การพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บของไขสันหลังระดับคอ

วิไล สาตร์จีนพงษ์
กลุ่มงานการพยาบาลออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลอินทร์บุรี

บทคัดย่อ

การได้รับบาดเจ็บของกระดูกสันหลังและไขสันหลังเป็นภาวะคุกคามต่อชีวิต ครอบครัวและสังคม การ ได้รับบาดเจ็บของกระดูกสันหลังและไขสันหลังพบประมาณร้อยละ 3 ของผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บทั้งหมด โดยมีครึ่งหนึ่งเป็นผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังระดับคอ การได้รับบาดเจ็บของไขสันหลังนำมาซึ่งความสูญเสียชีวิต ความพิการ ระยะการดูแลรักษาที่ยาวนาน ต้องใช้ค่าใช้จ่ายในการรักษาที่สูง

กรณีศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บของไขสันหลังระดับคอ เป็นผู้ป่วยหญิงไทยอายุ 59 ปี มาโรงพยาบาลด้วยอาการสำคัญ คือ พลัดตกลงมาจากต้นมะม่วง ความสูงประมาณ 2 เมตร บริเวณลำคอกระแทกโอ่งน้ำไม่ทราบสลบไปนานเท่าไร ปวดต้นคอ แขนขาชาขยับไม่ได้ มีแผลฉีกขาดขนาดใหญ่ที่ศีรษะ เมื่อเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมีภาวะช็อคจากไขสันหลัง (Spinal shock) และต้องได้รับการทำหัตถการและผ่าตัดแก้ไขโดยเร็ว การพยาบาลผู้ป่วยรายนี้ พยาบาลต้องใช้ความรู้และประสบการณ์ในการประเมินภาวะช็อคจากไขสันหลัง วางแผนการพยาบาลเพื่อควบคุมความดันโลหิต ป้องกันภาวะพร่องออกซิเจน สามารถดูแลขณะใส่ **Gardner Wells tongs** ดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัด ประเมินและป้องกันภาวะติดเชื้อของระบบทางเดินหายใจ ระบบทางเดินปัสสาวะ การป้องกันการเกิดแผลกดทับและการดูแลด้านจิตใจของผู้ป่วยและครอบครัว รวมทั้งการดูแลต่อเนื่อง โดยครอบครัวต้องเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแล ฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย

Abstract : Nursing care for patient with cervical spinal cord injury

Sartcheenphong, W.

Orthopedic Surgery Nursing Organization, Inburi Hospital

Injury to the spine and spinal cord is a threat to life, family and society. Spine and spinal cord injuries are found in about 3% of all injured patients. Half of the patients had a cervical spinal cord injury. Spinal cord injury leads to loss of life, disability, long-term care. High cost of treatment is required.

Case study of cervical spinal cord injury nursing is a thai female patient, 59 years old came to the hospital with a major cause of fall from a mango tree. The height of tree about 2 meters. The neck smashed the water jar, do not know how long she was unconscious. It caused neck pain, numbness, arms and legs could not move and large lacerated wound at scalp. When hospitalized she had a spinal shock. Surgery should be performed promptly. To implement nursing care in this case, nurses must use knowledge

and previous experience to assess spinal shock, plan for control blood pressure and prevention of oxygen depletion. Gardner Wells tongs and post-operative care. Assessment and prevention of respiratory infections, urinary tract infection, pressure ulcers and psychological care for patients and families. Including continuous care, the family must take part in the care for patient rehabilitation.

บทนำ

การได้รับบาดเจ็บของกระดูกสันหลังและไขสันหลังเป็นภาวะคุกคามต่อชีวิต ครอบครัว และสังคม การได้รับบาดเจ็บของกระดูกสันหลังและไขสันหลังพบประมาณร้อยละ 3 ของผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บทั้งหมด โดยมีครึ่งหนึ่งเป็นผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังระดับคอ[1] การได้รับบาดเจ็บของไขสันหลังนำมาซึ่งความสูญเสียชีวิต ความพิการ ระยะการดูแลรักษาที่ยาวนาน ต้องใช้ค่าใช้จ่ายในการรักษาที่สูง ดังนั้นความสำคัญเริ่มตั้งแต่การดูแลรักษาขณะเคลื่อนย้าย ณ จุดเกิดเหตุจนกระทั่งถึงโรงพยาบาล การดูแลที่ต่อเนื่องตั้งแต่ห้องฉุกเฉิน การตรวจวินิจฉัย ตลอดจนการทำหัตถการต่างๆ ก่อนถึงหอผู้ป่วยนั้นล้วนแต่เป็นขั้นตอนที่สำคัญอย่างยิ่ง โดยผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังจะมีการสูญเสียของระบบประสาทการเคลื่อนไหว ระบบประสาทรับความรู้สึก และระบบประสาทอัตโนมัติ นอกจากนั้นยังเกิดความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ ได้แก่ การเกิดแผลกดทับ การติดเชื้อทั้งในระบบทางเดินปัสสาวะ และภาวะปอดอักเสบติดเชื้อ ความเจ็บปวด ภาวะเส้นเลือดดำอักเสบอุดตัน เป็นต้น เนื่องจากเป็นภาวะคุกคามที่ยิ่งใหญ่สำหรับทุกครอบครัว จึงมักเกิดปัญหาทางด้านอารมณ์และจิตสังคม ตามมาด้วย

ความหมาย

การบาดเจ็บที่กระดูกสันหลังและไขสันหลัง หมายถึง การได้รับภยันตรายที่เกิดขึ้นจากการมีแรงมากระแทกบนกระดูกสันหลัง แล้วมีผลทำให้เกิดการบาดเจ็บบริเวณกระดูกสันหลังหรือประสาทไขสันหลังถูกทำลาย เป็นเหตุทำให้เกิดการสูญเสียความรู้สึกและการเคลื่อนไหวในระดับที่ต่ำกว่าระดับกระดูกหรือไขสันหลังที่ได้รับบาดเจ็บ ซึ่งอาจเป็นชั่วคราวหรือถาวรขึ้นอยู่กับความรุนแรงของภยันตรายที่ทำให้เกิดพยาธิสภาพนั้นๆ[2]

สาเหตุของการบาดเจ็บที่กระดูกสันหลังและไขสันหลัง

สาเหตุของการบาดเจ็บที่กระดูกสันหลังและไขสันหลัง ได้แก่ อุบัติเหตุจากการจราจร เป็นสาเหตุที่พบได้บ่อย (ร้อยละ 45) การตกจากที่สูง (ร้อยละ 20) กีฬาที่มีความเสี่ยงบางประเภท เช่น ว่ายน้ำ ดำน้ำ ขี่ม้า รักบี้ (ร้อยละ 15) การถูกทำร้ายร่างกาย ถูกยิง ถูกแทง (ร้อยละ 15) และอื่นๆ เช่น ถูกวัตถุหนักๆ ตกทับ และในผู้สูงอายุส่วนใหญ่เกิดจากการหกล้ม (ร้อยละ 5)[3]

การวินิจฉัยการบาดเจ็บที่กระดูกสันหลังสวนคอ

ผู้ป่วยมักจะมีประวัติอุบัติเหตุชัดเจน และมีอาการปวดต้นคอ กล้ามเนื้อคอแข็งเกร็ง ปวด บวม อาจมีรอยฟกช้ำของเลือดให้เห็นและที่สำคัญที่สุด คือ ผู้ป่วยไม่สามารถยกศีรษะจากทานอน ขึ้นลอยจากพื้นเตียงมาแตะบริเวณหน้าอก เนื่องจากมีการจำกัดการเคลื่อนไหวของข้อ ซึ่งส่วนมากจะมีอาการปวดที่รุนแรงรวมด้วย โดยสามารถตรวจประเมินเพื่อการวินิจฉัยได้ดังนี้[1]

การประเมินการบาดเจ็บไขสันหลัง[1]

1. การซักประวัติผู้บาดเจ็บทุกรายให้สงสัยไว้ก่อนว่ามีบาดเจ็บของกระดูกคอจึงต้องป้องกันโดยใส่ Philadelphia collar ไว้ทุกรายจนกว่าจะวินิจฉัยได้ว่าไม่มีบาดเจ็บแล้วจึงถอดออก นอกจากนี้ถ้าผู้ป่วยมีประวัติต่อไปนี้ให้สงสัยว่าน่าจะมีบาดเจ็บไขสันหลังคือ (1.1) ปวดตึงต้นคอ หรือความรู้สึกที่แขน ขาลดลง (1.2) ปวดหลังหรือปวดตามแนวกึ่งกลางหลัง จะปวดมากขึ้นถ้าร่างกายมีการเคลื่อนไหว เช่น ขยับตัว บางรายอาจบ่นรู้สึกเหมือนมีกระแสไฟฟ้าวิ่งตามลำตัวและแขนขา (1.3) ความดันโลหิตต่ำร่วมกับชีพจรช้า (1.4) มีการบาดเจ็บเหนือกระดูกไหปลาร้าหรือมีบาดเจ็บที่ใบหน้าอย่างรุนแรง (1.5) ตกจากที่สูงมากกว่า 3 เท่าของความสูงของผู้ป่วยหรือสูงมากกว่า 6 เมตร (1.6) ตกจากที่สูงในแนวดิ่งเช่น มีกระดูกส้นเท้าหักหรือก้นกระแทกพื้นหรืออุบัติเหตุขณะดำน้ำ/ว่ายน้ำ (1.7) กระเด็นออกนอกยานพาหนะเช่น รถยนต์ มอเตอร์ไซค์ หรือนั่งในรถยนต์โดยไม่คาดเข็มขัดนิรภัย (1.8) ได้รับบาดเจ็บรุนแรงที่ทรวงอกและภายในช่องท้องและ (1.9) ให้ประวัติควบคุมปัสสาวะไม่ได้หลังบาดเจ็บ

