



คู่มือการพยาบาล

ผู้ป่วยโรคกระดูกคอเสื่อม (Cervical Spondylosis)
ที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับคอทางด้านหน้า

นางสาวกนิษฐา จันทร์ฉาย

งานการพยาบาลผู้ป่วยพิเศษ
ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช
คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล
พ.ศ. 2558

คำนำ

คู่มือการพยาบาลผู้ป่วยโรคกระดูกคอเสื่อม (cervical spondylosis) ที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับคอทางด้านหน้าจัดทำขึ้นเพื่อเป็นแนวทางสำหรับพยาบาลในการดูแลผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพ ปลอดภัย ได้มาตรฐานและเป็นไปในแนวทางเดียวกันตามแนวปฏิบัติ (clinical practice guideline) ของภาควิชาศัลยศาสตร์ออร์โธปิดิกส์และกายภาพบำบัด คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล เพื่อให้การพยาบาลที่มีคุณภาพ ช่วยส่งเสริมฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยให้สามารถดูแลตนเองได้เมื่อกลับไปอยู่บ้าน ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ผู้จัดทำหวังเป็นอย่างยิ่งว่าคู่มือการพยาบาลเล่มนี้จะเป็นประโยชน์ต่อบุคลากรทางการพยาบาลที่ปฏิบัติ การพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคกระดูกคอเสื่อม (cervical spondylosis) ที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับคอทางด้านหน้าเป็นอย่างมาก

ณ โอกาสนี้ผู้จัดทำขอขอบคุณ อาจารย์นายแพทย์ ศิริชัย วิชาศรีศรี อาจารย์ภาควิชาศัลยศาสตร์ออร์โธปิดิกส์และกายภาพบำบัด คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล ผศ. สุวดี ไกรพันธ์ อาจารย์ภาควิชาศัลยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล คุณปภาภิน ศิริผล หัวหน้าหอผู้ป่วย 84 ปี ชั้น 4 ตะวันตก และคุณจิรพันธุ์ คำโสภา ผู้ตรวจการงานการพยาบาลผู้ป่วยพิเศษด้านพัฒนาคุณภาพ และคุณราตรี ฉิมฉลอง ที่ได้กรุณาตรวจสอบเนื้อหาและเสนอแนะสิ่งที่เป็ประโยชน์ในการจัดทำคู่มือการพยาบาลเล่มนี้ให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น ขอขอบคุณคุณวิลาวัลย์ อาชวกุลเทพ อดีตผู้ตรวจการงานการพยาบาลผู้ป่วยพิเศษ และคุณพัสนันท์ มงคลจาตุรงค์ ผู้ตรวจการงานการพยาบาลผู้ป่วยพิเศษด้านวิชาการ สำหรับกำลังใจและแรงเชียร์ที่มีให้เสมอมาตลอดระยะเวลาในการทำคู่มือและขอขอบคุณผู้ป่วยโรคกระดูกคอเสื่อมทุกท่านที่เป็นแรงบันดาลใจ ทำให้เกิดการศึกษาค้นคว้าคู่มือเล่มนี้

กนิษฐา จันทร์ฉาย

2558

สารบัญเนื้อหา

	หน้า
คำนำ	i
สารบัญเนื้อหา	ii
สารบัญภาพ	iii
สารบัญตาราง	iv
บทที่ 1 บทนำ	1
- ความเป็นมาและความสำคัญ	1
- วัตถุประสงค์	3
- ประโยชน์ที่จะได้รับ	3
- ขอบเขต	4
- นิยามศัพท์ คำจำกัดความ	4
บทที่ 2 ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคและการรักษา	5
- กายวิภาคศาสตร์ของกระดูกสันหลังส่วนคอ	5
- โรคกระดูกคอเสื่อม	9
- กลไกการเกิดพยาธิสภาพและอาการทางคลินิก	10
- การวินิจฉัย การตรวจทางภาพถ่ายรังสี และการตรวจอื่นๆ	11
- การรักษา	13
* การรักษาโดยการไม่ผ่าตัด	13
* การรักษาโดยการผ่าตัด	13
- ภาวะแทรกซ้อน	15
- การพยากรณ์โรค	16
- การป้องกัน	16
บทที่ 3 กระบวนการพยาบาล	19
- แผนการพยาบาลผู้ป่วยก่อนผ่าตัด	19
- แผนการพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัด	28
บทที่ 4 กรณีศึกษา	55
- ข้อมูลทั่วไป	55

- ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับสุขภาพของผู้ป่วย	55
- การประเมินตามแบบแผนสุขภาพ การตรวจร่างกายตามระบบ	56
- ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ	57
- พยาธิสภาพของโรคเปรียบเทียบกับผู้ป่วย	58
- แผนการรักษาที่ได้รับ	59
- การพยาบาลก่อนผ่าตัดกรณีศึกษา	61
- การพยาบาลหลังผ่าตัดกรณีศึกษา	65
- สรุปกรณีศึกษาและข้อเสนอแนะ	78
บทที่ 5 ปัญหาอุปสรรคและแนวทางในการแก้ปัญหา	80
บรรณานุกรม	93
ภาคผนวก	
ภาคผนวก ก	
- Emergent surgical cricothyrotomy	
- อุปกรณ์ช่วยชีวิตยามฉุกเฉิน	
ภาคผนวก ข	
- Dermatome Map of the Body	
ภาคผนวก ค	
- ข้อสอบ โรคกระดูกคอเสื่อมที่ทำผ่าตัดกระดูกสันหลังส่วนคอทางด้านหน้า	

สารบัญรูปภาพ

	หน้า
รูปที่ 1	กระดูกสันหลังส่วนคอ (cervical spine) 5
รูปที่ 2	กระดูกสันหลังส่วนคอ ชั้นที่ 1 atlas 6
รูปที่ 3	กระดูกสันหลังส่วนคอ ชั้นที่ 2 axis 7
รูปที่ 4	กระดูกสันหลังส่วนคอ ชั้นที่ 7 7
รูปที่ 5	ลักษณะทางกายวิภาคของกระดูกสันหลังส่วนคอ 9
รูปที่ 6	normal cervical spine 12
รูปที่ 7	cervical spondylotic myelopathy at C4,C5 and C6 12
รูปที่ 8	MRI shows cervical spondylotic myelopathy at C4,5 and C6 12
รูปที่ 9	ขั้นตอนการผ่าตัดเอาหมอนรองกระดูกออกและเชื่อมกระดูกคอ 14
รูปที่ 10	X-ray หลังผ่าตัดเอาหมอนรองกระดูกออกและยึดตามกระดูกด้วยโลหะ 14
รูปที่ 11	การผ่าตัดขยายช่องกระดูกสันหลัง open door laminoplasty 15
รูปที่ 12	การบริหารกล้ามเนื้อต้นคอ 17
รูปที่ 13	การบริหารปอดโดยใช้ incentive spirometer 21
รูปที่ 14	การพลิกตัวแบบ log rolling 22
รูปที่ 15	การลุกจากเตียง 22
รูปที่ 16	soft cervical collar 23
รูปที่ 17	hard cervical collar 23
รูปที่ 18	philadelphia collar 24
รูปที่ 19	ส่วนหน้าของ philadelphia collar 24
รูปที่ 20	ส่วนหลังของ philadelphia collar 25
รูปที่ 21	การประคองด้านข้างของศีรษะผู้ป่วยขณะใส่ philadelphia collar 25
รูปที่ 22	การสอดส่วนหลัง (BACK) ของ philadelphia collar ไปด้านหลังของคอ 26
รูปที่ 23	จัดส่วนหลังของ philadelphia collar ให้ได้ตำแหน่งของคอผู้ป่วย 26
รูปที่ 24	การประกบส่วนหน้า philadelphia collar กับส่วนหลัง (BACK) 27
รูปที่ 25	ภาพด้านข้างของการประกบ philadelphia collar 27
รูปที่ 26	การบริหารกล้ามเนื้อต้นขา (quadriceps setting exercise) 44
รูปที่ 27	การบริหารกล้ามเนื้อสะโพก 45

รูปที่ 28	การกระดกข้อเท้าขึ้น	45
รูปที่ 29	การหมุนข้อเท้าเข้าข้างใน	45
รูปที่ 30	การตรวจรากประสาทระดับ C5	49
รูปที่ 31	การตรวจรากประสาทระดับ C6	49
รูปที่ 32	การตรวจรากประสาทระดับ C7	50
รูปที่ 33	การตรวจรากประสาทระดับ C7	50
รูปที่ 34	การตรวจรากประสาทระดับ C7	50
รูปที่ 35	การตรวจรากประสาทระดับ C8	51
รูปที่ 36	การบริหารกล้ามเนื้อต้นคอ	52
รูปที่ 37	การหมุนหมอนในท่านอนหงายอย่างถูกวิธี	53
รูปที่ 38	ท่านอนตะแคงหมุนหมอนที่ถูกต้อง	53
รูปที่ 39	การลุกจากเตียงและการลงนอน	54
รูปที่ 40	การใช้ผ้าเช็ดตัวพับและม้วนหนุนแทนหมอนในท่านอนหงาย	83
รูปที่ 41	ความสูงของหมอนที่เหมาะสมในท่านอนตะแคงและนอนหงาย	84
รูปที่ 42	การจัดท่านอนหงายโดยใช้หมอนหนุนใต้โคนขา	84
รูปที่ 43	การจัดท่านอนตะแคงโดยใช้หมอนข้างวางระหว่างขา	84
รูปที่ 44	การวัดขนาดอุปกรณ์ช่วยพยุงคอ	87

สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 1 การตรวจระบบประสาท	49
ตารางที่ 2 ตำแหน่งบอกความรู้สึกลปวดเมื่อรากประสาทถูกกดที่ระดับต่างๆ	51
ตารางที่ 3 เปรียบเทียบภาวะสุขภาพ พยาธิ สรีรภาพของโรคตามทฤษฎีกับกรณีศึกษา	58
ตารางที่ 4 แผนการรักษาที่ผู้ป่วยรายนี้ได้รับ	59
ตารางที่ 5 ปัญหาและอุปสรรคต่างๆในการดูแลผู้ป่วยโรคกระดูกคอเสื่อม	80

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญ

โรคกระดูกคอเสื่อมเป็นโรคที่เกิดขึ้นได้กับทุกคน สาเหตุของการเกิดโรคนี้อย่างไม่ทราบแน่ชัด ปัจจุบันพบผู้ป่วยที่มีปัญหากระดูกคอเสื่อมกดทับไขสันหลังและรากประสาทในประเทศไทยมากขึ้นเรื่อยๆ คาดว่าอาจมีสาเหตุจากการมีวิถีชีวิตที่เปลี่ยนแปลง มีการนั่งโต๊ะทำงาน หน้าจอคอมพิวเตอร์เป็นเวลานานๆ ซึ่งพบว่าสัมพันธ์กับการใช้งาน อายุที่มากขึ้น หรือกรรมพันธุ์¹ นอกจากนี้ยังพบว่าร้อยละ 63 ของผู้ป่วยที่ได้รับอุบัติเหตุที่เกิดจากแรงกระแทกที่บริเวณศีรษะมักมีปัญหาของภาวะกระดูกคอเสื่อม² จากสถิติของภาควิชาศัลยศาสตร์ออร์โธปิดิกส์และกายภาพบำบัด โรงพยาบาลศิริราช ในปี พ.ศ. 2554 - 2557 พบว่ามีผู้ป่วยนอกมาเข้ารับการรักษาด้วยโรคกระดูกคอเสื่อมจำนวน 18,782 ราย และในจำนวนนี้มีผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาด้วยการผ่าตัดจำนวน 2,053 ราย คิดเป็นร้อยละ 10.93 และพบว่าเป็นผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาด้วยการผ่าตัดกระดูกสันหลังส่วนคอทางด้านหน้าจำนวน 495 ราย คิดเป็นร้อยละ 24.11 ของจำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาด้วยการผ่าตัดทั้งหมด³ โรคกระดูกคอเสื่อมนั้นสร้างความทุกข์ทรมานให้กับผู้ป่วยและส่งผลกระทบต่อครอบครัว เนื่องจากโรคนี้จะทำให้เกิดอาการปวดบริเวณต้นคอ สะบัก บางรายมีอาการขาปวดร้าวลงแขน มีกล้ามเนื้ออ่อนแรงและผู้ป่วยอาจเกิดภาวะทุพพลภาพได้ซึ่งเป็นผลต่อเนื่องจากโรคกระดูกคอเสื่อมกดทับไขสันหลังและรากประสาท¹ ผู้ป่วยส่วนใหญ่เดินเองไม่ได้ต้องประคองนั่งรถเข็น กลืนอาหาระ บัสสาวะไม่ได้ เวลาเดินจะมีอาการเกร็ง ขาแข็ง มีอาการมือแขนอ่อนแรงส่งผลกระทบต่อการทำงานประจำวัน ทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ลดลง

ในการรักษาโรคกระดูกคอเสื่อมนั้น ในระยะแรกจะรักษาโดยวิธีอนุรักษนิยมซึ่งเป็นการรักษาโดยไม่ผ่าตัด หากอาการเป็นรุนแรงจะรักษาโดยการผ่าตัด ซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อแก้ไขและรักษาพยาธิสภาพที่เกิดขึ้น ซึ่งมีสาเหตุจากการเสื่อมของกระดูกคอที่มีการกดทับรากประสาท (cervical spondylotic radiculopathy) หรือการเสื่อมของกระดูกคอที่มีการกดทับไขสันหลัง (cervical spondylotic myelopathy) การผ่าตัดกระดูกคอเสื่อมเป็นวิธีการรักษาวิธีหนึ่งซึ่งช่วยแก้ไขอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย โดยเอาหมอนรองกระดูกคอและหินปูนที่กดทับรากประสาทและไขสันหลังออก นอกจากนี้การผ่าตัดยังช่วยลดอาการปวด ทำให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตประจำวันหรือทำงานได้ตามศักยภาพของตัวเองทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น แม้ว่าการผ่าตัดกระดูกคอเสื่อมจะเป็นการผ่าตัดที่มีประสิทธิภาพวิธีหนึ่ง แต่เนื่องจากเป็นการผ่าตัดใหญ่ที่มีความซับซ้อนต้องใช้

ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย ใช้เวลานานในการผ่าตัด แผลผ่าตัดยาวและลึกถึงกระดูก ต้องใช้อุปกรณ์ช่วยถ่วงกล้ามเนื้อเป็นเวลานาน และอาจต้องมีการเจาะกระดูกคอเพื่อทำการใส่วัสดุยึดตรึงภายในกระดูกทำให้เนื้อเยื่อได้รับอันตรายหรือส่งผลกระทบต่อการทำงานของอวัยวะต่างๆ ได้ โดยเฉพาะในระยะ 24 – 72 ชั่วโมงหลังผ่าตัดมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ทั้งจากการผ่าตัด การได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย และการนอนเป็นเวลานานๆ รวมทั้งการปฏิบัติตัวที่ไม่ถูกต้องหลังผ่าตัดซึ่งจะส่งผลกระทบต่อด้านร่างกายและจิตใจของผู้ป่วย ผลกระทบทางด้านร่างกายหลังผ่าตัดนั้นผู้ป่วยต้องเผชิญกับความไม่สุขสบายต่างๆ ที่เกิดขึ้นได้แก่ความไม่สุขสบายจากความเจ็บปวดแผลผ่าตัด ความเจ็บปวดจากการเคลื่อนไหว รู้สึกอึดอัดบริเวณที่ต้องใส่อุปกรณ์ช่วยพยุงคอ เป็นต้น นอกจากนี้ความเจ็บปวดแผลผ่าตัดที่เกิดขึ้นทำให้ผู้ป่วยไม่กล้าไอเพื่อขับเสมหะออกหรือไอไม่ถูกวิธีทำให้เกิดการค้างค้ำของเสมหะเพิ่มขึ้นอาจเกิดภาวะถุงลมปอดแฟบและปอดบวมเฉพาะที่ตามมาได้ การถูกจำกัดการเคลื่อนไหวของกระดูกคอโดยต้องใส่อุปกรณ์ช่วยพยุงคอ (philadelphia collar or soft collar) ตลอดเวลาหลังผ่าตัด อาจทำให้เกิดอาการปวดเมื่อยและความไม่สุขสบายจากการใส่แน่นเกินไปหรืออุปกรณ์ช่วยพยุงคอเลื่อนออกจากตำแหน่งที่ถูกต้อง ซึ่งอาจทำให้เกิดแผลกดทับบริเวณไหล่ได้ ในบางรายที่นอนเป็นเวลานานอาจส่งผลให้ระบบขับถ่ายผิดปกติมีอาการท้องผูกและจากการได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย การได้รับยาแก้ปวดหรือยานอนหลับก็มีผลทำให้เกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียน รวมถึงอาการท้องอืดและท้องผูกได้ อาการคลื่นไส้ อาเจียนมักเกิดภายใน 24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด⁴ นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยที่ทำผ่าตัด บริเวณตำแหน่ง C3-5 มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน เกี่ยวกับระบบทางเดินหายใจเนื่องจากเป็นตำแหน่งที่ควบคุมการทำงานของกล้ามเนื้อกระบังลมอาจพบภาวะหายใจช้าหรือมีทางเดินหายใจอุดตันได้ภายหลังผ่าตัดซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงและอาจทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้⁵

พยาบาลเป็นบุคคลสำคัญในทีมสุขภาพที่ดูแลผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมง ดังนั้นพยาบาลควรมีความรู้ความสามารถในการให้ข้อมูลและคำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเพื่อฟื้นคืนสภาพหลังผ่าตัดและช่วยเหลือให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตัวได้ถูกต้องเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้น โดยพยาบาลควรให้ความรู้และคำแนะนำเพื่อเตรียมความพร้อมให้กับผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับในเรื่องต่างๆ ดังนี้คือ การจัดการกับความวิตกกังวล การแนะนำการบริหารการหายใจและการไออย่างมีประสิทธิภาพ การจัดการกับความเจ็บปวด การพลิกตะแคงตัวแบบท่อนซุง การจัดท่านอนราบให้ศีรษะและลำตัวอยู่ในแนวตรง การดูแลการใส่อุปกรณ์ช่วยพยุงคอ (philadelphia collar or soft collar) ให้อยู่ในตำแหน่งที่ถูกต้อง ตลอดจนการบริหารกล้ามเนื้อแขน ขา และข้อให้กับผู้ป่วย

ในปีพ.ศ. 2557 หอผู้ป่วย 84 ปีชั้น 4 ตะวันตก มีผู้ป่วยโรคกระดูกคอเสื่อมที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับคอทางด้านหน้า จำนวน 11 ราย พบผู้ป่วยเกิดปัญหาทางเดินหายใจอุดกั้นหลังผ่าตัดและต้องกลับมาใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำ ทำให้ต้องนอนโรงพยาบาลนานขึ้นจำนวน 3 ราย คิดเป็นร้อยละ 27.27 จากอุบัติการณ์ดังกล่าว ผู้จัดทำจึงเห็นความสำคัญในเรื่องของการดูแลผู้ป่วยโรคกระดูกคอเสื่อมที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับคอทางด้านหน้าประกอบกับทางหอผู้ป่วยไม่เคยมีคู่มือการพยาบาลเพื่อใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคกระดูกคอเสื่อมมาก่อนจึงได้จัดทำคู่มือการพยาบาลผู้ป่วยโรคกระดูกคอเสื่อม (cervical spondylosis) ที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับคอทางด้านหน้าขึ้น เพื่อเป็นแนวทางให้กับพยาบาลผู้ปฏิบัติงานได้มีความรู้ความเข้าใจและมีแนวทางปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยอย่างถูกต้องและปลอดภัย นอกจากนี้การผ่าตัดในปัจจุบันมีเทคโนโลยีที่เปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็ว มีการใช้เครื่องมือใหม่ๆ อุปกรณ์เสริมหรืออุปกรณ์เทียมชนิดใหม่ๆ เพิ่มขึ้นทางด้านเทคนิคต่างๆ ของการผ่าตัดรักษาพยาบาลจึงต้องมีความรู้ทันกับวิทยาการใหม่ๆ เพื่อใช้ในการดูแลผู้ป่วยรวมทั้งสามารถช่วยให้ผู้ป่วยฟื้นฟูสภาพและดูแลตนเองเมื่อกลับไปอยู่บ้าน ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้พยาบาลผู้ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยได้มีความรู้และความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยโรคกระดูกคอเสื่อมที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับคอทางด้านหน้าทั้งในระยะก่อนผ่าตัดและหลังผ่าตัดเกี่ยวกับพยาธิสภาพของโรค การวินิจฉัยโรค การดูแลรักษา และภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดและการให้การพยาบาลโดยใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วย
2. เพื่อเป็นแนวทางปฏิบัติในการให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคกระดูกคอเสื่อมที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับคอทางด้านหน้า

ประโยชน์ที่จะได้รับ

พยาบาลผู้ปฏิบัติงาน ในหอผู้ป่วยมีแนวปฏิบัติในการให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคกระดูกคอเสื่อมที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับคอทางด้านหน้า และมีความรู้ ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยทั้งในระยะก่อนและหลังผ่าตัด สามารถวินิจฉัยปัญหาทางการพยาบาลได้อย่างถูกต้องรวดเร็วและให้การพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพครอบคลุมปัญหาของผู้ป่วยและช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาที่ปลอดภัย ฟังพอใจต่อการบริการที่ได้รับและมีคุณภาพชีวิตที่ดี

ขอบเขต

คู่มือการพยาบาลผู้ป่วยโรคกระดูกคอเสื่อม (cervical spondylosis) ที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับคอทางด้านหน้านี้เหมาะสำหรับพยาบาลในหอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ ที่ให้การดูแลผู้ป่วยโรคกระดูกคอเสื่อมที่มีการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับคอทางด้านหน้า ในระยะก่อนและหลังผ่าตัด

นิยามศัพท์ คำจำกัดความ

โรคกระดูกคอเสื่อม (cervical spondylosis) คือกลุ่มอาการปวดคอที่มีสาเหตุมาจากภาวะความเสื่อมของกระดูกสันหลังและหมอนรองกระดูกสันหลังส่วนคอ ก่อให้เกิดกระดูกงอก (osteophyte) และ/หรือการยื่นของหมอนรองกระดูกสันหลังส่วนคอ ก่อให้เกิดการตีบแคบของ central spinal canal และ/หรือ intervertebral foramen ส่งผลให้เกิดการกดทับของ spinal cord (Cervical Spondylotic Myelopathy : CSM) และ/หรือ nerve root (Cervical Spondylotic Radiculopathy : CSR)

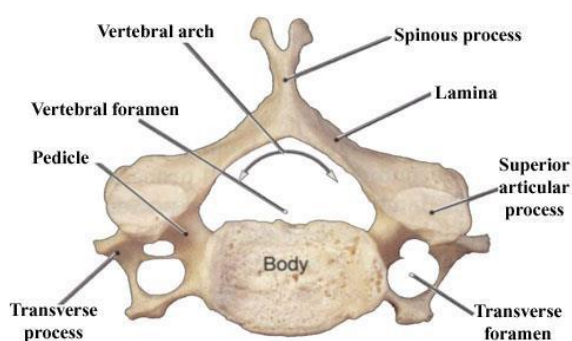
การผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับคอทางด้านหน้า (Anterior Cervical Discectomy And Fusion: ACDF) เป็นการผ่าตัดเพื่อขยายช่องไขสันหลัง โดยเอาหมอนรองกระดูกสันหลังและ/หรือ หินปูนที่งอกกดทับเส้นประสาทออก ซึ่งทำการผ่าตัดจากทางด้านหน้า (anterior approach) และ เชื่อมข้อ

บทที่ 2

ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคกระดูกคอเสื่อม(cervical spondylosis) ที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับคอทางด้านหน้า

กายวิภาคศาสตร์ของกระดูกสันหลังส่วนคอ^{1,6}

กระดูกสันหลังส่วนคอ(cervical vertebrae) มีทั้งหมด 7 ชั้น โดยในแต่ละชั้นในระดับที่ต่ำกว่า C2 ลงไป จะมีหมอนรองกระดูกสันหลังอยู่ระหว่างปล้องกระดูก ระดับ C3, C4, C5 และ C6 ถือเป็น typical cervical vertebrae คือ ใน typical cervical vertebrae แต่ละชั้นจะประกอบด้วยส่วนของ body และ neuron arch และลักษณะเฉพาะของ typical cervical vertebrae คือที่ transverse process จะมีช่องที่เรียกว่า ฟอราเมน ทรานส์เวอร์สซารีอุม(foramen transversarium หรือ transverse foramen) ซึ่งภายในเป็นที่อยู่ของหลอดเลือดแดงเวอร์ทีบรัล(vertebral artery) ซึ่งนำเลือดขึ้นไปเลี้ยงบริเวณก้านสมองและไขสันหลัง ลักษณะทั่วไปของกระดูกสันหลังส่วนคอจะค่อนข้างเล็กและเตี้ย รูปร่างของ body เมื่อมองจากด้านบนจะออกเป็นรูปสี่เหลี่ยมซึ่งจะเว้าทางด้านบนแต่นูนออกทางด้านล่าง vertebral foramen จะเป็นรูปสามเหลี่ยม มี spinous process ที่สั้นและแยกเป็นสองแฉก (bifid) กระดูกสันหลังส่วนคอที่มีลักษณะเฉพาะคือชั้นแรกและชั้นที่สองซึ่งเรียกว่าแอตลาส(atlas) และแอกซิส(axis) ตามลำดับ

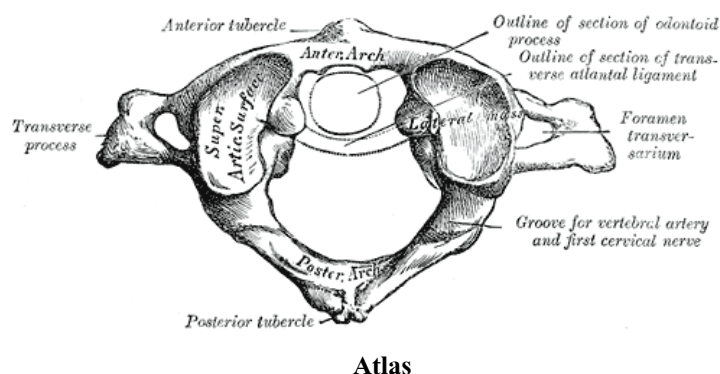


Typical cervical vertebrae

รูปที่ 1 กระดูกสันหลังส่วนคอ (cervical spine)

Credit picture from http://www.spinesurgeon.com.au/Neurological_Conditions/Spinal-Surgery.htm search : 3/11/2014 เวลา 10 น.

