



การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดหมอนรองกระดูกที่กดทับเส้นประสาทออกที่มีโรคร่วมหัวใจเต้นผิดจังหวะ
Nursing care of patients undergoing surgery for a herniated disc that is compressed
on a nerve and who have co-morbid heart arrhythmias.

จำเรียง ชื่นชมกลิ่น

Jamreang chunchomklin

(Received: September 04, 2023; Revised: September 25, 2023; Accepted: October 12, 2023)

บทคัดย่อ

บทนำ: โรคหมอนรองกระดูกเคลื่อนทับเส้นประสาท เป็นสาเหตุหลักของกลุ่มอาการปวดหลังร้าวลงขาส่งผลกระทบต่อร่างกายและจิตใจของผู้ป่วย การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยโรคหมอนรองกระดูกเคลื่อนกดทับเส้นประสาทที่มีโรคร่วมหัวใจเต้นผิดจังหวะที่รับประทุพลาละลายลิ่มเลือดและได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดหมอนรองกระดูกที่กดทับเส้นประสาทออก (Discectomy)

วิธีการศึกษา: การศึกษาครั้งนี้เป็นผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาด้วยโรคหมอนรองกระดูกเคลื่อนทับเส้นประสาทที่มีโรคประจำตัวเดิมคือหัวใจเต้นผิดจังหวะแบบพรีรับประทุพลาละลายลิ่มเลือด ของโรงพยาบาลสิงห์บุรี จำนวน 1 ราย เข้ารับการรักษาในวันที่ 8-18 เมษายน 2566 เป็นระยะเวลา 10 วัน เครื่องมือที่ใช้คือแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย เวชระเบียนผู้ป่วยใน การสัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติ และการเยี่ยมติดตามอาการทางโทรศัพท์ หลังจำหน่ายกลับบ้าน 1 สัปดาห์

ผลการศึกษา: กรณีศึกษา หญิงไทย อายุ 70 ปี มาโรงพยาบาลด้วยอาการสำคัญ ปวดหลังร้าวลงขาข้างขวา 3 วัน ก่อนมาโรงพยาบาลและให้ประวัติว่า 6 เดือนก่อน มีอาการปวดหลัง ร้าวลงขาข้างขวา ร่วมกับอาการชา รักษาต่อเนื่องที่โรงพยาบาลสิงห์บุรี อาการไม่ดีขึ้น 1 สัปดาห์ก่อน มีอาการปวดหลังร้าวลงขา เดินไม่ได้ มาพบแพทย์จึงนัดทำผ่าตัด

ระยะก่อนผ่าตัด: จากการซักประวัติพบว่าผู้ป่วยมีประวัติเป็นโรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดสมองตีบไม่มีแขนขาอ่อนแรง โรคเบาหวาน โรคหัวใจเต้นผิดจังหวะแบบหัวใจเต้นพรีว และโรคอ้วน และได้รับการวางแผนร่วมกันระหว่างวิสัญญีแพทย์และอายุรแพทย์เพื่อเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนการผ่าตัด

ระยะผ่าตัด: ขณะทำการผ่าตัด ชั่วโมงที่ 1 พบ ผู้ป่วยมีภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะแบบหัวใจเต้นพลิ้ว อัตราการเต้นของหัวใจ 150-162 ครั้งต่อนาที จึงให้ยาควบคุมจังหวะการเต้นของหัวใจทางหลอดเลือดดำส่วนปลาย หลังให้ยา 15 นาที อัตราการเต้นของหัวใจมีแนวโน้มลดลง 110-116 ครั้งต่อนาที

ระยะหลังการผ่าตัด 24 ชั่วโมงแรก: เข้ารักษาพยาบาลในห้องผู้ป่วยหนัก เนื่องจากมีภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ อัตราการเต้นของหัวใจ 98-102 ครั้งต่อนาที มีปริมาณเลือดออก 200 มิลลิลิตร เมื่อผู้ป่วยอาการคงที่ จึงย้ายมาหอผู้ป่วยสามัญ วางแผนเตรียมจำหน่าย และส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยแก่ทีมเวชกรรมสังคมเพื่อติดตามเยี่ยมบ้าน รวมระยะเวลาในโรงพยาบาล 10 วัน และนัดตรวจติดตามอาการ 2 สัปดาห์

สรุปผล: การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดหมอนรองกระดูกที่กดทับเส้นประสาทที่มีโรคร่วมหัวใจเต้นผิดจังหวะมีความยุ่งยากซับซ้อนพยาบาลห้องผ่าตัดจึงมีบทบาทสำคัญ ในการวางแผนการพยาบาลตามมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยระยะก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด และระยะหลังผ่าตัด เพื่อผลการผ่าตัดมีประสิทธิภาพ ผู้ป่วยปลอดภัยและไม่เกิด



ภาวะแทรกซ้อน

คำสำคัญ : การพยาบาล, หมอนรองกระดูกเคลื่อนทับเส้นประสาท, การผ่าตัดหมอนรองกระดูกที่กดทับเส้นประสาทออก

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลสิงห์บุรี email pangjee1@gmail.com โทรศัพท์ 086 6081286

Abstract

Introduction: Herniated disc disease It is the most common cause of back pain that radiates down the legs, affecting the patient's body and mind. Therefore it is necessary to receive care by using medicine. and surgery in cases where drug treatment fails. This article presents a case study with the objective of studying nursing care for patients with herniated discs and co-morbid heart rhythm arrhythmias who are taking blood thinners. and was treated with surgery to remove the disc that was pressing on the nerve (Discectomy).

Methods: This study involved patients admitted with a herniated disc. of Singburi Hospital, 1 case, period of 10 days, from the data recording form Inpatient medical records Interviewing patients and relatives Call to visit and follow up on symptoms

Results of the study: Case study of a 70-year-old Thai woman who came to the hospital with important symptoms. Back pain radiating down the right leg 3 days before coming to the hospital. History states that 6 months ago, there was back pain. down the right leg along with numbness Continued treatment at Singburi Hospital The doctor admitted him to the hospital for surgery. It was discovered that

During the preoperative period, the preoperative visit revealed that the patient had a history of high blood pressure. Stroke without limb weakness, diabetes, cardiac arrhythmias, and obesity. Before surgery, anesthesiologists and internists are consulted to help prepare the patient for surgery. Before surgery

During the surgery, it was found that there was an arrhythmia with a fluttering heart. heart rate 150-162 beats per minute beats per minute, requiring the use of heart rhythm control drugs through a peripheral vein. There were no immediate complications in the perioperative period.

The first 24 hours after surgery was admitted to the intensive care unit. Due to a heart arrhythmia Heart rate 98-102 beats per minute, blood volume 200 ml. and the amount of blood started to decrease the next day, so he was transferred to the general ward. Planning and preparation for distribution and refer patients to the social medicine team for follow-up home visits The doctor allowed him to go home. Total length of stay in hospital: 10 days, follow-up appointment for 2 weeks.



