

ผลงานที่ใช้ในการประเมิน

เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสันหลังที่มีภาวะแทรกซ้อนของหัวใจ
ห้องบนสั่นพริ้ว (Atrial Fibrillation: AF) และภาวะลิ่มเลือดอุดตันในปอด
(Pulmonary Embolism: PE)

โดย

นางสาวโสพิศ โพธิ์ถาวร

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ด้านการพยาบาล

ตำแหน่งเลขที่ 3331

งานการพยาบาลผู้ป่วยในอายุรกรรม

กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยใน

ภารกิจด้านการพยาบาล

โรงพยาบาลเลิดสิน กรมการแพทย์

ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน

คำนำ

ผู้ป่วยโรคโพรงกระดูกสันหลังตีบแคบกดทับเส้นประสาทจะได้รับความทุกข์ทรมานมากจากอาการปวดหลัง ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลงจนไม่สามารถประกอบอาชีพได้ บางรายกลายเป็นผู้ป่วยติดเตียง เกิดความรู้สึกสูญเสียคุณค่าในตัวเองและนำไปสู่ภาวะซึมเศร้าได้ แพทย์จะรักษาโดยวิธีการผ่าตัดเมื่อการรักษาโดยวิธีอนุรักษ์นิยม (Conservative treatment) ไม่ได้ผลและมีอาการทางระบบประสาท เช่น อาการชา ขาอ่อนแรง มีปัญหาการควบคุมการขับถ่าย เป็นต้น มีผลกระทบต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การผ่าตัดกระดูกสันหลังมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนสูง คือ การตกเลือด ช็อก การบาดเจ็บเยื่อหุ้มไขสันหลัง ปวดแผลผ่าตัด แผลติดเชื้อ ต้องใช้ระยะเวลาในการฟื้นตัวหลังผ่าตัดและการฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายเป็นระยะเวลาหลายเดือนกว่าจะกลับมาใกล้เคียงปกติได้ นอกจากภาวะแทรกซ้อนดังกล่าวผู้ป่วยยังอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนที่ไม่คาดคิดโดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัวเช่นในเลือดสูง ความดันโลหิตสูง มีปัญหากล้ามเนื้อหัวใจ ได้แก่ การเกิดลิ่มเลือดอุดตันในปอด ซึ่งนับเป็นภาวะวิกฤตที่ต้องเฝ้าระวังและให้การช่วยเหลือแก้ไขอย่างทันท่วงทีเพราะเป็นภาวะคุกคามต่อชีวิตผู้ป่วย ดังนั้นพยาบาลที่ให้การดูแลจึงต้องมียุทธศาสตร์ความรู้เกี่ยวกับพยาธิสภาพของโรค การรักษา ภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ และมีสมรรถนะในการประเมินปัญหา วินิจฉัยการพยาบาลและปฏิบัติการพยาบาลอย่างถูกต้อง ครอบคลุมทั้งด้านร่างกายและจิตใจเป็นอย่างดี

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ผู้จัดทำได้ศึกษา ค้นคว้า รวบรวมข้อมูลและเอกสารวิชาการที่เกี่ยวข้องนำมาประยุกต์ใช้กับกรณีศึกษา สรุปและเสนอข้อคิดในการดูแลผู้ป่วยโดยเฉพาะประเด็นที่ควรเฝ้าระวัง เพื่อเป็นแนวทางในการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพและผู้สนใจต่อไป

โสพิศ โพธิ์ถาวร

มิถุนายน 2566

กรมการแพทย์

โรงพยาบาลเลิดสิน

ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน

คำนำ	ก
สารบัญ	ข
สารบัญรูปภาพ	ค
สารบัญตาราง	ง
บทที่ 1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
วัตถุประสงค์	2
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	3
บทที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับโรค การรักษา และภาวะที่เกี่ยวข้อง	4
กายวิภาคศาสตร์และสรีรวิทยาของกระดูกสันหลัง	4
โรคโพรงกระดูกสันหลังตีบแคบกดทับเส้นประสาท	7
อาการและอาการแสดง	8
การวินิจฉัยและการวินิจฉัยแยกโรค	8
การรักษา	10
การพยาบาลผู้ป่วยก่อนผ่าตัด	12
การพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัด	12
ภาวะหัวใจห้องบนสั่นพริ้ว	13
ภาวะลิ่มเลือดอุดตันในปอด	17
บทที่ 3 ทฤษฎีการพยาบาลที่นำมาประยุกต์ใช้ในกรณีศึกษา	26
กระบวนการพยาบาล (Nursing Process)	26
การดูแลสุขภาพแบบองค์รวม (Holistic care)	32
กรอบแนวคิดแบบแผนสุขภาพ (Functional Health Pattern)	33
บทที่ 4 กรณีศึกษา	40
ข้อมูลทั่วไป	40
การประเมินตามแบบแผนสุขภาพ	41
การตรวจร่างกายตามระบบ	43
การตรวจทางห้องปฏิบัติการและรังสีวิทยา	44
การวินิจฉัยโรค	49
พยาธิสภาพของโรคเปรียบเทียบกับกรณีศึกษา	50
สรุปการรักษาของแพทย์	56
ปัญหาทางการพยาบาลที่พบ	58
บทที่ 5 สรุป วิเคราะห์ และข้อเสนอแนะ	80
บรรณานุกรม	84
ภาคผนวก	87

สารบัญรูปภาพ

	หน้า
รูปภาพที่ 1 ลักษณะโครงสร้างของกระดูกสันหลัง	5
รูปภาพที่ 2 ภาพหมอนรองกระดูกสันหลัง	6
รูปภาพที่ 3 ภาพหมอนรองกระดูกสันหลังด้านข้างและตัดขวาง	6
รูปภาพที่ 4 แสดงลักษณะโพรงกระดูกสันหลังตีบแคบ	8
รูปภาพที่ 5 Normal conduction และ Atrial fibrillation	15
รูปภาพที่ 6 แสดงลักษณะ S1Q3T3 ในคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (12-Leads ECG) ของผู้ป่วยที่มี PE	20

กรมการแพทย์

โรงพยาบาลเลิดสิน

ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน

สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 1 ปัจจัยเสี่ยงของ venous thromboembolism	18
ตารางที่ 2 Wells scoring system	19
ตารางที่ 3 ขนาดยาและวิธีการให้ยาละลายลิ่มเลือดและยาต้านลิ่มเลือดใน Pulmonary embolism	22

กรมการแพทย์

โรงพยาบาลเลิดสิน

ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคของกระดูกสันหลังเป็นหนึ่งในโรคกระดูกและข้อที่มีอาการเรื้อรัง อีกทั้งยังเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญและพบได้ทั้งในเพศชายและเพศหญิงในอัตราส่วน 1 ต่อ 1.41 อุบัติการณ์ที่พบเพิ่มขึ้นตามอายุที่เพิ่มขึ้นโดยเฉพาะในกลุ่มอายุ 75 ถึง 79 ปี พบมากถึงร้อยละ 42.6 (Lee, Chung, Kim and Kwon, 2018 อ้างถึงใน อัญชลี ศกรณ, 2021) เป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดความผิดปกติของกระดูกสันหลังตามมา ได้แก่ โรคกระดูกพรุนของกระดูกสันหลัง โพรงกระดูกสันหลังค้ำค่อม หมอนรองกระดูกทับเส้นประสาท เป็นต้น ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น จากสถิติพบว่าทั่วโลกมีผู้ป่วยที่มีปัญหาเกี่ยวกับประสาทไขสันหลังประมาณ 250,000 - 500,000 ราย/ปี (สายสมร บริสุทธิ์ และคณะ, 2560) การเสื่อมลงของกระดูกสันหลังเกิดขึ้น เมื่ออายุเพิ่มมากขึ้น โดยพบว่าเมื่ออายุ 50 ปี พบมีความเสื่อมถึง 95 % และส่วนใหญ่มีอาการแสดงเกิดขึ้น เมื่ออายุ 60 ปี

สำหรับในประเทศไทย จำนวนผู้สูงอายุที่เพิ่มมากขึ้นในแต่ละปี ส่งผลให้จำนวนผู้ป่วยโรคกระดูกสันหลังเพิ่มมากขึ้นเป็นอย่างมาก สอดคล้องกับข้อมูลสถิติของโรงพยาบาลเลิดสินในปี พ.ศ. 2563 ถึง พ.ศ. 2565 ที่รายงานจำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาโดยการผ่าตัดกระดูกสันหลังมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น โดยมีจำนวน 98, 96 และ 112 ราย ตามลำดับ (สถิติโรงพยาบาลเลิดสิน, 2565) และพบมากขึ้นในกลุ่มผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน ผู้ที่สูบบุหรี่ ตำแหน่งที่พบบ่อยคือ L4-L5 (นภานุช การเกษ, 2562) ร้อยละ 95 ผู้ป่วยจะได้รับความทุกข์ทรมานมากจากอาการปวดหลัง ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลงจนไม่สามารถประกอบอาชีพได้ บางรายกลายเป็นผู้ป่วยติดเตียง เพิ่มภาระทางเศรษฐกิจให้ครอบครัว กระทั่งกับภาวะสุขภาพทั้งด้านร่างกายและจิตใจ บางรายเกิดความรู้สึกสูญเสียคุณค่าในตัวเองและนำไปสู่ภาวะซึมเศร้าได้ แพทย์จะรักษาโดยวิธีการผ่าตัดเมื่อการรักษาโดยวิธีอนุรักษ์นิยม (Conservative treatment) ไม่ได้ผล ผู้ป่วยมีอาการรุนแรงขึ้น กระทั่งต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและมีอาการทางระบบประสาท เช่น อาการชา ขาอ่อนแรง มีปัญหาการควบคุมการขับถ่าย เป็นต้น เพื่อขยายช่องทางออกเส้นประสาทกระดูกสันหลัง Laminectomy ซึ่งเป็นการผ่าตัดยกกระดูก Lamina ที่กดทับออกจะช่วยคลายการกดทับรากประสาท ทำให้อาการปวดหลังและชาลดลง และเพิ่มความแข็งแรงของกระดูกสันหลังโดยการเชื่อมต่อ (Fusion) ด้วยการใส่โลหะยึดตรึงระหว่างกระดูกสันหลัง (Pedicle Screw) หรือการเชื่อมต่อโดยใช้กระดูกปนใส่ในวัสดุแทนหมอนรองกระดูกเพื่อเชื่อมต่อกระดูกไขสันหลังด้านใน (Transforaminal Lumbar Interbody Fusion) (Spoonamore, M. S., 2020) ซึ่งการผ่าตัดกระดูกสันหลังมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนสูง คือ การตกเลือด ช็อก การบาดเจ็บเยื่อหุ้มไขสันหลัง ปวดแผลผ่าตัด แผลติดเชื้อ และต้องใช้เวลาในการฟื้นตัวหลังผ่าตัดอยู่ในโรงพยาบาลเป็นเวลา 6-8 วันรวมทั้งต้องใช้เวลาในการฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายเป็นระยะเวลาหลายเดือนกว่าจะกลับมาใกล้เคียงปกติได้ โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีโรคร่วมหรือโรคประจำตัวเบาหวานความดันโลหิตสูง ผู้ป่วยกลุ่มนี้มักมีภาวะหลอดเลือดแข็งตัว การไหลเวียนของเลือดไม่ดี ทำให้การหายของแผลช้า เกิดการติดเชื้อของแผล

ผ่าตัดได้ง่าย ส่งผลต่อการฟื้นตัวหลังผ่าตัดและระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาลนานขึ้น นอกจากนี้ภาวะแทรกซ้อนดังกล่าวผู้ป่วยยังอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนที่ไม่คาดคิด เช่น การเกิดลิ่มเลือดอุดตันในปอด ซึ่งนับเป็นภาวะวิกฤตที่ต้องเฝ้าระวังและให้การช่วยเหลือแก้ไขอย่างทันท่วงทีเพราะเป็นภาวะคุกคามต่อชีวิตผู้ป่วย

จากสถิติการเข้ารับบริการของผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสันหลัง กลุ่มงานออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลเลิดสิน พบภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ ได้แก่ ภาวะช็อกจากการเสียเลือด บาดเจ็บเยื่อหุ้มไขสันหลัง Further neurological deficit และภาวะลิ่มเลือดอุดตันในปอด (Pulmonary Embolism: PE) จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญและกระทบต่อการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดไม่ได้ตามเป้าหมาย ส่งผลให้นอนโรงพยาบาลนานขึ้น มีผลต่อสภาพจิตใจ อารมณ์ สังคม สูญเสียค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น ทั้งผู้ป่วยครอบครัวและองค์กร (สุวรรณี ขอบการไร้, 2558)

ดังนั้นพยาบาลเป็นบุคลากรหนึ่งในทีมสุขภาพที่ใช้กระบวนการพยาบาลในการปฏิบัติการพยาบาล การประเมินปัญหาความต้องการของผู้ป่วยโดยใช้กรอบแนวคิดแบบแผนสุขภาพ (Functional Health Pattern) ของกอร์ดอน มากำหนดแผนการพยาบาลที่มีความจำเพาะเจาะจงกับผู้ป่วยแต่ละราย ตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัด ระยะวิกฤติหลังผ่าตัด ระยะฟื้นฟูสภาพ และระยะจำหน่ายตามบทบาทหน้าที่อิสระของวิชาชีพการพยาบาล ช่วยให้ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนผ่านจากระยะวิกฤติสู่การฟื้นตัวที่รวดเร็ว สามารถกลับไปดำเนินชีวิตได้ตามปกติไม่เป็นภาระของครอบครัว ลดการสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษา ลดโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดและช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาเกี่ยวกับภาวะโรค และการรักษาผู้ป่วยที่มีโพรงกระดูกสันหลังตีบแคบกดทับเส้นประสาท รวมถึงภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญและการเฝ้าระวัง
2. ประยุกต์ใช้ทฤษฎีทางการพยาบาล ได้แก่ แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน การดูแลแบบองค์รวม และกระบวนการพยาบาลกับกรณีศึกษา
3. เสนอแนวคิด/ข้อคิดเห็นที่เป็นประโยชน์ต่อการให้การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสันหลังที่มีภาวะลิ่มเลือดอุดตันในปอด

เหตุผลในการเลือกกรณีศึกษา

จากประสบการณ์ในการปฏิบัติงานที่หอผู้ป่วยพิเศษ ชั้น 23 พบผู้ป่วยที่มารับการรักษาด้วยภาวะกระดูกสันหลังเสื่อมกดทับเส้นประสาท ที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังที่มีภาวะแทรกซ้อนภาวะลิ่มเลือดอุดตันในปอด (Pulmonary Embolism: PE) ในปี 2563 จำนวน 34 ราย ปี 2564 จำนวน 29 ราย และในปี 2565 จำนวน 41 ราย (สถิติโรงพยาบาลเลิดสิน, 2565) ซึ่งนับเป็นภาวะวิกฤตที่ต้องเฝ้าระวังและให้การช่วยเหลือแก้ไขอย่างทันท่วงทีเพราะเป็นภาวะคุกคามต่อชีวิตผู้ป่วย ประกอบกับผู้ป่วยรายนี้เป็นผู้สูงอายุ มีโรคประจำตัวคือ ความดันโลหิตสูง และไขมันในเลือดสูง มีประวัติได้รับการผ่าตัด ทำ Laminectomy มาทั้งหมด 3 ครั้ง ที่โรงพยาบาลศิริราช 2 ครั้ง และสถาบันประสาท 1 ครั้ง แต่อาการไม่ดีขึ้น

จากสถานการณ์ดังกล่าวผู้ศึกษาจึงมีความสนใจที่จะศึกษาแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกล้างที่มีภาวะแทรกซ้อนลิ่มเลือดอุดตันในปอด (Pulmonary Embolism: PE) ที่ทำให้หัวใจห้องบนสั่นพลิ้ว (Atrial Fibrillation: AF) ซึ่งบทบาทของพยาบาลจำเป็นต้องมีความรู้เกี่ยวกับพยาธิสรีรวิทยาและการดำเนินของโรค มีทักษะในการดูแลผู้ป่วยภาวะวิกฤต และการปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้กระบวนการพยาบาลตั้งแต่แรกเริ่ม ต่อเนื่องครอบคลุม ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และจิตวิญญาณ มุ่งหวังเพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยและไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตรายถึงแก่ชีวิตนอกจากนั้นการดูแลด้านจิตใจของผู้ป่วยและญาติเป็นสิ่งสำคัญและจำเป็นอย่างยิ่ง การให้คำแนะนำและข้อมูลต่าง ๆ ตลอดจนการให้ญาติมีส่วนร่วมในการตัดสินใจจะทำให้เกิดความร่วมมือในการรักษาพยาบาลมากขึ้น

ระยะเวลาที่ศึกษาผู้ป่วย วันที่ 2 – 23 มกราคม 2566

ขั้นตอนการดำเนินการ

1. คัดเลือกเรื่องที่น่าสนใจและต้องการศึกษา
2. ศึกษาค้นคว้าจากหนังสือ ตำราวิชาการต่างๆ งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และใช้ประสบการณ์ในการปฏิบัติงานจริงกับผู้ป่วย
3. ศึกษาข้อมูลของผู้ป่วยเกี่ยวกับอาการ อาการแสดง ประวัติของผู้ป่วย การตรวจทางห้องปฏิบัติการและแผนการรักษาของแพทย์
4. รวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ นำไปวางแผนให้การพยาบาล ตามกระบวนการพยาบาล โดยเน้นการพยาบาลแบบองค์รวม
5. สรุปผลการปฏิบัติการพยาบาลและให้ข้อเสนอแนะกับผู้ป่วยและญาติ
6. เรียบเรียงเป็นรายงานและปรับปรุงแก้ไขเสนอเพื่อรับการตรวจสอบ
7. จัดทำรูปเล่มเผยแพร่ผลงาน

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เป็นแนวทางสำหรับพยาบาลวิชาชีพและบุคลากรทางการพยาบาลที่ปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกล้างให้มีประสิทธิภาพอย่างปลอดภัย
2. ผู้บริหารทางการพยาบาลสามารถนำข้อมูลจากข้อเสนอแนวคิดที่พบจากกรณีศึกษาไปใช้ประโยชน์ในการวางแผนจัดบริการพยาบาลที่เหมาะสม
3. ผู้ป่วยและครอบครัวมีความพึงพอใจต่อบริการพยาบาลเพิ่มขึ้น

ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน

บทที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับโรค การรักษา และภาวะที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาเรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสันหลังที่มีภาวะแทรกซ้อนของหัวใจห้องบนสั่นพริ้ว (Atrial Fibrillation: AF) และภาวะลิ่มเลือดอุดตันในปอด (Pulmonary Embolism: PE) ผู้เขียนได้ศึกษาค้นคว้าจากตำราเอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องสรุปเป็นสาระสำคัญ เสนอเป็นหัวข้อตามลำดับ ดังนี้

1. กายวิภาคศาสตร์และสรีรวิทยาของกระดูกสันหลัง
2. โรคโพรงกระดูกสันหลังตีบแคบกดทับเส้นประสาท (Spinal Stenosis)
3. ภาวะหัวใจห้องบนสั่นพริ้ว (Atrial Fibrillation: AF)
4. ภาวะลิ่มเลือดอุดตันในปอด (Pulmonary Embolism: PE)

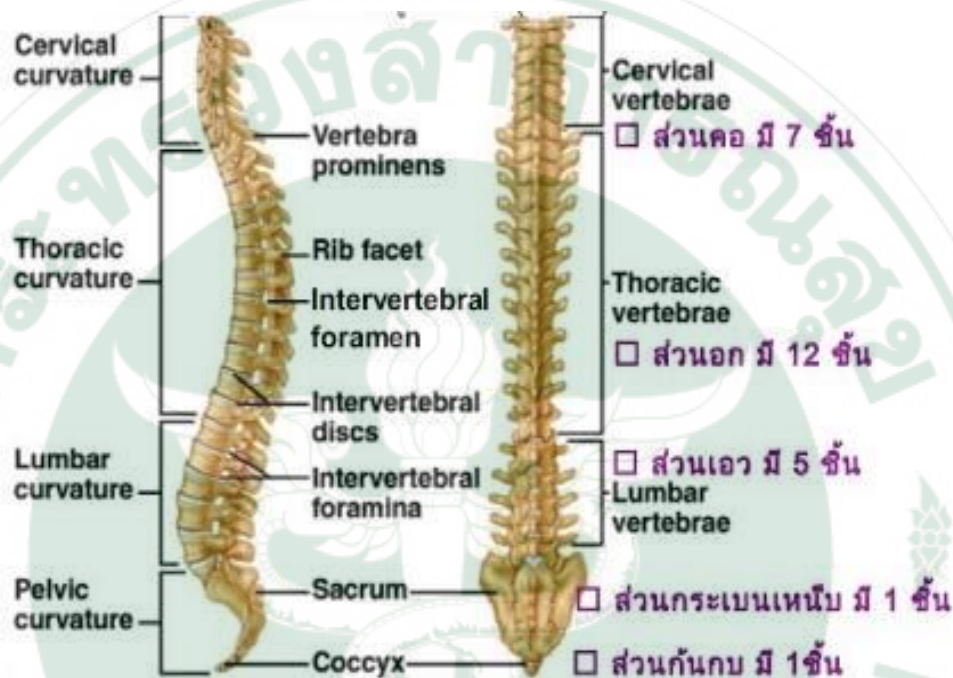
1. กายวิภาคศาสตร์และสรีรวิทยาของกระดูกสันหลัง

กระดูกสันหลัง คือ กระดูกแกนของสัตว์มีกระดูกสันหลังตั้งแต่ส่วนต้นคอลงมาจนถึงส่วนก้นภายในมีไขสันหลัง ซึ่งอยู่ในช่องไขสันหลังอีกทีหนึ่งกระดูกสันหลังนอกจากเป็นโครงสร้างแข็งแรงที่ปกป้องแกนของไขสันหลังแล้ว ยังทำหน้าที่เป็นจุดเกาะของกล้ามเนื้อของหลัง และยังเชื่อมต่อกับกะโหลกศีรษะ (skull) กระดูกสะบัก (scapula) กระดูกเชิงกราน (pelvic bones) และกระดูกซี่โครง (ribs) อีกด้วย

กระดูกสันหลังในคนปกติจะมี 33 ชิ้น ซึ่งจะจัดจำแนกตามตำแหน่งและรูปร่างลักษณะ ได้แก่

1. กระดูกสันหลังส่วนคอ (Cervical vertebrae) ซึ่งมีจำนวน 7 ชิ้น อยู่ในช่วงลำคอ กระดูกสันหลังในส่วนนี้ทำหน้าที่เป็นจุดเกาะของกล้ามเนื้อและเอ็นที่เกี่ยวข้องกับการเคลื่อนไหวของลำคอและศีรษะ
2. กระดูกสันหลังส่วนอก (Thoracic vertebrae) มีจำนวน 12 ชิ้น อยู่ในส่วนอก และมีลักษณะพิเศษคือ จะมีจุดเชื่อมต่อสำหรับกระดูกซี่โครง ซึ่งเป็นโครงสร้างสำคัญของช่องอก
3. กระดูกสันหลังส่วนบั้นเอว (Lumbar vertebrae) มี 5 ชิ้น อยู่ในช่วงเอวและมีขนาดใหญ่เพื่อรองรับน้ำหนักของร่างกายท่อนบนและมีส่วนเป็นจุดเกาะของกล้ามเนื้อที่เป็นผนังทางด้านหลังของช่องท้อง
4. กระดูกสันหลังส่วนกระเบนเหน็บ (Sacral vertebrae) มี 5 ชิ้น แต่จะเชื่อมรวมกันเป็นชิ้นเดียวและต่อกับกระดูกเชิงกรานโดยจะมีช่องเปิดเพื่อเป็นทางผ่านของเส้นประสาทที่ไปยังบริเวณเชิงกรานและขา
5. กระดูกสันหลังส่วนก้นกบ (Coccygeal vertebrae) ซึ่งเดิมมี 4 ชิ้น ซึ่งจะเชื่อมกันเป็นกระดูกชิ้นเดียวเป็นกระดูกรูปสามเหลี่ยมที่ปลายด้านล่างสุด

ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน



รูปภาพที่ 1 ลักษณะโครงสร้างของกระดูกสันหลัง

ที่มา: Thaispine. กายวิภาคกระดูกสันหลัง, สืบค้นเมื่อ 11 พฤศจิกายน 2566

จาก <https://www.thaispine.com>

ภายในโครงกระดูกสันหลังมีช่องแคบยาวบรรจุด้วยไขสันหลัง ซึ่งเป็นส่วนของระบบประสาทส่วนกลางต่อก้านสมองลงมา และจะสิ้นสุดที่กระดูกสันหลังส่วนเอวชั้น 1(L1) ต่ำกว่านี้จะเป็นรากประสาทมากมาย มีลักษณะเหมือนหางม้า เรียกว่า Cauda equina รากประสาทดังกล่าวเป็นเส้นทางส่งงานให้การทำงานของกล้ามเนื้อเนื้อขา และการขับถ่ายอุจจาระและปัสสาวะ และเป็นเส้นทางนำความรู้สึกจากขาและอวัยวะในอุ้งเชิงกรานเข้าสู่ไขสันหลัง

องค์ประกอบของกระดูกสันหลัง

กระดูกสันหลังแต่ละชั้น จะประกอบด้วยโครงสร้าง ช่องเปิดและแขนงของกระดูกที่ยื่นออกมาจากแนวกลาง ซึ่งได้แก่

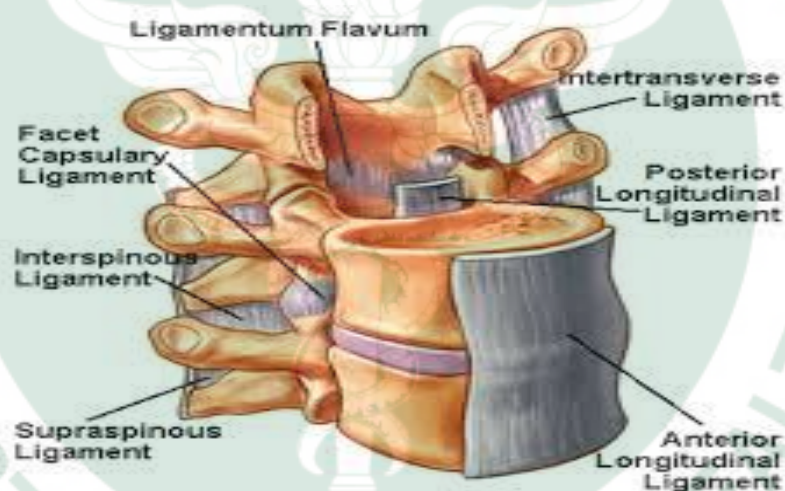
1. Vertebral body เป็นแกนกลางของกระดูกสันหลังและเป็นส่วนรองรับน้ำหนัก ส่วนนี้จะติดต่อกับกระดูกสันหลังถัดไปโดยหมอนรองกระดูกสันหลัง (intervertebral discs) และเอ็นต่าง ๆ ขนาดของ vertebral body ของกระดูกสันหลังส่วนล่างจะมากกว่าส่วนบน เนื่องจากต้องรองรับน้ำหนักมากกว่า

2. Vertebral arch เป็นส่วนที่ยื่นออกไปจากทางด้านหลังของ body และจะประกบกันเป็นส่วนทางด้านข้างและด้านหลังของช่องกระดูกสันหลัง (vertebral foramen) ซึ่งภายในช่องนี้จะมีไขสันหลัง (spinal cord) วางตัวอยู่ แต่ละ vertebral arch จะประกอบด้วยสองส่วน คือ pedicels ซึ่งต่อกับ vertebral body และ laminae ซึ่งเป็นแผ่นของกระดูกที่ยื่นต่อจาก pedicels แล้วมาบรรจบกันที่แนวกลางของกระดูกสันหลัง

3. Spinous process เป็นส่วนที่ยื่นออกมาทางด้านหลัง และชี้ลงทางด้านล่างของกระดูกสันหลัง และจะเป็นจุดเกาะของกล้ามเนื้อและเอ็นต่าง ๆ มากมาย

4. Transverse process เป็นส่วนที่ยื่นออกมาจากรอยต่อระหว่าง pedicels และ laminae ยื่นออกมาทางด้านข้างเยื้องไปทางด้านหลังเล็กน้อยและเป็นจุดต่อกับกระดูกซี่โครงในกระดูกสันหลังส่วนอก

5. Superior and inferior articular processes ยื่นออกมาจากรอยต่อระหว่าง pedicels และ laminae ของกระดูกสันหลังแต่ละชั้น ซึ่งจะเป็นจุดที่ต่อกันระหว่างกระดูกสันหลังแต่ละชั้น



รูปภาพที่ 2 ภาพหมอนรองกระดูกสันหลัง
ที่มา: บวรฤทธิ์ จักรไพวงศ์และคณะ (2556).



ภาพด้านข้าง



ภาพตัดขวาง

รูปภาพที่ 3 ภาพหมอนรองกระดูกสันหลังด้านข้างและตัดขวาง
ที่มา: บวรฤทธิ์ จักรไพวงศ์และคณะ (2556).

2. โรคโพรงกระดูกสันหลังตีบแคบกดทับเส้นประสาท (Spinal Stenosis)

โรคโพรงกระดูกสันหลังตีบแคบ คือ ภาวะที่มีการตีบแคบลงของโพรงที่เป็นช่องตลอดความยาวภายในกระดูกสันหลัง ที่เรียกว่า โพรงกระดูกสันหลัง (Spinal canal) ซึ่งเป็นช่องทางผ่านของเส้นประสาท (Neural foramina) โดยการตีบแคบอาจเกิดเพียงที่ระดับเดียวหรือหลายระดับของโพรงกระดูกสันหลังก็ได้ ช่องโพรงกระดูกสันหลังตีบแคบ อาจเกิดจากภาวะ/โรคกระดูกหนาตัวขึ้น เอ็นหนาตัวขึ้น หมอนรองกระดูกสันหลังเคลื่อน กระดูกสันหลังเคลื่อน (Spondylolisthesis) หรือมีหลาย ๆ ภาวะ/โรคดังกล่าวเกิดร่วมกัน เมื่อเกิดพยาธิสภาพภายในช่องไขสันหลัง จนทำให้ช่องไขสันหลังแคบลง จนไปกดเบียดและรบกวนไขสันหลัง รากประสาทหรือหลอดเลือด จนทำให้การทำงานของโครงสร้างเหล่านี้ผิดปกติไป (Katz JN, Zimmerman ZE, Mass H, and Makhni MC, 2022)

สาเหตุและปัจจัยที่ทำให้เกิดกระดูกสันหลังตีบแคบ (Lee BH, Moon SH, Suk KS, et al, 2020)

1. อายุ เมื่ออายุมากขึ้นกระดูกอ่อนจะมีการสูญเสียน้ำมากขึ้นและกระบวนการสร้างเซลล์ใหม่ของกระดูกอ่อนลดลง ทำให้สมดุลการสร้างและการทำลายกระดูกอ่อนสูญเสียไปเกิดการทำลายเซลล์กระดูกอ่อนมากกว่าการสร้างใหม่ นอกจากนี้หมอนรองกระดูกสันหลังก็จะมี การสูญเสียน้ำตามอายุที่มากขึ้น ทำให้กระจายแรงที่กระทำต่อกระดูกสันหลังได้ไม่ดี เมื่อเวลาผ่านไปหมอนรองกระดูกสันหลังก็จะค่อยๆ เสื่อมหรือมีกระดูกงอกเป็นเหตุให้ช่องที่รากประสาทออกหรือช่องประสาทเกิดการตีบแคบมากขึ้น เส้นประสาทเสี่ยงต่อการถูกกดทับหากมีแรงกระทำที่มากกว่าปกติจากภายนอกมากระทำเช่น ยกของหนัก หรือหกล้มกันกระแทก ทำให้เกิดการอักเสบของข้อต่อหรือเส้นประสาทจนเกิดอาการปวดหลังร้าวลงขาได้

2. ความอ้วน น้ำหนักตัวที่มากกระดูกสันหลังก็ต้องรับน้ำหนักที่มากทำให้เกิดความเสื่อมเกิดขึ้นเร็วกว่าปกติและเพิ่มความเสี่ยงในการที่เส้นประสาทถูกกดทับมากขึ้น

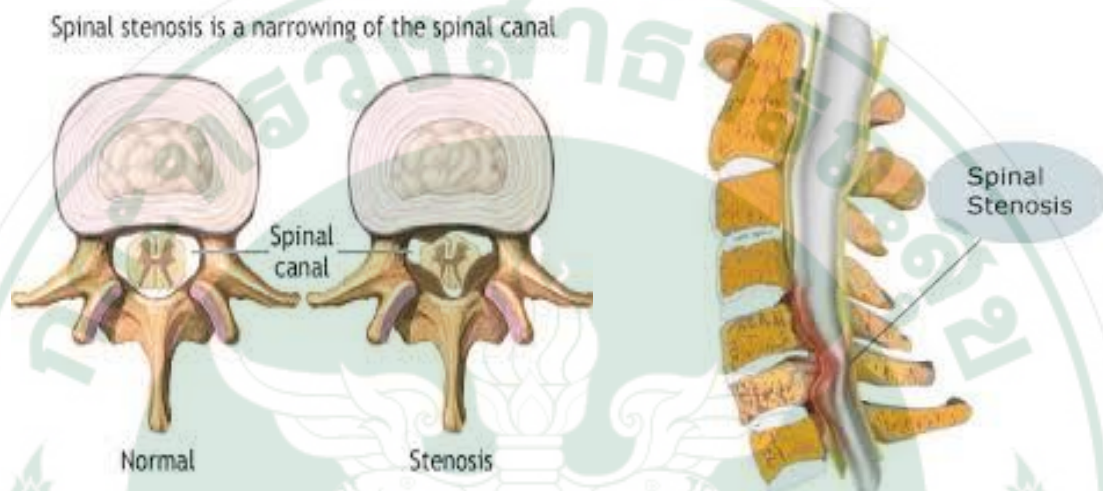
3. พฤติกรรมการปฏิบัติตัว เช่น พฤติกรรมนั่งหลังค่อม นั่งทำงานคอมพิวเตอร์ด้วยท่าทาง หรือสภาพแวดล้อมในการทำงานที่ไม่เหมาะสม การยกของหนักเกินไปโดยไม่ใช้ตัวช่วยหรือยกในท่าทางที่ผิด

4. การทำงานหนักหรือยกของหนักมาเป็นเวลานาน ๆ

5. ขาดการออกกำลังกาย

6. อุบัติเหตุ เช่น หกล้มกันกระแทก จากการเล่นกีฬา แล้วไม่ได้รับการรักษา

7. สตรีวัยหมดประจำเดือน เมื่อหมดประจำเดือนฮอร์โมนเพศหญิงหมดทำให้การสร้างเซลล์กระดูกลดลงเนื่องจากฮอร์โมนเพศหญิงมีส่วนช่วยในการสร้างเซลล์กระดูก แต่การทำลายยังคงอยู่ ดังนั้นผู้หญิงจึงมีโอกาสมักจะมีกระดูกเสื่อมได้มากกว่าผู้ชายที่มีฮอร์โมนเพศตลอดชีวิต



รูปภาพที่ 4 แสดงลักษณะโพรงกระดูกสันหลังตีบแคบ
ที่มา: บวรฤทธิ์ จักรไพวงศ์ และคณะ (2556)

อาการและอาการแสดง

อาการที่พบบ่อยที่สุด คือ ปวดหลัง รองลงมาคืออาการของ Nerve root compression ซึ่งไม่มากเหมือนอาการที่เกิดจาก Disc herniation นอกจากนี้ก็มีอาการชาที่ขา มีความรู้สึกแปลกที่ผิวหนังขาหรืออ่อนแรงไปชั่วครู่ อาการปวดหลังในผู้ป่วย spinal stenosis มีอาการปวดแบบค่อยเป็นค่อยไปไม่เฉียบพลัน โดยจะปวดบริเวณ Lumbar หรือ Lumbarsacral region อย่างไรก็ตามหลังจากทำงานหนักทุกวัน ผู้ป่วย Spinal stenosis อาจมีอาการปวดหลังมากขึ้น

อาการร่วมที่สำคัญ คือ Intermittent claudication ซึ่งมีอาการปวดร่วมกับมีความรู้สึกแปลกๆ ที่ขา เมื่อเดินไปไกลๆ หรือออกกำลังกายมาก ๆ บางครั้งมีอาการชาอ่อนแรงร่วมด้วย มักเป็นทั้งสองข้างแต่เมื่อนั่งพักสักครู่ อาการจะทุเลาหายไป สามารถเดินหรือออกกำลังกายต่อไปได้ เมื่อเดินไปอีกระยะหนึ่งก็จะเป็นอีกผู้ป่วยที่มีอาการ Intermittent claudication อาจเกิดจาก Arterial disease แต่ในผู้ป่วยที่มี Arterial disease จะคลำไม่พบชีพจรที่เท้าได้ ผิวหนังที่ขาเปลี่ยนแปลง อาการปวดจะหายเมื่อยืนพักและมักมี Stocking sensory legs ในผู้ป่วย Spinal stenosis ยังคลำชีพจรที่เท้าได้ ปวดเวลายืน ยืนพักจะไม่หายปวดและ Sensory loss เป็นไปตาม Dermatome

การวินิจฉัยและการวินิจฉัยแยกโรค

1. การซักประวัติ ประวัติทั่วไป เช่น อายุ เพศ เชื้อชาติ พื้นฐานทางเศรษฐกิจและสังคม ตลอดจนประวัติทางครอบครัวของผู้ป่วย ประวัติการใช้ยาในอดีต ชนิดการทำงานและอุปนิสัยในการทำงาน การวิเคราะห์อาการปวดเป็นแบบเรื้อรังหรือเฉียบพลัน มีความสัมพันธ์กับโรคหรืออุบัติเหตุหรือไม่ รายละเอียดในการซักประวัติ ดังนี้

- 1.1 ความรุนแรงของอาการ (Severity) สามารถทำงานได้มากน้อยเพียงใด
- 1.2 ลักษณะการปวด (Quality) ปวดแบบใด

1.3 ตำแหน่งที่ปวด (Localization) มีอาการปวดร้าวไปตำแหน่งใดหรือไม่ ลักษณะการปวดร้าว เป็นการปวดแบบปวดจากเส้นประสาท (Nerve root type) หรือปวดลึก ๆ

1.4 ระยะเวลาการปวด (Duration) ปวดแบบคงที่หรือเป็น ๆ หาย ๆ ปวดตลอดเวลา หรือมีเวลาที่ปวดมาก ปวดเวลากลางคืน หรืออาการปวดสัมพันธ์กับการทำงาน การนั่ง ยืน เดิน

1.5 อาการปวดมากขึ้น (Aggravation) สัมพันธ์กับการยกของหนัก การไอ การจามหรือไม่

1.6 อาการปวดดีขึ้น (Alleviation) เมื่อพัก รับประทานยา นวดหรือการออกกำลังกาย

2. การตรวจร่างกายที่สำคัญที่สุด คือ การตรวจ Motor, Reflex และการคลำชีพจร ผลการตรวจร่างกายของผู้ป่วย lumbar spinal stenosis มักพบว่าปกติหรือ nonspecific findings ผู้ป่วยสูงอายุส่วนใหญ่มักพบว่าการเคลื่อนไหวของกระดูกสันหลังลดลง ซึ่งอาจมีหรือไม่มี spinal stenosis ร่วมด้วย คนไข้จะแอ่นตัวไปทางด้านหลัง (extension) ได้น้อยกว่าก้มตัวมาข้างหน้า (flexion) มักตรวจพบการกดเจ็บบริเวณ lumbar, paraspinal หรือ gluteal จากภาวะกระดูกเสื่อม (degenerative change) กล้ามเนื้อเกร็งตัว (muscle spasm) หรือจากท่าทาง (poor posture) บางคนบรรยายว่ามีท่ายืน “Simian stance” คือ สะโพกงอไปข้างหน้าเข่างอและยืนโค้งไปข้างหน้า ท่ายืนนี้ทำให้ผู้ป่วยสามารถยืนและเดินได้นานขึ้น บ่อยครั้งจะตรวจพบ Hamstring tightness และอาจตรวจพบ False-positive straight leg raising test การตรวจทางระบบประสาทมักพบปกติ หรืออาจพบเพียงอ่อนแรงเล็กน้อย การรับรู้ความรู้สึกและ reflex ผิดปกติเล็กน้อย นอกจากนั้นอาจพบ Ankle reflex ลดลงในจำนวนร้อยละ 43-65 ของผู้ป่วย ขณะที่ knee reflex ลดลง ร้อยละ 18-42 การตรวจ straight-leg-raising test และการตรวจ nerve root tension sign อื่นๆมักตรวจไม่พบ ยกเว้นว่าจะมีหมอนรองกระดูกสันหลังเคลื่อนกดทับเส้นประสาทจาก L5 nerve root ทำให้มีอาการอ่อนแรงของนิ้วหัวแม่มือ และกล้ามเนื้อ Hip abductor (ตรวจโดย Trendelenburg test)

Trendelenburg test ตรวจโดยให้ผู้ป่วยยืนบนขาข้างที่ gluteus medius ไม่ทำงานหรือไม่ มีเส้นประสาทมาเลี้ยงจะทำให้มีการลดต่ำลงของกระดูกเชิงกรานด้านตรงข้ามกับด้านที่กล้ามเนื้อไม่ทำงาน ความผิดปกติดังกล่าวทำให้ผู้ป่วยเดินผิดปกติแบบที่เรียกว่า “Trendelenburg gait” ความผิดปกติจากการเดินชนิดอื่นเช่น Difficulty in walking on the toe บ่งบอกถึงความผิดปกติของเส้นประสาท S1 root Difficulty heel walk บ่งบอกถึงความผิดปกติของเส้นประสาท L4 หรือ L5 root ความผิดปกติเกี่ยวกับการรับรู้ความรู้สึก พบได้ถึงร้อยละ 46-51 ของผู้ป่วย

3. การตรวจทางรังสี จากภาพถ่ายจากหน้าไปหลังจะเห็นส่วนต่อเชื่อมกระดูกสันหลัง (Pedicles) แต่ละปล้องมีระยะแคบลงระหว่างช่องถัดไป ภาพถ่ายด้านข้างจะพบว่าช่องไขสันหลังแคบลง ถ้าเป็นมากจะเห็นลักษณะกระดูกสันหลังเคลื่อนไปข้างหน้า การฉีดสารทึบรังสีและการถ่ายภาพรังสีคอมพิวเตอร์จะช่วยให้การวินิจฉัยแน่นอนยิ่งขึ้น

4. การตรวจ MRI (Magnetic Resonance Imaging) เป็นเครื่องมือสำหรับตรวจอวัยวะต่างๆในร่างกาย สร้างภาพโดยอาศัยปรากฏการณ์สะท้อนกลับของคลื่นแม่เหล็กเมื่อถูกกระตุ้น คือ นิวเคลียส เช่น โปรตอนซึ่งมีมากในเนื้อเยื่อต่างๆในร่างกายมนุษย์ เมื่อเข้าไปอยู่ในสนามแม่เหล็กแรงสูงและได้รับการกระตุ้นด้วยคลื่นวิทยุ จะมีการก่อกวนออกมาในรูปพลังงานที่สามารถวัดคุณสมบัติและแปลผลออกมาเป็นภาพด้วยคอมพิวเตอร์

การวินิจฉัยแยกโรค (Differential diagnosis)

1. Intervertebral disc syndrome เป็นการเสื่อมหรือแตกสลายของหมอนรองกระดูก มักเป็นทันทีหรือพบรุนแรงขึ้นเรื่อย ๆ ตรวจพบอาการทางประสาทชัดเจน และมักเป็นข้างเดียว นั่งพักเป็นมากขึ้น ก็จะมีอาการอ่อนตัวไม่ปวด อาการข้อถ่ายผิดปกติชัดเจน
2. Neurovascular disease ของขา ปวดบวมกดเจ็บที่น่อง ชีพจรเบา ถ้าเป็นเส้นประสาทจะปวดเสียวชามากกว่าปวดเมื่อย
3. DM มักเสียวหรือชาที่ปลายประสาท ปวดแสบขาร้อนที่เท้า มักเป็นกลางคืน
4. Rheumatic มักมีอาการทางข้อร่วมด้วยโรคที่ต้องแยกจริงๆคือ ankylosing spondylitis แยกได้โดย plain film
5. Lumbar spondylosis ปวดหลังในผู้สูงอายุ ทำงานจะปวด พักจะดี พิสัยการเคลื่อนไหวหลังลดลง ที่สำคัญไม่ปวดขา
6. Restless leg syndrome ปวดกลางคืน ต้องลุกมาเดินหรือนวด ไม่ทราบสาเหตุ

การรักษา

1. การรักษาแบบประคับประคอง (Conservative treatment) ได้แก่
 - 1.1 การนอนพัก มีความสำคัญมากที่สามารถทำได้ ขณะอยู่บ้านในช่วงที่พักอยู่ให้มีกิจกรรมโดยจำกัดตามสภาพ เช่น ผู้ป่วยที่มีปัญหาทางระบบหัวใจและหลอดเลือด
 - 1.2 การรักษาด้วยยา
 - 1.2.1 ยาต้านการอักเสบ (Anti Inflammatory drugs) ยากลุ่มนี้มีจุดประสงค์เพื่อลดการอักเสบภายในเนื้อเยื่อ มีประสิทธิภาพมากในระดับอาการปวดที่เล็กน้อยและปานกลาง ผลข้างเคียง เช่น ปวดท้อง gastritis แผลในกระเพาะอาหาร ปัญหาทางตับและไต
 - 1.2.2 ยาแก้ปวด (Analgesics drugs) ยากลุ่มนี้ใช้เพื่อลดอาการปวด โดยที่ไม่มีการออกฤทธิ์ที่เฉพาะเจาะจงที่สาเหตุของอาการปวด
 - 1.2.3 ยากล้ามเนื้อคลายตัว (Muscle Relaxants) ยากลุ่มนี้ใช้ลดการตึงตัวของกล้ามเนื้อ อาการปวดที่เกิดจากการหดเกร็งตัวของกล้ามเนื้อก็จะลดลงได้ คนไข้บางคนอาจง่วงนอนหลังจากใช้ยานี้
 - 1.2.4 ยากลุ่ม Narcotics drugs ยากลุ่มนี้มีผลต่อสมองและไขสันหลัง เพื่อลดอาการปวด เนื่องจากมีปัญหาเรื่องการติดยาและ overdose จึงควรใช้ยากลุ่มนี้อย่างระมัดระวัง
 - 1.2.5 ยากล่อมประสาท (Antidepressants) ควรใช้ยาต้านซึมเศร้าเพียงเล็กน้อย อาจช่วยบรรเทาอาการปวดที่เกี่ยวข้องกับปัญหาทางเส้นประสาทที่เรื้อรัง
 - 1.3 การทำกายภาพบำบัด (Physical therapy) สำหรับปัญหาทางกระดูกสันหลัง รวมถึงการรักษาอาการปวด เช่น การใช้ transcutaneous electrical nerve stimulation การนวด การใช้ Ultrasound การฝังเข็ม (acupuncture) การดึง (traction) และการฝึกกล้ามเนื้อให้มีความแข็งแรงเพื่อให้กล้ามเนื้อทำงานได้ดี