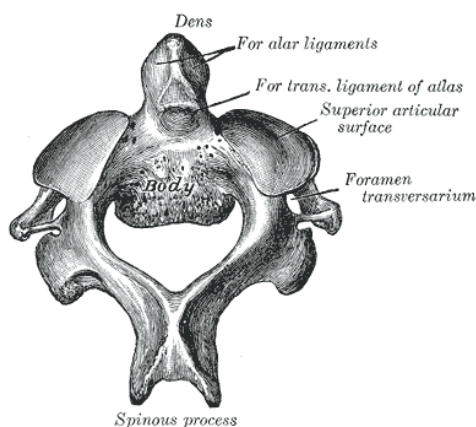
กระดูกสันหลังส่วนคอชั้นแรก (first cervical vertebra) หรือแอตลาส (atlas) เป็นกระดูกสันหลังที่ต่อกับกระดูกโกลกศีรษะโดยตรง ลักษณะที่สำคัญคือจะไม่มีส่วนของ body แต่ตรงกลางจะเป็นช่องเปิดใหญ่ที่ล้อมรอบด้วยแนวกระดูกโค้งทั้งทางด้านข้าง ด้านหน้าและด้านหลังที่บริเวณผก้านข้างของช่องนี้ทางด้านบนจะเป็นจุดต่อกับปุ่มท้ายทอย (occipital condyle) ของกระดูกโกลกศีรษะโดยข้อต่อท้ายทอย (atlanto-occipital joint) ขณะที่ส่วนด้านล่างจะต่อกับ superior articular process ของกระดูกสันหลังส่วนคอชั้นที่สอง ที่แนวกระดูกโค้งทางด้านหน้าจะเป็นพื้นผิวข้อต่อสำหรับเดือยที่เรียกว่า เดนส์ (dens) ซึ่งยื่นขึ้นมาจาก body ของกระดูกสันหลังส่วนคอชั้นที่สอง และจะถูกตรึงไว้กับที่ด้วยเอ็นแนวขวาง (transverse ligaments of atlas) ซึ่งอยู่ทางด้านหลัง โครงสร้างนี้ทำหน้าที่คล้ายเดือยที่ทำให้แอตลาสสามารถหมุนได้ในระดับหนึ่ง ส่วน transverse processes ของกระดูกสันหลังส่วนคอชั้นแรกนี้จะยื่นออกไปทางด้านข้างมากเป็นพิเศษ ซึ่งจุดนี้จะเป็นจุดเกาะของกล้ามเนื้อต่างๆ ที่ช่วยในการเคลื่อนไหวของข้อต่อระหว่างกระดูกแอตลาสกับแอกซิส (atlanto-axial joint) ดังรูปที่ 2



รูปที่ 2 กระดูกสันหลังส่วนคอ ชั้นที่ 1 atlas⁷

Credit picture from http://www.spinesurgeon.com.au/Neurological_Conditions/Spinal-Surgery.htm search : 3/11/2014 เวลา 10 น.

กระดูกสันหลังส่วนคอชั้นที่สอง (second cervical vertebra) หรือแอกซิส (axis) จะมีลักษณะที่สำคัญคือ dens ที่ยื่นขึ้นไปด้านบน นอกจากนี้ที่บริเวณด้านข้างยื่นไปทางด้านบนเล็กน้อยของ dens จะมีรอยปุ่มเล็กๆ ทั้งสองด้าน ซึ่งเป็นจุดเกาะของเอ็น alar ligaments ซึ่งเชื่อมระหว่าง dens กับ occipital condyle และป้องกันการหมุนที่มากเกินไประหว่างศีรษะและกระดูกสันหลังส่วนคอรูปที่ 3

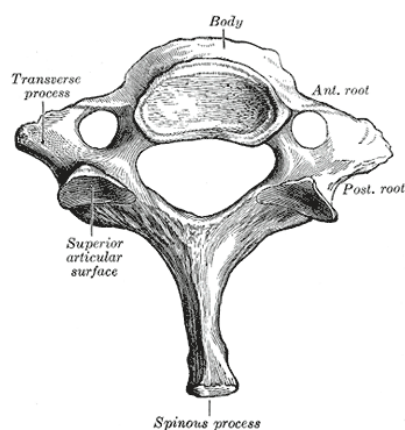


Axis

รูปที่ 3 กระดูกสันหลังส่วนคอ ชั้นที่ 2 axis⁷

Credit picture from http://www.spinesurgeon.com.au/Neurological_Conditions/Spinal-Surgery.htm search : 3/11/2014 เวลา 10 น.

กระดูกสันหลังส่วนคอชั้นที่ 7 แตกต่างจาก typical cervical vertebrae คือที่ spinous process จะไม่มีลักษณะเป็น 2 แฉก แต่จะมีลักษณะเป็นปุ่มนูนสามารถคลำได้ที่ด้านหลังของคอเรียกว่า vertebral prominence และกระดูกสันหลังส่วนคอชั้นที่ 7 นี้มี foramen transversarium ขนาดเล็กหรืออาจไม่มีเลย และหลอดเลือด vertebral artery ไม่ผ่านเข้าช่องนี้ดังรูปที่ 4



Cervical vertebrae 7

รูปที่ 4 กระดูกสันหลังส่วนคอ ชั้นที่ 7⁷

Credit picture from http://www.spinesurgeon.com.au/Neurological_Conditions/Spinal-Surgery.htm search : 3/11/2014 เวลา 10 น.

องค์ประกอบของกระดูกสันหลังส่วนคอ⁶⁸

กระดูกสันหลังส่วนคอแต่ละชิ้น จะประกอบด้วยโครงสร้างมีหมอนรองกระดูกสันหลังอยู่ระหว่างปล้องกระดูกแต่ละปล้อง ช่องเปิดและแขนงของกระดูกที่ยื่นออกมาจากแนวกลางดังรูปที่ 1 ซึ่งได้แก่

1. Vertebral body เป็นแกนกลางของกระดูกสันหลังและเป็นส่วนรองรับน้ำหนัก ส่วนนี้จะติดต่อกับกระดูกสันหลังถัดไปโดยมีหมอนรองกระดูกสันหลัง (intervertebral discs) คั่นอยู่และเอ็นต่างๆ ขนาดของ vertebral body ของกระดูกสันหลังส่วนล่างจะใหญ่กว่าส่วนบน เนื่องจากต้องรองรับน้ำหนักมากกว่า

2. Vertebral arch เป็นส่วนที่ยื่นออกไปจากทางด้านหลังของ body และจะประกอบกันเป็นเส้นทางด้านข้างและด้านหลังของ ช่องกระดูกสันหลัง (vertebral foramen) ซึ่งภายในช่องนี้จะมีไขสันหลัง (spinal cord) วางตัวอยู่แต่ละ vertebral arch จะประกอบด้วยสองส่วน คือ เพดิเคิล (pedicles) ซึ่งต่อกับ vertebral body และลามิना (laminae) ซึ่งเป็นแผ่นของกระดูกที่ยื่นต่อจากเพดิเคิลแล้วมาบรรจบกันที่แนวกลางของกระดูกสันหลัง

3. Spinous process เป็นส่วนที่ยื่นออกมาทางด้านหลังและชี้ลงทางด้านล่างของกระดูกสันหลังและจะเป็นจุดเกาะของกล้ามเนื้อและเอ็นต่างๆ มากมาย

4. Transverse process เป็นส่วนที่ยื่นออกมาจากรอยต่อระหว่างเพดิเซลและลามิनाและยื่นออกมาทางด้านข้างเฉียงไปทางด้านหลังเล็กน้อย และเป็นจุดต่อกับกระดูกซี่โครง ในกระดูกสันหลังส่วนอก transverse process จะมีช่องที่เรียกว่า ฟอราเมน ทรานส์เวอร์สชาเรียม (foramen transversarium หรือ transverse foramen) ซึ่งภายในเป็นที่อยู่ของหลอดเลือดแดงเวอร์ทีบรัล (vertebral artery) ซึ่งนำเลือดขึ้นไปเลี้ยงบริเวณก้านสมองและไขสันหลัง

5. Superior and inferior articular processes ยื่นออกมาจากรอยต่อระหว่างเพดิเคิลและลามินำของกระดูกสันหลังแต่ละชิ้น ซึ่งจะเป็นข้อต่อของปล้องกระดูกสันหลังแต่ละข้อที่อยู่ด้านหลังซ้ายขวา



รูปที่ 5 แสดงลักษณะทางกายวิภาคของกระดูกสันหลังส่วนคอที่มีไขสันหลังและเส้นประสาทอยู่ภายในช่องกระดูกสันหลัง Credit picture from www.thaispineclinic.com/articles/cervical-spondylosis search : 25/10/2014 เวลา 8 น.

โรคกระดูกคอเสื่อม (cervical spondylosis)

โรคกระดูกคอเสื่อม (cervical spondylosis) จะมีอาการปวดที่ต้นคอโดยอาการปวดอาจมาจากหมอนรองกระดูกคอเสื่อมหรือข้อต่อฟาเซต (facet joint) เสื่อมก็ได้ โดยทั่วไปมักจะมีอาการปวดตามแกนกลางของคอ (axial neck pain) หรือปวดข้างใดข้างหนึ่งบริเวณข้อต่อฟาเซต (facet joint) และถ้ามีอาการกดทับของรากประสาท (Cervical Spondylotic Radiculopathy : CSR) จะมีอาการปวดร้าวหรือชาหรืออ่อนแรงไปยังแขนข้างที่รากประสาทถูกกดเบียด แต่ถ้ามีการกดทับไขสันหลัง (Cervical Spondylotic Myelopathy: CSM) อาจมีปัญหาเสียการทรงตัวและเดินลำบากร่วมด้วย ซึ่งเป็นผลให้ผู้ป่วยหกล้มได้ง่ายจนเป็นสาเหตุของการหักของกระดูกสะโพก การบาดเจ็บทางศีรษะและอุบัติเหตุอื่นๆ

cervical spondylotic myelopathy แบ่งออกเป็น 5 กลุ่มตามลักษณะอาการแสดงดังนี้⁶⁸

1. nerve root symptoms ผู้ป่วยจะเริ่มมีอาการปวดร้าวจากคอไปที่แขนอาจถึงมือ โดยมีอาการปวดร้าวตามรากประสาทที่ถูกกด (radiculopathy)
2. medial หรือ myelopathic syndrome จะพบอาการแสดงจากการที่ประสาทไขสันหลัง (spinal cord) ถูกกดทับและมีการเสียการทำงาน โดยตรวจพบความผิดปกติของ fiber tracts หรือ pathway ต่างๆ ที่ผ่านมาจากสมองลงมาทางไขสันหลัง (long tract sign) ซึ่งจะช่วยบอกความผิดปกติของระบบสมองส่วนกลาง (สมองและไขสันหลัง)
3. combined syndrome มีการกดทับทั้งรากประสาท (nerve root) และประสาทไขสันหลัง (spinal cord) ทำให้ผู้ป่วยมีอาการทั้งสองอย่างร่วมกัน เป็นกลุ่มที่พบบ่อยที่สุดของ cervical spondylotic myelopathy

4. vascular syndrome พบได้น้อย เกิดจากการขาดเลือดของไขสันหลัง (spinal cord) โดยกลุ่มนี้มักไม่แสดงรูปแบบอาการที่ชัดเจนของการเสียการรับรู้ความรู้สึกหรือกำลังกล้ามเนื้อ (sensory and motor deficit)

5. anterior syndrome มักตรวจพบอาการอ่อนแรงของแขนทั้งสองข้าง สูญเสียการรับรู้ความรู้สึกเจ็บปวด อุณหภูมิ แต่ยังเหลือความรู้สึกการทรงตัว การรับรู้ความรู้สึกของข้อต่อและการสัมผัสที่นอนอยู่ เชื่อว่าเกิดจากการที่หมอนรองกระดูกเคลื่อนไปกด anterior horn cell ในไขสันหลัง ขณะกัมศิรัษะ

กลไกการเกิดพยาธิสภาพและอาการทางคลินิก

กลไกการเกิดพยาธิสภาพ^{1,6,8}

โรคกระดูกคอเสื่อม cervical spondylotic myelopathy เป็นภาวะความผิดปกติที่เกิดจากการที่ช่องกระดูกซึ่งเป็นที่อยู่ของประสาทไขสันหลังแคบลง ทำให้กดทับประสาทไขสันหลังโดยตรง หรือมีการกดเส้นเลือดที่มาเลี้ยงหรือทั้งสองกรณี ซึ่งการเสื่อมของหมอนรองกระดูกมักเกิดขึ้นแบบช้า ๆ และไม่ค่อยแสดงอาการ ต่อมาร่างกายจะตอบสนองต่อการเสื่อมนี้โดยการสร้างหินปูน (spondylotic bars หรือ osteophytes) ซึ่งถ้าขึ้นไปด้านหลังก็อาจมีผลทำให้ spinal canal แคบลง จนอาจมีการเบียดหรือกดทับประสาทไขสันหลัง หรือกดเส้นเลือดที่มาเลี้ยงประสาทไขสันหลัง นอกจากนี้ในผู้สูงอายุ ligamentum flavum จะสูญเสียภาวะยืดหยุ่น (elasticity) และมีการหนาตัวขึ้น ทำให้มีการกดไขสันหลังจากทางด้านหลังร่วมด้วยแต่ถ้าหินปูนนี้ยื่นออกมาด้านข้างบริเวณ uncovertebral joint ทำให้ข้อต่อนี้แคบลง ก็ทำให้เกิดการกดทับรากประสาท (cervical spondylotic radiculopathy)

อาการทางคลินิก^{1,6,8}

ผู้ป่วยมักจะมาพบแพทย์ด้วยเรื่องปวดคอ เดินลำบาก ก้าวขาไม่สะดวกอาจมีอาการเกร็งขึ้นเดินไม่ค่อยมั่นคง หกล้มง่ายหรือต้องเดินกางขามากกว่าปกติ (wide based gait) มีอาการปวด ชา ความรู้สึกผิดปกติและกล้ามเนื้ออ่อนแรง หรืออ่อนแรงของมือ ใช้มือลำบาก เมื่อกัมหรือเงยศีรษะ อาจมีความรู้สึกราวเหมือนไฟฟ้าช็อต (hermitte sign) ผู้ป่วยบางรายอาจมีการกดทับรากประสาท ทำให้มีอาการปวดตามแขนในรายที่มีอาการมากอาจทำให้กล้ามเนื้อหูรูดทวารหนักและกระเพาะปัสสาวะอ่อนแรง ทำให้มีปัญหาการขับถ่ายอุจจาระ ปัสสาวะ ผิดปกติ หรือพบว่ามีการกลั้นอุจจาระ ปัสสาวะไม่อยู่

การวินิจฉัย การตรวจทางภาพถ่ายรังสี และการตรวจอื่นๆ

การวินิจฉัย^{1,6,8}

ในผู้ป่วย cervical spondylotic myelopathy มักตรวจพบลักษณะอาการของ lower motor neuron sign ในระดับของคอที่มีพยาธิสภาพ เช่น ตรวจพบอาการอ่อนแรงและรีเฟล็กซ์ลดลงของแขนร่วมกับ upper motor neuron sign ในระดับต่ำกว่าพยาธิสภาพ คือ พบอาการเกร็งและรีเฟล็กซ์เพิ่มขึ้นของขาทั้งสองข้าง แต่ในผู้ป่วยบางรายอาจตรวจพบ upper motor neuron sign ได้ทั้งแขนและขา ถ้าประสาทไขสันหลังถูกกดทับ บริเวณ posterior column หรือ dorsal nerve root จะมีผลต่อการสื่อสารทำงานต่างกันเช่น เสียการรับรู้ความรู้สึกส่วนสะเทือน หรือความรู้สึกเจ็บปวด ร้อนเย็น อย่างไรก็ตาม ความผิดปกติเหล่านี้ นอกจากจะตรวจพบได้ในผู้ป่วย cervical spondylotic myelopathy ยังอาจพบได้จากโรคอื่น ๆ เช่น multiple sclerosis, cerebrovascular disease, intracranial or spinal cord tumor, syringomyelia, amyotrophic lateral sclerosis เป็นต้น ดังนั้นจึงต้องอาศัยการซักประวัติ ตรวจร่างกายที่ละเอียดรวมกับการตรวจต่าง ๆ ที่จำเป็น เช่น MRI, electrodiagnosis เพื่อช่วยในการวินิจฉัย

การวินิจฉัยแยกโรค^{1,6,8}

การตรวจทาง electrodiagnosis ผู้ป่วยที่มี cervical spondylotic myelopathy อาจตรวจพบความผิดปกติของ somatosensory และ motor evoked potentials (MEP) โดย MEP เป็นการตรวจคลื่นไฟฟ้าที่ส่งงานของสมองผ่านไขสันหลังไปยังกล้ามเนื้อมัดต่างๆ ที่ใช้ในการเคลื่อนไหว ส่วน Somatosensory Evoked Potentials (SSEP) เป็นการตรวจกระแสไฟฟ้าที่ใช้รับรู้ความรู้สึกจากผิวหนังส่งผ่านไขสันหลังไปยังสมอง โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อมีการเคลื่อนไหวของคอจะพบความผิดปกติของ Somatosensory Evoked Potentials (SSEP) ในผู้ป่วยโรคกระดูกคอเสื่อมที่มีการกดทับไขสันหลังพบว่า การตรวจทาง electrodiagnosis นี้สามารถช่วยติดตามความรุนแรงของโรคได้ แต่ในปัจจุบันไม่เป็นที่นิยม การซักประวัติและการตรวจร่างกายยังเป็นวิธีการที่ให้ความเชื่อถือได้มากที่สุดในการช่วยในการวินิจฉัยโรค

การตรวจทางภาพถ่ายรังสี^{1,6,8}

ภาพถ่ายรังสีกระดูกคอในท่า antero-posterior, oblique และ lateral รวมทั้งท่า lateral ของกระดูกคอ ในขณะที่งอหรือเงยศีรษะ จะสามารถแสดงให้เห็นการแคบตัวของช่องกระดูก หินปูน การเคลื่อนของกระดูกและภาวะไม่มั่นคงของกระดูกคอ ส่วนการศึกษาภาพ MRI มีประโยชน์ในการที่จะให้การวินิจฉัยภาวะ cervical spondylotic myelopathy เนื่องจากสามารถแสดงให้เห็น

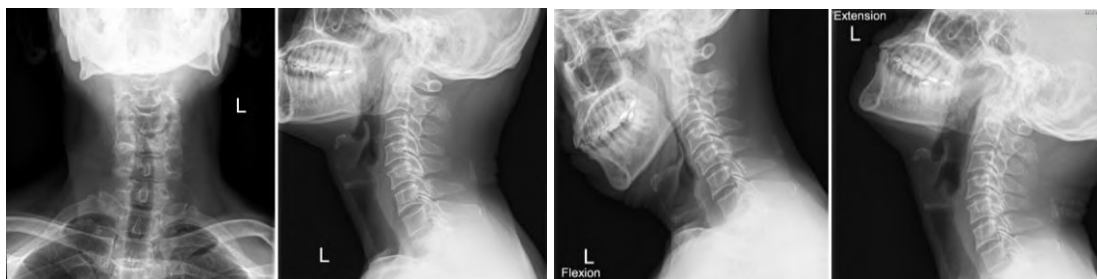
พยาธิสภาพของเนื้อไขสันหลัง ในขณะที่การศึกษา CT - myelography สามารถแสดงให้เห็นรายละเอียดของส่วนที่เป็นกระดูกที่ยื่นไปในช่องกระดูกคอและกดทับไขสันหลังได้ดีกว่า MRI แต่ไม่สามารถแสดงรายละเอียดของไขสันหลังดีเท่ากับการตรวจด้วย MRI



รูปที่ 6 Film normal cervical spine¹⁰

Credit picture from <http://boneandspine.com/spine/cervical-spine/xray-of-normal-cervical-spine>

search : 25/10/2014 เวลา 8 น.



รูปที่ 7 Film shows cervical spondylosis C 3-4 (AP,Lat, Flexion, Extension View)

Credit picture from siriraj's patient



รูปที่ 8 MRI shows cervical spondylosis at C3-4

Credit picture from siriraj's patient

การรักษา^{1,6,8}

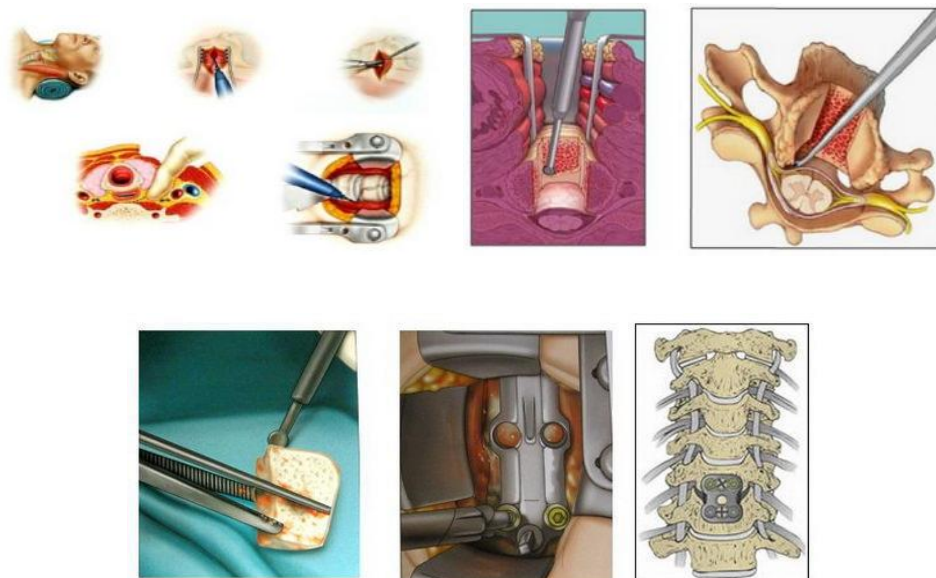
การรักษาโดยไม่ผ่าตัด⁶ (non-surgical treatment) ในผู้ป่วยที่มีอาการปวดคอรัวไปที่แขนและมือ การรักษาเบื้องต้นจะประกอบด้วยกำกัการเคลื่อนไหวของส่วนคอ การพัก การใช้อุปกรณ์ช่วยพยุงคอ (collar) เพื่อช่วยควบคุมการเคลื่อนไหวของกระดูกคอจะช่วยลดอาการบวมหรืออักเสบของไขสันหลังและเส้นประสาท ซึ่งจะมีประโยชน์ในช่วงแรกเมื่อมีอาการปวด แต่การใช้อุปกรณ์ช่วยพยุงคอเป็นเวลานาน ๆ ก็อาจก่อให้เกิดภาวะการลีบฝ่อของกล้ามเนื้อบริเวณต้นคอได้ จึงควรใช้เป็นระยะๆ ร่วมกับการบริหารกล้ามเนื้อคอ ส่วนการดึงคอ (traction) ควรทำด้วยความระมัดระวังและมีการดูแลอย่างใกล้ชิด ถ้ามีอาการที่บ่งชี้ถึงการกดเบียดไขสันหลังแล้วไม่แนะนำให้ทำการดึงคอเพราะอาจทำให้มีการบาดเจ็บของไขสันหลังเพิ่มขึ้นได้ การให้ยาลดอาการอักเสบ (NSAID) หรือยาคลายกล้ามเนื้อสามารถใช้ในการรักษาได้ในช่วงระยะเวลาสั้นๆ ที่สำคัญคือทำให้คำแนะนำผู้ป่วยให้ใช้คออย่างถูกต้องและการทำกายภาพบำบัดด้วยวิธีต่างๆ เช่น การใช้ความร้อน การบริหารคอที่ถูกวิธี ผู้ป่วยโรคกระดูกคอเสื่อมที่มีการกดทับไขสันหลังที่รักษาโดยไม่ผ่าตัดนั้น ผู้ป่วยควรได้รับการดูแลและชี้แจงว่าอาจเกิดอาการกล้ามเนื้ออ่อนแรงต่อเนื่องและมากขึ้นหรือมีอาการเกร็งของกล้ามเนื้อหรือเสียความสมดุลของร่างกายได้ ดังนั้นแพทย์จะนัดติดตามอาการเป็นระยะๆ ผู้ป่วยจึงควรมารับการตรวจระบบประสาททุก 6 เดือนเพื่อดูความก้าวหน้าของโรค

การรักษาโดยการผ่าตัด⁶ การผ่าตัดมีข้อบ่งชี้สำหรับการทำผ่าตัด (surgical indications) ในผู้ป่วยที่มีการทำงานของระบบประสาทเสื่อมถอยลงอย่างต่อเนื่อง ตรวจพบการเสียการทำงานของระบบประสาทไขสันหลังมากขึ้น การรักษาโดยไม่ผ่าตัดไม่ได้ผล มีอาการมานานกว่า 6 เดือน ควรพิจารณาทำผ่าตัดเพื่อการขยายช่องไขสันหลัง การผ่าตัดมักได้ผลดีในผู้ป่วยที่เริ่มมีอาการภายใน 6-12 เดือน หรือเริ่มมีอาการกดทับประสาทไขสันหลังในระยะแรก

การผ่าตัดต่างๆ ไปมี 2 วิธี

1. การผ่าตัดทางด้านหน้า (anterior approach)¹¹

การผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับคอทางด้านหน้า (Anterior Cervical Discectomy And Fusion: ACDF) เป็นการผ่าตัดเอาหมอนรองกระดูกและหินปูนที่ขึ้นไปกดประสาทไขสันหลังออก และทำการเชื่อมกระดูกคอระดับนั้นด้วยกระดูกเชิงกราน (iliac crest) ซึ่งปัจจุบันมีการตามกระดูกด้วยโลหะเพื่อป้องกันการเคลื่อนไหวของกระดูก



รูปที่ 9 ขั้นตอนการผ่าตัดเอาหมอนรองกระดูกออกและเชื่อมกระดูกคอ¹²

Credit picture from http://www.thaispine.com/Exam_CSM.htm

search : 25/10/2014 เวลา 11 น.



