล เพื่อลดการบาดเจ็บหรืออาการปวดของผู้ป่วย 6. ช่วยเหลือในการพลิกตะแคงตัวผู้ป่วย เพื่อเปลี่ยนอิริยาบถ พร้อมกับการจัดทำทางที่สุขสบายให้ผู้ป่วย 7. จัดกิจกรรมอื่นเพื่อเบี่ยงเบนความสนใจผู้ป่วยจากอาการปวด 8. พุดคุยให้กำลังใจผู้ป่วย ให้ผู้ป่วยคลายความกังวลและลดความปวด 9. ให้ยาบรรเทาความปวดตามแผนการรักษาของแพทย์ ชนิด MO 4 มก. IV push เวลาปวด ทุก 4-6 ชม. Dynastat 40 มก. IV push ทุก 12 ชม. หรือ Paracetamol 500 มก. 1 tab Oral เวลาปวด ทุก 4-6 ชม. การประเมินผล <u>กรณีศึกษาครั้งที่ 1</u> pain score 3-5 คะแนน หลังได้รับยาลดปวด MO 4 มก. IV push และเมื่อได้รับยา Dynastat 40 มก. IV push ทุก 12 ชม. ผู้ป่วยทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้ดีไม่บ่นปวด นอนหลับพักผ่อนได้ดีขึ้น <u>กรณีศึกษาครั้งที่ 2</u> pain score 2-4 คะแนน มีอาการมีนชามากกว่าอาการปวด จึงไม่ได้ให้ยาบรรเทาอาการปวด ได้รับยาลดปวด MO 2 มก. IV push 1 ครั้ง หลังการผ่าตัดในวันที่ 17 มิถุนายน 2565 จากนั้นรับประทานยาลดปวด Paracetamol 500 มก. 1 tab Oral เวลาปวด นอนหลับพักผ่อนและทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้ดีไม่บ่นปวด
9. ขาดความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติตัวเมื่อจำหน่ายจากโรงพยาบาล ข้อมูลสนับสนุน	1. ประเมินความรู้ความเข้าใจ เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยและญาติ ในการดูแลตนเองเมื่อกลับบ้าน



ตารางที่ 2 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล และกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
S : ผู้ป่วยบอก “ไม่รู้ว่าจะต้องทำอะไร ถึงจะหาย” : ญาติบอกว่า “ไม่กล้าพลิกตัวผู้ป่วย กลัวทำผิดคะ คุณพยาบาล” O : ผู้ป่วยและญาติไม่เคยเจ็บป่วยด้วยโรคกระดูกต้นคอหัก : ผู้ป่วยและญาติไม่มีความมั่นใจในการปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลตนเอง/ผู้ป่วย วัตถุประสงค์ : เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติมีความรู้และทักษะในการดูแลตนเอง/ผู้ป่วย	2. จัดสอนให้ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยกระดูกสันหลังส่วนคอหัก การป้องกันภาวะแทรกซ้อน การฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย 3. ฝึกทักษะผู้ป่วยและผู้ดูแล/ญาติในการช่วยเหลือผู้ป่วยเกี่ยวกับการเคลื่อนไหวร่างกาย การพลิกตัว การป้องกันภาวะแทรกซ้อน การดูแลทำความสะอาดสายสวนปัสสาวะ การอาบน้ำ ล้างหน้าแปลงฟัน และการรับประทานอาหาร เป็นต้น 4. สอน สาธิตการใส่ Soft collar อธิบายท่าทางในชีวิตประจำวัน ไม่ก้ม หรือแหงนหน้าการหันไปทั้งตัวแทนการเอี้ยวคอ และการระมัดระวังและป้องกันการเกิดอุบัติเหตุพลัดตกหกล้ม 5. แนะนำการดูแลบาดแผล และการตัดไหม การมาตรวจตามนัดทุกครั้ง 6. แนะนำอาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์ทันทีหรือมาก่อนนัด การประเมินผล กรณีศึกษา และญาติทั้ง 2 ราย เข้าใจ และสามารถปฏิบัติตามคำแนะนำได้อย่างถูกต้อง มีการซักถามเมื่อสงสัย และไม่มั่นใจว่าปฏิบัติได้ถูกต้องหรือไม่พยาบาลให้เบอร์โทรศัพท์ทางหน่วยงานติดต่อเพื่อสอบถามเมื่อสงสัยการปฏิบัติที่ไม่มั่นใจหรือพบปัญหาขณะกลับไปพักที่บ้าน