Conclusion: Nursing patients undergoing surgery for a herniated disc with coronary artery disease presents many complications, so operating room nurses play an important role. In planning nursing care according to patient care standards in the preoperative, intraoperative, and postoperative periods. for effective surgical results The patient was safe and did not experience any complications.

Keywords: nursing, herniated disc, surgery to remove the disc that is pressing on the nerve

บทนำ

โรคหมอนรองกระดูกเคลื่อนทับเส้นประสาท (Herniated nucleus pulposus: HNP) เป็นภาวะเสื่อมของกระดูกสันหลังและเคลื่อนออกผิดที่ทำให้เกิดการเบียดทับของเส้นประสาทโดยตรงและการอักเสบบริเวณโดยรอบ^{1,2} ทำให้เกิดอาการและอาการแสดงปวดขา ร้าวลงขาทำให้ไม่สามารถใช้ชีวิตประจำวันได้ตามปกติ^{3,4} อุบัติการณ์ที่พบปรับขึ้นตามอายุที่เพิ่มขึ้นโดยเฉพาะในกลุ่มอายุ 75 ถึง 79 ปี พบมาถึงร้อยละ 42.6⁵ โดยการดูแลรักษามีแนวทางหลักสองวิธีคือวิธีการอนุรักษ์กับวิธีการผ่าตัด⁶ วิธีการผ่าตัดได้รับการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง นอกจากการทำผ่าตัดเปิดช่องกระดูกสันหลัง ผ่าตัดโดยการใช้กล้องจุลทรรศน์ ซึ่งแผลมีขนาดเล็ก การฟื้นตัวของผู้ป่วยเร็วกว่าการผ่าตัดแบบเปิด จากสถิติของโรงพยาบาลสิงห์บุรีในปี 2563-2565 มีผู้ป่วยหมอนรองกระดูกที่กดทับเส้นประสาทออกที่ได้รับการผ่าตัด จำนวน 38,42 รายและ 46 รายตามลำดับ⁷ นอกจากนี้ผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัวหรือโรคร่วม เช่น โรคเบาหวาน โรคหัวใจหัวใจเต้นผิดจังหวะที่รักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือด จะมีความเสี่ยงสูงที่ก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อน ระหว่างการผ่าตัดหรือหลังการผ่าตัด เช่น การบาดเจ็บต่อเยื่อหุ้มสันหลัง⁸ ภาวะเลือดออกง่ายเสียเลือด ร้อยละ 51.2⁹ การติดเชื้อที่แผลผ่าตัด¹⁰ โดยผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาโรคทางออโรปีติกส์มีความเสี่ยงที่เสียชีวิตอย่างเฉียบพลัน คือภาวะลิ่มเลือดหรือลิ่มไขมันอุดตันที่หลอดเลือดดำ¹¹

ดังนั้นบทบาทพยาบาลในการผ่าตัดหมอนรองกระดูกที่กดทับเส้นประสาทออก โดยเฉพาะพยาบาลประจำห้องผ่าตัดมีหน้าที่การเตรียมผู้ป่วยให้พร้อมในการการผ่าตัด เช่นการจัดท่า การเตรียมเครื่องมือผ่าตัดครบถ้วน ต้องเป็นผู้ที่มีความรู้ขั้นตอนในการทำผ่าตัด คาดการณ์ล่วงหน้าการใช้เครื่องมือของแพทย์ และต้องส่งเครื่องมือผ่าตัด¹² ได้อย่างถูกต้องส่งผลให้การทำผ่าตัดมีประสิทธิภาพ และจดจำการใช้ผ้าซับโลหิตและอุปกรณ์ที่ใช้ทั้งหมด รวมถึงสังเกตติดตามอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยหากพบความผิดปกติต้องแก้ไขสถานการณ์ทันทีเพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้

วัตถุประสงค์



เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดหมอนรองกระดูกที่กดทับเส้นประสาทออกที่มีโรคร่วมหัวใจเด่น

ผิศจังหวะ

วิธีการศึกษา

ศึกษาโดยใช้กรณีศึกษาผู้ป่วยโรคหมอนรองกระดูกเคลื่อนทับเส้นประสาท โรงพยาบาลสิงห์บุรี จำนวน 1 ราย ระยะเวลา 10 วัน (ระหว่างวันที่ 8-18 เมษายน 2566) เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วยห้องผ่าตัด รวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยใน การสัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติ

กรณีศึกษา

ข้อมูลทั่วไป

ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 70 ปี สัญชาติไทย เชื้อชาติไทย สถานภาพสมรส อาชีพค้าขาย (ร้านขายของชำในหมู่บ้าน)

อาการสำคัญ

ปวดหลังร้าวลงขาข้างขวา 1 สัปดาห์ก่อนมาโรงพยาบาล

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน

6 เดือนก่อน มีอาการปวดหลัง ร้าวลงขาข้างขวา ร่วมกับอาการชา รักษาต่อเนื่องที่โรงพยาบาลสิงห์บุรี อาการปวดหลัง และชา ไม่ดีขึ้น 1 สัปดาห์ ก่อนมีอาการปวดหลัง มาตรวจตามนัดแพทย์วางแผนทำผ่าตัดหากอาการไม่ดีขึ้น มาตรวจครั้งนี้ยังมีอาการปวดหลัง ร้าวลงขา ลูกเดินไม่ได้ แพทย์ให้นอนโรงพยาบาลเพื่อทำการผ่าตัด

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต

ผู้ป่วยมีประวัติเป็นโรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดสมองตีบไม่มีแขนขาอ่อนแรง โรคเบาหวาน โรคหัวใจเด่นผิศจังหวะแบบหัวใจเด่นพรีว และโรคอ้วน รักษาต่อเนื่องโรงพยาบาลสิงห์บุรี โดยใ้ยารับประทาน

ประวัติเจ็บป่วยในครอบครัว

บิดาเป็นโรคความดันโลหิตสูง เสียชีวิตด้วยเส้นเลือดสมองแตก มารดาเป็นโรคหัวใจ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง เสียชีวิต ด้วยโรคไตวายเรื้อรังและติดเชื้อในกระแสเลือด มีพี่น้องสาว 1 คน เป็นโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ยังมีชีวิต

Physical examination

อุณหภูมิ 37.0 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 100 ครั้ง/นาที หายใจ 22 ครั้ง/นาที อัตราความดันโลหิต 138/92 มิลลิเมตรปรอท น้ำหนัก 80 กิโลกรัม ส่วนสูง 158 เซนติเมตร BMI 32.14 Kg/m²



หญิงไทย รูปร่างอ้วน สีผิวค่อนข้างคล้ำ ผมสั้นสีดำสลับขาวมีการกระจายของตัวของผมสม่ำเสมอ หนึ่ง
ศีรษะสะอาด ระดับความรู้สึกตัวดี GCS=E₄V₅M₆ ทำตามคำสั่งได้ Neuro signs Pupil 2.5 มิลลิเมตร
RTLBE Motor power แขนขา ทั้ง 2 ข้าง grade 5 ปวดร้าวลงขาข้างขวา มีอาการชา เดินไม่ไหวเนื่องจาก
อาการปวด Barthel Index = 60 คะแนน

Head: Hair: color black and white, short hair, no hair loss Scalp: normal shape, no lesion.