2. การตรวจร่างกาย ใช้หลัก ABCDE[1,2,7] เป็นแนวปฏิบัติในการประเมินผู้บาดเจ็บ คือ การตรวจทางเดินหายใจและป้องกันกระดูกคอเคลื่อนและการตรวจระบบการไหลเวียนโลหิตสำหรับการตรวจทางระบบประสาทให้ประเมินการเคลื่อนไหวและการประเมินการรับความรู้สึกของผิวหนังดังนี้ (2.1) การประเมินการหายใจรวมทั้งการทำทางเดินหายใจให้โล่ง ผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังมักมีปัญหาการหายใจ ผู้ป่วยบางรายจะมีการหายใจแบบ paradoxical respiration โดยทรวงอกยุบเข้าขณะหายใจเข้าและพองออกขณะหายใจออก (2.2) การประเมินภาวะบวมหรือการมีเลือดออกตรงตำแหน่งที่ได้รับบาดเจ็บ หรือมีภาวะเลือดออกจากส่วนอื่นเช่น ช่องท้อง ช่องอกหรือจากกระดูกหักส่วนอื่นร่วมกับการวินิจฉัยภาวะช็อคจากการเสียเลือด ถ้าผู้ป่วยใส่ Philadelphia collar ให้ทำการถอดออกเพื่อประเมินการได้รับบาดเจ็บบริเวณหลอดลมหรือหลอดเลือดบริเวณคอ (2.3) การประเมินระบบประสาทสมองโดยใช้คะแนนของกลาสโกว์ (Glasgow's Coma Score) และประวัติการหมดสติชั่วครู่ในที่เกิดเหตุ (2.4) การประเมินระบบประสาท มีความสำคัญมากในการวินิจฉัย การพยากรณ์โรค และการดูแลรักษา คือ 2.4.1) sensation ในระดับ dermatome 2.4.2) ตรวจความรู้สึกรอบๆทวารหนัก 2.4.3) Anal sphincter tone,perianal reflex และ2.4.4) การประเมินระบบประสาทการเคลื่อนไหว โดยเน้นการทดสอบกำลังของกล้ามเนื้อ

การตรวจวินิจฉัยทางรังสี

การถ่ายภาพรังสี พิจารณาดังนี้ (1) ในกรณีที่สงสัยมีภาวะกระดูกส่วนคอหักหรือเคลื่อนที่ให้ใส่ rigid cervical collar หรือหมอนทรายวางขนาบต้นคอ 2 ข้างจากนั้นสั่งตรวจทางรังสี ได้แก่ ทามาตรฐานเบื้องต้น คือ ทา C-spine AP view, C-spine Lateral view (cross table), Open mouth view เพื่อดูพยาธิสภาพ ของ C1- C2 (2) ในกรณีผูปวยฉุกเฉิน หรือมีการบาดเจ็บหลายแหง การถายภาพรังสี C-spine Lateral view เพียง view เดียวก็สามารถใหขอมูลไดมากถึง 80% และสมควรตองทำในผูปวยทุกราย[4]

การแบงชนิดของการบาดเจ็บของกระดูกสวนคอ การบาดเจ็บกระดูกส่วนคอแบงตามกายวิภาคได้ดังนี้ คือ A. การบาดเจ็บของกระดูกต่นคอสวนบน (Upper Cervical spine injury) คือการบาดเจ็บของกระดูกตนคอตั้งแตระดับของ Skull base จนถึงกระดูก Axis (C2) และ B. การบาดเจ็บของกระดูกต่นคอสวนลาง (Sub-axial Cervical spine injuries) คือการบาดเจ็บของ กระดูกสวนคอในระดับ C3-C7 ซึ่งจำเปนต่องจัดกลุมแยกจากการบาดเจ็บของกระดูกตนคอสวนบน เนื่องจาก ลักษณะทางกายวิภาค รวมทั้งลักษณะทาง Biomechanics และ Physiology ที่แตกตางกัน ทำใหมีลักษณะการเกิดการบาดเจ็บที่ตางกัน[4]

การรักษาการบาดเจ็บของกระดูกต่นคอสวนบน โดยสวนมากการรักษาด่วยวิธีการอนุรักษโดยใช่ Rigid Brace หรือ Halo vest ได่ผลดีการรักษาด่วยการผาตัดจะใชในกรณีที่ fracture ไม่ stable ได่แก Occipital condyle Type III, Atlanto occipital dislocation, Jefferson fracture Type II, Odontoid fracture Type II, Hangman's fracture Type IIa และ Type III เปนต่น[2,4]

การรักษาการบาดเจ็บของกระดูกต่นคอสวนลาง การรักษากระดูกต่นคอหัก ต่องกระทำควบคูไปกับการรักษาภาวะไขประสาทสันหลังได่รับบาดเจ็บ ดังที่ได่กลาวไว่ข่างต่น การดึงถวงน้ำหนักด่วย Skull traction จำเปนต่องทำในผู่ป่วยที่มีภาวะการบาดเจ็บที่ไมมีสเถียรภาพ (Instability) หรือมีการกดของ fracture fragment หรือ มีภาวะ dislocation ที่จำเปนต่องทำ emergency reduction การผาตัดพิจารณาเพื่อแกไข 2 ปจจัย คือ การกดทับไขประสาทสันหลัง และแกไขภาวะอสเถียรภาพ (Instability) ของโครงสราง[2,4]

การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่กระดูกสันหลังและไขสันหลัง การบาดเจ็บของกระดูกไขสันหลังอาจเกิดขึ้นได้หลายระดับซึ่งมีผลทำให้เกิดความพิการใต้ระดับที่ได้รับบาดเจ็บนั้นๆ ถ้าการบาดเจ็บต่ำกว่าระดับ T_7 ลงไป พยาธิสภาพจะไม่ทำให้เกิดอันตรายถึงชีวิต แต่ถ้าพยาธิสภาพเกิดเหนือระดับ T_7 ขึ้นไปจนถึง C - spine จะมีผลทำให้เกิดอัมพาตของกล้ามเนื้อช่วยหายใจ ทำให้หายใจลำบากและมีอันตรายถึงชีวิตได้ โดยการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่กระดูกสันหลังและไขสันหลัง แบ่งออกเป็น[5,6]

1. การพยาบาลในระยะเฉียบพลัน (ตั้งแต่วันแรกจนถึงประมาณ 6 สัปดาห์หลังการได้รับบาดเจ็บ) การพยาบาลในระยะนี้จะคำนึงถึงการช่วยชีวิตผู้ป่วยเป็นสำคัญ โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บตั้งแต่ระดับ C_4 ขึ้นไป การพยาบาลจะต้องดูแลในเรื่อง (1.1) การดำรงไว้ซึ่งหน้าที่ของระบบหายใจ ผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บในระดับ C-spine มักจะมีอัมพาตของกล้ามเนื้อช่วยหายใจ เช่น กล้ามเนื้อกะบังลม กล้ามเนื้อระหว่างซี่โครงและกล้ามเนื้อหน้าท้อง จึงควรดูแลให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ ดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง สังเกตการหายใจของผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด ถ้าพบว่าผู้ป่วยมีอาการหายใจลำบาก ให้รายงานแพทย์รับทราบทันที รวมทั้งจัดเตรียมอุปกรณ์ในการช่วยชีวิตผู้ป่วยไว้ข้างเตียงและอยู่ในสภาพพร้อมที่จะใช้งานเพื่อที่จะได้ให้การช่วยเหลือผู้ป่วยเมื่อเกิดภาวะฉุกเฉินได้อย่างทันท่วงที (1.2) การป้องกันการเกิดภยันตรายต่อไขสันหลัง โดยการจัดท่านอนให้แนวของกระดูกสันหลังอยู่ในแนวปกติ ซึ่งอาจให้ผู้ป่วยนอนบนเตียงธรรมดา ซึ่งเวลาพลิกตะแคงตัว ต้องดูแลพลิกตะแคงตัวผู้ป่วยในลักษณะพลิกไปทั้งตัว (log rolling) หรืออาจนอนบนเตียงที่หมุนในแนวระนาบ ทำให้ผู้ป่วยพลิกตะแคงตัวในลักษณะคว่ำหรือหงายเหมือนการปิ้งปลา สำหรับในผู้ป่วยที่ต้องเข้าเครื่องดึงกะโหลกศีรษะ ผู้ป่วยมักนอนบนเตียง stryker frame