อภิปรายผล

กรณีศึกษารายที่ 1 เป็นเพศชายวัยผู้ใหญ่ อาการสำคัญที่เข้ารับการรักษาคือ อุบัติเหตุขั้วกระดูกกระเบนเหน็บชนกับรถเก๋ง สลบ ปวดต้นคอรัวตามหัวไหล่ มึนชา แขน ขา อ่อนแรงทั้ง 2 ข้าง ควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะ อูจจะไม่ได้ มีการเปลี่ยนแปลงของระบบประสาทร่วมด้วย มีประวัติดื่มสุราก่อนเกิดอุบัติเหตุ มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงมาก เสี่ยงต่อการเกิด Diabetic ketoacidosis ต้องเฝ้าระวังและแก้ไข ปัญหาไม่ให้เข้าสู่ขั้นวิกฤต กรณีศึกษามีภาวะน้ำตาลในเลือดสูงมาก (467 mg%) ขาดการรับยาอย่างต่อเนื่องควบคุมน้ำตาลในเลือดได้ไม่ดี การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในการดูแลตนเองในทางที่ดีขึ้นจึงเป็นเรื่องสำคัญสำหรับกรณีศึกษารายที่ 1 การส่งเสริมให้มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy) ของตนเอง จัดการกับปัญหาสุขภาพของตนเองรวมถึงการรับประทุษร้ายอย่างต่อเนืองติดตามอาการหรือผลการรักษาอย่างสม่ำเสมอ เป็นสิ่งสำคัญที่ต้องได้รับการกระตุ้นเตือนและให้ปฏิบัติอย่างจริงจัง มีอาการปวดต้นคอบวม เนื่องจากการฉีกขาดของเนื้อเยื่อและการแตกหักของกระดูกสันหลังส่วน

คอ จากการศึกษพบว่า เมื่อผู้ป่วยได้รับการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อ เช่น การฉีกขาดของเอ็น กระดูกหัก การหดเกร็งของกล้ามเนื้อ รวมทั้งการมีความเครียด และวิตกกังวลเกี่ยวกับการได้รับบาดเจ็บ จะทำให้มีอาการปวดที่รุนแรงยิ่งขึ้น มีอาการปวดแบบ Neuropathic pain เป็นอาการปวดที่เกิดจากการบาดเจ็บของเส้นประสาทไขสันหลัง ซึ่งในกรณีศึกษาจะมีอาการปวดต้นคอรัวตามแขน ใน 2-3 วันแรกจะปวดมาก จึงมีการจัดการความปวดทั้งในรูปแบบใช้ยา และการบรรเทาความปวดแบบไม่ใช้ยา เช่น การจัดท่านอนให้กระดูกส่วนคออยู่นิ่ง เพื่อไม่ให้กระดูกกดทับเส้นประสาท และเมื่อเคลื่อนไหวต้องใช้ spinal board หรือเปลตัก รวมทั้งพูดคุยให้กำลังใจ อธิบายการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง เบี่ยงเบนความสนใจจากความปวด การหายใจเข้า-ออกลึก ๆ เพื่อผ่อนคลาย (วรรณิ สัตยวิวัฒน์ 2553: 271) และให้ยาบรรเทาความปวดตามแผนการรักษา ทำให้อาการปวดทุเลาลงผู้ป่วยเริ่มพักผ่อนได้ ส่วนด้านการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดกับผู้ป่วยบาดเจ็บเป็นเรื่องสำคัญ โดยเฉพาะการนอนบนเตียงนาน ไม่สามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้เองเนื่องจากมีภาวะอัมพาตของแขน ขา ยิ่งเป็นปัจจัย