1.4 การออกกำลังกาย (Exercise) ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะถูกแนะนำให้ออกกำลังกายเป็นประจำ การออกกำลังกายแบบแอโรบิกจะช่วยลดการบาดเจ็บบริเวณหลัง ควรออกกำลังกายที่ทำให้สนุกสนานและทำง่าย เพื่อจะทำให้ได้ออกกำลังกายเป็นประจำ เช่น การว่ายน้ำ การเดินเร็ว การวิ่ง

1.5 การลดน้ำหนักจะช่วยลดอาการปวดหลังจาก degenerative spondylolisthesis

1.6 วิธีการอื่นๆ (Additional Strategies) มีการใช้สายรัดหรือเข็มขัดรัดหน้าท้อง รวมถึง brace ชนิดต่าง ๆ เพื่อช่วยลดอาการปวดหลัง แต่ประสิทธิภาพของวิธีเหล่านี้ยังไม่ชัดเจน การใส่อุปกรณ์เหล่านี้ในระยะยาวจะทำให้กล้ามเนื้อหลังไม่แข็งแรง

2. การรักษาโดยวิธีการผ่าตัดชนิดต่างๆ (Operative Treatments)

การผ่าตัด จะใช้เมื่อการใช้ยาและการทำกายภาพบำบัดไม่ได้ผลอาการที่เกิดขึ้นมีผลรบกวนการใช้ชีวิตประจำวันและมีการเสียการควบคุมระบบขับถ่ายโดยจุดประสงค์ของการผ่าตัด เพื่อลดการกดทับต่อเส้นประสาทและต่อไขสันหลัง และให้กระดูกสันหลังมีความมั่นคง เป็นการผ่าตัดเพื่อเอากระดูกสันหลังทางด้านหลัง (Lamina) ออก เพื่อลดการกดทับต่อเส้นประสาท รวมไปถึงการตัดกระดูกที่งอกออกหรือการเอาหมอนรองกระดูกสันหลังที่แตก/ที่เสื่อมออก ในผู้ป่วยที่มีการกดทับเส้นประสาทจากหมอนรองกระดูกนอกจากนั้น การผ่าตัดอาจใช้เทคนิคการผ่าตัดเชื่อมกระดูก (Fusion) ที่พิจารณาในรายที่มีการเสื่อมของกระดูกสันหลังอย่างมาก จนกระดูกสันหลังสูญเสียความมั่นคงหรือในรายที่ผ่าตัดเอากระดูกที่กดทับเส้นประสาทออกแล้ว กระดูกสันหลังสูญเสียความมั่นคงคือเคลื่อนที่ได้ง่าย

วิธีการผ่าตัดที่นิยมในปัจจุบันมีดังนี้

1. Decompression คือ การทำผ่าตัดเพื่อเอาสิ่งที่เกิดกดทับเส้นประสาทหรือเนื้อเยื่อประสาท โดยสิ่งกดทับนั้นอาจเป็นกระดูก พังผืด หรือก้อนเนื้อต่าง ๆ ได้แก่

1.1 Laminectomy คือ การตัดเอา Lamina ของกระดูกสันหลังออกเพื่อแก้ไขการกดทับเส้นประสาท โดยเจาะผ่าน Lamina และ Ligamentum flavum เข้าสู่ช่องไขสันหลังจากด้านหลัง

1.2 Discectomy คือ การผ่าตัดเพื่อเข้าไปใน Intervertebral area อาจเป็นด้านหน้าหรือด้านหลังของ Spine ก็ได้ และตัดผ่าน Anterior หรือ Posterior longitudinal ligament เพื่อสืบเอา Nucleus pulposus ที่เคลื่อนหรือทะลักตัวออกมา กด Neural element

2. Spinal fusion คือ การผ่าตัดตรึงข้อสันหลังไม่ให้เคลื่อนไหว ทำในผู้ป่วยที่อยู่ในวัยทำงาน (อายุไม่เกิน 60-65 ปี) ที่มีอาการปวดหลังเรื้อรังจากข้อสันหลังหลวมไม่เกิน 2 ระดับ รวมทั้ง Degenerative Spondylolisthesis ที่รักษาโดยวิธีไม่ผ่าตัดมานานพอสมควรและไม่ได้ผล

3. Spinal instrumentation คือ การตามโลหะที่กระดูกสันหลัง เพื่อตรึงให้กระดูกสันหลังที่ไม่มั่นคงกลับมามีความมั่นคง หรือแข็งแรงพอที่จะรับน้ำหนักและพอที่จะเคลื่อนไหวได้

ข้อบ่งชี้ในการทำผ่าตัด

1. เสียการควบคุมของกระเพาะปัสสาวะและลำไส้ซึ่งถือเป็นสัญญาณเตือน
2. มีอาการปวดอย่างมาก ซึ่งไม่ทุเลาด้วยยาแก้ปวดอย่างรุนแรง
3. หลังจากนอนพักเต็มที่ 3 สัปดาห์แต่ผู้ป่วยปวดมากและมีอาการระคายเคืองรากประสาท
4. มีอาการปวดอย่างมาก หรือ Sciatica เกิดขึ้นอีก
5. กล้ามเนื้ออ่อนแรง

การพยาบาลผู้ป่วยก่อนผ่าตัด แบ่งออกเป็น 2 ด้าน คือ

1. การเตรียมทางด้านจิตใจ โดยอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจ บอกสาเหตุและความจำเป็นที่ต้องผ่าตัด ระยะเวลาหลังผ่าตัดและสร้างความมั่นใจให้ผู้ป่วยเกี่ยวกับการทำผ่าตัดของแพทย์ พุดคุยซักถามเพื่อให้ผู้ป่วยผ่อนคลาย ลดความวิตกกังวล
2. การเตรียมทางด้านร่างกาย (Physical preparation)
 - 2.1 ตรวจสอบสภาพร่างกายทั่ว ๆ ไปว่ามีความพร้อมที่จะทำผ่าตัดหรือไม่ มีโรคที่เป็นอุปสรรคต่อการผ่าตัดหรือไม่ เช่น โรคปอด โรคหัวใจ เบาหวาน ซึ่งต้องได้รับการรักษาโรคเหล่านี้ก่อน
 - 2.2 ดูแลความสะอาดร่างกายทั่ว ๆ ไป เช่น ผม เล็บ ปาก ฟัน และผิวหนัง เพื่อป้องกันการติดเชื้อ
 - 2.3 ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการพักผ่อนอย่างเต็มที่ในรายที่วิตกกังวลมาก ๆ แพทย์อาจพิจารณาให้ยา Sedative พวก Diazepam
 - 2.4 สอนและสาธิตให้ผู้ป่วยหายใจเข้าลึก ๆ ทางจมูก แล้วค่อยๆ ผ่อนออกทางปาก โดยฝึกให้ทำบ่อย ๆ ก่อนทำผ่าตัด เมื่อผ่าตัดแล้วผู้ป่วยจะได้ปฏิบัติคล่องขึ้น เพื่อช่วยให้ปวดขยายได้ดี ป้องกันภาวะแทรกซ้อนเกี่ยวกับโรคระบบทางเดินหายใจ
 - 2.5 ฝึกให้ผู้ป่วยบริหารร่างกายบนเตียง ฝึกถ่ายอุจจาระ ปัสสาวะบนเตียงนอน เพื่อความเคยชิน

การพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัด

1. จัดทำให้ผู้ป่วยหลังผ่าตัดให่นอนราบ ตะแคงหน้าไปด้านใดด้านหนึ่ง เพื่อให้ Free drainage เช่น อาเจียน และ Discharge ไหลได้ตลอดเวลาและป้องกันล้นตกปิดทางเดินหายใจ
2. Record vital signs ทุก 15 นาที เป็นเวลา 1 ชั่วโมง และวัดทุก 30 นาที เป็นเวลา 1 ชั่วโมง ทุก 2 ชั่วโมงและทุก 4 ชั่วโมง ตามลำดับ เพื่อประเมินอาการเปลี่ยนแปลง
3. สังเกตแผลผ่าตัด ว่ามีเลือดออกมากน้อยเพียงใด ถ้าซึมมากรายงานให้แพทย์ทราบ
4. ดูแลให้ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ ยา เลือด ตามแผนการรักษา พร้อมสังเกตอาการข้างเคียงและอาการแพ้ที่อาจเกิดขึ้น อย่างใกล้ชิด พร้อมรายงานแพทย์เจ้าของไข้ทราบ
5. ดูแลสายสวนปัสสาวะและท่อระบายเลือดให้ทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ บันทึกปริมาณปัสสาวะเลือดที่ออกจากท่อระบาย ถ้าพบสิ่งผิดปกติ เช่น ปัสสาวะออกน้อยกว่า 30 มิลลิลิตรใน 1 ชั่วโมง เลือดออกทางสายระบายมากกว่า 200 มิลลิลิตร ใน 1 ชั่วโมง รายงานแพทย์เจ้าของไข้ทราบ

6. สังเกตอาการทางระบบประสาทของผู้ป่วย ดูระดับความรู้สึกตัว การตอบสนองของผู้ป่วย ว่าผู้ป่วยรู้สึกตัวเมื่อใด มีการรับรู้ได้มากน้อยเพียงใด ถ้าผิดปกติรายงานแพทย์ทราบ

7. จัดสิ่งแวดล้อมให้ผู้ผู้ป่วยได้พักผ่อนอย่างเพียงพอ ระวังเรื่องความปลอดภัย ควรยกไม้กั้นเตียงขึ้นทุกครั้งหลังให้การพยาบาล เพื่อป้องกันไม่ให้ผู้ผู้ป่วยตกเตียงในระยะที่ไม่รู้สึกตัว

ภาวะแทรกซ้อนภายหลังการผ่าตัดและการป้องกัน

1. การที่ผู้ป่วยต้องใช้เวลาในการผ่าตัดนานๆ ทำให้มีการเสียเลือดมากมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัด เช่น ภาวะ Shock ป้องกันโดยประเมินสัญญาณชีพหากพบมีการเปลี่ยนแปลง สังเกตบริเวณแผลผ่าตัดหากพบมีเลือดซึมผ้าปิดแผลและภายในขวระบายเลือดมีปริมาณเลือดเกิน 200 มิลลิลิตรภายในชั่วโมงแรกหลังผ่าตัดให้รายงานแพทย์ทันที

2. โรคปอดบวม ผู้ป่วยที่นอนนาน ๆ มักจะมีภาวะแทรกซ้อนเกี่ยวกับระบบทางเดินหายใจ ป้องกันได้โดยการสอนให้ผู้ผู้ป่วยหายใจลึก ๆ และไอเอาเสมหะออก รวมทั้งการเปลี่ยนท่านอนทุก ๆ 2 ชั่วโมง

3. การติดเชื้อที่แผลผ่าตัด ดูแลบริเวณแผลให้แห้งสะอาดอยู่เสมอ ป้องกันโดยหมั่นสังเกตลักษณะของแผล ถ้ามีการบวมแดง ร้อน ต้องรีบแจ้งแพทย์ ไม่แกะเกาแผล ล้างมือ ก่อน-หลัง ให้การพยาบาลทุกครั้ง และหากต้องทำแผล ต้องใช้เทคนิคสะอาดปราศจากเชื้อเสมอ

4. เกิดแผลกดทับ การนอนเป็นเวลานาน ๆ บริเวณผิวหนังที่ถูกกดทับจะทำให้ขาดเลือดมาเลี้ยง เช่น บริเวณสะโพก ก้นกบ หลัง ส้นเท้า เป็นต้น เกิดการตายของเนื้อเยื่อหรือเป็นแผลกดทับ สามารถป้องกันได้โดยเปลี่ยนท่านอนบ่อยๆ เช่น พลิกตะแคงตัวอย่างน้อยทุก 2 ชั่วโมง รักษาความสะอาดผิวหนังไม่ให้อับชื้น

3. ภาวะหัวใจห้องบนสั่นพริ้ว (Atrial Fibrillation: AF) (สุรพันธ์ สิทธิสุข, 2555)

สาเหตุ

Atrial Fibrillation (AF) เป็นภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะมีทั้งเร็วและช้า ไม่สม่ำเสมอ เกิดจากการนำไฟฟ้าในหัวใจที่ผิดปกติ ปกติกระแสไฟฟ้าเริ่มต้นจากจุดเดียวที่ห้องหัวใจห้องบนส่งผ่านไฟฟ้ายังหัวใจห้องล่าง ในกรณี AF กระแสไฟฟ้าเริ่มจากหลายจุด ต่างส่งไฟฟ้ามายังหัวใจห้องล่างทำให้หัวใจเต้นไม่สอดคล้อง (Gutierrez C BD, 2011) ผู้ป่วย AF มีอัตราการตายเพิ่มขึ้นเป็นสองเท่าของคนปกติ และมีโอกาสที่จะเกิดเส้นเลือดในสมองอุดตัน (stroke) เพิ่มขึ้น 2-7 เท่า และจะสูงกว่านี้ในกลุ่มผู้ป่วยที่มีโรคลิ้นหัวใจพิการ ความเสี่ยงในการเกิดเส้นเลือดในสมองอุดตันไม่แตกต่างกันไม่ว่าจะเป็น AF กลุ่มใด นอกจากนี้อัตราการเกิดหัวใจล้มเหลว (Heart failure) ในผู้ป่วย AF ยังเพิ่มขึ้น เนื่องจากการบีบตัวของหัวใจห้องบนลดลงการบีบตัวของหัวใจห้องล่างซ้ายเสื่อมลงหรือ จากอัตราการเต้นของหัวใจที่สูงมาก ผลเสียที่เกิดขึ้นจาก AF ทำให้เกิดความเสี่ยงที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล พิการ และเสียชีวิตเพิ่มขึ้นด้วย

สาเหตุของการเกิด Atrial Fibrillation มีทั้งที่เกิดจากหัวใจ เช่น โรคของลิ้นหัวใจ โรคหลอดเลือดหัวใจ เยื่อหุ้มหัวใจอักเสบ (Pericarditis) หรือเกิดจากสาเหตุที่ไม่ใช่หัวใจ เช่น ปอดอักเสบ การผ่าตัด การไม่สมดุลของเกลือแร่ Hyperthyroidism การได้รับสารจำพวก Cocaine Caffeine หรือภาวะ Acute alcohol intoxication ผู้สูงอายุ กรรมพันธุ์ ภาวะเครียด โรคอ้วน หรือไม่ทราบสาเหตุ

อาการและอาการแสดง

ภาวะโรคหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิด หัวใจเต้นสั่นพริ้ว (Atrial Fibrillation: AF) มีผลทำให้ปริมาณเลือดที่หัวใจบีบตัว (Ventricular stroke volume) ลดลง ประมาณร้อยละ 20 แต่ผู้ป่วยอาจจะมีหรือไม่มีอาการแสดง ผู้ป่วยบางคนได้รับการวินิจฉัยขณะที่ตรวจร่างกายแล้วพบว่าหัวใจเต้นผิดจังหวะโดยบังเอิญหรือในบางรายอาจมีอาการเพียงเล็กน้อย เช่น อาการใจสั่น จนกระทั่งอาการมาก ๆ ก็ได้ เช่น น้ำท่วมปอด (Acute pulmonary edema) แต่ที่พบมากที่สุด ได้แก่ อาการเหนื่อยอ่อนเพลีย (Fatigue) อ่อนแรง สับสน เวียนศีรษะ หายใจลำบาก เจ็บแน่นหน้าอก อาการอาจจะเป็น ๆ หาย ๆ (Paroxysmal) หรือมีอาการเรื้อรัง ซึ่งแต่ละคนจะไม่เหมือนกัน

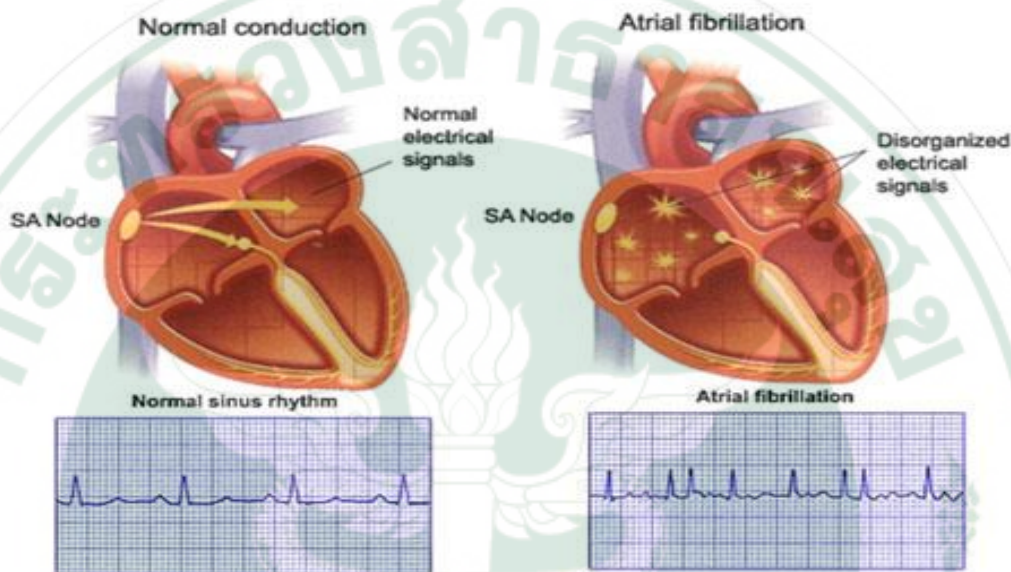
พยาธิสภาพ

Atrial Fibrillation: AF เป็นภาวะที่จุดกำเนิดไฟฟ้าในหัวใจ ไม่ได้เกิดจาก SA node แต่เกิดจากจุดกำเนิดในหัวใจห้องบนมากกว่า 1 จุด ทำให้เกิดภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะขึ้น ลักษณะคลื่นไฟฟ้าหัวใจ P wave หายไป มี fibrillation (O wave) ลักษณะเป็นเส้นหยักไปมาไม่สม่ำเสมอ เห็นชัดใน Lead II III in aVF และ V2 แต่รูปร่างของ QRS complex ปกติ Atrial rate 350-700 ครั้งต่อนาที Ventricular Rate: VR มักจะไม่สม่ำเสมอ ถ้า VR มากกว่า 100 ครั้งต่อนาที ถือว่าเป็น Rapid Ventricular Response: RVR ถ้าอยู่ระหว่าง 60-100 ครั้งต่อนาที เรียกว่าเป็น Moderate Ventricular Response: MVR และถ้า VR น้อยกว่า 60 ครั้งต่อนาที เรียกว่าเป็น Slow Ventricular Response: SVR

กรมการแพทย์

โรงพยาบาลเลิดสิน

ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน



รูปภาพที่ 5 Normal conduction และ Atrial fibrillation

ที่มา: Siamhealth.net ภาพหัวใจเต้นผิดจังหวะ Atrial fibrillation, สืบค้นเมื่อ 11 พฤศจิกายน 2566
จาก <https://www.centurysydneycardiology.com.au/heart-conditions/heart-rhythm-disorders/atrial-fibrillation-af/>

การวินิจฉัย

การวินิจฉัยโรคหัวใจเต้นสั่นพริ้ว แพทย์จะตรวจเพื่อหาสาเหตุและประเมินความรุนแรงของโรคหัวใจเต้นสั่นพริ้ว (Atrial Fibrillation: AF) ดังนี้ (สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์, 2555)

1. การตรวจเลือด
2. การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ เป็นการตรวจที่สำคัญสำหรับการวินิจฉัยโรคหัวใจเต้นสั่นพริ้ว
3. การตรวจ x-ray ปอดและหัวใจ เพื่อดูขนาดของหัวใจและปอด
4. การตรวจหัวใจด้วยคลื่นเสียงสะท้อนความถี่สูง (Echocardiography)
5. การตรวจบันทึกการทำงานของหัวใจตลอด 24 ชั่วโมง (Holter monitor)
6. การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจขณะออกกำลังกาย (Exercise Stress Test: EST)

การรักษา

การรักษาภาวะหัวใจเต้นสั่นพริ้ว มีวัตถุประสงค์เพื่อรักษาอาการและลดภาวะแทรกซ้อน ดังนี้ การคุมอัตราการเต้นของหัวใจ การคุมอัตราการเต้นของหัวใจห้องล่างไม่ให้เร็วเกินไป โดยอาศัยยากันไฟฟ้าผ่าน AV node หากหัวใจห้องล่างเต้นเร็วและไม่ได้รับการรักษาเป็นเวลานาน จะทำให้เกิดกล้ามเนื้อหัวใจอ่อนแรง และล้มเหลวตามมาได้ ดังนั้นจึงจำเป็นต้องควบคุมอัตราการเต้นของหัวใจขณะพักให้ไม่สูงกว่า 110 ครั้งต่อนาที

การปรับจังหวะการเต้นของหัวใจทำได้ ดังนี้

1. การรักษาด้วยยา มียาหลายตัวที่สามารถปรับจังหวะการเต้นหัวใจให้กลับมาเต้น เป็นปกติได้ และให้ยา warfarin เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ
2. การช็อกด้วยไฟฟ้า (Cardioversion) ข้อบ่งชี้ที่จำเป็นต้องทำการควบคุมจังหวะโดยฉุกเฉิน ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีสัญญาณชีพไม่คงตัว ในขณะที่เกิดโรคหัวใจเต้นสั่นพริ้ว
3. การจี้รักษา (Ablation Therapy) ข้อบ่งชี้ในการจี้รักษา คือ ผู้ป่วยที่ยังมีอาการจากโรคหัวใจเต้นสั่นพริ้วอยู่มาก แม้ได้รับการควบคุมอัตราการเต้นของหัวใจห้องล่างแล้ว

การพยาบาล

การพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจเต้นผิดจังหวะ (Atrial Fibrillation) มีดังนี้

1. การบันทึก EKG 12 leads ไว้เป็นหลักฐาน วิเคราะห์คลื่นไฟฟ้าหัวใจ เพื่อให้แน่ใจว่าจังหวะการเต้นของหัวใจที่เต้นเร็วชนิดหรือจุดกำเนิดที่ไหน SA node atrium หรือ AV junction Ventricle
2. ประเมินความรุนแรงของจังหวะการเต้นของหัวใจที่เต้นเร็ว SVT AF A-flutter อาการใจสั่น เจ็บหน้าอก เหนื่อย
3. ประเมินอาการและอาการแสดงของผู้ป่วยจากสัญญาณชีพ อาการแสดงว่าอวัยวะที่สำคัญได้รับเลือดไปเลี้ยงไม่เพียงพอ
4. ประเมินความรุนแรง ตัดสินใจและวางแผนการพยาบาลในเบื้องต้น
5. เตรียมยาที่ช่วยลดอัตราการเต้นของหัวใจ คือ propranolol digoxin isoptin adenosin
6. เตรียมรถ Emergency เครื่องมือและอุปกรณ์ช่วยชีวิต พร้อมทั้งความพร้อมของ Emergency Cart
7. ติดตามประเมินผลระหว่างให้การรักษาพยาบาลและเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดจากการรักษาผู้ป่วยที่ได้รับยา digoxin ควรตรวจระดับค่าโพแทสเซียมในเลือดเป็นระยะ
8. การฉีด verapamil ต้องฉีดช้า ๆ 2.5 - 5 มิลลิกรัม ใน 1 - 2 นาที เพราะจะทำให้ความดันโลหิตต่ำได้มาก
9. เฝ้าระวังผลข้างเคียงของยาลดอัตราการเต้นของหัวใจ ซึ่งอาจทำให้หัวใจเต้นช้าเกินไปหรือเกิด heart block ได้ในขณะให้ยา

โรงพยาบาลเลิดสิน

ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน

4. ภาวะลิ่มเลือดอุดตันในปอด (Pulmonary Embolism: PE)

ภาวะลิ่มเลือดอุดตันในปอด (pulmonary embolism: PE) เป็นหนึ่งในสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยมีอาการหายใจหอบเหนื่อยอย่างเฉียบพลัน ผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่เสียชีวิตเกิดจากการที่ไม่ได้รับการวินิจฉัย โดยพบว่าเมื่ออัตราการตายสูงถึงร้อยละ 30 ในขณะที่ลดลงเหลือร้อยละ 2-8 หากผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยและรักษาที่ถูกต้องและทันเวลาที่ (Silverstein MD, Heit JA, Mohr DN, et al., 1998)

พยาธิสรีรวิทยา

PE เป็นภาวะแทรกซ้อนเกิดจากการที่มีลิ่มเลือดเกิดขึ้นในหลอดเลือดดำ และหลุดไปอุดตันหลอดเลือดที่ปอด (Venous thromboembolism หรือ VTE) โดยมักเกิดที่บริเวณหลอดเลือดดำที่ขา มีส่วนน้อยที่เกิดบริเวณหลอดเลือดดำที่แขน กลไกที่ทำให้เกิดลิ่มเลือดมี 3 ปัจจัย (Virchow's triad) ได้แก่

1. การไหลเวียนของเลือดลดลงเกิดจากร่างกายไม่ได้เคลื่อนไหว (Immobilization) เป็นเวลานาน
2. มีความผิดปกติของเลือด ที่ทำให้เกิดลิ่มเลือดได้ง่าย (hypercoagulable states)
3. มีผนังหลอดเลือดดำที่ผิดปกติเกิดจากมี local trauma หรือมีการอักเสบ ก้อนลิ่มเลือดดังกล่าวหากเกิดขึ้นแล้วมีโอกาสสูงที่จะหลุดเข้าสู่หลอดเลือดดำ inferior หรือ superior vena cava ก่อนผ่านเข้าหัวใจห้องขวาและหลุดมาอุดตันที่หลอดเลือดในปอด ทำให้เลือดดำไม่สามารถไปแลกเปลี่ยนก๊าซออกซิเจนเกิดภาวะออกซิเจนพร่อง (Hypoxia) และหากก้อนลิ่มเลือดมีขนาดใหญ่จะทำให้มีการเพิ่มขึ้นของแรงเสียดทานในหลอดเลือดปอด (Pulmonary vascular resistance) ทำให้ความดันในหัวใจห้องขวาส่งขึ้น และมีการเคลื่อน (Shift) ของผนังกันหัวใจห้องล่างไปทางหัวใจห้องซ้ายล่าง ผลดังกล่าวร่วมกับปริมาณเลือดที่ผ่านเนื้อปอดมาสู่หัวใจห้องซ้ายก็ลดลง ทำให้ cardiac output ลดลง ผู้ป่วยจะมีความดันโลหิตต่ำลง ช็อก และเสียชีวิตในที่สุด

ปัจจัยเสี่ยง

ปัจจัยเสี่ยงของการเกิด VTE มีทั้งที่เป็นกรรมพันธุ์ (Hereditary) และที่เกิดภายหลัง (Acquired) ที่พบบ่อย ได้แก่ การที่ร่างกายไม่ได้เคลื่อนไหว เช่น หลังการผ่าตัดกระดูก หรือการผ่าตัดอื่น ๆ ที่ต้องนอนนาน หรือการเดินทางที่นั่งกับที่นาน ประวัติโรคมะเร็ง และภาวะที่ทำให้เกิดลิ่มเลือดได้ง่าย (Hypercoagulable conditions) เช่น มี mutation ของ factor V leiden มีระดับ factor VIII สูงผิดปกติมีการขาด antithrombin III, protein C หรือ protein S หรือมี antiphospholipid และ anticardiolipin antibody เป็นต้น ปัจจัยเสี่ยงอื่น ๆ แสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ปัจจัยเสี่ยงของ venous thromboembolism

ทางกรรมพันธุ์ (Hereditary factors)	เกิดภายหลัง (Acquired factors)
ภาวะขาด antithrombin ภาวะขาด protein C ภาวะขาด protein S Factor V Leiden Activated protein C resistance ที่ไม่มี factor V Leiden Prothrombin gene mutation Dysfibrinogenemia ภาวะขาด plasminogen	ไม่มีการเคลื่อนไหว อายุมาก โรคมะเร็ง การเจ็บป่วยเฉียบพลัน การผ่าตัดใหญ่ การบาดเจ็บ บาดเจ็บไขสันหลัง ตั้งครรภ์และช่วงหลังคลอด โรค polycythemia vera Antiphospholipid antibody syndrome ยาคุมกำเนิด การรักษาที่ให้ฮอร์โมนทดแทน เฮปาริน การรักษาให้ยาเคมีบำบัด ความอ้วน การใส่สายในหลอดเลือดดำส่วนกลาง ใส่อุปกรณ์ที่ให้อยู่นิ่ง (immobilizer) หรือ ผิวก

อาการแสดงทางคลินิก

ผู้ป่วยมักจะมีอาการหายใจหอบเหนื่อยมากอย่างกะทันหัน ใจสั่น แน่นหน้าอก (Pleuritic pain) บางรายมีอาการหน้ามืดเป็นลม หรือหมดสติพบไม่บ่อยที่ผู้ป่วยจะมีอาการไอเป็นเลือดซึ่งเกิดจากการที่มีการตายของเนื้อปอด ตรวจร่างกาย ผู้ป่วยมักหายใจเร็ว มีระดับออกซิเจนในเลือดต่ำ (Hypoxemia) หัวใจเต้นเร็ว และมีหลอดเลือดดำที่คอโป่ง (Elevated jugular venous pressure) ฟังปอดมักปกติหรืออาจฟังได้เสียงวี๊ด (Wheezing) ในหลอดลม บางครั้งอาจได้ยินเสียงการเสียดสีของเยื่อหุ้มปอด (Pleural rub) ได้ อย่างไรก็ตามพบว่าประมาณครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยไม่มีอาการหรือมีอาการไม่มาก การที่จะวินิจฉัยให้ได้จึงขึ้นอยู่กับความสงสัยของแพทย์ผู้ดูแลเป็นสำคัญ ในรายที่มีลิ้มเลือดขนาดใหญ่ไปอุดในหลอดเลือดปอด (Massive PE) ผู้ป่วยจะตัวเย็น มีความดันต่ำ ซีก ร่วมกับมีอาการเขียวคล้ำ (Cyanosis) ผู้ป่วยที่สงสัย PE ควรจะตรวจดูว่ามีไข้หรือหนองบวม ปวด หรือไม่ ซึ่งมักเป็นข้างใดข้างหนึ่ง ในรายที่มีการอักเสบของหลอดเลือดดำร่วมด้วย อาจมีอาการแดงร้อนร่วมด้วย ถ้าพบว่ามีลักษณะของ deep vein thrombosis ดังกล่าวจะสนับสนุนการวินิจฉัยว่าเป็น PE มากขึ้น

การวินิจฉัยแยกโรค

ขึ้นอยู่กับอาการที่นำผู้ป่วยมาว่าจะเป็นอาการเหนื่อย ไอเป็นเลือด หรือเจ็บแน่นหน้าอก โรคที่อาจเป็นสาเหตุและจำเป็นต้องแยกออกจาก PE ได้แก่

1. โรคปอด เช่น ปอดติดเชื้อ หลอดลมอักเสบเฉียบพลัน โรคหลอดลมปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD) หรือหอบหืด ลมในช่องโพรงเยื่อหุ้มปอด กระดูกซี่โครงหัก เยื่อหุ้มปอดอักเสบ น้ำในโพรงเยื่อหุ้มปอด มะเร็งปอด และความดันสูงในหลอดเลือดปอดที่ไม่ทราบสาเหตุ (Primary pulmonary hypertension) เป็นต้น
2. โรคหัวใจและหลอดเลือด เช่น หัวใจล้มเหลว กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด เยื่อหุ้มหัวใจอักเสบ น้ำในช่องเยื่อหุ้มหัวใจ ผนังหลอดเลือดแดงเออร์ตาเซาะ (Aortic dissection)
3. โรคอื่นๆ เช่น ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ (Musculoskeletal pain) และภาวะหายใจหอบมากเกินไป (Hyperventilation) เป็นต้น

แนวทางการวินิจฉัยและการส่งตรวจห้องปฏิบัติการ

จากการซักประวัติ ตรวจร่างกาย สามารถจะบอกถึงความเป็นไปได้ (pretest probability) ของ PE ได้โดยใช้ wells scoring system (ตารางที่ 2) ถ้าคะแนนมากกว่า 6 ขึ้นไป โอกาสที่จะเป็น PE จะสูงมาก

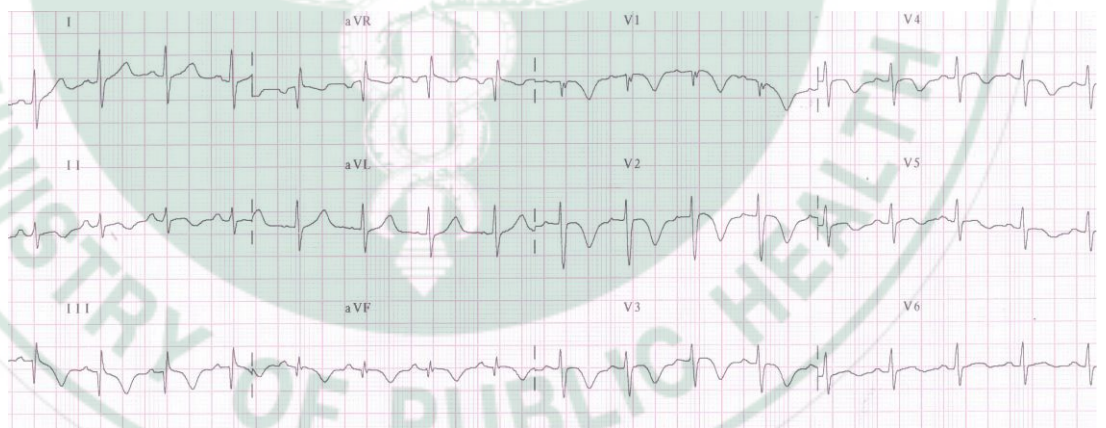
ตารางที่ 2 Wells scoring systems

ลักษณะอาการทางคลินิก	คะแนน	แปลผล
• อาการเข้าได้กับ DVT	3	โอกาสที่จะเป็นโรคหลอดเลือดอุดตันในปอด (PE) สูง ถ้าคะแนน >6 ปานกลาง ถ้าคะแนน 2-6 น้อย ถ้าคะแนน <2
• การวินิจฉัยอื่นๆ มีโอกาสเป็นไปได้ น้อยกว่า PE	3	
• อัตราการเต้นหัวใจ >100 ครั้ง/นาที	1.5	
• ประวัติไม่ได้เคลื่อนไหว หรือมีการผ่าตัดในระยะ 4 สัปดาห์ที่ผ่านมา	1.5	
• ประวัติเคยเป็น PE หรือ DVT	1.5	
• มีอาการไอเป็นเลือด	1	
• โรคมะเร็ง (กำลังรักษาอยู่ หรือ ภายใน 6 เดือนก่อนหน้านี้)	1	

ขั้นตอนต่อไปคือ การส่งตรวจห้องปฏิบัติการต่างๆ ได้แก่

1. ภาพถ่ายรังสีทรวงอก (Chest X-ray) มักพบว่าปกติเป็นส่วนใหญ่ บางครั้งอาจพบว่ามีเนื้อปอดบางบริเวณที่มีปริมาณหลอดเลือดลดลง (Regional hypo-perfusion) หรือเห็นมี infiltration ลักษณะ wedge shaped ที่บริเวณชายปอดที่เรียกว่า “Hampton’s hump” ในกรณีที่มีการตายของเนื้อปอด ในรายที่เป็นเรื้อรังอาจพบว่าหลอดเลือดที่ขั้วปอดมีขนาดโตขึ้นและมีหัวใจห้องขวาโตขึ้น โดยปกติการส่งตรวจภาพถ่ายรังสีทรวงอก มีประโยชน์ในการแยกสาเหตุอื่น ๆ ออกไปมากกว่าการให้การวินิจฉัย

2. คลื่นไฟฟ้าหัวใจ (12 leads-ECG) ส่วนใหญ่พบว่าหัวใจเต้นเร็ว (sinus tachycardia) ลักษณะ classic ที่เรียกว่า $S_1Q_3T_3$ (ได้แก่ มี deep S-wave ใน lead I และมี Q-wave และ T-inversion ใน lead III) พบได้ไม่บ่อย แต่มีความจำเพาะค่อนข้างมาก นอกจากนี้อาจพบมี T-inversion ใน leads V1 -V3 ได้และ right bundle branch block (CRBBB) บ่งบอกว่า หัวใจห้องล่างขวาทำงานผิดปกติ (Right ventricular dysfunction)



รูปภาพที่ 6 แสดงลักษณะ $S_1Q_3T_3$ ในคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (12-leads ECG) ของผู้ป่วยที่มี PE
ที่มา: Silverstein MD, Heit JA, Mohr DN, et al. 1998

3. คลื่นเสียงสะท้อนหัวใจ (Echocardiography) จะพบมีลักษณะของ right ventricular dysfunction กล่าวคือ หัวใจห้องล่างขวามีขนาดโต เบียดผนังกันหัวใจห้องล่าง (Interventricular septum) ไปทางหัวใจห้องล่างซ้าย และมีลิ้นหัวใจไตรคัสปิดรั่ว (Tricuspid regurgitation) บ่งบอกว่ามีความดันในปอดสูง (Pulmonary hypertension) นอกจากนี้การตรวจคลื่นเสียงสะท้อนหัวใจยังสามารถใช้ในการแยกสาเหตุอื่น ๆ ออกไป

4. การตรวจระดับก๊าซในเลือดแดง (Arterial blood gas, ABG) พบว่า มีระดับออกซิเจนในเลือดต่ำ (Hypoxemia) ร่วมกับมีระดับคาร์บอนไดออกไซด์ในเลือดต่ำ (Hypocapnia) และมีค่า alveolar-arterial oxygen gradient กว้าง อย่างไรก็ตามอาจพบ ABG ปกติได้ร้อยละ 20 ของผู้ป่วย

5. ค่า biomarkers ต่างๆ ที่พบว่าสูงกว่าปกติ ได้แก่

5.1 D-dimer ซึ่งเกิดจากการที่ fibrin ถูกย่อยสลายโดย plasmin บ่งบอกว่ามีกระบวนการสลายลิ่มเลือดเกิดขึ้นภายในร่างกาย (endogenous thrombolysis) ถ้าค่า D-dimer ปกติจะ สามารถ exclude การวินิจฉัย PE ออกไปได้ แต่หากค่าที่วัดได้สูงกว่าปกติก็สนับสนุนว่า น่าจะเป็น PE อย่างไรก็ตามพบว่า ค่า D-dimer นี้จะไม่จำเพาะสำหรับ PE เท่านั้น แต่อาจพบได้ในผู้ป่วยโรคอื่น ๆ เช่น กล้ามเนื้อหัวใจตาย ปอดอักเสบ ติดเชื้อในกระแสเลือด มะเร็ง หญิงตั้งครรภ์ช่วง ไตรมาสที่ 2 และ 3 และหลังการผ่าตัดใหม่ เป็นต้น

5.2 Troponin-I หรือ T และ Pro-Brain-type natriuretic peptide อาจสูงกว่าปกติได้ บ่งบอกว่าการตายของกล้ามเนื้อหัวใจห้องล่างขวา (Right ventricular infarction) และ RV overload ตามลำดับ ซึ่งสัมพันธ์กับการพยากรณ์โรคที่ไม่ดี

การรักษา

การรักษาเบื้องต้น ได้แก่ การฟื้นฟูกู้ชีวิต (Resuscitation) ในกรณีที่ผู้ป่วยมีอาการช็อก หรือหัวใจวาย และการให้การรักษานเฉพาะโรค ได้แก่ การให้ยาละลายลิ่มเลือด (Thrombolytics) และ/หรือยาต้านลิ่มเลือด (Anticoagulant) การฟื้นฟูกู้ชีวิต ได้แก่ การแก้ไขภาวะขาดออกซิเจนใน เลือดโดยการให้ออกซิเจน ถ้าผู้ป่วยไม่รู้สีกตัวอาจต้องมีการใส่ท่อหลอดลมคอ (Endotracheal tube) เพื่อช่วยการหายใจ ให้สารน้ำเพื่อเพิ่มปริมาณไหลเวียนของเลือดหากผู้ป่วยมีความดันเลือดต่ำ ร่วมกับ ให้ยากระตุ้นการบีบตัวของหัวใจ (Inotropic agents) เช่น Dopamine หรือ Epinephrine ทาง หลอดเลือดดำ

การให้ยาละลายลิ่มเลือด (thrombolysis)

ข้อบ่งชี้ในการให้ (Indications) ได้แก่

1. ผู้ป่วย massive PE ที่มาด้วยอาการช็อก หรือมีความดันเลือดต่ำ (hypotension)
2. ผู้ป่วย submassive PE ที่แม้ว่าความดันเลือดปกติ แต่ตรวจด้วยคลื่นเสียงสะท้อนหัวใจ (echocardiography) หรือ CT/MRI พบว่ามีหัวใจห้องขวาโตและมีความเสียหายต่อหัวใจห้องขวา สูง (right ventricular strain) ร่วมกับมีค่า Pro-BNP และ Troponin สูงขึ้น บ่งบอกว่าการทำงาน ของหัวใจห้องล่างขวาที่ผิดปกติ (right ventricular dysfunction)

สำหรับในผู้ป่วยที่ไม่มีอาการ (asymptomatic PE) และผลการตรวจไม่มีลักษณะที่บ่งบอก ว่ามีความเสียหายต่อหัวใจห้องขวาสูง การให้ยาละลายลิ่มเลือดอาจเสี่ยงต่อการเกิดเลือดออก พิດปกติมากกว่าประโยชน์ที่จะได้รับ (ร้อยละ 3 เกิดมีเลือดออกในสมอง) จึงไม่แนะนำให้ยา ละลายลิ่มเลือดที่ได้รับการรับรองให้ใช้ใน PE ได้แก่ streptokinase, rt-PA และ Tenecteplase เป็นต้น ขนาดและวิธีการให้ยาละลายลิ่มเลือดแสดงในตารางที่ 3 พบว่ายาละลายลิ่มเลือดจะออกฤทธิ์ ได้ดี ผู้ป่วยจะต้องมาเร็ว ในรายที่มีลิ่มเลือดมาแล้วหลายวัน (มากกว่า 3-5 วัน) ผลการรักษามักจะไม่ ดี อย่างไรก็ตามแม้การให้ยาละลายลิ่มเลือดจะเป็นที่ยอมรับกันทั่วไปในการรักษา PE ในกลุ่มที่เป็น massive และ submassive PE แต่ยังไม่มีการศึกษาใดๆ ที่มีจำนวนผู้ป่วยที่มากพอที่แสดงให้เห็น ชัดเจนว่ายาละลายลิ่มเลือดมีผลต่ออัตราการรอดชีวิต หากแต่พบว่าอาจจะทำให้ความดันปอดลดลง (pulmonary artery pressure) และการทำงานของหัวใจห้องขวาดีขึ้น

ตารางที่ 3 ขนาดยาและวิธีการให้ยาละลายลิ่มเลือดและยาต้านลิ่มเลือดใน pulmonary embolism

ยาละลายลิ่มเลือด (thrombolytic agents)	ยาต้านลิ่มเลือด (anticoagulants)
• Streptokinase 250,000 ยูนิต ฉีด bolus ใน 30 นาที ตามด้วยหยดเข้าหลอดเลือดดำ 100,000 ยูนิต/ชั่วโมง เป็นเวลา 24-48 ชั่วโมง • Alteplase (rt-PA-Actilyse) 100 มก. หยดทางหลอดเลือดดำ ใน 2 ชั่วโมง • Tenecteplase 0.5 มก./กก. ฉีดเข้าหลอดเลือดดำทันที ใน 5-10 วินาที (1 vial มี 40 มก. เท่ากับ 8,000 ยูนิต)	• Unfractionated heparin (ฉีดเข้าหลอดเลือดดำ) ฉีด 5,000 ยูนิต bolus (หรือ 60-80 ยูนิต/กก.) และหยดต่อด้วย อัตราเริ่มแรก 1,000 ยูนิต/ชั่วโมง (หรือ 14-18 ยูนิต/กก.) เป้าหมาย APTT 1.5-2.5 เท่าของค่าปกติ (60-80 วินาที) ให้เฉพาะตามหลังจากให้ rt-PA หรือ Tenecteplase ครบ dose แล้ว หรือ • Low molecular weight heparins (ฉีดใต้ผิวหนัง) เช่น enoxaparin 1.5 มก./กก. วันละครั้ง หรือ 1 มก./กก. วันละ สองครั้ง ในผู้ป่วยที่สูงอายุ หรือมีไตวาย ให้ลด dose ลง เช่น enoxaparin 1 มก./กก. วันละครั้ง และมีการมอนิเตอร์ระดับ anti-Xa ถ้าอยู่ในที่ทำได้ การให้ยาต้านลิ่มเลือด เช่น unfractionated heparin หรือ low molecular weight heparin (LMWH) ยังคงเป็นมาตรฐานที่ใช้รักษา ข้อดีคือวิธีการให้ยาที่สะดวก สามารถฉีดใต้ผิวหนังและให้วันละครั้งหรือวันละสองครั้ง ไม่จำเป็นต้องเจาะเลือด สำหรับข้อดีของการให้ unfractionated heparin คือสามารถที่จะแก้ (reverse) ฤทธิ์ได้เร็วหลังจากที่หยุดยา 4-6 ชั่วโมง แต่การให้จำเป็นต้องมีการมอนิเตอร์อย่างสม่ำเสมอ โดยปรับค่า activated partial thromboplastin time (APTT) ให้มีค่าประมาณ 2 เท่าของค่าปกติสูงสุด

ยาละลายลิ่มเลือด (thrombolytic agents)	ยาต้านลิ่มเลือด (anticoagulants)
	การป้องกันภาวะลิ่มเลือดในหลอดเลือดดำ (VTE prophylaxis) โดยการให้ heparin ขนาดต่างๆ (low dose) อาจจะพิจารณาให้ในผู้ป่วยที่นอนโรงพยาบาลอย่างเฉียบพลัน และผู้ที่จะได้รับ การผ่าตัดซึ่งต้องนอนอยู่บนเตียงนานๆ พบว่าทำ ให้ลดอุบัติการณ์ของ DVT/PE ในผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้ Warfarin เป็นยาต้านลิ่มเลือดแบบรับประทาน ที่ใช้กันอย่างแพร่หลาย แนะนำให้เริ่มรับประทาน 2-3 วัน ก่อนที่จะหยุด heparin เนื่องจากทั้ง protein C และ protein S เป็น vitamin K dependent ดังนั้นการให้ warfarin อาจทำให้เกิดภาวะ hypercoagulable ชั่วคราว ระยะเวลา ในการให้ยาต้านลิ่มเลือดโดยทั่วไปให้ 6 เดือน สำหรับการเกิด PE ครั้งแรก ในกรณีที่ไม่สามารถ หาปัจจัยเสี่ยงที่สามารถแก้ไขได้หรือไม่ทราบ สาเหตุ (idiopathic PE) แนะนำอาจให้ยาต้านลิ่ม เลือดตลอดชีวิต ข้อควรระวังคือการใช้ warfarin ในช่วงแรกของการตั้งครรภ์อาจทำให้เกิดความ พิการแต่กำเนิดได้ (teratogenicity) จึงควร หลีกเลี่ยงไปใช้ heparin โดยเฉพาะในระยะ 3 เดือนแรกของการตั้งครรภ์