ซึ่งมีรอกสำหรับแขวนถ่วงน้ำหนักและพลิกคว่ำหงายได้สะดวก(1.3) การดำรงไว้ซึ่งหน้าที่ของระบบหัวใจและหลอดเลือด หลังการได้รับบาดเจ็บทางกระดูกสันหลัง มักจะพบว่า ผู้ป่วยมีภาวะความดันโลหิตต่ำกว่าปกติ หัวใจเต้นช้าลง เนื่องจากประสาท sympathetic ถูกทำลาย จึงควรดูแลให้ผู้ป่วยได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษาของแพทย์ให้ถูกต้องทั้งชนิดและปริมาณ สังเกตและบันทึกจำนวนน้ำเข้า–น้ำออก รวมทั้งตรวจวัดสัญญาณชีพ เพื่อประเมินสภาพผู้ป่วยและรายงานแพทย์รับทราบทันที เมื่อพบอาการเปลี่ยนแปลงที่ผิดปกติ (1.4) การบรรเทาอาการปวด ในระยะแรกของการได้รับบาดเจ็บบริเวณกระดูกสันหลังต้องดูแลไม่ให้บริเวณที่มีพยาธิสภาพเคลื่อนไหว ซึ่งอาจจะกระทำโดยการเข้าเฝือกหรือการเข้าเครื่องดึงกะโหลกศีรษะ ผู้ป่วยอาจจะมีอาการปวดมาก จึงควรดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาระงับปวดและยาลดการหดเกร็งของกล้ามเนื้อเป็นระยะๆ (1.5) การดำรงไว้ซึ่งหน้าที่ของระบบทางเดินอาหาร ในระยะแรกของภาวะช็อคจากไขสันหลัง การทำงานของกระเพาะอาหารและลำไส้จะช้าลง ผู้ป่วยมักจะมีอาการท้องอืดอาเจียน จะให้ผู้ป่วยงดน้ำและอาหาร รวมทั้งใส่สาย NG tube คาไว้ พยาบาลจะต้องดูแลให้ผู้ป่วยได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษาของแพทย์ให้ถูกต้องทั้งชนิดและปริมาณ เมื่อลำไส้เริ่มทำงานจะให้อาหารทางสายยางทีละน้อย พยาบาลจะต้องดูแลการให้อาหารทางสายยาง รวมทั้งการดูแลเรื่องความสะอาดในช่องปากผู้ป่วยด้วย (1.6) การดำรงไว้ซึ่งหน้าที่ของระบบการขับถ่าย ผู้ที่ได้รับบาดเจ็บบริเวณกระดูกสันหลังมักจะไม่สามารถถ่ายอุจจาระและปัสสาวะได้เองในระยะแรก ต้องคาสายสวนปัสสาวะไว้ พยาบาลต้องดูแลให้ปัสสาวะไหลออกได้โดยสะดวก ไม่มีการอุดกั้นของปัสสาวะ สำหรับการขับถ่ายอุจจาระอาจต้องดูแลให้ยาระบายอ่อนๆ ตามแผนการรักษาของแพทย์ แต่ถ้าผู้ป่วยยังถ่ายไม่ออกและมีอุจจาระอุดตัน ต้องดูแลสวนล้างออกให้ผู้ป่วย (1.7) การป้องกันการเกิดแผลกดทับ ในระยะแรกที่ผู้ป่วยยังนอนบน stryker frame จะไม่คว่ำ เนื่องจากท่านอนคว่ำจะทำให้ความจุปอดลดลง 25% ทำให้ผู้ป่วยหายใจลำบากและเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวได้ง่าย การป้องกันการเกิดแผลกดทับทำได้โดยการตะแคงตัวครึ่งท่อนล่างขวา–ซ้าย ทุก 2 ชั่วโมงและ (1.8) การดูแลทางด้านจิตใจ จิตสังคมและจิตวิญญาณ ในระยะแรกผู้ป่วยและญาติมักจะมีความวิตกกังวลเรื่องของการมีชีวิตรอด การให้ข้อมูลเกี่ยวกับพยาธิสภาพของการบาดเจ็บและอันตรายที่อาจเกิดขึ้นเป็นสิ่งที่จำเป็นควบคู่ไปกับความมั่นใจในแผนการรักษาและการดูแลอย่างดี เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติได้ซักถามปัญหาข้อสงสัยต่างๆ รวมทั้งตอบข้อซักถามของผู้ป่วยและญาติด้วยคำพูดที่เข้าใจง่าย

2. การพยาบาลในระยะฟื้นฟูสภาพ (ตั้งแต่ประมาณสัปดาห์ที่ 7 หลังการได้รับบาดเจ็บเป็นต้นไป) การพยาบาลในระยะนี้จะต้องดูแลในเรื่อง (2.1) การดำรงไว้ซึ่งหน้าที่ของระบบหายใจ ในระยะนี้ผู้ป่วยยังคงต้องใส่ท่อช่วยหายใจหรือเจาะคอและใช้เครื่องช่วยหายใจอยู่ การดูแลในระยะนี้จะเน้นในเรื่อง 2.1.1) การป้องกันการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ 2.1.2) การดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง โดยการเคาะปอดและการช่วยไอในผู้ป่วยที่ไม่สามารถไอขับเสมหะออกมาเองได้ การฟื้นฟูสมรรถภาพกล้ามเนื้อที่ช่วยในการหายใจ โดยนักกายภาพบำบัด 2.2.3) การหย่าเครื่องช่วยหายใจ จะทำเมื่อสภาพผู้ป่วยพร้อม เช่น ไม่มีไข้ ไม่มีการติดเชื้อ ปอดปกติ ไม่มีปัญหา electrolyte imbalance ไม่มีภาวะทุโภชนาการ เป็นต้น

(2.2) การดำรงไว้ซึ่งหน้าที่ของระบบหัวใจและหลอดเลือด ในระยะนี้การเต้นของหัวใจยังช้าอยู่ ความดันโลหิตค่อนข้างต่ำ เมื่อมีการเปลี่ยน position ของผู้ป่วยอาจจะเกิดภาวะ hypotension มีอาการหน้ามืดตาค้างได้ จึงควรดูแลระมัดระวังและแนะนำผู้ป่วยให้ค่อยๆ เปลี่ยนแปลง position ช้าๆ หรืออาจจะไขเตียงให้ผู้ป่วยปรับตัวลุกนั่งช้าๆ ก่อนก็ได้ (2.3) การดำรงไว้ซึ่งหน้าที่ของระบบทางเดินอาหาร เมื่อลำไส้เริ่มทำงานแพทย์จะเริ่มให้น้ำทางสาย NG tube ทีละน้อย ต่อมาจะเริ่มให้เป็นอาหารทางสาย NG tube ถ้าผู้ป่วยไม่มีปัญหาการกลืนและการสำลักก็จะเริ่มให้อาหารทางปากแทน พยาบาลต้องมีหน้าที่ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับอาหารอย่างเพียงพอ สังเกตการกลืนและการสำลักของผู้ป่วย รวมทั้งการดูแลเรื่องความสะอาดในช่องปากผู้ป่วยด้วย (2.4) การดำรงไว้ซึ่งหน้าที่ของระบบการขับถ่าย หลังพ้นจากภาวะช็อคจากไขสันหลังการดูแลจะเน้นในเรื่องการป้องกันการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ โดยจะเริ่มฝึกการขับถ่ายปัสสาวะโดยการสวนปัสสาวะเป็นครั้งคราว ร่วมกับการจำกัดน้ำดื่ม โดยควบคุมน้ำดื่มประมาณ 2,000 – 2,500 มิลลิลิตร/วันพยาบาลต้องดูแลประเมินการขับถ่ายปัสสาวะของผู้ป่วย ไม่ให้มีการอุดกั้นของปัสสาวะสำหรับการฝึกการขับถ่ายอุจจาระจะเริ่มเมื่อผู้ป่วยพ้นจากภาวะช็อคจากไขสันหลังแล้ว โดยการให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารที่มีกากมาก ดื่มน้ำวันละประมาณ 2,000 – 2,500 มิลลิลิตรและอาจต้องดูแลให้ยาระบายอ่อนๆ ก่อนนอนตามแผนการรักษาของแพทย์ เพื่อให้อุจจาระอ่อนตัว ฝึกการถ่ายให้เป็นเวลา (2.5) การป้องกันการเกิดแผลกดทับ ผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่กระดูกสันหลังมักจะเกิดแผลกดทับง่าย โดยเฉพาะผู้ที่ได้รับบาดเจ็บที่กระดูกสันหลังระดับคอและเป็นอัมพาตแบบสมบูรณ์ พยาบาลต้องดูแลเรื่องความสะอาดของผิวหนังและเช็ดให้แห้ง พลิกตะแคงตัวให้ผู้ป่วยทุก 2 ชั่วโมง สังเกตรอยแดงตามบริเวณต่างๆ รวมทั้งการดูแลให้ผู้ป่วยได้รับอาหารอย่างเพียงพอ โดยเฉพาะพวกโปรตีน วิตามินและแร่ธาตุต่างๆ (2.6) การดำรงไว้ซึ่งการทำหน้าที่ของระบบประสาทอัตโนมัติ ในผู้ป่วยที่มีการบาดเจ็บของกระดูกสันหลังเหนือระดับ T_6 ขึ้นไป มักจะพบภาวะ reflex อัตโนมัติ sympathetic ผิดปกติเมื่อมีการกระตุ้นอย่างรุนแรงและร่างกายไม่สามารถควบคุมได้ ผู้ป่วยจะมีอาการปวดศีรษะมาก กระสับกระส่าย เหงื่อออกบริเวณใบหน้าและศีรษะหน้าแดง ความดันโลหิตสูงเฉียบพลัน ถ้าไม่ได้รับการรักษาทันท่วงทีผู้ป่วยจะไม่รู้สึกตัว ชักและเสียชีวิตได้ เมื่อเกิดอาการเหล่านี้พยาบาลจะต้องดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยทันที (2.7) การดูแลทางด้านจิตใจ จิตสังคมและจิตวิญญาณ เนื่องจากผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่กระดูกสันหลังและไขสันหลังมักจะมีการเปลี่ยนแปลงของสภาพร่างกายและสูญเสียความสามารถในหลายๆ ด้าน ส่งผลทำให้เกิดปัญหาทางด้านจิตใจตามมาเสมอ พยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยต้องคอยช่วยประคับประคองผู้ป่วย ให้กำลังใจผู้ป่วย ให้เวลาและสนใจรับฟังปัญหาต่างๆ ของผู้ป่วย อธิบายให้ผู้ป่วยรับทราบทุกครั้งก่อนให้การพยาบาล เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติได้ซักถามปัญหาข้อสงสัยต่างๆ รวมทั้งตอบข้อซักถามของผู้ป่วยและญาติด้วยคำพูดที่เข้าใจง่าย และ(2.8) การดำรงไว้ซึ่งการทำหน้าที่ของสภาพร่างกาย เมื่อผู้ป่วยพ้นภาวะวิกฤตแล้วจะต้องการฟื้นฟูสภาพร่างกายเพื่อให้สภาพร่างกายผู้ป่วยกลับมาสู่สภาพที่เหมือนเดิมมากที่สุด โดยมุ่งเกี่ยวกับการป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ เช่น การเกิดแผลกดทับ ข้อติดแข็ง รวมทั้งการมุ่งเน้นให้ผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองให้ได้มากที่สุด สามารถเคลื่อนไหวร่างกายและฝึกทักษะในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่างๆ