รูปที่ 10 X-ray หลังผ่าตัดเอาหมอนรองกระดูกออกและยึดตามกระดูกด้วยโลหะ (ACDF C3-4)

Credit picture from siriraj's patient

2. การผ่าตัดทางด้านหลัง (posterior approach)¹¹

มักทำในกรณีที่มีการกดทับประสาทไขสันหลังมากกว่า 3 ระดับ แบ่งเป็น 3 วิธี คือการผ่าตัดเอากระดูกลามิโน่าออก (laminectomy) การผ่าตัดขยกระดูกลามิโน่าขึ้น (laminoplasty) ในการผ่าตัดเอากระดูกลามิโน่าออก (laminectomy) อาจทำให้เกิดผลเสียตามมาคือมีการโก่งงอของกระดูกต้นคอมากขึ้น (progressive cervical kyphosis) อาจก่อให้เกิดการกดทับของประสาทไขสันหลังได้

ดังนั้นจึงได้มีการผ่าตัดอีกวิธีหนึ่งคือการผ่าตัดเอากระดูกลามิनाออกและเชื่อมปล้องกระดูกคอ (laminectomy and fusion)



รูปที่ 11 การผ่าตัดขยายช่องกระดูกสันหลัง open door laminoplasty¹³

Credit picture from http://www.thaispine.com/Exam_CSM.htm search : 25/10/2014 เวลา 11 น.

ภาวะแทรกซ้อน¹⁴

ภาวะแทรกซ้อนของโรคกระดูกคอเสื่อมที่พบก่อนผ่าตัด พบว่าถ้าปล่อยไว้นาน ๆ อาจมีการฝ่อตัวและการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อบริเวณแขนและมือ ถ้าหากมีการกดทับของไขสันหลัง ก็อาจมีการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อขา ทำให้ถ่ายหรือกลั้นอุจจาระปัสสาวะไม่ได้

ส่วนภาวะแทรกซ้อน โรคกระดูกคอเสื่อมที่เกิดขึ้นหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังส่วนคอทางด้านหน้าแบ่งได้เป็น 4 กลุ่ม ซึ่งสัมพันธ์กับระยะเวลาในการเกิดดังนี้คือ

1. เกิดระหว่างผ่าตัด ได้แก่ หลอดอาหารได้รับบาดเจ็บ (esophageal injury) พบอุบัติการณ์ได้ไม่บ่อย 0.2-1.5% แต่เป็นสาเหตุสำคัญของภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงถึงชีวิต หลอดเลือดแดง vertebral ได้รับบาดเจ็บ (vertebral artery injury) พบอุบัติการณ์ได้ไม่บ่อย 0.3-0.5% dural tear พบอุบัติการณ์ 3.7% spinal cord injury พบอุบัติการณ์ 0.2-0.9%

2. เกิดหลังผ่าตัดใน 1 สัปดาห์ ได้แก่ acute air way obstruction อุบัติการณ์ใส่ท่อช่วยหายใจซ้ำหลังผ่าตัดกระดูกคอทางด้านหน้าอยู่ระหว่าง 1.7-2.8% radiculopathy พบอุบัติการณ์ 0.2-3.2%

3. เกิดหลังผ่าตัด 1-6 สัปดาห์ ได้แก่ภาวะกลืนลำบาก (dysphagia) ซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อยสุดตามหลังการผ่าตัดกระดูกสันหลังส่วนคอทางด้านหน้าโดยมีอุบัติการณ์อยู่ระหว่าง 11-60% โดย 70% จะมีอาการดีขึ้นภายใน 2 เดือน dysphonia เป็นภาวะที่มีการเปลี่ยนแปลงของเสียงตั้งแต่มีอาการเสียงแหบไปจนถึงพูดลำบากมีอุบัติการณ์ 2-30% bone graft extrusion เป็นภาวะที่รุนแรงพบอุบัติการณ์ 6.4% wound Infection อุบัติการณ์ 0.2-1.6%

4. เกิดหลังผ่าตัดนานกว่า 6 สัปดาห์ ได้แก่การเชื่อมกระดูกคอไม่ติด อาจมีอาการปวดคอและ/หรือมีอาการปวดแขนตามรากประสาท

นอกจากนี้ยังพบภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันที่เกี่ยวข้องกับเทคโนโลยีใหม่ได้แก่ ภาวะแทรกซ้อนที่สัมพันธ์กับการใช้ bone morphogenetic proteins (BMPs) ซึ่งมีกลไกการออกฤทธิ์ โดยการกระตุ้นให้มีการสร้างกระดูกและส่งเสริมการเชื่อมต่อของกระดูกพบมีอุบัติการณ์ 23-27% ที่พบว่าการบวมของเนื้อเยื่ออ่อนภายหลังผ่าตัดและอาจมีอาการบวมรุนแรงจนทำให้หายใจลำบาก ซึ่งเป็นผลให้ต้องพักรักษาในโรงพยาบาลนานขึ้น

การพยากรณ์โรค⁸

โรคกระดูกคอเสื่อม (cervical spondylosis) มักพบบ่อยในผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 55 ปี ซึ่งการซักประวัติร่วมกับการตรวจร่างกายที่ละเอียดโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางจะช่วยให้การวินิจฉัยภาวะนี้ได้ นอกจากนี้การถ่ายภาพรังสีโดยใช้ MRI และ CT scan ยังสามารถช่วยสนับสนุนการวินิจฉัยโรคได้ดียิ่งขึ้น สำหรับการรักษาโดยการผ่าตัดจะช่วยป้องกันการเสียหายของระบบประสาทไขสันหลังที่จะเกิดมากขึ้น ผลการผ่าตัดจะดีที่สุดถ้าทำในระยะแรกเมื่อเริ่มมีอาการก่อนที่จะมีการเสียหายของระบบประสาทไขสันหลังอย่างถาวรและพบว่าในผู้ป่วยสูงอายุมากกว่า 70 ปี ที่มีการเสียหายของระบบประสาทไขสันหลังมานานจะเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่ได้ผลดีต่อการรักษา รวมถึงผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัวมานาน, มีภาวะซึมเศร้า มีการเสียหายของระบบการขับถ่ายร่วมด้วย ดังนั้นการให้การวินิจฉัยในระยะเบื้องต้นของโรคได้ และทำการรักษาในระยะแรกๆ จึงมีความสำคัญทำให้ได้ผลดีและผู้ป่วยสามารถกลับมาใช้ชีวิตที่ดีได้อีกครั้ง

การป้องกัน¹⁵

แม้ว่าโรคกระดูกคอเสื่อมเป็นภาวะที่เกิดขึ้นตามวัย แต่เราก็สามารถลดความเสี่ยงและชะลอความเสื่อมของหมอนรองกระดูกคอลงได้ด้วยการปฏิบัติตัวดังนี้

1. ขยับเปลี่ยนอิริยาบถทุกๆ ชั่วโมง ไม่นั่งก้มทำงานหน้าคอมพิวเตอร์นานๆ เกินกว่า 1 ชั่วโมง พักคอเป็นระยะ ๆ ระหว่างขับรถ ดูโทรทัศน์ หรือเล่นคอมพิวเตอร์
2. ฝึกบริหารกล้ามเนื้อต้นคออย่างสม่ำเสมอ โดยการออกกำลังเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ (isometric exercise) บริเวณรอบๆ คอ ด้วยท่าก้ม เงย เอียงคอซ้าย-ขวา หมุนคอ ซึ่งใช้วิธีการออกแรงต้าน การออกกำลังกายแบบเหยียดกล้ามเนื้อ (stretching exercise) ตามแนวการขยับคอ 3 ทิศทางดังรูปที่ 12



ทำบริหารกล้ามเนื้อรอบคอ
โดยออกแรงต้านระหว่างมือกับศีรษะค้างไว้ นับ 1-5 ทำชุดละ 3-5 ครั้ง

รูปที่ 12 การบริหารกล้ามเนื้อต้นคอ

3. หลีกเลี่ยงปัจจัยที่ส่งเสริมให้เกิดภาวะกระดูกคอเสื่อมเร็วขึ้น เช่น การหมุนหรือสะบัดคอบ่อยๆ การทำงานโดยก้มหรือแหงนคอเป็นเวลานานๆ และควรหลีกเลี่ยงการบาดเจ็บต้นคอโดยการใส่เข็มขัดนิรภัยขณะขับรถยนต์ เป็นต้น

4. หากมีอาการปวดคอควรหลีกเลี่ยงการออกกำลังกายที่มีการกระแทกต่อกระดูกคอ เช่น วิ่งเหยาะ เป็นต้น ถ้ามีอาการปวดคอมากๆ สามารถใส่อุปกรณ์พยุงคอ (soft collar) ได้บ้างเป็นครั้งคราว โดยทั่วไปไม่แนะนำให้ใส่นานเกิน 1 สัปดาห์ เพราะหากใส่นานเกินไปจะเกิดภาวะกล้ามเนื้ออ่อนแรงได้เนื่องจากกล้ามเนื้อคอไม่มีการขยับ

5. การทำกายภาพบำบัด เช่น การประคบร้อนบริเวณที่มีกล้ามเนื้อหดเกร็ง การเหยียดกล้ามเนื้อโดยการดึงคอบนหมอนนุ่มโดยนักกายภาพบำบัดที่เชี่ยวชาญ

6. การออกกำลังกาย เช่น การว่ายน้ำ การทำโยคะ เป็นการช่วยยืดกล้ามเนื้อ และช่วยสร้างสมดุลของคอ การทำงานของกล้ามเนื้อรอบๆ คอและไหล่ และสามารถเพิ่มระดับความทนทานต่อความปวดได้ดีขึ้น

ข้อห้ามและข้อควรระวังในการปฏิบัติตัวหลังทำผ่าตัด

สำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการทำผ่าตัดหมอนรองกระดูกคอทับเส้นประสาทโดยการผ่าตัดจากทางด้านหน้าและเชื่อมข้อ (Anterior Cervical Discectomy and Fusion ; ACDF) มีข้อควรปฏิบัติดังต่อไปนี้

1. ไม่อยู่ในอิริยาบถเดิวนาน ๆ
2. ไม่ก้มหรือเงยมากเกินไป ไม่หมุนคออย่างรวดเร็ว
3. หลีกเลี่ยงการก้ม, เงย, การนอนศีรษะสูง
4. ไม่นั่งคอม - สัปหงก และไม่นั่งหลับตาขณะรถวิ่ง
5. ใ้ะทำงานควรสูงพอกับระดับมือ สอกสูงกว่าระดับโต๊ะเล็กน้อย ถ้าอ้อมีที่วางแขน
6. ลูกและลงนอนโดยใช้ท่านอนตะแคง ขึ้นและลงจากที่นอนโดยใช้ข้อศอกยันพื้น ไม่ควรนอนคว่ำ
7. ที่นอนและหมอนแน่นพอดี หมอนกว้างรับส่วนแอ่นของคอในท่านอนหงาย และสูงกว่าระดับไหล่
8. ถ้ามีอาการปวดรุนแรง ใช้น้ำอุ่นประคบ ถ้าไม่ทุเลาควรไปพบแพทย์
9. ถ้ามีอาการปวดห้ามเดินทางในถนนที่ขรุขระ มีหลุมบ่อ ห้ามเล่นกีฬาที่กระทบกระเทือนต่อคอ เช่น กระโดดเชือก แบดมินตัน
10. ควรบริหารกล้ามเนื้อคอและไหล่สม่ำเสมอ

บทที่ 3

การพยาบาลผู้ป่วยโรคกระดูกคอเสื่อม(cervical spondylosis) ที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับคอทางด้านหน้า

การปฏิบัติการพยาบาลเป็นขั้นตอนหนึ่งของกระบวนการพยาบาลที่พยาบาลปฏิบัติ โดยการใช้ศาสตร์และศิลป์ทางการพยาบาลหรือศาสตร์ที่เกี่ยวข้องเพื่อให้การปฏิบัตินั้นครอบคลุม ผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ จิตวิญญาณ และสังคม หรือเป็นในลักษณะขององค์รวม โดยมีเป้าหมาย ให้ผู้ป่วยได้รับการดูแล รักษา ป้องกัน ส่งเสริมและฟื้นฟูสภาพ กลับสู่สภาพปกติหรือสามารถดำเนินชีวิตด้วยการดูแลตนเองได้¹¹ ในการดูแลผู้ป่วยโรคกระดูกคอเสื่อมที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับคอทางด้านหน้าซึ่งถือว่าเป็นการทำผ่าตัดใหญ่และมีความซับซ้อน ผู้ป่วยในกลุ่มนี้พบว่า ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุและพบมีโรคประจำตัวอื่นๆ ร่วมด้วย ดังนั้นจึงเป็นความท้าทายในการดูแล ซึ่งพยาบาลต้องมีความรู้ความสามารถ มีทักษะ และพัฒนาตนเองให้มีความรู้ทันกับวิทยาการใหม่ๆ อย่างต่อเนื่อง เพื่อนำความรู้และประสบการณ์มาวางแผนให้การพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งในกระบวนการพยาบาล¹² นั้นจะประกอบด้วย การประเมินภาวะสุขภาพ การวินิจฉัยการพยาบาล การวางแผนการพยาบาล การใช้แผนการพยาบาลและการประเมินผลการพยาบาล โดยการดูแลผู้ป่วยโรคกระดูกคอเสื่อมที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับคอทางด้านหน้านี้อาจแบ่งการดูแลออกเป็น 2 ระยะ ได้แก่ระยะก่อนผ่าตัดและหลังผ่าตัดซึ่งมีเป็นข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลดังนี้

แผนการพยาบาลผู้ป่วยก่อนผ่าตัด

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 1: ผู้ป่วยวิตกกังวลเนื่องจากขาดความรู้เรื่องโรค การผ่าตัด และการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด

ข้อมูลสนับสนุน

- ผู้ป่วยไม่เคยทำผ่าตัดมาก่อน
- มีสีหน้าวิตกกังวล และซักถามเกี่ยวกับโรค การผ่าตัดและการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด
- ผู้ป่วยขอยานอนหลับคืนก่อนไปทำผ่าตัด

เป้าหมายการพยาบาล

- ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวลลง และมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค การผ่าตัด และการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด

เกณฑ์การประเมินผล

- ผู้ป่วยมีสีหน้าสดชื่นแจ่มใส บอกว่าคลายความวิตกกังวลลง

- ผู้ป่วยสามารถพักผ่อนนอนหลับได้อย่างน้อยวันละ 8 ชั่วโมง
- ผู้ป่วยสามารถตอบคำถามเกี่ยวกับโรค การผ่าตัด และฝึกหัดวิธีการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัดได้ถูกต้อง

กิจกรรมการพยาบาล¹⁸⁻³⁰

1. สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยและญาติ และสร้างความมั่นใจตลอดจนความรู้สึกปลอดภัย โดยให้ความสนใจผู้ป่วย ทักทายผู้ป่วย การแสดงท่าที่เป็นกันเอง สุภาพ เพื่อให้เกิดสัมพันธภาพที่ดี เกิดความไว้วางใจในตัวของผู้ให้การพยาบาล

2. แนะนำกฎระเบียบ และข้อปฏิบัติของโรงพยาบาล ให้เวลากับผู้ป่วย เปิดโอกาสให้ซักถามปัญหา ข้อสงสัย และพูดระบายความรู้สึกต่างๆ เกี่ยวกับความวิตกกังวล ความกลัว โดยรับฟังปัญหาของผู้ป่วยอย่างตั้งใจ และตอบคำถามผู้ป่วยอย่างชัดเจน

3. ให้ข้อมูล อธิบายเกี่ยวกับโรค การรักษา การให้าระงับความรู้สึก และการทำผ่าตัดซึ่งมีความจำเป็นรวมถึงแนะนำการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด โดยให้ผู้ป่วยและญาติดู VCD การปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัดเพื่อเตรียมความพร้อมในการทำผ่าตัดเพื่อให้ผู้ป่วยและญาติทราบ และให้ความร่วมมือตามแผนการรักษา

4. ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อน/หลังผ่าตัดในเรื่องต่างๆ ดังต่อไปนี้¹⁸⁻¹⁹

4.1 การดูแลทำความสะอาดร่างกายเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ โดยให้ผู้ป่วยอาบน้ำ สระผม ตัดเล็บให้สั้น

4.2 การหายใจอย่างมีประสิทธิภาพ (deep breathing exercise) เพื่อป้องกันปอดแฟบและเป็นการกระตุ้นให้ผู้ป่วยขับเสมหะออกได้ดี โดยสอนให้ผู้ป่วยใช้ incentive spirometer²⁰ บริหารปอดดังนี้

4.2.1 ทำที่ดีในการใช้ incentive spirometer ควรเป็นท่านั่งหลังตรง แต่ถ้าผู้ป่วยนั่งไม่ได้ให้อยู่ในท่านอนได้ และควรบริหารปอดโดยใช้ incentive spirometer ขณะนอนอยู่ในท่าต่างๆ เช่น ท่านอนหงาย ท่าตะแคงซ้าย ท่าตะแคงขวา เพื่อให้ปอดขยายได้ทุก lobe

4.2.2 สูดหายใจเข้าลึกๆ แล้วผ่อนลมหายใจออกช้าๆ ประมาณ 2-3 ครั้งและอ้าปากอม mouth piece จนมิดแล้วดูดบอลจนลอยขึ้นช้าๆ ให้นอลล้างอยู่ด้านบน ประมาณ 3- 5 วินาที (นับ 1 – 5) หรือเท่าที่ร่างกายจะสามารถทำได้จากนั้นจึงผ่อนลมหายใจออก



รูปที่ 13 การบริหารปอดโดยใช้ incentive spirometer

4.2.3 การบริหารปอดโดยใช้ incentive spirometer ให้ทำตอนไหนก็ได้ ควรทำเป็นชุด ชุดละ 5-10 ครั้ง ทำวันละกี่ชุดก็ได้ตามความพร้อมของร่างกายผู้ป่วย กรณีหลังผ่าตัดหากผู้ป่วยไม่มีอาการปวดแผลผ่าตัดหรือคลื่นไส้ อาเจียน ควรกระตุ้นให้ผู้ป่วยบริหารปอดโดยใช้ incentive spirometer ทุก 1 ชั่วโมง

4.2.4 กรณีผู้ป่วยไม่สามารถดูให้บอลลอยขึ้นได้ ให้ผู้ป่วยพยายามทดลองทำหลายๆ ครั้งก่อน โดยให้กำลังใจจนแน่ใจว่าไม่สามารถทำได้จริง อาจใช้เทคนิคที่ว่าถ่วง incentive spirometer ลงให้ผู้ป่วยเป่าลมจนเห็นบอลลอยขึ้น ซึ่งวิธีนี้เป็นการทำเพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าได้ดี แต่ไม่มีผลให้ปอดขยาย แล้วจึงทดลองให้ทำใหม่ โดยควรสอนให้ผู้ป่วยหายใจเข้าให้เต็มปอดก่อนแล้วจึงเป่า ซึ่งขณะหายใจเข้าจะทำให้ปอดขยายหรือให้ผู้ป่วยฝึกการหายใจโดยการทำ deep breathing exercise ด้วยตนเอง

4.3 การไอเอาเสมหะออกอย่างมีประสิทธิภาพ (cough effective) เพื่อช่วยป้องกันภาวะแทรกซ้อนเรื่องปอดอักเสบและภาวะทางเดินหายใจอุดตัน โดยการให้หายใจเข้า-ออกลึกๆ ยาว 4-5 ครั้ง ครั้งสุดท้ายสูดหายใจเข้าเต็มที่ กลั้นหายใจไว้และไอออกมาจากส่วนลึก และแนะนำให้ผู้ป่วยไอบ่อยๆ อย่างน้อยวันละ 3 ครั้ง เช้า กลางวัน เย็น โดยทำครั้งละ 10 รอบเป็นอย่างน้อย เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนของระบบทางเดินหายใจ ซึ่งสามารถทำได้ในช่วงก่อนและหลังผ่าตัด ในระยะหลังผ่าตัดหากผู้ป่วยไม่มีอาการปวดแผลผ่าตัดหรือคลื่นไส้ อาเจียน สามารถเริ่มทำได้ทันที ภายหลังจากกลับจากห้องผ่าตัด

4.4 อธิบายวิธีประเมินระดับความปวด โดยให้คะแนนเป็นตัวเลข 0 - 10 (0 หมายถึงไม่ปวดเลย 10 หมายถึงปวดมากที่สุด) และแนะนำเรื่องการขยับบรรเทาปวดหลังผ่าตัดเมื่อเริ่มมีคะแนนระดับความปวดมากกว่า 3

4.5 แนะนำและสาธิตวิธีการพลิกตะแคงตัวแบบ log rolling เพื่อช่วยลดอาการปวดคอหลังทำผ่าตัดและลดการเคลื่อนของกระดูกต้นคอที่ถูกตามไว้หลังทำผ่าตัดดังนี้

4.5.1 การพลิกตะแคงตัวแบบท่อนซุง (log rolling) ควรใช้คนอย่างน้อย 2 คนช่วยกัน มือข้างหนึ่ง จับที่ไหล่ มืออีกข้างจับที่สะโพก ให้ไหล่ ลำตัว และสะโพกพลิกไปพร้อม ๆ กัน โดยใช้หมอนข้างสอดไว้ระหว่างขา เพื่อให้กล้ามเนื้อหลังและสะโพกอยู่ในแนวตรง ในคนไข้ที่ทำผ่าตัดคอ ให้กางนิ้วแล้วประคองหมอนที่คนไข้หนุนด้วยเพื่อป้องกันคอไม่ให้บิด โดยคนไข้จะต้องใส่ soft collar หรือ philadelphia collar พยุงคอไว้ตลอดเพื่อป้องกันไม่ให้คนไข้เอี้ยวคอ หรือหมุนคอได้ เวลาพลิกตะแคงตัวต้องพร้อมๆกับให้คนไข้ตะแคงตัวมาพร้อมๆกัน ดังรูปที่ 14



รูปที่ 14 การพลิกตัวแบบ log rolling

4.6 แนะนำให้ผู้ป่วยนอนราบหลังทำผ่าตัดสามารถหนุนหมอนได้แต่หมอนไม่ควรสูงมาก ห้ามลุกนั่งหรือปรับเตียงให้ศีรษะสูงขึ้นจนกว่าแพทย์จะอนุญาต

4.7 แนะนำการลุกจากเตียง ให้ใช้ท่านอนตะแคงยันตัวลุกขึ้น ส่วนการลงนอนให้ใช้ข้อศอกยันพื้นที่นอนนานประมาณ 10 วินาทีก่อนเอนตัวลง ดังรูปที่ 15



รูปที่ 15 การลุกจากเตียง

4.8 แนะนำชนิดของอุปกรณ์ช่วยพยุงคอแบบต่างๆ²¹ ซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อป้องกันไม่ให้คอส่วนที่ไม่มั่นคงขยับเขยื้อน และช่วยลดอาการปวด อาการอักเสบ ทำให้ตำแหน่งที่ได้รับบาดเจ็บอยู่นิ่งๆ กับที่ การทำหน้าที่ของอุปกรณ์ช่วยพยุงคอนี้ใช้หลักการ three-point pressure ในการประคองคอ อุปกรณ์ที่ดีควรเป็นชนิดที่ผู้ป่วยสวมใส่แล้วนั่งได้ หายใจสะดวกและไม่ขัดขวางต่อการทำกิจกรรมต่างๆ อุปกรณ์ช่วยพยุงคอที่ใช้อยู่ได้แก่

4.8.1 soft cervical collar ทำจากวัสดุหรือยางนุ่มๆ จำกัดการเคลื่อนไหวของกระดูกสันหลังส่วนคอได้น้อย จึงไม่ช่วยเพิ่มความมั่นคงขณะสวมใส่ มีวัตถุประสงค์เพื่อช่วยเตือนผู้ป่วยให้คอยระมัดระวังไม่ให้ขยับคอมากเกินไป ใช้ในกรณีมีการบาดเจ็บที่เนื้อเยื่ออ่อนๆ รอบๆ คอ แต่ไม่สูญเสียความมั่นคงของข้อต่อ



รูปที่ 16 soft cervical collar

4.8.2 hard cervical collar ทำจากพลาสติกแข็งสามารถจำกัดการเคลื่อนไหวของคอได้มากกว่า soft cervical collar ขอบ่งใช้เหมือนกับ soft cervical collar และไม่ใช้ในกรณีที่สูญเสียความมั่นคงของกระดูกคอเช่นเดียวกัน



รูปที่ 17 hard cervical collar²²

Picture from https://en.wikipedia.org/wiki/Cervical_collar search : 18/04/2015 เวลา 22 น.