การผ่าตัดเอาลิ่มเลือดออก (surgical embolectomy) มีข้อบ่งชี้ในกรณีที่

1. ผู้ป่วยมีอาการช็อก
2. มีข้อห้าม (Contraindications) ในการให้ยาละลายลิ่มเลือด
3. ในกรณี chronic pulmonary embolism ที่มีความดันในปอด (Pulmonary hypertension) ที่สูงมาก

การใส่ vena caval filter

ข้อบ่งชี้ในการใส่ vena caval filter เพื่อป้องกันการเกิดลิ่มเลือดที่อาจจะหลุดไปอุดตันที่ปอด ได้แก่ ผู้ป่วยที่ไม่สามารถให้ยาต้านลิ่มเลือดได้ เช่น จะต้องผ่าตัด หรือมีเลือดออก หรือยังเกิดมี DVT หรือ PE แม้ได้ยาละลายลิ่มเลือดตลอด การใส่อาจเป็นแบบชั่วคราวและเอาออกภายใน 12 สัปดาห์ หรือใส่แบบถาวรก็ได้ พบว่าในระยะยาวผู้ป่วยที่ใส่ filter มีอุบัติการณ์การเกิด DVT ได้บ่อยขึ้น ดังนั้นในผู้ป่วยที่ไม่มีข้อห้ามการให้ยาละลายลิ่มเลือดอีกต่อไป ก็ควรที่จะรับประทานยาละลายลิ่มเลือดร่วมด้วย เพื่อป้องกัน DVT และป้องกันตัว filter อุดตัน

การพยาบาล (การภิ จันทรหมา, 2565)

1. ถ้าผู้ป่วยมีปัญหาการแลกเปลี่ยนก๊าซเนื่องจากเลือดไปเลี้ยงปอดไม่ได้/ลดลงและมีถุงลมแฟบให้ปฏิบัติ ดังนี้

1.1 ใช้หลัก A B C D

A: จัดท่าเปิดทางเดินหายใจ นอนหัวสูง 45 องศา

B: ให้ออกซิเจนทันทีและเตรียมท่อหลอดลมคอพร้อมเครื่องช่วยหายใจไว้

C: เตรียมเปิดเส้นเลือดดำเพื่อให้สารน้ำและยาตามแผนการรักษาเพื่อรักษา

ระดับ Systolic Blood Pressure ≥ 90 mmHg

D: ดูแลให้ได้รับยาละลายลิ่มเลือดตามแผนการรักษา ก่อนให้ยาละลายลิ่ม

เลือดควรส่งเลือดตรวจหา Coagulation Profile และ Complete Blood Count ไว้เป็นค่าเปรียบเทียบกับหลังให้ยา ในขณะที่ให้ยาละลายลิ่มเลือด และเฝ้าระวังการมีเลือดออกผิดปกติ โดยติดตาม ผล Hg, Hct ถ้าต่ำลง อาจเป็นการแสดงถึงมีเลือดออกในอวัยวะต่างๆ เช่น ทางเดินอาหาร สมอ เป็นต้น งดทำหัตถการ เช่น Phlebotomy การเจาะหลอดเลือดแดง หรือการสวนหลอดเลือด ถ้ามีเลือดออกผิดปกติให้หยุดยา รายงานแพทย์ ติดตามผลการนับจำนวน Platelet ถ้าลดลงเรื่อยๆ แสดงถึงภาวะ HIT

1.2 ประเมินการเปลี่ยนแปลง โดยตรวจวัด Neuro sign และ สัญญาณชีพ ทุก 1 ชั่วโมง เพื่อประมาณการได้รับเลือดไปเลี้ยงของอวัยวะต่างๆ

1.3 ติดตามผล Arterial Blood Gas เพื่อประเมินภาวะ Respiratory acidosis (PaO₂ สูง Ph ต่ำ ประกอบกับอาการมึนงง สับสน กระวนกระวาย)

2. การพยาบาลเพื่อป้องกัน

2.1 พยาบาลควรดูแลเอาใจใส่และเฝ้าระวังในผู้ป่วยที่จำกัดการเคลื่อนไหวหรือเคลื่อนไหวร่างกายได้น้อยทุกรายโดยเฉพาะผู้มีอาการเหนื่อย ใจสั่น กระวนกระวาย

2.2 ให้ผู้ป่วยได้รับสารน้ำเพียงพอและ Early Ambulation จะช่วยป้องกัน Deep Vein Thrombosis ได้

2.3 พยาบาลควรแนะนำผู้ป่วยและญาติให้รับยาป้องกันการแข็งตัวของเลือดต่อเนื่องเมื่อกลับบ้านประมาณ 3-6 เดือน เพื่อป้องกันการเกิดซ้ำ

2.4 ใช้ Mechanical modalities เช่น graduated compression stockings หรือ intermittent pneumatic compression ซึ่งช่วยเพิ่มการไหลกลับของเลือด สวม Lower Extremities ก่อนลงจากเตียง ถ้าเป็นผู้ป่วยติดเตียงควรใช้เครื่องช่วย เช่น Anti embolic Hose หรือ Pneumatic compression boots

2.5 ประเมินอาการปวด บวม แดง ร้อน ขนาดของน่อง/ขา ทุกวัน

3. การวางแผนจำหน่าย

3.1 ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติเพื่อป้องกัน

- หลีกเลี่ยงการนั่งนานๆ หรือนั่งไขว่ขา ใช้หมอนรองใต้เข่าเสมอ
- ควรสวมเสื้อผ้าที่กระชับพอดีตัว
- ควรรับประทานยาป้องกันการแข็งตัวของเลือดต่อเนื่องเมื่อกลับบ้านประมาณ 3-6 เดือน เพื่อป้องกันการเกิดซ้ำ

- แนะนำให้ดื่มน้ำอย่างน้อยวันละ 2 ลิตร ถ้าไม่มีข้อจำกัด
- ลด/ควบคุมอาหารที่มีแคลอรีสูงเพื่อควบคุมน้ำหนัก รักษา BMI ให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ

3.2 ป้องกันอันตรายจากการรับประทานยาป้องกันการแข็งตัวของเลือด

- แนะนำให้งดอาหารที่มีวิตามินเคสูงได้แก่ ผักใบเขียวและผลไม้ตระกูลส้ม และหมั่นตรวจเลือดหาค่า INR โดยรักษาระดับให้ได้ 2-3
- แจ้งแพทย์ทุกคน ทุกครั้งว่า กำลังรับประทานยาป้องกันการแข็งตัวของเลือดเมื่อไปตรวจรักษา

กรมการแพทย์

โรงพยาบาลเลิดสิน

ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน

บทที่ 3

ทฤษฎีการพยาบาลที่นำมาประยุกต์ใช้กับกรณีศึกษา

กรณีศึกษาเรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดกระดุกสันหลังที่มีภาวะแทรกซ้อนของหัวใจห้องบนสั่นพริ้ว (Atrial Fibrillation: AF) และภาวะลิ่มเลือดอุดตันในปอด (Pulmonary Embolism: PE) ผู้จัดทำได้นำแนวคิด/ทฤษฎีทางการพยาบาลที่เกี่ยวข้องมาใช้ในการวางแผนและให้การพยาบาลผู้ป่วยดังนี้

1. กระบวนการพยาบาล (Nursing Process)
2. การดูแลสุขภาพแบบองค์รวม (Holistic Care)
3. กรอบแนวคิดแบบแผนสุขภาพ (Functional Health Pattern)

1. กระบวนการพยาบาล (Nursing Process)

กระบวนการพยาบาล หมายถึง การปฏิบัติการพยาบาลที่มีขั้นตอนที่พยาบาลคิดวิเคราะห์และตัดสินใจอย่างมีวิจรรย์ญาณในการแก้ปัญหาสุขภาพของผู้รับบริการ ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ได้แก่ การประเมินภาวะสุขภาพ การวินิจฉัยการพยาบาล การวางแผนการพยาบาล การใช้แผนการพยาบาลและการประเมินผลการพยาบาล การนำกระบวนการพยาบาลมาใช้ในการปฏิบัติการพยาบาล พยาบาลควรเข้าใจพื้นฐานคุณลักษณะของกระบวนการพยาบาลให้ดีเสียก่อนว่ากิจกรรมในการดำเนินงานแต่ละขั้นตอนของกระบวนการพยาบาลเป็นการใช้องค์ความรู้ (Knowledge based) ทางวิทยาศาสตร์ ศาสตร์ทางการพยาบาล และศาสตร์อื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง และทักษะการคิดวิเคราะห์ (Critical thinking) สามารถคิดเป็นระบบ ตัดสินใจ (Decision-making) และการใช้เหตุผลและผล (Rational) ในการอ้างอิงได้อย่างถูกต้องตามหลักการแก้ปัญหา กระบวนการพยาบาล ใช้หลักของกระบวนการแก้ปัญหา (Problem-solving process) โดยมีเป้าหมายเป็นตัวกำหนด (Goal-directed) ดังนั้นก่อนนำกระบวนการพยาบาลไปใช้ ควรทำความเข้าใจในกิจกรรมและเป้าหมายในแต่ละขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล กระบวนการพยาบาลประกอบด้วย 5 ขั้นตอนดังนี้

1.1 การประเมินภาวะสุขภาพ (Health Assessment) การประเมินภาวะสุขภาพเป็นขั้นตอนแรกที่สำคัญของกระบวนการพยาบาล เป็นการสร้างฐานข้อมูลเกี่ยวกับการตอบสนองของผู้รับบริการต่อภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วยตลอดจนความสามารถในการจัดการความต้องการในการดูแลสุขภาพตนเอง เป็นขั้นตอนที่ทำอย่างเป็นระบบและต่อเนื่องตลอดกระบวนการพยาบาล การเก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพของผู้รับบริการจะต้องถูกต้องและครบถ้วนสมบูรณ์ เพื่อให้ได้ข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพของผู้รับบริการอย่างแท้จริง การประเมินภาวะสุขภาพจะนำไปสู่การกำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาลและการวางแผนกิจกรรมการพยาบาลที่ตอบสนองต่อความต้องการของปัญหาสุขภาพของผู้รับบริการ ควรเป็นการประเมินภาวะสุขภาพแบบองค์รวมของทุกความต้องการของผู้รับบริการ โดยใช้แนวคิดและรูปแบบการพยาบาลมาใช้เป็นกรอบแนวคิด การประเมินภาวะสุขภาพมีกิจกรรมที่พยาบาลต้องทำมี 5 กิจกรรม ได้แก่

ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน

1.1.1 การเก็บข้อมูล (Collecting data) เป็นการเก็บข้อมูลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของผู้รับบริการทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม วัฒนธรรม และจิตวิญญาณที่มีผลต่อภาวะสุขภาพของผู้รับบริการ รวมถึงประวัติการเจ็บป่วยในอดีต (Past health history) การเจ็บป่วยในปัจจุบัน (Present/Current illness) ผลการตรวจและการรักษาของแพทย์ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ข้อมูลที่เก็บจะต้องสะท้อนต่อภาวะสุขภาพที่มีการเปลี่ยนแปลง เป็นทั้งข้อมูลอัตนัย (Subjective Data) ข้อเท็จจริงที่ได้มาจากผู้รับบริการโดยตรงเป็นความรู้สึกรหรืออาการ (symptoms) โดยผู้รับบริการเป็นผู้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการป่วยเจ็บของตนเองในปัจจุบัน อดีตที่ผ่านมา วิธีการดำเนินชีวิตและความต้องการที่ต้องการการตอบสนองข้อมูลปรนัย (Objective Data) เป็นข้อมูลที่เก็บมาจากการแสดง (Signs) พยาบาลรับรู้ได้จากการดู การสังเกต การวัด การตรวจ การฟัง การสัมผัส การดม และการตรวจร่างกาย (Physical Examination) เช่น สีหน้าที่แสดงออกมา ลักษณะการเดิน การยืน ผลการตรวจร่างกาย ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ค่าของความดันโลหิต อุณหภูมิของร่างกาย เป็นต้น วิธีการเก็บข้อมูลเบื้องต้นที่ใช้ ได้แก่ การสังเกต (Observation) การสัมภาษณ์ (Interview) การตรวจร่างกาย (Physical examination or Physical assessment) การตรวจทางห้องปฏิบัติการและจากประวัติสุขภาพ

1.1.2 การตรวจสอบข้อมูล (Validating data) ข้อมูลที่เก็บรวบรวมมาในขั้นตอนของการประเมินภาวะสุขภาพต้องสมบูรณ์ เป็นความจริงและถูกต้อง เพราะการกำหนดข้อวินิจฉัย การพยาบาลและการเลือกกิจกรรมการพยาบาลขึ้นอยู่กับข้อมูลที่ได้มา การตรวจสอบข้อมูลจึงเป็นการตรวจสอบซ้ำหรือตรวจสอบเพื่อยืนยันว่าข้อมูลที่ได้มาถูกต้องและเป็นความจริงโดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อให้แน่ใจว่าข้อมูลที่เก็บมาครบถ้วนสมบูรณ์ ข้อมูลปรนัยและข้อมูลอัตนัยมีความสอดคล้องกันให้ได้ข้อมูลอื่นที่ถูกลืมมองข้ามไป ป้องกันการสรุปอย่างเร่งรีบและให้สามารถแยกแยะข้อมูลในประเด็นต่าง ๆ ก่อนทำการสรุป

1.1.3 การจัดระบบข้อมูล (Organizing data) มีหลายแนวทางโดยใช้กรอบแนวคิดหรือทฤษฎีการพยาบาล เช่น กรอบแนวคิดแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน (Gordon's functional health pattern framework) หรือตามแนวคิดความต้องการพื้นฐานของมาสโลว์ (Maslow's basic needs) หรือตามแนวคิดทฤษฎีการปรับตัวของรอย (Roy's Adaptation Theory) หรือตามแนวคิดทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม (Orem's Self Care Theory) ทั้งนี้แล้วแต่ละสถานบริการสุขภาพจะเลือกใช้ เพื่อให้การรวบรวมข้อมูลถูกรวบรวมอย่างเป็นระบบ

1.1.4 การวิเคราะห์ข้อมูล (Analyzing of data) เป็นการใช้เหตุและผลในการวิเคราะห์ข้อมูลที่เก็บรวบรวมมาทั้งหมด การวิเคราะห์ข้อมูลเป็นการส่งสัญญาณให้รู้ว่าผู้รับบริการมีปัญหาทางสุขภาพหรือไม่ พิจารณาได้จากสิ่งบ่งบอกของปัญหา (Cues) ที่สำคัญ ได้แก่ อาการและอาการแสดง สิ่งบ่งบอกจะนำไปสู่การค้นหาความต้องการหรือปัญหา ถ้าข้อมูลถูกรวบรวมในรูปแบบของ 11 แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน จะทำให้พยาบาลได้มุ่งความสนใจไปที่ความต้องการหรือปัญหาในแบบแผนสุขภาพนั้น ๆ สรุปออกมาเป็นปัญหาสุขภาพ ตัวอย่างปัญหาสุขภาพตามแบบแผนโภชนาการและการเผาผลาญสารอาหาร “ได้รับสารอาหารไม่เพียงพอ เสี่ยงต่อภาวะน้ำตาลในเลือดสูง”

1.1.5 การบันทึกข้อมูล (Recording/Documentation of data) ข้อมูลจะถูกบันทึกทุกขั้นตอน ของการประเมินสุขภาพ รูปแบบของการบันทึกขึ้นอยู่กับแต่ละโรงพยาบาลหรือหน่วยงานที่จะออกแบบมาใช้ ก่อนที่ข้อมูลจะถูกบันทึก จะต้องมีการรวบรวมข้อมูลให้เป็นหมวดหมู่ การบันทึกต้องบันทึกปราศจากอคติหรือลำเอียงหรือการใช้ความคิดเห็นส่วนตัวต้องระบุว่าเป็นข้อมูลอัตนัย (Subjective data) หรือข้อมูลปรนัย (Objective data) การบันทึกข้อมูลอัตนัยพยาบาลต้องบันทึกตามคำพูดที่ผู้บริการพูดออกมา โดยทำเครื่องหมายคำพูดในข้อความนั้น ๆ ที่พิจารณาว่าเป็นข้อมูลชี้แนะที่สำคัญ เช่น ผู้รับบริการพูดว่า “ปวดท้องหลังทานอาหาร” “อยากหายไปจากโลกนี้” เป็นต้น พยาบาลต้องไม่เอาคำพูดนั้นไปแปลความหรือสรุปความออกมา การบันทึกข้อมูลจะต้องหลีกเลี่ยงการบันทึกที่ใช้บ่อยว่า “ดี” “ปกติ” และ “เล็กน้อย” จะต้องบันทึกว่า ดี ด้อยอย่างไรอะไรเป็นตัววัด หรือปกติ ต้องบันทึกให้ชัดเจนว่ามีลักษณะอย่างไรที่ว่า ดี หรือปกติ การบันทึกต้องกระชับ กระทัดรัด สั้นแต่ได้ใจความ ตัวสะกดและไวยากรณ์ที่ใช้ต้องถูกต้อง การบันทึกจะเขียนหรือพิมพ์ก็ได้ให้สามารถอ่านได้ชัดเจน การบันทึกข้อมูลไม่ใช้การสรุปข้อมูล

1.2 การวินิจฉัยการพยาบาล (Nursing Diagnosis) เป็นขั้นตอนของการนำความต้องการหรือปัญหาทางสุขภาพของผู้รับบริการ (Client's needs or problems) ที่ผ่านการวิเคราะห์ข้อมูลข้อเท็จจริงจนสรุปได้ว่าผู้รับบริการมีปัญหาทางสุขภาพ มาเขียนเป็นข้อวินิจฉัยการพยาบาล (Nursing Diagnosis Statement) NANDA (The North American Nursing Diagnosis Association) ได้ให้ความหมายของการวินิจฉัยการพยาบาลไว้ว่า “เป็นการตัดสินใจทางคลินิกเกี่ยวกับบุคคล ครอบครัวหรือชุมชนที่ตอบสนองต่อปัญหาสุขภาพที่กำลังเกิดขึ้นหรือมีโอกาที่จะเกิดขึ้นได้ในกระบวนการของชีวิต การวินิจฉัยการพยาบาลใช้เป็นฐานสำหรับการจัดกิจกรรมการพยาบาลในการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อให้บรรลุเป้าหมายตามที่พยาบาลรับผิดชอบ NANDA ได้จำแนกข้อวินิจฉัยการพยาบาลออกเป็น 5 ประเภทดังนี้ 1) ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่มีปัญหาเกิดขึ้นแล้ว (Actual nursing diagnosis) เป็นข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่บ่งบอกถึงปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้นแล้วในขณะที่ยังทำการประเมินภาวะสุขภาพ มีอาการและอาการแสดงให้เห็นชัดเจน (Signs and Symptoms) ได้มาจากการบอกเล่าของผู้รับบริการหรือจากการสังเกตของพยาบาลที่เป็นทั้งข้อมูลอัตนัย (Subjective data) และข้อมูลปรนัย (Objective data) หรือจากการวินิจฉัยของแพทย์ นำปัญหาสุขภาพมาเขียนข้อวินิจฉัยการพยาบาลตามรูปแบบ PES ของ NANDA ดังนี้ P = Problem เป็นส่วนของปัญหาสุขภาพ, E = Cause เป็นส่วนของสาเหตุหรือปัจจัยที่เกี่ยวข้อง, S = Signs and Symptoms เป็นส่วนของอาการและอาการแสดงทางคลินิก) ตัวอย่างการเขียนข้อวินิจฉัยการพยาบาล “ได้รับสารอาหารไม่เพียงพอเนื่องจากความอยากรับประทานอาหารลดลง” 2) ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่มีความเสี่ยง (Risk nursing diagnosis) เป็นข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่มีโอกาสจะเกิดขึ้นได้คือมีปัจจัยเสี่ยงปรากฏให้เห็น แต่ปัญหายังไม่เกิด ไม่มีอาการและอาการแสดงปรากฏให้เห็นชัด และมีโอกาสพัฒนาเป็นปัญหาสุขภาพได้ถ้าพยาบาลปล่อยให้ปัจจัยเสี่ยงได้พัฒนาจนเป็นปัญหา การเขียนข้อวินิจฉัยการพยาบาลประเภทนี้จึงไม่ต้องเขียน/ระบุอาการหรืออาการแสดงไว้เนื่องจากปัญหาสุขภาพยังไม่เกิด แต่ต้องระบุปัจจัยเสี่ยงที่แสดงว่าปัญหาทำท่าจะเกิดจากปัจจัยเสี่ยงนั้น ๆ พยาบาลต้องทำสิ่งใดสิ่งหนึ่งกับปัจจัยเสี่ยงนั้นเป็นการป้องกันไม่ให้เกิดปัญหา การเขียนข้อวินิจฉัยประเภทนี้จะขึ้นต้นข้อความว่า “เสี่ยง” (Risk) นำปัญหาสุขภาพมาเขียนข้อวินิจฉัยการพยาบาลตามรูปแบบ PES ตัวอย่างการเขียน

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล “เสี่ยงต่อภาวะน้ำตาลในเลือดสูงเนื่องจากขาดประสิทธิภาพในการดูแลตนเอง” 3) ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่อาจจะเกิดขึ้น (Possible nursing diagnosis) เป็นข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ปัญหาอาจเกิดขึ้นได้แต่ยังไม่ชัดเจนและไม่สมบูรณ์ในข้อมูลที่มีและสาเหตุของปัญหายังระบุไม่ได้ ปัญหาเป็นเพียงพิจารณาได้ว่าอาจจะเกิดขึ้นได้ ดังนั้นพยาบาลต้องหาข้อมูลที่สำคัญและเกี่ยวข้องมาสนับสนุนเพิ่มเติมหรือตัดทิ้งออกไปถ้าแน่ใจว่าปัญหาจะไม่เกิด การเขียนข้อวินิจฉัยการพยาบาลประเภทนี้ จะขึ้นต้นข้อความว่า “อาจ” (Possible) นำปัญหาสุขภาพมาเขียนข้อวินิจฉัยการพยาบาลตามรูปแบบ PES ตัวอย่างการเขียนข้อวินิจฉัยการพยาบาล “อาจมีแผลกดทับเนื่องจากไม่สามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้” 4) ข้อวินิจฉัยการพยาบาลสุขภาพดี (Wellness nursing diagnosis) เป็นข้อวินิจฉัยการพยาบาลสุขภาพดีที่แสดงถึงภาวะสุขภาพที่มีการเปลี่ยนแปลงจากระดับสุขภาพดีเป็นระดับที่ดีมากขึ้น การเปลี่ยนแปลงภาวะสุขภาพสามารถพิจารณาได้จากพฤติกรรมของผู้รับบริการ ใน 2 ประเด็นนี้ ได้แก่ 1) พฤติกรรมที่แสดงถึงความต้องการที่จะมีสุขภาพดีเพิ่มขึ้น 2) พฤติกรรมที่แสดงถึงการทำหน้าที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ข้อวินิจฉัยการพยาบาลจะเริ่มต้นด้วยคำ “มีความพร้อมสำหรับ...” (Readiness for Enhanced) หรือขึ้นต้นด้วย ข้อความที่เป็นการบ่งบอกถึงพฤติกรรมที่ทำให้สุขภาพดีขึ้น เช่น ให้นมบุตรได้ถูกต้องจาก...ข้อวินิจฉัยประเภทนี้จะเน้นที่การตอบสนองของการมีสุขภาพดีของผู้รับบริการที่พบได้บ่อยในผู้รับบริการทางด้านสูติศาสตร์ ครบครัน และชุมชน นำปัญหาสุขภาพมาเขียนข้อวินิจฉัยการพยาบาลตามรูปแบบ PES ตัวอย่างการเขียนข้อวินิจฉัยการพยาบาล “ดูแลสุขภาพตนเองได้ดีเนื่องจากมีพฤติกรรมบริโภคอาหารได้ถูกต้อง” 5) ข้อวินิจฉัยการพยาบาลกลุ่มของอาการ (Syndrome Nursing Diagnosis Statement) เป็นข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่อธิบายกลุ่มอาการที่เฉพาะเจาะจงของการวินิจฉัยการพยาบาลที่เกิดขึ้นร่วมกันของข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่เกิดขึ้นแล้วกับข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่มีความเสี่ยงสูงร่วมกันที่เกี่ยวข้องกับสถานการณ์ ซึ่งจะบอกให้พยาบาลได้รับรู้ว่ามีสถานการณ์ร้ายแรงเกิดขึ้น การเขียนข้อวินิจฉัยการพยาบาลประเภทนี้จะมีข้อความที่รวมถึงพยาธิสภาพและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ตัวอย่าง “อาการปวดเจ็บจากการถูกข่มขืน” “เสี่ยงต่อการเกิดกลุ่มอาการของโรค” ตัวอย่างการเขียนข้อวินิจฉัยการพยาบาลตามปัญหาสุขภาพข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่มีปัญหาเกิดขึ้นแล้ว (Actual nursing diagnosis) ปัญหาสุขภาพ : แผลติดเชื้อข้อวินิจฉัยการพยาบาล : มีภาวะการติดเชื้อของแผลผ่าตัดเนื่องจากแผลโดนน้ำจากการอาบน้ำ ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่มีความเสี่ยง (Risk nursing diagnosis) ปัญหาสุขภาพ : มีโอกาสติดเชื้อของทางเดินปัสสาวะ ข้อวินิจฉัยการพยาบาล : เสี่ยงต่อโอกาสติดเชื้อของทางเดินปัสสาวะเนื่องจากมีพฤติกรรมชอบกลั้นปัสสาวะ ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่อาจจะเกิดขึ้น (Possible nursing diagnosis) ปัญหาสุขภาพ : อาจท้องผูก ข้อวินิจฉัยการพยาบาล : อาจเกิดภาวะท้องผูกเนื่องจากดื่มน้ำน้อยและไม่ชอบทานผักผลไม้

1.3 การวางแผนการพยาบาล (Nursing care plan) มี 4 ขั้นตอนของกิจกรรม ดังนี้

1.3.1 จัดลำดับข้อวินิจฉัยการพยาบาลตามความสำคัญและความเร่งด่วนของปัญหา การจัดลำดับมีหลักการพิจารณาได้ 2 ทาง คือ 1) ปัญหาที่มีความรุนแรงและมีผลต่อชีวิตต้องได้รับการช่วยเหลือและแก้ไขทันที เป็นปัญหาเกิดขึ้นแล้ว (Actual nursing diagnosis) เช่น “ขาดประสิทธิภาพในการหายใจเนื่องจากมีเสมหะคั่งในทางเดินหายใจ” “เสี่ยงต่อการเกิดอันตรายเนื่องจากภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ” และ 2) การจัดลำดับความสำคัญของข้อวินิจฉัยการพยาบาลโดย

การใช้ทฤษฎีความต้องการของมาสโลว์ ตามขั้นตอนความต้องการของมนุษย์ ความต้องการทางด้านร่างกาย (Physiological needs) เป็นระดับความต้องการที่จำเป็นต่อการอยู่รอดของชีวิต ได้แก่ อากาศ อาหาร น้ำ การขับถ่าย อุณหภูมิ ที่อยู่อาศัย การพักผ่อนนอนหลับและความสัมพันธ์ทางเพศ ตัวอย่าง ข้อวินิจฉัยการพยาบาล “ภาวะขาดน้ำเนื่องจากท้องเสียและอาเจียนอย่างรุนแรงและต่อเนื่อง”

1.3.2 กำหนดผลลัพธ์ที่คาดหวัง (Expected outcomes) หรือเกณฑ์การประเมินผล (Evaluation criteria) เป็นการกำหนดข้อบ่งชี้ในการวัดพฤติกรรมสุขภาพของผู้รับบริการที่เปลี่ยนแปลงไปตามที่คาดหวังไว้ว่าบรรลุตามที่คาดหวังไว้หรือไม่ เป็นการกำหนดเกณฑ์การประเมินผล ตัวอย่าง การกำหนดเป้าหมายการพยาบาลและเกณฑ์การประเมินข้อวินิจฉัยการพยาบาล: ได้รับสารอาหารไม่เพียงพอ (น้อยกว่าที่ร่างกายต้องการ) เนื่องจากความอยากทานอาหารลดลง เป้าหมาย: เพิ่มความอยากอาหาร รับประทานอาหารได้ทุกมื้อ ผลลัพธ์ที่คาดหวัง/เกณฑ์การประเมิน: - รับประทานอาหารได้ทุกมื้อ - น้ำหนักตัวคงที่หรือเพิ่มขึ้น ใน 2 อาทิตย์

1.3.3 เลือกกิจกรรมการพยาบาล (Selecting Nursing Interventions/Activities) เป็นการเลือกกิจกรรมการพยาบาลที่เหมาะสมสอดคล้องกับปัญหาสุขภาพของผู้รับบริการและเป้าหมายการพยาบาล เป็นกิจกรรมที่ทำในบทบาทหน้าที่ของพยาบาลวิชาชีพและสอดคล้องกับแผนการรักษาของแพทย์ สามารถนำไปสู่การปฏิบัติได้ไม่ขัดต่อความเชื่อ ศาสนาและวัฒนธรรม รวมถึงความปลอดภัยของผู้รับบริการ เป็นกิจกรรมสำหรับผู้รับบริการเฉพาะรายเน้นความเป็นปัจเจกบุคคลแบบองค์รวม

1.3.4 การเขียนแผนการพยาบาล (Writing nursing care plan) การเขียนแผนการพยาบาลเป็นหน้าที่ความรับผิดชอบของพยาบาลทุกคนที่มีหน้าที่รับผิดชอบดูแลผู้รับบริการที่ได้รับมอบหมาย แผนการพยาบาลจะเขียนก่อนที่จะให้การพยาบาลแก่ผู้รับบริการทุกคน รูปแบบหรือแบบฟอร์มแผนการพยาบาลที่ใช้มีความหลากหลายทั้งนี้ขึ้นอยู่กับแนวปฏิบัติของแต่ละสถานบริการสุขภาพ การเขียนแผนการพยาบาลเป็นการนำส่วนต่าง ๆ ที่เป็นองค์ประกอบของกระบวนการพยาบาลมาเขียนเป็นแผนการพยาบาล แผนการพยาบาลมีการเขียนดังนี้ 1) เขียนข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ได้ผ่านการจัดลำดับตามความสำคัญแล้ว พร้อมทั้งระบุข้อมูลสนับสนุนที่เป็นข้อมูลอัตนัย (Subjective data) และข้อมูลปรนัย (Objective data) ที่ได้มาจากการประเมินภาวะสุขภาพของผู้รับบริการ 2) เขียนเป้าหมายและผลลัพธ์ที่คาดหวังสำหรับแต่ละข้อวินิจฉัยการพยาบาลเพื่อนำไปสู่การกำหนดกิจกรรมการพยาบาล การเขียนเป้าหมายควรเน้นไปที่ตัวผู้รับบริการ พยาบาลต้องการอยากเห็นการเปลี่ยนแปลงอะไรให้เกิดขึ้นกับผู้รับบริการเมื่อสิ้นสุดการให้การพยาบาลในช่วงของเวลาที่กำหนด อาจจะเป็นชั่วโมง เป็นวันหรือสัปดาห์ 3) เขียนกิจกรรมการพยาบาล (Nursing Interventions) การเขียนกิจกรรมการพยาบาลเป็นการเขียนต่อจากผลลัพธ์ที่คาดหวังโดยถามว่า “พยาบาลจำเป็นต้องทำอะไรในการช่วยเหลือผู้รับบริการให้ได้บรรลุเป้าหมายที่กำหนด การเขียนอาจเขียนเป็นข้อ ๆ ตัวอย่าง ถ้าเป้าหมายเขียนไว้ว่า “ผู้รับบริการไม่มีอาการปวดแผลผ่าตัด” กิจกรรมการพยาบาลที่ทำ (1) ประเมินอาการปวดจากสีหน้าหรือคำพูดของผู้รับบริการ (2) ให้ยาแก้ปวดเมื่อต้องการตามแผนการรักษา เป็นต้น

1.3.5 การเขียนเหตุผล (Scientific Rationale) การเขียนเหตุผลช่วยอธิบายถึงการพิจารณาการตัดสินใจของพยาบาลในการทำกิจกรรมการพยาบาลนั้น ๆ เช่น ถ้าเป้าหมายเขียนไว้ว่า “ไม่เกิดภาวะพร่องออกซิเจน ตั้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ” กิจกรรมการพยาบาลที่ทำ “Suction clear airway” เหตุผลที่ทำ “เพื่อให้ทางเดินหายใจโล่ง ลดการอุดกั้นของเสมหะที่ท่อทางเดินหายใจ” พื้่มประสิทธิภาพในการหายใจ การเขียนเหตุผลเป็นการบ่งบอกถึงศักยภาพของพยาบาลและความ เป็นวิชาชีพการพยาบาล

1.3.6 การประเมินผล (Evaluation) เป็นการเขียนผลการประเมินตามตัวชี้วัดที่ระบุ ไว้ในเกณฑ์การประเมินผล เป็นการตรวจสอบด้วยว่ากิจกรรมการพยาบาลที่ทำให้แก่ผู้รับบริการ สอดคล้องกับความต้องการที่แท้จริงและสามารถแก้ปัญหาได้หรือไม่ ถ้าพบว่ามีอุปสรรคหรือมีปัญหา ที่ส่วนใดจะได้ใช้เป็นข้อมูลในการปรับปรุงต่อไป การเขียนส่วนนี้ต่อเมื่อให้การพยาบาลสิ้นสุดลงแล้ว เป็นการวัดผลการพยาบาล

1.4 การใช้แผนการพยาบาล (Implementation of nursing care plan) เป็นขั้นตอนของ การนำแผนการพยาบาลไปสู่การปฏิบัติ หรือการปฏิบัติการพยาบาล โดยใช้แผนการพยาบาลที่มีความ สมบูรณ์และถูกต้อง ก่อนนำแผนการพยาบาลไปปฏิบัติ พยาบาลควรประเมินภาวะสุขภาพของ ผู้รับบริการซ้ำ เพื่อตรวจสอบภาวะสุขภาพของผู้รับบริการอีกครั้งว่ามีการเปลี่ยนแปลงหรือไม่ ถ้ามี การเปลี่ยนแปลงจะได้มีการปรับกิจกรรมการพยาบาลให้เหมาะสมกับภาวะสุขภาพและปัญหาสุขภาพ ของผู้รับบริการ ประสิทธิภาพของการปฏิบัติการพยาบาลขึ้นอยู่กับความรู้ความสามารถและทักษะ ทางการพยาบาล เมื่อพยาบาลพิจารณาแล้วว่าขาดความรู้ หรือไม่มีทักษะในกิจกรรมนั้น ๆ จำเป็นต้องขอความช่วยเหลือจากพยาบาลคนอื่นที่มีความรู้และประสบการณ์ด้านนี้โดยตรงมาช่วย เช่นเดียวกันในกรณีที่มีผู้รับบริการมีขนาดตัวหรือน้ำหนักตัวมาก จึงจำเป็นต้องขอความช่วยเหลือจาก บุคคลอื่นมาช่วยได้ การปฏิบัติการพยาบาลต้องเน้นถึงความปลอดภัยและความสุขสบายของ ผู้รับบริการทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล พยาบาลต้องทำความเข้าใจให้ชัดเจนในแต่ละกิจกรรมการพยาบาลก่อนที่จะนำไปปฏิบัติ ถ้าพบว่ามีปัญหาในส่วนใดของ กิจกรรมต้องทำให้กระจ่างและชัดเจนก่อน กิจกรรมการพยาบาลต้องเป็นการปฏิบัติให้แก่ผู้รับบริการ เป็นรายบุคคล คำนึงถึงความเป็นปัจเจกบุคคล สิทธิของบุคคล และความเสี่ยงต่าง ๆ ที่มีโอกาสเกิดขึ้น ได้ ในกรณีที่มีการมอบหมายแผนการพยาบาลให้พยาบาลคนอื่นนำไปใช้ ผู้ที่วางแผนการพยาบาล ต้องแน่ใจว่าทุกกิจกรรมการพยาบาลได้มีการปฏิบัติตามแผนการพยาบาลที่เขียนไว้ จึงควรมีการ นิเทศและตรวจสอบเป็นระยะ ๆ

1.5 การประเมินผล (Evaluation) การประเมินผลการพยาบาลเป็นขั้นตอนสุดท้ายของ กระบวนการพยาบาล เป็นการประเมินทุกขณะของการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อตรวจสอบกิจกรรมการ พยาบาลที่ให้แก่ผู้รับบริการสอดคล้องกับเป้าหมายและสิ่งที่คาดหวังไว้หรือไม่ การประเมินผลการ พยาบาลช่วยให้ผู้รับบริการได้รับการดูแลที่สอดคล้องกับปัญหาสุขภาพ และเป็นการตรวจสอบ คุณภาพของการพยาบาลที่ปฏิบัติให้แก่ผู้รับบริการ ดังนั้นการประเมินผลการพยาบาลเป็นการสร้าง มาตรฐานสำหรับผู้ปฏิบัติการพยาบาล และผลการปฏิบัติการพยาบาล การประเมินผลเป็นการ ตรวจสอบว่าเป้าหมาย/ผลลัพธ์ที่คาดหวังของผู้รับบริการบรรลุตามเกณฑ์การประเมินหรือไม่ ถ้าบรรลุ ตามเกณฑ์การประเมิน ปัญหาสุขภาพตามข้อวินิจฉัยนั้นจะถูกถอดออกไปจากแผนการพยาบาล ถ้า

เป้าหมาย/ผลลัพธ์ที่คาดหวังของผู้รับบริการบรรลุตามเกณฑ์การประเมินเป็นบางส่วน ต้องกลับมาทบทวนแผนการพยาบาลและทำการปรับหรือแก้ไขในส่วนนั้น ๆ ก่อนนำไปปฏิบัติให้แก่ผู้รับบริการ และทำการประเมินอีกครั้ง ถ้าเป้าหมาย/ผลลัพธ์ที่คาดหวังของผู้รับบริการไม่บรรลุตามเกณฑ์การประเมิน พยาบาลต้องทบทวนแต่ละขั้นตอนของแผนการพยาบาล และพิจารณาถ้าจำเป็นต้องปรับปรุงแก้ไขก็ต้องทำการเปลี่ยนแปลงแก้ไขแผนการพยาบาลใหม่ทั้งหมดโดยดูกิจกรรมการพยาบาลเหมาะสมและมีผลต่อการแก้ปัญหาสุขภาพของผู้รับบริการหรือไม่ การประเมินผลจะช่วยให้พยาบาลได้กำหนดกิจกรรมการพยาบาลได้ถูกต้องและสอดคล้องกับข้อวินิจฉัยการพยาบาลและความคาดหวังของผู้รับบริการ

2. การดูแลสุขภาพแบบองค์รวม (Holistic Care)

การดูแลสุขภาพแบบองค์รวม หมายถึง การดูแลสุขภาพบุคคลให้มีความสมดุลทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สิ่งแวดล้อม และสังคม รวมถึงสภาวะที่ชีวิตมีความปกติสุข สามารถรักษาสมดุลความสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สิ่งแวดล้อม และสังคม (กรณิการ์ ปัญญาวงศ์, 2555 อ้างถึงใน สุพัตรา เลิศทรัพย์อำไพ, 2561)

แนวคิดการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม

- 1) เป็นการพยาบาลที่มองคนทั้งคน และถือว่าบุคคลเป็นหน่วยเดียวที่มีการผสมผสานระหว่างร่างกาย จิตใจ จิตวิญญาณ อารมณ์ สิ่งแวดล้อม และสังคม ที่ไม่สามารถแยกออกจากกันได้
- 2) บุคคลถือเป็นระบบเปิด และเป็นระบบย่อยของระบบอื่น เช่น ครอบครัว ชุมชน หรือสังคม
- 3) เจตคติ ค่านิยม การรับรู้ และความเชื่อ จะมีผลต่อภาวะสุขภาพ และเป็นปัจจัยชักนำที่สามารถทำให้มีการเปลี่ยนแปลงของภาวะสุขภาพได้
- 4) การมีสุขภาพดี และมีความผาสุกสูงสุด ต้องใช้แหล่งประโยชน์ทั้งภายในและภายนอกของตัวบุคคล
- 5) การพยาบาลมุ่งช่วยคนทั้งคนที่ประกอบด้วยกาย ใจ จิตวิญญาณ อารมณ์ สังคม และสิ่งแวดล้อมให้พัฒนาความสามารถที่จะตอบสนองความต้องการของตนเอง เพื่อความผาสุกและคุณภาพชีวิตที่ดี

การพยาบาล ครอบคลุมสาระสำคัญเกี่ยวกับ

- 1) การพยาบาลทางด้านร่างกาย ทั้งทางด้านความเจ็บป่วย อาการแสดงของโรค ความสะอาด สุขวิทยาส่วนบุคคล และการเปลี่ยนแปลงพยาธิสภาพของร่างกาย
- 2) การพยาบาลทางด้านจิตใจ เป็นการพยาบาลในแนวเดียวกับหลักจิตวิทยาในการยอมรับ เคารพสิทธิส่วนบุคคล การเอื้ออาทร ให้ความเอาใจใส่ มีเมตตากรุณาต่อผู้ป่วย และให้การช่วยเหลือ/การพยาบาลด้วยความเต็มใจ
- 3) การพยาบาลทางด้านอารมณ์โดยมุ่งเน้นความต้องการในด้านการพยาบาลที่มาจากการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการยอมรับหรือปฏิเสธความเจ็บป่วยในระยะแรกของผู้ป่วยแต่ละราย ซึ่งอาจจะมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงอารมณ์ การควบคุมพฤติกรรมของผู้ป่วยที่พยาบาลจะต้องเข้าใจ ให้อภัย ด้วยการวิเคราะห์เหตุผลเชิงพฤติกรรมศาสตร์ จิตวิทยา และสังคมศาสตร์

4) การพยาบาลทางด้านสังคม ทั้งทางด้านตัวผู้ป่วยเอง ญาติ และครอบครัว ควรได้รับการดูแลเป็นองค์รวม เพื่อมุ่งเน้นในเรื่องจิตสังคม และการอยู่ร่วมกับผู้ป่วยอื่นในหอผู้ป่วย หรือการอยู่ร่วมในสังคมด้วย การยอมรับจากคนรอบข้างและครอบครัว โดยพยาบาลจะต้องมีความรู้ความเข้าใจ และสามารถทำหน้าที่ประสานความเข้าใจระหว่างผู้ป่วย คนรอบข้างและครอบครัว เพื่อการยอมรับผู้ป่วยยอมรับภาวะเจ็บป่วยและช่วยประคับประคองภาวะจิตใจของผู้ป่วยด้วยการให้ผู้ป่วยได้รับความอบอุ่นมั่นคงทางจิตใจจากคนรอบข้างและครอบครัว

5) การพยาบาลทางด้านเศรษฐกิจ เป็นการดูแลให้การพยาบาลที่ครอบคลุมถึงภาระค่าใช้จ่ายรายได้ และความสิ้นเปลืองที่อาจส่งผลกระทบต่อทางตรงและทางอ้อมต่อภาวะสุขภาพอนามัย

6) การพยาบาลทางด้านสภาพแวดล้อม เป็นการพยาบาลให้ครอบคลุมทางด้านสถานที่ การสุขาภิบาล การอนามัยสิ่งแวดล้อม ทั้งสภาพแวดล้อมในหอผู้ป่วย ในที่อยู่อาศัย หรือที่บ้าน ซึ่งการพยาบาลจะช่วยสนับสนุนป้องกันและควบคุมการติดเชื้อทั้งในโรงพยาบาล และในชุมชน ช่วยให้การดูแล บรรเทา หรือการหายจากการเจ็บป่วยไปในทิศทางที่ถูกต้องและรวดเร็ว ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน

3. กรอบแนวคิดของแบบแผนสุขภาพ (Functional Health Pattern)

เป็นกรอบแนวคิดกว้างๆที่ใช้ในการแก้ปัญหาทางการพยาบาล ที่มาร์จอรี่ กอร์ดอน (Marjory Gordon) ศาตราจารย์ทางการพยาบาลที่วิทยาลัยบอสตัน (Boston College of Nursing) ประเทศสหรัฐอเมริกาได้ริเริ่มขึ้นโดยมีจุดมุ่งหมายที่จะให้เป็นแนวทางในการใช้กระบวนการพยาบาลที่เป็นรูปแบบเดียวกัน เพื่อป้องกันการใช้รูปแบบ หรือทฤษฎีการพยาบาลที่หลากหลายและทำให้เกิดผลเสียในทางปฏิบัติ โยกอร์ดอนได้เน้นถึงความจำเป็นที่จะต้องมีการประเมินสภาพ และการจัดกลุ่มของข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่เหมือนกันในวิชาชีพพยาบาล และการกำหนดข้อวินิจฉัยที่เป็นที่ยอมรับ จะทำให้พยาบาลสามารถพัฒนาและแก้ไขปัญหาได้อย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ

กอร์ดอนได้ให้ความหมายของแบบแผน (Pattern) ว่าเป็นพฤติกรรมของบุคคลที่ต่อเนื่องกัน ในช่วงระยะเวลาหนึ่ง ส่วนแบบแผนสุขภาพ หมายถึงแบบแผนพฤติกรรมสุขภาพของผู้รับบริการซึ่งเกิดขึ้นในช่วงเวลาหนึ่งและมีผลต่อสุขภาพของผู้รับบริการ ดังนั้นการตัดสินใจ พฤติกรรมสุขภาพจึงจำเป็นต้องตัดสินใจจากพฤติกรรมที่ต่อเนื่องพอสมควร หรือพฤติกรรมที่เป็นนิสัยของบุคคลนั้น ทั้งนี้ พฤติกรรมสุขภาพอาจเป็นพฤติกรรมภายนอกที่มองเห็นชัดเจน หรือพฤติกรรมภายในที่ต้องวัด หรือตรวจสอบโดยใช้เครื่องมือ