กรณีศึกษา

ข้อมูลทั่วไป ผู้ป่วยหญิงไทยอายุ 59 ปี เชื้อชาติ ไทย สัญชาติ ไทย ศาสนา พุทธ สถานภาพ หม้าย ระดับการศึกษา จบชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 อาชีพ รับจ้าง

วันที่รับไว้ในโรงพยาบาล 17 เมษายน 2559

การวินิจฉัยเมื่อแรกรับ C_{5-6} bilateral facet dislocation with spinal shock

การวินิจฉัยครั้งสุดท้าย C_{5-6} bilateral facet dislocation with spinal shock with complete cord injury with pneumonia

อาการสำคัญ พลัดตกลงมาจากต้นมะม่วง ก่อนมาโรงพยาบาล 1 ชั่วโมง

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน 1 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล ผู้ป่วยปีนต้นมะม่วงเพื่อสอยมะม่วงแต่พลัดตกลงมาความสูงประมาณ 2 เมตร บริเวณลำคอกระแทกโอ่งน้ำไม่ทราบสลบไปนานเท่าไร ปวดต้นคอ แขนขาชา ขยับไม่ได้ มีแผลฉีกขาดที่ศีรษะ ญาติไปพบจึงรีบพาส่งโรงพยาบาล

แรกรับที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินเวลา 10.10 น. ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี E_4 V_5 M_3 ถามตอบรู้เรื่อง รูม่านตาทั้ง 2 ข้างเท่ากัน ขนาดเส้นผ่าศูนย์กลาง 3.0 มิลลิเมตร มีปฏิกิริยาตอบสนองต่อแสงปกติ อัตราการหายใจ 22 ครั้ง/นาที ชีพจร 80 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 110/70 มิลลิเมตรปรอท บริเวณศีรษะด้านหลังมีแผลฉีกขาดแผลยาวประมาณ 4 เซนติเมตร แผลมีเลือดซึม บ่นปวดต้นคอและไหล่ข้างซ้ายมาก มีอาการชาที่บริเวณแขนขาทั้ง 2 ข้าง แพทย์ให้เปิดเส้นเลือดดำด้วย 0.9% NaCl 1,000 ml iv drip 100 ml./hr. พร้อมทั้งเจาะเลือดส่งตรวจหาค่า CBC, BUN, creatinine, electrolyte เย็บแผลที่บริเวณศีรษะด้านหลัง 6 เข็ม, ใส่สายสวนปัสสาวะ และงดน้ำงดอาหารผู้ป่วยไว้ก่อน แล้วส่งผู้ป่วยไป film C–spine พบว่ามี C_{5-6} bilateral facet dislocation ส่งปรึกษาแพทย์เฉพาะทางด้านออร์โธปิดิกส์ ต่อมาเวลา 13.10 น. ชีพจร 66 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 80/50 มิลลิเมตรปรอท อัตราการหายใจ 24 ครั้ง/นาที แพทย์ให้ load IVF 500 ml หลังให้ครบความดันโลหิตขึ้นเป็น 90/60 มิลลิเมตรปรอท แพทย์จึงให้ส่งผู้ป่วยไปรับการรักษาต่อที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง

ที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง ผู้ป่วยรู้สึกตัว E_4 V_5 M_3 รูม่านตาทั้ง 2 ข้างเท่ากัน ขนาดเส้นผ่านศูนย์กลาง 3.0 มิลลิเมตร มีปฏิกิริยาตอบสนองต่อแสงปกติ แผลที่บริเวณศีรษะด้านหลังมีเลือดซึมเล็กน้อย บ่นปวดต้นคอและไหล่ข้างซ้ายมาก มีอาการชาบริเวณแขนขาทั้ง 2 ข้าง กระสับกระส่าย อัตราการหายใจ 24 – 28 ครั้ง/นาที อุณหภูมิร่างกาย 36.2 องศาเซลเซียส ชีพจร 90 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 90/60 มิลลิเมตรปรอท แพทย์เฉพาะทางด้านออร์โธปิดิกส์มาตรวจเยี่ยมอาการให้ Methylprednisolone 2,000 มิลลิกรัม + NSS 100 มิลลิลิตร iv drip ใน 30 นาที หลัง drip หมดแล้วให้เว้น 30 นาทีแล้วจึงให้ต่อด้วย Methylprednisolone 2,000 มิลลิกรัม+NSS 500 มิลลิลิตร iv drip ใน 6 ชั่วโมง x 4 ขวด on cervical traction ถ่วงน้ำหนัก 6 กิโลกรัม record ความดันโลหิตทุก 1 ชั่วโมง record urine output ทุก 2 ชั่วโมง

ถ้า systolic BP<90 มิลลิเมตรปรอท urine output < 60 มิลลิลิตร/2 ชั่วโมง ให้รายงาน สั่ง Paracetamol 300 มิลลิกรัม ฉีดเข้ากล้ามเนื้อเวลาปวดทุก 6 ชั่วโมง ให้ Cefazolin 1 กรัม และ Ranidine 50 มิลลิกรัม ฉีดเข้าหลอดเลือดดำทุก 6 ชั่วโมง

ปัญหาและกิจกรรมการพยาบาลที่สำคัญ

1. ปัญหาและกิจกรรมการพยาบาลแรกรับ

ปัญหาที่ 1 ผู้ป่วยมีภาวะช็อคจากไขสันหลัง

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยพลัดตกลงมาจากต้นมะม่วง ลำคอกระแทกโอ่งน้ำ Film C – spine พบ C_{5-6} bilateral facet dislocation
2. ผู้ป่วยกระสับกระส่าย หายใจเหนื่อยหอบ อัตราการหายใจ 24 – 28 ครั้ง/นาที ชีพจร 90 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 90/60 มิลลิเมตรปรอท
3. กล้ามเนื้อแขนขา 2 ข้างอ่อนแรง แขนข้างขวา motor power grade 2 แขนข้างซ้าย motor power grade1 และขาทั้ง 2 ข้าง motor power grade 0 มีอาการชาตั้งแต่ใต้ราวนมถึงปลายเท้าทั้ง 2 ข้าง
4. ปัสสาวะเองไม่ได้, balbocavernosus reflex negative, perianal sensation negative

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินภาวะSpinal shock โดยตรวจวัดสัญญาณชีพ, Neurological signs, monitor EKG และ O_2 saturationเพื่อประเมินสภาพผู้ป่วยและรายงานแพทย์รับทราบทันที เมื่อพบอาการเปลี่ยนแปลงที่ผิดปกติ[7]
2. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษาของแพทย์
3. จัดให้ผู้ป่วยนอนราบไม่หนุนหมอน ยกปลายเท้าสูง พร้อมทั้งดูแลให้ออกซิเจนcannula 5 ลิตร/นาที เพื่อเพิ่มปริมาณออกซิเจนไหลเวียนในร่างกาย
4. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาที่ช่วยลดอาการบวมของประสาทไขสันหลังตามแผนการรักษาของแพทย์ พร้อมทั้งสังเกตอาการข้างเคียงของยา
5. สังเกตและบันทึกจำนวนปัสสาวะทุก 1 ชั่วโมง
6. จัดเตรียมอุปกรณ์ต่างๆ ในการช่วยชีวิตผู้ป่วยไว้ข้างเตียงและอยู่ในสภาพพร้อมที่จะใช้งาน เพื่อที่จะได้ให้การช่วยเหลือผู้ป่วยเมื่อเกิดภาวะฉุกเฉินได้อย่างทันท่วงที

การประเมินผลการพยาบาล ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ชีพจรอยู่ในช่วง 80-90 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 24–28 ครั้ง/นาที ความดันโลหิตในช่วง 90/60–100/60 มิลลิเมตรปรอท กล้ามเนื้อแขนขาอ่อนแรง motor power เหมือนเดิม มีอาการชาตั้งแต่ใต้ราวนมถึงปลายเท้าทั้ง 2 ข้างเหมือนเดิม ปัสสาวะเองไม่ได้ต้องใส่สายสวนปัสสาวะคาไว้

