

Case study

การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสันหลังกดทับเส้นประสาท โรงพยาบาลนครพนม : กรณีศึกษา

ทัศนีย์ เจริญรัตน์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

หอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูก โรงพยาบาลนครพนม อำเภอเมือง จังหวัดนครพนม 48000

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสันหลังกดทับเส้นประสาท 2 ราย มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยและป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดกระดูกสันหลังกดทับเส้นประสาทโดยการใช้กระบวนการพยาบาลที่ครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและครอบครัว ประกอบด้วย การประเมินปัญหา การวินิจฉัยการพยาบาล การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผลการพยาบาล ที่สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย กรณีศึกษารายที่1 ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าโพรงกระดูกสันหลังตีบแคบบริเวณกระดูกเอวข้อที่4ถึง5 กรณีศึกษารายที่2 โพรงกระดูกสันหลังตีบแคบบริเวณกระดูกเอวข้อที่4ถึง5 กระดูกเอวข้อที่5ถึงกระดูกเบนเหน็บที่1 และมีโรคประจำตัวคือความดันโลหิตสูง

ผลการศึกษาผู้ป่วย กรณีศึกษา 2 ราย พบว่า เมื่อนำแนวคิดการพยาบาลและกระบวนการพยาบาลมาประยุกต์ใช้ในการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสันหลังกดทับเส้นประสาทแล้ว ปฏิบัติการพยาบาลตามแผนการพยาบาลที่กำหนดไว้อย่างครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและครอบครัว ตลอดจนการนำทักษะ ประสบการณ์และความชำนาญในการดูแล ผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสันหลังกดทับเส้นประสาท มาใช้ในการดูแลผู้ป่วยทั้ง 2 รายได้อย่างเหมาะสม ส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถรอดชีวิตและไม่เกิดความพิการ ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถปรับตัวต่อสภาวะการเจ็บป่วยที่เผชิญอยู่ได้อย่างมีประสิทธิภาพโดยประเมินได้จาก ผู้ป่วยหายจากอาการปวดเอว,ปวดหลังและชาขา ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจในโรคและวิธีการรักษาที่ถูกต้องเหมาะสม และผู้ป่วยสามารถกลับไปใช้ชีวิตกับครอบครัวได้โดยเร็วและเป็นปกติทั้ง 2 ราย

คำสำคัญ : การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสันหลังกดทับเส้นประสาท

Nursing care of Patient with Laminectomy at Nakhonphanom Hospital : Case study

Tatsanee Charoenrat. Registered Nurse, Professional level

Nakhonphanom Hospital Orthopedics Patient Ward , Nakhon Phanom Province, Thailand 48000

Abstract

The study is about 2 laminectomy patients aiming at nursing care and preventing complications after the surgery. In this study I apply the bio-psycho-social nursing process including problem evaluation nursing diagnosis and plans nursing management and evaluation relating to the patient,s problems and needs. The first case was diagnosed as lumbar spinal stenosis at L4-L5 level. And the other case was diagnosed as lumbosacral stenosis L4-L5 and L5-S1 levels with hypertension.

The result is when the nursing process and experienced laminectomy nursing care were applied to the laminectomy cases the survival rate was increased without disability. The patients and their families can adapt their lives to the illness effectively evaluated by the patient,s pain and numbness were decreased the patients seemed to understand the disease and management and eventually they were rapidly discharged and lived their normal lives with their families.

Key word : Nursing care of patient with laminectomy

บทนำ

อาการปวดหลังเป็นปัญหาที่พบบ่อยมากประมาณร้อยละ 70 ของผู้ใหญ่จะมีประวัติปวดหลังบริเวณเอวเป็นบางครั้ง แต่ประมาณร้อยละ 14 ที่มีอาการนานเกินกว่า 2 สัปดาห์และประมาณร้อยละ 16 มีอาการปวดหลังนานมากกว่า 3 สัปดาห์ อาการปวดหลังมีทั้งชนิดเฉียบพลัน (acute) จะมีอาการไม่เกิน 3 เดือนและชนิดเรื้อรัง(chronic) จะมีอาการนานกว่า 3 เดือน รวมถึงอาการปวดที่เป็นๆ หายๆ¹ จากการสำรวจปัญหาปวดหลังบริเวณเอวของผู้ที่อยู่ในวัยทำงาน พบอาการถึงร้อยละ 50 ในจำนวนนี้ร้อยละ 15 ถึง 20 ต้องรับการรักษาและยังเป็นสาเหตุสำคัญที่สุดที่ทำให้คนอายุน้อยกว่า 45 ปีด้วยสมรรถภาพ²

ในกลุ่มอาการปวดหลังบริเวณเอวชนิดเฉียบพลัน ส่วนใหญ่ร้อยละ 90 หายได้เองโดยไม่ต้องรักษาภายใน 1 เดือน แต่ประมาณร้อยละ 10 ถึง 15 จะมีอาการเป็นชนิดเรื้อรัง ในกลุ่มอาการปวดหลังบริเวณเอวชนิดเรื้อรังร้อยละ 15 เท่านั้นที่พบสาเหตุ ซึ่งสาเหตุที่สำคัญได้แก่ หมอนรองกระดูกสันหลังปลิ้น, กระดูกสันหลังระดับเอวเคลื่อน, ช่องกระดูกสันหลังระดับเอวตีบ เป็นต้น³ ซึ่งสาเหตุดังกล่าวผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาไม่ว่าจะรักษาด้วยวิธีการใช้ยาวิธีทางกายภาพบำบัด และวิธีการผ่าตัด ขึ้นอยู่กับอาการและความรุนแรงของโรค⁴ ดังนั้นประมาณร้อยละ 15 ของกลุ่มที่มีสาเหตุจากข้อกระดูกสันหลังเสื่อม ที่จะถูกรักษาโดยวิธีการผ่าตัดจะต้องได้รับการรักษาจากแพทย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้วยอภัยศาสตร์มีเมตตากรูณา โดยใช้ระยะเวลาสั้นที่สุด, หายเร็วที่สุด, สิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายน้อยที่สุดในขณะที่แพทย์พยาบาลและสหสาขาวิชาชีพ ต้องพิจารณาวินิจฉัยอาการอย่างถี่ถ้วนตามหลักวิชาความรู้และประสบการณ์ก่อนจะตัดสินใจใช้วิธีการรักษาที่เหมาะสมและปลอดภัยสูงสุดกับผู้ป่วย

จากสถิติผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอวกดทับเส้นประสาท เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูก โรงพยาบาลนครพนม ปี 2558, 2559 และ 2560 มีจำนวน 18 ราย, 21 ราย และ 25 ราย พบว่าบางรายมี

ภาวะแทรกซ้อน เช่น เกิดภาวะติดเชื้อจำนวน 2 ราย, 1 ราย, 1 ราย ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลจำนวน 16 ราย, 20 ราย, 22 ราย จำนวนวันนอนรักษาในโรงพยาบาล 13 วัน จำนวน 5 ราย, 3 ราย, 2 ราย ค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้นจำนวน 5 ราย, 3 ราย, 2 ราย⁵ ตามลำดับ

จากสถานการณ์ดังกล่าว ผู้ศึกษาจึงมีความสนใจศึกษาแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสันหลังทับเส้นประสาท ซึ่งบทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสันหลังทับเส้นประสาทนั้นพยาบาลต้องมีความรู้เกี่ยวกับพยาธิวิทยา ทักษะการดูแลพยาบาลผู้ป่วย และการปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้กระบวนการพยาบาลครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณ⁶ ทั้งนี้โดยมุ่งหวังว่าผู้ป่วยเกิดความปลอดภัย ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ลดจำนวนวันนอนในโรงพยาบาล และผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้เมื่อกลับไปอยู่บ้าน

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอวกดทับเส้นประสาท ในโรงพยาบาลนครพนม

ระยะเวลาดำเนินการ : วันที่ 1 มีนาคม พ.ศ. 2561
– วันที่ 31 สิงหาคม 2561

กรณีศึกษารายที่ 1

ผู้ป่วยหญิงไทยอายุ 48 ปี อาชีพก่อสร้าง เข้ารับการรักษาวันที่ 12 มีนาคม 2561 ผู้ป่วยให้ประวัติว่า 3 ปีก่อนมาโรงพยาบาล ผู้ป่วยปวดหลังและเอวเป็นๆ หายๆ เป็นเรื้อรัง และเมื่อมีอาการกำเริบจะมีความเจ็บปวดมาก (คะแนนความเจ็บปวด 9 คะแนน) หลังแข็ง 1 เดือนก่อนมาโรงพยาบาล ผู้ป่วยได้ไปรักษาที่โรงพยาบาลใกล้บ้าน อาการไม่ดีขึ้นจึงถูกส่งตัวมารักษาต่อที่โรงพยาบาลจังหวัด 1 วัน ก่อนมาโรงพยาบาล ผู้ป่วยมารับบริการตรวจตามนัดพบว่า รักษาด้วยการรับประทานยาบรรเทาปวด เช่น Diclofenac, Paracetamol และการทำกายภาพบำบัด

โดยการดึงสะโพก (pelvic traction) การประคบอุ่น (hot packing) แต่อาการไม่ดีขึ้น จึงต้องรับการรักษาด้วยวิธีการผ่าตัด ผู้ป่วยไม่มีโรคประจำตัว ไม่เคยผ่าตัด ไม่มีประวัติอุบัติเหตุ

ผลการตรวจเอกซเรย์กระดูกสันหลังระดับเอว พบว่ามีโพรงกระดูกสันหลังตีบแคบบริเวณกระดูกเอวข้อที่ 4 ถึง 5 (Lumbar spinal stenosis L4-5)

ผลการตรวจ MRI ของกระดูกสันหลังตามแนวขวางพบว่า ข้อ facet มีการเกยกันและมีการเคลื่อนของกระดูกเอวข้อที่ 4 ถึง 5 (Lumbar spinal stenosis L4-5)

การวินิจฉัยขั้นแรก (Provisional Diagnosis) Lumbar spinal stenosis L4-5

รับการรักษาโดยการผ่าตัด Decompressive Laminectomy L4-5 with Pedicular screw L3-4,L5-S1