4.8.3 philadelphia collar ทำจากโฟมชนิดพิเศษ ลักษณะเป็นปลอกหน้า-หลัง 2 ชั้น ประกบเข้าหากันได้ ปลอกนี้จะยันขึ้นมาถึงคางและยันไปที่บริเวณส่วนบนของหน้าอก โดยมีแถบ

ปรับเปลี่ยนขนาดความกระชับได้ตามความต้องการ และตรงกลางลำคอมีรูสำหรับความสะดวกในการใส่ tracheostomy tube การใส่ philadelphia collar สามารถช่วยจำกัดการเคลื่อนไหว ใช้สำหรับผู้ป่วยที่ไม่มีการแตกหักหรือเคลื่อนของกระดูกสันหลังระดับคอ หรือผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด anterior disectomy และ interbody fusion



รูปที่ 18 philadelphia collar

4.9 สาธิตวิธีการใส่อุปกรณ์ช่วยพยุงคอ (philadelphia collar) ที่ถูกต้องดังนี้²³

4.9.1 philadelphia collar ที่แสดงในภาพประกอบด้วยสองส่วนคือส่วนหน้าและส่วนหลัง โดยมีคำว่า“front” และคำว่า“back” กำกับไว้



รูปที่ 19 ส่วนหน้าของ philadelphia collar สังเกตคำว่า “FRONT” และลูกศรชี้ขึ้นเพื่อบอกทิศทางในการวาง collar ให้รับพอดีกับคางของผู้ป่วย



รูปที่ 20 ส่วนหลังของ philadelphia collar สังกัดคำว่า “BACK” และลูกศรชี้ขึ้นเพื่อบอกทิศทางการวางให้รับกับด้านหลังของศีรษะของผู้ป่วย

4.9.2 เลือกขนาดของ philadelphia collar (small, medium, large) ให้เหมาะสมกับขนาดของผู้ป่วย

4.9.3 ก่อนใส่ปลดคอผู้ป่วยสมควรให้ผู้ช่วยประคองด้านข้างของศีรษะของผู้ป่วยไว้เพื่อป้องกันการเคลื่อนไหวระหว่างการใส่ philadelphia collar



รูปที่ 21 การประคองด้านข้างของศีรษะผู้ป่วยขณะใส่ philadelphia collar²³

4.9.4 ผู้ช่วยอีกคนหนึ่งสอด philadelphia collar ส่วนหลังไปได้คอของผู้ป่วยโดยมีผู้ช่วยอีกคนคอยรับและดึง collar



รูปที่ 22 การสอดส่วนหลัง(BACK) ของ philadelphia collar ไปด้านหลังของคอ²³

4.9.5 จัดให้ philadelphia collar ส่วนหลัง (Back) อยู่พอดีกับตรงกลางด้านหลังของส่วนคอของผู้ป่วย



รูปที่ 23 จัดส่วนหลังของ philadelphia collar ให้ได้ตำแหน่งของคอผู้ป่วย²³

4.9.6 ใส philadelphia collar ส่วนหน้า (Front) ให้ล้อมส่วนหลังเพื่อให้ส่วน Velcro มีพื้นที่ในการติดมากที่สุดเพื่อให้ philadelphia collar มีความกระชับมากที่สุด



รูปที่ 24 การประกบส่วนหน้า(FRONT)ของ philadelphia collar กับส่วนหลัง(BACK)²³



รูปที่ 25 ภาพด้านข้างของการประกอบ philadelphia collar ที่ถูกต้องโดยให้ ส่วนหน้าของ collar (ลูกศร)อยู่คร่อมส่วนหลัง(ลูกศรประ) ²³

4.10 แนะนำประเภท/ชนิดของอาหารที่ควรเลือกรับประทานหลังทำผ่าตัดได้แก่อาหารเหลวในระยะ 1-2 วันแรกหลังผ่าตัดเพื่อความสะดวกในการกลืนจากนั้นจึงค่อยเริ่มเป็นอาหารอ่อน ย่อยง่าย กลืนง่าย เช่น โจ๊กหรือข้าวต้มเพื่อสะดวกในการเคี้ยวกลืนหรือตามแผนการรักษาของแพทย์

4.11 การเซ็นใบอนุญาตทำการผ่าตัด ต้องกระทำทุกคน ในกรณีสูงอายุเซ็นชื่อไม่ได้ ต้องให้ผู้มีอำนาจกระทำการแทน เช่น บุตรเซ็นแทน

5. แนะนำผู้ป่วยให้รู้จักและพูดคุยกับผู้ป่วยที่เคยได้รับการผ่าตัดแบบเดียวกัน ซึ่งประสบผลดีในการรักษามาแล้วเพื่อคลายความวิตกกังวลและให้ผู้ป่วยมั่นใจในการรักษาพยาบาล

6. แนะนำญาติให้การดูแล เอาใจใส่ และให้กำลังใจผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

7. แนะนำการเตรียมความพร้อมเมื่อผู้ป่วยกลับไปอยู่บ้านเกี่ยวกับอุปกรณ์ช่วยเดิน การจัดสิ่งแวดลอมที่บ้านเพื่อป้องกันการหกล้มและเตรียมผู้ดูแลในระยะแรกที่ผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลโดยเฉพาะใน 2 สัปดาห์แรก หรือจนกว่าผู้ป่วยสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ดีแล้ว

8. แนะนำให้ผู้ป่วยพักผ่อนให้เพียงพอในคืนวันก่อนผ่าตัด ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาตามแผนการรักษาและจัดสิ่งแวดลอมให้มืด สงบ เย็นสบาย เหมาะกับการพักผ่อนโดยปิดไฟ ปรับอุณหภูมิห้องให้เหมาะสมกับความต้องการของผู้ป่วยแต่ละราย เป็นต้น

แผนการพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัด¹⁸⁻³²

ผู้ป่วยที่มีการบาดเจ็บของไขสันหลังส่วนคอจะมีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดปัญหาด้านการหายใจ โดยเฉพาะกล้ามเนื้อที่ช่วยหายใจคือกล้ามเนื้อกระบังลม (diaphragm) ที่ทำหน้าที่หลักในการหายใจเข้า ซึ่งเลี้ยงด้วยเส้นประสาท phrenic ซึ่งมาจากรากประสาท C3-C5 หากผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บระดับ C5-T7 อาจหายใจได้บ้างเพราะมีกล้ามเนื้อที่ช่วยเสริมการหายใจเช่น intercostals muscle และกล้ามเนื้อหน้าท้องซึ่งช่วยในการไอและขับเสมหะ¹⁸ หากกล้ามเนื้อดังกล่าวอ่อนแรงจะมีผลทำให้ประสิทธิภาพในการหายใจลดลง จำเป็นต้องใส่ท่อหลอดลมและใส่เครื่องช่วยหายใจในระยะแรกประมาณ 2 สัปดาห์ ถ้าผู้ป่วยไม่สามารถหย่าเครื่องช่วยหายใจได้แพทย์จะเจาะคอ ปัญหาที่พบบ่อย คือ ปอดแฟบ (lung atelectasis) และปอดอักเสบ (pneumonia)²⁴ สำหรับผู้ป่วยโรคกระดูกคอเสื่อม (cervical spondylosis) ที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับคอทางด้านหน้าในระดับที่สูง (C2-C4) อาจพบว่าการบาดเจ็บของกล้ามเนื้อที่ใช้ในการหายใจ ดังนั้นภายหลังการหย่าเครื่องช่วยหายใจ พยาบาลประจำหอผู้ป่วยที่มีหน้าที่ดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดจึงควรตระหนักและให้ความสำคัญเกี่ยวกับระบบทางเดินหายใจของผู้ป่วย และควรมีความรู้และทักษะในการประเมินผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็ว เพื่อป้องกันภาวะทางเดินหายใจอุดตัน (airway obstruction) จากการหายใจที่ไม่มีประสิทธิภาพเนื่องจากกล้ามเนื้อทรวงอกที่ช่วยในการหายใจ และกล้ามเนื้อท้องที่ช่วยในการไอและขับเสมหะอ่อนแรง

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 1: ผู้ป่วยมี โอกาสเกิดการหายใจ ไม่มีประสิทธิภาพและเกิดภาวะทางเดินหายใจอุดกั้น

ข้อมูลสนับสนุน

- มีแผลผ่าตัดที่คอทางด้านหน้า (anterior) บริเวณ C₃₋₄ ซึ่งส่งผลต่อกล้ามเนื้อกะบังลม (diaphragm) ที่ทำหน้าที่หลักในการหายใจเข้า ร่วมกับกล้ามเนื้อท้องที่ช่วยในการไอและขับเสมหะอ่อนแรง
- ผู้ป่วยบ่นเหนื่อย กระสับกระส่าย หายใจไม่สะดวกอัตราการหายใจมากกว่า 24 ครั้ง/นาที
- มีเสมหะเหนียวและไม่สามารถไอเอาเสมหะออกได้เอง
- ไม่ได้ใส่ออกซิเจน วัดค่าอิ่มตัวของออกซิเจน (oxygen saturation) ได้ < 95 %

เป้าหมายการพยาบาล

เกณฑ์การประเมินผล

- ผู้ป่วยหายใจมีประสิทธิภาพและไม่เกิดภาวะทางเดินหายใจอุดกั้น
- อัตราการหายใจ 14-22 ครั้ง/นาที
- เสมหะไม่เหนียว
- ไม่มีอาการเหนื่อยหอบหายใจลำบาก เช่น หายใจตื้นถี่ หายใจทางปากและสามารถไอเอาเสมหะออกได้เอง
- ค่าอิ่มตัวของออกซิเจน (oxygen saturation) \geq 97 %
ขณะให้ออกซิเจน 3 LPM หรือออกซิเจน (oxygen saturation) \geq 95 % เมื่อไม่ใส่ออกซิเจน

กิจกรรมการพยาบาล^{13,24}

1. ประเมินสัญญาณชีพทุก 15 นาที 4 ครั้ง ทุก ½ ชั่วโมง 2 ครั้ง ทุก 1 ชั่วโมงจนครบ 4 ชั่วโมงทุก 2 ชั่วโมงจนครบ 4 ชั่วโมงและทุก 4 ชั่วโมงจนครบ 72 ชั่วโมงหรือตามแผนการรักษา

2. ประเมินลักษณะการหายใจ หรือการเคลื่อนไหวของทรวงอก ฟังเสียงลมเข้าปอดและวัดค่าอิ่มตัวของออกซิเจน (oxygen saturation) สังเกตลักษณะการหายใจ

3. ประเมินการไอและขับเสมหะออก ดูแลให้ผู้ป่วยไออย่างมีประสิทธิภาพ (cough effective) โดยการให้หายใจ เข้า - ออกลึกๆ ยาว 4-5 ครั้ง พอครั้งสุดท้ายสุดหายใจเข้าเต็มที่ กลั้นหายใจไว้และไอออกมาจากส่วนลึก ควรกระตุ้นให้ผู้ป่วยไอบ่อยๆ อย่างน้อยวันละ 3 ครั้ง เข้า กลางวัน เย็น โดยทำครั้งละ 10 รอบเป็นอย่างน้อย เพื่อขับเอาเสมหะออกและป้องกันการสะสมของเสมหะและจัดทำนอนไม่ให้ศีรษะก้มหรือเงยมากเกินไป

4. กระตุ้นให้ผู้ป่วยหายใจอย่างมีประสิทธิภาพ (deep breathing exercise) โดยสอนให้ผู้ป่วยออกกำลังกล้ามเนื้อที่ช่วยในการหายใจ โดยให้หายใจเข้าให้ลึก กลั้นไว้ 2-3 นาที แล้วหายใจออก

ช้าๆ ให้หายใจให้ลึกและเร็วที่สุดเท่าที่จะทำได้ แล้วหายใจออกให้เร็วที่สุด และใช้ incentive spirometer บริหารปอด โดยคู่มือที่ห้อยจาก incentive spirometer ลอยขึ้นช้าๆ และให้บอลค้างอยู่ด้านบน ประมาณ 3-5 วินาที (หรือเท่าที่ร่างกายจะสามารถทำได้) แล้วจึงผ่อนลมหายใจออก ทำซ้ำจนครบ 5 รอบแล้วจึงพักและควรทำทุก 1-2 ชั่วโมง

5. ดูแลให้ยาละลายเสมหะตามแผนการรักษาและพ่นละอองไอน้ำเพื่อให้เสมหะอ่อนตัวและกระตุ้นให้ผู้ป่วยไอเอาเสมหะออกอย่างมีประสิทธิภาพ (cough effective) ในรายที่ไอเอาเสมหะออกเองไม่ได้ ช่วยไอโดยใช้มือกดหน้าท้อง (abdominal compression) โดยวางฝ่ามือใต้กระบังลมบริเวณลิ้นปี่และออกแรงดันมือขึ้นในจังหวะที่ผู้ป่วยหายใจออกเพื่อเพิ่มความดันในช่องท้องและช่องอก เกาะปอดและช่วยดูดเสมหะอย่างสม่ำเสมอในรายที่ไม่สามารถไอเอาเสมหะออกได้เองเพื่อป้องกันการสะสมของเสมหะและป้องกันภาวะปอดอักเสบ

6. อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติทราบถึงวัตถุประสงค์และความจำเป็นของการให้ออกซิเจน

7. ดูแลให้ได้รับออกซิเจนตามแผนการรักษาและประเมินลักษณะสีผิวของผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอเพื่อสังเกตว่ามีภาวะพร่องออกซิเจน (cyanosis) เกิดขึ้นหรือไม่

8. สอนแนะนำผู้ป่วยและญาติให้สังเกตอาการหายใจที่ผิดปกติมากขึ้น เช่น เหนื่อยหอบหายใจลำบาก ถ้ามีอาการดังกล่าวให้แจ้งพยาบาลทราบทันทีเพื่อความรวดเร็วในการให้ความช่วยเหลือ

9. รายงานแพทย์เมื่ออัตราการหายใจ ≤ 12 ครั้ง/นาทีและ ≥ 24 ครั้ง/นาที หรือค่าอิ่มตัวของออกซิเจนน้อยกว่า 95%

10. เตรียมความพร้อมสำหรับการใส่ท่อช่วยหายใจและอุปกรณ์ช่วยชีวิตฉุกเฉิน (ดูรูปที่ 46 ในภาคผนวก) หรือใช้เครื่องช่วยหายใจตามแผนการรักษาในกรณีที่พบความผิดปกติ

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 2: ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดภาวะช็อกเนื่องจากเสียเลือดมากจากการผ่าตัด

ข้อมูลสนับสนุน

- เป็นการผ่าตัดใหญ่ เสียเลือดมากกว่า 200 ml/hr.
- ชีพจรเบาเร็ว อัตรามากกว่า 100 ครั้ง/ นาที
- วัดความดันโลหิตได้น้อยกว่า 90/60 mmHg
- หายใจเร็วมากกว่า 24 ครั้ง/นาที
- หน้าซีด ปลายมือปลายเท้าเย็น ค่า Hct < 30%
- capillary refilling time มากกว่า 3 วินาที
- ค่า PT < 10.5 sec., APTT < 23 sec., Plt. < 150,000/ul
- แผลผ่าตัดมีเลือดซึมชุ่มผ้าปิดแผล

เป้าหมายการพยาบาล เกณฑ์การประเมินผล	<ul style="list-style-type: none"> - ปริมาณเลือดในขวระบายเลือดออกมากกว่า 200 มล./ชั่วโมง - ปริมาณปัสสาวะออกน้อยกว่า 30 มิลลิลิตร/ชั่วโมง - ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะช็อก - ชีพจรเต้นสม่ำเสมอในอัตรา 60-100 ครั้ง/ นาที - วัดความดันโลหิตไม่น้อยกว่า 90/60 mmHg - อัตราการหายใจ 14-22 ครั้ง/นาที - ไม่มีอาการหน้าซีด ปลายมือปลายเท้าเย็น ค่า Hct > 30% - ไม่มีอาการกระวนกระวาย สับสน - capillary refilling time น้อยกว่า 3 วินาที - ค่า PT > 13 sec., APTT > 32 sec., Plt. > 440,000 /ul - แผลผ่าตัดแห้งดี ไม่มีเลือดซึมชุ่มผ้าปิดแผล - ปริมาณเลือดในขวระบายเลือดออกไม่เกิน 200 มล./ชั่วโมง - ปัสสาวะออก 30-50 มิลลิลิตร/ชั่วโมง
--	--

กิจกรรมการพยาบาล^{18,25}

1. ตรวจสอบที่กสัญญาณชีพทั้งชีพจร อัตราการหายใจ ความดันโลหิต และอุณหภูมิเปรียบเทียบกับสัญญาณชีพเดิมที่ได้รับการบันทึกไว้ ถ้ามีการเปลี่ยนแปลงจากเดิมเช่นอุณหภูมิลดต่ำลง ชีพจรเต้นเบาและเร็ว จังหวะการเต้นของชีพจรไม่สม่ำเสมอ อัตราการหายใจช้าหรือเร็วกว่าปกติ ความดันโลหิตค่า systolic ต่ำกว่า 90 มิลลิเมตรปรอท ถือว่ามีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้น ต้องรีบรายงานให้แพทย์ทราบในทันทีเพื่อความรวดเร็วในการดูแลรักษา

2. ตรวจสอบการซึมของเลือดจากผ้าปิดแผล ตรวจสอบปริมาณของเลือด และลักษณะของเลือดที่ซึมออกมาว่าเป็นเลือดสีแดงสดหรือเลือดสีคล้ำและการซึมของเลือดว่าซึมตลอดเวลาหรือซึมและแห้งติดผ้าปิดแผล

3. ตรวจสอบการทำงานของขวระบายเลือด (vacuum drain) ให้ทำงานต่อเนื่องเพื่อให้มีประสิทธิภาพในการระบายเลือดจากแผลผ่าตัด โดยเช็ครอยต่อทุกอันต้องแน่นสนิท ขวดเป็นระบบสุญญากาศ จุกยางไม่ยัดออก สาย drain ไม่หักพับงอ ไม่ดึงรั้ง วางขวด vacuum drain ต่ำกว่าระดับลำตัวและมีการบันทึกลักษณะ สี และจำนวนของเลือดที่ออกมาในขวระบายเลือด (vacuum drain)

4. ประเมินภาวะช็อกจากการเสียเลือดมาก ภาวะช็อกจะเกิดได้ในผู้ป่วยที่เสียเลือดจากร่างกายมากกว่าร้อยละ 30 ของเลือดในร่างกายหรือประมาณ 1.5-2 ลิตรในผู้ใหญ่ ปริมาณเลือด

ในวาระบายเลือดไม่ควรมากกว่า 200 มล./ชั่วโมงหรือไม่เกิน 500 มล. ภายใน 24 ชั่วโมงแรก หลังผ่าตัดและค่าฮีมาโตคริตไม่น้อยกว่า 30% ซึ่งเมื่อเกิดภาวะช็อกจะแสดงอาการดังนี้²⁵

4.1 ภาวะวณกระวาย กระสับกระส่าย สับสน

4.2 ระบายน้ำ หน้าซีด ตัวเย็น

4.3 ชีพจรเบาเร็ว หายใจเร็วลึก ความดันโลหิตลด และอุณหภูมิร่างกายลดต่ำลง ชีพจรอยู่ในอัตรา 100-120 ครั้ง/นาที หรือมากกว่า 120 ครั้ง/นาที หายใจเร็วมากกว่า 20-30 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต systolic ลดต่ำลงเหลือ 90-100 มิลลิเมตรปรอท pulse pressure แคบ

4.4 มี delay capillary refilling time อยู่ในเกณฑ์ที่ช้ากว่าปกติ คือ นานกว่า 3 วินาที (การตรวจ capillary filling time เป็นการทดสอบในผู้ป่วยที่มีภาวะขาดเลือด ทำโดยการกดที่ปลายนิ้วของผู้ป่วยสีจะซีดและเมื่อปล่อยสีจะกลับมาชมพูอีกครั้งน้อยกว่า 3 วินาที บ่งบอกถึงการมีเลือดมาเลี้ยงอย่างเพียงพอที่แขน)

4.5 ปัสสาวะออกน้อยลงประมาณ 25-30 มิลลิลิตร/ชั่วโมง (ปกติ 30-50 มิลลิลิตร/ชั่วโมง)

5. ในกรณีที่พบผู้ป่วยมีภาวะช็อกต้องรีบรายงานให้แพทย์ทราบในทันที และให้การพยาบาล ดังนี้²⁵

5.1 จัดทำให้อ่อนหงายราบศีรษะต่ำ โดยยกเท้าสูง 20-30 องศา ขาเหยียดตรง ห่มผ้าให้อุ่น เพื่อให้เลือดไหลกลับสู่หัวใจได้มากขึ้น

5.2 บันทึกปริมาณเลือดจากท่อระบาย สังเกตและบันทึกปริมาณเลือดที่ซึม (bleeding) จากแผลผ่าตัด

5.3 บันทึกสัญญาณชีพทุก 10-15 นาที

5.4 เช็คค่า Hct เพื่อดูปริมาณความเข้มข้นของเลือดและให้เลือดตามแผนการรักษา

5.6 ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับสารละลายทางหลอดเลือดดำ เช่น NSS, ringer's lactate solution ตามแผนการรักษา

5.7 ดูแลให้ออกซิเจนตามแผนการรักษาเช่น O₂ canular ประมาณ 2-3 ลิตร/นาที เพื่อช่วยการหายใจ

5.8 บันทึกจำนวนปัสสาวะทุก 1 ชั่วโมง จากสายสวนปัสสาวะเพื่อประเมินการทำหน้าที่ของไตเกี่ยวกับการได้รับเลือดไปเลี้ยง ปกติปริมาณปัสสาวะในผู้ใหญ่จะเท่ากับ 1 มิลลิลิตร / น้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม/ชั่วโมง หรือประมาณ 30-50 มิลลิลิตร/ชั่วโมง

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 3: ผู้ป่วยไม่สุขสบายเนื่องจากปวดแผลผ่าตัด

ข้อมูลสนับสนุน

- ผู้ป่วยบอกว่าปวดแผลผ่าตัด pain score > 3

	- ผู้ป่วยหน้านิ้วคิ้วขมวด
	- ผู้ป่วยไม่สามารถพักผ่อนหรือนอนหลับได้
เป้าหมายการพยาบาล	- ผู้ป่วยสุขสบายมากขึ้น อาการปวดลดลง
เกณฑ์การประเมินผล	- ผู้ป่วยมีระดับ pain score ≤ 3
	- ผู้ป่วยแจ่มใสดีไม่บ่นปวดแผลผ่าตัด
	- ผู้ป่วยสามารถเคลื่อนไหว/พักผ่อนและนอนหลับได้
	- ผู้ป่วยไม่ขอยาแก้ปวดหรือปริมาณการใช้ยาแก้ปวดลดลง

กิจกรรมการพยาบาล

1. สอนผู้ป่วยถึงวิธีการประเมินอาการปวดโดยใช้ numeric rating scale (0-10) และสังเกตจากสีหน้า ท่าทางคำบอกเล่าของผู้ป่วยที่บ่งชี้ว่ามีความทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวด โดยประเมินอาการปวดหลังผ่าตัดทุก 1 ชั่วโมงจนครบ 4 ชั่วโมง ทุก 2 ชั่วโมงจนครบ 4 ชั่วโมงและทุก 4 ชั่วโมงจนครบ 72 ชั่วโมงและบันทึกระดับ pain score ลงในแบบบันทึก (monitoring nursing record)

2. ประเมินสัญญาณชีพ ระดับความง่วงซึม (sedation score)²⁸ ซึ่งแบ่งได้ดังนี้คือ 0 หมายถึงตื่นรู้สึกตัวดี 1 หมายถึงง่วงเล็กน้อย หลับแต่ปลุกง่าย ตอบคำถามได้อย่างรวดเร็ว 2 หมายถึงง่วงปานกลาง หลับแต่ปลุกง่าย ตอบคำถามได้ช้าหรือไม่ช้าก็ได้ มีอาการสับสนให้เห็น 3 หมายถึงง่วงมากปลุกตื่นยากหรือไม่ตื่น ไม่ได้ตอบ s หมายถึงผู้ป่วยกำลังหลับพักผ่อน ปลุกไม่ยาก ไม่ได้ต้องการยาแก้ปวด หลังจากประเมินสัญญาณชีพ ระดับความเจ็บปวด (pain score) และระดับความง่วงซึม (sedation score) แล้วจึงพิจารณาให้ยาแก้ปวดตามแผนการรักษาเพื่อบรรเทาอาการปวดตามความเหมาะสม และติดตามประเมินอาการปวดหลังให้ยา โดยยาฉีดประเมินผลหลังให้ยา 5-15 นาที ยารับประทาน 30-60 นาทีและเฝ้าระวังอาการข้างเคียงจากยาระงับปวดทุกครั้ง ซึ่งในระยะแรกหลังผ่าตัดผู้ป่วยส่วนใหญ่มักจะปวดแผลมากจึงมีแผนการรักษาให้ได้รับยาระงับปวดในกลุ่ม opioids ยากลุ่มนี้จะทำให้มีภาวะง่วงซึมและกดการหายใจได้ จึงต้องเฝ้าระวัง ประเมิน sedation score ทุก 1-2 ชั่วโมง โดยเฉพาะ 24 ชั่วโมงแรกของการให้ยากลุ่มนี้และเฝ้าระวังการหายใจและควรหลีกเลี่ยงยา morphine หากพบว่าผู้ป่วยมี sedation score ≥ 2

ถ้า sedation score มากกว่า 2 และหายใจมากกว่า 10 ครั้ง/นาทีควรให้การพยาบาลดังนี้คือ²⁸

- เปิดทางเดินหายใจให้โล่ง ถ้ายังไม่โล่งให้จับผู้ป่วยนอนตะแคงในท่าพลิกฟื้น (recovery position) ถ้าไม่มีข้อห้าม

- ดูแฉีให้ออกซิเจน canula 3 LPM

- แจ้งให้แพทย์ทราบในทันที

ถ้า sedation score เท่ากับ 3 และหายใจน้อยกว่า 10 ครั้ง/นาทีควรให้การพยาบาลดังนี้คือ²⁸

- เปิดทางเดินหายใจให้โล่ง
- ดูแลให้ออกซิเจน mask with bag 8-10 LPM
- เตรียม mask with self-Inflating bag และ tube ไว้ใกล้มือพร้อมใช้
- ดูขนาด pupil และรายงาน RR, BP, consciousness และขนาดของ pupil ให้แพทย์ทราบ
- เตรียม naloxone dilute ขนาด 0.1 mg/ml ให้พร้อมใช้

3. ดูแลช่วยจัดท่าให้ผู้ป่วยนอนหงายราบในท่าที่สุขสบายเพื่อลดอาการปวด และให้การพยาบาลด้วยความนุ่มนวล เขามือเพื่อลดแรงกระแทกกระเทือนบริเวณแผลผ่าตัด สวมอุปกรณ์ช่วยพยุงคอ philadelphia collar หรือ soft collar ไว้ตลอด และดูแลหนุนหมอนให้รองรับตั้งแต่ศีรษะ ลำคอ ให้ขอบล่างของหมอนอยู่ชิดกับบ่าพอดี ให้ศีรษะอยู่ในแนวตรงไม่ก้มหรือเงย หมอนไม่สูงเกินไป หรืออาจใช้ผ้าเช็ดตัวผืนใหญ่พับบางๆ รองศีรษะแทนหมอน สามารถปรับเตียงให้ศีรษะสูงได้ตามคำสั่งการรักษาของแพทย์และใช้หมอนรองใต้เข่าขณะนอนหงาย ท่าที่สุขสบายจะช่วยบรรเทาอาการปวดและลดการกดทับอวัยวะนั้นนานๆ ซึ่งทำให้การไหลเวียนเลือดไม่สะดวก และหมั่นพลิกตะแคงตัวให้ผู้ป่วยทุก 2 ชั่วโมงโดยพลิกตะแคงตัวแบบ log rolling ให้ศีรษะ คอ บ่า ไหล่ของผู้ป่วยพลิกไปพร้อมกับแผ่นหลัง โดยให้กางนิ้วแล้วประคองหมอนที่คนไข้หนุนด้วยเพื่อป้องกันคอไม่ให้บิดขณะพลิกตะแคงตัว