ปัญหาที่ 2 ญาติมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วย เกรงว่าจะผู้ป่วยจะเป็นอันตรายถึงแก่ชีวิต

ข้อมูลสนับสนุน

1. บุตรชายมีสีหน้าวิตกกังวล คอยซักถามตลอดว่าแม่จะเป็นอย่างไร

2. บุตรชายมีสีหน้าท่าทางวิตกกังวลเพิ่มมากขึ้น หลังจากแพทย์แจ้งว่าผู้ป่วยมีการเคลื่อนที่ของกระดูกสันหลังและไขสันหลังได้รับบาดเจ็บ

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินการรับรู้สถานการณ์ และภาวะความวิตกกังวลของญาติและครอบครัว

2. สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับญาติผู้ป่วย ติดต่อสื่อสารกับญาติผู้ป่วยด้วยความเต็มใจและมีความอดทนในการติดต่อสื่อสาร เปิดโอกาสให้ญาติผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึกต่างๆ รับฟังปัญหาและความรู้สึกของญาติผู้ป่วยด้วยความสนใจ เข้าใจและเห็นอกเห็นใจ

3. อธิบายเกี่ยวกับพยาธิสภาพของโรคและขั้นตอนของการรักษาพยาบาลพอสังเขปให้ญาติผู้ป่วยได้รับรู้และเข้าใจ พร้อมทั้งตอบข้อซักถามต่างๆ ของญาติด้วยภาษาและคำพูดที่เข้าใจง่าย รวมทั้งอธิบายและให้ความมั่นใจกับญาติผู้ป่วยว่า ผู้ป่วยจะได้รับการรักษาพยาบาลที่ดีที่สุดและปลอดภัย

4. สนับสนุนให้กำลังใจแก่ญาติผู้ป่วย ให้ความเป็นกันเอง แสดงความสนใจและให้การดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด คอยสอบถามและสังเกตความต้องการของผู้ป่วยและญาติอย่างสม่ำเสมอ เพื่อสร้างความมั่นใจให้กับญาติผู้ป่วยว่า ผู้ป่วยจะไม่ถูกทอดทิ้ง จะมีพยาบาลคอยดูแลและพร้อมที่จะให้ความช่วยเหลืออยู่ตลอดเวลา

5. ก่อนให้การพยาบาลทุกครั้ง จะต้องอธิบายให้ผู้ป่วยและญาติรับทราบจุดประสงค์ และขั้นตอนต่างๆ เพื่อลดความหวาดกลัว ความวิตกกังวลและให้ความร่วมมือ

การประเมินผลการพยาบาล

ญาติผู้ป่วยมีสีหน้าสดชื่นขึ้น ผ่อนคลายความวิตกกังวลลง มีความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับโรครวมทั้งขั้นตอนของการรักษาพยาบาลมากขึ้น แพทย์และพยาบาลได้อธิบาย รวมทั้งตอบข้อซักถามของญาติผู้ป่วยเป็นระยะๆ จนญาติผู้ป่วยเกิดความเข้าใจและมั่นใจในแผนการรักษาพยาบาลและให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาลเป็นอย่างดี

2. ปัญหาและกิจกรรมการพยาบาลต่อเนื่อง

ปัญหาที่ 1 เสี่ยงต่อภาวะเนื้อเยื่อของร่างกายได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอ จากการเป็นอัมพาตของกล้ามเนื้อที่ช่วยในการหายใจ เนื่องจากประสาทไขสันหลังถูกทำลายเพิ่มมากขึ้น

กิจกรรมการพยาบาล

1. ดูแลให้ O_2 cannula 5 ลิตร/นาที เพื่อเพิ่มปริมาณออกซิเจนไหลเวียนในร่างกาย

2. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการยืดกระดูกให้อยู่นิ่งๆ โดยการจัดให้ผู้ป่วยนอนหงายราบ ท่าตรงและดูแลเครื่องดึงกะโหลกศีรษะ ให้น้ำหนักถ่วงอย่างต่อเนื่อง

3. ตรวจวัดสัญญาณชีพ ระดับความรู้สึกตัว ลักษณะสีผิวของผู้ป่วย ความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดทุก 1 ชั่วโมง เพื่อประเมินสภาพผู้ป่วยและรายงานแพทย์รับทราบเมื่อพบว่ามีการเปลี่ยนแปลงที่ผิดปกติ

4. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการพักผ่อนอย่างเต็มที่ โดยการจัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสม ปราศจากเสียงรบกวนและอากาศถ่ายเทสะดวก งดสิ่งกระตุ้นหรือการรบกวนผู้ป่วยโดยไม่จำเป็น เพื่อลดการใช้ออกซิเจนของร่างกาย

การประเมินผลการพยาบาล

18 - 30 เมษายน 2559 ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี หายใจเหนื่อยเล็กน้อย ไม่มีอาการหายใจลำบาก อัตราการหายใจ 24–28 ครั้ง/นาที ต่อมาช่วงวันที่ 1–5 พฤษภาคม ผู้ป่วยมีอาการหายใจลำบาก หายใจเหนื่อยหอบเป็นพักๆ อัตราการหายใจ 28–30 ครั้ง/นาที ชีพจร 88-92 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 90/60 – 100/70 มิลลิเมตรปรอท ความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 93 - 94% แพทย์ออร์โธปิดิกส์สงสัยว่า ผู้ป่วยอาจจะมีภาวะอัมพาตของกล้ามเนื้อช่วยหายใจ เนื่องจากประสาทไขสันหลังถูกทำลายเพิ่มมากขึ้น จึงส่งปรึกษาแพทย์เฉพาะทางด้านหู คอ จมูก เพื่อพิจารณาเจาะคอให้แก่ผู้ป่วย และได้ทำการเจาะคอให้ผู้ป่วยในวันที่ 6 พ.ค. 59 หลังเจาะคอ ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี หายใจเหนื่อยหอบเล็กน้อย on O_2 T-piece 10 ลิตร/นาที อัตราการหายใจอยู่ในช่วง 24–28 ครั้ง/นาที ชีพจร 80–88 ครั้ง/นาที ความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 96-98% ต่อมาวันที่ 9 พ.ค. 59 หายใจดีขึ้นไม่เหนื่อยจึงลดออกซิเจนเหลือ8 ลิตร/นาที อัตราการหายใจอยู่ในช่วง 22–24 ครั้ง/นาที ความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 95-96%

ปัญหาที่ 2 มีภาวะติดเชื้อที่ปอด

กิจกรรมการพยาบาล

1. ลดอุณหภูมิร่างกาย เพื่อความสุขสบายของผู้ป่วยและลดการใช้พลังงานของร่างกาย โดย

1.1 ดูแลเช็ดตัวลดไข้และ/หรือให้ยาตามแผนการรักษาเมื่ออุณหภูมิร่างกายเกิน 38 องศาเซลเซียส

1.2 ดูแลให้สารน้ำทางปากและทางหลอดเลือดดำ เพื่อทดแทนน้ำที่สูญเสียไป

1.3 ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการพักผ่อนอย่างเต็มที่ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ เพื่อลดการใช้พลังงาน

2. ล้างมือก่อนและหลังให้การพยาบาลผู้ป่วยทุกครั้ง เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ

3. ดูแลดูดเสมหะในปากและลำคอ พร้อมทั้งสังเกตจำนวน ลักษณะสีและกลิ่น รวมทั้งดูแลทำความสะอาดปากและฟันให้ผู้ป่วย เพื่อลดการสะสม การแพร่กระจายของเชื้อโรคและทำให้ผู้ป่วยสุขสบายขึ้น

4. ดูแลเปลี่ยนสายออกซิเจนและอุปกรณ์การให้ออกซิเจนทุกครั้งเมื่อสกปรก เพื่อป้องกันการสะสมและการแพร่กระจายของเชื้อโรค

5. ดูแลให้ยา antibiotic ตามแผนการรักษาของแพทย์ พร้อมทั้งสังเกตอาการข้างเคียงของยา

6. ตรวจวัดสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมงและประเมินสภาพผู้ป่วยเป็นระยะๆ เมื่อพบสิ่งผิดปกติเหล่านี้จะต้องรีบรายงานให้แพทย์รับทราบทันที เช่น อาการไข้หนาวสั่นร่วมกับสีและกลิ่นของเสมหะที่เปลี่ยนแปลง

7. ติดตามประเมินความก้าวหน้าของภาวะการติดเชื้อ โดยติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ ผลการตรวจ complete blood count (CBC) และติดตามผลการถ่ายภาพรังสีทรวงอกเป็นระยะๆ