กรณีศึกษาครั้งที่ 2

ผู้ป่วยชายไทยอายุ 65 ปี ผู้สูงอายุ อยู่บ้านกับลูกหลาน เข้ารับการรักษาวันที่ 27 มีนาคม 2561 ผู้ป่วยให้ประวัติว่า 1 ปีก่อนมาโรงพยาบาล ผู้ป่วยปวดเอวและขาข้างทั้งสองข้าง ก้มเงยไม่ได้ปกติ 1 เดือนก่อนมาโรงพยาบาล ผู้ป่วยได้ไปรับการรักษาที่คลินิกแพทย์เฉพาะทางอาการไม่ดีขึ้น จึงถูกส่งตัวมารักษาต่อที่โรงพยาบาลจังหวัด 1 วันก่อนมาโรงพยาบาล ผู้ป่วยมารับบริการตรวจตามนัดพบว่าการรักษาด้วยการรับประทานยาบรรเทาปวด เช่น Diclofenac, Paracetamol ทำกายภาพบำบัดโดยการดึงสะโพก (pelvic traction) การประคบอุ่น (hot packing) ใส่อุปกรณ์ช่วยพยุงกระดูก แต่อาการไม่ดีขึ้น จึงต้องรับการรักษาด้วยวิธีการผ่าตัด มีโรคประจำตัว คือ ความดันโลหิตสูงรับประทานยาลดความดันโลหิต (Amlodipine 5 มิลลิกรัม 1 เม็ดหลังอาหารเช้า) รับประทานที่โรงพยาบาล 1 ปี สูบบุหรี่วันละ 10 ถึง 15 มวนต่อวัน สูบบุหรี่มานาน 30 ปี

ผลการตรวจเอกซเรย์กระดูกสันหลังระดับเอว พบว่ามีโพรงกระดูกสันหลังตีบแคบบริเวณกระดูกเอวข้อที่

4 ถึง 5 กระดูกเอวข้อที่ 5 ถึงกระเบนเหน็บที่ 1 (Lumbar spinal stenosis L4-5, L5-S1)

ผลการตรวจ MRI ของกระดูกสันหลังตามแนวขวางเห็นลักษณะของการกดทับเส้นประสาทเนื่องจากช่องกระดูกสันหลังตีบแคบ อย่างรุนแรงที่กระดูกเอวข้อที่ 4 ถึง 5 กระดูกเอวข้อที่ 5 ถึงกระเบนเหน็บที่ 1 (Lumbar spinal stenosis L4-5, L5-S1)

การวินิจฉัยขั้นแรก (Provisional Diagnosis) Lumbar spinal stenosis L4-5, L5-S1

รับการรักษาโดยการผ่าตัด Decompressive Laminectomy L4-5 , L5-S1

ตารางที่1 ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
ก่อนผ่าตัด		
1. ไม่สุขสบายเนื่องจากปวดหลังและแอว บริเวณที่เกิดพยาธิสภาพ	มี	มี
2. ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัด	มี	มี
3. เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย	มี	มี
4. เสี่ยงต่อการเกิดภาวะถุงลมปอดแฟบ	ไม่มี	มี
หลังผ่าตัด		
1. เสี่ยงต่อภาวะช็อกจากปริมาตรเลือดน้อย (Hypovolumic shock) เนื่องจากเสียเลือด	มี	ไม่มี
2. เสี่ยงต่อการเกิดภาวะระบายลมหายใจพร่อง (Hypoventilation) และ การพร่องออกซิเจน(Hypoxia)	มี	มี
3. ไม่สุขสบายเนื่องจากปวดแผล		
4. มีภาวะติดเชื้อหลังผ่าตัด	มี	มี
5. มีภาวะถุงลมปอดแฟบ เนื่องจากมีสิ่งอุดกั้นทางเดินหายใจ	มี ไม่มี	ไม่มี มี

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลก่อนผ่าตัด

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล 1. ไม่สุขสบายเนื่องจากปวดหลังและแอว บริเวณที่เกิดพยาธิสภาพ

กิจกรรมพยาบาล

- สังเกตอาการปวดหลังและแอว เมื่อมีการทำงานที่จะต้องมีการงอ แอ่นแอว ไปข้างหลัง เช่นการยกของจากพื้น เวลาที่มีการกำเร็บของอาการจะมีความเจ็บปวดมากและหลังแข็ง,แอวคด ถ้ามีอาการผิดปกติดังกล่าวรายงานแพทย์ เพื่อให้ยาแก้ปวด บรรเทาอาการปวด
- แนะนำปรับลักษณะในการทำงานและชีวิตประจำวัน ที่มีผลกระทบที่จะทำให้เกิดอาการปวดหลังและแอวเพื่อเสี่ยงที่จะทำให้มีอาการปวดมากขึ้น เช่น การยกของหนัก

ควรมีการย่อเข่า ไม่ก้มๆ เงยๆ และไม่แอ่นหลัง

3. แนะนำให้ใช้เทคนิคการผ่อนคลาย เช่น หายใจเข้าออกช้าๆลึกๆ เวลาปวด เบี่ยงเบนความเจ็บปวดโดยวิธีการต่างๆ เช่นการสวดมนต์ ทำสมาธิ อ่านหนังสือ ดูภาพยนตร์ ฟังเพลง

4. ดูแลให้ยาลดอาการปวด Paracetamol 1 เม็ดรับประทาน สังเกตอาการข้างเคียงหลังให้ยา เช่น หูอื้อ, หูหนวก คลื่นไส้ อาเจียนรายงานแพทย์ทันทีและทำกายภาพบำบัดโดยทำการดึงสะโพก(pelvic traction) การประคบอุ่น (hot packing)วันละ1 ครั้ง จนถึงวันก่อนผ่าตัด

ประเมินผลการพยาบาล

กรณีศึกษาครั้งที่ 1 และ 2 ระดับความปวด (pain score) 5 คะแนน หลังให้การพยาบาลและแผนการรักษาของแพทย์ อาการปวดลดลง 2 คะแนน ผู้ป่วยสุขสบายขึ้น และไม่มีอาการข้างเคียงของยา

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล 2. ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัด

กิจกรรมพยาบาล

1. ประเมินการรับรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับการรักษาด้วยการผ่าตัด รวมถึงความเข้าใจและความเชื่อที่ผิดๆ เกี่ยวกับการรักษา ผู้ป่วยเชื่อว่าผ่าตัดแล้วจะไม่หายปวด มีความพิการเดินไม่ได้ การคาดการณ์ถึงสภาพของตนเองหลังผ่าตัด ประสบการณ์การเข้ารับการรักษาด้วยการผ่าตัดที่ผ่านมา และแหล่งสนับสนุนทางสังคม

2. ให้ข้อมูลเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมและกิจวัตรในห้องผู้ป่วย

3. ประเมินอาการและอาการแสดงที่แสดงถึงความวิตกกังวล เช่น นอนไม่หลับ สีหน้าตึงเครียด หงุดหงิด

4. ให้ความรู้ในการพูดคุยและระบายความวิตกกังวล โดยพยาบาลแสดงออกถึงความเข้าใจในความรู้สึกของผู้ป่วย ใช้การสัมผัสเมื่อถ่ายทอดความห่วงใยและเอาใจใส่

5. อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงโรค เหตุผลที่ต้องทำการผ่าตัด ข้อดีที่ได้จากการผ่าตัด ข้อสงสัย ถ้าไม่ทำผ่าตัดจากนั้นเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามข้อสงสัยต่างๆ และแก้ไขความเข้าใจที่ผิดหรือไม่ตรงกับความเป็นจริง

6. เป็นสื่อกลางระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว และแพทย์ ในการซักถามข้อสงสัยจากแพทย์ศัลยกรรมกระดูกโดยตรง ในขณะที่แพทย์อธิบายผู้ป่วย พยาบาลควรอยู่ด้วยเมื่อมีอะไรที่ยังสงสัยหรือไม่ชัดเจน พยาบาลควรอธิบายเพิ่มเติม

7. ให้ความมั่นใจกับผู้ป่วยว่าตลอดระยะเวลาที่ผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาลจะได้รับการดูแลจากแพทย์และพยาบาลเป็นอย่างดี ทุกฝ่ายพร้อมจะให้ความช่วยเหลือ

8. แนะนำให้ใช้เทคนิค การผ่อนคลายและให้อิสระในการเลือกตามความสนใจ เช่น การฟังเพลง การอ่าน

หนังสือ การทำสมาธิ และการบริหารการหายใจ ดูภาพยนตร์

9. ให้ข้อมูลแก่บุคคลในครอบครัวถึงสิ่งที่ผู้ป่วยวิตกกังวล และขอความร่วมมือเอาใจใส่ให้กำลังใจผู้ป่วย

ประเมินผลการพยาบาล

กรณีศึกษาครั้งที่ 1 และ 2 ผู้ป่วยและญาติยินยอมให้แพทย์ศัลยกรรมกระดูกทำการรักษาด้วยวิธีการผ่าตัด ด้วยความเข้าใจและให้ความร่วมมือในการที่จะรับการรักษาครั้งนี้ที่โรงพยาบาลนครพนม

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล 3. เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย

1. ตรวจสอบการงดอาหารและน้ำ ก่อนการผ่าตัด จากผู้ป่วยและในบันทึกรายงานของพยาบาลประจำหอผู้ป่วย ซักถามประวัติการแพ้ยาและโรคประจำตัวอื่นๆ ว่ามีหรือไม่ ถ้ามีให้แจ้งแพทย์

2. ตรวจสอบของมีค่าและฟันปลอมของผู้ป่วยว่าได้ถอดเก็บเรียบร้อยก่อนไปห้องผ่าตัด

3. ตรวจสอบผลการชันสูตรต่างๆ ทางห้องปฏิบัติการ และผลการตรวจร่างกายจากรายงานประวัติผู้ป่วย

4. ตรวจสอบสัญญาณชีพก่อนไปห้องผ่าตัด ถ้ามีการเปลี่ยนแปลงรายงานแพทย์

การประเมินผลทางการพยาบาล

กรณีศึกษาครั้งที่ 1 และ 2 ไม่มีภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการได้รับยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล 4. เสี่ยงต่อการเกิดภาวะถุงลมปอดแฟบ

กิจกรรมพยาบาล

1. ให้คำแนะนำผู้ป่วยก่อนผ่าตัด อธิบายลักษณะการผ่าตัด, ระยะเวลาของการผ่าตัด, การเตรียมทางด้านร่างกายและจิตใจของผู้ป่วย ร่วมกับพยาบาลวิสัญญีและพยาบาลห้องผ่าตัดเพื่อเตรียมความพร้อมในการผ่าตัด

2. สอนการหายใจหลังทำการผ่าตัด เช่น ให้ฝึกการหายใจเข้าลึกๆ หายใจออกช้าๆ เพื่อการหายใจอย่างมีประสิทธิภาพ ได้รับออกซิเจนอย่างเต็มที่

3. สอนวิธีการใช้เครื่องช่วยขยายปอด(Incentive spirometer)เพื่อฝึกการขยายปอดป้องกันการเกิดภาวะปอดแฟบ

4. วัดสัญญาณชีพ ถ้าอัตราการหายใจน้อยกว่า 16 ครั้งต่อนาที ถ้าความอิ่มตัวออกซิเจนของฮีโมโกลบินในช่วงที่มีเลือดไหลผ่าน (SpO2) น้อยกว่า 95 % รายงานแพทย์ก่อนไปห้องผ่าตัด