4. เบี่ยงเบนความสนใจ ลดความกลัวและความกังวลของผู้ป่วย (ซึ่งมีผลให้อาการปวดเพิ่มขึ้น) โดยการพูดคุยหาสาเหตุและเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ระบายความคับข้องใจและซักถามปัญหาต่างๆ พร้อมอธิบายให้ผู้ป่วยทราบถึงสาเหตุของอาการปวดแผลผ่าตัด และให้เหตุผลว่าอาการปวดนี้จะค่อยๆ บรรเทาลงในวันต่อๆ มา เนื่องจากกระบวนการหายของแผลผ่าตัดและแนะนำให้ผู้ป่วยขอยาแก้ปวดได้เมื่อเริ่มรู้สึกไม่สุขสบาย ปวดแผลผ่าตัดหรือให้คะแนนระดับความปวดมากกว่า 3

5. ดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด ชวนพูดคุยให้กำลังใจ เบี่ยงเบนความสนใจและหากิจกรรมที่ผู้ป่วยชอบให้ผู้ป่วยได้ทำเพื่อเบี่ยงเบนความสนใจจากอาการปวด เช่น ให้ดูโทรทัศน์ ฟังธรรมะ ทำสมาธิ ฟังกลมหายใจเข้า-ออก ยาวๆ อ่านหนังสือ หรือเปิดเพลงให้ผู้ป่วยฟัง เป็นต้น เพื่อให้เกิดการผ่อนคลายและเบี่ยงเบนความสนใจจากอาการปวด

6. ดูแลจัดสิ่งแวดล้อมภายในห้องให้สะอาด อากาศถ่ายเทสะดวก ไม่มีเสียงรบกวน เพื่อให้ผู้ป่วยได้พักผ่อนเพียงพอจะช่วยให้ร่างกายแข็งแรง การฟื้นตัวเร็ว

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 4: ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดคลื่นไส้/อาเจียนภายหลังดมยาสลบ

ข้อมูลสนับสนุน

- ผู้ป่วยได้รับยาระงับความรู้สึกโดยการดมยาสลบ

	- ผู้ป่วยคลื่นไส้/อาเจียน
เป้าหมายการพยาบาล	- ผู้ป่วยสุขสบายมากขึ้น และไม่มีอาการคลื่นไส้/อาเจียน
เกณฑ์การประเมินผล	- ผู้ป่วยไม่มีคลื่นไส้/อาเจียน
กิจกรรมการพยาบาล	

1. ประเมินและบันทึก ระดับความรู้สึกตัว และสัญญาณชีพจนกว่าผู้ป่วยจะรู้สึกตัวดีและสัญญาณชีพคงที่ และบันทึกทุก 4 ชั่วโมง หรือตามแผนการรักษา
2. ดูแลจัดทำให้ผู้ป่วยนอนราบหนุนหมอนเตี้ย 1 ใบ ภายหลังจากได้รับยาระงับความรู้สึก โดยการดมยาสลบ (general anesthesia) ตั้งเกตอาการคลื่นไส้อาเจียน มึนงง ถ้ามีคลื่นไส้อาเจียน แนะนำผู้ป่วยให้ตะแคงหน้าเพื่อป้องกันการสำลักลงสู่ปอด
3. ตั้งเกต สี ลักษณะอาเจียนและบันทึกจำนวน ลงในใบบันทึกทางการพยาบาล (graphic sheet)
4. ดูแลความสะอาดของปาก ฟัน บ้วนปากให้สะอาดด้วยน้ำยาบ้วนปาก (special mouth wash)
5. ดูแลให้รับประทานอาหารที่ไม่มีกลิ่นแรงและหลีกเลี่ยงอาหารมัน
6. ดูแลให้ยาแก้คลื่นไส้ตามแผนการรักษาและติดตามประเมินผลหลังให้ยา

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 5: ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการติดเชื้อที่แผลผ่าตัด

ข้อมูลสนับสนุน	- มีไข้ อุณหภูมิ > 37.5 องศาเซลเซียส - แผลผ่าตัดมีการอักเสบ ปวด บวม แดง ร้อน - มีเลือด/น้ำเหลืองซึมออกมานอกผ้าปิดแผล - แผลผ่าตัดมีกลิ่นเหม็น - สิ่งคัดหลั่งที่ออกจากท่อระบายมีลักษณะคล้ายหนอง/มีกลิ่นเหม็น - ค่า ESR > 20 mm/hr, CRP > 5 mg/L, WBC > 11.0 x10 ³ /ul
เป้าหมายการพยาบาล	- ผู้ป่วยไม่เกิดการติดเชื้อที่แผลผ่าตัด
เกณฑ์การประเมินผล	- ไม่มีไข้ อุณหภูมิ 36.5-37.5 องศาเซลเซียส - แผลผ่าตัดไม่มีการอักเสบ ปวด บวม แดง ร้อน - แผลผ่าตัดแห้งดี ไม่มีมีเลือด/น้ำเหลืองซึมออกมานอกผ้าปิดแผล - แผลผ่าตัดไม่มีกลิ่นเหม็น - สิ่งคัดหลั่งที่ออกจากท่อระบายมีลักษณะปกติไม่มีกลิ่นเหม็น - ค่า ESR อยู่ในเกณฑ์ปกติคือ 0-20 mm/hr

- CRP	อยู่ในเกณฑ์ปกติคือ	< 5 mg/L
- WBC	อยู่ในเกณฑ์ปกติคือ	4.0-11.0 x10 ³ /ul

กิจกรรมการพยาบาล³¹

1. ประเมินและบันทึกสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง เพื่อดูการเปลี่ยนแปลง ถ้าอุณหภูมิร่างกายสูงมากขึ้นเรื่อยๆ แสดงถึงภาวะการติดเชื้อในร่างกาย มีไข้ อุณหภูมิร่างกายสูงขึ้น ชีพจรเต้นเร็ว ซึ่งแสดงภาวะการติดเชื้อที่เกิดขึ้นต้องรีบรายงานแพทย์ทันที ในรายที่มีไข้สูงอุณหภูมิ $\geq 38.5^{\circ}\text{C}$ ต้องช่วยเช็ดตัวลดไข้ให้กับผู้ป่วยเพื่อระบายความร้อนที่เพิ่มขึ้น และกระตุ้นให้ผู้ป่วยดื่มน้ำมากๆ อย่างน้อยวันละ 2,000-3,000 ซีซี และควรรายงานให้แพทย์ทราบในทันที

2. สังเกต ประเมินและบันทึกการติดเชื้อที่ตำแหน่งแผลผ่าตัด เช่นบริเวณแผลผ่าตัดมี ปวด บวม แดง ร้อน หรือมีสิ่งคัดหลั่งคล้ายหนองและ/หรือมีกลิ่นเหม็น หากพบความผิดปกติรายงานอาการให้แพทย์ทราบในทันที

3. ดูแลให้มีการระบายสารคัดหลั่งต่างๆ ออกจากท่อระบายชนิดต่างๆ หรือจากแผลผ่าตัด เพื่อให้มีการระบายเอาของเสียและเลือดออกจากแผลให้หมด เพื่อป้องกันการคั่งค้างและการสะสมของของเสียในแผล ซึ่งจะทำให้เกิดการเจริญเติบโตของแบคทีเรีย และเกิดแผลติดเชื้อได้ ดูแลท่อระบายไม่ให้หักพับงอและอยู่ในตำแหน่งที่ต่ำกว่าตัวผู้ป่วย

4. ประเมินและบันทึกปริมาณ สี กลิ่นและลักษณะของสิ่งคัดหลั่งที่ออกจากท่อระบายเลือด (radivac drain) และรายงานให้แพทย์ในทันทีเมื่อพบความผิดปกติ

5. ดูแลให้การพยาบาลโดยใช้หลักเทคนิคสะอาดปราศจากเชื้อในการดูแลแผลผ่าตัด ล้างมือทุกครั้งก่อนและหลังทำการพยาบาลให้ผู้ป่วย และแนะนำผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับการรักษาความสะอาดของมือเมื่อจับต้องบริเวณที่อยู่ใกล้เคียงกับแผลผ่าตัด เพื่อป้องกันการติดเชื้อและการแพร่กระจายเชื้อ

6. ดูแลรักษาความสะอาดร่างกายของผู้ป่วย เช็ดตัวให้สะอาด รวมทั้งทำความสะอาดปากและฟัน เปลี่ยนใส่เสื้อผ้าที่สะอาด

7. บอกให้ผู้ป่วยทราบถึงสาเหตุ อาการและอาการแสดงของการติดเชื้อที่แผลผ่าตัด ถ้ามีอาการดังกล่าวให้รายงานแพทย์และพยาบาลทันที แนะนำไม่ให้ผู้ป่วยแกะเกาหรือเปิดแผลเอง และไม่ให้แผลเปียกน้ำ ถ้าแผลเปียกน้ำต้องรีบซับให้แห้งด้วยผ้าสะอาดและรีบแจ้งให้พยาบาลทราบทันทีเพื่อดูแลทำแผลให้

8. ดูแลให้ได้รับสารอาหารที่มีประโยชน์ต่อการฟื้นตัวหลังผ่าตัดและการหายของแผล เช่น อาหารจำพวก ไข่ นม เนื้อสัตว์ ผักและผลไม้ที่มีวิตามินซีสูงๆ เช่น ส้ม เพื่อช่วยในการหายของแผล

รวมทั้งดื่มน้ำสะอาดอย่างน้อยวันละ 2,000 - 3,000 ซีซี เพื่อขับของเสียต่างๆ ออกจากร่างกายทางปัสสาวะ

9. ดูแลให้ยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษา และประเมินอาการข้างเคียงของยา

10. ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการต่างๆ เช่น ค่า ESR , CRP, WBC เป็นต้น

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 6: ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะกลืนลำบากและการสำลัก

ข้อมูลสนับสนุน

- ผู้ป่วยมีแผลผ่าตัดบริเวณคอซึ่งใกล้เคียงกับหลอดอาหาร
- มีการอักเสบ บวม ของเนื้อเยื่อ ส่งผลให้มีการกลืนลำบาก

เป้าหมายการพยาบาล

- ผู้ป่วยไม่มีภาวะกลืนลำบากและไม่มีอาการสำลัก

เกณฑ์การประเมินผล

- ผู้ป่วยสามารถกลืนอาหารได้ไม่มีภาวะกลืนลำบากและไม่เกิดการสำลัก

กิจกรรมการพยาบาล

1. ดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานอาหาร โดยเริ่มจากให้จิบน้ำก่อนในช่วงแรกและให้อาหารที่เป็นของเหลวเช่นน้ำหวาน น้ำซุบ น้ำข้าว จากนั้นจึงให้ผู้ป่วยได้รับอาหารอ่อนนุ่ม มีสภาพไม่เหนียว เคี้ยว กลืนไม่ยาก เช่น โจ๊กหรือข้าวต้ม หลีกเลี่ยงอาหารที่แข็ง/เหนียว เพราะความเหนียวของอาหารอาจทำให้อาหารติดตามลิ้น เพดานปาก กระพุ้งแก้ม เหงือก ทำให้กลืนลำบาก ผู้ป่วยที่ต้องออกแรงเคี้ยวมากอาจทำให้ปวดแผลผ่าตัดและกลืนลำบากได้

2. สอนแนะนำผู้ป่วย/ญาติ/ผู้ดูแลเรื่องการกลืนอย่างปลอดภัย โดยให้การพยาบาลผู้ป่วยที่จะรับประทานอาหารดังนี้

2.1 อธิบายวิธีการกลืนอาหารเพื่อป้องกันการสำลัก และแนะนำให้ผู้ผู้ป่วยปฏิบัติตามท่าฝึกกลืนด้วยวิธี โมดิไฟด์ ซุพรากลอตติ³³ โดยให้ผู้ผู้ป่วยฝึกท่าทางการกลืน ก่อนการกลืนอาหารจริง ผู้ป่วยต้องฝึกกลืนดังนี้

2.1.1 หายใจเข้าลึกๆ แล้วกลืนหายใจ

2.1.2 กลืนแรงๆ ขณะที่กำลังกลืนหายใจ แล้วค่อยๆ ยกคางขึ้น

2.1.3 จากนั้นให้ผู้ผู้ป่วยไอทุกครั้งหลังกลืนอย่างเคร่งครัด เพื่อป้องกันการไอและ

สำลักขณะกลืนอาหาร

2.2 ดูแลความสะอาดปากและฟันของผู้ป่วยก่อนรับประทานอาหารทุกครั้ง เพื่อกระตุ้นความอยากอาหารและลดความเสี่ยงในการติดเชื้อแบคทีเรียในช่องปาก

2.3 จัดทำให้ผู้ป่วยนั่งตัวตรง 90 องศา (หรือศีรษะสูงได้ตามแผนการรักษา)

2.4 ดูแลจัดอาหารตามแพทย์สั่ง ประเภทน้ำหวานให้รับประทาน ครั้งละ 1 ช้อนชา หรือ 5 มิลลิลิตร จากกระบอกฉีดยา โดยจัดปริมาณให้เพียงพอตามความต้องการของผู้ป่วย

2.5 ขณะที่ยกอาหารแนะนำให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามท่าฝึกกลืนเหมือน ข้อ 2.1 อย่างเคร่งครัดเพื่อป้องกันการไอและสำลักขณะกลืนอาหาร

2.6 หลังจากกลืนคำแรกให้อาบน้ำหรืออาหารที่ค้างอยู่ในปากออกให้หมดทุกครั้ง และกลืนซ้ำๆ หลายๆ รอบ เพื่อให้มั่นใจว่าผู้ป่วยกลืนโดยไม่มีการสำลักและให้ผู้ป่วยออกเสียง ถ้าเสียงโหลงแสดงว่าไม่มีการสำลักหรืออาหารค้าง จากนั้นให้กลืนคำต่อไปจนกระทั่งผู้ป่วยรู้สึกเพียงพอกับความ ต้องการ

2.7 ขณะกลืนถ้าผู้ป่วยไอหรือสำลักให้หยุดพัก การฝึกและเริ่มฝึกอีกครั้งในมื้ออาหารต่อไป ถ้ายังมีอาการไอหรือสำลักอีกให้หยุดการฝึกทันทีและรายงานแพทย์ทราบเพื่อพิจารณาให้การรักษาอื่นที่เหมาะสม

2.8 การฝึกกลืนและรับประทานแต่ละมื้อ ควรจัดสิ่งแวดล้อมให้สงบ เพื่อลดการรบกวนจากภายนอกและให้เวลากับผู้ป่วย ไม่เร่งรัด ไม่ชวนคุยในขณะที่กลืนเพื่อให้ผู้ป่วยมีความตั้งใจและสมาธิขณะกลืน

2.9 การดูแลความสะอาดปากฟันหลังการรับประทานอาหารทุกมื้อ

3. สอนแนะนำให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารคำเล็กๆ โดยเคี้ยวให้ละเอียดแล้วค่อยๆ กลืน และให้รับประทานครั้งละน้อยๆ แต่บ่อยครั้งแทนการรับประทานอาหารครั้งละมากๆ เป็นเวลานาน เพื่อลดระยะเวลาในการเคี้ยว/กลืนอาหาร ในขณะที่กลืนให้ผู้ป่วยก้มหน้าจะช่วยลดความเร็วของการกลืนทำให้อาหารผ่านจากระยะช่องปากเข้าระยะคอหอยช้าลง การรับประทานอาหารคำเล็กๆ และกลืนซ้ำๆ จะช่วยลดการสำลักอาหารได้

4. แนะนำให้ผู้ป่วยหลีกเลี่ยงอาหารรสจัด รวมไปถึงอาหารที่ร้อนหรือเย็นเกินไป เนื่องจากอาหารดังกล่าวมีผลต่อการกระตุ้นประสาทรับความรู้สึกเจ็บปวด ซึ่งอาจทำให้ผู้ป่วยกลืนลำบากและเกิดการสำลักได้

5. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับน้ำดื่มอย่างเพียงพออย่างน้อยวันละ 2,000-3,000 ซีซี ในกรณีที่ไม่มีข้อห้าม เนื่องจากการได้รับน้ำดื่มอย่างเพียงพอ จะเป็นการช่วยเพิ่มความชุ่มชื้นของช่องปากได้ดี และลดความตึงของเยื่อหู ทำให้ผู้ป่วยสุขสบายช่องปากมากขึ้นและช่วยให้กลืนอาหารได้ดีขึ้น

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 7: ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดปอดแฟบ ปอดอักเสบเฉพาะที่

ข้อมูลสนับสนุน

- ผู้ป่วยถูกจำกัดการเคลื่อนไหวบนเตียงในช่วง 1-2 แรกหลังผ่าตัด
- ผู้ป่วยไม่ค่อยขยับตัวเนื่องจากปวดแผลและหายใจสั้นๆ ถี่ๆ

<p>เป้าหมายการพยาบาล</p> <p>เกณฑ์การประเมินผล</p>	<ul style="list-style-type: none"> - บ่นเหนื่อยวัดค่า $O_2 \text{ sat} < 95\%$ - อัตราการหายใจมากกว่า 24 ครั้ง/นาที - มีไข้ อุณหภูมิมากกว่า 37.5 องศาเซลเซียส หลังผ่าตัด - ไอมีเสมหะเหนียวข้นสีเหลืองหรือเขียว - ผล CXR ผิดปกติ - ผลการตรวจเพาะเชื้อจากเสมหะ (sputum culture) ขึ้นเชื้อ (growth)
	<ul style="list-style-type: none"> - ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะปอดแฟบ ไม่เกิดภาวะปอดอักเสบเฉียบพลัน - ผู้ป่วยสามารถหายใจได้อย่างมีประสิทธิภาพ - ไม่มีอาการเหนื่อยหอบ อัตราการหายใจ 14-22 ครั้ง/นาที - ค่า $O_2 \text{ sat} > 95\%$ - ไม่มีไข้ อุณหภูมิ 36.5-37.5 องศาเซลเซียส - ผล CXR ปกติ ไม่มีภาวะปอดแฟบหรือปอดอักเสบเฉียบพลัน - ไม่มีอาการไอและไม่มีเสมหะ - ผลตรวจเพาะเชื้อจากเสมหะ (sputum culture) ไม่ขึ้นเชื้อ (no growth)

กิจกรรมการพยาบาล³¹

1. สอน แนะนำ กระตุ้นให้ผู้ป่วยหายใจอย่างมีประสิทธิภาพ (deep breathing exercise) โดยให้หายใจเข้า-ออก ลึกๆ ยาวๆ โดยสูดหายใจเข้าเต็มที่ยาวๆ และผ่อนลมหายใจออกทางปากช้าๆ ในลักษณะการห่อปาก เพื่อให้ปอดขยายตัวได้เต็มที่ ทำอย่างน้อยวันละ 3 ครั้ง เข้า กลางวัน เย็น โดยทำครั้งละ 10 รอบเป็นอย่างน้อย หรือให้ใช้ incentive spirometer บริหารปอด โดยดูบอลจาก incentive spirometer ให้บอลลอยค้างไว้ ประมาณ 3-5 วินาทีแล้วปล่อย ทำซ้ำจนครบ 5-10 รอบแล้ว จึงพัก และควรทำทุก 1-2 ชั่วโมง เพื่อให้ปอดขยายตัวได้เต็มที่ งดลมในปอดมีการยืดขยายทำให้มีการแลกเปลี่ยนก๊าซออกซิเจนและขับก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ได้ดีขึ้น

2. สอน แนะนำ กระตุ้นให้ผู้ป่วยไออย่างมีประสิทธิภาพ (cough effective) โดยการให้หายใจเข้าและหายใจออกลึกๆ ยาว 4-5 ครั้ง พอครั้งสุดท้ายสูดหายใจเข้าเต็มที่ กลั้นหายใจไว้และไอออกมาจากส่วนลึก ควรกระตุ้นให้ผู้ป่วยไอบ่อยๆ อย่างน้อยวันละ 3 ครั้ง เข้า กลางวัน เย็น โดยทำครั้งละ 10 รอบเป็นอย่างน้อย เพื่อขับเอาเสมหะออกและป้องกันการสะสมของเสมหะ ลังเกด

ลักษณะ สี และจำนวนของเสมหะถ้ามีสีเปลี่ยนไปจากสีขาวเป็นสีเหลืองหรือสีเขียวแสดงว่าอาจมีการติดเชื้อเกิดขึ้นต้องรายงานให้แพทย์ทราบในทันที

3. บันทึกและหลังกลับจากห้องผ่าตัดประเมินสัญญาณชีพ ทุก 1-2 ชั่วโมง จนครบ 12 ชั่วโมงและทุก 4 ชั่วโมงจนครบ 72 ชั่วโมงหลังผ่าตัด สังเกตการเปลี่ยนแปลงอุณหภูมิที่สูงขึ้น แสดงว่ามีไข้ อาจมีการติดเชื้อภายในปอด

4. ดูแลเฝ้าระวังอาการปอดติดเชื้อ โดยการประเมินลักษณะการหายใจ การไอ การขับเสมหะ และฟังเสียงปอดโดยใช้หูฟัง (stethoscope) ถ้ามีอาการหายใจสั้น เร็ว ผิวน้ำงซีด มีไข้ รู้สึกแน่นหน้าอก ให้รีบรายงานแพทย์ให้ทราบในทันที

5. กระตุ้นให้ผู้ป่วยดื่มน้ำสะอาดอย่างเพียงพอ อย่างน้อยวันละ 2,000-3,000 ซีซี/วัน เพื่อช่วยให้เสมหะอ่อนตัวสามารถขับออกได้ง่าย และดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาละลายเสมหะตามแผนการรักษา

6. ดูแลช่วยพลิกตะแคงตัวแบบ log rolling ทุก 2 ชั่วโมง เพื่อให้มีการเคลื่อนไหวร่างกาย โดยไม่นอนอยู่ท่าเดียวนานๆ ระวังไม่ให้มีการบิด พลิกของคอ

7. ติดตามผลการตรวจ CXR ผลการตรวจเพาะเชื้อจากเสมหะ (sputum culture) ผล CBC หากพบความผิดปกติรายงานให้แพทย์ทราบในทันที

8. ดูแลให้ได้รับยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษา

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 8: ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดภาวะหลอดเลือดดำส่วนลึกอุดตัน

(deep vein thrombosis)

ข้อมูลสนับสนุน

- ผู้ป่วยถูกจำกัดการเคลื่อนไหวบนเตียงในช่วง 1-2 แรกหลังผ่าตัด
- ผู้ป่วยนอนนิ่งไม่ค่อยขยับตัวเนื่องจากปวดแผลผ่าตัด
- blanching test > 3 วินาที

เป้าหมายการพยาบาล

- ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะหลอดเลือดดำส่วนลึกอุดตัน

(deep vein thrombosis)

เกณฑ์การประเมินผล

- ผู้ป่วยบริหารร่างกายบนเตียงได้
- ไม่พบอาการบวม ปวด แดง ร้อนของแขน-ขาซึ่งเป็นอาการแสดงถึงอาการอักเสบของหลอดเลือดดำ
- blanching test < 3 วินาที

กิจกรรมการพยาบาล²⁵

1. ประเมินสภาพทั่วไปของแขนหรือขา เกี่ยวกับอาการบวม อาการปวดที่รุนแรง รวมทั้งอาการแดง อาการร้อนของผิวหนัง ซึ่งแสดงถึงอาการอักเสบของหลอดเลือดดำ
2. ตรวจสอบบริเวณที่ใส่อุปกรณ์ช่วยพยุงคอ เช่น philadelphia collar หรือ soft collar ให้มีขนาดพอดี ไม่เกิดการคับแน่น ทำให้รบกวนการไหลเวียนเลือด และมีแรงกดต่อผิวหนังและเส้นเลือดโดยตรง
3. ประเมิน blanching test³⁴ เพื่อทดสอบการไหลเวียนโลหิตที่ไปเลี้ยงอวัยวะส่วนปลาย โดยการกดบริเวณเล็บที่เป็นสีชมพูประมาณ 5 วินาที สีเล็บจะซีดแล้วจึงปล่อยถ้าเล็บสามารถกลับคืนเป็นสีชมพูได้ภายในเวลา 2-3 วินาที ถือว่าการประเมินการไหลเวียนของเลือดไปเลี้ยงส่วนปลายปกติ
4. กระตุ้นให้มีการเคลื่อนไหว แขน ขา ที่ไม่ได้ทำผ่าตัด โดยการออกกำลังกายข้อต่างๆ ทุกทิศทาง (range of motion) การออกกำลังกล้ามเนื้อต้นขา (quadriceps setting exercise) รวมทั้งกระตุ้นให้ผู้ป่วยทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง เพื่อเป็นการเคลื่อนไหวร่างกาย
5. ใช้ผ้ายืดพันรอบขาหรือใช้ pneumatic compression device พันรอบขาขณะนอนบนเตียง สามารถช่วยป้องกันภาวะโรคหลอดเลือดดำส่วนลึกอุดตัน (deep vein thrombosis) ได้
6. ถ้าสงสัยว่ามีอาการหลอดเลือดดำอุดตันต้องงคบริหารบริเวณนั้นไว้ก่อนเพราะการนวดจะทำให้เกิดภาวะการอุดตันของหลอดเลือดแดงของปอด (pulmonary embolism) ได้
7. ในรายที่มีความเสี่ยงสูงอาจให้ยาต้านการแข็งตัวของเกร็ดเลือด เช่น Low Molecular Weight Heparin (LMWH) ภายใน 72 ชั่วโมง ซึ่งแพทย์ต้องประเมินแล้วว่าผู้ป่วยไม่มีภาวะ bleeding หลังผ่าตัดและต้องเฝ้าระวังอาการแทรกซ้อนจากยา เช่น พบจุดจ้ำเลือดตามตัว ปวดท้องถ่ายเป็นเลือด hematocrit ลดลง เป็นต้น และติดตามค่าการแข็งตัวของเลือด (coagulogram) เป็นระยะๆ

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 9: ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดแผลกดทับ

- | | |
|-------------------|---|
| ข้อมูลสนับสนุน | <ul style="list-style-type: none"> - ผู้ป่วยถูกจำกัดการเคลื่อนไหวบนเตียงในช่วง 1-2 แรกหลังผ่าตัด - ผู้ป่วยนอนนิ่งไม่ค่อยขยับตัว - ประเมินคะแนน braden scale \leq 18 |
| เป้าหมายการพยาบาล | <ul style="list-style-type: none"> - ผู้ป่วยไม่เกิดแผลกดทับ |
| เกณฑ์การประเมินผล | <ul style="list-style-type: none"> - ไม่พบแผลกดทับที่อวัยวะต่างๆ ของร่างกายผู้ป่วย |

กิจกรรมการพยาบาล^{18,25}

การถูกจำกัดการเคลื่อนไหว (immobilize) บนเตียงหลังผ่าตัดอาจมีผลทำให้เกิดการนอนท่าเดียวกับเตียงนานๆ ผิวหนังบางส่วนต้องถูกกดทับกับที่นอนอยู่เป็นระยะเวลานาน ทำให้การไหลเวียนโลหิตมาเลี้ยงไม่พอ เกิดการขาดเลือดของเนื้อเยื่อที่ถูกกดทับ ทำให้เกิดแผลได้ การเกิดแผลกดทับพบมากบริเวณปุ่มกระดูกของร่างกาย เช่นกระดูกก้นกบ และบริเวณใบหูทั้ง 2 ข้าง ในรายที่ใส่ Philadelphia collar การพยาบาลประกอบด้วย

1. ประเมินความเสี่ยงของการเกิดแผลกดทับโดยใช้ braden scale³⁵ ซึ่งประกอบด้วย การประเมิน 6 ด้าน ได้แก่การรับความรู้สึก (sensory perception) สภาพความชื้นของผิวหนัง (skin moisture) การมีกิจกรรม (activity) การเคลื่อนไหว (mobility) ภาวะโภชนาการ (nutrition) และแรงเสียดทานและแรงเฉือน (friction and shear) โดยมีคะแนน 1 (แย่มาก) ถึง 4 (ดีมาก) ในแต่ละด้านยกเว้นแรงเสียดทานและแรงเฉือน ให้คะแนน 1-3 คะแนน โดยแบ่งระดับความเสี่ยงออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ คะแนนรวมน้อยกว่า 12 ถือว่ามีระดับความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับสูง คะแนนรวม 13 - 14 ถือว่ามีระดับความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับปานกลาง คะแนนรวม 15 - 18 ถือว่ามีระดับความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับต่ำ และประเมินผิวหนังบริเวณที่ถูกกดทับว่ามีรอยแดง มีแผลหรือรอยถลอก หรือมีการลอกหลุดของผิวหนัง โดยเฉพาะบริเวณปุ่มกระดูกทุกส่วนและบริเวณใบหูของผู้ป่วยว่ามีรอยแดงซ้ำหรือไม่ เพื่อเฝ้าระวังการเกิดแผลกดทับอย่างต่อเนื่อง

2. ดูแลทำความสะอาดผิวหนัง เช็ดให้แห้งเพื่อป้องกันการระคายเคืองของผิวหนังและ เช็ดทำความสะอาดอุปกรณ์ช่วยพยุงคอด้วยน้ำเปล่าและซับด้วยผ้าแห้งในผู้ป่วยที่มีเหงื่อมากเพื่อป้องกันการอับชื้น

3. ดูแลพลิกตะแคงตัวแบบ log rolling ทุก 2 ชั่วโมง โดยระหว่างพลิกตะแคงตัว ดูแลป้องกันการกระทบกระเทือนบริเวณคอ การพลิกตะแคงตัวเพื่อไม่ให้เกิดการกดทับผิวหนัง บริเวณใดบริเวณหนึ่งนานเกินไปจนการไหลเวียนเลือดไม่ดีหรือเนื้อเยื่อขาดเลือดไปเลี้ยง

4. ดูแลจัดท่านอนให้ถูกต้อง ใช้หมอนพยุงบริเวณปุ่มกระดูก เพื่อไม่ให้เกิดการกดทับกับที่นอนหรือผ้าห่มและปูผ้าปูที่นอนให้เรียบตึงไม่มีรอยย่นพับ

5. แนะนำกระตุ้นให้มีการเปลี่ยนอิริยาบถบ่อยๆ และออกกำลังกายบนเตียงเสมอๆ ในส่วนที่ไม่ถูกจำกัดการเคลื่อนไหวเพื่อให้มีการเคลื่อนไหวของอวัยวะ ไม่เกิดการกดทับตลอดเวลา

6. ดูแลเลือกอุปกรณ์ช่วยพยุงคอที่มีขนาดเหมาะสมกับคอของผู้ป่วยและดูแลใส่อุปกรณ์ช่วยพยุงคอให้ผู้ป่วยโดยใส่ให้กระชับพอดี ไม่ใส่หลวมหรือแน่นเกินไป

7. ใช้อุปกรณ์เสริมเพื่อลดแรงกดทับ เช่น ใช้ที่นอนลมในผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงในการเกิดแผลกดทับในระดับปานกลางและสูง ใช้หมอนนุ่มๆ รองบริเวณปุ่มกระดูก

8. ลดแรงเสียดทานและแรงเฉือน ขณะเคลื่อนย้ายผู้ป่วยโดยใช้ PATSLIDE® ช่วยในการเคลื่อนย้ายเมื่อต้องการส่งผู้ป่วยไปตรวจ/ส่งถ่ายภาพรังสีเป็นต้น และเคลื่อนย้ายด้วยความระมัดระวังไม่ดึงลากผู้ป่วย

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 10: ผู้ป่วยไม่สุขสบายเนื่องจากการใส่อุปกรณ์ช่วยพยุงคอ (philadelphia collar/soft collar)

ข้อมูลสนับสนุน

- ผู้ป่วยบ่นอึดอัด ร้อน ขณะใส่อุปกรณ์ช่วยพยุงคอ
- อุปกรณ์ช่วยพยุงคออับชื้น มีกลิ่นเหม็น
- ผู้ป่วยบ่นว่าไม่สามารถนอนหลับและพักผ่อนได้
- มีรอยกดทับบริเวณใบหูของผู้ป่วย

เป้าหมายการพยาบาล

- ผู้ป่วยสุขสบายขึ้นและยอมรับการใส่อุปกรณ์ช่วยพยุงคอ

เกณฑ์การประเมินผล

- ผู้ป่วยไม่บ่นอึดอัด รำคาญที่ต้องใส่อุปกรณ์ช่วยพยุงคอ
- ผู้ป่วยสามารถนอนพักผ่อนได้
- ไม่เกิดแผลกดทับบริเวณที่ใส่อุปกรณ์ช่วยพยุงคอ
- อุปกรณ์ช่วยพยุงคอสะอาด ไม่อับชื้น หรือมีกลิ่นเหม็น

กิจกรรมการพยาบาล

1. อธิบายให้ผู้ป่วยทราบถึงความจำเป็นของการใส่อุปกรณ์ช่วยพยุงคอหลังทำผ่าตัด
2. เลือกอุปกรณ์ช่วยพยุงคอที่มีขนาดเหมาะสมกับคอของผู้ป่วยและดูแลใส่อุปกรณ์ช่วยพยุงคอให้ผู้ป่วยโดยใส่ให้กระชับพอดี ไม่ใส่หลวมหรือแน่นเกินไป ในบางรายที่อุปกรณ์มีขนาดไม่พอดีอาจใช้กรรไกรตัดแต่งขอบ โดยแพทย์ผู้ดูแลเพื่อให้เกิดความพอดีมากขึ้นและลดการเกิดแผลกดทับที่อาจเกิดขึ้นได้
3. ดูแลช่วยจัดท่านอนให้ผู้ป่วยรู้สึกสุขสบาย
4. สังเกตผิวหนังบริเวณที่ใส่อุปกรณ์ช่วยพยุงคอเช่นบริเวณใบหูของผู้ป่วยว่ามีรอยแดงช้ำหรือไม่ เพื่อเฝ้าระวังการเกิดแผลกดทับ
5. ดูแลเช็ดทำความสะอาดอุปกรณ์ช่วยพยุงคอด้วยน้ำสะอาดและซับด้วยผ้าแห้งเพื่อป้องกันการอับชื้นและเกิดกลิ่นเหม็น

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 11: ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดกล้ามเนื้ออ่อนแรง กล้ามเนื้อลีบ ข้อติดแข็ง

ข้อมูลสนับสนุน

- ผู้ป่วยถูกจำกัดการเคลื่อนไหวในช่วง 1-2 วันแรกหลังผ่าตัด
- ผู้ป่วยไม่ค่อยขยับตัวเนื่องจากปวดแผล

เป้าหมายการพยาบาล	- ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะกล้ามเนื้ออ่อนแรง กล้ามเนื้อลีบ ข้อติดแข็ง
เกณฑ์การประเมินผล	- ผู้ป่วยมีกล้ามเนื้อที่แข็งแรงสมบูรณ์สามารถขยับข้อต่างๆ ได้

กิจกรรมการพยาบาล²⁵

1. ผู้ป่วยที่ทำผ่าตัดกระดูกคอเสื่อมในระยะแรก ต้องนอนอยู่บนเตียงและถูกจำกัดการเคลื่อนไหวบริเวณคอ หลังจากผู้ป่วยพ้นจากยาสลบและรู้สึกตัวดี ไม่มีภาวะแทรกซ้อนใดๆ จากการได้รับยาสลบหรือจากการทำผ่าตัด ควรกระตุ้นให้ผู้ป่วยออกกำลังกายกล้ามเนื้อขา ข้อสะโพกและข้อเท้า เพื่อให้กล้ามเนื้อมีการหดและคลายตัวเพิ่ม muscle tone ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ ข้อต่างๆ ได้มีการเคลื่อนไหว ไม่มีการยึดติดกันของเอ็นและปลอกหุ้มข้อ การออกกำลังกายที่ควรปฏิบัติมีดังนี้

1.1 ให้ความรู้ สอน/สาธิต กระตุ้นให้ผู้ป่วยบริหารแขนและมือ โดยยกแขนขึ้นงอ-เหยียดแขน และยกลง กำและแบมือบ่อยๆ เพื่อเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อแขนและมือ

1.2 ให้ความรู้ สอน/สาธิต กระตุ้นให้ผู้ป่วยออกกำลังกายกล้ามเนื้อต้นขา (quadriceps setting exercise) คือการเกร็งกล้ามเนื้อต้นขาโดยกระดกข้อเท้าขึ้นเกร็งเข้าและกดเข่าลงบนที่นอน ข้อไม่มีการเคลื่อนไหว เพื่อให้กล้ามเนื้อต้นขาแข็งแรง



รูปที่ 26 การบริหารกล้ามเนื้อต้นขา (quadriceps setting exercise)

1.3 ให้ความรู้ สอน/สาธิต กระตุ้นให้ผู้ป่วยออกกำลังกายข้อสะโพกโดยยกขาขึ้นตรงๆ สูงไม่เกิน 1 ฟุต (straight leg raising exercise) และเกร็งกล้ามเนื้อต้นขาไว้ด้วย ป้องกันการงอของข้อสะโพก ทำให้กล้ามเนื้อต้นขาแข็งแรง ชันเข่าอีกข้างเพื่อลดการปวดหลังหรือเหยียดตรงก็ได้



รูปที่ 27 การบริหารกล้ามเนื้อสะโพก (straight leg raising exercise)

1.4 ให้ความรู้ สอน/สาธิต กระตุ้นให้ผู้ป่วยออกกำลังกายข้อเท้าประกอบด้วย การกระดกข้อเท้าขึ้น (dorsiflexion) การปล่อยข้อเท้าลง (plantar flexion) หมุนข้อเท้าเข้าข้างใน (inversion) หมุนข้อเท้าออกข้างนอก (eversion) การออกกำลังกายข้อเท้ามีประโยชน์คือช่วย ป้องกันการเกิดข้อเท้าตก (foot drop) ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยเดินลำบากและจะเดินไม่ได้



รูปที่ 28 การกระดกข้อเท้าขึ้น (dorsiflexion) และการปล่อยข้อเท้าลง (plantar flexion)



รูปที่ 29 การหมุนข้อเท้าเข้าข้างใน (inversion) หมุนข้อเท้าออกข้างนอก (eversion)

2. สอนท่าการบริหารกับญาติและแนะนำให้ญาติเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลกระตุ้นผู้ป่วย ในการบริหารร่างกายและเป็นกำลังใจให้ผู้ผู้ป่วยฝึกออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 12: ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดภาวะท้องผูก

- ข้อมูลสนับสนุน**
- ผู้ป่วยถูกจำกัดการเคลื่อนไหวบนเตียงในช่วง 1-2 วันแรก หลังผ่าตัด
 - ผู้ป่วยนอนนิ่งไม่ค่อยขยับตัว
 - ผู้ป่วยได้รับอาหารที่มีกากน้อย ได้รับน้ำไม่เพียงพอ
 - ผู้ป่วยเปลี่ยนสถานที่ในการขับถ่ายและต้องขับถ่ายบนเตียง
- เป้าหมายการพยาบาล**
- ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะท้องผูก
- เกณฑ์การประเมินผล**
- ผู้ป่วยสามารถถ่ายอุจจาระได้ตามปกติ
 - ไม่พบริดสีดวงทวาร

กิจกรรมการพยาบาล²⁵

ภาวะท้องผูกพบได้บ่อยในผู้ป่วยหลังทำผ่าตัด เนื่องจากได้รับอาหารที่มีกากน้อย ได้รับน้ำไม่เพียงพอและถูกจำกัดการเคลื่อนไหว รวมทั้งการเปลี่ยนสถานที่และสภาพการขับถ่ายบนเตียง ทำให้ปัญหาการท้องผูกเพิ่มขึ้น วิธีการพยาบาลคือ

1. ประเมินแบบแผนการขับถ่ายอุจจาระตามปกติของผู้ป่วยเพื่อเปรียบเทียบกับปัจจุบันและประเมินเสียงการเคลื่อนไหวของลำไส้ (bowel sound) ค่าปกติ 4-5 ครั้ง/วินาที
2. ให้ความรู้เกี่ยวกับการรับประทานอาหารที่ถูกต้องโดยแนะนำและดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารอย่างง่าย อาหารที่มีกากใยเช่นผัก ผลไม้ และน้ำผลไม้ และแนะนำให้ดื่มน้ำอย่างน้อย 2,000-3,000 ซีซี/วัน
3. กระตุ้นผู้ป่วยทำกิจวัตรประจำวันในส่วนที่ไม่กระทบกระเทือนต่อบริเวณแผลผ่าตัดที่คอ เพื่อให้มีการเคลื่อนไหวของร่างกาย และส่งผลให้ลำไส้เคลื่อนไหวทำให้ระบบย่อยอาหารและการขับถ่ายทำงานได้ดีขึ้น พร้อมอธิบายเหตุผลว่าการปฏิบัติจะส่งผลดีต่อการป้องกันภาวะท้องผูก
4. ดูแลช่วยเหลือให้มีการพลิกตัวแบบ log rolling และออกกำลังกายบนเตียงเช่นการยกแขน ขา กระดกข้อเท้า เพื่อกระตุ้นให้มีการเคลื่อนไหวของร่างกาย
5. แนะนำให้ทำจิตใจให้สบาย ลดความวิตกกังวลเพราะความเครียดและความวิตกกังวลเป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดอาการท้องผูกได้
6. จัดสถานที่ให้มีคิซิด กันม่านให้เรียบร้อยให้เป็นส่วนตัว เมื่อผู้ป่วยต้องการขับถ่ายบนเตียง รวมทั้งทำความสะอาดหมอนอนให้สะอาดก่อนนำมาใช้ เพื่อช่วยให้ขับถ่ายได้สะดวก
7. ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถขับถ่ายอุจจาระได้ ท้องผูกมาก ควรรายงานแพทย์เพื่อแพทย์จะได้สั่งยาระบายและดำเนินการให้ยาตามแผนการรักษา และประเมินผลการขับถ่ายอุจจาระหลังได้รับยาระบาย

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 13:	ผู้ป่วยเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการบาดเจ็บของเส้นเลือด/เส้นประสาท (nerve root injury)
ข้อมูลสนับสนุน	-ผู้ป่วยมีอาการปวด/ชา/ซึด/เย็น/อ่อนแรงของกล้ามเนื้อเพิ่มขึ้นเมื่อเทียบกับก่อนผ่าตัด
เป้าหมายการพยาบาล	- ผู้ป่วยปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการบาดเจ็บของเส้นเลือด/เส้นประสาท
เกณฑ์การประเมินผล	- ผู้ป่วยไม่มีอาการปวด/ชา/ซึด/เย็น/อ่อนแรงของกล้ามเนื้อเพิ่มขึ้นเมื่อเทียบกับก่อนผ่าตัด

กิจกรรมการพยาบาล^{18,25,34}

1. ดูแล record vital sign ทุก 1-2 ชั่วโมงจนครบ 12 ชั่วโมง และทุก 4 ชั่วโมงจนครบ 72 ชั่วโมง หลังผ่าตัด

2. ประเมินการทำงานของระบบไหลเวียนและระบบประสาทของอวัยวะส่วนปลาย (neurovascular status และ blanching test)^{25,34} เป็นการประเมินการไหลเวียนของเลือดที่ไปเลี้ยงอวัยวะส่วนปลายและการไหลกลับของเลือดเพื่อประเมินภาวะแทรกซ้อนจากการใส่อุปกรณ์ต่าง ๆ ที่อาจเกิดการกดทับต่ออวัยวะซึ่งมีผลรบกวนต่อระบบไหลเวียนโลหิต ทำให้เกิดการคั่งของโลหิตที่อวัยวะส่วนปลายเกิดการบวมของอวัยวะ และการขาดเลือดไปเลี้ยงบริเวณอวัยวะนั้น ๆ การประเมิน neurovascular status ประกอบด้วย การประเมิน 6 P คือ

Pain	คือ อาการปวด โดยการสังเกตหรือโดยการสอบถาม
Pallor	คือ อาการซีด โดยการดูสีผิวริมฝีปากเปลือกตาและเล็บเป็นต้น
Polar	คือ อาการเย็น โดยการสัมผัส
Paralysis	คือ อาการอ่อนแรง โดยการให้เคลื่อนไหวหรือขยับนิ้ว
Paresthesia	คือ อาการชา โดยการทำให้เจ็บ ให้เคลื่อนไหวหรือขยับนิ้ว
Pulse	คือ การประเมินชีพจร โดยการคลำชีพจรส่วนปลายของส่วนที่ผิดปกติ

นอกจากนี้การประเมินการไหลเวียนของเลือดบริเวณอวัยวะส่วนปลาย (นิ้วมือหรือนิ้วเท้า) โดยการทำให้ blanching test^{25,34} วิธีทำคือใช้นิ้วหัวแม่มือของผู้ตรวจกดลงบนเล็บที่ใหญ่ที่สุดของอวัยวะส่วนปลายที่ต้องการทดสอบ ขณะกดเล็บจะซีดขาวพอปล่อยนิ้วมือที่กดออกบริเวณเล็บที่ถูกกดจะเป็นสีชมพูหรือสีแดง แสดงว่าการไหลเวียนโลหิตไปยังอวัยวะส่วนปลายและสามารถไหลกลับได้ตามปกติของการไหลเวียนไปและกลับประมาณ 2-3 วินาที ถือว่าค่า blanching test positive

3. ประเมินกำลังของกล้ามเนื้อโดยการงอ เขยียด กางออก หุบเข้าและกำ-แบ มือ ข้อศอก เปรียบเทียบกับก่อนผ่าตัด โดยประเมินทุก 4 ชั่วโมง จนครบ 24 ชั่วโมง และทุก 8 ชั่วโมง จนครบ 72 ชั่วโมง และทุก 12 ชั่วโมง ในวันที่ 4-7 หลังทำผ่าตัดหากพบมีการอ่อนแรงเพิ่มมากขึ้น ควรรายงานแพทย์ทันทีเพราะอาจมีสาเหตุมาจากเส้นประสาทถูกทำลาย เช่น มีก้อนเลือดไปกดเส้นประสาท อาการดังกล่าวถ้าปล่อยไว้นานอาจเป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยต้องพักรักษาตัวในโรงพยาบาลนานขึ้นเพื่อทำกายภาพบำบัดฟื้นฟูสภาพ

3.1 การตรวจกำลังของกล้ามเนื้อ³⁶

3.1.1 การประเมินกำลังของกล้ามเนื้อ (muscle power) เป็นการตรวจความแข็งแรงของกล้ามเนื้อโดยการงอ (flexor) การเขยียด (extensor) การกางออก (abductor) การหุบเข้า (adductor) และการหมุน (rotator) ซึ่งการตรวจเหล่านี้จะใช้ในการตรวจแขน-ขาของผู้ป่วย ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ (motor power) แบ่งออกเป็น 6 เกรด/ระดับ

- เกรด/ระดับ 0 = เคลื่อนไหวไม่ได้และไม่มีการหดตัวของกล้ามเนื้อ
- เกรด/ระดับ 1 = เคลื่อนไหวไม่ได้ แต่ยังตรวจพบการหดตัวของกล้ามเนื้อ
- เกรด/ระดับ 2 = เคลื่อนไหวตามแนวราบได้เต็มที่ แต่ต้านแรงโน้มถ่วงไม่ได้
- เกรด/ระดับ 3 = เคลื่อนไหวต้านแรงโน้มถ่วงได้ แต่สู้แรงต้านไม่ได้เลย
- เกรด/ระดับ 4 = เคลื่อนไหวต้านแรงโน้มถ่วงได้ และสู้แรงต้านได้บ้าง
- เกรด/ระดับ 5 = เคลื่อนไหวต้านแรงโน้มถ่วงได้ และสู้แรงต้านได้เต็มที่

3.1.2 การประเมินระบบประสาทการเคลื่อนไหว เมื่อมีการบาดเจ็บของไขสันหลังระดับคอ โดยเน้นการทดสอบกำลังของกล้ามเนื้อของ American Spinal Injury Association (ASIA)³⁷ ดังนี้

C1-3	Respiration ability	ระบบหายใจ
C4	Trapezius muscle	กล้ามเนื้อกระบังลม
C5	Elbow flexors	งอพับข้อศอก
C6	Wrist extensors	กระดกข้อมือขึ้น
C7	Elbow extensors	เขยียดข้อศอก
C8	Finger flexors	งอข้อปลายนิ้วมือ

3.1.3 วิธีการตรวจรากประสาทระดับต่างๆ โดยประเมินกำลังของกล้ามเนื้อ^{34,36-39}

ตารางที่ 1 การตรวจระบบประสาทเพื่อหาระดับพยาธิสภาพของรากประสาทและไขสันหลัง

ระดับพยาธิสภาพ	กล้ามเนื้อ	การรับความรู้สึก	รีเฟล็กซ์
C5	Deltoid	บริเวณ deltoid	Biceps
C6	Wrist extensors	นิ้วหัวแม่มือ	Brachioradialis
C7	Triceps, finger extensors	นิ้วกลาง	Triceps
C8	Finger flexors	นิ้วก้อย	

รากประสาทระดับ C5 งอพับข้อศอก



รูปที่ 30 : การตรวจรากประสาทระดับ C5

วิธีการตรวจ ให้ยืนหันหน้าเข้าหาผู้ป่วยตรงข้ามกับข้อศอกข้างที่จะตรวจ จับต้นแขนผู้ป่วยด้วยมือซ้าย (แขนข้างขวาของผู้ป่วยใกล้ข้อศอก) ให้แขนท่อนปลายอยู่ในท่า supination ดังรูปที่ 30 แล้วบอกให้ผู้ป่วยงอข้อศอก ผู้ตรวจดึงแขนออกเพื่อให้เกิดแรงต้าน

รากประสาทระดับ C6 กระดกข้อมือขึ้น



รูปที่ 31 : การตรวจรากประสาทระดับ C6

วิธีการตรวจ ใช้ฝ่ามือรองรับแขนท่อนปลายของผู้ป่วย แล้วให้ผู้ป่วยกระดกข้อมือขึ้น ขณะเดียวกันให้ผู้ตรวจใช้มืออีกข้างโน้มมือที่กำลัง extend อยู่ขึ้นด้านไว้โดยใช้ฝ่ามือจับบนหลังมือผู้ป่วย

รากประสาทระดับ C7 เหยียดข้อศอก งอข้อมือ เหยียดนิ้วมือ

เหยียดข้อศอก



รูปที่ 32 : การตรวจรากประสาทระดับ C7

วิธีการตรวจ ให้ผู้ป่วยงอข้อศอกประมาณ 90 องศา ผู้ตรวจจับแขนผู้ป่วยเหนือข้อศอก อีกมือจับที่แขนท่อนปลาย แล้วบอกให้ผู้ป่วยเหยียดแขนออกต้านกับแรงต้านที่ผู้ตรวจกระทำอยู่

งอข้อมือ



รูปที่ 33 : การตรวจรากประสาทระดับ C7

วิธีการตรวจ ให้ผู้ป่วยคว่ำแขนลงและกำมือ ผู้ตรวจใช้มือหนึ่งจับแขนท่อนปลายเหนือข้อมือ อีกมือจับที่มือของผู้ป่วยที่กำลังกำอยู่ บอกให้งอข้อมือและผู้ตรวจออกแรงต้านไว้

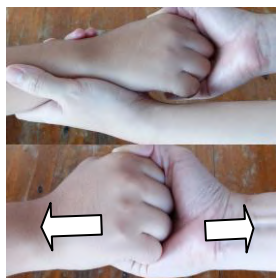
เหยียดนิ้วมือ



รูปที่ 34 : การตรวจรากประสาทระดับ C7

วิธีการตรวจ ให้ผู้ป่วยคว่ำแขนผู้ตรวจใช้มือหนึ่งประกองจับไว้ จัดให้ข้อมืออยู่ในท่าปกติ ให้ผู้ป่วยเหยียดข้อโคนนิ้วมือ ผู้ตรวจใช้อีกมือด้านที่นิ้วมือ

รากประสาทระดับ C8 งอข้อปลายนิ้วมือ



รูปที่ 35 : การตรวจรากประสาทระดับ C8

วิธีการตรวจ ให้ผู้ป่วยคว่ำมือ ผู้ตรวจประกองแขนโดยการจับด้วยมือข้างหนึ่ง ให้ผู้ป่วยงอข้อโคนนิ้วและข้อนิ้วมือทั้งหมด ผู้ตรวจหงายมือด้านตรงข้ามแล้วเอามือนี้อันประกองกับนิ้วมือของผู้ป่วยที่กำลังงออยู่แล้วพยายามเหยียดนิ้วมือผู้ป่วยออก