การประเมินผลการพยาบาล

24-30 เมษายน 2559 ผู้ป่วยยังมีไข้สูงตลอด อุณหภูมิร่างกายอยู่ในช่วง 38-39 องศาเซลเซียส ชีพจร 88-96 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 24-28 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 90/60-100/60 มิลลิเมตรปรอท เสมหะในปากและลำคอมีจำนวนมากขึ้น เริ่มเปลี่ยนจากสีขาวมาเป็นสีเหลืองข้นและเริ่มมีกลิ่นเหม็น แพทย์จึงสั่งถ่ายภาพรังสีทรวงอก และเจาะเลือดส่งตรวจ CBC ซ้ำในวันที่ 28 เมษายน 2559 ผลภาพรังสีพบว่าผู้ป่วยมี infilltration ที่ปอดซ้ายส่วนล่างเพิ่มมากขึ้นและผลการตรวจ CBC พบมีเซลล์เม็ดเลือดขาวเพิ่มขึ้น จึงปรับเปลี่ยนยาปฏิชีวนะ วันที่ 1-11 พฤษภาคม 2559 ผู้ป่วยยังมีไข้ต่ำๆ อุณหภูมิร่างกายอยู่ในช่วง 37.5–38 องศาเซลเซียส ชีพจร 80- 90 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 22-28 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 90/60 - 100/60 มิลลิเมตรปรอท เสมหะในปากและลำคอสีเปลี่ยนมาเป็นสีขาวข้น จำนวนลดน้อยลง และไม่มีกลิ่นเหม็น ผลการถ่ายภาพรังสีในวันที่ 11 พฤษภาคม 2559 พบ infilltration ที่ปอดซ้ายส่วนล่างลดน้อยลงและผลการตรวจ CBC ในวันที่ 11 พฤศจิกายน 2559 ก็พบว่ามีเซลล์เม็ดเลือดขาวและ neutrophil ลดลง

ปัญหาที่ 3 มีโอกาสเกิดแผลกดทับได้ง่าย เนื่องจากผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองไม่ได้

กิจกรรมการพยาบาล

1. ทำความสะอาดร่างกายผู้ป่วยวันละ 2 ครั้ง เช้า – เย็นหรือทุกครั้งที่ผู้ป่วยมีการขับถ่ายอุจจาระและปัสสาวะและ/หรือเมื่อพบว่า ร่างกายสกปรกและเปียกชื้น หลังทำความสะอาดร่างกายให้ใช้โลชั่นทาผิวหนังบริเวณที่แห้งหรือบริเวณที่เสียดสีกับที่นอน

2. ดูแลเสื้อผ้า ผ้าปูที่นอน ที่รองรับผู้ป่วยให้เรียบตึง แห้งและสะอาดอยู่เสมอ

3. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับอาหารและน้ำอย่างเพียงพอตามแผนการรักษาของแพทย์

4. ประเมินสภาพผิวหนังผู้ป่วยและบันทึกผลการประเมิน รวมทั้งมีการติดตามเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่อง

5. ดูแลพลิกตะแคงตัวผู้ป่วยในลักษณะพลิกไปทั้งตัวและช่วยเปลี่ยนท่าให้ผู้ป่วยทุก 2 ชั่วโมง ใช้ผ้าหรืออุปกรณ์ในการรองตัวผู้ป่วย เมื่อต้องเปลี่ยนแปลง position ห้ามลากหรือดึงผู้ป่วย เพื่อป้องกันการเสียดสีของผิวหนังกับที่นอน รวมทั้งให้การพยาบาลผู้ป่วยด้วยความนุ่มนวล

6. ดูแลใส่อุปกรณ์เสริมต่างๆ เช่น ที่นอนลมหรือที่นอนฟองน้ำให้แก่ผู้ป่วย รวมทั้งใช้หมอนหรือผ้านุ่มๆ หนุนบริเวณปุ่มกระดูกต่างๆ เพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ

การประเมินผลการพยาบาล

26–28 เมษายน 2559 ผู้ป่วยมีไข้สูง อุณหภูมิร่างกายอยู่ในช่วง 38.5–39.5 องศาเซลเซียสมีแผลหนังถลอกที่บริเวณก้นกบขนาดเส้นผ่านศูนย์กลางประมาณ 2 เซนติเมตร วันที่ 29–30 เมษายน 2559 ผู้ป่วยยังมีไข้สูงและมีเหงื่อออกมาก อุณหภูมิร่างกายอยู่ในช่วง 38-39 องศาเซลเซียส แผลที่บริเวณก้นกบขยายขนาดใหญ่ขึ้นกว่าเดิมและลึกขึ้น และวันที่ 1–11 พฤษภาคม 2559 ไข้ลดลง อุณหภูมิร่างกายอยู่ในช่วง 37.5–38 องศาเซลเซียส แผลที่บริเวณก้นกบมีขนาดเท่าเดิม แผลแดงดี มี discharge สีเหลืองๆ ซึม เล็กน้อย

ปัญหาที่ 4 มีการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ

กิจกรรมการพยาบาล

1. ลดอุณหภูมิร่างกาย เพื่อความสุขสบายของผู้ป่วยและลดการใช้พลังงานของร่างกาย โดย

1.1 ดูแลเช็ดตัวลดไข้และ/หรือให้ยาตามแผนการรักษาเมื่ออุณหภูมิร่างกายสูงเกิน 38 องศาเซลเซียส

1.2 ดูแลให้สารน้ำทางปากและทางหลอดเลือดดำ เพื่อทดแทนน้ำที่สูญเสียไปและกระตุ้นให้ผู้ป่วยดื่ม น้ำอย่างน้อย 2,000 – 2,500 มิลลิลิตร/วัน

1.3 ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการพักผ่อนอย่างเต็มที่ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ เพื่อลดการใช้พลังงาน

2. ล้างมือก่อนและหลังให้การพยาบาลผู้ป่วยทุกครั้ง เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ

3. ดูแลทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ วันละ 2 ครั้ง เช้า-เย็น และทุกครั้งที่มีการขับถ่ายอุจจาระ

4. ดูแลให้ถุงรองรับปัสสาวะวางให้อยู่ในตำแหน่งที่ต่ำกว่าตัวผู้ป่วยเสมอ โดยการแขวนไว้ข้างเตียง เพื่อป้องกันไม่ให้ปัสสาวะไหลย้อนกลับเข้าไปในกระเพาะปัสสาวะ ซึ่งอาจจะทำให้เกิดการติดเชื้อเพิ่มได้

5. ดูแลสายสวนปัสสาวะและถุงรองรับน้ำปัสสาวะให้อยู่ในระบบปิดตลอดเวลา ไม่ควรถอดข้อต่อต่างๆ ออก ถ้าพบรอยรั่วหรือหลุดให้เปลี่ยนใหม่ทั้งหมดและใช้พลาสเตอร์ยึดสายปัสสาวะไว้ เพื่อไม่ให้เกิดการดึงรั้งท่อปัสสาวะ ซึ่งอาจจะทำให้เกิดการระคายเคืองเป็นแผลติดเชื้อได้ และดูแลให้ปัสสาวะไหลสะดวก ไม่มีการหักงอของสายสวนปัสสาวะ

6. ก่อนและหลังการเทปัสสาวะออกจากถุงรองรับปัสสาวะทุกครั้งจะต้องใช้ alcohol 70% เช็ดบริเวณปากถุง รวมทั้งดูแลปิด clamp ข้อต่อให้สนิท เพื่อป้องกันการสัมผัสกับสิ่งสกปรกและเชื้อโรคต่างๆ

7. ดูแลให้ยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษาของแพทย์ พร้อมทั้งสังเกตอาการข้างเคียงของยา

8. ตรวจวัดสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง โดยเฉพาะอุณหภูมิของร่างกาย พร้อมทั้งสังเกตอาการและประเมินสภาพของผู้ป่วย เมื่อพบสิ่งผิดปกติเหล่านี้จะต้องรีบรายงานให้แพทย์รับทราบทันที เช่น อาการไข้หนาวสั่นร่วมลักษณะของปัสสาวะที่เปลี่ยนแปลงไปจากเดิม

9. ประเมินความก้าวหน้าของการติดเชื้อ โดยติดตามผลการตรวจ CBCและผลการตรวจปัสสาวะ

การประเมินผลการพยาบาล

28–30 เมษายน 2559 ผู้ป่วยยังมีไข้สูงตลอด อุณหภูมิร่างกายอยู่ในช่วง 38-39 องศาเซลเซียส ชีพจร 88-96 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 24-28 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 90/60-100/60 มิลลิเมตรปรอท ปัสสาวะเป็นสีเหลืองเข้ม มีตะกอนสีขาวขุ่นเล็กน้อย วันที่ 1–11 พฤษภาคม 2559 ผู้ป่วยยังมีไข้ต่ำๆ อุณหภูมิร่างกายอยู่ในช่วง 37.5–38 องศาเซลเซียส ชีพจร 80- 90 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 22-28 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 90/60-100/60 มิลลิเมตรปรอท ปัสสาวะมีสีเหลืองจาง ไม่มีตะกอนคาสาย ผลการตรวจปัสสาวะซ้ำในวันที่ 11 พ.ค. 59 พบเซลล์เม็ดเลือดขาวลดลงเหลือ 5–10 cell/HPF และไม่พบแบคทีเรีย