จากแนวคิดดังกล่าว สามารถกำหนดขอบเขตของแบบแผนสุขภาพแต่ละแบบแผนได้ ดังนี้

1. การรับรู้สุขภาพและการดูแลสุขภาพ

หมายถึง ความคิดความเข้าใจ ของบุคคลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของตนเอง การดำเนินการในการดูแลสุขภาพตนเองและผู้ที่ตนรับผิดชอบ โดยขอบเขตของการดูแลสุขภาพนี้ครอบคลุมถึงความรู้ในการดูแลสุขภาพ กิจกรรมการป้องกันโรค และความเจ็บป่วย กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ และกิจกรรมที่เสี่ยงต่อความเจ็บป่วย ทั้งในภาวะที่มีสุขภาพดีและในภาวะเจ็บป่วย การดูแลสุขภาพในภาวะเจ็บป่วย ปัจจัยและอุปสรรคต่อการรับรู้และดูแลสุขภาพ การเปลี่ยนแปลงของแบบแผนอันเนื่องมาจากความเจ็บป่วย ซึ่งอาจแบ่งเป็นแผนย่อยได้ ดังนี้

1.1 การรับรู้สุขภาพตนเองทั่วไป

1.2 การดูแลสุขภาพตนเองซึ่งประกอบด้วยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และความเจ็บป่วย การดูแลรักษา และการฟื้นฟูสุขภาพ

1.3 การดูแลสุขภาพผู้ที่ตนเองรับผิดชอบซึ่งประกอบด้วยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคและความเจ็บป่วย การดูแลรักษา และการฟื้นฟูสุขภาพเช่นเดียวกัน

เป็นการรวบรวมข้อมูลเพื่อประเมินความคิด ความเข้าใจของผู้รับบริการที่มีต่อภาวะสุขภาพ หรือการเจ็บป่วยของตนเอง ผลกระทบจากการเจ็บป่วยต่อการดำเนินชีวิตปกติ เช่น ผลกระทบต่อการหารายได้ ภาระในครอบครัว การกินอยู่หลับนอน ฯลฯ เกณฑ์ที่ผู้ป่วยใช้ในการประเมินความผิดปกติ ตลอดจนพฤติกรรมดูแลสุขภาพทั้งในภาวะปกติและการแก้ปัญหาการเจ็บป่วยภายใต้สภาพชีวิตความเป็นอยู่ของเขาข้อจำกัด เงื่อนไขและปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้และการดูแลสุขภาพ เช่น ข้อจำกัดทางกาย ฐานะความเป็นอยู่ ช่องทางและความสามารถในการเรียนรู้ หรือปรับตัวเพื่อหาวิธีการแก้ปัญหา

2. อาหารและการเผาผลาญสารอาหาร

หมายถึง แบบแผนการรับประทานอาหารและน้ำของบุคคล หรือบริโภคนิสัย กระบวนการที่ร่างกายสุขภาพทั้งในภาวะปกติและการแก้ปัญหาการเจ็บป่วยภายใต้สภาพชีวิตความเป็นอยู่ของเขา ข้อจำกัด เงื่อนไขเผาผลาญและใช้สารอาหารและน้ำ การควบคุมน้ำและอิเล็กโทรลัยท์ในร่างกาย การเจริญเติบโต ระบบและปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้และการดูแลสุขภาพ เช่น ข้อจำกัดทางกาย ฐานะความเป็นอยู่ ช่องทางและภูมิคุ้มกันของร่างกาย ปัจจัยส่งเสริม ปัจจัยเสี่ยง และอุปสรรคต่อแบบแผนการรับประทานอาหาร การเผาผลาญและความสามารถในการเรียนรู้ หรือปรับตัวเพื่อหาวิธีการแก้ปัญหา การใช้สารอาหารและน้ำ การเปลี่ยนแปลงแบบแผนอันเนื่องมาจากความเจ็บป่วย ซึ่งแบ่งเป็นแบบแผนย่อยได้ ดังนี้

2.1 อาหารและภาวะโภชนาการ

2.2 น้ำและอิเล็กโทรลัยท์

2.3 การเจริญเติบโต

2.4 ระบบภูมิคุ้มกัน

เป็นการรวบรวมข้อมูลเพื่อประเมินพฤติกรรม และการปรับตัวในเรื่องการกินของผู้ป่วยทั้งในภาวะปกติและขณะเจ็บป่วย เช่น ปรับเวลา ปรับอาหารให้สอดคล้องกับงานที่ทำ สภาพแวดล้อม หรือสภาพร่างกาย โรคหรือการเจ็บป่วยของตนเอง ตลอดจนมุมมอง (ความคิด) ของผู้ป่วยที่มีต่อพฤติกรรมเสี่ยงด้านการบริโภคและการเผาผลาญสารอาหารของตนเอง เช่น การดื่มเหล้า การกินอาหารขยะ เช่น มาม่า ขนมกรุบกรอบ การกินไม่เป็นเวลา เป็นต้น ประเมินผลของความเจ็บป่วยที่มีผลต่อเรื่องกิน เช่น ทำให้เบื่ออาหาร กลืนลำบาก ตลอดจนผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น เช่น การเปลี่ยนแปลงน้ำหนักตัว ความอยากอาหาร ฯลฯ ตลอดจนความรู้สึกที่เกิดขึ้นเมื่อไม่สามารถกินอาหารที่ตนเองเคยชอบ หรือไม่สามารถควบคุมตนเองในเรื่องการกินได้ตามที่ได้รับคำแนะนำ เช่น กังวล กลัวว่าจะมีอาการรุนแรงขึ้น เกรงจะถูกตำหนิ

น้ำหนักและการเปลี่ยนแปลงของน้ำหนักในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา Body mass index (ค่าปกติผู้หญิง 18 – 24 kg/m², ผู้ชาย 20 – 27 kg/m²) ปริมาณพลังงานที่ควรได้รับในแต่ละวัน

ผลการตรวจร่างกายเกี่ยวกับภาวะโภชนาการและระบบย่อยอาหาร (ผิวหนัง ความยืดหยุ่น ความชื้น บวมหรือไม่ ผม เล็บ ช่องปาก ตา ฟัน คอ ท้อง ลักษณะทั่วไป มีก้อน/กตเจ็บหรือไม่ ต่อม น้ำเหลือง ต่อมไทรอยด์)

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ/การตรวจพิเศษที่เกี่ยวข้อง

3. การขับถ่าย

หมายถึง แบบแผนและกระบวนการขับถ่ายของเสียทุกประเภทออกจากร่างกาย ทั้งการขับถ่ายกากอาหารและอิเล็กโทรไลต์ ปัสสาวะ ปฏิกิริยาขับถ่าย และอุปสรรคต่อแบบแผนการขับถ่าย การเปลี่ยนแปลงแบบแผนอันเนื่องมาจากความเจ็บป่วย ซึ่งแบ่งเป็นแบบแผนย่อยได้ ดังนี้

3.1 การขับถ่ายอุจจาระ

3.2 การขับถ่ายปัสสาวะ

เป็นการรวบรวมข้อมูลเพื่อประเมินกระบวนการขับถ่าย ลักษณะ ปริมาณ จำนวนครั้งของของเสียทุกประเภทออกจากร่างกายทั้งอุจจาระ ปัสสาวะ น้ำและอิเล็กโทรไลต์ ปฏิกิริยาขับถ่าย ปฏิกิริยาขับถ่าย และอุปสรรคต่อการขับถ่าย ตลอดจนการเปลี่ยนแปลงกระบวนการขับถ่ายอันเนื่องมาจากความเจ็บป่วยและการปรับตัวเพื่อแก้ไขปัญหา

ผลการตรวจร่างกายเกี่ยวกับการขับถ่าย (ตรวจท้อง ระบบขับถ่ายปัสสาวะ บริเวณรอบทวารหนักและการทำงานของลำไส้)

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ/การตรวจพิเศษที่เกี่ยวข้อง

4. กิจกรรมและการออกกำลังกาย

หมายถึง แบบแผนการประกอบกิจกรรมต่างๆในชีวิตประจำวัน (Activity of daily living) การดูแลบ้านที่อยู่อาศัย กิจกรรมในงานอาชีพ การใช้เวลาว่าง และนันทนาการ แบบแผนการออกกำลังกาย กระบวนการทำงานของร่างกายที่ส่งผลต่อการประกอบกิจกรรมและการออกกำลังกาย ได้แก่ การพัฒนาและการทำงานของระบบโครงสร้างและกล้ามเนื้อ ระบบหายใจ ระบบหัวใจและหลอดเลือด ปฏิกิริยาขับถ่าย ปฏิกิริยาขับถ่าย และอุปสรรคต่อการปฏิบัติกิจกรรมและการออกกำลังกาย การเปลี่ยนแปลงแบบแผนอันเนื่องมาจากความเจ็บป่วยจากแบบแผนกิจกรรมและการออกกำลังกาย ซึ่งแบ่งเป็นแบบแผนย่อยได้ ดังนี้

4.1 กิจกรรมในชีวิตประจำวันและการดูแลบ้านที่อยู่อาศัย

4.2 การออกกำลังกาย กีฬา และนันทนาการ

4.3 การพัฒนาและการทำงานของระบบโครงสร้างและกล้ามเนื้อ

4.4 ระบบหายใจ

4.5 ระบบหัวใจและหลอดเลือด

เป็นการรวบรวมข้อมูลเพื่อประเมินระดับความสามารถในการประกอบกิจกรรมต่างๆ ในชีวิตประจำวัน เช่น การทำกิจวัตรประจำวัน การดูแลบ้าน การประกอบอาชีพ การใช้เวลาว่างและนันทนาการ มุมมองในการออกกำลังกายของผู้รับบริการ เช่น เห็นว่าการทำงาน หรือการทำกิจกรรมที่มีเหงื่อออกเป็นการออกกำลังกายในมุมมองของเขา ข้อจำกัดหรือเงื่อนไขในการดำเนินชีวิตที่มีผลต่อการทำกิจกรรมและออกกำลังกาย เช่น หอบเหนื่อย แขนขาอ่อนแรง ไม่มีเวลา ผลกระทบที่เกิดจาก

การเจ็บป่วยต่อการประกอบกิจกรรมและการออกกำลังกาย ตลอดจนความรู้สึกที่เกิดขึ้นเมื่อไม่สามารถทำกิจกรรมที่ตนเองต้องการ หรือไม่สามารถปฏิบัติตามคำแนะนำได้เนื่องจากข้อจำกัดต่างๆ)

ผลการตรวจร่างกายระบบหายใจ (จำนวนครั้ง จังหวะ เสียงปอด)

ผลการตรวจร่างกายระบบหัวใจและหลอดเลือด (ชีพจรที่ครั้ง/นาที จังหวะ เสียงหัวใจ ความดันโลหิตเท่าไร สีผิวและปลายมือปลายเท้ามีภาวะซีด/เขียวหรือไม่)

5. การพักผ่อนนอนหลับ

หมายถึง แบบแผนการนอนและกระบวนการนอนหลับและการผ่อนคลาย (Relax) ของบุคคล ปัจจัยส่งเสริม ปัจจัยเสี่ยงและอุปสรรคที่ส่งผลต่อการนอน การเปลี่ยนแปลงของแบบแผน อันเนื่องมาจากความเจ็บป่วย ซึ่งสามารถแบ่งเป็นแบบแผนย่อยได้ ดังนี้

5.1 การนอนหลับ

5.2 การผ่อนคลาย

เป็นการประเมินการนอนหลับ และการพักผ่อน (Relax) ของผู้รับบริการ ปัจจัยส่งเสริม และอุปสรรคที่ส่งผลต่อการนอน ตลอดจนความรู้สึกและผลกระทบที่เกิดขึ้นเมื่อไม่สามารถนอนหลับ และพักผ่อนได้ตามความต้องการ

การปฏิบัติตนให้รู้สึกผ่อนคลาย (มีวิธีทำให้ตนรู้สึกผ่อนคลาย/หายเครียดอย่างไรบ้าง สังเกตพฤติกรรมการผ่อนคลาย เช่น การทำสมาธิ การอ่านหนังสือ เป็นต้น)

การสังเกต อาการแสดงถึงการนอนไม่พอ

6. สถิติปัญญาและการรับรู้

หมายถึง ความสามารถของบุคคลในการรับรู้สิ่งเร้า และการตอบสนองต่อสิ่งเร้า การรับรู้ความรู้สึกทางประสาทสัมผัสทุกส่วน ได้แก่ การมองเห็น การได้ยิน การได้กลิ่น การรับรส การรับรู้ความรู้สึกทางผิวหนัง ความสามารถ และการพัฒนาทางสติปัญญา เช่น ความจำ ความคิด การตัดสินใจ การเรียนรู้ การแก้ปัญหา อารมณ์ของบุคคล ปัจจัยส่งเสริม ปัจจัยเสี่ยง และอุปสรรคต่อความสามารถด้านสติปัญญา และการเรียนรู้ การเปลี่ยนแปลงของแบบแผนอันเนื่องมาจากความเจ็บป่วย สามารถแบ่งออกเป็นแบบแผนย่อยได้ ดังนี้

6.1 การรับรู้ความรู้สึกทางประสาทสัมผัส และการตอบสนอง

6.2 ความสามารถทางสติปัญญา และความรู้

6.3 การพัฒนาการทางสติปัญญา

เป็นการรวบรวมข้อมูลเพื่อประเมินความสามารถในการรับรู้และตอบสนองต่อสิ่งเร้าทั้งเรื่อง การได้ยิน การมองเห็น การได้กลิ่น การรับรส และการสัมผัส ความสามารถในการจำ การแก้ปัญหา ตลอดจนการตัดสินใจเมื่อต้องเผชิญกับปัญหาทั้งในยามปกติและยามเจ็บป่วย ทั้งนี้เพื่อประเมินศักยภาพในการดูแลตนเองและการแก้ปัญหาด้านสุขภาพ

ผลการตรวจร่างกายเกี่ยวกับความสามารถในการอ่านและการเขียนหนังสือ/ความจำ/การรับรู้ต่อบุคคล สถานที่ และเวลา/ลักษณะการตอบโต้/การใช้ภาษา/การได้ยิน/การมองเห็น/การได้กลิ่น/การสัมผัส/อาการเหน็บชา/เจ็บปวด/ระดับความรู้สึกตัว/Neurological signs/Reflex

7. การรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์

หมายถึง ความคิด ความเข้าใจ ความรู้สึกของบุคคล ที่มีต่อตนเองในภาพรวม และในแต่ละคุณลักษณะ ได้แก่ ความสวยงาม ความสามารถ ความดี ความถูกต้อง ความภาคภูมิใจในตนเอง ปัจจัยส่งเสริม และอุปสรรคต่อการรับรู้ตนเอง และอัตมโนทัศน์ แบ่งเป็นแบบแผนย่อยได้ ดังนี้

7.1 ภาพลักษณ์

7.2 อัตมโนทัศน์

7.3 ความภาคภูมิใจในตนเอง

เป็นการรวบรวมข้อมูลเพื่อประเมินความคิด ความรู้สึก ความเข้าใจของผู้รับบริการที่มีต่อตนเอง เช่น คุณค่า ความภาคภูมิใจ ความมั่นใจในตนเอง ภาพลักษณ์ ความสามารถ ฯลฯ ทั้งในภาวะปกติและในขณะเจ็บป่วยที่ส่งผลต่อการดูแลสุขภาพและการรับรู้ความเจ็บป่วยของตนเอง ตลอดจนความรู้สึกที่เกิดขึ้นเมื่อไม่สามารถทำในสิ่งที่ตนเองต้องการ หรือไม่สามารถปฏิบัติตามคำแนะนำได้ เนื่องจากข้อจำกัดต่างๆ เช่น ความรู้สึกต่อรูปร่างหน้าตา ความรู้สึกต่อความสามารถ ความรู้สึกผิดที่เกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วยของตนเอง หรือความรู้สึกท้อแท้หมดหวัง

สังเกตพฤติกรรมที่แสดงถึงความสนใจในรูปร่างหน้าตาตนเอง การปิดบังอวัยวะบางส่วน การเปรียบเทียบตนเองกับผู้อื่น สีหน้าท่าทางที่แสดงความภาคภูมิใจ/การท้อแท้สิ้นหวัง

8. บทบาทและสัมพันธภาพ

หมายถึง กิจกรรมของบุคคลตามบทบาทและสัมพันธภาพของบุคคลต่อบุคคลอื่นๆ ทั้งภายในและภายนอกครอบครัว การพัฒนาการทางด้านสังคม ปัจจัยส่งเสริม ปัจจัยเสี่ยง และอุปสรรคต่อการปฏิบัติกิจกรรมตามบทบาท การสร้างสัมพันธภาพ และการคงสัมพันธภาพ การเปลี่ยนแปลงของบทบาทและสัมพันธภาพอันเนื่องมาจากความเจ็บป่วย ซึ่งแบ่งเป็นแบบแผนย่อยได้ ดังนี้

8.1 สัมพันธภาพ และการสื่อสาร

8.2 บทบาท

8.3 การพัฒนาการด้านสังคม

เป็นการรวบรวมข้อมูลเพื่อประเมินบทบาทและสัมพันธภาพของผู้ป่วยต่อบุคคลอื่น ทั้งภายในและภายนอกครอบครัวที่อาจส่งผลต่อการดูแลสุขภาพของผู้ป่วย เช่น การที่ต้องรับผิดชอบชีวิตของทุกคนในครอบครัวทำให้สนใจแต่เรื่องทำมาหากินไม่ได้คิดถึงเรื่องมารักษาที่โรงพยาบาลหรือมาตรวจตามนัด และผลของความเจ็บป่วยที่มีต่อบทบาทและสัมพันธภาพต่อบุคคลอื่น เช่น บทบาทหน้าที่ของตนเองที่มีต่อคนในครอบครัวลดลง แยกตัวออกจากสังคม ติดต่อกับเพื่อนน้อยลง เนื่องจากข้อจำกัดทางกาย หรือมีภารกิจในการดูแลสุขภาพมากขึ้น ตลอดจนความรู้สึกและความคิดเห็นที่มีต่อการปรับเปลี่ยนบทบาทและการร่วมกิจกรรมพบปะกับบุคคลอื่น)

การเปลี่ยนแปลงบทบาทหน้าที่ สัมพันธภาพกับคนในครอบครัวขณะป่วย (ขณะที่ไม่สบายอยู่นี้ใครรับผิดชอบงานในบ้านแทนคุณ ความรู้สึกของสมาชิกในครอบครัวต่อการเจ็บป่วยครั้งนี้ บุคคลที่ช่วยเหลือขณะเจ็บป่วยครั้งนี้)

การเปลี่ยนแปลงของบทบาทหน้าที่ สัมพันธภาพในอาชีพขณะป่วย (ขณะป่วยนี้กระทบต่ออาชีพการงานหรือไม่ อย่างไร)

9. เพศและการเจริญพันธุ์

หมายถึง ลักษณะเจริญพันธุ์ การพัฒนาการตามเพศ และเพศสัมพันธ์ ปัจจัยส่งเสริม ปัจจัยเสี่ยง และอุปสรรคต่อการการเจริญพันธุ์ การเปลี่ยนแปลงของแบบแผนอันเนื่องมาจากความเจ็บป่วย แบ่งเป็นแบบแผนย่อยได้ ดังนี้

9.1 การพัฒนาตามเพศ และการเจริญพันธุ์

9.2 เพศสัมพันธ์

เป็นผลการรวบรวมข้อมูลเพื่อประเมินการประเมินการเปลี่ยนแปลงทางกายที่แสดงลักษณะทางเพศ พฤติกรรมทางเพศที่เบี่ยงเบนไปจากปกติ ตลอดจนอิทธิพลทางสังคม การเลี้ยงดู และสิ่งแวดล้อม ที่ส่งผลต่อพฤติกรรมทางเพศ ผลกระทบของความเจ็บป่วยที่มีต่อการมีเพศสัมพันธ์ ตลอดจนความรู้สึกที่เกิดขึ้นกับตนเองและคู่ของตนเอง

เพศสัมพันธ์ (ถามในกรณีที่แต่งงานแล้ว มีปัญหาหรือไม่ ป้องกันโรคติดต่ออย่างไร)

เพศหญิง (ประวัติการมีประจำเดือน ความผิดปกติขณะมีประจำเดือน ตกขาว ตกเลือด เป็นหนอง คัน มีก้อน ตุ่มหรือไม่ การคุมกำเนิด)

เพศชาย (ปัญหาเกี่ยวกับอวัยวะสืบพันธุ์ หนอง คัน ต่อมลูกหมากโต ใส่เลื่อน มีก้อน/ตุ่มหรือไม่)

พฤติกรรมที่แสดงออกเหมาะสมกับเพศหรือไม่ (สังเกตจากปฏิกิริยา ท่าทาง การแต่งกาย คำพูดและปฏิสัมพันธ์กับบุคคลเพศเดียวกันและต่างเพศ)

ผลการตรวจร่างกายระบบสืบพันธุ์ (เฉพาะกรณีที่มีข้อบ่งชี้ว่าอาจมีความผิดปกติ เพศหญิง ตรวจเต้านม และอวัยวะเพศ เพศชายตรวจอวัยวะเพศ)

10. การปรับตัวและความทนทานต่อความเครียด

หมายถึง การรับรู้ความเครียดและสาเหตุ วิธีการ และกระบวนการในการจัดการกับความเครียดทั้งในระดับที่รู้ตัว และที่เป็นอัตโนมัติ ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดความเครียด ปัจจัยส่งเสริม อุปสรรคในการปรับตัวกับความเครียด การเปลี่ยนแปลงของแบบแผนอันเนื่องมาจากความเจ็บป่วย

เป็นผลการรวบรวมข้อมูลเพื่อประเมิน ความรู้สึกหรือทุกข์ที่เกิดขึ้นเมื่อเผชิญกับความเครียดทั้งในภาวะปกติและการเจ็บป่วยโดยเฉพาะความเครียดที่เกิดจากความเจ็บป่วย เช่น เผชิญกับความไม่สุขสบายทางกาย การเปลี่ยนแปลงบทบาท การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลตนเอง ทำให้เกิดความรู้สึกทุกข์ ทรมาน รำคาญ เบื่อหน่าย ท้อแท้ ไม่มั่นใจ กลัว ตลอดจนความสามารถในการปรับตัว การแก้ปัญหา บริบทแวดล้อมที่เอื้อหรือเป็นอุปสรรคต่อการปรับตัว และกระบวนการเรียนรู้เพื่อการปรับตัวและการแก้ปัญหา

11. คุณค่าและความเชื่อ

หมายถึง ภาวะความมั่นคง เข้มแข็งทางจิตใจ การรับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับสิ่งที่มีคุณค่า มีความหมายต่อชีวิตของตนเอง เป้าหมายในการดำเนินชีวิต สิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจ ความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพและการปฏิบัติตามความเชื่อที่เป็นสิ่งยึดเหนี่ยว ปัจจัยเสริม และอุปสรรคต่อความมั่นคง เข้มแข็งทางจิตใจ การเปลี่ยนแปลงของแบบแผนอันเนื่องมาจากความเจ็บป่วย ซึ่งแบ่งออกเป็นแบบแผนย่อยได้ ดังนี้

11.1 คุณค่าและสิ่งยึดเหนี่ยวของบุคคล

11.2 ความเชื่อด้านสุขภาพ

เป็นผลการรวบรวมข้อมูลประเมินภาวะความมั่นคงเข้มแข็งทางจิตใจ ซึ่งสะท้อนออกมาทางความคิดและพฤติกรรมที่แสดงออกต่อสิ่งที่ตนเองคิดว่าความหมายต่อการดำเนินชีวิตของตนเอง และการดูแลสุขภาพ เช่น การกราบไหว้สิ่งศักดิ์สิทธิ์ที่ตนใช้เป็นเครื่องยึดเหนี่ยวทางจิตใจเพื่อขอให้ท่านปกป้องคุ้มครองภัย อันตราย การงดเว้นของแสลงเพราะเชื่อว่าจะทำให้อาการกำเริบมากขึ้น การแสวงหาวิธีการรักษาต่างๆ ที่เชื่อว่าจะทำให้อาการหรือความเจ็บป่วยของตนดีขึ้น

ต้องการสวดมนต์ไหว้พระหรือปฏิบัติอะไรเกี่ยวกับศาสนาบ้างหรือไม่ขณะที่อยู่โรงพยาบาล สังเกตสิ่งที่น่าสนใจ เช่น ห้อยพระ ใส่เครื่องราง รอยสัก พวงมาลัย เป็นต้น ศาสนามีความสำคัญต่อชีวิตหรือไม่ และสามารถช่วยเมื่อมีปัญหา/ความยากลำบากหรือไม่

กรมการแพทย์

โรงพยาบาลเลิดสิน

ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน

บทที่ 4 กรณีศึกษา

ผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสันหลังที่มีภาวะแทรกซ้อนของหัวใจห้องบนสั่นพริ้ว (Atrial Fibrillation: AF และภาวะลิ่มเลือดอุดตันในปอด (Pulmonary Embolism: PE) เริ่มศึกษาเมื่อวันที่ 2 มกราคม 2566 ถึง วันที่ 23 มกราคม 2566

1. ข้อมูลทั่วไป

ผู้ป่วยชายไทย อายุ 67 ปี เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย ศาสนาพุทธ การศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้น อาชีพ ไม่ได้ประกอบอาชีพ สถานภาพสมรสคู่ ภูมิลำเนาจังหวัดหนองคาย
วัน เดือน ปี รับไว้ในโรงพยาบาล 2 มกราคม 2566 เวลา 14.40 น.
วัน เดือน ปี จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 23 มกราคม 2566 เวลา 10.30 น.
จำนวนวันนอนโรงพยาบาล 21 วัน

2. แหล่งที่มาของข้อมูล

ข้อมูลจากผู้ป่วยและครอบครัว
เวชระเบียนผู้ป่วย

3. ประวัติการเจ็บป่วย

3.1 อาการสำคัญ Case Spinal Stenosis แพทย์นัดมาเพื่อทำการผ่าตัด

3.2 ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน

6 เดือนก่อนมาโรงพยาบาล ปวดหลังร้าวลงขาทั้งสองข้าง ไม่ชา ไม่อ่อนแรง เดินนานๆ แล้วปวด พบแพทย์รับประทานยาอาการไม่ดีขึ้น

3.3 ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต

ผู้ป่วยมีโรคประจำตัว คือ ความดันโลหิตสูงและไขมันในเลือดสูง รักษาที่โรงพยาบาลหนองคาย ได้รับยา Madiprot (20 mg) 1 เม็ด หลังอาหาร เช้า เย็น Azilsartan (40 mg) 1 เม็ด หลังอาหารเช้า และ Bisoprolol (5mg) 1 เม็ด ก่อนนอน รับประทุษยาต่อเนื่อง

เมื่อ 15 ปีก่อน มีอาการปวดหลังร้าวลงขา ไปรักษาที่โรงพยาบาลศิริราช ได้รับการผ่าตัด 2 ครั้ง อาการทุเลา ต่อมาเมื่อ 2-3 ปีก่อน มีอาการปวดหลังอีก ไปรักษาที่สถาบันประสาทวิทยา ได้รับการผ่าตัด C-Spine อาการไม่ดีขึ้น จึงมาโรงพยาบาลเลิดสิน

4. ประวัติการแพ้ยา อาหาร และสิ่งเสพติด

ไม่มีประวัติแพ้ยา ไม่ดื่มสุรา ไม่สูบบุหรี่

แพ้ยา Sulfa (Co-trimazole) ลักษณะเป็นจ้ำและผื่นคัน

5. ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว

สมาชิกในครอบครัวไม่มีใครเคยเจ็บป่วยด้วยโรคร้ายแรงแต่อย่างใด ไม่มีโรคทางพันธุกรรม หรือโรคเรื้อรังใด ๆ ที่ต้องเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล นอกจากเจ็บป่วยเล็ก ๆ น้อย ๆ รับประทาน ยาแก้หาย

6. การประเมินตามแบบแผนสุขภาพ

แบบแผนที่ 1 การรับรู้และการดูแลสุขภาพ

ผู้ป่วยรับรู้ว่าตนเองมีโรคประจำตัว คือ ความดันโลหิตสูงและไขมันในเลือดสูง รักษาและรับ ยาประจำที่โรงพยาบาลหนองคายมาตลอด ไม่ดื่มสุรา ไม่สูบบุหรี่ มีประวัติแพ้ยาซัลฟา ไม่มีประวัติ แพ้สารอาหารใด ๆ ผู้ป่วยรู้ว่าอาการปวดหลังร้าวลงขาทั้ง 2 ข้าง เดินนาน ๆ แล้วปวด มาพบ แพทย์และรักษาด้วยวิธีการรับประทานยาแล้วอาการไม่ดีขึ้น จำเป็นต้องรักษาด้วยการผ่าตัด จึงเข้ารับ การรักษาที่โรงพยาบาลเลิดสิน เป็นผู้ป่วยในตึกพิเศษ ชั้น 23

สรุป ผู้ป่วยมีการรับรู้และการดูแลสุขภาพต่อเนื่อง

แบบแผนที่ 2 โภชนาการและการเผาผลาญสารอาหาร

ก่อนเข้ารับการรักษารับประทานอาหารได้ปกติ รับประทานอาหารครบ 3 มื้อ ควบคุมอาหาร โดยงดอาหารที่มีรสเค็มจัดและอาหารที่มีไขมันสูง ไม่มีความผิดปกติเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร ดื่มน้ำวันละ 7-8 แก้ว ต้องดื่มน้ำ อาหารทางปากทุกชนิดหลังเที่ยงคืนก่อนผ่าตัด ได้รับสารน้ำทาง หลอดเลือดดำ 0.9% NaCl 1,000 มิลลิลิตร อัตราหยด 100 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง ก่อนไปห้องผ่าตัด

สรุป ผู้ป่วยมีปัญหาไขมันในเลือดสูงและความดันโลหิตสูงต้องควบคุมอาหาร โดยงดอาหารที่มี รสเค็มจัดและอาหารที่มีไขมันสูงต่อไป

แบบแผนที่ 3 การขับถ่าย

โดยปกติผู้ป่วยไม่มีปัญหาการขับถ่าย ถ่ายปัสสาวะได้ตามปกติ กลั้นปัสสาวะได้ ถ่ายอุจจาระ ปกติ วันละ 1 ครั้ง มีท้องผูกบ้างเป็นบางครั้ง ควบคุมการขับถ่ายได้ ได้รับการเตรียมสาย Foley's catheter พร้อม Urine bag ไปห้องผ่าตัด ระหว่างผ่าตัดมีปัสสาวะออกจำนวน 300 มิลลิลิตร เสีย เลือดขณะผ่าตัด 900 มิลลิลิตร

สรุป ผู้ป่วยอาจมีปัญหาท้องผูกจากภาวะโรคและการผ่าตัด ต้องเฝ้าระวัง

แบบแผนที่ 4 กิจกรรมประจำวันและการออกกำลังกาย

ก่อนเจ็บป่วยมีร่างกายแข็งแรง ช่วยเหลือตนเองทำงานได้ตามปกติ เมื่ออาการปวดหลังและ ขาชาเริ่มรุนแรงมากขึ้น ทำให้ประสิทธิภาพการทำงานลดลง ช่วยเหลือตนเองได้ลดลง ต้องหยุดพัก บ่อยครั้ง หลังผ่าตัดไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ต้องนอนราบ การพลิกตะแคงตัวต้องมีคนช่วยเหลือ เมื่อแพทย์อนุญาตให้ลุกนั่ง ต้องประคองหลังให้หลังตรงตลอดเวลา แผลผ่าตัดมีขวิดระบายน้ำเลือด สามารถยับยั้งได้ทั้ง 2 ข้าง

สรุป ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองได้น้อยมาก ต้องมีผู้ช่วยเหลือในการออกกำลังกาย

ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน

แบบแผนที่ 5 การพักผ่อนนอนหลับ

การพักผ่อนนอนหลับ กลางวันนอนหลับประมาณ 2 - 3 ชั่วโมง กลางคืนนอนได้นานประมาณ 6 - 8 ชั่วโมง หลังผ่าตัดนอนหลับได้ประมาณ 3 - 4 ชั่วโมงเพราะปวดแผล พลิกตะแคงตัวเองไม่ได้ และไม่คุ้นเคยกับสภาพหอผู้ป่วย กลางวันนอนหลับได้เป็นพัก ๆ

สรุป ผู้ป่วยนอนหลับพักผ่อนไม่เพียงพอเนื่องจากปวดแผลผ่าตัด

แบบแผนที่ 6 สถิติปัญญาและการรับรู้

ผู้ป่วยมีการรับรู้ที่ดี ระดับการรู้สติดี มีการรับรู้ต่อภาวะความเจ็บป่วยที่ทำให้ไม่สบาย รู้สึกปวดแผลที่หลังเวลาไอ หายใจเข้าออกลึก ๆ เวลาขยับตัวและพลิกตะแคงตัวจะปวดมาก ยังรู้สึกเพลีย แขน ขา ขยับได้ตามปกติ

สรุป ผู้ป่วยไม่มีปัญหา

แบบแผนที่ 7 การรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์

ผู้ป่วยมีความรู้สึกว่าเขาเองไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ ต้องอาศัยความช่วยเหลือจากพยาบาลและญาติ กลัวว่าแผลผ่าตัดจะแยกและมีเลือดออก กระดูกสันหลังจะเคลื่อน มีความวิตกกังวลรู้สึกขาดความมั่นใจในการที่จะลงนั้งตามคำแนะนำของแพทย์และพยาบาล

สรุป ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลรู้สึกขาดความมั่นใจในการปฏิบัติตน

แบบแผนที่ 8 บทบาทและสัมพันธภาพ

ผู้ป่วยและภรรยา อาศัยอยู่บ้านกับครอบครัวลูกชาย มีสมาชิก 6 คนอยู่กันอย่างมีความสุข บุตรชายผู้ป่วยทำงานมีสวัสดิการเบิกค่ารักษาพยาบาลได้ การเจ็บป่วยครั้งนี้ ภรรยาและลูกผลัดกันมาดูแล สัมพันธภาพในครอบครัวดี มีความรักใคร่กลมเกลียวกันดี

สรุป ผู้ป่วยไม่มีปัญหา

แบบแผนที่ 9 เพศและการเจริญพันธุ์

มีเพศสัมพันธ์ลดลงจากอายุมาก การเจ็บป่วยครั้งนี้ต้องการกำลังใจจากภรรยา

สรุป ผู้ป่วยไม่มีปัญหา

แบบแผนที่ 10 การปรับตัวและเผชิญกับความเครียด

การเจ็บป่วย ครั้งนี้ทำให้ความสามารถในการช่วยเหลือตนเองลดลง รู้สึกเกรงใจภรรยาและลูกที่ต้องช่วยดูแลตนเอง ผู้ป่วยรู้สึกวิตกกังวล มีสีหน้าเคร่งเครียดถามย่ำถึงผลการรักษาว่าจะทุเลาและหายดีหรือไม่

สรุป ผู้ป่วยรู้สึกวิตกกังวล กลัวไม่หาย เกรงจะเป็นภาระผู้อื่น

แบบแผนที่ 11 คุณค่าและความเชื่อ

ผู้ป่วยนับถือศาสนาพุทธ มีความศรัทธาในพระพุทธศาสนา ทำบุญตามเทศกาล เชื่อว่าต้องการฟื้นฟูสุขภาพ

สรุป ผู้ป่วยไม่มีปัญหา

7. การตรวจร่างกายตามระบบ

ศีรษะ	รูปร่างของศีรษะมีลักษณะปกติ มีผมหงอกประปราย
ตา	สายตาวาว สวมแว่นสายตาตอนอ่านหนังสือ ตาขาวปกติ ไม่ซีดเหลือง
จมูก	โพรงจมูกปกติ สันจมูกตรง
หู	ใบหูปกติ ได้ยินเสียงชัดเจนทั้งสองข้าง ไม่มีสารคัดหลั่ง
ปากและคอ	ริมฝีปากแดงคล้ำ เหงือกสีชมพู ไม่มีฟันผุ ลิ้นปกติ คอปกติ คล้ำไม่พบก้อน กลืน อาหารปกติ
ผิวหนัง	ผิวสองสี ชุ่มชื้น ไม่มีผื่นคัน
ระบบกล้ามเนื้อและกระดูก	กล้ามเนื้อแขนขาไม่ลีบ อ่อนแรงเล็กน้อย Lt > Rt ขยับได้ เอง ไม่ปวด ไม่ชา แนวกระดูกสันหลังคดงอไปทางด้านซ้าย กดเจ็บบริเวณ lumbar spinous process และ paraspinal muscles คล้ำไม่พบก้อน ผิดปกติ อุณหภูมิบริเวณหลังปกติ กำลังกล้ามเนื้อบริเวณสะโพก ต้นขา และขาทั้งสองข้าง grade 5 และมี Full range of motion
ระบบประสาท	รู้ตัวดี พูดคุยรู้เรื่อง E ₄ V ₅ M ₆
ระบบหัวใจและหลอดเลือด	ชีพจรเต้นปกติ อัตรา 64 ครั้ง/นาที สม่าเสมอ เส้นเลือดที่คอไม่ โป่ง ผลการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ มี Acute Myocardial Infarction (Inferior Injury) แต่ไม่มีอาการเจ็บหน้าอก ฟังเสียงหัวใจ S ₁ , S ₂ ปกติ
ระบบทางเดินหายใจ	ทรวงอกทั้งสองข้างปกติ สมมาตรกัน ลักษณะการหายใจปกติ สม่าเสมอ อัตรา 20 ครั้ง/นาที เสียงหายใจปกติ ไม่มี Wheezing หรือ Crepitation
ระบบทางเดินอาหาร	รับประทานอาหารได้ปกติ ไม่มีอาการลำไส้เวลากลิ้น ท้องนิ่ม กดไม่ เจ็บ คล้ำไม่พบก้อน
ระบบขับถ่าย	ปัสสาวะได้เองปกติ ไม่มีอาการแสบขัด
ระบบสืบพันธุ์	ปกติ

กรมการแพทย์

โรงพยาบาลเลิดสิน

ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน

8. การตรวจทางห้องปฏิบัติการและรังสีวิทยา

8.1 Hematology

8.1.1 Complete Blood Count (CBC)

รายการ	ค่าปกติ	ผลการตรวจ							แปลผล
		29 ธ.ค. 65	2 ม.ค. 66	4 ม.ค. 66	5 ม.ค. 66	6 ม.ค. 66 (6.00น)	6 ม.ค. 66 (15.00น)	8 ม.ค. 66	
Red Blood Cell(RBC)	4.5-5.6 M/cumm	4.44			2.96	3.06	3.35		L
Hemoglobin (Hb)	11-16.8 g/dl	15.2			10.1	10.1	11.0		L
Hematocrit (Hct)	33.1-50.2 %	43.8	43.5	36	29.4	28.8	31.7	34	L
White Blood Cell (WBC)	3,900-12,300 Cell/ cu mm	5,540			10,700	8,750	8,000		H
Neutrophil	44.7-81.9 %	51.0			82.9	72.8	90.1		H
Lymphocyte	13-48.3 %	39.7			11.6	20.2	7.6		L
Monocyte	<13 %	6.0			5.4	4.9	2.1		N
Eosinophil	<8 %	2.9			0.0	1.8	0.1		N
Basophil	<2.5 %	0.4			0.1	0.3	0.1		N
Platelet	138,000-407,000 Cell/ cu mm	256,000			147,000	132,000	129,000		L
MCV	78.9-101.4 fL	98.6			99.3	94.1	94.6		N
MCH	25.6-34.4 pg	34.2			34.1	33.	32.8		N
MCHC	31.8-35.1 g/dl	34.7			34.4	35.1	34.7		N
RDW	11.6-14.8 %	12.3			12.7	16.0	16.1		H

การวิเคราะห์ผล วันที่ 5 มกราคม 2566 ผู้ป่วยมีภาวะซีด RBC, Hb, Hct, Platelet ต่ำ เนื่องจากการเสียเลือดจากการผ่าตัดเมื่อวันที่ 4 มกราคม 2566 ค่า WBC, Neutrophil สูง แสดงภาวะมีการอักเสบ/ติดเชื้อในร่างกาย

ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน

8.1.2 ESR, PT, PTT

รายการ	ค่าปกติ	ผลการตรวจ			แปล
		29 ธ.ค. 65	2 ม.ค. 66	6 ม.ค. 66	ผล
ESR	<20 mm/hr	8			N
PT	10.51-13.08 Sec	11.20	11.90	11.50	N
INR		0.97	1.04	1.04	N
PTT	22.19-30.74 Sec	23.10			N
PTT Ratio		0.93			N

การวิเคราะห์ผล ผล Coagulation time อยู่ในเกณฑ์ปกติ

8.2 Chemistry-Immunology

รายการ	ค่าปกติ	ผลการตรวจ				แปล
		29 ธ.ค.65	2 ม.ค.66	6 ม.ค.66	6 ม.ค.66	ผล
FBS	70-110 mg/dl	106				N
BUN	9-20 mg/dl	21		12	9	N
Cr	0.66-1.25 mg/dl	1.02		0.75	0.71	N
eGFR	ml/min	76		95	97	N
Total Protein	6.3-8.2 g/dl	7.4				
Albumin	3.5-5 g/dl	4.2			3.2	L
Globulin	2.3-3.5 g/dl	3.2				
Total bilirubin	0.2-1.3 mg/dl	0.45				
Indirect bilirubin	0.01-1.1 mg/dl	0.44				
Direct bilirubin	0.01-0.4 mg/dl	0.01				
AST(SGOT)	17-59 U/L	46				
ALT(SGPT)	<50 U/L	40				
ALK. phosphatase	38-126 U/L	52				
Electrolyte						
- Sodium	137-145 mmol/L	138	139	135	136	L
- Potassium	3.5-5.1 mmol/L	5.1	5.0	4.3	4.2	N
- Chloride	98-107 mmol/L	102	100	105	104	N
- Carbondioxide	22-30 mmol/L	30	29	29	26	N
Calcium	8.6-10.3 mg/dl	9.3			8.0	L
Phosphorus	2.5-4.5 mg/dl	3.8			2.7	N
Magnesium	1.6-2.3 mg/dl	2.0		1.7	1.7	N
CRP	<5 mg/dl	1.3				
TSH	0.4-4.05 u/u/ml			3.193		N
FT4	0.78-2.19 mg/dl			1.04		N

รายการ	ค่าปกติ	ผลการตรวจ				แปลผล
		29 ธ.ค. 65	2 ม.ค. 66	6 ม.ค. 66	6 ม.ค. 66	
FT3	2.77-5.27 mg/dl			2.49		L
Lactate	0.4-2 mmol/L				1.00	N
D-Dimer	<198 mg/dl				2,260	H
Troponin I (Hs)	<13 mg/L			5.29		N

การวิเคราะห์ผล ผู้ป่วยมีภาวะพร่องสารอาหาร ได้แก่ โปรตีน ผล Albumin (6 มกราคม 66) เท่ากับ 3.2 g/dl จากการที่หลังผ่าตัดผู้ป่วยมีภาวะ Pulmonary Embolism เกิดการหอบเหนื่อย รับประทานอาหารไม่ได้ และแพทย์ให้ดื่มน้ำและอาหารทางปากตั้งแต่วันที่ 3-6 มกราคม 66 ซึ่งทำให้ขาดความสมดุลของแร่ธาตุในร่างกายด้วย ผล Sodium ในเลือดต่ำเล็กน้อยในวันที่ 6 มกราคม 66 (135-136 mmol/L) ค่า FTS ต่ำกว่าปกติแต่ค่า FT4 และ TSH ปกติ อาจเกิดจากผู้ป่วยมีภาวะการอักเสบเรื้อรัง ผลการตรวจ D-Dimer สูงกว่าปกติมากในวันที่ 6 มกราคม 66 แสดงว่ามี Blood Clot ในกระแสเลือด

9.3 Microscopy (6 มกราคม 66)

Urine Analysis (U/S)	ค่าปกติ	ผล	แปลผล
Color	Yellow	Yellow	N
Clarity	Clear	Clear	N
Glucose	Negative	Negative	N
Ketone	Negative	3+	H
Blood	Negative	Trace	Abnormal
Protein	Negative	Negative	N
Nitrite	Negative	Negative	N
Bilirubin	Negative	Negative	N
Specific gravity	1.003-1.03	1.012	N
pH	5-8	6.5	N
Urobilirubin	Negative	Negative	N
Leucocyte	Negative	Negative	N
RBC	<3/HPF	5-10	H
WBC	<7/ HPF	0-1	N
Squamous epithelial cell	<11/ HPF	0-1	N
Bacteria	Not found	Few	Abnormal
Other	-	-	-

การวิเคราะห์ผล ผลการตรวจ Ketone ในปัสสาวะ 3+ จากการที่ผู้ป่วยอยู่ในภาวะขาดน้ำจากการรับประทานอาหารเองไม่ได้และแพทย์ให้ดื่มน้ำและอาหารทางปาก (NPO) เกิดการไม่สมดุลน้ำเข้า-ออกจากร่างกาย Intake/Output เท่ากับ 3,006 ml / 6,580 ml และพบเลือดในปัสสาวะเล็กน้อยอาจเกิดจากการอักเสบทางเดินปัสสาวะ/นิ่ว/เนื้องอก/ติดเชื้อ ควรได้รับการตรวจประเมินต่อ

8.4 CT Scan (6 มกราคม 66)

รายการ	ผล	แปลผล
CTA : Pulmonary artery	- Pulmonary embolism in posterior segmental branch of right upper lobar artery, superior segmental branch of right lower lobar artery and posterior basal segmental branch of left lower lobar artery. - A 2.0 Cm nodule in left lobe of thyroid gland. - Multiple small cyst in both lobe of Liver. - Mild Fatty Liver.	- พบ Pulmonary embolism ในหลอดเลือดแดงบริเวณด้านหลังปอดขวาบน หลอดเลือดด้านบนขวาของปอดขาล่าง และหลอดเลือดแดงบริเวณฐานปอดด้านล่างซ้าย - ต่อมธัยรอยด์ด้านซ้ายมีก้อนขนาด 2.0 เซนติเมตร - พบเนื้องอกเล็กๆหลายก้อนบริเวณตับทั้งสองกลีบ (lobe) - มีไขมันพอกตับเล็กน้อย
CTPA with contrast	No longer seen thrombosis in RML Segmental branch of right Pulmonary artery Plate-like atelectasis in LLL No Pulmonary Infiltration	ไม่พบ thrombosis ในปอดขวา มีภาวะปอดแฟบในปอดซ้ายล่าง

8.5 MRI

วัน เดือน ปี	รายการ	ผล	แปลผล
12 มิ.ย. 62	Cervical Spine	C4-C5: Disc-osteophite complex, bilateral unvertebral joint hypertrophy cause severe spinal canal stenosis, cervical cord compression with myelopathy and bilateral C5 exiting nerve root compression (Left>Right). C5-C6: Disc-osteophite complex, bilateral unvertebral joint hypertrophy cause severe spinal canal stenosis, cervical cord compression with myelopathy and bilateral C6 exiting nerve root compression(Left>Right).	โพรงกระดูกสันหลังส่วนคอตีบแคบ กดทับเนื้อเยื่อและเส้นประสาทระดับ C5,6 ข้างซ้าย>ขวา