5. ติดตามผลเอกซเรย์ปอดตามแผนการรักษาของแพทย์

ประเมินผลการพยาบาล

กรณีศึกษารายที่ 1 และ 2 การหายใจของผู้ป่วยอยู่ในช่วงปกติ 16 ถึง 22 ครั้ง/นาที ผลการตรวจร่างกาย , การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ(EKG), การตรวจเอกซเรย์ปอด (CXR) อยู่ในเกณฑ์ปกติ ความอิ่มตัวออกซิเจนของฮีโมโกลบินในช่วงที่มีเลือดไหลผ่าน (SpO2) มากกว่า 95-100 %
ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลหลังผ่าตัด

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล 1 เสี่ยงต่อภาวะช็อกจากปริมาณเลือดน้อย(Hypovolumic shock) เนื่องจากเสียเลือด

กิจกรรมการพยาบาล

1. สังเกตและบันทึกการเปลี่ยนแปลงของระดับความรู้สึกของผู้ป่วยและภาวะช็อคจากสีผิว เล็บ ริมฝีปาก ถ้าผิดปกติเช่นผู้ป่วยซีมลง ปากตื้นยากหรือปากไม่ตื้น สีผิวซีด เล็บ ริมฝีปากเขียวคล้ำ รายงานแพทย์ทันที

2. วัดและประเมินสัญญาณชีพทุก 15 นาที 4 ครั้ง , ทุก 30 นาที 2 ครั้ง, ทุก 1 ชั่วโมงจนกว่าจะปกติแล้วจึงวัดทุก 4 ชั่วโมง เพื่อประเมินภาวะช็อก ถ้าผิดปกติเช่น หายใจน้อยกว่า 14 ครั้งต่อนาที ค่าความดันโลหิตน้อยกว่า90/60 มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นของหัวใจอยู่ น้อยกว่า 60 ครั้งต่อนาที รายงานแพทย์ทันที

3. ดูแลให้ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำถูกชนิด จำนวนตามแผนการรักษาของแพทย์

4. สังเกตบันทึกจำนวน สี ของปัสสาวะ ถ้าปัสสาวะออกน้อยกว่า 30 ซีซีต่อชั่วโมง รายงานแพทย์

5. ติดตามประเมินผลค่า ความเข้มข้นของเลือดถ้าพบค่าต่ำกว่า 30 เปอร์เซนต์ รายงานแพทย์

6. ดูแลให้ได้รับเลือดตามแผนการรักษาของแพทย์ คือ เลือด1 ยูนิต ให้ทางหลอดเลือดดำ ใน 4 ชั่วโมง จัดการให้ผู้ป่วยได้รับเลือดอย่างปลอดภัยดังนี้

- ตรวจสอบชื่อ สกุล, หมู่เลือดของผู้บริจาค(donor) และผู้รับ(Recipient) หมายเลขประจำตัวผู้ป่วย ชนิดของเลือด

- ดูแลให้เลือดด้วยเทคนิคปราศจากเชื้อ

- ให้เลือดในอัตราที่สม่ำเสมอ

- ห้ามให้เลือดร่วมกับสารน้ำ ทางหลอดเลือดดำชนิดสารละลายเกลือแกงในน้ำที่มีความเข้มข้นสูง(Hypertonic Solution) เพราะจะทำให้เม็ดเลือดแดงบวมและแตกได้

- ระหว่างให้เลือดพยาบาลต้องติดตามสังเกต และประเมินภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับเลือดที่อาจเกิดขึ้นได้เช่น มีผื่นขึ้นตาม ไข้สูง อัตราการเต้นของหัวใจผิดปกติ หายใจลำบาก ปัสสาวะแดงหรือดำ เมื่อพบอาการผิดปกติควรหยุดการให้เลือดและรายงานแพทย์ทันที เพื่อพิจารณาแก้ไขและต้องเก็บเลือดส่งคืนธนาคารเลือดทันที เพื่อหาสาเหตุภาวะแทรกซ้อน

7. บันทึกเวลาที่ผู้ป่วยเริ่มได้รับเลือด ชนิดของเลือด ปริมาณ อาการและอาการแสดงขณะผู้ป่วยได้รับเลือด

8. ตรวจสอบสัญญาณชีพก่อนให้เลือด, หลังให้เลือด 15 นาที ต่อไปเมื่อเลือดหมด หรือตามความเหมาะสมกับสภาพผู้ป่วยเพื่อประเมินอาการอย่างต่อเนื่อง

การประเมินผลการพยาบาล

กรณีศึกษารายที่ 1 วันที่ 13 มีนาคม 2561 ผู้ป่วยความเข้มข้นของเลือด(Hct) 28 เปอร์เซนต์ได้รับ เลือด 1 ยูนิต ตรวจวัดค่า ความเข้มข้นของเลือดหลังได้รับเลือด 2 ชั่วโมง ค่าความเข้มข้นของเลือดผู้ป่วยเพิ่มขึ้นเป็น 34 เปอร์เซนต์ ผู้ป่วยไม่มีอาการหรืออาการแสดงของภาวะแทรกซ้อนจากการให้เลือด ปัสสาวะปกติ สัญญาณชีพปกติ อุนหภูมิร่างกายอยู่ระหว่าง 36.8 ถึง 37.2 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจอยู่ระหว่าง 68 ถึง 90 ครั้งต่อนาที

อัตราการหายใจอยู่ระหว่าง 20 ถึง 22 ครั้งต่อนาที ค่าความดันโลหิต 110/70 ถึง 130/90 มิลลิเมตรปรอท ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะช็อกจากปริมาตรเลือดน้อย (Hypovolumic shock)

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล 2 เสี่ยงต่อการเกิดภาวะระบายลมหายใจพร่อง (Hypoventilation) และการพร่องออกซิเจน(Hypoxia)