ส่งเสริมให้มีความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับสูงมาก และยังมีการสูญเสียการรับรู้ความรู้สึก สูญเสียการควบคุมการขับถ่ายอุจจาระ ปัสสาวะ หากไม่ได้รับการดูแลและป้องกันอย่างเพียงพอ มีโอกาสเกิดแผลกดทับได้สูงมากเช่นกัน ดังนั้นพยาบาลต้องมีความรู้ สังเกตเผื่อระวังและปฏิบัติเพื่อป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยเกิดแผลกดทับได้ การเกิดภาวะปอดอักเสบ เป็นอีกหนึ่งปัญหาที่เป็นภาวะแทรกซ้อนสำคัญที่พบได้เสมอ พบว่าการนอนราบนาน ๆ ส่งผลให้ปอดมีการพองขยายน้อย ทำให้มีเสมหะคั่งค้างในปอดมากขึ้น กรณีศึกษาจึงมีโอกาสนสูงที่จะเกิดภาวะปอดอักเสบ แต่ถ้าได้รับการกระตุ้นการหายใจเข้า ออกลึกๆ หรือการดูด incentive spirometer (Triflow) การฝึกให้อออย่างมีประสิทธิภาพพอเพียงพอ ความเสี่ยงที่จะเกิดปอดอักเสบลดลง กรณีศึกษากระดูกสันหลังส่วนคอหักที่มีการกดทับประสาทไขสันหลัง มีความจำเป็นที่ต้องใส่สายสวนปัสสาวะคาไว้ เพื่อประเมินภาวะช็อก เพื่อระบายน้ำปัสสาวะในรายที่ปัสสาวะเองไม่ได้ ทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ พยาบาลควรมีความรู้ในการดูแลผู้ป่วยที่ใส่สายสวนปัสสาวะ และการป้องกันการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ การให้ความรู้ และฝึกทักษะญาติในการดูแลเพื่อป้องกันการติดเชื้อจึงเป็นอีกความสำคัญที่ต้องเน้นย้ำ จากการตรวจร่างกายกรณีศึกษารายที่ 1 พบว่า มี bulbocavernosus reflex แต่อ่อนแรง กำลังกล้ามเนื้อและรับรู้สีกบางส่วนที่ต่ำกว่ากระดูกสันหลังส่วนคอหักที่ C3/C4 หายไป ย่อมแสดงให้เห็นถึงพยากรณ์โรคไม่ดี ซึ่งไขสันหลังส่วนที่ต่ำกว่าส่วนของกระดูกหัก มีโอกาสฟื้นตัวได้มากหรือน้อย ขึ้นอยู่กับการถูกทำลายของเส้นประสาทไขสันหลังว่ามากน้อยเพียงใด สังเกตจากมีอาการการฟื้นตัวให้เห็นบ้าง ได้แก่ความรู้สึกและกำลังกล้ามเนื้อภายใน 24 ชั่วโมง แสดงว่าเนื้อไขสันหลังไม่ถูกตัดขาด หรือไม่เสียหายทั้งหมดที่ระดับนั้น แสดงว่ากรณีศึกษารายที่ 1 มีการบาดเจ็บไขสันหลังแบบ incomplete cord injury¹⁰

การรักษาด้วยการผ่าตัดจึงเป็นแนวทางการรักษาแรกที่จะช่วยป้องกันการกดทับไขสันหลัง ไม่ให้มีการเสียหายของระบบประสาทมากยิ่งขึ้น มีการส่งตรวจให้

ละเอียดมากขึ้นโดยส่งตรวจ MRI พบ Fracture C3-C4 with Spinal cord contusion C2-C7, intramedullary hematoma C3/C4.ทำการผ่าตัด Anterior cervical discectomy and fusion (ACDF) เพื่อเอาส่วนที่กดทับออก และป้องกันการกดทับเส้นประสาทไขสันหลังไม่ให้เกิดการเสียหายของระบบประสาทมากยิ่งขึ้น รวมทั้งเพื่อให้กระดูกต้นคอมีความมั่นคงสามารถทำกายภาพบำบัดได้เร็วขึ้น⁹⁻¹¹