8.6 X-RAY

วัน เดือน ปี	รายการ	ผล	แปลผล
2 ม.ค. 66	Chest	Normal chest No Pulmonary Infiltration	ปกติ
5 ม.ค. 66	LS-Spine AP, Lat Flexion, Extension	Normal lumbar lordotic curvature is seen. Status post internal fixation with laminectomy at L1-S2 LEVEL with bone allograft. No definite fracture or dislocation is observed. Intervertebral definite fracture or dislocation is observed. Intervertebral disc spaces appear normal. Bilateral SI joints are intact.	Lumbar spine ปกติ มี ร่องรอยการผ่าตัด laminectomy at L1-S2 LEVEL with bone allograft ไม่มีกระดูกแตกหักหรือเลื่อนหลุด
6 ม.ค. 66	Chest	-Suboptimal inspiration, heart size cannot be evaluated. -Subsegmental atelectasis at right lower lung zone. -Both costophrenic angles are clear. -Normal pulmonary vasculature. -Both hili are not enlarged. -Cervical spine fixation and rightward curvature of thoracic spine. -Surgical materials at midline abdomen is noted. please correlate with clinical context.	ปอดขวาล่างแฟบเป็นบางส่วน เส้นเลือดในปอด ปกติ
8 ม.ค. 66	Chest	suspected of new pulmonary infiltration in RLL, please correlate with clinical	สงสัยมีน้ำในปอดขวา ส่วนล่าง
11 ม.ค. 66	Chest	No active pulmonary infiltration is seen. Unevaluated heart size. Both costophrenic angles are sharp. Degenerative change of spine.	ไม่มีน้ำในปอด กระดูกสันหลังเสื่อม

8.7 การตรวจการทำงานของหัวใจ

รายการ	2 ม.ค. 66	6 ม.ค. 66		13 ม.ค. 66	16 ม.ค. 66
		7.00 น	14.00 น		
EKG	ST Elevation(II, aVF) Acute MI มีภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน	Atrial Fibrillation HR 126 bpm มีภาวะหัวใจเต้นพรีว 126 ครั้ง/นาที่	Atrial Fibrillation Premature Ventricular Contraction HR 136 bpm มีภาวะหัวใจเต้นพรีวและเต้นผิดจังหวะ ความเร็ว 136 ครั้ง/นาที่	Sinus Rhythm ST depression (lead I) HR 76 bpm การเต้นของหัวใจสม่ำเสมอ 76 ครั้ง/นาที่ คลื่นหัวใจผิดปกติใน lead I ST ต่ำกว่า Base line	Sinus Rhythm Lateral Myocardial Infarction (Possibly Acute: III,aVF) หัวใจเต้นสม่ำเสมอ 81 ครั้ง/นาที่ มีกล้ามเนื้อหัวใจด้านข้างขาดเลือด

9. การวินิจฉัยโรค

1st Diagnosis : Spinal Stenosis L1-L5: กระดูกสันหลังตีบแคบบริเวณ L1-L5

2nd Diagnosis: Lumbar Adjacent Segmental Disease: Degenerative lumbar spondylolisthesis ร่วมกับ stenosis ที่เกิดที่ระดับติดกันกับปล้องทำ fusion ทางด้าน caudal มีแนวโน้มที่จะเคลื่อนมากขึ้น ถ้าไม่ได้ instrument

Final Diagnosis: Lumbar Adjacent Segmental Disease with Pulmonary embolism with AF with RVR: Degenerative lumbar spondylolisthesis ร่วมกับ stenosis ที่เกิดที่ระดับติดกันกับปล้องทำ fusion ทางด้าน caudal มีแนวโน้มที่จะเคลื่อนมากขึ้น ถ้าไม่ได้ instrument ร่วมกับภาวะลิ้นเลือดอุดตันในปอดและหัวใจห้องบนขวาเต้นพรีว

10. การผ่าตัด

Revision Spinal Surgery: Extended Posterior decompressive Laminectomy with posterolateral Fusion and Instruction T12- S1 เมื่อวันที่ 4 มกราคม 2566

ผ่าตัดขยายกระดูกที่กดทับทางด้านหลังพร้อมกับใส่วัสดุเชื่อมกระดูกทางด้าน posterolateral ตั้งแต่ T12-S1

11. พยาธิสรีรภาพของโรคเปรียบเทียบกับกรณีศึกษา

ทฤษฎี	กรณีศึกษา
โรคกระดูกสันหลังตีบแคบ คือ ภาวะที่มีการตีบแคบลงของโพรงที่เป็นช่องตลอดความยาวภายในกระดูกสันหลัง ที่เรียกว่า โพรงกระดูกสันหลังซึ่งเป็นช่องทางผ่านของเส้นประสาทโดยการตีบแคบอาจเกิดเพียงที่ระดับเดียวหรือหลายระดับของโพรงกระดูกสันหลังก็ได้ ช่องโพรงกระดูกสันหลังตีบแคบอาจเกิดจากภาวะกระดูกหนาตัวขึ้น เอ็นหนาตัวขึ้น หมอนรองกระดูกสันหลังเคลื่อน กระดูกสันหลังเคลื่อน (Spondylolisthesis) หรือมีหลายๆ ภาวะดังกล่าวเกิดร่วมกัน สาเหตุ 1. อายุ เมื่ออายุมากขึ้นกระดูกอ่อนมีการสูญเสียน้ำมากขึ้น และกระบวนการสร้างเซลล์ใหม่ของกระดูกอ่อนลดลง เกิดการทำลายเซลล์กระดูกอ่อน นอกจากนี้หมอนรองกระดูกสันหลังก็จะมี การสูญเสียน้ำตามอายุที่มากขึ้น เมื่อเวลาผ่านไปหมอนรองกระดูกสันหลังจะค่อย ๆ เสื่อมหรือมีกระดูกงอกเป็นเหตุให้ช่องที่รากประสาทออกหรือเกิดการตีบแคบมากขึ้น เส้นประสาทเสี่ยงต่อการถูกกดทับหากมีแรงกระทำที่มากกว่าปกติจากภายนอกมากระทำ เช่น ยกของหนักหรือหกล้มกันกระแทก จะทำให้เกิดการอักเสบของข้อต่อหรือเส้นประสาทจนเกิดอาการปวดหลังร้าวลงขา 2. ความอ้วน น้ำหนักตัวที่มาก กระดูกสันหลังก็ต้องรับน้ำหนักที่มากทำให้เกิดความเสื่อมเกิดขึ้นเร็วกว่าปกติและเพิ่มความเสี่ยงในการที่เส้นประสาทถูกกดทับมากขึ้น 3. พฤติกรรมการปฏิบัติตัว เช่น นั่งหลังค่อม ลักษณะการทำงานที่ต้องก้ม ๆ เงย ๆ และหนักยกของหนักเป็นประจำ 4. ขาดการออกกำลังกาย 5. อุบัติเหตุ เช่น หกล้มกันกระแทก จากการเล่นกีฬา แล้วไม่ได้รับการรักษา	- ผู้ป่วยอายุ 67 ปี - ผู้ป่วยน้ำหนัก 70 กิโลกรัม สูง 170 เซนติเมตร ค่า BMI เท่ากับ 24.22 กิโลกรัม/ตารางเมตร - ผู้ป่วยไม่ค่อยได้ออกกำลังกาย

ทฤษฎี	กรณีศึกษา
อาการและอาการแสดงลักษณะการปวดที่เกิดการกดทับต่อเส้นประสาท มักจะมีการปวดแบบค่อยเป็นค่อยไป มีอาการปวดร้าวไปตามขาข้างใดข้างหนึ่งหรือทั้ง 2 ข้าง โดยเฉพาะเวลายืนนาน เดินนาน ทำให้ไม่สามารถยืนหรือเดินได้นานเท่าเดิม เกณฑ์การวินิจฉัยโรค - การตรวจวินิจฉัยโรค โดยการ Film L-S spine และ MRI ทำให้เห็นภาพความผิดปกติของกระดูกสันหลังที่ตีบแคบ การรักษา 1. การรักษาแบบประคับประคอง ได้แก่ การนอนพัก การรักษาด้วยยา ทำกายภาพบำบัด การออกกำลังกายและการลดน้ำหนัก 2. การรักษาโดยวิธีการผ่าตัดชนิดต่างๆ 2.1 Decompression คือ การผ่าตัดเพื่อเอาสิ่งทีกดทับเส้นประสาทหรือเนื้อเยื่อประสาทโดยสิ่งกดทับอาจเป็นกระดูก พังผืด หรือก้อนเนื้อต่างๆ ได้แก่ 2.1.1 Laminectomy คือ การตัดเอา Lamina ของกระดูกสันหลังออกเพื่อแก้ไขการกดทับ 2.1.2 Discectomy คือ การผ่าตัดเพื่อเข้าไปใน Intervertebral area ของ Spine เพื่อคีบเอา Nucleus pulposus ที่เคลื่อนหรือทะลักตัวออกมา 2.2 Spinal fusion คือ การผ่าตัดตรึงข้อสันหลังไม่ให้เคลื่อนไหว ทำในผู้ป่วยที่อยู่ในวัยทำงาน 3. Spinal instrumentation คือ การตามโลหะที่กระดูกสันหลังเพื่อตรึงให้กระดูกสันหลังที่ไม่มั่นคงกลับมามีความมั่นคงแข็งแรง	- 15 ปีก่อน มีอาการปวดหลังร้าวลงขาไปรักษาที่โรงพยาบาลศิริราช ได้รับการผ่าตัด 2 ครั้ง ต่อมาเมื่อ 2-3 ปีก่อน มีอาการปวดหลังอีก ไปรักษาที่สถาบันประสาทวิทยา ได้รับการผ่าตัด C-Spine อาการไม่ดีขึ้น จึงมาโรงพยาบาลเลิดสิน - 6 เดือนก่อนมาโรงพยาบาล ปวดหลังร้าวลงขาทั้ง 2 ข้าง ไม่ชา ไม่อ่อนแรง เดินนานๆ แล้วปวด - ผล Film L-S spine: Lumbar spine ปกติ มีร่องรอยการผ่าตัด laminectomy at L1-S2 LEVEL with bone allograft ไม่มีกระดูกแตกหักหรือเลื่อนหลุด - ผล MRI: cervical cord compression with myelopathy and bilateral C5,C6 exiting nerve root compression (Left>Right). - ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยการรับประทุษนยา และได้รับคำแนะนำให้ลดน้ำหนักและออกกำลังกาย - ผู้ป่วยได้รับการทำผ่าตัด Revision Spinal Surgery: Extended Posterior Decompressive Laminectomy with Postero-lateral fusion with instrumentation T12-S1

ทฤษฎี	กรณีศึกษา
ความดันโลหิตสูง (Hypertension) เป็นโรคเรื้อรังชนิดหนึ่งที่ผู้ป่วยมีความดันในหลอดเลือดแดงสูงกว่าปกติ ทำให้หัวใจต้องบีบตัวมากขึ้นเพื่อสูบฉีดเลือดให้ไหลเวียนไปตามหลอดเลือด ความดันเลือดประกอบด้วยความดันในขณะหัวใจบีบตัว(systole) และความดันในขณะหัวใจคลายตัว(diastole) ความดันเลือดปกติขณะหัวใจบีบ100-140 มิลลิเมตรปรอท และ 60-90 มิลลิเมตรปรอท ในช่วงหัวใจคลาย ดังนั้นผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงจึงหมายถึงผู้ที่มีความดันเลือดเท่ากับหรือสูงกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท ชนิดของความดันโลหิตสูง 1. ความดันโลหิตสูงแบบปฐมภูมิหรือความดันโลหิตสูงไม่ทราบสาเหตุ พบได้บ่อยที่สุด ปัจจัยที่มีผลต่อความดันโลหิตสูง ได้แก่ การบริโภคอาหารที่มีรสเค็มจัด ไขมันสูง แอลกอฮอล์ คาเฟอีน และการขาดวิตามินดี 2. ความดันโลหิตสูงแบบทุติยภูมิ มีสาเหตุจาก โรคไต ภาวะต่อมไทรอยด์ทำงานมาก ภาวะต่อมไทรอยด์ทำงานน้อย และภาวะต่อมพาราไทรอยด์ทำงานมาก เป็นต้น อาการและอาการแสดง อาการเริ่มแรกที่พบ คือ ปวดศีรษะ ผู้ป่วยมักรู้สึกหลังตื่นนอนและเป็นบริเวณท้ายทอย มีเลือดกำเดาออก อาจมีอาการสับสน งุนงง คลื่นไส้ อาเจียน อาการเหล่านี้เป็นอาการเตือนซึ่งควรที่จะได้รับการรักษา ภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ ได้แก่ 1. หัวใจและหลอดเลือด ส่งเสริมให้ผนังหลอดเลือดแดงแข็งและหนาตัว มีการเกาะของสารไขมันที่ผนังหลอดเลือด หัวใจทำงานหนักมากขึ้น มีผลทำให้เกิดหัวใจโต หัวใจข้างซ้ายล้มเหลว กล้ามเนื้อหัวใจตาย ทำให้เกิดอาการเหนื่อย หอบ แน่นหรือเจ็บหน้าอก หัวใจหยุดทำงานในที่สุด 2. ผลต่อระบบประสาทและสมอง ทำให้มีอาการปวดศีรษะ ตาพร่า ชักเกร็ง ส่วนอาการทางสมองอาจเกิดภาวะหลอดเลือดในสมองตีบตันหรือแตกกลายเป็นโรคอัมพาตหรือชักหมดสติได้	- ผู้ป่วยอายุ 67 ปี มีประวัติเป็นความดันโลหิตสูงและไขมันในเลือดสูง มีไขมันพอกตับเล็กน้อย - ผล CT พบ ต่อมธัยรอยด์ด้านซ้ายมีก้อนขนาด 2.0 เซนติเมตร ขณะเป็นความดันโลหิตสูงแรกๆ ผู้ป่วยมีอาการมึนศีรษะ และปวดท้ายทอยตอนตื่นนอน ตรวจรักษาที่โรงพยาบาลหนองคาย มีภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน แต่ไม่มีอาการเจ็บแน่นหน้าอก ผลการตรวจ EKG วันที่ 2 ม.ค. 66 พบ ST Elevation (II, aVF) Acute MI - ผู้ป่วยเวียนศีรษะเป็นบางครั้ง แต่ไม่มีตาพร่ามัว ไม่มีอาการชักเกร็ง

ทฤษฎี	กรณีศึกษา
3. ผลต่อไต เกิดภาวะไตวายซึ่งเป็นผลมาจากการตีบแข็งของหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงไต ทำให้มีอาการบวม ปัสสาวะออกน้อย ชี้น สับสน หงุดหงิด 4. ผลต่อตา มีการเปลี่ยนแปลงของจอภาพนัยน์ตา หลอดเลือดแดงที่เรตินาจะมีการตีบตัวลง ถ้าเป็นมากจะมีการบวมและเลือดออกทำให้การมองเห็นเสียไป ผู้ป่วยมีอาการปวดตา ตามัว และมองไม่เห็นในที่สุด การรักษาความดันโลหิตสูง แบ่งได้เป็น 2 วิธี คือ 1. การรักษาโดยไม่ใช้ยา 1.1 การลดน้ำหนัก ด้วยการควบคุมอาหารและออกกำลังกาย 1.2 ลดการดื่มแอลกอฮอล์ 1.3 การเลิกสูบบุหรี่ 1.4 การออกกำลังกาย 1.5 การผ่อนคลายความเครียด 1.6 การบริโภคอาหาร ลดอาหารเค็ม อาหารที่มีไขมันอิ่มตัว เพื่อลดระดับโคเลสเตอรอลในเลือด ทำให้ความดันโลหิตลดลง 2. การรักษาโดยวิธีการใช้ยา 2.1 ยาขับปัสสาวะ ได้แก่ furosemide, spironolactone 2.2 ยาด้านเบต้า ได้แก่ propranolol หรือ atenolol 2.3 ยาที่ออกฤทธิ์ปิดกั้นตัวรับแองจิโอเทนซินทุกกลุ่มนี้ ได้แก่ candesartan, losartan เป็นต้น 2.4 ยาด้านแคลเซียม ได้แก่ verapamil หรือ nifedipine 2.5 ยาด้านอัลฟานอดรีเนอร์จิก ได้แก่ prazosin 2.6 ยาที่ยับยั้งไม่ให้เกิดการสร้างแองจิโอเทนซินได้แก่ enalapril 2.7 ยาขยายหลอดเลือด ได้แก่ hydralazine, hydrochloride	- ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วย - Madiplot (20 mg) 1 เม็ด หลังอาหารเช้า, เย็น - Azilsartan (40 mg) 1 เม็ด หลังอาหารเช้า - Bisoprolol (5mg) 1 เม็ด ก่อนนอน

ทฤษฎี	กรณีศึกษา
ภาวะไขมันในเลือดสูง (Dyslipidemia) คือ ภาวะที่มีความผิดปกติของการเผาผลาญไขมันในร่างกายทำให้ร่างกายมีระดับไขมันในเลือดต่างไปจากเกณฑ์ที่เหมาะสมทำให้เกิดความเสี่ยงต่อภาวะหลอดเลือดแดงแข็ง และทำให้เกิดโรคหัวใจและ หลอดเลือดตามมา ที่พบบ่อยได้แก่ โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง และโรคหลอดเลือดแดงส่วนปลาย การวินิจฉัย 1. การซักประวัติ ระดับไขมันในเลือดผิดปกติในครอบครัว เบาหวาน โรคไต โรคตับ Thyroid ชนิดของอาหารที่รับประทาน ดื่มสุรา สูบบุหรี่ ออกกำลังกาย การใช้ยาต่างๆ 2. การตรวจร่างกาย บันทึกน้ำหนักตัวและความสูง เพื่อคำนวณหา BMI 3. การตรวจทางห้องปฏิบัติการได้แก่ fasting plasma glucose, T4, TSH, alkaline phosphatase, creatinine และ urine protein อาการ ผู้ที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง ส่วนมากจะไม่มีอาการแสดง ยกเว้นในรายที่มีไขมันสูงมากๆอาจพบตุ่มหรือแผ่นเนื้อเยื่อไขมันสีเหลืองบนผิวหนัง เช่น บริเวณหนังตา คอ สะโพก เรียกว่า กระเหลือง โดยส่วนใหญ่่มักจะตรวจพบเมื่อตรวจสุขภาพ หรือตรวจเช็คอาการด้วยโรคอื่นที่มีอาการสัมพันธ์กับภาวะไขมันในเลือดสูง เช่น โรคหลอดเลือดสมอง โรคหัวใจตีบ ผิดปกติมีการขาด antithrombin III, protein C หรือ protein S หรือมี antiphospholipid และ anticardiolipin antibody เป็นต้น อาการแสดงทางคลินิก ผู้ป่วยมักมีอาการหายใจหอบเหนื่อยมากอย่างกะทันหัน ใจสั่น แน่นหน้าอก (Pleuritic pain) บางรายมีอาการหน้ามืดเป็นลม หรือหมดสติพบไม่บ่อยที่ผู้ป่วยจะมีอาการไอเป็นเลือดซึ่งเกิดจากการที่มีการตายของเนื้อปอด ตรวจร่างกาย ผู้ป่วยมักหายใจเร็ว มีระดับออกซิเจนในเลือดต่ำ (Hypoxemia) หัวใจเต้นเร็ว และมีหลอดเลือดดำที่คอโป่ง (Elevated jugular venous pressure) ฟังปอดมักปกติ หรืออาจฟังได้เสียงวี๊ด (Wheezing) ในหลอดลม บางครั้ง	- ครอบครัวไม่มีประวัติโรคต่างๆ - ผู้ป่วยน้ำหนัก 70 กิโลกรัม สูง 170 เซนติเมตร ค่า BMI เท่ากับ 24.22 กิโลกรัม/ตารางเมตร - ผลการตรวจเลือด วันที่ 29/12/65 ALP = 52 U/L วันที่ 6/01/66 TF3 = 2.49 Mg/dl - มีภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน แต่ไม่มีอาการเจ็บแน่นหน้าอก ผลการตรวจ EKG วันที่ 2 ม.ค. 66 พบ ST Elevation (II, aVF) Acute MI - ผู้ป่วยมีอาการหายใจเหนื่อยกะทันหัน ใจสั่น แน่นหน้าอก (Pleuritic pain) Oxygen Saturation 89 % HR 140 ครั้ง/นาที RR 20 ครั้ง/นาที

ทฤษฎี	กรณีศึกษา
อาจได้ยินเสียงการเสียดสีของเยื่อหุ้มปอด (Pleural rub) ได้ อย่างไรก็ตามพบว่าประมาณครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยไม่มีอาการหรือมีอาการไม่มาก การที่จะวินิจฉัยให้ได้จึงขึ้นอยู่กับความสงสัยของแพทย์ผู้ดูแลเป็นสำคัญ ในรายที่มีลิ้มเลือดขนาดใหญ่ไปอุดในหลอดเลือดปอด (Massive PE) ผู้ป่วยจะตัวเย็น มีความดันต่ำ ซีกอก ร่วมกับมีอาการเขียวคล้ำ (Cyanosis) ผู้ป่วยที่สงสัย PE ควรจะตรวจดูว่ามีขาหรือน่องบวม ปวด หรือไม่ ซึ่งมักเป็นข้างใดข้างหนึ่ง ในรายที่มีการอักเสบของหลอดเลือดดำร่วมด้วย อาจจะมีอาการแดงร้อนร่วมด้วย ถ้าพบว่ามีลักษณะของ deep vein thrombosis ดังกล่าวจะสนับสนุนการวินิจฉัยว่าเป็น PE มากขึ้น แนวทางการวินิจฉัยและการส่งตรวจห้องปฏิบัติการ 1. ภาพถ่ายรังสีทรวงอก (Chest X-ray) มักพบว่าปกติเป็นส่วนใหญ่ บางครั้งอาจพบว่ามีเนื้อปอดบางบริเวณที่มีปริมาณหลอดเลือดลดลง (Regional hypo-perfusion) หรือเห็นมี infiltration ลักษณะ wedge shaped ที่บริเวณชายปอดที่เรียกว่า “Hampton’s hump” ในกรณีที่มีการตายของเนื้อปอด ในรายที่เป็นเรื้อรังอาจพบว่าหลอดเลือดที่ขั้วปอดมีขนาดโตขึ้นและมีหัวใจ ห่อหุ้มขาโต 2. คลื่นไฟฟ้าหัวใจ (12 leads-ECG) ส่วนใหญ่พบว่าหัวใจเต้นเร็ว (sinus tachycardia) ลักษณะ classic ที่เรียกว่า S₁Q₃T₃ (ได้แก่ มี deep S-wave ใน lead I และมี Q-wave และ T-inversion ใน lead III) พบได้ไม่บ่อย แต่มีความจำเพาะค่อนข้างมาก นอกจากนี้อาจพบมี T-inversion ใน leads V1 -V3 ได้และ right bundle branch block (CRBBB) บ่งบอกว่า หัวใจห้องล่างขวาทำงานผิดปกติ (Right ventricular dysfunction) 3. คลื่นเสียงสะท้อนหัวใจ (Echocardiography) จะพบมีลักษณะของ right ventricular dysfunction กล่าวคือ หัวใจห้องล่างขวามีขนาดโต เบียดผนังกันหัวใจห้องล่าง (Interventricular septum) ไปทางหัวใจห้องล่างซ้าย และมีลิ้นหัวใจไตรคัสปิดรั่ว (Tricuspid regurgitation) บ่งบอกว่ามีความดันในปอดสูง (Pulmonary hypertension)	CTA : Pulmonary artery: Pulmonary embolism in posterior segmental branch of right upper lobar artery, superior segmental branch of right lower lobar artery and posterior basal segmental branch of left lower lobar artery. CTPA with contrast: No longer seen thrombosis in RML Segmental branch of right Pulmonary artery Plate-like atelectasis in LLL No Pulmonary Infiltration คลื่นไฟฟ้าหัวใจ (12 leads-ECG) 6 ม.ค. 66 เวลา 7.00 น Atrial Fibrillation HR 126 bpm เวลา 14.00 น Atrial Fibrillation Premature Ventricular Contraction HR 136 bpm

ทฤษฎี	กรณีศึกษา
4. การตรวจระดับก๊าซในเลือดแดง (Arterial blood gas, ABG) พบว่า มีระดับออกซิเจนในเลือดต่ำ (Hypoxemia) ร่วมกับมีระดับคาร์บอนไดออกไซด์ในเลือดต่ำ (Hypocapnia) และมีค่า alveolar-arterial oxygen gradient กว้าง อาจพบ ABG ปกติได้ร้อยละ 20 ของผู้ป่วย 5. ค่า biomarkers ต่างๆ ที่พบว่าสูงกว่าปกติ ได้แก่ 5.1 D-dimer ซึ่งเกิดจากการที่ fibrin ถูกย่อยสลายโดย plasmin บ่งบอกว่ามีกระบวนการสลายลิ่มเลือดเกิดขึ้นภายในร่างกาย (endogenous thrombolysis) หากค่าที่วัดได้สูงกว่าปกติก็สนับสนุนว่าน่าจะเป็น PE 5.2 Troponin-I หรือ T และ Pro-Brain-type natriuretic peptide อาจสูงกว่าปกติได้ บ่งบอกว่ามีการตายของกล้ามเนื้อหัวใจห้องล่างขวา (Right ventricular infarction) และ RV overload ตามลำดับ ซึ่งสัมพันธ์กับการพยากรณ์โรคที่ไม่ดี	D-Dimer สูงกว่าปกติมากในวันที่ 6 ม.ค. 66 =2,260 mg/dl (ค่าปกติ <198 mg/dl) Troponin I (Hs) = 5.29 mg/L (ค่าปกติ < 13 mg/L)

12. สรุปผลการรักษาของแพทย์

12.1 ผ่าตัด PSF T12-S1 วันพุธที่ 4 มกราคม 2566

- Admission วันจันทร์ที่ 2 มกราคม 2566
- เตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัด : เจาะเลือด, X-RAY, MRI, EKG, IV
- Consult Med & Anes for pre-op evaluation and management

12.2 ควบคุมความดันโลหิต

- Madiplot(20 mg) 1 tab oral Bid pc (2-23 ม.ค. 66)
- Bisoprolol (5 mg) 1tab oral hs. (2-23 ม.ค. 66)
- Pregabalin (75 mg) 1tab oral hs (2-23 ม.ค. 66)

12.3 การรักษาหลังผ่าตัด

12.3.1 ป้องกันการติดเชื้อ

- ระหว่างผ่าตัด ได้รับยาฉีด Fosfomycin 2 gm, Vancomycin 2 gm
- หลังผ่าตัด ได้รับยาฉีด Cefazolin 1 gm v ทุก 6 hrs. (4-6 ม.ค. 66), Fosfomycin 2 gm v ทุก 12 hrs. (6-17 ม.ค. 66) และ Dicloxacillin (500 mg) 1tab oral qid. ac. (18-23 ม.ค. 66)

12.3.2 ควบคุมความปวด

- Acupan 60 mg in NSS 500 ml v. drip 20 ml/hr. x 3 days (5-7 ม.ค. 66)
- MO (1:10) v Drip 1-5 ml/hr. then 3 mg v prn ทุก 4-6 hrs. (4-13 ม.ค. 66)

- Paracetamol (500 mg) 1tab ทุก 6 hrs. x 2 วัน then 1 tab prn for pain ทุก 4-6 hrs. (4-23 ม.ค. 66)

- Mydocalm 1tab oral tid. pc (4-23 ม.ค. 66)

13.3.3 บรรเทาอาการรบกวน: คลื่นไส้อาเจียน

- Plasil 10 mg v prn for N/V q 8 hrs. (5-7 ม.ค. 66)

- Motilium 1tab oral tid. pc (5-6 ม.ค. 66)

- Onsia 8 mg v prn for N/V q 6 hrs. (7-13 ม.ค. 66)

- Losec 40 mg v q 12 hrs. (6-7 ม.ค. 66)

13.3.4 Blood Loss

- PRC 1unit v drip in 4 hrs. (5 ม.ค. 66)

- CPM 1 Amp v ก่อนให้เลือด (5 ม.ค. 66)

12.4 รักษาภาวะ Pulmonary Embolism และหัวใจเต้นผิดปกติ

- เจาะ Tropanin I,EKG 12 Leads, CXR, CTPA

- Consult Cardiomed for management

- Amiodarone 150 mg in 5%DW 100 ml v in 1 hr. (6 ม.ค. 66)

- Enoxarin 0.6 ml sc. q 12 hrs. with Stat (6-16 ม.ค. 66)

- Eliquis (5 mg) ½ tab oral bid pc. (16-23 ม.ค. 66)

- Carvedilol (6.25) ½ tab oral bid. Pc (6-23 ม.ค. 66)

- Dexamethazone 4 mg v q 12 hrs. (6 ม.ค. 66)

12.5 รักษาภาวะท้องผูก แน่นท้อง

- Unison enema rectal suppository (11 ม.ค. 66)

- Senokot 2tab oral hs. (11-23 ม.ค. 66)

- MOM 30 ml oral hs. (11-23 ม.ค. 66)

- Air-X 1tab oral tid. pc. (11-23 ม.ค. 66)

12.6 Home Medicine

- Dicloxacillin (500 mg) 1tab oral qid ac. x 40 tabs

- Paracetamol (500 mg) 1tab oral prn for pain ทุก 6 hrs. x 20 tabs

- Progabalin (75 mg) 1tab oral hs x 10 tabs

- B-Co 1tab oral bid. Pc. x 20 tabs

- Mydocalm 1tab oral tid. pc. x 20 tabs

- Eliquis (5 mg) ½ tab oral bid pc. x 6 เดือน

13. สรุปภาวะผู้ป่วยขณะรับไว้ในโรงพยาบาล

ผู้ป่วยชายไทย วัยสูงอายุ มาโดยรถนั่ง ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี พูดคุยรู้เรื่อง ช่วยเหลือตัวเองได้ สีหน้าเรียบปกติ สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.5 องศาเซลเซียส ชีพจร 74 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 162/95 มิลลิเมตรปรอท ส่วนสูง 170 เซนติเมตร น้ำหนัก 70 กิโลกรัม ไม่บ่นปวดหลัง Braden Score เท่ากับ 23 Oxygen saturation เท่ากับ 97%

14. สรุปภาวะผู้ป่วยขณะนอนรักษาในโรงพยาบาล

ผู้ป่วยเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลตั้งแต่วันที่ 2 มกราคม 2566 จนถึง 23 มกราคม 2566 รวมระยะเวลา 21 วัน จึงขอแบ่งการเยี่ยมและให้การพยาบาลตามปัญหาและความต้องการทางการพยาบาลของผู้ป่วยรายนี้ออกเป็น 4 ระยะ คือ

- 14.1 ระยะก่อนผ่าตัด
- 14.2 ระยะหลังผ่าตัด 72 ชั่วโมงแรก
- 14.3 ระยะหลัง 72 ชั่วโมงของการผ่าตัด
- 14.4 ระยะฟื้นฟู-จำหน่าย

14.1 ระยะก่อนผ่าตัด ระหว่างวันที่ 2-4 มกราคม 2566

สรุปสภาวะผู้ป่วย รู้สึกตัวดี พูดคุยรู้เรื่อง ช่วยเหลือตัวเองได้ ปวดหลังร้าวลงขาซ้าย > ขวา Pain score 2-3 มีความดันโลหิตสูงเล็กน้อย ชีพจรสม่ำเสมอ อัตรา 70-80 ครั้ง/นาที หายใจปกติ 20-22 ครั้ง/นาที อุณหภูมิ 36.5-37 องศาเซลเซียส ได้รับการเตรียมผ่าตัด ปรีกษาอายุรแพทย์ วิสัญญีแพทย์/ พยาบาล และทีมพยาบาลห้องผ่าตัด On 0.9% NSS 1000 ml iv 100 ml/hr. งดน้ำและอาหารทางปากหลังเที่ยงคืนวันที่ 3 มกราคม 2566 ส่งผ่าตัดเวลา 10.00 น. สัญญาณชีพก่อนส่งผ่าตัด BP 131/86 mmHg PR 87 ครั้ง/นาที RR 20 ครั้ง/นาที T 36.5 องศาเซลเซียส

ปัญหาทางการพยาบาลที่พบ

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1 ผู้ป่วยไม่สุขสบายจากอาการปวดหลังร้าวลงขา

ข้อมูลสนับสนุน 1. ผู้ป่วยบ่นปวดหลัง ร้าวลงขา เป็นพักๆ สีหน้าไม่สดชื่น

2. Pain score 2-3

3. บ่นรำคาญอาการปวดหลังและขาไม่ค่อยมีแรง

4. ผู้ป่วยนอนหลับพักผ่อนได้ไม่เต็มที่

วัตถุประสงค์ เพื่อผู้ป่วยบรรเทา/หายจากอาการปวดและพักผ่อนได้

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ ไม่บ่นปวด

2. Pain score < 2

3. ผู้ป่วยสามารถนอนหลับ พักผ่อนตอนกลางคืน 6-8 ชั่วโมง และกลางวัน 1-2

ชั่วโมง

กิจกรรมการพยาบาล

1. สังเกตและประเมินอาการปวดหลังโดยเฉพาะลักษณะการปวด/ร้าว ความถี่ในการปวด รวมถึงสาเหตุที่ทำให้เกิดอาการปวด
2. ประเมินระดับความปวดทุก 2-4 ชั่วโมงด้วย Pain score และลงบันทึกในฟอร์มปรอท
3. จัดท่านอนให้สบายและลดอาการปวดหลัง โดย
 - 3.1 นอนตะแคงข้างกายหมอน นอนตะแคงข้างที่ถนัด หมุนหมอนที่ศีรษะตามปกติ งอเข่าทั้งสองข้างและวางหมอนหนุนไว้ที่ระหว่างขาทั้งสองข้างไม่ให้เข่าที่อยู่ด้านบนแตะที่นอนเพื่อป้องกันกระดูกสันหลังส่วนล่างพลิก
 - 3.2 นอนหงายหนุนเข่า นอนหงายหนุนหมอนที่ศีรษะ ปล่อยตัวตามสบายโดยวางหมอนหนุนอีกใบไว้ใต้หัวเข่าทั้งสองข้าง เพื่อช่วยรักษาความโค้งของกระดูกสันหลังส่วนล่าง
4. ให้การพยาบาลเพื่อเบี่ยงเบนความสนใจโดยใช้กิจกรรมสมาธิบำบัด แบบ SKT ช่วย โดยเลือกเทคนิคที่ทำงานง่ายและเหมาะสมกับผู้ป่วย สอนให้ผู้ป่วยฝึกทำด้วยตนเองได้แก่ SKT 1 SKT 2 และ SKT 6 และสอนญาติหรือผู้ดูแลให้ช่วยทำให้ผู้ป่วย ได้แก่ SKT 8 (รายละเอียดขั้นตอนการปฏิบัติในภาคผนวก ก.) เพื่อให้ผู้ป่วยผ่อนคลายและนอนหลับได้
5. จัดบรรยากาศบริเวณห้องนอนผู้ป่วยให้เงียบสงบ นำพัดพ่อน เปิดไฟเฉพาะจุดที่จำเป็นเท่านั้น

การประเมินผล (4 มกราคม 2566)

ผู้ป่วยปฏิบัติตามกิจวัตรประจำวันได้ ไม่บ่นปวด Pain score < 2 สามารถนอนหลับ พักผ่อน ตอนกลางคืน 6-8 ชั่วโมง และกลางวัน จิบหลับบ้างเล็กน้อย

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2 เสี่ยงต่อการเกิดอันตรายจากการผ่าตัดจากภาวะสุขภาพและโรคประจำตัวของผู้ป่วย

ข้อมูลสนับสนุน

1. มีโรคประจำตัวไขมันในเลือดสูง ความดันโลหิตสูง BP 153-162/81-93 mm.Hg
2. ผลการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (EKG) พบภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันผลการตรวจ EKG วันที่ 2 ม.ค. 66 พบ ST Elevation (II, aVF) Acute MI
3. ผู้ป่วยสูงอายุ อายุ 67 ปี น้ำหนัก 70 กิโลกรัม สูง 170 เซนติเมตร ค่า BMI เท่ากับ 24.22 กิโลกรัม/ตารางเมตร

วัตถุประสงค์ ผู้ป่วยมีความพร้อมก่อนผ่าตัดเพื่อลด/ป้องกันความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยได้รับการตรวจรักษากับแพทย์เฉพาะทางด้านกระดูกสันหลังและแพทย์อายุรศาสตร์หัวใจ รวมถึงวิสัญญีแพทย์
2. ผลเลือดก่อนผ่าตัดอยู่ในเกณฑ์ปกติ

3. สัญญาณชีพปกติ BP<140/90 mmHg PR 80-100 ครั้ง/นาที RR 20-22 ครั้ง/นาที
อุณหภูมิกายปกติ

กิจกรรมการพยาบาล

1. ตรวจสอบและเตรียมความพร้อมด้านร่างกาย ได้แก่ ความสะอาดของร่างกายทั่วไป ผม ปาก ฟัน และความพร้อมด้านจิตใจโดยประเมินความวิตกกังวลและความเครียด
2. เจาะเลือด Pre-op, X-Ray, EKG ตามแผนการรักษา ส่งตรวจและติดตามผลเพื่อประเมินความพร้อม
3. ส่งเวชระเบียนปรึกษาแพทย์อายุรศาสตร์หัวใจ และวิสัญญีแพทย์ตามแผนการรักษา และติดตามการมาตรวจเยี่ยมให้การรักษาผู้ป่วยของแพทย์อายุรศาสตร์หัวใจ และวิสัญญีแพทย์ และการให้คำแนะนำในการผ่าตัดที่ปลอดภัย
4. ประเมินการทำงานของระบบไหลเวียนเลือดและหัวใจโดยตรวจวัดสัญญาณชีพ ระดับออกซิเจนในเลือด ความรู้สึกตัว ทุก 2-4 ชั่วโมง
5. ดูแลให้การรักษาความดันโลหิตและยาอื่นๆ ตามแผนการรักษา
6. ฝ้าระวังและสังเกตอาการเจ็บแน่นหน้าอก ใจสั่น หน้ามืดเป็นลม เหงื่อออก ถ้ามีให้ผู้ป่วยนอนพักบนเตียง ให้ออกซิเจน ตรวจ EKG และรายงานแพทย์ทันที
7. แนะนำให้ผู้ป่วยพักผ่อนบนเตียง ไม่ควรออกกำลังกายที่ใช้แรงเบ่งหรือเกิดความดันในช่องท้อง ช่องอก เช่น การเบ่งถ่ายอุจจาระ ทำกิจกรรม/กิจวัตรประจำวันเบาๆ และสังเกตอาการตนเอง หากมีอาการเจ็บแน่นหน้าอก หน้ามืดเป็นลม ให้หยุดพัก และบอกพยาบาลทราบทันที

การประเมินผล (4 มกราคม 2566 เวลา 8.00 น.)

ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ไม่มีอาการเจ็บแน่นหน้าอก แพทย์อายุรศาสตร์หัวใจและแพทย์วิสัญญีมาตรวจเยี่ยมวันที่ 3 ม.ค. 66 แนะนำให้ยา Pre-med Madiplot 1tab oral เข้าวันผ่าตัด สัญญาณชีพผู้ป่วยปกติ BP 131/86 mmHg PR 87 ครั้ง/นาที RR 20 ครั้ง/นาที T 36.5 องศาเซลเซียส ผลเลือดอยู่ในเกณฑ์ปกติ (Hct 43.5%, Na 139 mmol/L, K 5.0 mmol/L, PT 11.90 Sec, INR 1.04 Sec)

กรมการแพทย์

โรงพยาบาลเลิดสิน

ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน

14.2 ระยะหลังผ่าตัด 72 ชั่วโมงแรก ระหว่างวันที่ 4-8 มกราคม 2566

สรุปสถานะผู้ป่วย ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัด Revision Spinal Surgery: Extended Posterior Decompressive Laminectomy with Postero-lateral fusion with instrumentation T12-S1 ใช้เวลาผ่าตัดนาน 6 ชั่วโมง Blood Loss 900 cc แกร็บรู้สึกตัวดี ลิ้มตา ไม่พูด แผลผ่าตัดที่หลังไม่มี Bleeding ซึ่ม Radivac Drain ออกเฉลี่ย 30 ml/hr ผล HCT 36% ได้ PRC 1 Unit BT 36.3°C Pulse 70 ครั้ง/นาที BP 108/63 mmHg O2 Sat 96% Pain score 7-8 On MO (1:10) vein drip 1 ml/hr และเพิ่มเป็น 5ml/hr

วันที่ 6 ม.ค. 66 ผู้ป่วยบ่นแน่นหน้าอก ใจสั่น จับชีพจรได้เร็ว 120-130 ครั้ง/นาที ทำ EKG (7.00 น.) พบ Atrial Fibrillation HR 126 bpm O2 saturation 89 % On O2 canula 4 LPM O2 saturation 97 % แพทย์ให้ส่งทำ CTPA พบ Pulmonary embolism เจาะเลือดตรวจ CBC, BUN, Cr, Electrolyte, Ca, P, Mg, PT, INR, Alb, D-Dimer ทำ EKG (14.00 น.) ผล Atrial Fibrillation Premature Ventricular Contraction HR 136 bpm BP 153/70 mmHg ย้ายผู้ป่วยไปศัลยกรรมกระดูกชาย 2 ปฏิบัติแพทย์อายุรศาสตร์หัวใจ เริ่มยา Amiodarone และ Enoxaparin ให้ IV NSS 1,000 ml v. 100 ml/hr. ผิวน้ำ เล็บมือดูซีดๆ เล็กน้อย Hct ลดเหลือ 28.8 % มีอาการคลื่นไส้แพทย์ให้ NPO ยกเว้นยา On Foley's cath ปัสสาวะไหลดี ไม่มีตะกอน Intake < Output ตลอด 3 วัน (6-8 ม.ค. 66)

ปัญหาทางการพยาบาลที่พบ

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 3 ผู้ป่วยมีความบกพร่องในการแลกเปลี่ยนก๊าซเนื่องจากการไหลเวียนเลือดที่ปอดลดลงจากการมีลิ่มเลือดอุดตันในปอด

ข้อมูลสนับสนุน

1. เมื่อเวลา 7.45 น วันที่ 6 ม.ค. 66 ผู้ป่วยมีอาการแน่นหน้าอก ใจสั่น HR 140 ครั้ง/นาที RR 18 ครั้ง/นาที BT 37.0 °C BP 153/70 mmHg

2. คลื่นไฟฟ้าหัวใจ (12 leads-ECG) 6 ม.ค. 66 เวลา 7.00 น Atrial Fibrillation HR 126 bpm เวลา 14.00 น Atrial Fibrillation Premature Ventricular Contraction HR 136 bpm

3. CTA: Pulmonary artery: Pulmonary embolism in posterior segmental branch of right upper lobar artery, superior segmental branch of right lower lobar artery and posterior basal segmental branch of left lower lobar artery.