4. ประเมินอาการชาของแขน-ขาที่อาจเกิดขึ้นใหม่หรือชามากกว่าเดิมซึ่งเกิดจากการดึงรั้งของเส้นประสาทที่ถูกกดทับ การประเมินการรับความรู้สึก (sensation)³⁹ แบ่งเป็นระดับดังนี้

ระดับ 0	คือ	ไม่มีความรู้สึก (absent)
ระดับ 1	คือ	รับความรู้สึกได้เล็กน้อย (Impaired)
ระดับ 2	คือ	รับความรู้สึกได้ปกติ (Normal)
ระดับ NT	คือ	ไม่สามารถตรวจได้ (Not testable)

5. ประเมินอาการปวด (radicular pain) ในตำแหน่งที่รากประสาทถูกกด
ตารางที่ 2 ตำแหน่งบอกความรู้สึกปวดเมื่อรากประสาทถูกกดที่ระดับต่างๆ (radicular pain)

รากประสาทที่ถูกกด	ตำแหน่งบอกความรู้สึกปวด
C2	บริเวณท้ายทอย
C3	ใบหู
C4	หัวไหล่ส่วนบน และต้นคอ
C5	หัวไหล่ส่วนล่าง และด้านนอกของต้นแขน
C6	ด้านนอกของปลายแขน หัวแม่มือ และนิ้วชี้
C7	นิ้วชี้ และนิ้วกลาง
C8	นิ้วนาง และนิ้วก้อย

6. บันทึกผลการตรวจกำลังกล้ามเนื้อ (motor power) และการรับความรู้สึก (sensory) ลงในบันทึกทางการแพทย์

ข้อวินิจฉัยทางการแพทย์ที่ 14: ผู้ป่วยขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้าน

ข้อมูลสนับสนุน

- ผู้ป่วยตอบคำถามเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้านไม่ถูกต้อง
- ผู้ป่วยจำทำทางในการบริหารร่างกายไม่ได้และปฏิบัติไม่ถูกต้อง

เป้าหมายการพยาบาล

- ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้าน

เกณฑ์การประเมินผล

- ผู้ป่วยตอบคำถามเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้านได้ถูกต้อง
- ผู้ป่วยแสดงท่าทางในการบริหารร่างกายและปฏิบัติได้ถูกต้อง

กิจกรรมการพยาบาล

1. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยระบายความรู้สึกและสอบถามในสิ่งที่สงสัยเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้าน

2. ให้ความรู้ สอน แนะนำการรับประทานยาปฏิชีวนะตามแพทย์สั่ง ไม่ควรหยุดยาเอง เพื่อป้องกันปัญหาการดื้อยา เมื่อรับประทานยาไม่ครบ และรับประทานยาแก้ปวดตามแผนการรักษา

3. ให้ความรู้ สอน สาธิต ทบทวนท่าบริหารกล้ามเนื้อคอเพื่อเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ โดยให้ผู้ป่วยนั่ง/ยืน หน้าตรง หันหน้าไปด้านซ้ายสุดเท่าที่จะทำได้และใช้มือซ้ายดันที่โหนกเพื่อออกแรงต้าน นับ 1 ถึง 10 จากนั้น หันหน้าไปด้านขวาสุดเท่าที่จะทำได้และใช้มือขวาดันที่โหนกเพื่อออกแรงต้านนับ 1-10 ท่าบริหารนี้สามารถทำได้ทั้งก่อนผ่าตัดและทันทีหลังผ่าตัดเสร็จในรายที่ไม่ปวดแผลและควรทำอย่างสม่ำเสมอติดต่อกันหลังผ่าตัดอย่างน้อย 3 เดือน⁴⁰



รูปที่ 36 การบริหารกล้ามเนื้อต้นคอ

4. แนะนำให้รับประทานอาหารครบ 5 หมู่ อาหารที่มีแคลเซียมสูง เช่น ปลาที่รับประทานได้ทั้งกระดูก นม ผักใบเขียวเข้ม

5. อธิบายให้ผู้ป่วยทราบถึงความจำเป็นของการใส่อุปกรณ์ช่วยพยุงคอหลังทำผ่าตัดซึ่งต้องใส่ไว้ตลอดเวลาขณะมีกิจกรรมต่างๆ เช่น ลุกนั่ง ยืน เดิน และควรใส่อย่างน้อยประมาณ 6 สัปดาห์ หรือตามคำแนะนำของแพทย์

6. อธิบายวิธีการดูแลทำความสะอาดกายอุปกรณ์เสริมสำหรับคอ (soft collar, philadelphia collar) กรณีเป็น soft collar ให้นำไปแช่น้ำผงซักฟอกประมาณ 20-30 นาที แล้วซักด้วยมือเบาๆ ถ้าเป็น philadelphia ให้ถูด้วยมือเบาๆ ไม่ควรใช้แปรงขัด ล้างด้วยน้ำสะอาดและตากในที่ร่ม มีลมโกรก ห้ามซักด้วยเครื่องซักผ้าและห้ามรีด

7. แนะนำให้ผู้ป่วยเลือกหมอนที่ไม่แข็งและสูงมากเกินไป ในท่านอนหงายหมอนหนุนศีรษะควรจาะรองตั้งแต่ต้นคอจรดถึงศีรษะโดยวางหมอนให้อยู่ชิดกับบ่าพอดีทำให้หมอนรองรับส่วนโค้งของกระดูกคอทุกปล้อง หมอนควรสูงประมาณ 4-6 นิ้ว การหนุนหมอนอย่างถูกวิธีจะช่วยให้กล้ามเนื้อผ่อนคลายและลดอาการปวดคอ ส่วนในท่านอนตะแคงหมอนควรสูงเท่าระดับไหล่ หมอนควรจะนุ่มเพื่อที่ส่วนที่รองศีรษะยุบจนกระทั่งหมอนสามารถรองรับบริเวณคอ หากหมอนสูงเกินไปเมื่อนอนหงายหรือนอนตะแคง กล้ามเนื้อคอจะถูกยืดมากเกินไป ทำให้ปวดกล้ามเนื้อคอได้



รูปที่ 37 การหนุนหมอนในท่านอนหงายอย่างถูกวิธี

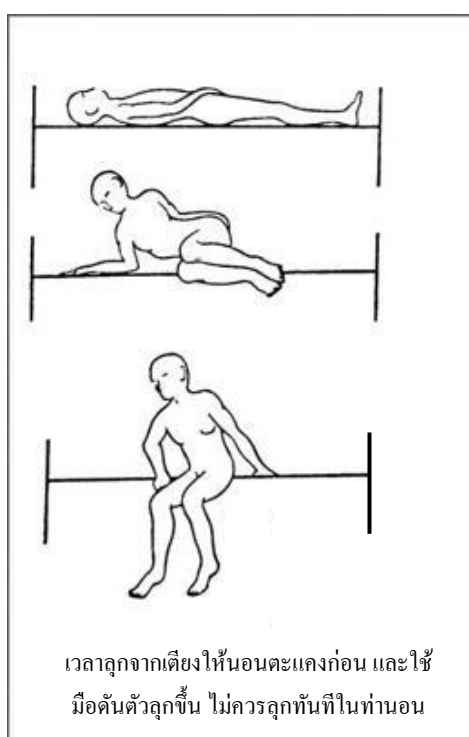


รูปที่ 38 การหนุนหมอนในท่านอนตะแคงอย่างถูกวิธี

8. เน้นย้ำผู้ป่วยให้มาพบแพทย์ตามนัดทุกครั้ง

9. อธิบายให้ผู้ป่วยทราบถึงอาการผิดปกติที่ควรมาพบแพทย์ก่อนวันนัด เช่น บริเวณแผลผ่าตัดมีการอักเสบ บวม แดง ร้อน มีไข้สูง ปวดแผลมากขึ้น มีอาการชาที่แขนหรืออ่อนแรงร่วมด้วย หากพบอาการดังกล่าวควรรีบมาพบแพทย์ผู้ทำผ่าตัดทันที

10. ทบทวนความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวโดยการซักถามและให้ทดลองปฏิบัติ สังเกตท่าทางที่เหมาะสมเช่น การลุกจากเตียงให้ใช้ท่านอนตะแคงยันตัวลุกขึ้น ส่วนการลงนอนให้ใช้ข้อศอกยันพื้นที่นอนก่อนเอนตัวลงนอน เป็นต้น



รูปที่ 39 การลุกจากเตียงและการลงนอน

11. แนะนำข้อห้ามปฏิบัติหลังทำผ่าตัดดังนี้ คือ ห้ามก้มหรือเงยศีรษะมากเกินไป ห้ามเอี้ยวคอหรือหมุนคอเร็วเกินไป ห้ามออกแรงยกหรือแบกของหนัก หัวของและอุ้งเด็ก เป็นต้น ไม่ควรอยู่ในอิริยาบถเดิมนานๆ ควรมีการเปลี่ยนท่าทุก 15-20 นาที หลีกเลี่ยงการนั่งหลังค่อม ควรเลือกโต๊ะทำงานที่มีระดับความสูงพอดี ข้อห้ามปฏิบัติดังกล่าวไม่ควรทำเนื่องจากจะมีผลทำให้ผู้ป่วยมีอาการปวดคอมากขึ้นและส่งเสริมให้เกิดภาวะเสื่อมของกระดูกคอเพิ่มขึ้นและอาจมีอาการของโรคกลับมาเป็นซ้ำได้อีกจากการมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม

บทที่ 4

กรณีศึกษาผู้ป่วยโรคกระดูกคอเสื่อม(cervical spondylosis) ที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับคอทางด้านหน้า

ข้อมูลทั่วไป

ผู้ป่วยชายไทยรูปร่างท้วม อายุ 71 ปี เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย ศาสนาพุทธ สถานภาพสมรส คู่
ระดับการศึกษา ปริญญาตรี อาชีพ ข้าราชการบำนาญ ภูมิลำเนา กรุงเทพฯ ผู้ป่วยอาศัยอยู่บ้านพัก
ของตัวเองมีภรรยาและลูกเป็นผู้ดูแลหลังทำผ่าตัด รายได้ครอบครัว 30,000 บาท/เดือน สิทธิ
การรักษา: ต้นสังกัด (กรมบัญชีกลาง) รับไว้ในโรงพยาบาล ณ หอผู้ป่วย 84/4 ตะวันตก วันที่
21 มกราคม 2558 จำหน่าย วันที่ 27 มกราคม 2558 วันที่เริ่มดูแล 21 มกราคม 2558 แหล่งข้อมูล
ได้จากผู้ป่วยและแฟ้มประวัติผู้ป่วย

ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับสุขภาพของผู้ป่วย

การวินิจฉัยแรกเริ่ม	CSM C3-4 with DLP การวินิจฉัยครั้งสุดท้าย CSM C3-4 with DLP
การผ่าตัด	ทำ ACDF C3-4 with Iliac bone graft 22 มกราคม 2558
อาการสำคัญ	ชามือ 2 ข้าง 4 เดือน ก่อนมาร.พ. มาตามแพทย์นัดเพื่อทำผ่าตัด ประวัติปัจจุบัน 4 เดือนก่อนมีอาการชาที่มือ 2 ข้างถึงข้อศอก ไม่อ่อนแรงมาพบแพทย์ตรวจ MRI Diagnosis CSM C3-4 แพทย์แนะนำให้ทำผ่าตัด
ประวัติอดีต	BPH 4 ปี ทำผ่าตัดที่ร.พ. ทหารเรือ หลังทำผ่าตัดปีสสาวะได้เอง สะดวกดี เป็นไขมันในเลือดสูงมา 1 ปี รักษาที่ศิริราช on Lopid (600) 1x1 ๑ ac, Simvastatin (20) 1 tab ๑ hs
ประวัติครอบครัว	ไม่มีบุคคลในครอบครัวเจ็บป่วยด้วยโรคร้ายแรง ปฏิเสธโรคติดต่อและโรคทางพันธุกรรม
ประวัติการแพ้	ปฏิเสธการแพ้ยา แพ้อาหารทุกชนิด
ประวัติการใช้สารเสพติด	ปฏิเสธการดื่มสุรา ปฏิเสธการสูบบุหรี่

การประเมินตามแบบแผนสุขภาพการตรวจร่างกายตามระบบ

สภาพร่างกายทั่วไป

รูปร่างท้วม นิ่งพักบนเตียง แรกเริ่มไม่มีไข้ อุณหภูมิ 36.5 องศาเซลเซียส ชีพจรเต้นสม่ำเสมอ 80 ครั้ง/นาที ไม่มีอาการหายใจเหนื่อยหอบ อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 130/80 มิลลิเมตรปรอท

การตรวจร่างกายตามระบบ

1. ผิวหนัง : ผิวหนังดำแดง ลักษณะผิวหนังขุ่มชื้น ไม่มีรอยโรคผิวหนังหรือรอยผื่นคัน ไม่มีจุดจ้ำเลือดตามผิวหนัง เล็บมือเล็บเท้าสะอาด

2. ศีรษะ ใบหน้า ลำคอ : ศีรษะรูปร่างปกติ ไม่พบแผลเป็นบริเวณผิวหนัง ผมสั้นสีดำปนขาวเส้นผมหยาบ ใบหน้าสมส่วน ตาทั้งสองข้างมองเห็น ไม่มีพร่ามัว แต่เวลาอ่านหนังสือต้องสวมแว่นสายตายาว ขนาดของรูม่านตาทั้งสองข้างเท่ากับ 2 มิลลิเมตร มีปฏิกิริยาต่อแสงปกติ เปลือกตาล่างไม่ซีด สามารถรอกตาขึ้น-ลง ซ้าย-ขวาได้ปกติ หูทั้งสองข้างได้ยินเมื่อใช้น้ำเสียงระดับปกติ ไม่มีแผลในช่องปาก ใต้อันปลอมไว้ริมฝีปากไม่แห้ง คลำบริเวณคอไม่มีอาการบวมโตของต่อมทอลซิล ต่อมไทรอยด์ และต่อมน้ำเหลือง ผู้ป่วยพูดได้ชัดดี ไม่มีเสียงแหบ ประเมิน vocal cord ไม่มี impairment เส้นเลือดดำที่คอไม่โป่ง

3. ทรวงอกและทางเดินหายใจ : รูปร่างของทรวงอกเท่ากันทั้งสองข้าง การเคลื่อนไหวของทรวงอกเท่ากันทั้งสองข้าง หายใจไม่มีเสียงผิดปกติ ไม่มีอาการเจ็บหน้าอก ไม่เหนื่อยหอบ อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที

4. หัวใจและหลอดเลือด : การเต้นของหัวใจสม่ำเสมอ ชีพจร 80 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 130/80 มิลลิเมตรปรอท ไม่มีอาการซีดตามปลายมือปลายเท้า การไหลกลับของเลือดส่วนปลาย (Capillary refill) เท่ากับ 2 วินาที

5. หน้าท้องและทางเดินอาหาร : ลักษณะหน้าท้องมีพุงเล็กน้อย สมดุลกับร่างกายไม่มีผื่นและแผลที่ท้อง กดไม่เจ็บ คลำไม่พบก้อนที่หน้าท้อง เสียงการเคลื่อนไหวของลำไส้ (bowel sound) 8 ครั้ง/นาที เคาะท้องได้เสียงโปร่ง ไม่มีก้อนหรือการกดเจ็บ ไม่เป็นริดสีดวงทวาร

6. ระบบประสาท : รู้สึกตัวดี ถามตอบรู้เรื่องไม่มีสับสน การเคลื่อนไหวของแขน ขา ปกติ การประเมินการรับความรู้สึก (sensory) ตามระดับ dermatome ผู้ป่วยรายนี้มีอาการชาที่บริเวณคอด้านข้าง และขามือทั้งสองข้างถึงข้อศอก

7. ระบบกล้ามเนื้อและกระดูก : แนวกระดูกสันหลังตรง ไม่คดงอ การเคลื่อนไหวของแขน ขา ปกติ แต่เวลาเดินจะมีอาการก้าวขาไม่สะดวก การตรวจความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ (motor power): แขน/ขาทั้งสองข้างของผู้ป่วยมีกำลังปกติดี (motor power grade 5) ไม่มีอ่อนแรง
8. ระบบทางเดินปัสสาวะ : ผู้ป่วยปัสสาวะได้เองสะดวกดีไม่มีแสบขัด

การประเมินอาการปวด

จากการตรวจร่างกายผู้ป่วยรายนี้บอกว่าปวดบริเวณต้นคอและหัวไหล่ส่วนบนเป็นพักๆ ให้ความรุนแรงระดับความปวด (pain score) ประมาณ 2-3 บางครั้งรู้สึกตึงขาและทำให้เดินได้ก้าวสั้นลง

การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ : ปกติ

การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

การตรวจเลือด : ก่อนทำผ่าตัด (20 มกราคม 2558) : BUN 10.6 mg/dl, Cr 0.8 mg/dl, BS 100 mg/dl, Na^+ 140 mmol/L, K^+ 3.9 mmol/L, Cl^- 103 mmol/L, HCO_3^- 26 mmol/L, Chol 160 mg/dl, TG 267 mg/dl, HDL-CHOL 36 mg/dl, LDL-CHOL 70.6 mg/dl, AST 28 U/L, ALT 21 U/L, CBC : Hb 14.7 g/dl, Hct 44.8 %, WBC 8,420 /ul, Plt. 338,000 /ul

การตรวจปัสสาวะ : น้ำปัสสาวะมีสีเหลือง ความถ่วงจำเพาะ 1.015, เม็ดเลือดแดง 0-1 cell/HPF, เม็ดเลือดขาว 0-1 cell/HPF, ค่าอย่างอื่นปกติ

การตรวจทางรังสี

Film chest - ปกติ

Film C-Spine AP, Lat - พบมีภาวะกระดูกสันหลังส่วนคอเสื่อมและมีการกดทับไขสันหลังที่ระดับ C3-4

MRI C-Spine มีผลการตรวจเป็นดังนี้

- Severe cervical spondylosis change with severe cord compression at C3-4 (central) with caused from grade 1 retrolisthesis C3-4, broad based central disc extrusion, posterior osteophyte complexes and thickening of ligament flavum.

- Small area of myelopathy within the cervical cord at C3-4.

- Mild narrowing of both C3-4 neural foramens.

- Cervical spondylosis and disc degeneration at other cervical levels without cervical cord compression

จากการซักประวัติ การตรวจร่างกายทางระบบประสาท การตรวจโดยเอกซเรย์และการทำ Magnetic Resonance Imaging (MRI) พบว่าผู้ป่วยมีภาวะกระดูกสันหลังส่วนคอเสื่อมและมีการกดทับไขสันหลังที่ระดับ C3-4 (CSM C3-4) แพทย์รักษาโดยการผ่าตัดจากทางด้านหน้าและเชื่อมข้อ (Anterior Cervical Discectomy and Fusion ; ACDF) ที่ระดับ C3-4 โดยผ่าตัดเอาหมอนรองกระดูกคอส่วนที่ทับไขสันหลังออกและตัดชิ้นกระดูกจากเชิงกราน (iliac bone graft) เพื่อนำมาเชื่อมข้อต่อแต่ละระดับ

พยาธิสภาพของโรคเปรียบเทียบกับผู้ป่วย ซึ่งตรงกับพยาธิสภาพของโรค CSM C3-4 และวิเคราะห์ภาวะสุขภาพได้ตามตารางที่ 1 ดังนี้

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบภาวะสุขภาพ พยาธิสรีรภาพของโรคตามทฤษฎีกับกรณีศึกษา

ทฤษฎี	กรณีศึกษา
<p>โรคกระดูกคอเสื่อมกดทับไขสันหลัง</p> <p>สาเหตุ เกิดจากกระดูกคอเสื่อมในผู้สูงอายุ สาเหตุจากพยาธิสภาพที่แตกต่างกัน โดยอาจเกิดจากหมอนรองกระดูกคอเสื่อมหรือข้อต่อฟาเซต(facet joint) เสื่อมก็ได้</p> <p>อาการ ผู้ป่วยโดยทั่วไปมักจะมีอาการปวดตามแกนกลางของคอ (axial neck pain) หรือปวดข้างใดข้างหนึ่งบริเวณข้อต่อฟาเซต(facet joint) ถ้ามีการกดทับไขสันหลัง (Cervical Spondylotic Myelopathy : CSM) อาจมีปัญหาเสียวหรือชาตามแขนขาและเดินลำบากร่วมด้วย ในบางรายที่เป็นมากอาจมีอาการเดินไม่ได้ X - ray ธรรมดาในผู้ป่วยกระดูกคอเสื่อมกดทับไขสันหลังนี้ บ่อยครั้งที่ไม่เห็นความผิดปกติได้ชัดเจน ซึ่งทำให้ยากต่อการวินิจฉัย ดังนั้นการตรวจร่างกายทางระบบประสาท ที่แม่นยำจึงมีความสำคัญที่สุดในการวินิจฉัยโรค โดยเฉพาะอย่างยิ่งต้องแยกจากโรคที่พบบ่อยกว่า คือ โรคกล้ามเนื้อบริเวณสะบักอักเสบ ซึ่งมีอาการปวดร้าวลงแขน แขนชาคล้ายกันได้ ในรายที่มีความเสื่อมของกระดูกคอมากๆ ก็อาจเห็นกระดูกคอรูปร่างผิดปกติหรือมีช่องหมอนรองกระดูกแคบ</p>	<p>ผู้ป่วยสูงอายุ อายุ 71 ปี</p> <p>ผู้ป่วยมีอาการชาบริเวณคอ ด้านข้าง และขามือทั้งสองข้าง ถึงข้อศอก สามารถเดินได้ ไม่มีแขนขาอ่อนแรง แต่รู้สึกว่ามีอาการตึงขาและก้าวได้สั้นลง</p>

ทฤษฎี	กรณีศึกษา
<p>การวินิจฉัย ที่แม่นยำจะต้องประกอบด้วย การตรวจร่างกายและการใช้ เอกซเรย์ MRI มาประกอบกัน ส่วนที่กดอาจเป็นกระดูกแข็งที่งอกที่ยื่นออกมาด้านหลัง หรือเป็นหมอนรองกระดูกที่แตกเคลื่อนออกมากดทับไขสันหลัง</p> <p>จุดประสงค์ ในการผ่าตัดเพื่อขยายช่องไขสันหลัง โดยเอาหมอนรองกระดูกสันหลังและ/หรือหินปูนที่งอกกดทับไขสันหลังออก และการลดการกดของไขสันหลัง วิธีการหนึ่งคือการเข้าไปเอาหมอนรองกระดูกสันหลังและหินปูนที่งอกมากดไขสันหลังและเส้นประสาทออกจากทางด้านหน้า การผ่าตัดแพทย์จะเสริมช่องว่างที่เกิดขึ้นโดยใช้ชิ้นกระดูกที่ได้มาโดยการตัดกระดูกบริเวณเชิงกรานซึ่งมีขนาดประมาณเล็บมือนำมาใส่เพื่อเชื่อมต่อกระดูกบนและล่างให้กลายเป็นกระดูกชิ้นเดียวกันในที่สุด</p>	<p>ได้รับการวินิจฉัยโดยผลจากการทำ MRI</p> <p>ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับคอทางด้านหน้า มีแผลอยู่ที่คอด้านหน้าและที่เชิงกรานด้านซ้าย</p>

ตารางที่ 4 แผนการรักษาที่ผู้ป่วยรายนี้ได้รับ

คำสั่งรักษาเฉพาะ 1 วัน	คำสั่งรักษาตลอดไป
<p>21 ม.ค. 58</p> <ul style="list-style-type: none"> - Set OR for ACDF C₃₋₄ with IBG 21/1/58 - G/M PRC 1 unit - NPO AMN - เตรียม cefazolin 1 gm ไป OR - Pre med - Diazepam (5) 1 tab \odot hs - Diazepam (5) 1 tab \odot + น้ำ 30 cc oncall to OR 	<p>21 ม.ค. 58</p> <ul style="list-style-type: none"> - Regular diet - Paracetamol (500) 2 tab \odot prn q 6 hr. - Simvastatin (20) 1 tab \odot hs
<p>22 ม.ค. 58</p> <p>post op order for ACDF C₃₋₄ with IBG</p> <ul style="list-style-type: none"> - V/S q 1 hr. until stable then q 2 hr. - Record urine output q 2 hr. keep \geq 50 cc/2 hr. - Heat nebulizer q 6 hr., Observe การหายใจ 	<p>22 ม.ค. 58</p> <ul style="list-style-type: none"> - NPO เว้นยา จิบน้ำได้ - นอนศีรษะสูง 30-60 องศา - Record VS, I/O, Vac Drain - cefazolin 1 gm v q 6 hr

คำสั่งรักษาเฉพาะ 1 วัน	คำสั่งรักษาตลอดไป
<ul style="list-style-type: none"> - On O₂ canular 3 LPM - Beradual 1 NB q 6 hr. - Record O₂ sat q 2 hr. keep $\geq 95\%$ - NSS 1000 CC v 80 cc/hr. - Record drain q 2 hr. ถ้า ออกเกิน 100 cc notify - Plan ส่ง film และเปลี่ยน collar เมื่อนั่งได้ - Morphine 2 mg v prn q 2 hr. - Plasil 10 mg v prn q 6 hr. 	<ul style="list-style-type: none"> - ultracet 1 tab \odot q 6 hr - Paracetamol (500) 1 tab \odot prn q 6 hr. - B co 1x3 \odot pc - Lopid (600) 1x1 \odot ac - Simvas (20) 1 tab \odot hs - Fluimucil (200) 1x3 \odot pc
<p>23 ม.ค. 58</p> <ul style="list-style-type: none"> - On O₂ canular 3 LPM - IVF หมุด off on Nss Lock - Morphine 2 mg v prn q 2 hr. - Plasil 10 mg v prn q 6 hr. 	<p>23 ม.ค. 58</p> <ul style="list-style-type: none"> - Liquid ใส, Soft Diet เย็น - ไข้เพียงสูงได้ 0-90 องศา
<p>24 ม.ค. 58</p> <ul style="list-style-type: none"> - Morphine 2 mg v prn q 2 hr. - Plasil 10 mg v prn q 6 hr. - Off O₂ keep O₂ sat $\geq 95\%$ - off vac drain D/S แผล - Off foley cath - Consult PT ambulate with walker - ส่ง film post op 	<p>24 ม.ค. 58</p> <ul style="list-style-type: none"> - นั่งห้อยขา Sitting Balance ได้ - off cefazolin - keflex (500) 1x4 \odot ac,hs - Senokot 1x1 \odot hs
<p>25 ม.ค. 58</p> <ul style="list-style-type: none"> - Morphine 2 mg v prn q 2 hr. - Plasil 10 mg v prn q 6 hr. 	<p>25 ม.ค. 58</p> <ul style="list-style-type: none"> - ASA (81) 1x1 \odot pc