Face: no facial palsy, no mass, no lesion, no tenderness at both sinus area.

Eye: normal external configuration, eyebrow and eye lash present bilaterally, move
symmetry, conjunctiva clear no lesion not pale, sclera white, pupils 2.5 mm react to light
both eyes, Good visual acuity, visual field abnormal by confrontation, good eye
movements, corners & lens clear.

Cardiovascular: No cyanosis no barrel chest no jugular vein engorgement and no abnormal
pulsation at jugular vein Peripheral Pulse full irregular rate 100/min, normal heart sounds (S1, S2),
no murmur.

Lung: Normal breath sound. Lung clear no crepitation, no rhonchi and wheezing both lung.

Abdomen: Abdomen symmetric bilaterally, no lesions, no spider nevi, no peristalsis and abnormal
pulsation, bowel sounds 8/min, Abdomen soft no tenderness no guarding, no mass.

Neuro: Alertรู้สึกตัวดี ระดับ E₄V₅M₆, pupil 3 mm. RTLBE Motor power แขนขาทั้ง 2 ข้าง grade 5,
ปวดหลังร้าวลงขาขวา ร่วมกับอาการชา ตอบสนองต่อการทำให้เจ็บลดลง เดินไม่ไหว

การตรวจทางห้องปฏิบัติการ(8/8/2566)

Complete Blood Count: WBC 10.70 10³/uL, Hematocrit 32%, Platelet count 100,826
cells/ul ผลตรวจอยู่ในเกณฑ์ปกติ

Coagulopathy: Partial thromboplastin time 28.2 sec, Prothrombin time 18.6sec, INR 2.08
ผลตรวจมีค่าการแข็งตัวของเลือดสูงกว่าเกณฑ์ปกติ

Electrolyte: Sodium 135 mmol/ L, Potassium 4.6mmol/ L, Chloride 105 mmol/ L,
TCO₂ 21 mmol/L ผลตรวจอยู่ในเกณฑ์ปกติ

BUN: 36 mg/dl, creatinine 2.1 mg/dl, EGFR 48 mL/min/1.73m² ผลตรวจอยู่ในเกณฑ์ปกติ

Urine Examination: Red blood cell 0-1cell/HD, White blood cell 0-1 cell/HD ผลตรวจ
อยู่ในเกณฑ์ปกติ



การตรวจเฉพาะโรคอื่นๆ

วันที่ 8 กรกฎาคม 2566

MRI & MRA brain ผล: MRI พบการตีบของช่องไขสันหลังระดับ L4-L5 ที่เกิดจากหมอนรองกระดูกสันหลังเสื่อม (narrow disc space L4-5 with degenerative disc) และพบหมอนรองกระดูกแตกปูดออกมาเนื่องจากแรงกดจากการตีบของกระดูกสันหลังระดับที่ 4-5 (moderate paracentral disc protrusion associated with facet arthrodesis cause moderate spinal canal narrowing compression to left L5 root)

วันที่ 8 สิงหาคม 2566

1. การตรวจ Chest X-ray ผล: Normal, Lung Clear

2. การตรวจ ECG ผล: Atrial fibrillation Heart rate 100 ครั้งต่อนาที, non Valvular Plan

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและการวางแผนทางการพยาบาล

แบ่งตามระยะของการผ่าตัด ดังนี้

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลระยะก่อนผ่าตัด (Pre-Operative Visit)

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 1 ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัดและกลัวการผ่าตัด

ข้อมูลสนับสนุน S : ผู้ป่วยซักถามถึงการผ่าตัดและอาการหลังการผ่าตัด

O : ผู้ป่วยแสดงอาการวิตกกังวล มีสีหน้าเศร้าหมองไม่แจ่มใส

วัตถุประสงค์: เพื่อให้ผู้ป่วยคลายกังวลร่วมมือในการทำผ่าตัด

เกณฑ์การประเมินผล: ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวลลง สีหน้า น้ำเสียง ท่าทางแจ่มใสขึ้นและให้ความร่วมมือรับฟังคำอธิบายต่าง ๆ

กิจกรรมการพยาบาล

1. ศึกษาประวัติส่วนตัว ประวัติการเจ็บป่วย การรักษา จากการบันทึกรายงาน
2. สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและญาติโดยการแนะนำตัว แจ้งวัตถุประสงค์ของการมาเยี่ยม
3. ประเมินการรับรู้และความพร้อมในการเรียนรู้ของผู้ป่วย เพื่อวางแผนการพยาบาล
4. ให้ความรู้เกี่ยวกับโรค วิธีการผ่าตัดอย่างคร่าว ๆ และผลที่จะได้รับภายหลังโดย การผ่าตัดเป็นการรักษาและป้องกันความรุนแรงที่อาจเกิดขึ้นได้ หากทิ้งไว้อาการเจ็บป่วยอาจรุนแรงมากขึ้น

5. อธิบายถึงขั้นตอนการมารับผู้ป่วยไปห้องผ่าตัดในเวลาเช้าก่อนผ่าตัด โดยจะมีเปลคลุมด้วยผ้าสีเขียวและพนักงานเปลมารับผู้ป่วยไปยังห้องผ่าตัด เมื่อถึงห้องผ่าตัดจะต้องมีการเปลี่ยนเปล และนำผู้ป่วยเข้าไปยังห้องสำหรับทำผ่าตัดซึ่งเป็นห้องที่ได้รับการทำความสะอาดไว้เรียบร้อยแล้ว

6. เปิดโอกาสให้ซักถามและแสดงความคิดเห็นต่าง ๆ

การประเมินผลผู้ป่วยคลายความวิตกกังวลลง สีหน้า น้ำเสียง ท่าทางแจ่มใสขึ้นและให้ความร่วมมือรับฟังคำอธิบายต่าง ๆ



ประเมินผลการพยาบาล: ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวล นอนหลับได้ สีหน้า แจ่มใสขึ้นและให้ความร่วมมือในการเตรียมผ่าตัด ทราบข้อมูลการผ่าตัด

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 2 ขาดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด

ข้อมูลสนับสนุน S: ซักถามผู้ป่วยและญาติถึงการปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัดและหลังการผ่าตัด

วัตถุประสงค์: เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้การปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัดขณะรอผ่าตัดและหลังผ่าตัดที่ถูกต้อง

เกณฑ์การประเมินผล: ผู้ป่วยและญาติอธิบายถึงการปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัดและการดูแลหลังผ่าตัดได้

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินความพร้อมในการรับรู้ โดยประเมินทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ ค่านิยม ความเชื่อ เจตคติต่อการรักษาพยาบาล

2. ประเมินความรู้ของผู้ป่วยในเรื่องการปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัดและหลังผ่าตัดและให้การพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ห้องผ่าตัด

3. อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติให้เห็นความสำคัญของการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องก่อนผ่าตัด ดังนี้

3.1 การปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัด

- การทำความสะอาดร่างกาย ผิวหนัง ตัดเล็บให้สั้น

- อธิบายความสำคัญการงดน้ำและอาหารทางปากหลังเที่ยงคืนก่อนวันผ่าตัด

- ควรนอนหลับพักผ่อนให้เต็มที่ ถ้านอนไม่หลับควรแจ้งพยาบาลเพื่อหาแนวทางช่วยเหลือ

- ในเช้าวันผ่าตัด ผู้ป่วยต้องดูแลความสะอาดร่างกายอีกครั้งหนึ่งและเปลี่ยนเสื้อผ้าชุดที่จะไป

ห้องผ่าตัด

3.2 การปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด

- เมื่อผ่าตัดเสร็จ ผู้ป่วยจะได้รับการดูแลบาดแผลและให้นอนพักอย่างน้อย 8 ชั่วโมง

- หลังผ่าตัด 1-2 วัน ผู้ป่วยจะต้องนอนพักรักษาตัวในหอผู้ป่วยแผนกศัลยกรรมกระดูกและข้อ

ประเมินผลการพยาบาล: ผู้ป่วยและญาติสามารถอธิบายถึงการปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัดขณะรอผ่าตัดและการดูแลหลังผ่าตัดได้ถูกต้อง

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลขณะรอผ่าตัด (ห้องรอผู้ป่วยผ่าตัด)

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 1 มีโอกาสเกิดอุบัติเหตุจากการเคลื่อนย้าย

ข้อมูลสนับสนุน O: ผู้ป่วยขยับตัวได้ทีละน้อย มีสายให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ ปวดหลัง ทำให้การเคลื่อนไหวไม่สะดวก น้ำหนักตัวมาก

วัตถุประสงค์: เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากการบาดเจ็บเนื่องจากการเคลื่อนย้าย

เกณฑ์การประเมินผลผู้ป่วย: ได้รับความช่วยเหลือขณะเคลื่อนย้ายไม่เกิดอุบัติเหตุขณะรอผ่าตัด

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินความพร้อมในการพร้อมย้ายของผู้ป่วย

2. ตรวจสอบอุปกรณ์ที่จะช่วยเคลื่อนย้ายผู้ป่วยให้อยู่ในสภาพที่พร้อมจะใช้งาน



3. ย้ายผู้ป่วยโดยการลื้อคล้อเปลนอน/ยี่ดึให้เปลนอนทั้ง 2 คันช่วยเคลื่อนย้ายด้วยความนุ่มนวล

4. ตรวจสอบที่กั้นเตียงและยกที่กั้นเตียงขึ้นตลอดระยะเวลาที่ผู้ป่วยนอนรอในห้องผ่าตัด

การประเมินผลการพยาบาลผู้ป่วยได้รับการเคลื่อนย้ายอย่างปลอดภัยไม่เกิดอุบัติเหตุ

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 2 มีโอกาสเกิดภาวะ Hypothermia

ข้อมูลสนับสนุน S: ผู้ป่วยบอกว่าอากาศในห้องผ่าตัดเย็น

O: ห้องผ่าตัดเป็นห้องปรับอากาศอุณหภูมิต่ำ T = 20° C

วัตถุประสงค์: เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะ Hypothermia

เกณฑ์การประเมินผล: ผู้ป่วยได้รับการอบอุ่นร่างกายตลอดระยะเวลาการผ่าตัด ไม่เกิดภาวะ

Hypothermia- T 36.5.0-37.20°c

กิจกรรมการพยาบาล

1. จัดให้ผู้ป่วยนอนบนเตียงผ่าตัดที่มีฝารอง
2. ดูแลคลุมผ้าให้ผู้ป่วยในระยะก่อนผ่าตัดและเปิดเฉพาะส่วนที่ต้องทำความสะอาดผ่าตัด
3. ฝารองวางภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำ เช่น มีอุณหภูมิร่างกายต่ำกว่า 36°C, มีอาการตัวเย็น ขนลุกและหนาวสั่น,มีอาการเกร็งกระตุกของกล้ามเนื้อ แขน ขา หน้า หรือก้น

การประเมินผลการพยาบาลผู้ป่วยไม่มีภาวะ Hypothermiaในขณะรอผ่าตัด T 36.8.0-37.1°c

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 3 เสี่ยงต่อการบาดเจ็บ เนื่องจากการจัดทำ

ข้อมูลสนับสนุน O: ผ่าตัดนอนคว่ำบน Flame เป็นการผ่าตัดใหญ่ ใช้เวลานาน และผู้ป่วยมีน้ำหนักมาก

วัตถุประสงค์: เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการจัดทำเช่น การไหลเวียนเลือดไม่ดี การกดทับเส้นเลือดและเส้นประสาท

เกณฑ์การประเมินผล: ผู้ป่วยได้รับการSupport แขน หัวไหล่ หน้าอกสะโพกและเข่าไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการจัดทำ ไม่มีข้อไหลหลุด และไม่ทับเส้นเลือดและเส้นประสาท

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินความพร้อมของเตียงผ่าตัดและอุปกรณ์เสริมในการจัดทำผู้ป่วย ได้แก่ ฝานุ่ม สำหรับรองปุ่มกระดูก ผ้ายึดสำหรับพันแขนที่สะอาด เตียงผ่าตัด Fracture tableและ Flame
2. ประเมินสภาวะสุขภาพของผู้ป่วย และปัจจัยเสี่ยงในการจัดทำการลื้อค้บมต่างๆ ของเครื่องมือยึดโครงกระดูกและเตียงผ่าตัด Flame ให้แน่น มั่นคง
3. ร่วมกับแพทย์ในการวางแผนการจัดทำผู้ป่วยจัดทำผู้ป่วยนอนคว่ำบนFlame กางแขนทั้งสองข้างออกไปด้านศีรษะ ลำตัวยึดไว้ด้วยที่รัด รองเข่าด้วย jell

การประเมินผลการพยาบาล

ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการจัดทำ ไม่มีข้อไหลหลุด และไม่ทับเส้นเลือดและเส้นประสาท

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 4 มีโอกาสเสี่ยงต่อการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อจากการใช้เครื่องจี้ไฟฟ้า

ข้อมูลสนับสนุน O: ขณะผ่าตัดต้องใช้เครื่องจี้ไฟฟ้า ติดแผ่นสื่อ



วัตถุประสงค์: เพื่อผู้ป่วยปลอดภัยจากการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อจากการใช้เครื่องจี้ไฟฟ้า