4. Oxygen saturation 89 %

5. ผล D-Dimer 2,260 ng/ml (ค่าปกติ < 198 ng/ml)

วัตถุประสงค์ เพื่อไม่ให้เกิดอันตรายจากการมีออกซิเจนในเลือดต่ำ

เกณฑ์การประเมินผล

1. ระดับความรู้สึกตัวปกติ พูดคุยรู้เรื่อง ไม่กระวนกระวาย กระสับกระส่าย

2. สัญญาณชีพ: ความดันโลหิต ชีพจร การหายใจ อุณหภูมิกายปกติ

3. ไม่มีอาการเจ็บแน่นหน้าอก หายใจลำบาก Oxygen saturation > 95% ผิวหนัง ริมฝีปาก ปลายมือปลายเท้าไม่เป็นสีม่วงคล้ำ

4. Monitor EKG Sinus Rhythm HR 70-100 ครั้ง/นาที

กิจกรรมการพยาบาล

1. ดูแลให้ผู้ป่วย Bed rest หัวสูง 45 องศา ช่วยพลิกตะแคงตัวให้ผู้ป่วยทุก 2 ชั่วโมงเพื่อป้องกันการขยับร่างกายบ้างช่วยให้การไหลเวียนเลือดเป็นปกติ

2. ให้ Oxygen canula 4-5 L/min และ Monitor Oxygen Saturation ให้ได้ > 95%

3. ประสานพยาบาล Incharge หอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกชาย 2 เพื่อเตรียมย้ายผู้ป่วยไปเฝ้าระวังใกล้ชิด โดยส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยและปัญหาที่ต้องเฝ้าระวัง วางแผนให้การพยาบาลต่อเนื่อง

4. ส่งปรึกษาแพทย์อายุรศาสตร์หัวใจตามแผนการรักษา และดูแลให้ได้รับยา Amiodarone 150 mg in 5%DW 100 ml v. in 1 hr. และ Enoxaparin 0.6 ml sc. stat then q 12 hr. เฝ้าระวังอาการข้างเคียงของยาและการพยาบาล

4.1 Amiodarone ได้แก่ ความดันโลหิตต่ำ คลื่นไส้ อาเจียน ต่อม่าน้ำลายบวมและเจ็บ โดยวัดความดันโลหิตบ่อย ๆ ทั้งท่านั่งและท่านอน ระวังอุบัติเหตุจากการเปลี่ยนท่าเร็ว ๆ ทำความสะอาดปากฟัน เพื่อบรรเทาอาการเจ็บและการอักเสบของต่อมน้ำลาย

4.2 Enoxaparin อัตราการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จะแปรผันไปตั้งแต่ระดับที่ไม่รุนแรงจนถึงรุนแรงมาก ซึ่งประกอบด้วย มีเลือดออกตามอวัยวะต่างๆ มีรอยแดง/ผื่นที่ผิวหนังบริเวณที่ฉีดยา มีการแพ้ยาเฉพาะที่หรือทั่วร่างกาย ภาวะเกล็ดเลือดต่ำกว่าปกติ หากตรวจพบต้องรีบรายงานแพทย์ทราบทันที และเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิดขณะฉีดยา ติดตามการนับจำนวนเกล็ดเลือด เปรียบเทียบก่อนเริ่มให้การรักษ ถ้าจำนวนเกล็ดเลือดลดลงต่ำกว่า 30-50 % ของปกติ หยุดยาทันที

5. Monitor EKG เพื่อเฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลงการทำงานของหัวใจ และบันทึกผลทุก 1 ชั่วโมง หากมีการเปลี่ยนแปลง ทำ EKG 12 Leads และรายงานแพทย์ทราบ

6. เตรียมท่อหลอดลมคอและเครื่องช่วยหายใจไว้ให้พร้อมหากเกิดภาวะหายใจล้มเหลวจะได้ใช้ช่วยเหลือผู้ป่วยได้ทันที

7. เมื่อแก้ไขภาวะวิกฤตจนปลอดภัยไม่มีอาการใจสั่น เจ็บแน่นหน้าอก สัญญาณชีพเข้าสู่ปกติ กระตุ้นให้ผู้ป่วยมีการเคลื่อนไหวร่างกายเพื่อลดภาวะ Venous stasis

8. ติดตามผลเลือด ได้แก่ CBC, INR, เพื่อประเมินภาวะผู้ป่วยและผลการรักษา โดยระวังไม่ให้ค่าเกล็ดเลือดลดลงต่ำกว่า 30-50% ของปกติ และ ค่า INR อยู่ในระดับ 2-3 เท่าของปกติ พร้อมคอยสังเกตภาวะเลือดออกผิดปกติทั้งอวัยวะภายในและภายนอกร่างกาย

9. ตรวจวัดระดับความรู้สึกตัวและสัญญาณชีพทุก 1 ชั่วโมง และสังเกตอาการแน่นหน้าอก ใจสั่น หน้ามืด เป็นลม

การประเมินผล (8 มกราคม 2566)

ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน

ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกชาย 2 ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ได้รับยาแก้ไขภาวะลิ่มเลือดอุดตันในปอดและยารักษาภาวะหัวใจเต้นผิดปกติตามแผนการรักษา Monitor EKG หัวใจเต้นช้าลงเข้าสู่ปกติ HR สม่ำเสมออัตรา 80-100 ครั้ง/นาที ความดันโลหิตลดลง อยู่ระหว่าง 125-140/79-90 mmHg ไม่มีไข้ ไม่มีอาการเจ็บแน่นหน้าอก หายใจลำบาก Oxygen saturation 97-99% ผิวหนังริมฝีปาก ปลายมือปลายเท้าไม่เป็นสีม่วงคล้ำ ยังช่วยเหลือตัวเองได้น้อย ช่วยพลิกตะแคงตัวและ Passive Exercise

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 4 ผู้ป่วยปวดแผลผ่าตัดที่บริเวณ T12-S1

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังวันที่ 1-2 แผลยาวตั้งแต่ T12-S1
2. Pain score 7-8
3. ผู้ป่วยแสดงสีหน้าไม่สบาย คิ้วขมวดตลอดเวลา
4. ผู้ป่วยบอกรู้สึกปวดแผลที่หลังเวลาไอ หายใจเข้าออกลึก ๆ เวลาขยับตัวและพลิกตะแคงตัวจะปวดมาก บ่นปวดไม่อยากขยับตัว
5. นอนไม่ค่อยหลับ หลังผ่าตัดนอนหลับได้ประมาณ 3 - 4 ชั่วโมงเพราะปวดแผล

วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ป่วยสุขสบายและบรรเทาอาการปวดและพักผ่อนได้

เกณฑ์การประเมินผล

1. ระดับความปวดลดลง จนความปวดอยู่ในระดับ 1-3
2. สีหน้าท่าทางไม่แสดงอาการปวด
3. สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ
4. ปริมาณการใช้อาแก้ปวดลดลง
5. นอนหลับได้ไม่ต่ำกว่า 6 - 8 ชั่วโมง/วัน

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินและจัดการความปวดโดยให้ยา
 - MO (1:10) vein drip 1 ml/hr และเพิ่มเป็น 5ml/hr ตามแผนการรักษา และเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน หลังการฉีด ได้แก่ ผื่นคัน คลื่นไส้อาเจียน ปวดศีรษะ ปวดท้อง ความดันโลหิตต่ำ และหายใจช้า

- Acupan 60 mg in NSS 500 ml v. drip 20 ml/hr. x 3 days (5-7 ม.ค. 66) เฝ้าระวังอาการคลื่นไส้อาเจียน ผื่นคัน หัวใจเต้นเร็ว

2. ให้ผู้ป่วยรับประทานยาแก้ปวด Paracetamol (500 mg) 1 tab Oral q 6 hrs.x 2 days และต่อไป ให้ prn for pain q 6 hrs.

3. ประคบเย็นทุก 2 ชม. เพื่อลดอาการปวด การอักเสบและลดอาการบวมของแผลผ่าตัด

ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน

4. ลดการกระตุ้นผู้ป่วย ระบายผู้ป่วยให้น้อยที่สุด โดยการจัดสิ่งแวดลอมให้เงียบสงบ แนะนำญาติให้งดการใช้เสียงดัง

5. ช่วยทำกิจกรรม เพื่อเบี่ยงเบนความสนใจ เช่นการนวดเบาๆ บริเวณที่ไม่ใกล้กับแผล หรือทำกิจกรรมสมาธิบำบัด แบบ SKT 8 (รายละเอียดขั้นตอนการปฏิบัติในภาคผนวก ก.) เพื่อให้ผู้ป่วยผ่อนคลายและนอนหลับได้

6. จัดทำนอนในระยะ 24 ชั่วโมงแรกในท่านอนราบสันหลังตรง พลิกตัวให้ทุก 2-3 ชั่วโมงโดยไม่บิดเอวหรือลำตัวขณะพลิกตัว ห้ามลุกนั่งหรือไขว่ห้างด้านศีรษะขึ้นสูง ยกเว้นเมื่อแพทย์อนุญาต

7. แนะนำการไออย่างมีประสิทธิภาพโดยหายใจเข้าออกลึก ๆ 4-5 ครั้งแล้วไอออก 2 ครั้งติด ๆ กัน พร้อมกับผ่อนลมหายใจออก เพื่อให้สามารถขับเสมหะออกได้ดีและลดการไอบ่อย ๆ ก่อนไอใช้มือ 2 ข้างกดหน้าท้องไว้เพื่อบรรเทาอาการปวดแผลหลังผ่าตัด

8. ประเมินผลหลังให้การพยาบาล 15-30 นาที ด้วย Pain score ชักถาม สังเกต และวัดสัญญาณชีพ ถ้าระดับความปวดไม่ลดลง รายงานแพทย์เพื่อปรับแผนการรักษา

การประเมินผล (8 มกราคม 2566)

ผู้ป่วยคูสีหน้าดีขึ้น ยังมีบ่นปวดเวลาขยับตัว ระดับความปวด (Pain score) ลดลงเหลือ 5-6 ไม่มีอาการแทรกซ้อนจากยา แพทย์ปรับยา MO (3-4 mg) v. prn for pain q 6 hr และยา Paracetamol (500 mg) 1 tab Oral prn q 6 hrs. สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ นอนหลับได้ประมาณ 6-7 ชั่วโมงต่อวัน ยังต้องให้การพยาบาลเพื่อจัดการความปวดอย่างต่อเนื่องต่อไป

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 5 ผู้ป่วยมีภาวะช็อคและเสี่ยงต่อภาวะ Hypovolemic Shock จากการเสียเลือด

ข้อมูลสนับสนุน

1. Hb ต่ำ 10.1 g/dl Hct ต่ำ 29.4 % Platelet ต่ำ 147,000 cell/cu mm (5 ม.ค. 66)

2. ปริมาณ Intake < Output

วันที่ 6 ม.ค. 66 = 3,006/6,580 ml

วันที่ 7 ม.ค. 66 = 2,690/4,310 ml

วันที่ 8 ม.ค. 66 = 2,620/4,810 ml

3. เสียเลือดจากการผ่าตัด 900 ml และ Drain ออกสีแดงจำนวน >30 ml/hr.

4. แพทย์ให้ดื่มน้ำและอาหารทางปาก

5. พบ Ketone ในปัสสาวะ 3+ แสดงถึงมีภาวะขาดน้ำ

วัตถุประสงค์ เพื่อป้องกันไม่ทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะ Hypovolemic Shock

ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน

เกณฑ์การประเมินผล

1. ไม่มีอาการแสดงของภาวะ shock เช่น ระดับความรู้สึกตัวลดลง เหงื่อออก ตัวเย็น และ กระสับกระส่าย
2. ชีพจร 60-100 ครั้ง/นาที
3. ความดันโลหิต > 80/60 mmHg
4. จำนวนปัสสาวะ >30 ml/hr.
5. ผล HCT >33%
6. สูญเสียเลือดจากบาดแผล < 200 ml/hr.

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินภาวะปริมาณเลือดในระบบไหลเวียนเลือด และการทำงานของหัวใจโดยการวัด สัญญาณชีพ และ O₂ sat ทุก 15 นาทีจำนวน 4 ครั้ง ทุก 30 นาที จำนวน 2 ครั้ง ทุก 1 ชั่วโมง จำนวน 4 ครั้ง ถ้าปกติ วัดทุก 4 ชั่วโมง
2. ให้เลือด PRC 1Unit v drip in 4 hrs. โดยตรวจความถูกต้องของชื่อ-นามสกุล อายุ HN และกรุปเลือด ก่อนให้เลือด ฉีดยาแก้แพ้ (CPM) 1 Amp v. และสังเกตและเฝ้าระวังปฏิกิริยาจากการ ให้เลือด เช่น แพ้เลือด/ส่วนประกอบของเลือด ไข้หนาวสั่น มีผื่น ลมพิษ ถ้ามีหยุดการให้เลือดไว้ก่อน และรายงานแพทย์ทันที
3. ดูแลให้สารน้ำ 0.9% NSS 1000 ml v. drip 80-100 ml/hr. ตามแผนการรักษา
4. สังเกตและบันทึกลักษณะ จำนวนของสารคัดหลั่งจาก Radivac Drain ว่ามีสีแดงเข้มและ จำนวนมากกว่า 200 ml/hr. หรือไม่
5. สังเกตและบันทึกลักษณะแผลผ่าตัดว่ามี Bleeding ซีม มี Hematoma หรือไม่ หรือ มี เลือดออกตามอวัยวะต่างๆ หรือไม่ เนื่องจากผู้ป่วยได้รับยา Enoxaparin อยู่
6. ติดตามและรายงานผล Hct ให้แพทย์ทราบเพื่อปรับแผนการรักษา
7. บันทึกจำนวนน้ำเข้าออกร่างกายและสังเกตลักษณะผิวหนังดูความตึงตัวเพื่อประเมินความ สมดุลของน้ำในร่างกาย

การประเมินผล (8 มกราคม 2566)

ผู้ป่วยได้รับเลือดและสารน้ำตามแผนการรักษา Drain ออกน้อยลง สีแดง ประมาณ 30 ml/ 8 hrs. แผลผ่าตัดไม่มี Bleeding ซีม แต่ Hct ยังคงค่อนข้างต่ำ 34% รายงานผลให้แพทย์ทราบ Intake น้อยกว่า Output ใน 8 ชั่วโมง BT 36.3°C Pulse 82 ครั้ง/นาที BP 116/63 mmHg O₂ Sat 96%

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 6 ผู้ป่วยไม่สุขสบายจากอาการคลื่นไส้ เวียนศีรษะ หลังการผ่าตัด
ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยบอกว่าคลื่นไส้เป็นพักๆ แต่ไม่อาเจียน
2. ผู้ป่วยได้รับยาที่มีฤทธิ์ระคายเคืองกระเพาะอาหารได้แก่ ยาปฏิชีวนะ และยาแก้ปวด
3. อาการคลื่นไส้เป็นผลมาจากฤทธิ์ยาผสม

วัตถุประสงค์ เพื่อลดภาวะคลื่นไส้อาเจียนของผู้ป่วยให้น้อยลง สามารถรับประทานอาหารได้
 เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยไม่บ่น หรือมีอาการคลื่นไส้อาเจียน
2. สามารถรับประทานอาหารได้ทั้ง 3 มื้อ
3. ผู้ป่วยนอนหลับพักผ่อนได้เพียงพอ สีหน้าสดชื่น

กิจกรรมการพยาบาล

1. จัดสิ่งแวดล้อมให้สะอาด มีบรรยากาศที่ผ่อนคลาย หลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นที่ทำให้มีอาการ
 อาเจียน เช่น เสียงดัง กลิ่นเหม็นฉุนหรือกลิ่นที่ผู้ป่วยไม่ชอบ ภาพไม่น่าดู น่าขยะแขยง เป็นต้น

2. ดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารอ่อน ย่อยง่าย หลีกเลี่ยงอาหารหวานจัด เผ็ดจัด มันมาก มี
 เครื่องเทศมีกลิ่นฉุน ถ้าผู้ป่วยทานอาหารได้น้อย แบ่งเพิ่มมื้ออาหารเป็น 4-6 มื้อ ให้รับประทานมือน้อย
 น้อยลงแต่ได้ครบตามแผนการรักษาและความต้องการของร่างกาย

3. แนะนำให้ผู้ป่วยทำความสะอาดปากฟัน ก่อนและหลังรับประทานอาหารและทุกครั้งหลังมี
 อาการอาเจียน

4. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาแก้คลื่นไส้อาเจียน ตามแผนการรักษาและเฝ้าระวังอาการข้างเคียง
 พร้อมให้การพยาบาล ได้แก่

- Plasil 10 mg v prn for N/V q 8 hrs. (5-7 ม.ค. 66): สังเกตและเฝ้าระวังภาวะโซเดียม
 ในเลือดสูงและโปแตสเซียมในเลือดต่ำ

- Motilium 1tab oral tid. pc (5-6 ม.ค. 66): ให้ผู้ป่วยรับประทานยาก่อนอาหาร 30 นาที
 สังเกตอาการมีผื่นคัน ปากแห้งกระหายน้ำ แนะนำให้ดื่มน้ำมากขึ้น

- Onsia 8 mg v prn for N/V q 6 hrs. (7-13 ม.ค. 66): ปากแห้งกระหายน้ำ แนะนำให้ดื่มน้ำ
 มากขึ้น

- Losec 40 mg v q 12 hrs. (6-7 ม.ค. 66): ติดตาม Liver enzyme เนื่องจากอาจทำให้เกิด
 ตับอักเสบได้ และถ้ามีอาการผิดปกติ เช่น ปัสสาวะเป็นเลือด ปัสสาวะแสบขัด เจ็บคอ มีไข้ และ
 อ่อนเพลียมาก รายงานแพทย์ทราบ

5. บันทึกจำนวนครั้ง ลักษณะของอาเจียน และปริมาณเพื่อติดตามประเมินอาการของผู้ป่วย
 เพื่อรายงานแพทย์และปรับแผนการดูแลผู้ป่วยให้เหมาะสม

6. สังเกตระยะเวลาการนอนหลับของผู้ป่วยทั้งตอนกลางคืนและกลางวันว่าเพียงพอหรือไม่

7. ตรวจวัดสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมงเพื่อประเมินอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย

การประเมินผล (8 มกราคม 2566)

ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้ทั้ง 3 มื้อ ไม่อาเจียน แต่ยังมีอาการคลื่นไส้บ้างนาน ๆ ครั้ง
พักผ่อนได้ < 8 ชั่วโมง/วัน เนื่องจากปวดแผล ไม่มีอาการไม่พึงประสงค์จากยาแก้คลื่นไส้อาเจียน

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 7 ผู้ป่วยพร่องสารอาหารและเกลือแร่ในร่างกายไม่สมดุล

ข้อมูลสนับสนุน

1. แพทย์ให้ผู้ป่วย NPO ตั้งแต่วันที่ 3-7 ม.ค. 66
2. ผลเลือด (6 ม.ค. 66) ค่า Albumin 3.2 g/dl (ค่าปกติ 3.5-5 g/dl)
3. ผล Electrolyte (6 ม.ค. 66): Sodium 135 mmol/L (ค่าปกติ 137-145 mmol/L)
4. ผู้ป่วยอ่อนเพลีย ไม่ค่อยมีแรง
5. ปริมาณ Intake < Output
วันที่ 6 ม.ค. 66 = 3,006/6,580 ml
วันที่ 7 ม.ค. 66 = 2,690/4,310 ml
วันที่ 8 ม.ค. 66 = 2,620/4,810 ml

วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับสารอาหารที่เพียงพอและมีภาวะสมดุลของเกลือแร่ในร่างกาย

เกณฑ์การประเมินผล

1. น้ำหนักผู้ป่วยไม่ลดลงจากแรกรับเข้าโรงพยาบาล ไม่มีอาการอ่อนเพลีย
2. ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้ ไม่อาเจียน
3. ค่า BMI ของผู้ป่วยอยู่ในเกณฑ์ปกติ 18.5-24
4. ผลเลือด Alb ปกติ (3.5-5 g/dl) ผล Electrolyte: Na ปกติ (137-145 mmol/L)

กิจกรรมการพยาบาล

1. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับ IV 0.9% NSS 100 ml/hr.ตามแผนการรักษาขณะที่ผู้ป่วยยังต้องงดน้ำและอาหารทางปาก
2. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับประทานอาหารเมื่อแพทย์อนุญาต (8 ม.ค. 66) โดยประสานกับโภชนาการจัดอาหารอ่อนโปรตีนสูง หากผู้ป่วยรับประทานได้น้อย แนะนำให้ญาตินำอาหารที่ผู้ป่วยชอบที่มีคุณค่าทางอาหาร มีโปรตีนสูง เช่น ปลาเนื้อ มาให้ผู้ป่วยรับประทาน
3. จัดสิ่งแวดล้อมให้สะอาด และดูแลจัดอาหารให้น้ำรับประทาน เพื่อช่วยสร้างบรรยากาศในการรับประทานอาหาร
4. ชั่งน้ำหนักตัวผู้ป่วย สัปดาห์ละ 2 ครั้ง สังเกต ประเมินภาวะขาดสารอาหาร เช่น อ่อนเพลีย ซีด บวมตามแขนขา น้ำหนักลด เป็นต้น เพื่อทราบความรุนแรงของการขาดสารอาหาร
5. ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ CBC, Alb, Electrolyte และรายงานผลให้แพทย์ทราบเพื่อปรับแผนการรักษาที่เหมาะสม

6. เฝ้าระวังและบันทึกสัญญาณชีพอย่างน้อยทุก 4 ชั่วโมง และบันทึกจำนวนน้ำเข้า-ออก ร่างกายทุก 8 ชั่วโมง เพื่อประเมินอาการและการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย
การประเมินผล (8 มกราคม 2566)

ผู้ป่วยเริ่มรับประทานอาหาร รับประทานได้เกือบหมด ไม่อาเจียน น้ำหนักตัวผู้ป่วย 70 กิโลกรัม คิดเป็น BMI = 24.22 ซึ่งสูงกว่าปกติเล็กน้อย แต่เท่าเดิมเมื่อแรกรับ แนะนำให้ผู้ป่วยงดอาหารหวาน มัน พยายามควบคุมไม่ให้ BMI เกิน 24 ผล Hct 34 % สัญญาณชีพปกติ รอดิตตามผลตรวจทางห้องปฏิบัติการอื่น ๆ ตามแผนการรักษา

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 8 ญาติผู้ป่วยวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการผู้ป่วย **ข้อมูลสนับสนุน**

1. ภรรยาและบุตรของผู้ป่วยมีสีหน้าตกใจและดูเครียดเมื่อผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด: ผู้ป่วยใจสั่น แน่นหน้าอก ความดันโลหิตสูงขึ้น ชีพจรเร็ว

2. ผู้ป่วยถูกส่งตัวไปทำ CT, X-Rayด่วน

3. ผู้ป่วยใส่อุปกรณ์การแพทย์ ได้แก่ สายออกซิเจน Monitor EKG, Oxygen Saturation
วัตถุประสงค์ เพื่อให้ญาติผู้ป่วยคลายความวิตกกังวล และร่วมมือกับบุคลากรในการดูแลผู้ป่วย

เกณฑ์การประเมินผล

1. ญาติผู้ป่วยเข้าใจเกี่ยวกับอาการและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้ในผู้ป่วยผ่าตัดและแนวทางการแก้ไข

2. ญาติผู้ป่วยมีสีหน้าที่ดีขึ้น ให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาลผู้ป่วย

กิจกรรมการพยาบาล

1. พยาบาลประเมินและสอบถามเกี่ยวกับความวิตกกังวลและความต้องการของญาติ
 2. เปิดโอกาสและให้เวลาแก่ญาติผู้ป่วยในการพูดคุยซักถามข้อสงสัยต่างๆ พร้อมให้ข้อมูลเบื้องต้นในขอบเขตมาตรฐานวิชาชีพ

3. ปลอบโยนและให้กำลังใจญาติให้ร่วมมือกับแพทย์ พยาบาล ในการดูแลรักษาผู้ป่วยให้ปลอดภัย

4. ประสานแพทย์เจ้าของไข้เพื่อนัดคุยกับญาติเกี่ยวกับอาการผู้ป่วย ตอบข้อสงสัย ให้ข้อมูลแนวทางการรักษาและวางแผนการดูแลรักษาร่วมกัน (6 มกราคม 2566)

5. อนุญาตให้ญาติผู้ป่วยได้ร่วมให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยในกิจกรรมง่ายๆ ไม่เป็นอันตราย เช่น การช่วยพยาบาลจัดท่านอนให้ผู้ป่วย การนวดแขนเบาๆ การให้กำลังใจผู้ป่วย เป็นต้น

6. ประเมินความเครียด ความวิตกกังวลของญาติจากสีหน้า ท่าทาง และการพูดคุย

การประเมินผล (7 มกราคม 2566)

ญาติผู้ป่วยได้พูดคุยกับแพทย์เจ้าของไข้เกี่ยวกับอาการผู้ป่วยและแนวทางการรักษา ญาติมีความเข้าใจและร่วมมือดี สีหน้าปกติ พูดคุยปกติ ช่วยดูแลผู้ป่วยเป็นอย่างดี

14.3 ระยะหลัง 72 ชั่วโมงของการผ่าตัด ระหว่าง วันที่ 9-16 มกราคม 2566

สรุปสภาวะผู้ป่วย ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ยังช่วยเหลือตัวเองได้น้อย ขยับตัวเปลี่ยนท่า นั่งบนเตียง โดยไขว่ห้างหัวสูง มีอาการเพลียหลังทำกิจกรรม/ออกกำลังกาย ยังปวดแผล ปวดหลัง แต่บอกความปวดลดลง ได้รับยาแก้ปวด Morphine ตามแผนการรักษา ไม่มีอาการเหนื่อย ใจสั่น แน่นหน้าอก HR 70-80 ครั้ง/นาที สม่ำเสมอ RR 18-22 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 120-135/75-90 mmHg ไม่มีไข้ On Oxygen Canula 4 LPM ได้ Oxygen saturation 98-99 % ยังคงให้ยาละลายลิ่มเลือด Enoxaparin ต่อเนื่อง แผลที่หลังแห้งดีดี Drain ออกน้อยมาก สีน้ำตาลเข้มๆ และยังคงสายสวนปัสสาวะไว้ จนถึงวันที่ 13 มกราคม 2566 Off สาย Drain และ Foley's cath ปัสสาวะเองได้ ย้ายกลับหอผู้ป่วยพิเศษ ชั้น 23

ปัญหาทางการพยาบาลที่พบ

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 9 ผู้ป่วยไม่สุขสบายจากการปวดแผลผ่าตัดหลัง (ปัญหาต่อเนื่องจากข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 4)

ข้อมูลสนับสนุน

1. รู้สึกปวดแผลที่หลัง เวลาขยับตัวและพลิกตะแคงตัว
2. ผู้ป่วยขอยาแก้ปวด
3. Pain score 5-6

วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ป่วยสุขสบายและบรรเทาอาการปวด

เกณฑ์การประเมินผล

1. ระดับความปวดลดลง จนความปวดอยู่ในระดับ 1-3
2. สีหน้าท่าทางไม่แสดงอาการปวด พักผ่อนได้
3. สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ
4. ปริมาณการใช้ยาแก้ปวดลดลง
5. สามารถทำกิจกรรมได้ตามแผนการรักษา

กิจกรรมการพยาบาล

1. จัดท่านอนที่เหมาะสมให้ผู้ป่วยโดยนอนหงายใช้หมอนรองใต้เข่า หรือนอนตะแคงใช้หมอนรองระหว่างขา สันหลังไม่บิดงอ
2. ช่วยผู้ป่วยพลิกตะแคงตัวทุก 2-3 ชั่วโมงโดยการพลิกหรือกลิ้งไปพร้อมกันทั้งตัว ให้ไหล่และสะโพกอยู่ในแนวเดียวกัน ใช้หมอนข้างกอดไว้ระหว่างขาเพื่อบรรเทาอาการปวด
3. ดูแลให้ยา Morphine 4 mg v prn for pain ทุก 4-6 hrs.ตามแผนการรักษา เมื่อผู้ป่วยมีระดับความปวด > 5 และเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน หลังการฉีด ได้แก่ ผื่นคัน คลื่นไส้อาเจียน ปวดศีรษะ ปวดท้อง ความดันโลหิตต่ำ และหายใจช้า

4. แนะนำและกระตุ้นให้ญาติช่วยทำกิจกรรม เพื่อเบี่ยงเบนความสนใจ เช่น การนวดเบาๆ บริเวณที่ไม่ใกล้กับแผล หรือทำกิจกรรมสมาธิบำบัด แบบ SKT 8 (รายละเอียดขั้นตอนการปฏิบัติใน ภาคผนวก ก.) เพื่อให้ผู้ป่วยผ่อนคลายและนอนหลับได้

5. ประเมิน Pain sore ทุก 4 ชั่วโมง ชักถาม สังเกต และวัดสัญญาณชีพ ถ้าระดับความปวด ไม่ลดลง รายงานแพทย์เพื่อปรับแผนการรักษา

การประเมินผล (13 มกราคม 2566)

วันที่ 13 ม.ค. 66 ผู้ป่วยต้องการยาแก้ปวดน้อยลง และห่างขึ้นไปเรื่อยๆ จนหยุดยาฉีดได้ และได้รับยาแก้ปวด Paracetamol นานๆ ครั้ง Pain score ≤ 3 ทำกิจวัตรประจำวันได้มากขึ้น

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 10 ผู้ป่วยไม่สุขสบายจากอาการท้องผูก

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยไม่ถ่ายอุจจาระตั้งแต่วันที่ 4-8 ม.ค. 66 (ปกติถ่ายอุจจาระ 1-2 วัน/ครั้ง)
2. ผู้ป่วยมีอาการแน่นท้อง อยากถ่ายอุจจาระ
3. การผ่าตัดส่งผลกระทบต่อมีอาการท้องผูก

วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ป่วยขับถ่ายอุจจาระได้ตามปกติ

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยขับถ่ายอุจจาระได้ทุก 1-2 วัน ลักษณะอุจจาระปกติ ไม่เป็นก้อนแข็งแข็ง
2. ไม่บ่นท้องอืด ปวดแน่นท้อง
3. ประเมิน Bowel sound positive

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินอาการไม่ถ่ายอุจจาระ
2. ประเมิน Bowel sound เข้า กลางวัน เย็น
3. กระตุ้นให้ดื่มน้ำอย่างน้อยวันละ 2,500 ml
4. กระตุ้นให้รับประทานอาหารที่มีคุณค่า มีใยอาหารสูง เช่น ผัก ผลไม้ พืชตระกูลถั่วและ ธัญพืชต่างๆ เช่น ข้าวซ้อมมือ ข้าวกล้อง และหลีกเลี่ยงอาหารที่มีแป้งมาก เช่น ขนมหวาน อาหารรสจัด ซากาแฟ และน้ำอัดลม

5. แนะนำญาติให้นำเครื่องดื่มที่ช่วยกระตุ้นการขับถ่ายอุจจาระมาให้ผู้ป่วยรับประทาน เช่น น้ำหวานผสมเม็ดแมงลัก (หวานน้อย) หรือน้ำลูกพรุน น้ำมะขามเติมน้ำผึ้งแท้ นมเปรี้ยว น้ำว่านหางจระเข้ อย่างใดอย่างหนึ่งสลับกันไป

6. กระตุ้นให้ออกกำลังกาย ทำกิจกรรมต่างๆบนเตียงและข้างเตียงเพื่อให้ร่างกายมีการเคลื่อนไหวมากขึ้นช่วยกระตุ้นลำไส้ให้บีบตัวขับอุจจาระ

ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน

7. ดูแลสวนยาระบาย Unison enema rectal suppository ให้ผู้ป่วย และให้ยาระบาย Senokot 2tab oral hs. และ MOM 30 ml oral hs. สังเกตและเฝ้าระวังท้องเสีย เนื้อเยื่อบริเวณทวารหนักอักเสบ

8. ดูแลให้ยาขับลม Air-X 1tab oral tid. pc. โดยให้ยาตรงเวลาและสัมพันธ์กับเวลารับประทานอาหารเพื่อให้ยาออกฤทธิ์ดีขึ้น ให้ผู้ป่วยเคี้ยวยาให้ละเอียดก่อนกลืนเพื่อช่วยให้ยากระจายและแตกตัวได้ดี

9. สังเกตและบันทึกอาการปวดท้อง แน่นอึดอัด ความถี่ ลักษณะ และปริมาณอุจจาระที่ขับถ่ายออกมา

การประเมินผล (16 มกราคม 2566)

ผู้ป่วยสามารถถ่ายอุจจาระได้ ตั้งแต่วันที่ 11 ม.ค. 66 และถ่ายเป็นประจำตามปกติ 1-2 วัน/ ครั้ง ลักษณะนิ่ม ไม่แข็ง ไม่มีอาการปวดแน่นท้อง หรือท้องเสีย

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 11 ผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยยังดูซีด อ่อนเพลีย ไม่ค่อยมีแรง
2. หลังได้รับ PRC 1 Unit (5 ม.ค. 66) Hct 34% (8 ม.ค. 66) ซึ่งยังไม่เท่าเดิม (เดิมผู้ป่วย Hct 43.8%)
3. ผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสันหลัง ปวดแผล ช่วยเหลือตัวเองได้น้อย
4. ภาวะซีดอาจเกิดอาการ Postural Hypotension ได้
5. ผู้ป่วยอยู่ระหว่างการ Ambulation

วัตถุประสงค์ เพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้ม

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยมีความรู้สึก สดชื่น ไม่อ่อนเพลีย หน้ามืด เป็นลม
2. ไม่มีภาวะ Postural Hypotension
3. ไม่เกิดอุบัติเหตุพลัดตก หกล้ม
4. สัญญาณชีพปกติ

กิจกรรมการพยาบาล

1. ให้ผู้ป่วยพักผ่อนบนเตียงเพื่อลดการใช้ออกซิเจนของร่างกายโดยไม่จำเป็นและให้ออกซิเจน Canula 5 LPM เพื่อเพิ่มออกซิเจนให้ร่างกาย
2. แนะนำเรื่องการปรับเปลี่ยนท่าให้ทำอย่างช้าๆ เพื่อป้องกันอุบัติเหตุ
3. ให้การพยาบาลเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้ม ดังนี้

ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน

3.1 ประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม (ตาม WI-NUR 206.3 โรงพยาบาล เลิดสิน) ได้คะแนน Falling score 10 ซึ่งเป็นความเสี่ยงระดับสูง

3.2 ปฐมนิเทศผู้ป่วยและญาติ แนะนำสถานที่ และอุปกรณ์ต่างๆ

3.3 จัดเตรียมปมกดสัญญาณเรียกเจ้าหน้าที่ไว้ข้างเตียง เพื่อผู้ป่วยจะได้ขอความช่วยเหลือได้เมื่อจำเป็น

3.4 จัดของใช้ให้อยู่ใกล้ตัวพอที่ผู้ป่วยจะหยิบได้โดยไม่ต้องเอื้อม

3.5 จัดให้มีแสงสว่างในห้องผู้ป่วยเพียงพอและเหมาะสม

3.6 ดูแลจัดการสิ่งแวดล้อม ความปลอดภัยในห้องผู้ป่วย จัดเก็บสิ่งของเครื่องใช้ให้เป็นระเบียบ ไม่วางขวางทางเดิน พื้นแห้งตลอดเวลาทั้งในห้องผู้ป่วยและห้องน้ำ ไม่ลื่น ห้องน้ำห้องสุขา มีราวจับ

3.7 ยกไม้กั้นเตียงผู้ป่วยขึ้นทั้ง 2 ข้างทั้งด้านลำตัวและปลายเท้า เมื่อผู้ป่วยอยู่ตาม ลำพัง

3.8 แจกแผ่นพับ “ระวังการพลัดตก หกล้ม” ให้กับญาติและผู้ป่วย

3.9 ผู้ป่วยห้องพิเศษต้องมีญาติเฝ้า 1 คน

3.10 ตรวจสอบการสวมกางเกง และรองเท้าของผู้ป่วยให้เหมาะสม

3.11 ทบทวนยาต่างๆที่ผู้ป่วยได้รับที่อาจส่งผลต่อการพลัดตกหกล้ม และเฝ้าระวัง

4. ดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยทำกิจกรรมต่างๆ ช่วยปรับปรับระยะเวลาเปลี่ยนท่า เช่น ลูกนั่ง ลง จากเตียง เป็นต้น

5. สังเกตการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยเกี่ยวกับ อาการอ่อนเพลีย เหนื่อยง่าย ไม่มีแรง เวียนศีรษะ หัวใจเต้นแรง มี Postural Hypertension หากพบหยุดกิจกรรม และให้ผู้ป่วยนอนพัก

6. ตรวจประเมินสัญญาณชีพและ Falling score อย่างน้อยทุก 4 ชั่วโมง เพื่อทราบอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย และความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม

การประเมินผล (16 มกราคม 2566)

ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ไม่มีอาการวิงเวียนหน้ามืด ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้มากขึ้น ไม่มีอุบัติเหตุพลัดตก หกล้ม BP 120-130/70-90 mmHg PR 84-100 ครั้งต่อนาที RR 16-20 ครั้ง/นาที แนะนำให้รับประทานอาหารที่มีประโยชน์ มีคุณค่าและมีธาตุเหล็กสูง ได้แก่ นม ไข่ ตับและผักใบเขียวต่อไป เพื่อเพิ่มความเข้มข้นของเลือด ร่างกายแข็งแรง

โรงพยาบาลเลิดสิน

ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 12 เสี่ยงต่อการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผล Urine Examination พบ Bacteria Few (6 ม.ค. 66)
2. ผล CBC พบ WBC 10,700 Neutrophil 82.9% (5 ม.ค. 66)
3. คาสายสวนปัสสาวะไว้ ปัสสาวะสีเหลือง มีตะกอนเล็กน้อย
4. ผู้ป่วยมีไข้ต่ำๆ 37.3-37.5 องศาเซลเซียส

วัตถุประสงค์ ป้องกันการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยไม่มีไข้ ไม่ปวดแสบหรือมีสารคัดหลั่ง/หนองทางเดินปัสสาวะ
2. ปัสสาวะไหลทางสายสวนดี สีเหลืองใส ไม่มีตะกอน
3. ผลตรวจปัสสาวะ (Urine Examination) ไม่พบเชื้อโรค
4. ผล CBC : WBC ปกติ

กิจกรรมการพยาบาล

1. ดูแลรักษาความสะอาดของร่างกายทั่วไป และสิ่งแวดล้อมบนเตียงและรอบเตียงผู้ป่วย ทำความสะอาดบริเวณเตียง เปลี่ยนผ้าปูที่นอนทุกวัน
2. ให้การพยาบาลผู้ป่วยโดยปฏิบัติตาม Bundle Care ของ CAUTI อย่างเคร่งครัด ดังนี้
 - 2.1 ดูแลให้เป็นระบบปิดตลอดเวลา
 - 2.2 ยึดตรึงสายสวนไม่ให้หลุดและไม่ย้อยไปทางทวารหนัก
 - 2.3 ดูแลสายไม่ให้หัก พับ งอ หรืออุดตัน
 - 2.4 ถูรงรับปัสสาวะอยู่ต่ำกว่ากระเพาะปัสสาวะตลอดเวลา
 - 2.5 ไม่ให้ถูรงรับปัสสาวะสัมผัสพื้น
 - 2.6 แยกภาชนะรองรับปัสสาวะในผู้ป่วยแต่ละราย
 - 2.7 เทปัสสาวะไม่ให้รู้เปิดของถุงสัมผัสภาชนะรองรับ
 - 2.8 ล้างมือ สวมถุงมือ เช็ดรูเปิดของถุงปัสสาวะ ด้วย 70% alcohol ก่อนและหลังเทปัสสาวะ
3. แนะนำผู้ป่วยและญาติให้ล้างมือด้วย แอลกอฮอล์เจล ก่อนและหลัง แตะสายสวนปัสสาวะ ห้ามเปิดถูรงรับปัสสาวะ และไม่ยกถุงปัสสาวะสูงกว่าเตียงผู้ป่วย
4. สังเกตและเฝ้าระวังอาการแสดงของการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ เช่น ไข้ หนาวสั่น ปวดแสบทางเดินปัสสาวะ ปัสสาวะมีลักษณะเปลี่ยนไป ได้แก่ สีขุ่น มีตะกอน มีเมือกขาวๆ รายงานแพทย์ส่งปัสสาวะตรวจและลงบันทึกรายงานการเฝ้าระวังการติดเชื้อ
5. บันทึกสัญญาณชีพ โดยเฉพาะอุณหภูมิของร่างกายทุก 4 ชั่วโมง เพื่อประเมินภาวะไข้จากการติดเชื้อ
6. ติดตามผล Urine exam และผล CBC ตามแผนการรักษา

การประเมินผล (13 มกราคม 2566)

ผู้ป่วยเริ่มไข้ลดลงจนไม่มีไข้ ยังคงสายสวนปัสสาวะ ปัสสาวะไหลปกติ สีเหลืองใส แพทย์ให้
เอาสายสวนปัสสาวะออก ผู้ป่วยปัสสาวะเองได้ ไม่มีอาการแสบขัด

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 13 เสี่ยงต่อการติดเชื้อที่แผลผ่าตัดบริเวณหลัง
ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยมีแผลผ่าตัดกระดูกสันหลัง
2. มีไข้ต่ำๆ BT 37.5°C
3. ผู้ป่วยบ่นปวดแผล

วัตถุประสงค์ เพื่อป้องกันการติดเชื้อที่แผลผ่าตัด

เกณฑ์การประเมินผล

1. แผลผ่าตัดที่หลัง แห้งติดสนิทดี ไม่บวมแดง ไม่มี discharge ผิดปกติ
2. อาการเจ็บปวดลดลงเรื่อยๆ
3. ผู้ป่วยไม่มีไข้ สัญญาณชีพปกติ
4. ผล CBC: WBC 3,900-12,300 Cell/cu mm

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง เมื่อมีไข้ อุณหภูมิร่างกายมากกว่า 37.5°C รายงาน
แพทย์
2. ประเมินลักษณะแผลว่ามี บวม แดง มี discharge ผิดปกติหรือไม่
3. ดูแลให้ยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษา เฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนจากการให้ยา
 - Cefazolin 1 gm v ทุก 6 hrs. (4-6 ม.ค. 66): ระวังอาการแพ้ชนิด anaphylaxis เช่น
ไข้ หนาวสั่น ปวดข้อ การแข็งตัวของเลือดช้า การฉีดยาต้องช้าๆ นานมากกว่า 30-40 นาที
 - Fosfomycin 2 gm v ทุก 12 hrs. (6-17 ม.ค. 66): เฝ้าระวังอาการข้างเคียง ได้แก่
ถ่ายเหลวเป็นน้ำ หรือมูกเลือด คลื่นไส้ ระคายเคืองกระเพาะอาหาร ปวดหัว เจ็บคอ ปวดหลัง
 - Dicloxacillin (500 mg) 1tab oral qid. ac. (18-23 ม.ค. 66): ระวังอาการแพ้ชนิด
anaphylaxis เช่น หายใจลำบาก บวม หัวใจเต้นเร็ว มีผื่นคัน เป็นต้น แนะนำผู้ป่วยให้รับประทานให้
ครบ dose ตามแผนการรักษา
4. ทำความสะอาดแผลผ่าตัดและเปลี่ยน Dressing ด้วยหลัก Aseptic Technique
5. ระวังไม่ให้แผลเปียกน้ำ/ชื้นแฉะ โดยดูแลให้แผลแห้งตลอดเวลา
6. รักษาความสะอาดของเสื้อผ้าและเตียงผู้ป่วย โดยเปลี่ยนทุกวัน
7. แนะนำให้ผู้ป่วยรับประทานผักและผลไม้ที่มีวิตามินซีสูง เช่น พริกหวาน บรอกโคลี คื่นช่าย
ส้ม เป็นต้น เพื่อช่วยให้แผลหายเร็ว
8. ติดตามผลเลือด CBC: WBC เพื่อประเมินการติดเชื้อในร่างกาย

การประเมินผล (13 มกราคม 2566)

ผู้ป่วยไม่มีไข้ แผลไม่บวมแดง ไม่มี discharge ซึม แผลแห้งดี Drain ออกน้อยลงมาก แพทย์ให้ Off radiovac drain วันที่ 13 ม.ค. 66

14.4 ระยะฟื้นฟู – จำหน่าย ระหว่างวันที่ 17 -23 มกราคม 2566

สรุปสถานะผู้ป่วย ผู้ป่วยรู้สึกตัว สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้มากขึ้นแต่ยังต้องได้รับความช่วยเหลือจากพยาบาลและญาติ เนื่องจากมีอาการเพลียหลังมี Activity สัญญาณชีพปกติดี Pain score ลดลงมาก อยู่ในช่วง 1-3 แพทย์ให้เริ่ม Ambulate โดยปรึกษาเวชศาสตร์ฟื้นฟู (PM&R) ฝึก Ambulate with Walker และวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยหลัง PM&R และนัดตรวจต่อเนื่องที่ OPD Orthopedics หลังจำหน่าย 2 สัปดาห์ และนัดพบอายุรแพทย์หัวใจหลังจำหน่าย 1 เดือน ผู้ป่วยสามารถจำหน่ายกลับบ้านได้ วันที่ 23 ม.ค. 66 โดยได้รับยา Home Med ดังนี้

- Dicloxacillin (500 mg) 1tab oral qid ac. x 40 tabs
- Paracetamol (500 mg) 1tab oral prn for pain ทุก 6 hrs. x 20 tabs
- Pregabalin (75 mg) 1tab oral hs x 10 tabs
- B-Co 1tab oral bid. Pc. x 20 tabs
- Mydocalm 1tab oral tid. pc. x 20 tabs
- Eliquis (5 mg) ½ tab oral bid pc. x 6 เดือน

ปัญหาทางการพยาบาลที่พบ

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 14 ผู้ป่วยและญาติไม่มั่นใจในการฟื้นฟูสภาพและการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน อยู่ที่บ้าน

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยบอก“การเจ็บป่วย ครั้งนี้ทำให้ความสามารถในการช่วยเหลือตนเองลดลง รู้สึกเกรงใจภรรยาและลูกที่ต้องช่วยดูแลตนเอง”
 2. ผู้ป่วยมีความรู้สึกว่าตนเองไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ ต้องอาศัยความช่วยเหลือจากพยาบาลและญาติ
 3. ผู้ป่วยและญาติกลัวว่าแผลผ่าตัดจะแยกและมีเลือดออก กระดูกสันหลังจะเคลื่อน มีความวิตกกังวลรู้สึกขาดความมั่นใจในการที่จะลุกนั่ง/เดินตามคำแนะนำของแพทย์และพยาบาล
- วัตถุประสงค์** เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติมีความรู้ทักษะในการฟื้นฟูสภาพและการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยและญาติตอบคำถามเรื่องการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสันหลังได้ถูกต้อง
2. ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตามคำแนะนำของนักกายภาพบำบัดและพยาบาลได้ถูกต้อง
3. ญาติมีความมั่นใจในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยเมื่อกลับบ้าน

ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน

กิจกรรมการพยาบาล

1. เปิดโอกาสให้ซักถามและตอบข้อสงสัย ให้กำลังใจผู้ป่วยและญาติ
2. ส่งผู้ป่วยและญาติไปแผนก PM & R เพื่อเข้าโปรแกรม Ambulation Training with Walker ตามแผนการรักษา (18 ม.ค. 66) ผู้ป่วยได้รับการฝึก Active exercise, Bed mobility training, Sit & Stand balance training และ Ambulation Training with Walker
3. คอยเป็นพี่เลี้ยงใกล้ชิดขณะฟื้นฟูสภาพในโรงพยาบาล ช่วยเหลือและให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและญาติ
4. กระตุ้นและให้กำลังใจผู้ป่วยในการทบทวนและฝึก Ambulate ตามโปรแกรมทุกวัน
5. สังเกตและประเมินพัฒนาการการ Ambulation ของผู้ป่วย ประสานข้อมูลและวางแผนร่วมกับนักกายภาพบำบัดเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมี Ambulation ที่ดี
6. แนะนำการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้านแก่ผู้ป่วยและญาติ

6.1 การรับประทานยา ควรทำความเข้าใจกับยาที่แพทย์สั่งให้รับประทาน ถ้ามีข้อสงสัยใดให้ซักถามจากแพทย์หรือพยาบาล

6.2 สิ่งแวดล้อม เมื่อกลับไปบ้านให้ปฏิบัติตัวเหมือนอยู่โรงพยาบาลนานประมาณ 2 สัปดาห์ ที่พักควรอยู่ชั้นล่างไม่ควรเดินขึ้นบันไดบ่อยๆ และควรนอนบนเตียงหรือพื้นที่ยกระดับสูง ที่นอนแน่นไม่อ่อนนุ่มเป็นหลุมหรือเป็นแอ่ง

6.3 การดูแลแผลผ่าตัด ควรให้สะอาดและแห้งอยู่เสมอ ห้ามใช้แป้งหรือโลชั่นทาบริเวณแผล ถ้าพบอาการผิดปกติ เช่น ปวดแผล มาก มีไข้สูง แผลบวมแดง ให้มาพบแพทย์ทันที

6.4 อาการผิดปกติอื่นๆ ที่ควรมาพบแพทย์ทันที ได้แก่ อาการชา กล้ามเนื้อแขนขาอ่อนแรง ขยับถ่ายไม่เป็นปกติ

6.5 การออกกำลังกายตามคำแนะนำ ควรทำอย่างสม่ำเสมอทุกวันเท่าที่จะทำได้โดยไม่เมื่อยล้า และควรปฏิบัติ ดังนี้

- การนั่งต้องนั่งหลังตรงบนเก้าอี้ที่มีพนักพิง เท้า 2 ข้างชนานพื้น
- การยืน ต้องยืนให้น้ำหนักตัวลงมาที่ขาทั้ง 2 ข้าง หลังตรง ถ้าจำเป็นต้องยืนนานควรมีม้าเตี้ยๆ รองเท้าสลับข้าง



ยืน



เดิน



นั่ง



ขับรถ

- ไม่ควรสวมรองเท้าที่มีสันสูงเกิน 2 นิ้ว
- การยกของจากพื้น ควรย่อเข่า งอสะโพก หลังตรง และหลีกเลี่ยงการยกของหนักเกิน 4 กิโลกรัม เช่น การอุ้มเด็ก ยกถังน้ำ