กรณีศึกษารายที่ 2 เป็นเพศชายวัยผู้ใหญ่ อาการสำคัญที่เข้ารับการรักษาในวันที่ 11 มิถุนายน 2564 มาด้วยข้อรถจักรยานยนต์พุ่งข้างพลิกคว่ำลงข้างถนน สลบ ปวดต้นคอร่วมหัวไหล่ มึนชา แขนขา อ่อนแรงทั้ง 2 ข้าง ควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะ อุจจาระไม่ได้ มีการเปลี่ยนแปลงของระบบประสาทร่วมด้วย ตรวจร่างกายแรกรับที่โรงพยาบาลชุมชน พบว่ามีภาวะ Neurogenic shock วัดสัญญาณชีพ อุณหภูมิร่างกาย 36.3°C อัตราการเต้นของหัวใจ 60 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 22 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 86/54 mmHg ให้ NSS 1,000 ml iv 100 ml/hr. ให้ ยา levophed (4:250) iv rate 5 ml/hr. ผู้บาดเจ็บได้รับการแก้ปัญหา Neurogenic shock โดยมีการปรับยา inotropic drug และขนาดยาที่ให้ ตั้งแต่แรกรับจนถึงวันที่ 22 มิถุนายน 2565 จึงสามารถหยุดการให้ยา inotropic drug ได้ นอกจากนี้มีภาวะ spinal shock (Bulbocavernosus reflex = 0) มีการสูญเสียการทำงานชั่วคราวของไขสันหลัง ได้แก่ Sensory motor และ Reflexes ที่อยู่ระดับต่ำกว่าไขสันหลังระดับที่ได้รับบาดเจ็บ ส่งผลให้กรณีศึกษารายที่ 2 ไม่สามารถเคลื่อนไหวได้ ไม่มีความรู้สึกและไม่มีรีเฟล็กซ์ในระดับที่ต่ำกว่าจากตำแหน่งของไขสันหลังที่ได้รับบาดเจ็บคือ C3/4, C4/5 โดยทั่วไปรีเฟล็กซ์จะกลับมาภายใน 24-72 ชั่วโมง แพทย์พิจารณาให้ยาสเตียรอยด์ คือ Methylprednisolone 1,440 mg in NSS 100 ml iv drip in 15 min. then Methylprednisolone 5,960 mg in NSS 1,000 ml iv drip in 23 hr. อาการที่บ่ง

บอกว่าภาวะ spinal shock ลึกลง คือการกลับคืนของปฏิกิริยาตอบสนองโต้ตอบต่อตัวกระตุ้นแบบอัตโนมัติ ตรวจโดยสอดนิ้วเข้าไปในรูทวารหนักของผู้บาดเจ็บแล้วให้ผู้ช่วยทำการกระตุกสายสวนปัสสาวะ แล้วผู้ตรวจมีความรู้สึกว่ารำลึกเนื้อหุรัดทวารหนักภายนอกมีการบีบตัว (bulbocavernosus reflex) และการตรวจพบการขมิบก้นเมื่อมีการสัมผัสผิวหนังรอบรูทวาร (anal wink reflex) กรณีศึกษาตรวจพบมี bulbocavernosus reflex motor power grade. II ทั้งแขน และขาทั้ง 2 ข้างในวันที่ 13 มิถุนายน 2565 ประสาทไขสันหลังเริ่มกลับมาทำงานได้ดีขึ้น

จากอาการและอาการแสดงดังกล่าวจะเห็นได้ว่าเป็นการบาดเจ็บที่รุนแรง เกิดการบาดเจ็บเสียหายของประสาทไขสันหลังอย่างฉับพลันและรุนแรง ร่วมกับการบาดเจ็บของข้อกระดูกสันหลังส่วนคอ C4, C5 ทำให้มีอาการปวดแบบ Neuropathic pain เป็นอาการปวดที่เกิดจากการบาดเจ็บของเส้นประสาทไขสันหลัง แพทย์ให้ยา Gabapentin (300) 1 tablet oral ก่อนนอน เพื่อลดอาการปวดประสาทส่วนปลาย (peripheral neuropathic pain)

การรักษาด้วยการผ่าตัดจึงเป็นแนวทางรักษาแรกที่จะช่วยป้องกันการกดทับไขสันหลัง ไม่ให้มีการเสียหายของระบบประสาทมากยิ่งขึ้น มีการส่งตรวจให้ละเอียดมากขึ้นโดยส่งตรวจ MRI พบ Fracture at C4, C5 spine with Spinal cord injury C3/4, C4/5 ทำการผ่าตัด Anterior cervical discectomy and fusion (ACDF) เพื่อเอาส่วนที่กดทับออก และป้องกันการกดทับเส้นประสาทไขสันหลังไม่ให้เกิดการเสียหายของระบบประสาทมากยิ่งขึ้น รวมทั้งเพื่อให้กระดูกต้นคอมีความมั่นคงสามารถทำกายภาพบำบัดได้เร็วขึ้น