กิจกรรมการพยาบาล

1. จัดทำผู้ป่วยให้อนหายใจ ตะแคงหน้าไปด้านหนึ่ง เพื่อให้เสมหะออกมาป้องกันการสำลักอาจทำให้ทางเดินหายใจอุดตันได้

2. ให้ออกซิเจนทางหน้ากากครอบหน้า 3 ถึง 5 ลิตรต่อนาที

3. วัดสัญญาณชีพ ทุก 15 นาที 4 ครั้ง ทุก 30 นาที 4 ครั้ง ทุก 1 ชั่วโมง 4 ครั้ง จนกว่าจะปกติและทุก 4 ชั่วโมง เพื่อดูอาการเปลี่ยนแปลง

4. ฟังเสียงหายใจ ถ้ามีเสมหะ กระตุ้นให้ผู้ป่วยไอ บ้วนออกมาหรือใช้เครื่องดูดเสมหะออกมากกระตุ้นให้ผู้ป่วยหายใจแรงๆ เพื่อป้องกันทางเดินหายใจอุดตัน

5. สังเกตอาการเขียวคล้ำของผิว ปลายนิ้วมือ ปลายเท้า เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนเพียงพอ ความอิ่มตัวออกซิเจนของฮีโมโกลบินในช่วงที่มีเลือดไหลผ่าน(SpO₂) 95-100 เปอร์เซ็นต์

ประเมินผลการพยาบาล

กรณีศึกษาครั้งที่ 1 และ 2 ผู้ป่วยปลายมือ ปลายเท้าไม่เขียว ความอิ่มตัวออกซิเจนของฮีโมโกลบินในช่วงที่มีเลือดไหลผ่าน(SpO₂) 95-100 เปอร์เซ็นต์ สัญญาณชีพ ความดันโลหิต 110/70ถึง130/90 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 68-90 ครั้งต่อนาที หายใจ 20-24 ครั้งต่อนาที

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล 3 ไม่สุขสบายเนื่องจากปวดแผล

กิจกรรมการพยาบาล

1. ดูแลสิ่งแวดล้อมให้ผู้ป่วยรู้สึกผ่อนคลายไม่มีเสียงรบกวนดูแลความสะอาดของรอบๆเตียงผู้ป่วยพูดคุย

ปลอบโยนจิตใจให้ยอมรับความเจ็บปวดจากแผลผ่าตัดบ้าง และนำระยะเวลาของการเจ็บปวดจากระยะแรกจะมากและจะค่อยๆทุเลาลงเรื่อยๆ

2. ดูแลจัดท่านอนให้อนราบ ห้ามลุกนั่งหรือปรับเตียงสูงไม่เกิน 30 องศา และให้พลิกตะแคงตัวทุก 2 ชั่วโมงได้

3. ถ้าปวดมากให้ยาตามแผนการรักษา ผู้ป่วยได้รับมอร์ฟีน 5 มิลลิกรัม ฉีดเข้ากล้ามเนื้อ เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยหลังได้รับยา กิจกรรมพยาบาลดังนี้

- วัดสัญญาณชีพ 5 นาที 1 ครั้ง, ทุก 15 นาที 2 ครั้ง, ทุก 30 นาที 2 ครั้ง, ทุก 1 ชั่วโมง 3 ครั้ง

- วัดระดับความง่วงซึม(sedative score) ซึ่งมี 4 ระดับ

0=ไม่ง่วงซึม สดชื่นดี

1=ง่วงซึมเล็กน้อย ปลุกตื่นง่าย

2=ง่วงซึมปานกลาง ง่วงบ่อย/ตลอดเวลา แต่ปลุกตื่นง่าย

3=ง่วงซึมอย่างรุนแรง หลับมาก ปลุกตื่นยาก

ถ้ามีอาการผิดปกติเช่น ง่วงซึมมาก ระดับความง่วงซึม เท่ากับ 3, หายใจช้ากว่า 10 ครั้งต่อนาที, ม่านตาหดเล็กเท่ารูเข็ม, อัตราการเต้นของหัวใจน้อยกว่า 60 ครั้งต่อนาที รายงานแพทย์ทันที

4. สังเกตลักษณะของแผลผ่าตัดว่ามีเลือดซึมหรือไม่ หรือมีลักษณะบวมแดง ถ้ามีรายงานแพทย์

ประเมินผลทางการพยาบาล

กรณีศึกษาครั้งที่ 1และ2 ได้รับยาลดอาการปวดคือมอร์ฟีน 5 มิลลิกรัม ฉีดเข้ากล้ามเนื้อ ผู้ป่วยปวดแผลน้อยลงประเมินความปวด 3 คะแนน (1-10 คะแนน) หลังได้รับยาลดอาการปวดปวด ผู้ป่วยไม่มีอาการข้างเคียงของยานอนหลับได้สัญญาณชีพ ความดันโลหิต 120/70-130/90 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 70-84 ครั้งต่อนาที หายใจ 20-24 ครั้งต่อนาที

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล 4 มีภาวะติดเชื้อหลังผ่าตัด