การยกของจากพื้นที่ถูกต้อง

- การนอนและลุกจากเตียงต้องตะแคงตัวก่อนทุกครั้ง ไม่ลุกจากท่านอนหงาย
- การนอนหงายและตะแคงควรใช้หมอนรองขาทุกครั้ง
- การมีเพศสัมพันธ์ ปฏิบัติได้หลังผ่าตัด 3 เดือนหรือตามคำแนะนำของแพทย์
- งดกิจกรรมที่ไม่ควรทำ เช่น การก้มตัว หรือแอ่นหลังมากๆเป็นประจำ การเอื้อมหยิบของบนที่สูง (อย่างน้อย 4 สัปดาห์หลังการผ่าตัด) การขับรถหรือซ้อนท้ายมอเตอร์ไซด์ (6-8 สัปดาห์หลังผ่าตัด)

6.6 ควรมาตรวจตามนัดอย่างสม่ำเสมอและถ้ามีอาการผิดปกติให้รีบมาพบแพทย์ทันที โดยแพทย์นัดตรวจที่ OPD Orthopedics หลังจำหน่าย 2 สัปดาห์ (6 กุมภาพันธ์ 2566) และนัดตรวจกับอายุรแพทย์หัวใจหลังจำหน่าย 1 เดือน (15 กุมภาพันธ์ 2566)

6.7 ควรรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ รวมทั้งควบคุมน้ำหนักไม่ให้อ้วนจนเกินไป (BMI ไม่เกิน 24)

7. ส่งต่อข้อมูลให้ฝ่ายส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค เพื่อติดตามเยี่ยมบ้านหลังจำหน่าย

8. เปิดโอกาสให้ซักถามและตอบข้อสงสัย สามารถโทรศัพท์มาปรึกษาที่หอผู้ป่วยพิเศษ ชั้น 23 เบอร์โทรศัพท์ 023539929

การประเมินผล

- 18 มกราคม 2566 ผู้ป่วยสามารถทำตามที่ได้สอนได้ แต่ยังไม่ค่อยมีแรงโดยเฉพาะการงอข้อสะโพก การยืดเหยียดเข่าทั้ง 2 ข้าง ยังไม่สามารถขึ้นลงเตียงเองและเดินด้วย Walker เองได้ เดินได้ระยะทางประมาณ 3 เมตรเริ่มมีอาการปวดหลัง

- 23 มกราคม 2566 ผู้ป่วยมี Ambulation ดีขึ้นมาก ขึ้นลงเตียงเองและเดินด้วย Walker เองได้ ปวดหลังบ้างเล็กน้อย Pain score 0-1 ไม่มีอาการหอบเหนื่อย Oxygen saturation 98-99% สัญญาณชีพปกติ ผู้ป่วยและญาติคลายความวิตกกังวล เข้าใจวิธีปฏิบัติตนเมื่อกลับไปอยู่บ้าน สามารถบอกอาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์ทันทีได้ถูกต้อง

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 15 ผู้ป่วยวิตกกังวล กลัวการเป็นซ้ำและการผ่าตัดอีก

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยรู้สึกวิตกกังวล มีสีหน้าเคร่งเครียดถามย้ำถึงผลการรักษาว่าจะทุเลาและหายดีหรือไม่
2. ผู้ป่วยเคยผ่าตัดมาหลายครั้ง ไม่อยากผ่าตัดอีก
3. ผู้ป่วยไหว้พระก่อนนอน อธิษฐานขอให้หายไม่เป็นซ้ำอีก

วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวล ปฏิบัติกิจกรรมและดำเนินชีวิตได้ตามปกติ

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยมีสีหน้าสดชื่น ยิ้มแย้ม
2. รับประทานอาหารและนอนหลับได้ตามปกติ
3. ร่วมมือในการรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสภาพ

กิจกรรมการพยาบาล

1. เปิดโอกาสให้ซักถามและตอบข้อสงสัย ให้กำลังใจผู้ป่วยและญาติ
2. อธิบายให้เข้าใจถึงโรค สาเหตุและปัจจัยเสี่ยงให้ทราบ เนื่องจากอาการปวดหลัง ส่วนใหญ่มักเกิดจากการปฏิบัติตัวหรือการมีอิริยาบถที่ไม่ถูกต้องเหมาะสม เช่น ท่าทางในการทำงาน ลักษณะการทำงานทำให้มีโอกาสสูงในการกลับเป็นซ้ำของโรค
3. แนะนำให้ปฏิบัติตัวให้ถูกต้องและออกกำลังกายสม่ำเสมอตามคำแนะนำเพื่อให้กล้ามเนื้อที่พุงกระตุกสันหลังแข็งแรง โดยการออกกำลังกล้ามเนื้อหน้าท้อง (นอนหงายราบ สูดลมหายใจเข้าเต็มทีให้หน้าท้องโป่ง แล้วหายใจออก พร้อมแขม่วท้องกดหลังลงให้แนบกับที่นอนให้มากที่สุด) และกล้ามเนื้อหลัง (การเดินออกกำลังกายโดยเพิ่มระยะการเดินให้มากขึ้นในแต่ละวัน) จะช่วยลดความเสี่ยงของการกลับเป็นซ้ำของโรคได้
4. แนะนำให้รับประทานยาที่แพทย์สั่งอย่างต่อเนื่อง ครบตามจำนวน โดยเฉพาะยาปฏิชีวนะ ได้แก่ Dicloxacillin เพื่อไม่ให้แผลติดเชื้อ และยา Eliquis เพื่อป้องกันการแข็งตัวของเลือดทำให้ไม่เกิดลิ่มเลือดในหลอดเลือดไปอุดตันที่ปอดอีก
5. ประสานงานกับทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้องในแต่ละสาขา เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยมีคุณภาพ สามารถให้ความรู้และฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยให้กลับมาช่วยเหลือตัวเองในการทำกิจวัตรประจำวันและญาติสามารถดูแลจัดสภาพแวดล้อมในบ้านผู้ป่วยให้เกิดความปลอดภัยและช่วยในการฟื้นฟูของผู้ป่วย
6. แนะนำให้ผู้ป่วยมาตรวจตามนัดแม้จะไม่มีอาการผิดปกติเพื่อจะได้ป้องกันการเกิดซ้ำอย่างต่อเนื่อง

การประเมินผล (23 มกราคม 2566)

ผู้ป่วยเข้าใจสาเหตุและปัจจัยเสี่ยงที่จะทำให้เกิดเป็นซ้ำ รับปากจะปฏิบัติตามคำแนะนำอย่างเคร่งครัด สีหน้าสดชื่นขึ้น พูดคุยกับเจ้าหน้าที่และผู้ป่วยข้างเตียงอย่างอารมณ์ดี ทำกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 16 ผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเลือดออกผิดปกติจากการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือด

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยได้รับยาต้านการแข็งตัวของเลือด (Eliquis) ไปรับประทานที่บ้าน
2. ผล INR (6 ม.ค. 66) = 1.04 ยังไม่ได้ติดตามผล INR ต่อ

วัตถุประสงค์ ผู้ป่วยได้รับยาต้านการแข็งตัวของเลือดต่อเนื่องจนครบ 6 เดือน โดยไม่มีภาวะเลือดออกผิดปกติ

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยมีระดับ INR 2-3
2. ผู้ป่วยไม่มีอาการและอาการแสดงของภาวะเลือดออกผิดปกติ ได้แก่ ปัสสาวะสีน้ำตาลเข้ม มีรอยจ้ำเขียว เลือดกำเดาไหล เลือดออกตามไรฟัน สีของอุจจาระเปลี่ยนแปลง

กิจกรรมการพยาบาล

1. แนะนำผู้ป่วยและญาติให้สังเกตอาการและอาการแสดงของภาวะเลือดออกผิดปกติ เช่น รอยจ้ำเขียว ปวดศีรษะ ถ่ายอุจจาระมีเลือดปนหรือถ่ายดำ ปัสสาวะสีน้ำตาลเข้ม เลือดกำเดาไหล เลือดออกตามไรฟัน ไอหรืออาเจียนเป็นเลือด เพื่อให้ตรวจพบอาการได้รวดเร็ว รักษาได้ทันที ไม่เกิดความเสี่ยง
2. แนะนำผู้ป่วยและญาติถึงความจำเป็นของการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดตามขนาดการรักษาของแพทย์อย่างถูกต้องเพื่อผลการรักษาที่มีประสิทธิภาพ
3. แนะนำให้ผู้ป่วยแจ้งแพทย์เพื่อหลีกเลี่ยงการใช้ยาหรือรับสารที่มีผลต่อการแข็งตัวของเลือด ได้แก่ ยาลดกรด แอสไพริน ยาต้านการอักเสบกลุ่ม non steroid วิตามินซี และแอลกอฮอล์
4. แนะนำให้ผู้ป่วยและญาติหลีกเลี่ยงหรือจำกัดปริมาณอาหารที่มีวิตามินเคสูง ได้แก่ ดอกกะหล่ำ บรอกโคลี กะหล่ำปลี หน่อไม้ฝรั่ง ผักกะเฉด เครื่องเทศ ตับวัว ถั่วเขียว ชาเขียว กาแฟ นมถั่วเหลืองและผลิตภัณฑ์จากนม เนื่องจากจะมีผลลดฤทธิ์การต่อต้านการแข็งตัวของเลือด
5. แนะนำให้ผู้ป่วยแจ้งแพทย์ ทันตแพทย์ ก่อนรับการผ่าตัดหรือทำหัตถการใดๆ เพื่อพิจารณาหยุดยาก่อน 3-5 วัน ป้องกันการเกิดภาวะเลือดออกผิดปกติจากการรักษา
6. แนะนำให้ผู้ป่วยหลีกเลี่ยงกิจกรรมที่ก่อให้เกิดอุบัติเหตุที่ทำให้เลือดออก เช่น การใช้มีดโกน เป็นต้น

การประเมินผล (30 มกราคม 2566)

จากการโทรศัพท์สอบถามอาการผู้ป่วยหลังจำหน่าย 1 สัปดาห์ ผู้ป่วยไม่มีอาการและอาการแสดงของภาวะเลือดออกผิดปกติ ได้แก่ ปัสสาวะสีน้ำตาลเข้ม มีรอยจ้ำเขียว เลือดกำเดาไหล เลือดออกตามไรฟัน สีของอุจจาระเปลี่ยนแปลง ประสานส่งต่อข้อมูลให้ทีมเยี่ยมบ้าน ประเมินและเฝ้าระวังภาวะเลือดออกผิดปกติต่อไป

ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน

บทที่ 5

สรุปกรณีศึกษา วิเคราะห์ และข้อเสนอแนะ

สรุป

ผู้ป่วยชายไทย อายุ 67 ปี Case Spinal Stenosis ประวัติเมื่อ 15 ปีก่อน มีอาการปวดหลังร้าวลงขา ไปรักษาที่โรงพยาบาลศิริราช ได้รับการผ่าตัด 2 ครั้ง อาการทุเลา ต่อมาเมื่อ 2-3 ปีก่อน มีอาการปวดหลังอีก ไปรักษาที่สถาบันประสาทวิทยา ได้รับการผ่าตัด C-Spine อาการไม่ดีขึ้น 6 เดือนก่อนมาโรงพยาบาล ปวดหลังร้าวลงขาทั้งสองข้าง ไม่ชา ไม่อ่อนแรง เดินนานๆแล้วปวด พบแพทย์รับประทานยา อาการไม่ดีขึ้น แพทย์นัดมาเพื่อทำการผ่าตัด ผู้ป่วยมีโรคประจำตัว คือ ความดันโลหิตสูงและไขมันในเลือดสูง รักษาที่โรงพยาบาลหนองคาย รับประทานยาต่อเนื่อง ผู้ป่วยเข้านอนในโรงพยาบาลที่หอผู้ป่วยพิเศษ ชั้น 23 วันที่ 2 มกราคม 2566 และได้รับการผ่าตัด Revision Spinal: Extended Posterior decompressive Laminectomy with posterolateral Fusion and Instrumentation Surgery T12- S1 เมื่อวันที่ 4 มกราคม 2566 ใช้เวลาผ่าตัด 6 ชั่วโมง ขณะผ่าตัดมี Blood Loss 900 ml Radivac drain มีเลือดออกเฉลี่ย 30 mL/hr. Hct. ลดจาก 43.5% เหลือ 36% ได้รับ PRC 1 Unit มีอาการปวดแผล และคลื่นไส้ แพทย์ให้ยาระงับปวดและยาแก้คลื่นไส้อาเจียน หลังผ่าตัดวันที่ 2 (6 มกราคม 2566) ผู้ป่วยมีภาวะ Pulmonary Embolism, AF with RVR แน่นหน้าอก ใจสั่น ออกซิเจนในเลือดต่ำ 89% BP ปกติ แพทย์อายุรศาสตร์หัวใจให้ยา Enoxaparin, Amiodarone และให้ออกซิเจน Monitor EKG อาการใจสั่น แน่นหน้าอกทุเลาลง ออกซิเจนในเลือด 97-99 % สัญญาณชีพปกติ HR สม่าเสมออัตรา 80-100 ครั้ง/นาาที ความดันโลหิต 125-140/79-90 mmHg ไม่มีไข้ อาการทั่วไปดีขึ้นเรื่อยๆ สามารถฟื้นฟูสภาพและจำหน่ายกลับบ้านได้ ในวันที่ 23 มกราคม 2566 รวมนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล 21 วัน ระหว่างนั้น พบปัญหาทางการแพทย์ และได้รับการแก้ไขหมดทุกปัญหา ซึ่งแบ่งเป็น 4 ระยะ รวม 16 ปัญหา คือ

ระยะก่อนผ่าตัด

1. ผู้ป่วยไม่สุขสบายจากอาการปวดหลังร้าวลงขา
2. เสี่ยงต่อการเกิดอันตรายจากการผ่าตัดจากภาวะสุขภาพและโรคประจำตัวของผู้ป่วย

ระยะหลังผ่าตัด 72 ชั่วโมงแรก

3. ผู้ป่วยมีความบกพร่องในการแลกเปลี่ยนก๊าซเนื่องจากการไหลเวียนเลือดที่ลดลงจากการมีลิ่มเลือดอุดตันในปอด
4. ผู้ป่วยปวดแผลผ่าตัดที่บริเวณ T12-S1
5. ผู้ป่วยมีภาวะช็อคและเสี่ยงต่อภาวะ Hypovolemic Shock จากการเสียเลือด
6. ผู้ป่วยไม่สุขสบายจากอาการคลื่นไส้ เวียนศีรษะ หลังการผ่าตัด
7. ผู้ป่วยพร่องสารอาหารและเกลือแร่ในร่างกายไม่สมดุล
8. ญาติผู้ป่วยวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการผู้ป่วย

ระยะหลัง 72 ชั่วโมงของการผ่าตัด

9. ผู้ป่วยไม่สุขสบายจากการปวดแผลผ่าตัดหลัง (ปัญหาต่อเนื่องจากข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 4)
10. ผู้ป่วยไม่สุขสบายจากการท้องผูก
11. ผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม
12. เสี่ยงต่อการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ
13. เสี่ยงต่อการติดเชื้อที่แผลผ่าตัดบริเวณหลัง

ระยะฟื้นฟู – จำหน่าย

14. ผู้ป่วยและญาติไม่มั่นใจในการฟื้นฟูสภาพและการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน
15. ผู้ป่วยวิตกกังวล กลัวการเป็นซ้ำและการผ่าตัดอีก
16. ผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเลือดออกผิดปกติจากการรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือด

วิจารณ์

การผ่าตัดกระดูกสันหลังมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนสูง คือ การตกเลือด ซ็อก การบาดเจ็บเยื่อหุ้มไขสันหลัง ปวดแผลผ่าตัด แผลติดเชื้อ และต้องใช้เวลาในการฟื้นตัวหลังผ่าตัดอยู่ในโรงพยาบาลเป็นเวลา 6-8 วันรวมทั้งต้องใช้เวลาในการฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายเป็นระยะเวลาหลายเดือนกว่าจะกลับมาใกล้เคียงปกติได้โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีโรคร่วมหรือโรคประจำตัวเบาหวานความดันโลหิตสูง ผู้ป่วยกลุ่มนี้มักมีภาวะหลอดเลือดแข็งตัว การไหลเวียนของเลือดไม่ดี ทำให้การหายของแผลช้า เกิดการติดเชื้อของแผลผ่าตัดได้ง่าย ส่งผลต่อการฟื้นตัวหลังผ่าตัดและระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาลนานขึ้น นอกจากภาวะแทรกซ้อนดังกล่าวผู้ป่วยยังอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนที่ไม่คาดคิด เช่น การเกิดลิ่มเลือดอุดตันในปอด ซึ่งนับเป็นภาวะวิกฤตที่ต้องเฝ้าระวังและให้การช่วยเหลือแก้ไขอย่างทันทั่วที่เพราะเป็นภาวะคุกคามต่อชีวิตผู้ป่วย นับเป็นความท้าทายที่ทีมบุคลากรทั้งแพทย์ พยาบาลจะต้องใช้ความสามารถในการประเมินและเฝ้าระวัง ดูแลรักษาผู้ป่วยให้พ้นขีดอันตรายและป้องกันการเกิดซ้ำ ดังเช่นในผู้ป่วยรายนี้ มีประเด็นที่น่าสนใจหลายประการ ได้แก่

1. โดยปกติผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสันหลังจะใช้ระยะเวลาในการฟื้นตัวหลังผ่าตัดอยู่ในโรงพยาบาลเป็นเวลา 6-8 วัน แต่ในผู้ป่วยรายนี้ ใช้เวลานอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล รวม 21 วัน เนื่องจากเกิดภาวะแทรกซ้อน Pulmonary Embolism, AF with RVR ทำให้เป็นอุปสรรคต่อการฟื้นฟูสภาพตามโปรแกรม หากมีแนวทางประเมินความเสี่ยงที่ชัดเจนจะทำให้การวางแผนเฝ้าระวังและป้องกันมีประสิทธิภาพ ไม่ต้องสูญเสียทรัพยากรในการดูแลรักษามากเกินไป

2. ภาวะลิ่มเลือดอุดตันเป็นภาวะที่เกิดซ้ำได้ถ้าไม่มีการป้องกันที่ดี โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่เข้าข่ายมีกลไกที่ทำให้เกิดลิ่มเลือด 3 ปัจจัย (Virchow's triad) ดังนี้ 1) การไหลเวียนของเลือดลดลงเกิดจากร่างกายไม่ได้เคลื่อนไหว (Immobilization) เป็นเวลานาน 2) มีความผิดปกติของเลือด ที่ทำให้เกิดลิ่มเลือดได้ง่าย (hypercoagulable states) 3) มีผนังหลอดเลือดดำที่ผิดปกติเกิดจากมี local trauma หรือ

มีการอักเสบ เช่นผู้ป่วยรายนี้ มีโรคประจำตัว HT, DLP และภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด หัวใจเต้นพริ้ว ระยะเวลาการผ่าตัดนาน หลังผ่าตัดไม่ค่อยเคลื่อนไหวเนื่องจากปวดและคลื่นไส้ ถ้าเริ่มกระตุ้นให้มี Ambulation โดยเร็วจะช่วยป้องกันได้

3. ผู้ป่วยเคยได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังหลายครั้ง ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกกังวลว่าจะหายดีหรือไม่ ผู้ป่วยกลัวจะเป็นซ้ำอีก จำเป็นต้องอธิบายข้อเท็จจริงให้เข้าใจถึงโรค สาเหตุและปัจจัยเสี่ยงให้ทราบ เนื่องจากอาการปวดหลัง ส่วนใหญ่มักเกิดจากการปฏิบัติตัวหรือการมีอิริยาบถที่ไม่ถูกต้องเหมาะสม เช่น ท่าทางในการทำงาน ลักษณะการทำงานทำให้มีโอกาสสูงในการกลับเป็นซ้ำ และการปฏิบัติตัวให้ถูกต้อง/ ออกกำลังกายสม่ำเสมอตามคำแนะนำจะช่วยลดความเสี่ยงของการกลับเป็นซ้ำของโรคได้

4. ปัญหาที่ยังต้องเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่องของผู้ป่วย คือ

- Fall เนื่องจากผู้ป่วยเพิ่งหายจากการผ่าตัด กล้ามเนื้อยังไม่ค่อยแข็งแรง ช่วยเหลือตัวเองได้ไม่เท่าเดิม ยังต้องใช้ Walker ช่วยเดิน ต้องใช้เวลาในการฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายเป็นระยะเวลาหลายเดือนกว่าจะกลับมาใกล้เคียงปกติ

- เฝ้าระวังภาวะเลือดออกผิดปกติจากการกินยาต้านการแข็งตัวของเลือด (Eliquis) ยานี้ส่วนใหญ่ถูกกำจัดออกทางไตเป็นหลัก ดังนั้น จึงควรติดตามค่าการทำงานของไตและค่าความเข้มข้นของเลือด (Hb) อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง

- การดูแลรักษาเกี่ยวกับโรคหัวใจอย่างต่อเนื่อง ซึ่งแพทย์อายุรศาสตร์หัวใจนัด Follow Up 1 เดือนหลังจำหน่าย

ข้อเสนอแนะ

1. ด้านปฏิบัติการพยาบาล

- การประเมินและเฝ้าระวังผู้ป่วยที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะ Pulmonary Embolism และ Deep Vein Thrombosis ได้แก่ 1) การไหลเวียนของเลือดลดลงเกิดจากร่างกายไม่ได้เคลื่อนไหว (Immobilization) เป็นเวลานาน 2) มีความผิดปกติของเลือด ที่ทำให้เกิดลิ่มเลือดได้ง่าย (hypercoagulable states) 3) มีผนังหลอดเลือดดำที่ผิดปกติเกิดจากมี local trauma หรือมีการอักเสบ ควรมีการประเมินทุกรายและบันทึกระดับความเสี่ยงให้ชัดเจน ต่อเนื่อง เพื่อเป็นข้อมูลในการวางแผนเพื่อป้องกันได้อย่างมีประสิทธิภาพ

- การฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยควรเริ่มโดยเร็วตั้งแต่ Day 2,3 ถ้าผู้ป่วยไม่มีข้อห้าม โดยเริ่มให้ลุกนั่งลงจากเตียงฝึกยืน และเดิน ในความดูแลใกล้ชิด

- ครอบครัวของผู้ป่วยมีความสำคัญในการช่วยดูแล ให้กำลังใจ และช่วยฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย ควรให้ได้เรียนรู้และทำความเข้าใจไปพร้อมกับผู้ป่วย

- บทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วย Pulmonary Embolism คือ 1) แก้ไขภาวะวิกฤต 2) การบริหารยาที่มีความเสี่ยงสูง: การใช้ยาละลายลิ่มเลือดในระยะแรก และยาป้องกันการแข็งตัวของ

เลือดในระยะยาว 3) การดูแลในระยะต่อเนื่องเน้นการส่งเสริมและฟื้นฟูผู้ป่วย และ 4) การวางแผนการจำหน่ายเพื่อเสริมความสามารถอย่างมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับบ้าน

2. ด้านวิชาการ

- พัฒนาแนวทาง/คู่มือการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสันหลัง
- พัฒนาสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในการประเมิน การเฝ้าระวังและการดูแลผู้ป่วยภาวะลิ่มเลือดอุดตันในปอด

3. ด้านการบริหารจัดการ

- จัดทำแผนพัฒนาศักยภาพพยาบาลวิชาชีพหอผู้ป่วยพิเศษ (หลักสูตรพยาบาลเฉพาะทางสาขาออร์โธปิดิกส์) เพื่อให้มีความเชี่ยวชาญ และเป็นທີ່ปรึกษาแก่ทีมพยาบาลในหอผู้ป่วยพิเศษได้

กรมการแพทย์

โรงพยาบาลเลิดสิน

ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน

บรรณานุกรม

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยทักษิณ. (2563). **แบบฟอร์ม Nursing Care Plan (รายงานการวางแผนการพยาบาล)**. สืบค้น 20 สิงหาคม 2566 จาก

<https://www.scribd.com/document>

คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี (2561). **CAUTI BUNDLE**. สืบค้น 12 ตุลาคม 2566 จาก

<https://www.rama.mahidol.ac.th>

ธวัช ประสาทฤทธา. (2555). **การพยาบาลออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลเลิดสิน กรมการแพทย์**.

กรุงเทพมหานคร: พรินติ้งแอนฟิรส์ซิ่ง.

นภานุ การเกษ. (2562). **การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสันหลัง: การศึกษารายกรณี. การประชุมวิชาการระดับชาติ วิทยาลัยนครราชสีมา ครั้งที่ 6 ประจำปี 2562.**

บวรฤทธิ์ จักรไพวงศ์, พิสิษฐ์ เลิศวานิช และจรรยา โชติกวนิชย์. (2556). **การตรวจร่างกายทางออร์โธปิดิกส์. พิมพ์ครั้งที่ 2.** กรุงเทพมหานคร: ภาควิชาศัลยศาสตร์ออร์โธปิดิกส์และกายภาพบำบัด คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล.

ปราณี ทุไฟเราะ. (2554). **คู่มือยา HANDBOOK OF DRUG (NURSING)**. พิมพ์ครั้งที่ 12.

กรุงเทพมหานคร. N P Press Limited Partnership.

พรสินี เต็งพานิชกุล. (2559). **การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสันหลัง. ใน** อรรถพรณ โตสิงห์ และคณะ (บรรณาธิการ). **การพยาบาลผู้ป่วยทางออร์โธปิดิกส์ (หน้า 184--194).**

กรุงเทพมหานคร: โครงการตำราคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.

พรสิริ พันธสี. (2559). **กระบวนการพยาบาล&แบบแผนสุขภาพ: การประยุกต์ใช้ทางคลินิก.**

พิมพ์ครั้งที่ 18. สมุทรปราการ: ห้างหุ้นส่วนจำกัดพิมพ์อักษร.

พินรัฐ สุนทรเสถียร. (2566). **การพยาบาลผู้ป่วยล้มเลือดออกันหลอดเลือดปอดเฉียบพลันหลังการผ่าตัดช่องท้องในโรคไส้เลื่อนสะดือ. วารสารวิชาการและการพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสวรรค์ ปีที่3 ฉบับที่ 1 (มกราคม-มิถุนายน)**

ภารณี จันทรมหา. (2565) **Nursing care for Pulmonary Embolism in Critically Ill Patients.** เอกสารประกอบการบรรยายความรู้แก่พยาบาลวิชาชีพหออภิบาลผู้ป่วยระยะวิกฤตศัลยกรรมและฉุกเฉิน โรงพยาบาลศรีนครินทร์ จังหวัดขอนแก่น.

“ลักษณะโครงสร้างของกระดูกสันหลัง” [ระบบออนไลน์]. แหล่งที่มา:

<https://www.thaisopine.com>

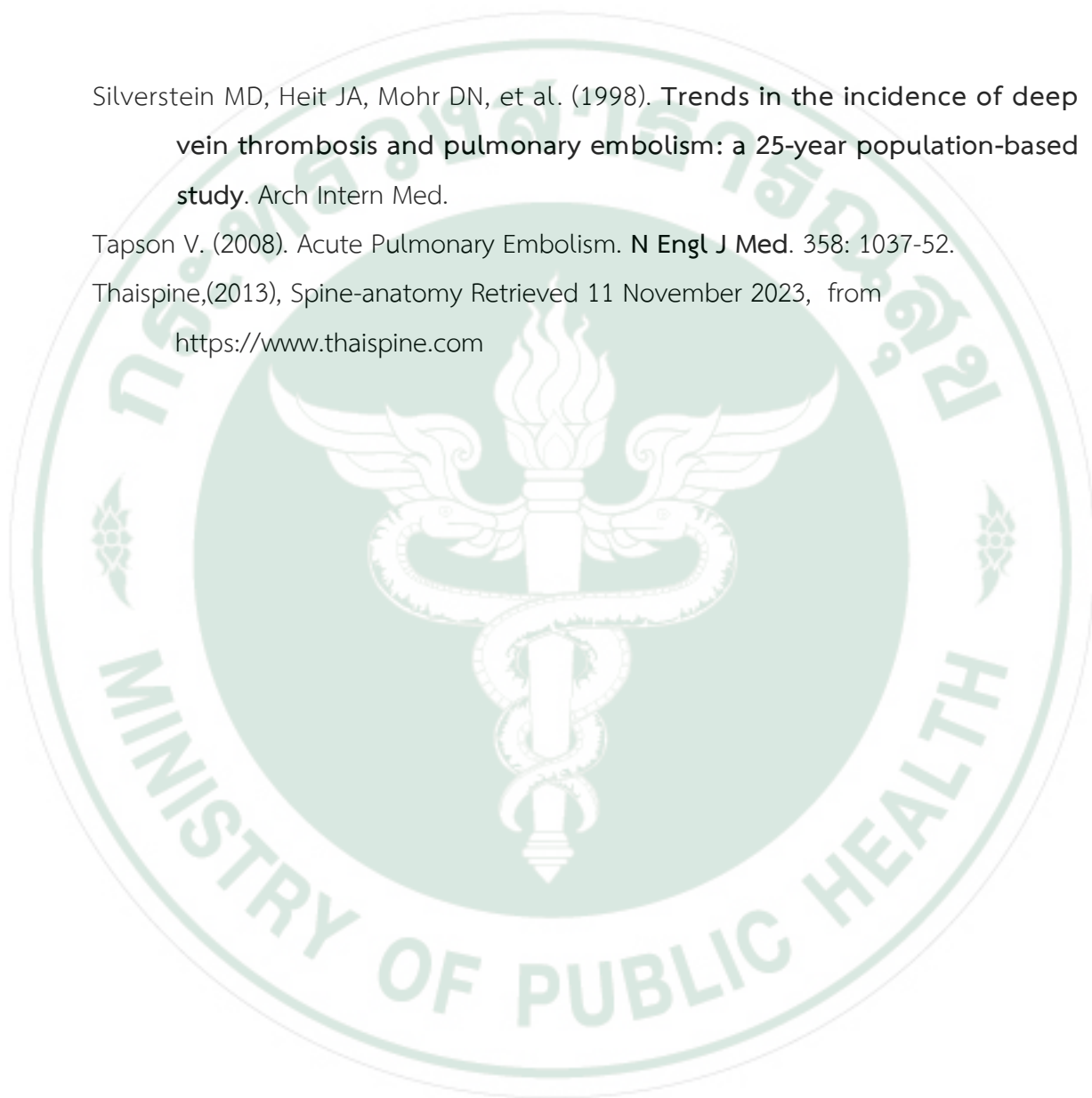
ศูนย์ข้อมูลโรงพยาบาลเลิดสิน. (2565). **รายงานผู้ป่วยในสาขาออร์โธปิดิกส์. สืบค้น 20 สิงหาคม 2566 จาก** <https://www.lerdsin.go.th>

- สถาบันประสาทวิทยา. (2560). **แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสันหลังสำหรับพยาบาลทั่วไป**. กรุงเทพมหานคร:กรมการแพทย์กระทรวงสาธารณสุข.
- สมพร กันทรดุษฎี เตรียมชัยศรี. **สร้างเสริมสุขภาพด้วยสมาธิบำบัดแบบ SKT 1-8**. เอกสารแผ่นพับจัดพิมพ์เป็นวิทยาทานแก่ญาติธรรม.ไม่ปรากฏสถานที่พิมพ์และปีที่พิมพ์.
- สายสมร บริสุทธิ์ และคณะ. (2560). **แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสันหลังสำหรับพยาบาลทั่วไป**. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: ธนาเพลส.
- สุทธิณี ชัยเฉลิมศักดิ์ และคณะ. (2562) ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถแห่งตนต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองหลังผ่าตัดในผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลัง. **วารสารพยาบาลสภาวิชาชีพไทย**; 12(1): 144-160.
- สุพัตรา เลิศทรัพย์อำไพ. (2561). การพยาบาลผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักหลังผ่าตัดที่มีภาวะสับสนหลงลืม และซึมเศร้า: กรณีศึกษา. กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยใน การกิจด้านการพยาบาล โรงพยาบาลเลิดสิน กรมการแพทย์.
- สุวรรณิ ขอบการไธ. (2558). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยกระดูกสันหลังเสื่อมที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว. **วารสารสภาการพยาบาล**; 28(3): 68-79.
- สุรพันธ์ สิทธิสุข. (2555). **แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิด Atrial fibrillation ในประเทศไทย**. กรุงเทพมหานคร : สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์.
- อรนันท์ หาญยุทธ. (2557). กระบวนการพยาบาลและการนำไปใช้ Nursing Process and Implications. **วารสารพยาบาลทหารบก ปีที่ 15 ฉบับที่ 3 (ก.ย. - ธ.ค.)**.
- อัญชลี ยศกรณ. (2564). การเกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังในสถาบันประสาทวิทยา. **วารสารการพยาบาล 45 ปีที่ 23 ฉบับที่ 2 (กรกฎาคม – ธันวาคม)**.
- Katz JN, Zimmerman ZE, Mass H, Makhni MC. (2022). Diagnosis and management of lumbar spinal stenosis: a review.
- Koter, M. et al. Surgical outcome following Laminectomy with Fusion versus Laminectomy alone in patient with degeneration cervical myelopathy. **The Spine Journal**. 2020; 45(24): 1696-1703.
- Lee BH, Moon SH, Suk KS, Yang JH, Lee HM. (2020). Lumbar spinal stenosis: pathophysiology and treatment principle: a narrative review. **Asian Spine J**.
- “Normal conduction และ Atrial fibrillation” [ระบบออนไลน์]. แหล่งที่มา : <https://www.centraalsydneycardiology.com.au/heart-conditions/heart-rhythm-disorders/atrial-fibrillation-af/>

Silverstein MD, Heit JA, Mohr DN, et al. (1998). Trends in the incidence of deep vein thrombosis and pulmonary embolism: a 25-year population-based study. Arch Intern Med.

Tapson V. (2008). Acute Pulmonary Embolism. N Engl J Med. 358: 1037-52.

Thaispine,(2013), Spine-anatomy Retrieved 11 November 2023, from <https://www.thaispine.com>



กรมการแพทย์

โรงพยาบาลเลิดสิน

ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน



กรมการแพทย์

โรงพยาบาลเลิดสิน

ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน

ภาคผนวก ข
ความรู้เกี่ยวกับยา

1. Air-X

ประเภท

ยาลดแก๊ส

ข้อบ่งใช้

ช่วยให้อาการแน่นและมีลมภายในท้องลดลงโดยยาทำให้กระเพาะอาหารและลำไส้ หดตัว กล้ามเนื้อหูรูดคลายตัวทำให้เกิดการขับลมและเกิดการเรอ ลดอาการแน่นเพื่อ จุกเสียด บริเวณกระเพาะอาหารต่อลำไส้เล็ก

การออกฤทธิ์

มีส่วนผสมของสารละลาย dimethylpolysilones และ silica gel มีคุณสมบัติในการลดความตึงผิวของฟองอากาศ ทำให้ฟองอากาศรวมตัวกันเป็นฟองใหญ่ขึ้น ขับออกได้ง่าย

ผลข้างเคียง

ทำให้กระเพาะอาหารหลั่งน้ำย่อยมากขึ้น มีผลข้างเคียงน้อยแม้จะให้ในขนาดสูง

การพยาบาล

1. ให้ยาตรงเวลาและสัมพันธ์กับเวลารับประทานอาหารเพื่อช่วยให้ยาออกฤทธิ์ได้ดีขึ้น
2. ยาชนิดเม็ดต้องเคี้ยวยาให้ละเอียดก่อนกลืนทุกครั้ง เพื่อช่วยให้ยากระจายและแตกตัวได้ดี
3. ในรายที่มีอาการแน่นท้องท้องอืดอย่างรุนแรงหลังจากรับประทานยาแล้วอาจต้องช่วยใส่สายยางทางทวารหนัก เพื่อช่วยลดแก๊สได้เร็วขึ้น
4. ควรระวังในผู้ป่วยที่แพ้ในกระเพาะอาหารและลำไส้ เพราะอาจทำให้มีเลือดออก

2. Amiodarone

ประเภท

ยาด้านหัวใจเต้นผิดปกติ

ข้อบ่งใช้

รักษา Ventricular fibrillation ที่รักษาโดย Lidocaine และ DC shock ไม่ได้ผล และใช้รักษา Ventricular tachycardia ที่ต่อต้านการใช้ยาตัวอื่นๆ

การออกฤทธิ์

เป็น Class III antiarrhythmic drugs ทำให้ปฏิกิริยาการบีบตัวของหัวใจและระยะพักที่เกิดขึ้นในกล้ามเนื้อหัวใจยาวนานออกไป ยับยั้งการกระตุ้น Adrenergic และ sinus rate ช้าลง ช่วงระยะ PR และ QT ของคลื่นไฟฟ้าหัวใจยาวออกไป Amiodarone มีฤทธิ์ขยายเส้นเลือดโคโรนารีและลดแรงต้านของหลอดเลือดส่วนปลายลง แต่ไม่ทำให้หัวใจเต้นเร็วขึ้น

ผลข้างเคียง

ความดันโลหิตต่ำ คลื่นไส้ อาเจียน ต่อม้ำลายเหนียวและเจ็บ

การพยาบาล

1. วัดความดันโลหิตบ่อยๆ ทั้งท่านั่งและท่านอน ระวังอุบัติเหตุจากการเปลี่ยนท่าเร็วๆ เนื่องจากยานี้ทำให้ความดันโลหิตต่ำ
2. ถ้าให้ทางหลอดเลือดดำฉีดยาช้าๆ ประมาณ 10 นาที

3. ยารับประทาน ควรให้พร้อมกับอาหารหรือหลังอาหารทันทีเพื่อลดการระคายเคืองต่อเยื่อบุกระเพาะอาหาร
4. ระวังและสังเกตอาการพิษจากยา โดยเฉพาะผู้ป่วยโรคไต
5. ทำความสะอาดปากฟัน เพื่อบรรเทาอาการเจ็บและการอักเสบของต่อมน้ำลาย
6. แนะนำผู้ป่วยว่าระหว่างใช้ยานี้ ไม่ควรออกไปกลางแสงแดดเป็นเวลานาน เนื่องจากเกิดอาการแพ้ได้
7. แนะนำให้ผู้ป่วยตรวจตา คลื่นไฟฟ้าหัวใจ และการทำงานของต่อมธัยรอยด์อย่างสม่ำเสมอระหว่างใช้ยา

3. B-Co

ประเภท

ข้อบ่งใช้

วิตามินละลายในน้ำ (วิตามิน B1, B2, B3, B5, B6, B7, B9, B12)

ใช้รักษาและป้องกันการขาดวิตามินบีชนิดต่างๆเนื่องมาจากทุกภาวะโภชนาการ โรคบางชนิด ติดสุรา หรืออยู่ในช่วงตั้งครรภ์ ซึ่งจะช่วยให้เสริมการทำงานของระบบต่าง ๆ ในร่างกายที่แตกต่างกันออกไปตามชนิดของวิตามินบี

ประโยชน์

ผลข้างเคียง

ป้องกันการขาดและรักษาระดับวิตามินบีในร่างกาย

วิตามินบีรวมแทบไม่ก่อให้เกิดผลข้างเคียง บางส่วนอาจมีอาการปวดท้อง ท้องเสีย รู้สึกวูบวาบได้เล็กน้อย ขึ้นอยู่กับสูตรและปริมาณของส่วนผสมที่ออกฤทธิ์ แต่ในบางรายอาจเกิดอาการแพ้ยาจนทำให้มีอาการรุนแรงขึ้น เช่น วิงเวียนศีรษะอย่างรุนแรง มีปัญหาในการหายใจ เกิดผื่นแดง คัน และมีอาการบวมบริเวณใบหน้า คอ ลิ้น ซึ่งควรรีบไปพบแพทย์

การพยาบาล

1. ก่อนการใช้วิตามินทุกครั้งควรแจ้งแพทย์หรือเภสัชกรให้ทราบหากเคยมีประวัติการแพ้ยา มีโรคประจำตัวเดิม หรือกำลังใช้ยา สมุนไพร และวิตามินเสริมตัวใดอยู่ในช่วงนั้น เพื่อป้องกันการเกิดผลข้างเคียง ซึ่งผู้ป่วยควรปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์หรือข้อบ่งใช้บนฉลากผลิตภัณฑ์ ไม่ควรเปลี่ยน เพิ่ม และลดปริมาณการใช้วิตามินด้วยตนเอง ยกเว้นได้รับคำสั่งจากแพทย์ หากเป็นวิตามินในรูปแบบเม็ดไม่ควรเคี้ยว แบ่ง หรือตัดออกเป็น ส่วน ควรรับประทานทั้งเม็ด จากนั้นดื่มน้ำตาม 1 แก้ว ส่วนวิตามินในรูปแบบยาน้ำบางชนิดต้องเขย่าขวดให้เข้ากันดีก่อน และใช้ช้อนตวงยาที่ทางโรงพยาบาลให้มา

2. ผู้ที่มีปัญหาเกี่ยวกับหัวใจ โรคตับ โรคโลหิตจางอย่างร้ายแรงจากการขาดวิตามินบี 12 โรคฟีนิลคีโตนูเรีย (Phenylketonuria: PKU) หรือมี

สภาวะอื่นที่ห้ามรับประทานแอสปาร์แตม (Aspartame) ซึ่งเป็นวัตถุให้ความหวานแทนน้ำตาล ควรปรึกษาแพทย์ก่อนการใช้ทุกครั้ง

3. เด็กอายุต่ำกว่า 3 ปี ไม่ควรใช้วิตามินชนิดนี้

4. หญิงมีครรภ์ กำลังวางแผนจะมีบุตร หรืออยู่ในช่วงให้นมบุตร ควรแจ้งแพทย์ล่วงหน้า

5. การใช้วิตามินบีรวมอาจทำให้เกิดผลบวกлож (False Positive) ในการตรวจทางห้องปฏิบัติการบางประเภท จึงควรแจ้งแพทย์หรือผู้ที่เกี่ยวข้องก่อนการตรวจทุกครั้ง

4. Bisoprolol

ประเภท

ข้อบ่งใช้

ยาลดความดันโลหิต และเป็น β -adrenergic receptor blocking agents ควบคุมความดันโลหิตสูง ใช้รักษาอาการเจ็บหน้าอก หัวใจเต้นผิดจังหวะ (Premature Ventricular Contraction) โรคหลอดเลือดหัวใจเรื้อรัง โรคถุงลมโป่งพอง และโรคอื่นๆ ที่มีอาการหลอดเลือดหัวใจร่วมด้วย

การออกฤทธิ์

ปิดกั้นการกระตุ้นเบต้า ตัวรับ Adrenergic ที่หัวใจถูกปิดกั้นมีผลทำให้อัตราการเต้นและแรงบีบตัวของหัวใจลดลง ยับยั้งการสร้างเรนินที่ไตทำให้ความดันโลหิตลดลง

ผลข้างเคียง

หัวใจเต้นช้า เต้นเร็วหรือไม่สม่ำเสมอ มึนงงหรือเป็นลม มือเท้าเย็น ชักนอนไม่หลับ อ่อนเพลีย เหนื่อยง่าย สับสน ซึมเศร้า ผื่นร่าย อาจหมดสมรรถภาพทางเพศ ปัสสาวะบ่อยสีเข้ม หายใจลำบาก ฟังปอดมีเสียงหวีด

การพยาบาล

1. วัดความดันโลหิต จับชีพจรก่อนให้ยาทุกครั้ง ชั่งน้ำหนักทุกวัน ดูสมดุลของน้ำดื่มและปัสสาวะ เพื่อประเมินภาวะน้ำเกิน เช่น บวม น้ำหนักขึ้น ฟังปอดได้ยินเสียง Crepitation เส้นเลือดดำที่คอโป่งพอง เป็นต้น ถ้าพบสิ่งผิดปกติเหล่านี้ต้องหยุดยาและรีบรายงานแพทย์เพื่อการช่วยเหลือ

2. ตรวจเลือดดูระดับ BUN, Uric acid, Lipoprotein, Triglyceride, Serum electrolyte, Blood glucose, CBC, WBC, Platelets เพื่อดูหน้าที่ของไตและตับ

3. แนะนำให้ผู้ป่วยเปลี่ยนท่าช้าๆ เวลาลุกขึ้นนั่งหรือยืน หลีกเลี่ยงการอาบน้ำอุ่น ดื่มสุรา และอากาศร้อน ถ้ามีอาการมึนงงให้ระวังอุบัติเหตุจากการขับรถหรือจากเครื่องจักร

5. Carvedilol

ประเภท	ยากลุ่มปิดกั้นเบต้า (Beta Blockers)
ข้อบ่งใช้	ใช้รักษาภาวะหัวใจล้มเหลว รักษาความดันโลหิตสูง
การออกฤทธิ์	ช่วยให้หัวใจเต้นช้าลงและลดความดันโลหิต
ผลข้างเคียง	อาจเกิดการแพ้ยาได้ โดยมีอาการลมพิษขึ้น มือเท้าเย็นหรือมีอาการชา ริมฝีปาก ใบหน้า ลิ้นหรือคอบวม ผลข้างเคียงทั่วไป ได้แก่ อ่อนเพลีย หน้ามืด ตาแห้ง ท้องเสีย น้ำหนักขึ้น ผลข้างเคียงที่ควรพบแพทย์ ได้แก่ ไอแห้ง เจ็บหน้าอก แน่นหน้าอก ปัสสาวะบ่อย มองเห็นไม่ชัด หน้ามืดคล้ายจะเป็นลม หัวใจเต้นช้าลงหรือ ไม่สม่ำเสมอ น้ำหนักลดหรือเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว หายใจติดขัดหรือลำบาก แม้ออกกำลังกายเพียงเล็กน้อย
การพยาบาล	1. แนะนำผู้ป่วยให้แจ้งแพทย์ทราบประวัติการแพ้ยา อาหาร หรือสารต่างๆ และโรคประจำตัว 2. ห้ามปรับเปลี่ยนปริมาณยา งดหรือหยุดยาโดยไม่ปรึกษาแพทย์เนื่องจาก อาจทำให้อาการแย่ลง 3. ดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานยาในเวลาเดิมทุกวัน 4. ถ้าผู้ป่วยมีอาการแพ้ หรือมีผลข้างเคียงที่ควรพบแพทย์ ต้องรายงาน แพทย์ทันที