ข้อเสนอแนะ

ควรมีการประเมินผลการปฏิบัติ ติดตามปัญหาอุปสรรค ร่วมปรึกษากับทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้องในการจัดการแก้ไขปัญหาย่อยๆอย่างต่อเนื่อง มีการค้นคว้าทางวิชาการ หรือหลักฐานเชิงประจักษ์ในการจัดทำแนวทาง การพยาบาลผู้ป่วยภาวะฉุกเฉินและวิกฤติกระดูกสันหลังส่วนคอหักที่มีการบาดเจ็บไขสันหลัง โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ยกระดับมาตรฐาน เพื่อใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติของพยาบาลและ สหสาขาวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพ

เอกสารอ้างอิง

1. กิ่งแก้ว ปาจริย์. ภาวะระบบประสาทอัตโนมัติผิดปกติ. ใน: กิ่งแก้ว ปาจริย์ บรรณาธิการ. ไขสันหลังบาดเจ็บ. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วนจำกัด เอ็น พี เพรส; 2558. หน้า 266 – 285.
2. ก่อภู เชียงทอง, ปรีชา ชลิตาพงศ์. การตรวจร่างกายทางออร์โธปิดิกส์: (Physicalexamination in Orthopaedics). พิมพ์ครั้งที่ 2. เชียงใหม่: คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2549.
3. วรณิ สัตยวิวัฒน์. (2551). การพยาบาลผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์. กรุงเทพฯ: เอ็มพีเพรส. สำนักการพยาบาล กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข (2551) มาตรฐานการพยาบาลในโรงพยาบาล : การปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ปรับปรุงครั้งที่ 2 พิมพ์ครั้งที่ 2 โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ ทหารผ่านศึก นนทบุรี
4. วรณิ สัตยวิวัฒน์. การพยาบาลผู้ป่วยไขสันหลังบาดเจ็บ. พิมพ์ครั้งที่ 7. กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วนจำกัด เอ็นพีเพรส; 2553.
6. ยงยุทธ ศิริปการ. ความรู้พื้นฐานทางคลินิก การรักษาผู้ป่วยทางออร์โธปิดิกส์ (Basic knowledge of clinical practice in Orthopedic). กรุงเทพฯ: บริษัทไกรกรุป เพรส จำกัด; 2553.
7. ธวัช ประสาทฤทธา พรทิพย์ ทยานันท์ และสุโขทัย ศรีเพียรธม. (2555). การพยาบาลออร์โธปิดิกส์. กรุงเทพฯ: สหมิตรพรินท์ติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง.

8. ชำรง เลิศอุดมผลวณิ. การบาดเจ็บทางกระดูกสันหลัง (Principle of spine trauma). ใน: พงศธร ฉันทพลากร, ชนิกา อังสุนนท์สุข, นรเทพกุลโชติ, ปพนสง่าสูงส่ง, เทพรัตน์ กาญจนเทพศักดิ์, บรรณาธิการ. Textbook of Orthopaedics Trauma: ตำราการบาดเจ็บทางออร์โธปิดิกส์. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: บริษัททริสต์ อีส จำกัด; 2562. หน้า 149 - 167.
5. ข้อมูลเวชระเบียนแผนกเวชระเบียนและสถิติโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ 2566. โรงพยาบาลกาฬสินธุ์; 2566.
10. สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสันหลังสำหรับพยาบาลทั่วไป (Clinical Nursing Practice Guideline for Surgical Spine) ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 1 พ.ศ.2556. กรุงเทพฯ: บริษัท ธนาเพรส จำกัด; 2556.
9. Gordon M. (1992). Nursing Diagnosis : Process and Application. New York : McGraw-Hill. Book Co.
11. Michel et al. (2021). Spinal Cord Injury: A Review of Current Management Considerations and Emerging Treatments: HHS Public Access. Retrieved Sep 24,2023, from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9417>.