เกณฑ์การประเมินผล: ผิวหนังของผู้ป่วยไม่มีรอยไหม้จากการใช้เครื่องจี้ไฟฟ้า

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินสภาพผิวหนังตรวจสอบว่าไม่มีอุปกรณ์ที่เป็นสื่อนำไฟฟ้าติดมากับผู้ป่วย
2. ปฏิบัติแผนการพยาบาลในการวางแผนสื่อ โดยพิจารณาเลือกแผ่นสื่อที่สมบูรณ์และขนาดเหมาะสมกับผู้ป่วยและวางแผนสื่อบริเวณที่พื้นผิวหนังกว้างและมีกล้ามเนื้อมาก ไม่มีขนบริเวณที่ใกล้หัวใจ และใกล้บริเวณที่ทำผ่าตัดมากที่สุด ในรายนี้วางแผนสื่อที่บริเวณน่องขวา

3. ประเมินเครื่องจี้ไฟฟ้า แผ่นสื่อ หัวจี้ สายจี้ และตรวจสอบวงจรไฟฟ้าว่าทำงานได้ดีและแผ่นสื่อให้ถูกต้องและปรับระดับความแรงของกำลังไฟฟ้าและหมวดให้เหมาะสมกับอวัยวะที่กำลังผ่าตัด

การประเมินผลการพยาบาลหลังเสร็จการผ่าตัดที่ผิวหนังของผู้ป่วยไม่มีรอยไหม้จากการใช้เครื่องจี้ไฟฟ้า

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 5 มีโอกาสเกิดอันตรายจากการเสียเลือดขณะทำผ่าตัดและหลังผ่าตัด

ข้อมูลสนับสนุน O: ลงมีดผ่าตัดตามรอยที่ทำเครื่องหมายจากชั้น Skin ผ่านชั้น Sub Cutaneous ถึงชั้น fat

O: ผู้ป่วยรับประทานยาละลายลิ่มเลือด Warfarin (CHA2DS2-VASc score 3 คะแนน)

หยุดยา 5 วัน

วัตถุประสงค์: 1. เพื่อลดปริมาณการเสียเลือดขณะทำผ่าตัดและทำให้ Surgical Field ชัดเจน

2. เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากการเสียเลือดหลังผ่าตัด

เกณฑ์การประเมินผล: 1. ไม่เกิดอันตรายจากการเสียเลือดหลังผ่าตัด (เสียเลือดน้อยกว่า 1 มิลลิลิตร)

2. ผู้ป่วยไม่ได้รับอันตรายจากการเสียเลือดขณะผ่าตัดและแพทย์สามารถมองเห็น

Field ผ่าตัดได้ชัดเจน

กิจกรรมการพยาบาล

1. เตรียมผู้ป่วยโดยการหยุดยารับประทานยา Warfarin ก่อนทำผ่าตัด 5 วัน และให้ Enoxaparin 0.6 ml ใต้ผิวหนังทุก 12 ชั่วโมง 2 วัน ก่อนผ่าตัด และฉีดครั้งสุดท้าย ก่อนผ่าตัด 12 ชั่วโมง

2. ติดตามค่า PT, INR keep INR \leq 1.2 หากพบสูงกว่า ต้องรายงานแพทย์

3. ประเมินลักษณะทางกายวิภาคของกระดูกสันหลังเลือกเครื่องมือให้ถูกต้องและเหมาะสมกับลักษณะกายวิภาคในทุกขั้นตอนของการผ่าตัด

4. ส่งสาย Suction พร้อมหัว Suction ให้แพทย์ผู้ช่วยผ่าตัด ดูดเลือดตามแนวแผลที่ผ่าตัด พร้อมทั้งตรวจดูการทำงานของ Suction ให้สามารถใช้งานได้ตลอดเวลา

5. เตรียมวัสดุห้ามเลือด clamps และวัสดุให้ผูกเย็บไว้ให้พร้อมและสามารถส่งใช้ได้ทันที และจัดเตรียมจี้ monopolar ไว้ให้พร้อมใช้ได้ทันที

6. สำรองจุดเลือดออกบริเวณที่ผ่าตัดใกล้เส้นเลือดตลอดการทำผ่าตัดและซับเลือดด้วยผ้าซับ

7. บันทึกปริมาณเลือดที่เสียขณะผ่าตัดลงในแบบบันทึกรายงานการผ่าตัด



การประเมินผลการพยาบาล

ข้อมูลจากประเมินการเสียเลือด พบมีการเสียเลือดขณะผ่าตัด 500 มิลลิลิตร และอีก 24 ชั่วโมง มีเลือดออก 200 มิลลิลิตร หลังจากนั้น ออกลดลง จนนำเอาสายระบายเลือดออก ใน 48 ชั่วโมง หลังผ่าตัด **ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 6** มีภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ แบบหัวใจเต้นพรีว

ข้อมูลสนับสนุน O: ขณะทำผ่าตัด ชั่วโมงที่ 1 พบ EKG เป็น Atrial fibrillation อัตราการเต้นของหัวใจ 150-162 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 101/60 มิลลิเมตรปรอท อัตราการหายใจ 18 ครั้งต่อนาที ค่าออกซิเจนที่ปลายนิ้ว 97%

วัตถุประสงค์: เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากหัวใจเต้นผิดจังหวะ

เกณฑ์การประเมินผล: 1. สัญญาณชีพอัตราการเต้นของหัวใจ 60-100 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 90/60-140/90 มิลลิเมตรปรอท อัตราการหายใจ 18-20 ครั้งต่อนาที ค่าออกซิเจนปลายนิ้ว 95-100%

กิจกรรมการพยาบาล: 1. ประเมินติดตาม EKG Monitor และสัญญาณชีพต่อเนื่อง ขณะผ่าตัดจนถึงหลังผ่าตัด ครบ 24 ชั่วโมง พบผิดปกติรายงานแพทย์

2. ดูแลให้ยาตามแผนการรักษา ให้ Amiodarone 150 มิลลิกรัม ผสมใน 0.9%NSS 100 มิลลิลิตร ให้ทางหลอดเลือดดำ ใน 30 นาที และให้ Amiodarone 300 มิลลิกรัม ผสมใน 0.9%NSS 100 มิลลิลิตร ให้ทางหลอดเลือดดำ ใน 24 ชั่วโมงผ่านเครื่องควบคุมการไหลของสารน้ำ

3. ดูแลบันทึกปริมาณน้ำเข้าออกในร่างกายทุก 4 ชั่วโมง ใน 48 ชั่วโมงหลังการผ่าตัด

4. ดูแลให้ผู้ป่วยพักผ่อนเพียงพอ 7-8 ชั่วโมง

5. สังเกตอาการอาการผิดปกติทางสมอง เช่น อาการชาตามส่วนต่างๆ พูดไม่ชัด ปากเบี้ยว หรือแขนขาอ่อนแรงซีกใดซีกหนึ่ง และติดตามภาวะหัวใจล้มเหลว เช่น หายใจเหนื่อยหอบ