6. Cefazolin

ประเภท	ยาปฏิชีวนะ กลุ่ม Cephalosporins เป็น First generation
ข้อบ่งใช้	รักษาการติดเชื้อทางเดินหายใจ ทางเดินอาหาร ผิวหนัง ท่อทางเดินน้ำดี ติดเชื้อในกระแสเลือดและเยื่อหุ้มหัวใจ ใช้ป้องกันการติดเชื้อภายหลังการ ผ่าตัด
การออกฤทธิ์	มีฤทธิ์ต้านแบคทีเรียแกรมบวกและแกรมลบ Staphylococcus aureus, E. Coli, Proteus mirabilis, Hemophilus influenza ใช้รักษาการติดเชื้อ ทางเดินหายใจ ช่องหูส่วนกลาง ผิวหนัง กระดูก และทางเดินปัสสาวะ ป้องกันการติดเชื้อจากการผ่าตัดเปิดหัวใจเส้นเลือดแดงในช่องท้อง ข้อ ตะโพก ช่องปาก สูติ-นรีเวช เนื้อเยื่ออ่อน ติดเชื้อท่อน้ำดี ถุงน้ำดี ไชกระดูก อักเสบเยื่อข้อต่ออักเสบ
ผลข้างเคียง	มีพิษต่อไต พิษต่อระบบประสาท โดยเฉพาะในรายที่ได้รับยาติดต่อกันเป็น เวลานานหรือขนาดสูง แพ้ยาชนิด Anaphylaxis ผื่นคันมีจุดเลือดออก ใช้ หนาวสั่น ปวดข้อ บวม การแข็งตัวของเลือดต่ำ มี Neutropenia, Leukopenia

การพยาบาล

ให้การดูแลและแนะนำผู้ป่วย ดังนี้

1. ชักประวัติเกี่ยวกับการใช้ยา ในกรณีที่มีประวัติแพ้ยาเพนิซิลลิน มีโอกาสเกิดการแพ้ยา Cephalosporins ได้
2. ให้รับประทานยาพร้อมอาหารหรือนม ป้องกันการระคายเคืองกระเพาะอาหาร
3. ไม่ให้รับประทานยาร่วมกับการดื่มสุรา
4. หากฉีดเข้ากล้ามเนื้อ จะเจ็บปวดมากและปวดนาน หากจำเป็นต้องฉีดผสม 1 กรัม ในน้ำกลั่น 2.5 มิลลิลิตร ควรฉีดที่ลึกที่กล้ามเนื้อใหญ่ เช่น กล้ามเนื้อสะโพก เป็นต้น และเปลี่ยนที่ฉีดบ่อยๆ
5. การฉีดยาเข้าหลอดเลือดดำแต่ละครั้ง หากฉีดเข้าหลอดเลือดดำ ผสม 1 กรัม ในน้ำกลั่น 10 มิลลิลิตร I.V. Push ให้นานมากกว่า 3-4 นาที ให้ได้ 2-4 ครั้งต่อวัน ระวังยารั่วออกนอกหลอดเลือด เพราะจะทำให้เกิดอักเสบบริเวณที่ฉีดยา
6. หลังฉีดควรสังเกตอาการอย่างน้อย 30 นาที เพื่อป้องกันการแพ้ยาและภาวะภูมิไวเกิน
7. ไม่ให้ร่วมกับยาปฏิชีวนะอื่นในกระบอกฉีดยาหรือขวดผสมยาเดียวกัน
8. สังเกตอาการไข้ ควรลดลงและปริมาณปัสสาวะที่ออกควรมีจำนวนปกติ
9. สังเกตภาวะติดเชื้อแทรกซ้อน ได้แก่ เชื้อราในปาก และอวัยวะสืบพันธุ์

7. Chlorpheniramine

ประเภท

ยาแก้แพ้กลุ่มที่แย่งจับ H1 receptor กลุ่ม Alkylamine

ข้อบ่งใช้

รักษาโรคแพ้ากาศ และลดการอักเสบเยื่อจมูก รวมทั้งอาการจาม คันตา น้ำตาไหล คันในคอ น้ำมูกไหล

การออกฤทธิ์

ต้านฮีสตามีน ต้านการบวม การหดตัวของระบบทางเดินหายใจ ทางเดินอาหาร และกล้ามเนื้อเรียบของหลอดเลือด

ผลข้างเคียง

มีอาการซึม มึน ง่วงหลับ เวียนศีรษะ ให้อ้อ ใจสั่น ชีพจรเร็ว ความดันโลหิตต่ำหรือสูงเล็กน้อย ตามัว ปากคอแห้ง ท้องผูก ปัสสาวะลำบาก คลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร ท้องเดิน

การพยาบาล

1. สังเกตอาการที่เกิดจากผลข้างเคียงของยา เช่น ง่วงหลับ เป็นต้น
2. วัดความดันโลหิตและประเมินความผิดปกติ โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตสูงอยู่ก่อน
3. แนะนำให้ผู้ป่วยงดดื่มสุราร่วมกับยา เนื่องจากยาจะสนับสนุนการออกฤทธิ์ของแอลกอฮอล์
4. ผู้ป่วยที่ใช้นานเป็นเวลานานๆ ควรเจาะเลือดเพื่อนับเม็ดเลือดเป็นระยะๆ

8. Dexamethasone

ประเภท

สเตียรอยด์ Anti-inflammation. immunosuppressant

ข้อบ่งใช้

รักษาอาการแพ้อย่างเฉียบพลัน Cerebral edema เนื่องจากเนื้องอกในสมอง Craniotomy หรือ Head injury

การออกฤทธิ์

มีฤทธิ์ทาง glucocorticoid มากกว่า mineralocorticoid คล้าย corticosteroid ตัวอื่น ยานี้เป็นทั้งยากดภูมิต้านทานและเป็นยาต้านการอักเสบ

ผลข้างเคียง

แพ้ชนิด Anaphylaxis ถ้าให้ยาเร็ว หายใจลำบาก นอนไม่หลับ กระสับกระส่าย วิดกกังวล ชี้น้ําสีขาว ปวดศีรษะ อารมณ์แปรปรวน ชัก มีอาการทางจิต vertigo หัวใจเต้นผิดจังหวะบวม สูญเสียโปแตสเซียม ความดันโลหิตสูง เป็น Cushing's syndrome ถ้าใช้เป็นยาหยุดตาจะมีตาพร่ามัว แสบตา เป็น Cataracts มีความอยากอาหารเพิ่มขึ้น อาหารไม่ย่อย คลื่นไส้ แผลในกระเพาะอาหาร ติดเชื้อทางเดินหายใจ ในช่องปาก มีแผลบริเวณที่ให้ยา ปวดกล้ามเนื้อ อ่อนเพลีย กระดูกพรุน กระดูกหัก ไม่มีประจำเดือน มีสิว แผลเรื้อรัง

การพยาบาล

1. หากผู้ป่วยมีกระดูกพรุน ต้องเคลื่อนผู้ป่วยอย่างระมัดระวังและนุ่มนวล เพราะอาจทำให้กระดูกหัก
2. สังเกตและประเมินผลข้างเคียง ถ้ามีให้รายงานแพทย์
3. ให้คำแนะนำผู้ป่วย ดังนี้
 - 3.1 รับประทานยาพร้อมอาหาร เพื่อป้องกันอาการในทางเดินอาหาร
 - 3.2 หลีกเลี่ยงการดื่มสุรา สูบบุหรี่
 - 3.3 ถ้าลืมรับประทานยา ให้รับประทานทันทีที่นึกได้ แต่อย่ารับประทานเป็น 2 เท่าในแต่ละครั้ง ชั่งน้ำหนัก จำกัดอาหารและโซเดียม เพิ่มอาหารประเภทโปรตีนและโปแตสเซียม
 - 3.4 อย่าหยุดยาเอง ต้องปรึกษาแพทย์
4. สำหรับผู้ป่วยเบาหวานต้องระวังระดับน้ำตาลในเลือดอยู่เสมอ เพราะยาจะทำให้น้ำตาลในเลือดสูง

9. Dicloxacillin

ประเภท

ยาปฏิชีวนะ กลุ่มเพนิซิลลิน

ข้อบ่งใช้

จัดเชื้อแบคทีเรียที่เป็นสาเหตุของการติดเชื้อ ได้แก่ ปอดบวม ติดเชื้อในหู ทางเดินปัสสาวะ กระดูก และผิวหนัง ใช้ได้เฉพาะโรคติดเชื้อที่เกิดจากเชื้อ Streptococcus ซึ่งสามารถสร้าง Penicillinase ได้ ทำให้เพนิซิลลินชนิดอื่นใช้ไม่ได้ผล

การออกฤทธิ์	เป็นยาฆ่าเชื้อแบคทีเรีย ออกฤทธิ์ยับยั้งการสร้างผนังเซลล์ของแบคทีเรีย เป็นเพนิซิลลิน กึ่งสังเคราะห์ที่มีสูตรโครงสร้างทางเคมีที่ทำให้ทนต่อการย่อยเอนไซม์ Penicillinase ยากลุ่มนี้มีความแรงน้อยกว่า Penicillin G มาก
ผลข้างเคียง	ทำให้มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสีย ไตอักเสบ มีไข้ขาวในปัสสาวะ หลอดเลือดดำอักเสบ แพ้ลมพิษ มีไข้ แพ้รุนแรง และเฉียบพลัน ตับอักเสบ
การพยาบาล	1. Dicloxacillin แม้ว่าจะทนต่อการดื้อ และ Penicillinase แต่จะถูกขัดขวางการดูดซึมโดยอาหารในกระเพาะอาหาร จึงควรให้รับประทานเมื่อกระเพาะอาหารว่าง คือ ก่อนอาหารประมาณ 30 นาที ถึง 1 ชั่วโมง 2. Dicloxacillin ซึ่งอยู่ในรูปของยาฉีด การฉีดทางหลอดเลือดดำโดยตรงจะมีอัตราการเกิดหลอดเลือดดำอักเสบสูงมาก จึงควรผสม Dicloxacillin 500 มิลลิกรัมในน้ำกลั่น 10 มิลลิลิตร ฉีดช้าๆ เป็นเวลา 3-4 นาที หรือผสม Dicloxacillin 1 ใน 5% D/W 50 มิลลิลิตร ให้โดยหยดเข้าทางหลอดเลือดดำให้หมดภายใน 30 นาที ถึง 1 ชั่วโมง หรือถ้าจำเป็นต้องฉีดโดยตรงต้องเจือจางยาให้มากขึ้น และฉีดช้าๆ หรือถ้าฉีด Dicloxacillin เข้าภายในช่องเยื่อหุ้มสมองและไขสันหลัง ควรผสมยาทันทีก่อนใช้ใน Sodium chloride injection 0.9% ให้ได้ความเข้มข้น 10 มิลลิกรัมต่อ 1 มิลลิลิตร

10. Eliquis

ประเภท	ยาต้านการแข็งตัวของเลือดในกลุ่ม NOACs
ข้อบ่งใช้	- โรคหัวใจเต้นผิดจังหวะที่ไม่มีโรคลิ้นหัวใจร่วมด้วยเพื่อป้องกันการเกิดลิ่มเลือดอุดตัน - รักษาภาวะลิ่มเลือดอุดตันหลอดเลือดในปอด แขน หรือขา - ป้องกันการเกิดลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำสำหรับผู้ที่มีค่าไตเปลี่ยนแปลง สะโพกหรือข้อเข่า
การออกฤทธิ์	เป็นยาที่ออกฤทธิ์ต้านการแข็งตัวของเลือด ใช้ป้องกันการเกิดลิ่มเลือด ซึ่งอาจไปอุดตันตามเส้นเลือดที่ส่วนต่างๆ ของร่างกาย เช่น สมอง ปอด หรือขา ซึ่งเป็นยากลุ่มใหม่ที่ถูกพัฒนาขึ้นเพื่อใช้ในผู้ป่วยที่มีข้อจำกัดในการใช้ยา Warfarin
ผลข้างเคียง	อาการผิดปกติที่ต้องสังเกต ระหว่างกินยา - อาการเลือดออกผิดปกติ มีจ้ำเลือด รอยฟกช้ำตามผิวหนังโดยไม่ทราบสาเหตุ เมื่อเกิดบาดแผลเลือดไหลไม่หยุด เลือดออกตามไรฟัน เลือดกำเดาไหล เลือดออกในตาขาว ปัสสาวะสีแดงหรือน้ำตาล มีเลือดปนกับอุจจาระ เลือดประจำเดือนออกมากผิดปกติ หรือภาวะเลือดออกในสมอง โดยมีอาการปวดศีรษะรุนแรง เดินเซ อาเจียน ชัก ซึม หหมดสติ - อาการลิ่มเลือดอุดตัน เช่น แขนขาอ่อนแรงครึ่งซีก หน้าเบี้ยว ปากเบี้ยว

พูดไม่ออก พูดไม่ชัด การเห็นภาพซ้อน

- การหกล้ม ศีรษะกระแทก หรือถูกกระแทบกระเทือนอย่างรุนแรง

การพยาบาล

1. ดูแลให้ผู้ป่วยกินยาอย่างเคร่งครัดและตรงเวลา เนื่องจากการขาดยาหรือกินยาไม่ตรงเวลา อาจเพิ่มความเสี่ยงการเกิดลิ่มเลือดอุดตัน และความเสี่ยงการเกิดเลือดออกผิดปกติได้
2. ระวังภาวะวังวนอุบัติเหตุหรือการเกิดแผล เพราะเลือดอาจไหลไม่หยุด วิธีแก้คือใช้มือหรือผ้าสะอาด กดตรงแผลไว้ให้แน่น เพื่อลดการสูญเสียเลือด หากบาดแผลมีเลือดออกมาก หรือมีอาการลิ่มเลือดอุดตัน ให้รีบไปพบแพทย์ทันที
3. เมื่อไปพบทันตแพทย์หรือแพทย์อื่น ควรแจ้งให้ทราบว่ารับประทานยากลุ่มนี้อยู่ โดยเฉพาะกรณีผ่าตัดหรือถอนฟัน
4. ยาในกลุ่มนี้ไม่จำเป็นต้องเจาะเลือดเพื่อติดตามค่าการแข็งตัวของเลือด แต่บางกรณีแพทย์อาจพิจารณาเจาะเลือดเพื่อตรวจสอบประสิทธิภาพและความปลอดภัยของยา เรียกว่า Anti-Factor Xa นอกจากนี้ส่วนใหญ่ถูกกำจัดออกทางไตเป็นหลัก ดังนั้น จึงควรติดตามค่าการทำงานของไตและค่าความเข้มข้นของเลือด (Hb) อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง
5. แนะนำให้หลีกเลี่ยงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และการสูบบุหรี่ เนื่องจากมีผลต่อภาวะการแข็งตัวของเลือด

11. Enoxaparin

ประเภท

anticoagulant, low molecular weight heparin

ข้อบ่งใช้

ป้องกันการเกิดโรคลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำ และป้องกันการเกิดลิ่มเลือดที่ไหลเวียนนอกห้องกายระหว่างทำ Hemodialysis ป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการขาดเลือดในผู้ป่วย Unstable angina และ Non-Q wave MI และ Pulmonary embolism

การออกฤทธิ์

เป็นสารเฮปารินที่มีน้ำหนักโมเลกุลต่ำ มี Anti factor-Xa Activity สูง (100 ยูนิต/มิลลิกรัม) และมี Anti factor II หรือ Antithrombin Activity ต่ำ (28 ยูนิต/มิลลิกรัม) เมื่อใช้ขนาดต่างๆ Enoxaparin sodium จะไม่ทำให้ค่า Bleeding time เพิ่มขึ้น ขนาดยาที่ใช้กับการป้องกันการแข็งตัวของเลือด ยาตัวนี้จะไม่เปลี่ยนค่า APTT และจะไม่มีผลต่อการจับกลุ่มของเกล็ดเลือด (Platelet aggregation) หรือการจับกันของ Fibrinogen กับเกล็ดเลือด

ผลข้างเคียง

อัตราการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จะแปรผันไปตั้งแต่ระดับที่ไม่รุนแรงจนถึงรุนแรงมาก ซึ่งประกอบด้วย

การพยาบาล

1. มีเลือดออกตามอวัยวะต่างๆ ถ้าพบต้องรีบรายงานแพทย์ทราบทันที
 2. มีรอยแดงบริเวณที่ฉีดยา
 3. มีการแพ้ยาเฉพาะที่หรือทั่วร่างกาย
 4. ภาวะเกล็ดเลือดต่ำกว่าปกติ หากตรวจพบต้องรีบรายงานแพทย์ทราบทันที
 5. มีผื่นที่ผิวหนังบริเวณที่ฉีดยา ซึ่งจะเกิดขึ้นได้ยากมาก ถ้าพบต้องรีบรายงานแพทย์ทราบทันที
 6. ถ้าใช้ยานี้เป็นเวลาหลายเดือนมีโอกาสทำให้กระดูกหักได้ง่าย
 7. มีระดับเอนไซม์ Transaminases ในเลือดเพิ่มขึ้น
1. ฝ้าระวังอย่างใกล้ชิดขณะฉีดยา Enoxaparin sodium
 2. ในกรณีฉีดยา Enoxaparin sodium เพื่อรักษาการเกิดลิ่มเลือด ควรติดตามการนับจำนวนเกล็ดเลือด เปรียบเทียบก่อนเริ่มให้การรักษา ถ้าจำนวนเกล็ดเลือดลดลงต่ำกว่า 30-50 % ของปกติ จะต้องหยุดยาทันที
 3. เทคนิคการฉีดยา Enoxaparin sodium เข้าใต้ผิวหนัง มีดังนี้
 - 3.1 ควรฉีดยาในขณะที่ผู้ป่วยอยู่ในท่านอน ฉีดยาใต้ผิวหนังบริเวณผืนหนังท้องด้านข้างของลำตัวคอนไปข้างหน้าหรือหลังก็ได้ โดยการฉีดยาสลับกันระหว่างด้านซ้ายและขวา
 - 3.2 แทะเข็มในแนวตั้งฉากกับผิวหนัง ซึ่งจับตึงขึ้นด้วยนิ้วหัวแม่มือและนิ้วชี้ โดยผิวหนังจะถูกยกขึ้นมาตลอดเวลาที่ฉีดยา
 4. ห้ามฉีดยานี้เข้ากล้ามเนื้อ
 5. ยาจะต้องเก็บในอุณหภูมิที่ต่ำกว่า 25 องศาเซลเซียส ห้ามแช่แข็ง

12. Fosfomycin

ประเภท

ยาต้านจุลชีพ

ข้อบ่งใช้

รักษาการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ

การออกฤทธิ์

ยับยั้งการสร้างผนังเซลล์ของแบคทีเรีย มีประสิทธิภาพสูงสำหรับรักษาการติดเชื้อ Pseudomonas, Proteus และ Serratia โดยเฉพาะการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ รวมทั้งเชื้อ S. aureus และ E.Coli ที่ดื้อต่อยาต้านจุลชีพอื่นๆ

ผลข้างเคียง

อาจทำให้ค่าของเอนไซม์ในตับบางตัวสูงขึ้น เกิดผื่นแดงคัน มีผลระคายเคืองต่อทางเดินอาหาร อาจเกิดอาการช็อกและการเป็นพิษต่อไต

การพยาบาล

1. ให้ผู้ป่วยรับประทานยาพร้อมกับอาหารถ้ามีอาการระคายเคืองต่อทางเดินอาหาร

ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลดสิน

2. แนะนำให้ผู้ป่วยผสมยาในน้ำ 90-120 มิลลิลิตร/1ซอง คนให้ละลายก่อนดื่ม ไม่ควรรับประทานยาโดยไม่ผสมน้ำหรือผสมในน้ำร้อน เมื่อผสมยาในน้ำแล้วต้องดื่มทันที
3. ประเมินอาการและอาการแสดงของการติดเชื้อ ถ้าไม่ดีขึ้นควรส่งปัสสาวะเพื่อตรวจเพาะเชื้อและยาที่ใช้ได้ผลกับเชือนั้นๆ
4. กระตุ้นผู้ป่วยดื่มน้ำมากๆ และติดตามผลข้างเคียง เช่น คลื่นไส้ ปวดท้อง (รับประทานอาหารทีละน้อย บ่อยครั้ง รับประทานยาพร้อมอาหาร) มึนงง (ระวังในการขับรถหรือการใช้เครื่องมือที่เป็นอันตราย) เป็นต้น
5. ให้รายงานพยาบาลหรือแพทย์ถ้ามีอาการผิดปกติ เช่น ผื่น มีการเปลี่ยนแปลงของสายตา มีปัญหาทางเดินอาหาร มือสั่น อาการทางเดินปัสสาวะไม่ดีขึ้น เป็นต้น

13. Losec

ประเภท

ยาลดกรดชนิด Proton pump inhibitor

ข้อบ่งใช้

ลดกรดในกระเพาะอาหาร รักษาแผลในลำไส้เล็กส่วนต้น แผลในกระเพาะอาหาร หลอดอาหารอักเสบ รักษาภาวะการหลั่งกรดมากเกินไป และ Zollinger Ellison syndrome

การออกฤทธิ์

ยับยั้งการทำงานของเอนไซม์ $H^+, K^+ ATPase$ ซึ่งทำหน้าที่ในการขับเคลื่อนไฮโดรเจนไอออนออกจากเซลล์ Parietal ของกระเพาะอาหาร จึงยับยั้งการสร้างกรดเกลือในกระเพาะอาหารที่ขั้นตอนสุดท้าย จึงหยุดได้ทั้งกรดที่หลั่งเองตามปกติและกรดที่เกิดจากการกระตุ้นต่างๆได้อย่างสมบูรณ์

ผลข้างเคียง

พบน้อย อาจพบอาการคลื่นไส้ อาเจียนปวดท้อง ปวดศีรษะ มีผื่นขึ้น ลมพิษ อาการคัน ไอ มีการติดเชื้อในทางเดินหายใจ มึนงง ปวดหลัง ท้องเดิน ท้องผูก ท้องอืด ง่วงนอน นอนไม่หลับ สูญเสียการทรงตัว เอนไซม์ในตับเพิ่มขึ้น รู้สึกไม่สบายตัว อาจมีอาการไวต่อแสง ผิวง่ายไหม้ ร้อนแดง ศีรษะล้าน ปวดตามข้อ กล้ามเนื้ออ่อนแรง ปากแห้ง ตับอักเสบ

การพยาบาล

ให้การดูแลและให้คำแนะนำ ดังนี้

1. ให้ยาก่อนอาหารในตอนเช้า
2. ถ้าลืมรับประทานยา ให้รับประทานทันทีที่นึกได้ แต่อย่ารับประทานเป็น 2 เท่า
3. ให้กลืนยาทั้งแคปซูล ไม่แกะแคปซูลหรือเคี้ยว
4. หากมีอาการผิดปกติ เช่น ปัสสาวะเป็นเลือด ปัสสาวะแสบขัด เจ็บคอ และมีไข้ อ่อนเพลียมาก ให้รายงานแพทย์ทราบ

14. Madiplot

ประเภท

Calcium Chanel Blocker

ข้อบ่งใช้

ใช้รักษาโรคความดันโลหิตสูง รวมถึงอาการเจ็บหน้าอกด้วยหัวใจขาดเลือด และป้องกันการหดเกร็งของหลอดเลือดดำในบริเวณสมองด้วยเช่นกัน

การออกฤทธิ์

เป็นยาต้านแคลเซียมไม่ให้เข้าสู่หัวใจและกล้ามเนื้อเรียบที่อยู่ในผนังเซลล์หลอดเลือด ช่วยขยายหลอดเลือดแดงกว้างขึ้นๆ ลดการบีบตัวของหัวใจช้าลงๆ ผลโดยรวมทำให้ความดันโลหิตลดลง

ผลข้างเคียง

อาการอันไม่พึงประสงค์ทั่วไป ได้แก่ หน้าแดง ใบหน้าร้อนผ่าว ปวดท้อง หรือไม่สบายท้อง มีลมในกระเพาะอาหาร คลื่นไส้ อาเจียน อ่อนเพลีย หรือไม่มีแรงโดยไม่ทราบสาเหตุ ปวดศีรษะ มึนงง

อาการอันไม่พึงประสงค์รุนแรง ได้แก่ มีอาการแพ้ เช่น ผื่นคัน ผื่นลมพิษ บวมตามอวัยวะต่างๆ เช่น ใบหน้า ริมฝีปาก ลิ้น ขา และข้อเท้า หายใจลำบาก หน้ามืด เป็นลม การมองเห็นหรือการได้ยินเปลี่ยนแปลงไป เจ็บหน้าอกมากขึ้นหรือบ่อยขึ้น หัวใจเต้นผิดปกติ หวหะ ใจสั่นหรือเต้นเร็วผิดปกติ ตัวและตาเปลี่ยนเป็นสีเหลืองอย่างผิดปกติ

การพยาบาล

1. ให้ผู้ป่วยรับประทานยาได้ทั้งก่อนและหลังอาหาร แต่ควรรับประทานยาในเวลาเดียวกันของแต่ละวัน และควรรับประทานยาให้ตรงเวลาทุกครั้ง
2. แนะนำผู้ป่วยให้ดื่มน้ำและอาหารที่มีปริมาณเกลือโซเดียมสูง
3. ยานี้อาจทำให้มีอาการง่วง ดังนั้นจึงควรหลีกเลี่ยงการขับขี่ยานพาหนะ หรือใช้เครื่องจักร
4. ยานี้อาจทำให้หน้ามืด เวียนศีรษะ ดังนั้นจึงไม่ควรลุกขึ้นยืนหรือนั่งลงอย่างรวดเร็ว
5. ควรดื่มน้ำแอลกอฮอล์ระหว่างการใช้อย่างน้อยหนึ่งครั้ง เพราะอาจทำให้มีอาการมึนงงหรือง่วงซึมมากขึ้น

15. MOM

ประเภท

ยาระบาย

ข้อบ่งใช้

รักษาอาการท้องผูก บางครั้งใช้เป็นยาลดกรดในกระเพาะอาหาร และบรรเทาอาการแสบร้อนกลางอก

การออกฤทธิ์

ช่วยเพิ่มน้ำในลำไส้ใหญ่จากเนื้อเยื่อรอบๆ ช่วยให้การขับถ่ายได้ง่ายขึ้น

ผลข้างเคียง

ส่วนมากไม่ค่อยปรากฏอาการที่รุนแรงจากผลข้างเคียงของยา แต่ควรไปพบแพทย์ทันทีถ้ามีอาการแพ้ เช่น มีอาการบวมบริเวณใบหน้า ลิ้น ลำคอ หรือมีผื่นผิวหนังและคัน หรือมีอาการอื่นๆ เช่น ระดับแมกนีเซียมสูง เช่น หัวใจเต้นผิดปกติ กล้ามเนื้ออ่อนแรง หายใจตื้น ภาวะขาดน้ำ เช่น ปากแห้ง

การพยาบาล	เวียนศีรษะ หิวน้ำจืด หรือปัสสาวะน้อยลง ภาวะเกี่ยวกับทางเดินอาหาร ผิดปกติ เช่น ปวดท้องมาก หรือถ่ายเป็นเลือด เลือดออกทางทวารหนัก 1. ให้ผู้ป่วยดื่มน้ำ 1 แก้วเต็ม (ประมาณ 230 มิลลิลิตร) ตามทุกครั้งหลังกินยา 2. สังเกตการขับถ่ายหลังกินยา 30 นาทีถึง 6 ชั่วโมงหากยังไม่ถ่าย ควรปรึกษาแพทย์ 3. หากลืมหากินยา ควรรีบกินยาทันทีที่รู้ตัว แต่หากใกล้จะถึงเวลากินยาครั้งต่อไปแล้ว ให้ข้ามยาที่ลืมหากินนั้นไป โดยห้ามเพิ่มปริมาณยาในครั้งต่อไปเด็ดขาด หากกินยาเกินขนาดจากปริมาณที่กำหนดไว้ใน 24 ชั่วโมง อาจทำให้มีอาการท้องเสียหรือปวดเกร็งท้อง ควรรีบไปพบแพทย์
-----------	--

16. Morphine

ประเภท

ยาระงับปวดชนิดเสพติด สกัดได้จากฝิ่นตามธรรมชาติ มีประสิทธิภาพสูงสุดในการระงับอาการปวด

ข้อบ่งใช้

บรรเทาอาการปวดระดับกลางถึงรุนแรง อาการปวดรุนแรงจากกล้ามเนื้อหัวใจตาย ใช้ก่อนผ่าตัดเพื่อลดขนาดยาสลบ ควบคุมอาการหลังผ่าตัด บรรเทาความวิตกกังวล ลดอาการเหนื่อยเนื่องจาก Acute left ventricular failure และ Pulmonary edema ใช้เป็นยาสลบเพื่อผ่าตัด Open-heart ระงับปวดจากโรคกระเพาะ

การออกฤทธิ์

กระตุ้น Opioid receptor ได้ดี ในไขสันหลังและที่สมองส่วนที่เกี่ยวข้องกับความเจ็บปวด ทำให้การนำความรู้สึกและการแปลผลเกี่ยวกับความเจ็บปวดลดลง

ผลข้างเคียง

ที่สำคัญ คือ กดการหายใจ คลื่นไส้ อาเจียน ความดันในกะโหลกศีรษะเพิ่มขึ้น เวียนศีรษะ ท้องผูก ม่านตาเล็กลง ปัสสาวะไม่ออก อาการพิษจะเกิดจากการใช้ยาเกินขนาด เช่น ไม่รู้สึกตัว ม่านตาเท่ารูเข็ม หายใจช้ามาก ในที่สุดเป็น Cheyne-Stokes เกิดอาการตัวเขียว ผิวหนังเย็น ความดันโลหิตต่ำ หหมดสติ เป็นต้น บางรายมีอาการติดยาเมื่อใช้ยาทุกวัน เป็นเวลา 3 สัปดาห์ คือ เมื่อติดยาและหยุดยาจะทำให้เกิดอาการผิดปกติ เรียกว่า อาการลงแดง มีอาการเหงื่อแตก น้ำตาไหล ความดันโลหิตสูง ปวดท้อง อาเจียน ท้องเดิน หงุดหงิด กังวล

การพยาบาล

1. การฉีดยาเข้าหลอดเลือดดำ ควรฉีดช้าๆ ให้ช่วงเวลาฉีดแต่ละครั้งมากกว่า 5 นาที และต้องสังเกตอาการของผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด
2. สังเกตและตรวจสอบสัญญาณชีพก่อนและหลังให้ยา ถ้าพบอัตราการหายใจน้อยกว่า 12 ครั้ง ต่อนาที ควรรายงานแพทย์ทราบเพื่อพิจารณาหยุดยา
3. บันทึกปริมาณน้ำเข้าและน้ำออก เพื่อดูการทำงานของไต

4. สังเกตอาการข้างเคียงของยา อาการติดยา ถ้ายาระคายเคืองกระเพาะอาหาร ให้รับประทานยาร่วมกับนมหรืออาหาร หลีกเลี่ยงการดื่มสุราและยากดประสาท
5. สังเกตระดับความรู้สึกตัว ภาวะทางจิตใจในผู้ที่ได้รับยานานๆ
6. แนะนำผู้ป่วยให้เปลี่ยนอิริยาบถอย่างช้าๆ เพื่อป้องกันความดันโลหิตต่ำ
7. แนะนำผู้ป่วยให้หลีกเลี่ยงการขับขีวดยานพาหนะ หรือทำงานเกี่ยวกับเครื่องจักรกลสอนให้ผู้ป่วยหายใจเข้าลึกๆ และเปลี่ยนอิริยาบถเท่าที่จำเป็น เพื่อให้หายเจ็บปวดเร็วขึ้น
8. เตรียมออกซิเจน เครื่องช่วยหายใจให้พร้อม
9. จัดสิ่งแวดล้อมให้สงบ เพื่อให้ผู้ป่วยบรรเทาความเจ็บปวด
10. ลดความวิตกกังวลของผู้ป่วย

17. Motilium

ประเภท

ยาป้องกันอาเจียน

ข้อบ่งใช้

ป้องกันอาเจียนที่เกิดจากหลายสาเหตุ เช่น หลังการผ่าตัด รังสีบำบัด พยาธิสภาพของอวัยวะในช่องท้อง ไมเกรน การรักษาโรค Parkinson และ toxic infection และใช้รักษาอาการย่อยอาหารผิดปกติ แน่นท้อง ท้องอืด แสบท้อง

การออกฤทธิ์

จับกับ Chemoreceptor trigger zone (CTZ) และออกฤทธิ์ต้านการหลั่ง Dopamine ซึ่งเป็นสารสื่อสัญญาณประสาทที่สำคัญของ CTZ ทำให้ threshold ของ CTZ เพิ่มขึ้น นอกจากนี้ยังลดสัญญาณประสาทของระบบทางเดินอาหารไปยังศูนย์อาเจียน และเพิ่มการหดตัวของกล้ามเนื้อหูรูดในหลอดอาหาร ทำให้อาการคลื่นไส้อาเจียนลดลง

ผลข้างเคียง

พบน้อย เช่น ปากแห้ง ปวดศีรษะ มีผื่นขึ้นตามผิวหนัง หรือมีอาการคัน lactation กระหายน้ำ ท้องเดิน มีอาการกระสับกระส่าย

การพยาบาล

ให้การดูแลและแนะนำผู้ป่วย ดังนี้

1. หลีกเลี่ยงการทำงานที่เกี่ยวข้องกับเครื่องจักรกลและการขับรถ
2. หากต้องการป้องกันอาเจียนขณะรับประทานอาหารต้องให้รับประทานยาก่อนอาหารประมาณ 30 นาที
3. ดูแลความสะอาดปากฟัน ถ้ามีอาการปากคอแห้ง ให้ดื่มน้ำมากขึ้น

18. Mydocalm

ประเภท	ยาคลายกล้ามเนื้อ
ข้อบ่งใช้	ใช้รักษาอาการปวดกล้ามเนื้อ ทำให้กล้ามเนื้อคลายตัวและผ่อนคลาย
การออกฤทธิ์	ออกฤทธิ์ที่ระบบประสาทส่วนกลาง ช่วยบรรเทาอาการปวดจากการหดเกร็งของกล้ามเนื้อ
ผลข้างเคียง	ความดันโลหิตต่ำ เกิดผื่นแพ้ยา ปากแห้ง ไม่สบายท้อง ท้องเสีย กล้ามเนื้ออ่อนแรง ง่วงซึม อ่อนเพลีย
การพยาบาล	1. ดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานยาคลายกล้ามเนื้อไม่เกิน 2 สัปดาห์ 2. ไม่ควรรับประทานยาแก้ปวด เช่น พาราเซตามอล เพิ่ม เพราะเป็นส่วนผสมในยาอยู่แล้ว 3. รับประทานยาหลังอาหารทันทีและดื่มน้ำมากๆ สังเกตอาการผิดปกติระบบทางเดินอาหาร เช่น ปวดแสบกระเพาะอาหาร เป็นต้น

19. Onsia

ประเภท	ป้องกันอาการอาเจียน
ข้อบ่งใช้	ป้องกันอาการคลื่นไส้ อาเจียนในผู้ป่วยที่ได้รับยาเคมีบำบัด และหลังผ่าตัด
การออกฤทธิ์	เลือกจับกับ serotonin receptor ชนิด 5HT ₃ (5HT ₃ serotonin antagonist) และปิดกั้นบริเวณปลายประสาทและส่วนกลางใน Chemoreceptor trigger zone (CTZ)
ผลข้างเคียง	ง่วงนอน อ่อนเพลีย ปวดศีรษะ ท้องผูกหรือท้องเสีย ปากแห้ง อาการแพ้
การพยาบาล	1. หลีกเลี่ยงการทำงานที่เกี่ยวข้องกับเครื่องจักรกลและการขับรถ 2. หากต้องการป้องกันอาเจียนขณะรับประทานอาหารต้องให้รับประทานยาก่อนอาหารประมาณ 30 นาที 3. สังเกตการแพ้ยาและอาการเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับการกดสมองของยา ได้แก่ สั่น กล้ามเนื้อเกร็ง การเคลื่อนไหวลำบากตาเหลือก ลูกตาวิ่งขึ้นลงอย่างรวดเร็ว อาการพวกนี้จะหายได้เองเมื่อหยุดยา 4. ดูแลความสะอาดปากฟัน ถ้ามีอาการปากคอแห้ง ให้ดื่มน้ำมากขึ้น

20. Paracetamol

ประเภท	ระงับปวด ชนิดไม่เสพติด
ข้อบ่งใช้	ควบคุมอาการปวดศีรษะ ปวดหู ปวดประจำเดือน ปวดข้อ ปวดกล้ามเนื้อ ปวดฟัน ลดไข้จากการติดเชื้อแบคทีเรียหรือไวรัส ใช้ในผู้ป่วยที่แพ้แอสไพริน มีปัญหาเลือดออก รับประทานต้านการแข็งตัวของเลือด โรคเกาต์
การออกฤทธิ์	ยับยั้งการสังเคราะห์ prostaglandins ในระบบประสาทส่วนกลางได้ดี ซึ่งเป็นตัวทำให้เกิดความเจ็บปวดละทำให้เกิดไข้ แต่ยับยั้งการสร้างสารนี้

บริเวณนอกสมองได้น้อยโดยเฉพาะในบริเวณที่เกิดการอักเสบ มีฤทธิ์ต้านการอักเสบน้อยมาก ไม่ทำให้เกิดแผลในทางเดินอาหารและไม่มีผลต่อการเกาะกลุ่มของเกล็ดเลือด ยาจะออกฤทธิ์สูงสุดในเวลา 30-60 นาที ถ้าได้รับยาเกินขนาดจะมีพิษต่อตับและไต จึงไม่ควรใช้ยานี้ติดต่อกันเกิน 7 วัน

ผลข้างเคียง

การพยาบาล

ให้การดูแลและแนะนำผู้ป่วยดังนี้

1. ควรดื่มน้ำ เครื่องดื่ม หรือรับประทานอาหารเหลวบ่อยๆ เพื่อช่วยลดความร้อน ไม่ควรดื่มน้ำผลไม้หรือเครื่องดื่มที่มีฤทธิ์เป็นกรดหลังรับประทานยา
2. ไม่ควรรับประทานยาติดต่อกันนานเกิน 7 วัน
3. ระงับการใช้ยาในผู้ป่วยโรคตับและผู้ที่ติดแอลกอฮอล์
4. หากผู้ป่วยได้รับยาเกินขนาด ควรได้รับการรักษาโดยการล้างท้อง และได้รับยา N. Acetylcysteine ซึ่งได้ผลดีภายใน 10 ชั่วโมงหลังได้รับยาเกินขนาด

21. Plasil

ประเภท

ยาระงับอาการคลื่นไส้ อาเจียนที่นิยมใช้มากเพราะได้ผลดี

ข้อบ่งใช้

ป้องกันอาการคลื่นไส้ อาเจียนในผู้ป่วยที่ได้รับยาเคมีบำบัด และหลังผ่าตัด

การออกฤทธิ์

จับกับ Chemoreceptor trigger zone (CTZ) และออกฤทธิ์ด้านการหลั่ง Dopamine ซึ่งเป็นสารสื่อสัญญาณประสาทที่สำคัญของ CTZ ทำให้ threshold ของ CTZ เพิ่มขึ้น นอกจากนี้ยังลดสัญญาณประสาทของระบบทางเดินอาหารไปยังศูนย์อาเจียน และเพิ่มการหดตัวของกล้ามเนื้อหูรูดในหลอดอาหาร ทำให้อาการคลื่นไส้ อาเจียนลดลง

ผลข้างเคียง

ง่วงนอน อ่อนเพลีย กระสับกระส่าย ปวดศีรษะ ความดันโลหิตสูง หัวใจเต้นเร็ว คลื่นไส้ ท้องผูกหรือท้องเสีย ปากแห้ง มีผื่นขึ้นตามร่างกาย อาการบวมเต้านมโตในผู้ชายและหมดสมรรถภาพทางเพศ ในผู้หญิงมีน้ำนมไหลและขาดประจำเดือน

การพยาบาล

1. หลีกเลี่ยงการทำงานที่เกี่ยวข้องกับเครื่องจักรกลและการขับรถ
2. หากต้องการป้องกันอาเจียนขณะรับประทานยาต้องให้รับประทานยาก่อนอาหารประมาณ 30 นาที
3. เก็บยาไม่ให้ถูกแสง (เก็บในถุงสีชา)

4. สังเกตการแพ้ยาและอาการเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับการกดสมองของยา ได้แก่ สั่น กล้ามเนื้อเกร็ง การเคลื่อนไหวลำบากตาเหลือก ลูกตาวิ่งขึ้นลงอย่างรวดเร็ว อาการพวกนี้จะหายได้เองเมื่อหยุดยา
5. สังเกตภาวะโซเดียมในเลือดสูงและโปแตสเซียมในเลือดต่ำโดยเฉพาะผู้ป่วยโรคหัวใจ
6. เต้านมโตในผู้ชายและหมดสมรรถภาพทางเพศ ในผู้หญิงมีน้ำนมไหลและขาดประจำเดือน โดยปกติจะหายไปภายในเวลา 2-3 สัปดาห์ หรือ 1 เดือนหลังหยุดยา ควรอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจ
7. ดูแลความสะอาดปากฟัน ถ้ามีอาการปากคอแห้ง ให้ดื่มน้ำมากขึ้น

22. Pregabalin

ประเภท

ข้อบ่งใช้

การออกฤทธิ์

ผลข้างเคียง

การพยาบาล

เป็นยาในกลุ่มที่มีโครงสร้างคล้ายสารสื่อประสาทในสมอง รักษาอาการปวดที่เกิดจากความผิดปกติของเส้นประสาท โรคลมชัก โรควิตกกังวลทั่วไปกลุ่มอาการปวดกล้ามเนื้อและเส้นเอ็น

ชะลอกระแสประสาทที่ผิดปกติในสมองและลดจำนวนการส่งสัญญาณ อาการปวดจากเส้นประสาทในร่างกาย

อาการที่ต้องหยุดยาและไปพบแพทย์ทันที ได้แก่ บวมที่ใบหน้า เปลือกตาริมฝีปาก ลมพิษ หน้ามืด เป็นลม แขนงหน้าอก หายใจลำบาก ผื่นแดง ตุ่มพอง ผื่นหนังหลุดลอก มีไข้ตามผิวหนัง มีเลือดออกผิดปกติ

อาการที่ไม่จำเป็นต้องหยุดยาแต่ถ้ามีอาการรุนแรงให้ไปพบแพทย์ ได้แก่ มึนงง ง่วงนอนผิดปกติ เดินเซ ร่างกายทำงานไม่ประสานกัน พูดไม่ชัด สูญเสียความทรงจำ สมดุลการทรงตัวหรือการเคลื่อนไหวผิดปกติ สายตามัวชั่วคราว เห็นภาพซ้อน ปากแห้ง คลื่นไส้ อาเจียน ไม่สบายท้อง ท้องผูก บวมตามแขนขา อายากอาหารและน้ำหนักเพิ่ม

ให้การดูแลและแนะนำผู้ป่วย ดังนี้

1. ไม่ควรดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เป็นส่วนผสม
2. ไม่ควรขับขี่ยานยนต์ หรือทำงานเกี่ยวกับเครื่องจักรกล หรือทำกิจกรรมที่เสี่ยงต่อการพลัดตกจากที่สูง
3. ผู้ป่วยเบาหวานอาจมีน้ำหนักขึ้นระหว่างใช้นี้ แนะนำให้พบแพทย์เพื่อปรับขนาดยาเบาหวาน

23. Senokot

ประเภท

ยาถ่ายในกลุ่มที่กระตุ้นการถ่ายอุจจาระ

ข้อบ่งใช้

รักษาผู้ป่วยที่มีภาวะท้องผูก

การออกฤทธิ์

ยาจะออกฤทธิ์หลังรับประทานยาภายใน 12 ชั่วโมง โดยแบบที่เรีในลำไส้จะช่วยย่อย Glycosides ของมะขามแขก ให้กลายเป็นกลูโคสและ Emodins ซึ่งมีฤทธิ์กระตุ้นปลายประสาทที่ลำไส้ใหญ่ ทำให้การเคลื่อนไหวของลำไส้เพิ่มขึ้น และมีฤทธิ์ทำให้น้ำและเกลือแร่ในลำไส้เพิ่มมากขึ้นด้วย

ผลข้างเคียง

ปวดท้อง ท้องอืด คลื่นไส้ หากใช้นานๆอาจทำให้เกิดท้องเสีย สูญเสียน้ำ และเกลือแร่ น้ำหนักลด

การพยาบาล

- ให้การดูแลและแนะนำผู้ป่วย ดังนี้
1. การเก็บยา ต้องระวังไม่ให้สัมผัสกับความร้อนและแสงสว่าง เพราะยาจะเสื่อมสภาพได้ง่าย
 2. ควรรับประทานยานี้ก่อนนอน

24. Unison Enema

ประเภท

ยาระบาย

ข้อบ่งใช้

รักษาผู้ป่วยที่มีภาวะท้องผูก และเพื่อเตรียมตรวจบริเวณลำไส้และทวารหนัก

การออกฤทธิ์

เป็น Hyperosmotic laxative ไม่ดูดซึมและดูดน้ำ เพิ่มกากอาหารและส่งเสริมให้ถ่ายอุจจาระอย่างรวดเร็ว

ผลข้างเคียง

เป็นตะคริว ปวดท้อง เนื้อเยื่อบริเวณทวารหนักอักเสบ

การพยาบาล

1. ควรดื่มน้ำวันละ 2,500-3,000 มิลลิลิตร รวมทั้งรับประทานผลไม้ น้ำผลไม้ ออกกำลังกาย หลีกเลี่ยงอาหารที่ทำให้ท้องผูก
2. อย่าให้ในเด็กที่อายุต่ำกว่า 6 ปี

25. Vancomycin

ประเภท

ยาปฏิชีวนะต้านจุลชีพ

ข้อบ่งใช้

รักษาการติดเชื้อ Pseudomembranous colitis เนื่องจาก Clostridium Difficile เชื้อ staphylococcal

การออกฤทธิ์

ออกฤทธิ์โดยจับกับผนังเซลล์ของแบคทีเรีย ทำให้หยุดการสังเคราะห์โปรตีน และผนังเยื่อบุไซโตพลาสซึมแตกออก ออกฤทธิ์ทั้งฆ่าเชื้อและยับยั้งการเจริญเติบโตของเชื้อแบคทีเรียกลุ่ม Enterococci ดูดซึมได้ไม่ดีในทางเดินอาหาร ถูกขับออกทางไต

ผลข้างเคียง

ทำให้หูหนวก ไตเสียหายที่มีอาการหนาวสั่น ผื่นแดงที่คอและหลัง มีไข้ ความรู้สึกคันที่ผิวหนัง ผื่นลมพิษ ความดันโลหิตต่ำ เม็ดเลือดขาวต่ำ อาจเกิดการอักเสบของหลอดเลือดดำบริเวณที่ฉีด

การพยาบาล

1. ประเมินหน้าที่การทำงานของไต การไตยีน และผลข้างเคียง โดยสังเกตอาการ ตรวจเลือดหา CBC, BUN, Creatinine, Albumin, Urinalysis
2. ถ้าฉีดทางหลอดเลือดดำ 500 มิลลิกรัม ผสมสารน้ำ 100 มิลลิลิตร หยดในเวลา 45-60 นาที



กรมการแพทย์

โรงพยาบาลเลิดสิน

ผลงานวิชาการของโรงพยาบาลเลิดสิน