สรุปกรณีศึกษา

ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 59 ปี เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย มารับการรักษาที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินเมื่อวันที่ 17 เมษายน 2559 เวลา 10.10 น. ด้วยอาการสำคัญ ผู้ป่วยพลัดตกจากต้นมะม่วง ลำคอกระแทกโอ่งน้ำ 1 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล แรกรับที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี E_4 V_5 M_3 ถามตอบรู้เรื่อง รูม่านตาทั้ง 2 ข้างเท่ากัน ขนาดเส้นผ่าศูนย์กลาง 3.0 มิลลิเมตร มีปฏิกิริยาตอบสนองต่อแสงปกติ อัตราการหายใจ 22 ครั้ง/นาที ชีพจร 80 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 110/70 มิลลิเมตรปรอท บริเวณศีรษะด้านหลังมีแผลฉีกขาดแผลยาวประมาณ 4 เซนติเมตร แผลมีเลือดซึม บ่นปวดต้นคอและไหล่ข้างซ้ายมากมี อาการชาที่บริเวณแขนขาทั้ง 2 ข้าง แพทย์ให้เปิดเส้นเลือดดำด้วย 0.9% NaCl 1,000 ml iv drip 100 ml./hr.พร้อมทั้งเจาะเลือดส่งตรวจหาค่า CBC, BUN, creatinine, electrolyte เย็บแผลที่บริเวณศีรษะด้านหลัง 6 เข็ม ใส่สายสวนปัสสาวะและงดน้ำงดอาหารผู้ป่วยไว้ก่อน เมื่อส่งผู้ป่วยไป film C–spine พบมี C_{5-6} bilateral facet dislocation จึงปรึกษาแพทย์เฉพาะทางด้านออร์โธปิดิกส์ ต่อมาเวลา 13.10 น.ชีพจร 66 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 80/50 มิลลิเมตรปรอท อัตราการหายใจ 24 ครั้ง/นาที แพทย์ให้ load IVF 500 ml หลังให้ครบความดันโลหิตขึ้นเป็น 90/60 มิลลิเมตรปรอท จึงให้ส่งผู้ป่วยไปรับการรักษาต่อที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง

ที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง ผู้ป่วยรู้สึกตัว E_4 V_5 M_3 รูม่านตาทั้ง 2 ข้างเท่ากัน ขนาดเส้นผ่านศูนย์กลาง 3.0 มิลลิเมตร มีปฏิกิริยาตอบสนองต่อแสงปกติ แผลที่บริเวณศีรษะด้านหลังมีเลือดซึมเล็กน้อย บ่นปวดต้นคอและไหล่ข้างซ้ายมาก มีอาการชาบริเวณแขนขาทั้ง 2 ข้าง กระสับกระส่าย อัตราการหายใจ 24–28 ครั้ง/นาที อุณหภูมิร่างกาย 36.2 องศาเซลเซียส ชีพจร 90 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 90/60 มิลลิเมตรปรอท แพทย์เฉพาะทางด้านออร์โธปิดิกส์ให้ Methylprednisolone 2,000 มิลลิกรัม+NSS 100 มิลลิลิตร iv drip ใน 30 นาที หลัง drip หมดให้เว้น 30 นาทีแล้วให้ Methylprednisolone 2,000 มิลลิกรัม+NSS 500 มิลลิลิตร iv drip ใน 6 ชั่วโมง x 4 ขวด, on cervical traction ถ่วงน้ำหนัก 6 กิโลกรัม, record ความดันโลหิตทุก 1 ชั่วโมง, record urine output ทุก 2 ชั่วโมง ถ้า systolic BP<90 มิลลิเมตรปรอท urine output < 60 มิลลิลิตร/2 ชั่วโมงให้รายงาน สั่ง Paracetamol 300 มิลลิกรัม ฉีดเข้ากล้ามเนื้อเวลาปวดทุก 6 ชั่วโมง ให้ Cefazolin 1 กรัม และ Ranidine 50 มิลลิกรัม ฉีดเข้าหลอดเลือดดำทุก 6 ชั่วโมง

หลังรับไว้ในความดูแลพบว่า ผู้ป่วยมีปัญหาเรื่องไข้สูง อุณหภูมิร่างกายอยู่ในช่วง 38–39 องศาเซลเซียส ผลการตรวจ CBC ในวันที่ 24 เมษายน 2559 พบเซลล์เม็ดเลือดขาว 15,300 cell/cu.mm., neutrophil 80.2% ผลภาพรังสีทรวงอกวันที่ 24 เมษายน 2559 พบว่า มี infilltration ที่ปอดซ้ายส่วนล่าง แพทย์จึงเริ่มให้ยาปฏิชีวนะเป็น Ceftriazone 2 กรัม+5% D/W 100 มิลลิลิตร ทางหลอดเลือดดำวันละ 1 ครั้ง วันที่ 25 เมษายน 2559 ผู้ป่วยเริ่มมีรอยแดงที่บริเวณก้นกบ ต่อมามีหนังถลอกและกลายเป็นแผลขยายขนาดใหญ่ขึ้นกว่าเดิมและลึกขึ้น แผลมี discharge สีเหลืองซึม ดูแลทำแผลให้เช้า–เย็นและทุกครั้งที่พบว่าสกปรก ต่อมาวันที่ 12 พฤษภาคม 2559 แผลที่บริเวณก้นกบก็มีขนาดเล็กลงและแผลเริ่มแห้งดี

วันที่ 28 เมษายน 2559 ผู้ป่วยยังมีไข้สูงตลอด แพทย์สั่งถ่ายภาพรังสีทรวงอกและเจาะเลือดส่งตรวจ CBC ซ้ำ รวมทั้งส่งตรวจปัสสาวะเพิ่ม ผลภาพรังสีพบมี infilltration ที่ปอดซ้ายส่วนล่างเพิ่มมากขึ้น และผลการตรวจ CBC มีเซลล์เม็ดเลือดขาวเพิ่มขึ้นเป็น 17,100 cell/cu.mm. และ neutrophil 85.8% ผลการตรวจปัสสาวะ พบเซลล์เม็ดเลือดขาว 20–30 cell/HPF, Bacteria moderate แพทย์จึงปรับเปลี่ยนยาปฏิชีวนะเป็น Fortum 1 กรัม ฉีดเข้าทางหลอดเลือดดำทุก 8 ชั่วโมง, Amikin 400 มิลลิกรัม+5% D/W 100 มิลลิลิตร หยดเข้าทางหลอดเลือดดำวันละ 1 ครั้งและClaforan 1 กรัม ฉีดเข้าทางหลอดเลือดดำทุก 8 ชั่วโมง

วันที่ 1 พฤษภาคม 2559 อุณหภูมิร่างกายอยู่ในช่วง 37.8–38.2 องศาเซลเซียส ผลภาพรังสีทรวงอกวันที่ 5 พฤษภาคม 2559 พบว่า infilltration ลดน้อยลง ผล CBC มีเซลล์เม็ดเลือดขาวลดลง., neutrophil ลดลง และผลการตรวจปัสสาวะซ้ำในวันที่ 5 พฤษภาคม 2559 พบเซลล์เม็ดเลือดขาวลดลง แต่ผู้ป่วยเริ่มมีอาการหายใจลำบาก หายใจเหนื่อยหอบเป็นพักๆ แพทย์ออร์โธปิดิกส์สงสัยว่า ผู้ป่วยอาจจะมีภาวะอัมพาตของกล้ามเนื้อช่วยหายใจ จากการที่ได้รับบาดเจ็บบริเวณกระดูกสันหลัง (C_{5-6} bilateral facet dislocation) และประสาทไขสันหลังถูกทำลายเพิ่มมากขึ้น จึงส่งผู้ป่วยปรึกษาแพทย์เฉพาะทางด้านหู คอ จมูก เพื่อพิจารณาทำการเจาะคอให้แก่ผู้ป่วย

วันที่ 6 พฤษภาคม 2559 ได้ทำการผ่าตัดเจาะคอให้แก่ผู้ป่วย หลังการเจาะคอในช่วง 1 – 2 วันแรก ผู้ป่วยยังมีอาการหายใจลำบาก หายใจเหนื่อยหอบเป็นพักๆ on O_2 T - piece 10 ลิตร/นาทีไว้ วันที่ 3 หลังการผ่าตัด ผู้ป่วยหายใจเหนื่อยเล็กน้อย อัตราการหายใจอยู่ในช่วง 22–24 ครั้ง/นาที ความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 96-98% เริ่ม try ลด O_2 T- piece ลงเหลือ 8 ลิตร/นาที

หลังจากผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นแล้วและสภาพผู้ป่วยพร้อมที่จะทำการผ่าตัด แพทย์ออร์โธปิดิกส์จึงได้ทำผ่าตัด discectomy C_5-C_6 with anterior fusion with triple wiring with posterior fusion ให้แก่ผู้ป่วยในวันที่ 13 พฤษภาคม 2559

หลังผ่าตัด ผู้ป่วยมีแผลผ่าตัดที่บริเวณต้นคอด้านหลังและมี radivac drain 2 สาย ต่อออกมาจากแผล แผลมีเลือดซึมเล็กน้อย ใส่เครื่องดึงกะโหลกศีรษะถ่วงน้ำหนัก 4 กิโลกรัมไว้ ผู้ป่วยมีอาการปวดแผลมาก กระสับกระส่าย ดูแลให้ Morphine 3 มิลลิกรัม dilute ฉีดเข้าหลอดเลือดดำช้าๆ เป็นช่วงๆ ต่อมาวันที่ 15 พฤษภาคม 2559 แพทย์พิจารณาให้ off Gardner Wells tongs ได้โดยเปลี่ยนเป็น on philadelphia collar แทนและให้ไขหัวเตียงสูง 30 องศา แผลผ่าตัดที่บริเวณต้นคอด้านหลังแห้งดี

radivac drain ทำงานดี ไม่มี content เพิ่ม แพทย์พิจารณาให้ off radivac drain ได้วันที่ 17 พฤษภาคม 2559