การประเมินผลการพยาบาล: หลังได้ยาควบคุมอัตราการเต้นของหัวใจ 2 ชั่วโมง อัตราการเต้นหัวใจลดลง 98-102 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 108/68-126/72 มิลลิเมตรปรอท อัตราการหายใจ 18 ครั้งต่อนาที ออกซิเจนปลายนิ้ว 98 % หลังผ่าตัด 48 ชั่วโมง อัตราการเต้นของหัวใจ 82-92 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 111/70- 124/74 มิลลิเมตรปรอท อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ออกซิเจนปลายนิ้ว 98-99 % และอยู่ในเกณฑ์ปกติจนจำหน่ายกลับบ้าน

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 7 มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนจากสิ่งตกค้างหลังผ่าตัด

ข้อมูลสนับสนุน O: การผ่าตัดกระดูกสันหลังโดยใช้โลหะตามกระดูกสันหลังชนิด Pedicle Screw ต้องใช้ก็อซซับเลือดหรือ pack gauze เพื่อห้ามเลือด

วัตถุประสงค์: เพื่อผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะ แทรกซ้อนที่มีการตกค้างของสิ่งต่างๆภายในแผลผ่าตัด Pedicle Screw Fixation

เกณฑ์การประเมินผล: 1. ไม่พบการตกค้างของสิ่งต่างๆภายในแผลผ่าตัด Pedicle Screw Fixation



กิจกรรมการพยาบาล

1. ตรวจสอบ gauze ให้ครบถ้วนทั้งก่อนผ่าตัดและก่อนปิดแผลผ่าตัด
2. ตรวจสอบเครื่องมือให้ครบถ้วนทั้งก่อนผ่าตัดและก่อนปิดแผลผ่าตัด
3. รายงานแพทย์และสมาชิกในทีมผ่าตัดทราบเกี่ยวกับการตรวจนับ gauze และเครื่องมือก่อนเย็บ

ปิดแผลผ่าตัด Pedicle Screw Fixation

การประเมินผลการพยาบาล: ไม่พบการตกค้างของสิ่งต่างๆภายในแผลผ่าตัด Pedicle Screw Fixation

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลระยะหลังผ่าตัด (Post Operative Nursing)

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 1 เสี่ยงต่อภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำ

ข้อมูลสนับสนุน O: ผิวหนังเย็น ชีตอุณหภูมิห้องอยู่ระหว่าง 22- 25 °C และ ผู้ป่วยได้รับยาระงับความรู้สึก โดยวิธี ใ้ยาตามสลับระยะเวลาในการผ่าตัดรวม 1 ชั่วโมง 30 นาที

วัตถุประสงค์: เพื่อผู้ป่วยไม่เกิดภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำ

เกณฑ์การประเมินผล: 1. อุณหภูมิร่างกายของผู้ป่วยอยู่ระหว่าง 36 °C- 37 °C ไม่มีอาการหนาวสั่น ตัวเย็น

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินสภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำ ได้แก่ อุณหภูมิร่างกายต่ำกว่า 36 °C ตัวเย็น ขนลุก หนาวสั่น ปากเขียว ซีด มีอาการเกร็งกระตุกของกล้ามเนื้อแขน ขา หน้า กัดฟัน
2. ปิดแอร์ เพื่อควบคุมอุณหภูมิของห้องผ่าตัดให้มากกว่า 25 °C หลังจากการเย็บปิดแผลผ่าตัดเรียบร้อยแล้วและให้การพยาบาลแบบทดแทนทั้งหมดเนื่องจากผู้ป่วยยังไม่รู้สึกตัว
3. ดูแลให้ความอุ่นแก่ร่างกายขณะทำความสะอาดแผลและขณะรอทำการเคลื่อนย้าย โดยห่มผ้าหนาๆคลุมปิดร่างกายให้มีดซิด

การประเมินผลการพยาบาล อุณหภูมิร่างกายของผู้ป่วย 36.8°C– 37.1°C ไม่มีอาการหนาวสั่น ตัวเย็น

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 2 มีภาวะไม่สุขสบายจากการปวดแผลผ่าตัด

ข้อมูลสนับสนุน S: ผู้ป่วยบ่นว่าปวดแผลผ่าตัด Pain Score 8/10 คะแนน

O: มีสีหน้าไม่สุขสบาย หน้าเขียวคล้ำ มีแผลผ่าตัดที่หลัง

วัตถุประสงค์: เพื่อผู้ป่วยไม่เกิดภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำ

เกณฑ์การประเมินผล: อาการปวดแผลลดลง Pain Score ≤ 2 คะแนน

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินการปวดแผล ระดับความปวด และตำแหน่งลักษณะความเจ็บปวด
2. ให้การพยาบาลด้วยความนิ่มนวลหลีกเลี่ยงการระคายเคืองของเนื้อเยื่อบริเวณแผล
3. สอนให้ผู้ป่วยใช้เทคนิคบริหารลมหายใจเพื่อการผ่อนคลายความตึงตัวของกล้ามเนื้อ
4. แนะนำการจัดท่านอนที่ทำให้ผู้ป่วยสุขสบาย โดยนอนแยกขาเล็กน้อย



5. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยอธิบายถึงประสิทธิภาพของการช่วยเหลือเพื่อบรรเทาความเจ็บปวด

6. ดูแลให้ได้รับยาแก้ปวดตามแผนการรักษาของแพทย์ 24 ชั่วโมงแรก ให้ Pethidine 25 mg

V q 6 hr หลังจากนั้น ให้ Paracetamal (500mg) 1 tab prn q 4 hr

การประเมินผลการพยาบาล: หลังได้รับยา 24 ชั่วโมงแรกมีระดับอาการปวดแผล 5-6 คะแนน 48 ชั่วโมงต่อมา ระดับอาการปวดแผล 3-4/10 คะแนน

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 3 เสี่ยงต่อการติดเชื้อที่แผลผ่าตัดเนื่องจากเนื้อเยื่อบาดเจ็บ

ข้อมูลสนับสนุน O: มีแผลผ่าตัดที่หลังยาว 12 เซนติเมตรใส่ ใส่ Radivac drain 1 สายที่แผล

O: มีระดับน้ำตาลในเลือด 212-248 mg%

วัตถุประสงค์: เพื่อป้องกันการติดเชื้อที่แผลผ่าตัด

เกณฑ์การประเมินผล: 1. แผลผ่าตัดแห้ง สะอาดดี ไม่มีกลิ่นเหม็น แผลไม่บวมแดง 2. สัญญาณชีพอยู่ใน

เกณฑ์ปกติ 3. ผลตรวจ CBC พบ WBC < 12,000 cell/ml

กิจกรรมการพยาบาล

1. ติดตามสังเกตบริเวณแผลและผิวหนังรอบ หากพบมีอาการบวมแดง ร้อน รอยงายแพทย์

2. ดูแลทำความสะอาดแผลด้วยเทคนิคปราศจากเชื้อ และดูแลขวด Radivac drain เป็นระบบสุญญากาศและมีการระบายดี

3. ดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารเบาหวาน ติดตามระดับน้ำตาลที่ปลายนิ้ว เช้า- เย็น ช่วงดื่มน้ำ และอาหารใช้อินซูลิน NPH 6-0-6 U SC bid ac หลังผ่าตัดครบ 24 ชั่วโมง รับประทานอาหารได้ NPH 8-0-16 U SC bid ac

4. แนะนำไม่ให้แกะเกาแผล และไม่ให้แผลเปียกน้ำ

การประเมินผลการพยาบาล แผลแห้ง อุณหภูมิร่างกาย 36.8-37.4 C° WBC 10,800 cell/ml

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 4 ขาดความมั่นใจในการใช้อุปกรณ์ช่วยเดิน เนื่องจากไม่มีความรู้

ข้อมูลสนับสนุน S: บอกวิธีปฏิบัติตนเมื่อหัดเดินครั้งแรกไม่ถูกต้อง กลัวล้ม

วัตถุประสงค์: เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจการฝึกเดิน

เกณฑ์การประเมินผล: ผู้ป่วยมีความมั่นใจและฝึกเดินตามแผนการฟื้นฟูสภาพ

กิจกรรมการพยาบาล

1. ให้ความรู้การกับผู้ป่วยและญาติ และประสานทีมเวชศาสตร์ฟื้นฟูร่วมทีมดูแล

2. ดูแลฝึกผู้ป่วยเดินยกอุปกรณ์ช่วยเดินชนิด 4 ขา ไปข้างหน้า ห่างประมาณ 1 ช่วงแขน แล้ววางลงบนพื้นให้ขาทั้ง 4 ข้าง สัมผัสพื้นพร้อมกันยกขาข้างใดข้างหนึ่งก้าวตามไปถึงระดับขาหลัง ยืนทิ้งน้ำหนักตัวบางส่วนหรือทั้งหมดบนแขนทั้ง 2 ข้าง จากนั้นก้าวขาอีกข้างตามไปถึงระดับเดียวกัน วันละ 2-3 รอบ

การประเมินผลการพยาบาล ผู้ป่วยยืนทรงตัวได้ดี ฝึกหัดเดินโดยไม่หกล้ม ในวันที่ 7 หลังทำผ่าตัด

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 5 ผู้ป่วยมีความวิตกกังวล เนื่องจากไม่มีความรู้เรื่องการปฏิบัติตนเมื่อ

กลับไปอยู่บ้าน



ข้อมูลสนับสนุน S: ผู้ป่วยและญาติตอบคำถามการปฏิบัติตัวที่บ้านได้ไม่ครบถ้วน

วัตถุประสงค์: เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ที่ถูกต้องครบถ้วนเมื่อกลับไปอยู่บ้าน

เกณฑ์การประเมินผล: ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจเรื่องการปฏิบัติตัวที่บ้านได้ถูกต้องครบถ้วน

กิจกรรมการพยาบาล

1. ให้ความรู้เรื่องการปฏิบัติตนเมื่อกลับไปอยู่บ้าน ตามรูปแบบ M-E-T-H-O-D ดังนี้

M (Medication): อธิบายเกี่ยวกับยาที่ผู้ป่วยได้รับ ให้ผู้ป่วยและญาติได้รับทราบและปฏิบัติได้ถูกต้อง

E (Environment & Economic): จัดการสิ่งแวดล้อมที่บ้านให้เป็นระเบียบ จัดทำราวเพื่อฝึกเดินที่บ้าน

T (Treatment): อธิบายให้ผู้ป่วยทราบแผนการรักษาฟื้นฟูและการรับประทานยาที่ถูกต้อง

H (Health): สอนการทำแผลและการดูแลแผลผ่าตัดที่บ้าน การพักผ่อนเพียงพอ งดการยกของท่าอหลัง

O (Outpatient Referral): แนะนำให้ผู้ป่วยมาตรวจตามนัดหลังกลับบ้าน 2 สัปดาห์

D (Diet): แนะนำให้ผู้ป่วยงดรับประทานอาหารที่มีน้ำตาลสูง ขนมหวาน ผลไม้รสหวาน ของหมักดอง

การประเมินผลการพยาบาล ผู้ป่วยและญาติตอบคำถามการปฏิบัติตัวที่บ้านได้ถูกต้องครบถ้วน

วิจารณ์กรณีศึกษา

จากกรณีศึกษา

1. ผู้ป่วยโรคหมอนรองกระดูกเคลื่อนทับเส้นประสาท เกิดจากปัจจัยที่สำคัญคือ เป็นผู้สูงอายุ วิทยุหมดประจำเดือน เกิดภาวะกระดูกพรุน ทำอาชีพค้าขาย กิจกรรมประจำคือ การยกของ เคลื่อนย้ายสินค้ามาตลอด 40 ปี ร่วมกับมีน้ำหนักตัวเกิน ทำให้เกิดการเคลื่อนของหมอนรองกระดูกสันหลังกดทับเส้นประสาท แม้จะได้รับการผ่าตัดแล้ว หากยังมีการยกของหนัก หรือน้ำหนักตัวเกินอยู่อาจทำให้เกิดการเคลื่อนของหมอนรองกระดูกซ้ำได้ ซึ่งอาการจะรุนแรงกว่าเดิม และการรักษาจะมีความซับซ้อนอย่างยิ่ง ดังนั้นจึงมีการให้ความรู้ทักษะในการดูแลตัวเองที่ถูกต้อง ส่งเสริมให้ผู้ป่วยลดน้ำหนัก โดยการลดปริมาณอาหารลงและหลีกเลี่ยงอาหารที่มีน้ำตาลและไขมันสูงและมีการนัดตรวจติดตามเป็นระยะ

2. จากการเยี่ยมผู้ป่วยโดยพยาบาลห้องผ่าตัดทำให้ทราบว่าผู้ป่วยรายนี้เคยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง ที่เกิดจากภาวะแทรกซ้อนหัวใจเต้นผิดจังหวะเกิดลิ้มเลือดอุดตันที่หลอดเลือดสมอง จึงได้รับประทานยาละลายลิ่มเลือด มีค่าการแข็งตัวของเลือดสูงเพื่อป้องกันภาวะดังกล่าวเกิดขึ้นซ้ำ แต่หากไม่หยุดยาละลายลิ่มเลือดอาจทำให้ผู้ป่วยเสียเลือดจำนวนมากเกิดภาวะช็อคได้ ดังนั้นก่อนการทำผ่าตัดทีมห้องผ่าตัดมีประชุมวางแผนร่วมกับการปรึกษาอายุรแพทย์เพื่อปรับยาละลายลิ่มเลือดลดความเสี่ยงในการเสียเลือดจากการผ่าตัด และป้องกันการเกิดลิ้มเลือดอุดตันที่หลอดเลือดสมอง ผลลัพธ์ คือผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนจากการเสียเลือดจากการผ่าตัด