กิจกรรมการพยาบาล

1. ดูแลความสะอาดของร่างกายต่างๆ ไป เช่น เช็ดตัว, เปลี่ยนเสื้อผ้า, ฝึบให้สะอาด
2. ดูแลแผลผ่าตัดให้แห้งสะอาดและเปิดทำแผลตามแผนการรักษาของแพทย์
3. สังเกตบาดแผลมี บวม แดง ร้อน มีหนองซึมหรือไม่ ถ้ามีรายงานแพทย์
4. ดูแลให้ขวระบายเลือด ทำงานอยู่ในระบบปิด และสังเกตสิ่งคัดหลั่งเป็นหนองหรือไม่
5. ดูแลสายสวนปัสสาวะ ให้ปัสสาวะไหลสะดวก และทำงานอยู่ในระบบปิด สังเกตน้ำปัสสาวะขุ่นคล้ายหนองหรือไม่ แนะนำผู้ป่วยดื่มน้ำวันละ 3 ลิตร
6. ดูแลให้ได้รับยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษาคือ Cefazolin 1 กรัม ฉีดเข้าหลอดเลือดดำทุก 6 ชั่วโมง
7. หลังถอดสายสวนปัสสาวะ ดูแลระวังเวลาถ่ายปัสสาวะและอุจจาระไม่ให้เปื้อนแผลผ่าตัด
8. ประเมินสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง ถ้าผิดปกติรีบรายงานแพทย์

ประเมินผลทางการพยาบาล

กรณีศึกษารายที่ 1 และ 2 ผู้ป่วยมีแผลผ่าตัดแห้งสะอาด, ระบบการทำงานของ ขวระบายเลือด และ สายสวนปัสสาวะ อยู่ในระบบปิด สิ่งคัดหลั่งในขวระบายเลือดสีน้ำตาลจางลง, จำนวนลดลงสามารถถอดได้, น้ำปัสสาวะสีเหลืองขุ่นไม่มีหนองสามารถถอดสายสวนปัสสาวะ ผู้ป่วยปัสสาวะเองได้และสัญญาณชีพ อุณหภูมิ 37-37.8 องศาเซลเซียส ชีพจร 76-82 ครั้งต่อนาที หายใจ 20-22 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 120/80-130/90 มิลลิเมตรปรอท

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล 5. มีภาวะถุงลมปอดแฟบ เนื่องจากมีสิ่งอุดกั้นทางเดินหายใจ

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินลักษณะการหายใจของผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด ถ้าหายใจช้าลงหรือหายใจลำบาก รายงานแพทย์ เพื่อช่วยเหลือให้ผู้ผู้ป่วยปลอดภัย

2. ดูแลให้ได้รับออกซิเจนตามแผนการรักษาคือ ให้ออกซิเจน canular 3 LPM เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนอย่างพอเพียง ความอิ่มตัวของออกซิเจนของ ฮีโมโกลบินในช่วงที่มีเลือดไหลผ่าน 95-100 เปอร์เซ็นต์ ถ้าความอิ่มตัวของออกซิเจนของฮีโมโกลบินในช่วงที่มีเลือดไหลผ่าน น้อยกว่า 94 % รายงานแพทย์ พิจารณาใส่ท่อช่วยหายใจ
3. กระตุ้นให้ผู้ป่วยลุกนั่งและทำกิจกรรมประจำวันได้ด้วยตนเอง
4. ดูแลดูแลเสมหะของผู้ป่วยตามแผนการรักษาของแพทย์เพื่อป้องกันทางเดินหายใจอุดกั้น
5. ส่งผู้ป่วยทำกายภาพบำบัดทรวงอกเคาะปอดเพื่อให้ผู้ป่วยขับเสมหะออกมาได้เอง
6. วัดสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง.ถ้าผิดปกติรายงานแพทย์
7. ติดตามผลเอกซเรย์ปอดเพื่อประเมินภาวะปอดแฟบมากขึ้นหรือไม่ ตามแผนการรักษาของแพทย์

ประเมินผลการพยาบาล

กรณีศึกษารายที่ 2 ผู้ป่วยหายใจไม่หอบอยู่ช่วง 20-24 ครั้งต่อนาที, มี เสมหะจำนวนน้อยลงและผลเอกซเรย์ปอดข้างขวาปกติ ความอิ่มตัวของออกซิเจนของฮีโมโกลบินในช่วงที่มีเลือดไหลผ่าน (SpO2) น 95-100 เปอร์เซ็นต์ กรณีศึกษารายที่ 1 ไม่มีภาวะถุงลมปอดแฟบผลเอกซเรย์ปอดข้างขวาปกติ ความอิ่มตัวของออกซิเจนของฮีโมโกลบินในช่วงที่มีเลือดไหลผ่าน(SpO2) 95-100 เปอร์เซ็นต์

วิจารณ์

ในการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสันหลังทับเส้นประสาท ทั้ง 2 ราย ผู้ป่วยกรณีศึกษาที่² มีประวัติสูบบุหรี่ทำให้เกิดปัญหาปอดแฟบ การพยาบาลต้องมีความซับซ้อนมากขึ้น ผู้ป่วยต้องได้รับการฝึกหายใจ (Breathing exercise) ซึ่งผู้ป่วยรายนี้ได้รับการใช้เครื่องช่วยขยายปอด (Incentive spirometer) โดยปรึกษานักกายภาพบำบัด ผู้ป่วยมีจำนวนวันนอน 13 วัน ขณะที่ผู้ป่วยกรณีศึกษาที่¹ มี

จำนวนวันนอน 8 วัน สำหรับ ผู้ป่วยกรณีศึกษาที่ 1 พบปัญหาการติดเชื้อมีไข้ 38-39 องศาเซลเซียสในวันที่ 3 หลังผ่าตัด แต่พยาบาลสามารถประเมินได้ทันท่วงที เพราะมีระบบการเฝ้าระวังการติดเชื้อ โดยใช้แนวปฏิบัติการประเมินผู้ป่วยที่มีอาการทรุดลง สามารถรายงานแพทย์และให้การรักษา ด้วยยาปฏิชีวนะได้รวดเร็ว ทำให้ผู้ป่วยไม่มีอาการรุนแรง สามารถควบคุมการติดเชื้อได้