ในวันที่ 23 พฤษภาคม 2559 เวลา 10.30 น. แพทย์ได้อนุญาตให้ผู้ป่วยกลับบ้านได้ สภาพก่อนกลับบ้าน ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ช่วยเหลือตัวเองได้น้อย แขนขาทั้งสองข้างอ่อนแรง แขนข้างขวา motor power grade 2 แขนข้างซ้าย motor power grade 1 และขาทั้งสองข้าง motor power grade 0 มีแผลกดทับที่บริเวณก้นกบ ขนาดเส้นผ่าศูนย์กลาง 3 เซนติเมตร แผลเริ่มแห้ง on philadelphia collar ไว้ ไม่มีไข้ อุณหภูมิร่างกาย 37.3 องศาเซลเซียส ชีพจร 80 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 120/80 มิลลิเมตรปรอท

วิจารณ์

อุบัติเหตุเป็นเหตุการณ์ที่สามารถเกิดขึ้นได้กับทุกคน ทุกเพศและทุกวัยโดยที่ไม่ได้คาดคิดหรือเตรียมจิตใจมาก่อน อุบัติเหตุมักจะนำความเสียหายมาสู่ผู้ประสบอุบัติเหตุและครอบครัวเสมอไม่มากก็น้อย ไม่ว่าจะเป็นความทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวด การเสียเวลาในการทำงาน การสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลและความพิการต่างๆ ที่เกิดขึ้น รวมทั้งการเสียชีวิตของผู้ประสบอุบัติเหตุ ซึ่งอุบัติเหตุส่วนใหญ่สามารถที่จะป้องกันได้ เช่น อุบัติเหตุจากการทำงาน โดยการปฏิบัติงานด้วยความรอบคอบและระมัดระวังขณะปฏิบัติงานและอุบัติเหตุจากการจราจร โดยการขับขี่ยานพาหนะชนิดต่างๆ ด้วยความรอบคอบและระมัดระวัง ไม่ดื่มสุราหรือของมึนเมาขณะขับขี่และปฏิบัติตามกฎจราจรอย่างเคร่งครัด เป็นต้น

การบาดเจ็บของกระดูกสันหลังและไขสันหลังเป็นการบาดเจ็บอีกชนิดหนึ่งที่พบได้บ่อยรองจากการบาดเจ็บที่ศีรษะและเป็นสาเหตุสำคัญอีกสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ผู้ที่ได้รับบาดเจ็บเกิดความพิการและเสียชีวิตได้ การบาดเจ็บที่กระดูกสันหลังและไขสันหลังถึงแม้ว่าไขสันหลังจะไม่เสียหน้าที่ในขณะที่ได้รับบาดเจ็บ แต่โอกาสที่จะเสียหน้าที่อย่างเฉียบพลันของไขสันหลังมีได้ทุกขณะ ถ้าผู้ที่ได้รับบาดเจ็บได้รับการช่วยเหลือในการเคลื่อนย้ายที่ไม่ถูกวิธี กระดูกสันหลังที่เคลื่อนที่หรือหักไปกดทับประสาทไขสันหลัง ก็อาจทำให้ผู้ที่ได้รับบาดเจ็บเกิดภาวะทุพพลภาพตลอดชีวิตได้ การดูแลผู้ที่ได้รับบาดเจ็บบริเวณกระดูกสันหลังและไขสันหลังจึงต้องเริ่มต้นตั้งแต่การดูแลในที่เกิดเหตุ การนำส่งผู้บาดเจ็บที่ถูกวิธีและการให้การรักษาพยาบาลเบื้องต้นที่ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน สิ่งเหล่านี้สามารถจะช่วยลดปัญหาการบาดเจ็บของประสาทไขสันหลังที่อาจจะเกิดเพิ่มขึ้น

จากกรณีศึกษา พบว่า สาเหตุที่ทำให้ผู้ประสบอุบัติเหตุได้รับบาดเจ็บที่บริเวณกระดูกสันหลังส่วนคอและไขสันหลัง เกิดมาจากความประมาท เนื่องจากผู้ป่วยอายุมากแล้ว แต่กลับปีนต้นไม้ทำให้พลัดตกลงมาลำคอกระแทกโอ่งน้ำ ซึ่งจากอุบัติเหตุในครั้งนี้ส่งผลทำให้เส้นประสาทไขสันหลังของผู้ป่วยถูกทำลายอย่างถาวร (complete cord injury) ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ ผู้ป่วยต้องนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลเป็นเวลานาน ทำให้ผู้ป่วยและญาติเกิดความท้อแท้และเบื่อหน่าย ประกอบกับญาติยังทำใจให้ยอมรับสภาพของผู้ป่วยไม่ได้และยังขาดความรู้ในการดูแลผู้ป่วย ทำให้ละเลยการดูแลผู้ป่วย ส่งผลทำให้ผู้ป่วยรายนี้เกิดแผลกดทับที่ก้น ทำให้ผู้ป่วยเกิดความทุกข์ทรมานเพิ่มมากขึ้น พยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วย

รายนี้ต้องให้การดูแลทางด้านสังคมจิตใจของผู้ป่วยและญาติควบคู่กันไปด้วย รวมทั้งมีการดึงเอาบุคคลในครอบครัว เช่น บุตรเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยด้วย เพื่อที่จะช่วยเหลือกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้มีการฟื้นฟูสภาพร่างกายและจิตใจให้กลับคืนสู่สภาพปกติโดยเร็ว รวมทั้งการส่งเสริม สนับสนุนและให้กำลังใจแก่ผู้ป่วยและญาติด้วยโดยการใช้ความรู้ ความสามารถ ความอดทน ใช้เทคนิคและวิธีการต่างๆ ในการสอนสาธิตและให้คำแนะนำเกี่ยวกับวิธีการปฏิบัติต่างๆ ในการดูแลผู้ป่วยแก่ญาติ จนญาติผู้ดูแลเกิดความมั่นใจในการดูแล สามารถที่จะปฏิบัติและดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง ซึ่งในที่สุดผู้ป่วยรายนี้ก็สามารถกลับไปนอนพักรักษาตัวอยู่ที่บ้านได้โดยมีบุตรชายเป็นผู้ดูแล

ข้อเสนอแนะ

1. ในการดูแลผู้ป่วยพยาบาลจะต้องมีความรู้ ความสามารถในวินิจฉัยปัญหาและวางแผนให้การพยาบาลผู้ป่วยได้อย่างครอบคลุม สามารถสังเกตการเปลี่ยนแปลงและให้การช่วยเหลือผู้ป่วยกรณีภาวะวิกฤตฉุกเฉินได้อย่างถูกต้องรวดเร็ว โดยการศึกษาหาความรู้เพิ่มเติมอยู่เสมอ เพื่อที่จะได้นำความรู้ที่ได้รับมาใช้ในการดูแลผู้ป่วย นอกจากนี้หน่วยงานจะต้องมีการจัดอบรมฟื้นฟูความรู้ให้แก่เจ้าหน้าที่ทุกปี โดยเฉพาะในโรคหรือกลุ่มโรคที่เป็นความเสี่ยงสูง ค่าใช้จ่ายสูงหรือพบบ่อย

2. พยาบาลควรวางแผนเตรียมผู้ดูแลผู้ป่วยที่บ้านตั้งแต่แรกรับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาล เพื่อให้ผู้ดูแลผู้ป่วยได้รับการฝึกฝนทักษะต่างๆ ในการดูแลผู้ป่วยจนเกิดความชำนาญและสามารถที่จะให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง โดยมีรูปแบบการเตรียมที่ชัดเจน สามารถวัดและประเมินผลได้

เอกสารอ้างอิง

1. ศุภาพร รัตนสิริ. การพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลัง. งานการพยาบาลผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาล มหาราชนครเชียงใหม่[วันที่สืบค้น 22 พฤษภาคม 2559]เข้าถึงได้จาก http://www.med.cmu.ac.th /hospital/northo/2012/km-for-nurse/47-spinal-cord-injury-nursing-care.html.
2. วิวัฒน์ วจนะวิศิษฐ์. กระดูกหักและข้อเคลื่อนที่กระดูกสันหลัง (Fracture and Dislocation of the Spine). ออร์โธปิดิกส์ฉบับเรียบเรียงใหม่ครั้งที่ 3. กรุงเทพ: โฮลิสติก พับลิชชิ่ง. 2554; 213-402.
3. ศุภกิจ สงวนดีกุล. บาดเจ็บที่สันหลัง (SPINAL INJURY). [วันที่สืบค้น 25 พฤษภาคม 2559] เข้าถึงได้จาก http://www.ebrain1.com/hpinjspine.htm.
4. พงศธร ฉันทพลากร.การบาดเจ็บที่กระดูกสันหลัง (Axial Spine injury). [วันที่สืบค้น 6 มิถุนายน 2559] เข้าถึงได้จาก https://med.mahidol.ac.th/ortho/sites/default/files/public/file/pdf.
5. วรรณี สัตยวิวัฒน์.การพยาบาลผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์.ภาควิชาการพยาบาลศัลยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.กรุงเทพฯ.2551.
6. มัณฑนา เหมชะญาติ.การบาดเจ็บที่ไขสันหลัง. ใน: วรรณี ตปนียากร,บรรณาธิการ.การวางแผนและบันทึกทางการพยาบาล เล่ม 1พิมพ์ครั้งที่ 1.กรุงเทพ: ไอกรุ๊ป เพรส. 2552; 483-513.
7. สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสันหลัง สำหรับพยาบาล.กรุงเทพ. 2556.