3. ผู้ป่วยรายนี้โรคอ้วนมีน้ำหนักมาก ชั้นกล้ามเนื้อหนังต่างๆ มีความหนาตัว และจัดทำค่อนข้างยากทำให้การมองเห็นในกระบวนการผ่าตัดยากทำให้เพิ่มระยะเวลาในการผ่าตัดเนื้อเยื่อ



บางส่วนได้รับบาดเจ็บเพิ่มขึ้น และในการผ่าตัดผู้ป่วยรายนี้ เป็นโรคหัวใจเต้นผิดจังหวะ ขณะทำผ่าตัด 1 ชั่วโมง พบ EKG Atrial fibrillation อัตราการเต้น 150-162 ครั้งต่อนาที ซึ่งส่งผลทำให้ Cardiac output ลดลง เกิดปัญหา Hemodynamic อาจเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวเป็นอันตรายถึงชีวิตกับผู้ป่วยได้ ในขณะที่ผ่าตัดจึงจำเป็นต้อง ให้ยา Amiodarone เพื่อลดอัตราการเต้นของหัวใจ และระบบการไหลเวียนเลือดคงที่ บทบาทของพยาบาลห้องผ่าตัด ในทีมต้องติดตามคลื่นไฟฟ้าหัวใจ เพื่อวางแผนในการดูแลให้ผู้ป่วยปลอดภัยขณะอยู่ในห้องผ่าตัด และผู้ป่วยรายนี้ออกจากห้องผ่าตัดต้องเข้าติดตามอาการที่ห้องผู้ป่วยหนักในเรื่องภาวะของหัวใจ 24 ชั่วโมง

กล่าวโดยสรุปพยาบาลห้องผ่าตัดเป็นส่วนที่สำคัญของทีมดูแลผู้ป่วย สามารถให้การปฏิบัติการพยาบาลด้วยความรู้และทักษะ ประสบการณ์ การดูแลผู้ป่วยอย่างถูกต้อง รวดเร็ว ประเมิน เฝ้าระวัง การเปลี่ยนแปลงอย่างใกล้ชิด และรายงาน ปรับเปลี่ยนแผนการรักษาพยาบาลให้สอดคล้องกับอาการผู้ป่วย และแก้ไขภาวะฉุกเฉินเร่งด่วนขณะทำการผ่าตัด สื่อสารให้ผู้ป่วยรับทราบเข้าใจ ให้กำลังใจ เพื่อคลายความวิตกกังวล ให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล ร่วมกับการมี Guide line ในการดูแลผู้ป่วยทำผ่าตัดหมอนรองกระดูกที่กดทับเส้นประสาทออก ครอบคลุมในทุกระยะของการผ่าตัด เริ่มตั้งแต่การเยี่ยมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด และมีการเยี่ยมหลังผ่าตัด เพื่อรวบรวมข้อมูลสำคัญต่าง ๆ เพื่อช่วยในการวางแผนผู้ป่วยรายต่อไปได้ครอบคลุม มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะ

1. เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดโพรงกระดูกสันหลังเคลื่อนบรรลุเป้าหมายสูงสุด ทีมบุคลากรผู้ให้การดูแลควรมีการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคที่เป็นและโรคร่วมที่สำคัญ โดยมีการเตรียมผู้ป่วยด้วยทีมสหสาขาวิชาชีพเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนก่อนและหลังผ่าตัด ส่งผลให้ผู้ป่วยและญาติมีความมั่นใจ ลดความวิตกกังวล พร้อมทั้งจะให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาลซึ่งจะช่วยให้การรักษาพยาบาลมีคุณภาพมากยิ่งขึ้น

2. ในการวางแผนเตรียมดูแลผู้ป่วยที่บ้านควรให้ญาติเข้ามามีส่วนร่วม โดยเริ่มวางแผนร่วมกัน ตั้งแต่แรกรับจนจำหน่ายกลับบ้าน และประสานส่งต่อผู้ป่วยกลับสู่สถานบริการในชุมชนเพื่อติดตามต่อเนื่องด้วยระบบ COC

เอกสารอ้างอิง

1. Makino, T., Tsukazaki, H., Ukon, Y., Tateiwa, D., Yoshikawa, H., & Kaito, T. (2018). The biological enhancement of spinal fusion for spinal degenerative disease. International journal of molecular sciences, 19(8); 2430.



2. Jantarungsi, N. Physical therapy in patients with Herniated Nucleus Pulposus. Hua Hin Sook Jai KlaiKangwon Journal 2017; 2(2): 1-16.
3. Beasley, K. Herniated Nucleus Pulposus [Herniated, Ruptured, or Prolapsed Intervertebral Disk]. Retrieved February 12, 2023, from Lumbar disc <https://www.spine-health.com/conditions/spine-anatomy/lumbar-discs>.
4. Kraiwattanapong, C. Lumbar disc herniation. In W. Tassanawipas et.al., (Eds), The textbook of the spine (pp.706-719). Bangkok: Spine Surgery, the Royal College of Orthopedic Surgeons of Thailand; 2013.
5. Lee, C. H., Chung, C. K., Kim, C. H., & Kwon, J. W. Health care burden of spinal diseases in the Republic of Korea: analysis of a nationwide database from 2012 through 2016. Neurospine 2018; 15(1), 66.
6. Buser, Z., Ortega, B., D'Oro, A., Pannell, W., Cohen, J. R., Wang, J., ... & Wang, J. C. Spine degenerative conditions and their treatments: national trends in the United States of America. Global spine journal 2018; 8(1), 57-67.
7. งานเวชระเบียน. สถิติผู้ป่วยประจำปี 2563- 2565 สิงห์บุรี : โรงพยาบาลสิงห์บุรี; 2565.
8. อัญชลี ยศกรณ. การบาดเจ็บต่อเยื่อหุ้มไขสันหลังในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว: ปัญหาสุขภาพซับซ้อนที่ท้าทายการพยาบาล. วารสารการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ไท 2565; 6(1), 100-116.
9. อัญชลี ยศกรณ. การเกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังในสถาบันประสาทวิทยา. วารสารการพยาบาล 2564; 23 (2), 44-55.
10. Shoji, H., Hirano, T., Watanabe, K., Ohashi, M., Mizouchi, T., & Endo, N. Risk factors for surgical site infection following spinal instrumentation surgery. Journal of Orthopedic Science 2018; 23(3), 449-454.
11. ปวีณ ตั้งจิตต์พิสุทธิ์. ภาวะแทรกซ้อนในออร์โธปิดิกส์: ภาวะลิ้มไขมันอุดกั้น. Royal Thai Army Medical Journal 2565; 72(2), 145-150.
12. กองงานวิทยาลัยพยาบาล สำนักปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข. การพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ เล่ม 1. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2534.