สรุป

การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจวินิจฉัยว่าเป็นกระดูกสันหลังกดทับเส้นประสาท จำเป็นต้องได้รับการตรวจเพื่อให้การวินิจฉัยโรคที่แน่นอนและเพื่อการรักษาที่ถูกต้องต่อไป ส่วนในขั้นตอนของการตรวจวินิจฉัยผู้ป่วยและญาติอาจมีข้อสงสัยได้มากมาย โดยเฉพาะผู้ป่วยจะมีความกลัวในวิธีการรักษา กลัวความไม่สุขสบายขณะรับการรักษา และความคาดหวังของผลการรักษา ซึ่งจะสร้างความเครียดและความวิตกกังวลให้กับผู้ป่วยได้เป็นอย่างมาก ดังนั้นการพยาบาลผู้ป่วยกรณีศึกษาทั้ง 2 รายนี้ สำคัญทุกขั้นตอนจะต้องนำเอากระบวนการพยาบาลแบบองค์รวมมาใช้ เริ่มตั้งแต่การรับทราบผลการวินิจฉัยโรค แผนการรักษาของแพทย์ พยาบาลต้องให้การพยาบาลผู้ป่วยตั้งแต่ ก่อนการผ่าตัด หลังผ่าตัดโดยเฉพาะการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดและการส่งเสริมฟื้นฟูสมรรถภาพหลังผ่าตัด การบริการพยาบาลทางหอผู้ป่วย การผ่าตัดกระดูกสันหลังกดทับเส้นประสาทเป็นหัตถการที่ใหญ่และใช้เวลาในการผ่าตัดนานเสี่ยงต่อการเสียเลือดมากและการเกิดความเสียหายต่างๆ อย่างเช่น แผลไหม้จากเครื่องใช้ไฟฟ้า บาดเจ็บต่อปมกระดูกที่โดนกดทับนาน ดังนั้นหลังผ่าตัดต้องดูแลความเรียบร้อยเมื่อผู้ป่วยกลับหอผู้ป่วย รวมทั้งกรณีที่มีขูดระบายเลือด (Radivac drain) ต้องเพิ่มความระมัดระวังในการเคลื่อนย้าย ต้องตรวจดูให้ขูดระบายเลือด(Radivac drain) ทำงานเพื่อป้องกันเลือดที่คั่งค้างอยู่ภายในแผล พยาบาลวิชาชีพประจำหอผู้ป่วยควรเป็นบุคคลที่มีความรู้ความสามารถ มีความคล่องแคล่วว่องไว มีอารมณ์ที่มั่นคงอดทน ซื่อสัตย์ มีปฏิญาณไหวพริบในการแก้ปัญหาเฉพาะ

หน้าได้เป็นอย่างดี ไม่ตื่นตระหนกตกใจ ในเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ต้องใช้สติปัญญาในการแก้ไขปัญหาให้ลุล่วง ไปด้วยดี และอย่างมีประสิทธิภาพ พยาบาลวิชาชีพประจำหอผู้ป่วย ต้องมีความสามารถในการประสานงานกับทีมงาน เช่น แพทย์ วิชาญแพทย์ วิชาญพยาบาล และทีมงานทุกคน รวมถึงรับรู้และถ่ายทอดปัญหาของผู้ป่วยที่ยังไม่ได้รับการแก้ไขให้ทีมงานรับทราบเพื่อช่วยกันแก้ไขปัญหา ของผู้ป่วยให้ลุล่วงไปด้วยดี เพื่อประโยชน์สูงสุดของผู้ป่วย สามารถกลับไปดำรงชีวิตกับครอบครัวและอยู่ในสังคมได้ปกติ

เอกสารอ้างอิง

1. ดร.วารินทร์ เอี่ยมสวัสดิกุล. เอกสารการสอนชุดวิชา การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ เล่ม 3 หน่วยที่ 11.สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช, กรุงเทพมหานคร: พิมพ์อักษร; 2546.
2. วินัย พากเพียร, สิทธิศักดิ์ ทรราชเวก.แนวทางการวินิจฉัยและรักษาโรคออร์โธปิดิกส์ระบบสันหลัง – โรคและการบาดเจ็บ. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์จามจุรีโปรดักท์; 2555.
3. สุกี แสงนิพันธ์กุล, กิตติ จิระรัตนโพธิ์ชัย, กิตติวรรณ วิบุลากร, วินัย ศิริชาติวาปี. ออร์โธปิดิกส์สำหรับนักศึกษาแพทย์. ภาควิชาออร์โธปิดิกส์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. ขอนแก่น: คลังนานาวิทยา; 2544.
4. วินัย พากเพียร, สิทธิศักดิ์ ทรราชเวก. แนวทางการวินิจฉัยและรักษาโรคออร์โธปิดิกส์ ระบบสันหลัง – โรคและการบาดเจ็บ. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์จามจุรีโปรดักท์; 2555.
5. เวชระเบียนและสถิติโรงพยาบาลนครพนม สรุปรายงานผู้ป่วยโรงพยาบาลนครพนม ปี2558, 2559,2560. นครพนม; 2561.
6. บุศรา กาญจนบัตร, นิลวรรณ ฉันทะปริตตา. บทที่ 13 การประเมินภาวะสุขภาพในการพยาบาลพื้นฐาน.การใช้กระบวนการพยาบาลเป็นหลัก เล่ม 1. คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น. ขอนแก่น: คลังนานาวิทยา; 2538.