คำสั่งรักษาเฉพาะ 1 วัน	คำสั่งรักษาตลอดไป
26 ม.ค. 58 - Morphine 2 mg v prn q 2 hr. - Plasil 10 mg v prn q 6 hr.	
27 ม.ค. 58 - Total stitches off - Discharge ได้ - นัด F/U 6 ก.พ. 58 ส่ง film C-Spine AP,Lat. ก่อนพบแพทย์ - Plan ใส่ collar นานอย่างน้อย 6 weeks กลางวันใส่ Philadelphia collar กลางคืน ใส่ soft collar HM - keflex (500) 1x4 ● ac,hs # 30 - ASA (81) 1x1 ● pc # 30 - ultracet 1 tab ● q 6 hr. # 30 - B co 1x3 ● pc # 90 - Lopid (600) 1x1 ●ac # 30 - Simvas (20) 1 tab ● hs # 30	

การพยาบาลก่อนผ่าตัด

วันที่ 21 มกราคม 2558

สภาพผู้ป่วยแรกรับไว้ในความดูแล

ผู้ป่วยชายไทยวัยสูงอายุ รู้สึกตัวดี พุดคุยรู้เรื่องเสียงไม่แหบ ไม่มีสับสน สามารถเดินได้ และทำกิจวัตรประจำวันได้เอง บอกว่ามีอาการชามือทั้ง 2 ข้างถึงข้อศอก ไม่มีอ่อนแรง ไม่ปวด pain score = 0 สีหน้าวิตกกังวล และสอบถามเกี่ยวกับการทำผ่าตัด จากการดูแลผู้ป่วยกรณีศึกษา รายนี้พบปัญหาดังต่อไปนี้

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1 : ผู้ป่วยวิตกกังวลเนื่องจากขาดความรู้เรื่องโรค การผ่าตัด และการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด

ข้อมูลสนับสนุน

- ผู้ป่วยบอกว่า “ไม่เคยทำผ่าตัดมาก่อนและกลัวการผ่าตัด”
- ผู้ป่วยมีสีหน้าวิตกกังวล และซักถามว่า “ผ่าตัดเจ็บมากไหม กลัวจะเดินไม่ได้ และถามว่ากี่วันถึงจะกลับบ้านได้”
- ผู้ป่วยบอกว่า “กลัวนอนไม่หลับ” และขอยานอนหลับกินก่อนไปทำผ่าตัด

เป้าหมายการพยาบาล - ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวลลง และมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค การผ่าตัด และการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด

เกณฑ์การประเมินผล

- ผู้ป่วยมีสีหน้าสดชื่นแจ่มใส บอกว่าคลายความวิตกกังวลลง
- ผู้ป่วยสามารถพักผ่อนนอนหลับได้อย่างน้อยวันละ 6 ชั่วโมง
- ผู้ป่วยสามารถตอบคำถามเกี่ยวกับโรค การผ่าตัด และฝึกหัดวิธีการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัดได้ถูกต้อง

กิจกรรมการพยาบาล

1. สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยและญาติ และสร้างความมั่นใจตลอดจนความรู้สึกปลอดภัย โดยให้ความสนใจผู้ป่วย ทักทายผู้ป่วย การแสดงท่าที่เป็นกันเอง สุภาพ เพื่อให้เกิดสัมพันธภาพที่ดี เกิดความไว้วางใจในตัวของผู้ให้การพยาบาล

2. แนะนำกฎระเบียบ และข้อปฏิบัติของโรงพยาบาล ให้เวลากับผู้ป่วย เปิดโอกาสให้ซักถามปัญหา ข้อสงสัย และพูดคุยระบายความรู้สึกต่างๆ เกี่ยวกับความวิตกกังวล ความกลัว โดยรับฟังปัญหาของผู้ป่วยอย่างตั้งใจ และตอบคำถามผู้ป่วยอย่างชัดเจน

3. ให้ข้อมูล อธิบายเกี่ยวกับโรค การรักษา การให้ยาระงับความรู้สึก และการทำผ่าตัดซึ่งมีความจำเป็นเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีและยืนยาวต่อไป รวมถึงแนะนำการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด โดยให้ผู้ป่วยและญาติดู VCD การปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัดเพื่อเตรียมความพร้อมในการทำผ่าตัดเพื่อให้ผู้ป่วยและญาติทราบและให้ความร่วมมือตามแผนการรักษา

4. ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อน/หลังผ่าตัดในเรื่องต่างๆ ดังต่อไปนี้

4.1 การดูแลทำความสะอาดร่างกายเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ โดยให้ผู้ป่วยอาบน้ำ สระผม ตัดเล็บให้สั้น และแปรงฟันก่อนไปห้องผ่าตัด

4.2 การหายใจอย่างมีประสิทธิภาพ (deep breathing exercise) เพื่อป้องกันปอดแฟบ และเป็นการกระตุ้นให้ผู้ป่วยขับเสมหะออกได้ดี โดยสอนให้ผู้ป่วยใช้ incentive spirometer บริหารปอด ดังนี้

4.2.1 ท่าที่ดีในการใช้ incentive spirometer ควรเป็นท่านั่งหลังตรง แต่ถ้าผู้ป่วยนั่งไม่ได้ให้อยู่ในท่านอนได้และควรบริหารปอดโดยใช้ incentive spirometer ในท่าต่างๆ ด้วย เช่น ท่านอนหงาย ท่าตะแคงซ้าย ท่าตะแคงขวา เพื่อให้ปอดขยายได้ทุก lobe

4.2.2 สูดหายใจเข้าลึกๆ แล้วผ่อนลมหายใจออกช้าๆ ประมาณ 2-3 ครั้งและอ้าปากอม mouth piece จนมิดแล้วดูดบอลขึ้นช้าๆ ให้ออกเสียงดังไว้ ประมาณ 3-5 วินาที (นับ 1 – 5) หรือเท่าที่ร่างกายจะสามารถทำได้จากนั้นก็ผ่อนลมหายใจออก



รูปที่ 13 การบริหารปอดโดยใช้ incentive spirometer (จากหน้า 21)

4.2.3 การบริหารปอดโดยใช้ incentive spirometer ให้ทำตอนไหนก็ได้ ควรทำเป็นชุด ชุดละ 5-10 ครั้ง ทำวันละกี่ชุดก็ได้ตามความพร้อมของร่างกายผู้ป่วย กรณีหลังผ่าตัดหาค ผู้ป่วยไม่มีอาการปวดแผลผ่าตัดหรือคลื่นไส้อาเจียนควรกระตุ้นให้ผู้ป่วยบริหารปอดโดยใช้ incentive spirometer ทุก 1 ชั่วโมง

4.2.4 กรณีผู้ป่วยไม่สามารถดูดบอลขึ้นได้ ให้ผู้ป่วยพยายามทำหลายๆ ครั้งก่อน โดยให้กำลังใจจนแน่ใจว่าไม่สามารถทำได้จริง จึงใช้เทคนิคว่ากล่อง incentive spirometer ลงให้ผู้ป่วยเป่าลมจนเห็นบอลลอยขึ้น ซึ่งวิธีนี้เป็นการช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าจะทำได้ดี แต่ไม่มีผลให้ปอดขยายแล้วจึงให้ทำใหม่ โดยสอนให้ผู้ป่วยหายใจเข้าให้เต็มปอดก่อนแล้วจึงเป่า ซึ่งขณะหายใจเข้าจะทำให้ปอดขยายหรือให้ผู้ป่วยฝึกการหายใจโดยการทำ deep breathing exercise ด้วยตนเอง

4.3 การไอเอาเสมหะออกอย่างมีประสิทธิภาพ (cough effective) เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนเรื่องปอดอักเสบและภาวะทางเดินหายใจอุดกั้น โดยการให้หายใจเข้า-ออกลึกๆ ยาว 4-5 ครั้ง ครั้งสุดท้ายสูดหายใจเข้าเต็มที่ กลั้นหายใจไว้และไอออกมาจากส่วนลึก และแนะนำให้ผู้ป่วยไอบ่อยๆ อย่างน้อยวันละ 3 ครั้ง เช้า กลางวัน เย็น โดยทำครั้งละ 10 รอบเป็นอย่างน้อย เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนของระบบทางเดินหายใจ ซึ่งสามารถทำได้ในช่วงก่อนและหลังผ่าตัด ในระยะหลังผ่าตัดหาค ผู้ป่วยไม่มีอาการปวดแผลผ่าตัดหรือคลื่นไส้อาเจียน สามารถเริ่มทำได้ทันที ภายหลังกลับจากห้องผ่าตัด

4.4 อธิบายวิธีประเมินระดับความปวดแบบตัวเลข 0-10 (0 หมายถึง ไม่ปวดเลย 10 หมายถึงปวดมากที่สุด) และแนะนำเรื่องการขอยาบรรเทาปวดหลังผ่าตัดเมื่อเริ่มมีคะแนนระดับความปวดมากกว่า 3

4.5 แนะนำและสาธิตวิธีการพลิกตะแคงตัวแบบ log rolling เพื่อช่วยลดอาการปวดคอหลังทำผ่าตัดและลดการเคลื่อนไหวของกระดูกต้นคอที่ถูกตามไว้หลังทำผ่าตัดดังนี้

4.5.1 การพลิกตะแคงตัวแบบท่อนซุง (log rolling) ควรใช้คนอย่างน้อย 2 คนช่วยกันมือข้างหนึ่งจับที่ไหล่มืออีกข้างจับที่สะโพกให้ไหล่ ลำตัว และสะโพกพลิกไปพร้อม ๆ กันโดยใช้หมอนข้างกอดไว้ระหว่างขา เพื่อให้กล้ามเนื้อหลังและสะโพกอยู่ในแนวตรง ในคนไข้ที่ทำผ่าตัดคอให้กางนิ้วแล้วประคองหมอนที่คนไข้หนุนด้วยเพื่อป้องกันคอไม่ให้บิด โดยคนไข้จะต้องใส่ soft collar หรือ philadelphia collar พยุงคอไว้ตลอดเพื่อป้องกันไม่ให้คนไข้เอี้ยวคอหรือหมุนคอได้ เวลาพลิกตะแคงตัวดึงพร้อมๆ กับให้คนไข้ตะแคงตัวมาพร้อมๆ กัน ดังรูปที่ 14



รูปที่ 14 การพลิกตัวแบบ log rolling (จากหน้า 22)

4.6 แนะนำให้ผู้ป่วยนอนราบหลังทำผ่าตัดสามารถหนุนหมอนได้แต่หมอนไม่ควรสูงมาก ห้ามลุกนั่งหรือปรับเตียงให้ศีรษะสูงขึ้นจนกว่าแพทย์จะอนุญาต

4.7 แนะนำการลุกจากเตียง ให้ใช้ท่านอนตะแคงยันตัวลุกขึ้น ส่วนการลงนอนให้ใช้ข้อศอกยันพื้นที่นอนก่อนเอนตัวลง (ดูรูป 15 จากหน้า 22)

4.8 แนะนำชนิดของอุปกรณ์ช่วยพยุงคอแบบต่างๆ และสาธิตวิธีการใส่อุปกรณ์ช่วยพยุงคอที่ถูกต้อง (ดูรูปที่ 16-25 จากหน้า 23-27)

4.9 แนะนำประเภท/ชนิดของอาหารที่ควรเลือกรับประทานหลังทำผ่าตัดได้แก่อาหารเหลวในระยะ 1-2 วันแรกหลังผ่าตัดเพื่อความสะดวกในการกลืนจากนั้นจึงค่อยเริ่มเป็นอาหารอ่อนย่อยง่าย กลืนง่าย เช่น โจ๊กหรือข้าวต้มเพื่อสะดวกในการกลืนหรือตามแผนการรักษาของแพทย์

4.10 การเซ็นใบอนุญาตทำการผ่าตัด ต้องกระทำทุกคน ในกรณีสูงอายุเซ็นชื่อไม่ได้ ต้องให้ผู้มีอำนาจกระทำการแทน เช่น บุตรเซ็นแทน

5. แนะนำผู้ป่วยให้รู้จักและพูดคุยกับผู้ป่วยที่เคยได้รับการผ่าตัดแบบเดียวกัน ซึ่งประสบผลดีในการรักษามาแล้วเพื่อคลายความวิตกกังวลและให้ผู้ป่วยมั่นใจในการรักษาพยาบาล
6. แนะนำญาติให้การดูแล เอาใจใส่ และให้กำลังใจผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง
7. แนะนำการเตรียมความพร้อมเมื่อผู้ป่วยกลับไปอยู่บ้านเกี่ยวกับอุปกรณ์ช่วยเดิน การจัดสิ่งแวดลอมที่บ้านเพื่อป้องกันการหกล้มและเตรียมผู้ดูแลในระยะแรกที่ผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลโดยเฉพาะใน 2 สัปดาห์แรก หรือจนกว่าผู้ป่วยสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ดีแล้ว
8. แนะนำให้ผู้ป่วยพักผ่อนให้เพียงพอในคืนวันก่อนผ่าตัด ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยา Diazepam (5mg) 1 tab \odot hs และจัดสิ่งแวดลอมให้มีดี สงบ เย็นสบาย เหมาะกับการพักผ่อน โดยปิดไฟ ปรับอุณหภูมิห้องให้เหมาะสมกับความต้องการของผู้ป่วยและติดตามประเมินการนอนหลับของผู้ป่วยหลังได้รับยานอนหลับ

การประเมินผล

1. ผู้ป่วยมีสีหน้าแจ่มใสขึ้น บอกว่ามั่นใจในแผนการรักษาของแพทย์และทีมสหสาขาและยอมรับการผ่าตัดคลายความวิตกกังวลลง
2. ผู้ป่วยสามารถบอกวิธีการปฏิบัติตัวก่อน/หลังทำผ่าตัดในเรื่องการดูแลทำความสะอาดร่างกายเพื่อเตรียมไปทำผ่าตัด การหายใจ (deep breathing exercise) และการไออย่างมีประสิทธิภาพ (cough effective) วิธีประเมินระดับความปวดแบบตัวเลข 0-10 การพลิกตะแคงตัวแบบ log rolling และวิธีการใส่อุปกรณ์ช่วยพยุงคอได้ถูกต้องและฝึกปฏิบัติการหายใจและการไออย่างมีประสิทธิภาพได้ถูกต้อง
3. ผู้ป่วยพักผ่อนและนอนหลับได้ในคืนวันก่อนทำผ่าตัด

สรุป ปัญหานี้ได้รับการแก้ไขหมดไป

การพยาบาลหลังผ่าตัด

เยี่ยมครั้งที่ 1 (วันที่ 23 มกราคม 2558)

สภาพผู้ป่วยแรกรับไว้ในความดูแล

ผู้ป่วยชายไทยวัยสูงอายุ หลังทำผ่าตัด ACDF C3-4 with iliac bone graft วันที่ 1 ผู้ป่วยตื่นรู้สึกตัวดี sedation score = 0 ไม่มีสับสน มีแผลผ่าตัดอยู่ที่คอบริเวณด้านหน้าปิดก๊อชกับ Fixomull® ไว้แผลแห้งดีใส่ philadelphia collar และมี vacuum drain 1 สาย content เป็นเลือดเพิ่มประมาณ 30 cc on IVF เป็น NSS 1000 CC v 80 cc/hr on foley cath 1 สาย urine flow ดี

สีเหลืองใส ออกประมาณ 400 cc สัญญาณชีพแรกเริ่ม อุณหภูมิ 36.8 องศาเซลเซียส ชีพจร 90 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 24 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 140/70 มิลลิเมตรปรอท O₂ sat (room air) 93 % ผู้ป่วยปรับเตียงให้ศีรษะสูง 45° เมื่อขยับตัวจะปวดแผล pain score = 6 คะแนน จากการดูแลผู้ป่วยกรณีศึกษารายนี้พบปัญหาดังต่อไปนี้

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 1: ผู้ป่วยมี โอกาสเกิดการหายใจ ไม่มีประสิทธิภาพและเกิดภาวะทางเดินหายใจอุดตัน

ข้อมูลสนับสนุน

- มีแผลผ่าตัดที่คอทางด้านหน้า (anterior) บริเวณ C₃₋₄ ซึ่งส่งผลกระทบต่อกล้ามเนื้อกะบังลม (diaphragm) ที่ทำหน้าที่หลักในการหายใจเข้า ร่วมกับกล้ามเนื้อท้องที่ช่วยในการไอและขับเสมหะอ่อนแรง
- ผู้ป่วยบ่นเหนื่อย กระสับกระส่าย หายใจไม่สะดวก
- อัตราการหายใจ 24-26 ครั้ง/นาที
- มีเสมหะอยู่ในคอแต่ไม่ยอมไอออกเพราะเจ็บแผล
- วัดค่าอิ่มตัวของออกซิเจน (oxygen saturation) ได้ 93 % (ไม่ได้ใส่ออกซิเจน)

เป้าหมายการพยาบาล

- ผู้ป่วยหายใจมีประสิทธิภาพและไม่เกิดภาวะทางเดินหายใจอุดตัน

เกณฑ์การประเมินผล

- อัตราการหายใจ 14-22 ครั้ง/นาที
- ไม่มีอาการเหนื่อยหอบ หายใจลำบาก เช่น หายใจตื่นถี่ หายใจทางปาก และไอเอาเสมหะออกได้เอง
- ค่าอิ่มตัวของออกซิเจน (oxygen saturation) ขณะให้ออกซิเจน 3 LPM ได้ $\geq 97\%$ หรือออกซิเจน (oxygen saturation) $\geq 95\%$ เมื่อไม่ใส่ออกซิเจน

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินสัญญาณชีพทุก 15 นาที 4 ครั้ง ทุก ½ ชั่วโมง 2 ครั้ง ทุก 1 ชั่วโมงจนครบ 4 ชั่วโมงทุก 2 ชั่วโมงจนครบ 4 ชั่วโมงและทุก 4 ชั่วโมงจนครบ 72 ชั่วโมงหรือตามแผนการรักษา
2. ประเมินลักษณะการหายใจ หรือการเคลื่อนไหวของทรวงอก ฟังเสียงลมเข้าปอดและวัดค่าอิ่มตัวของออกซิเจน (oxygen saturation) สังเกตลักษณะการหายใจ
3. ประเมินการไอและขับเสมหะออก ดูแลให้ผู้ป่วยไออย่างมีประสิทธิภาพ (cough effective) โดยการให้หายใจเข้าและหายใจออก ลึกๆ ยาว 4-5 ครั้ง พอครั้งสุดท้ายสุดหายใจเข้าเต็มที่กลั้นหายใจไว้และไอออกมาจากส่วนลึก ควรกระตุ้นให้ผู้ป่วยไอบ่อยๆ อย่างน้อยวันละ 3 ครั้ง

เช้า กลางวัน เย็น โดยทำครั้งละ 10 รอบเป็นอย่างน้อยเพื่อขับเอาเสมหะออกและป้องกันการสะสมของเสมหะและจัดทำนอนไม่ให้ศีรษะก้มหรือเงยมากเกินไป

4. กระตุ้นให้ผู้ป่วยหายใจอย่างมีประสิทธิภาพ (deep breathing exercise) โดยสอนให้ผู้ป่วยออกกำลังกล้ามเนื้อที่ช่วยในการหายใจ โดยให้หายใจเข้าให้ลึก กลั้นไว้ 2-3 นาที แล้วหายใจออกช้าๆ ให้หายใจให้ลึกและเร็วที่สุดเท่าที่จะทำได้ แล้วหายใจออกให้เร็วที่สุด และใช้ incentive spirometer โดยให้ดูบอลลูนจาก incentive spirometer ลอยค้างไว้ ประมาณ 3-5 วินาที แล้วปล่อยทำซ้ำจนครบ 5 รอบ แล้วจึงพักและควรทำทุก 1-2 ชั่วโมง

5. ดูแลให้ได้รับยาพ่น Beradual 1 NB q 6 hr. และยาละลายเสมหะ Fluimucil (200) 1x3 ๐ pc ตามแผนการรักษา ร่วมกับพ่นละอองไอน้ำ (heat nebulizer q 6 hr.) เพื่อให้เสมหะอ่อนตัว กระตุ้นให้ผู้ป่วยไออย่างมีประสิทธิภาพ (cough effective) ในรายที่ไอเอาเสมหะออกเองไม่ได้ ช่วยไอโดยใช้มือกดหน้าท้อง (abdominal compression) โดยวางฝ่ามือใต้กระบังลมบริเวณลิ้นปี่และออกแรงดันมือ ขึ้นในจังหวะที่ผู้ป่วยหายใจออกเพื่อเพิ่มความดันในช่องท้องและช่องอก เกาะปอดและช่วยคลุคเสมหะอย่างสม่ำเสมอในรายที่ไม่สามารถไอเอาเสมหะออกได้เองเพื่อป้องกันการสะสมของเสมหะและป้องกันภาวะปอดอักเสบ

6. อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติทราบถึงวัตถุประสงค์และความจำเป็นของการให้ออกซิเจน

7. ดูแลให้ O₂ canular 3 LPM และประเมินลักษณะสีผิวของผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอเพื่อสังเกตว่ามีภาวะพร่องออกซิเจน (cyanosis) เกิดขึ้นหรือไม่

8. สอน/แนะนำผู้ป่วยและญาติให้สังเกตอาการหายใจที่ผิดปกติมากขึ้น เช่น หายใจเร็ว มีเสียงดังขณะหายใจ เหนื่อยหอบ หายใจลำบาก ถ้ามีอาการดังกล่าวให้แจ้งพยาบาลทราบทันทีเพื่อความรวดเร็วในการให้ความช่วยเหลือ

การประเมินผล (วันที่ 23 มกราคม 2558)

1. ผู้ป่วยสามารถดูบอลลูนจาก incentive spirometer ลอยขึ้นได้ 3 ลูกติดต่อกัน 5-10 รอบ/ครั้งและทำได้ประมาณ 10-12 ครั้ง/วัน

2. วัดอัตราการหายใจได้ 16-20 ครั้ง/นาที ไม่มีอาการเหนื่อยหอบหายใจลำบากเช่น หายใจตื้นถี่ หายใจทางปาก มีเสียงดังขณะหายใจ สามารถไอเอาเสมหะออกได้และบอกว่าขณะพ่นละอองไอน้ำรู้สึกอึดอัด แต่หลังพ่นแล้วไอเอาเสมหะออกได้ง่ายขึ้น

3. วัดค่าอิ่มตัวของออกซิเจน (oxygen saturation) เมื่อไม่ได้ให้ออกซิเจนได้ 93 % ขณะให้ออกซิเจนวัดค่าอิ่มตัวของออกซิเจน (oxygen saturation) ได้ 97-98 %

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 2: ผู้ป่วยไม่สุขสบายเนื่องจากปวดแผลผ่าตัด

ข้อมูลสนับสนุน

- ผู้ป่วยบอกว่า “ปวดแผลผ่าตัดให้คะแนน 6 คะแนน และขอยาแก้ปวด”
- ผู้ป่วยหน้ามึนคือขมวด
- ผู้ป่วยไม่สามารถพักผ่อนหรือนอนหลับได้

เป้าหมายการพยาบาล

- ผู้ป่วยสุขสบายมากขึ้น อาการปวดลดลง

เกณฑ์การประเมินผล

- ผู้ป่วยมีระดับ pain score ≤ 3
- ผู้ป่วยแจ่มใสดีไม่บ่นปวดแผลผ่าตัด
- ผู้ป่วยสามารถเคลื่อนไหว/พักผ่อนและนอนหลับได้
- ผู้ป่วยไม่ขอยาแก้ปวดหรือปริมาณการใช้ยาแก้ปวดลดลง

กิจกรรมการพยาบาล

1. สอนผู้ป่วยถึงวิธีการประเมินอาการปวดโดยใช้ numeric rating scale (0-10) และสังเกตจากสีหน้า ท่าทางคำบอกเล่าของผู้ป่วยที่บ่งชี้ว่ามีความทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวด โดยประเมินอาการปวดหลังผ่าตัดทุก 1 ชั่วโมงจนครบ 4 ชั่วโมง ทุก 2 ชั่วโมงจนครบ 4 ชั่วโมงและทุก 4 ชั่วโมงจนครบ 72 ชั่วโมงและบันทึกระดับ pain score ลงในแบบบันทึก (monitoring nursing record)

2. ประเมินสัญญาณชีพ ระดับความเจ็บปวด (pain score) และระดับความง่วงซึม (sedation score) แล้วพิจารณาให้ยา Morphine 2 mg v prn q 2 hr. ตามแผนการรักษาเพื่อบรรเทาอาการปวด ติดตามประเมินอาการปวดหลังจดยา 5-15 นาที และเฝ้าระวังอาการข้างเคียงจากยาทุกครั้ง ซึ่งยาระงับปวดในกลุ่มนี้จะทำให้มีภาวะง่วงซึมและกดการหายใจได้ จึงต้องเฝ้าระวัง ประเมิน sedation score ทุก 1-2 ชั่วโมงโดยเฉพาะ 24 ชั่วโมงแรกของการให้ยาและควรหลีกเลี่ยงยา morphine หากพบว่าผู้ป่วยมี sedation score ≥ 2

3. ดูแลช่วยจัดทำให้ผู้ป่วยนอนหงายราบในท่าที่สุขสบายเพื่อลดอาการปวด และให้การพยาบาลด้วยความนุ่มนวล เขามือเพื่อลดแรงกระทบกระเทือนบริเวณแผลผ่าตัด สวมอุปกรณ์ช่วยพยุงคอ philadelphia collar หรือ soft collar ไว้ตลอดเวลา และดูแลหนุนหมอนให้รองรับตั้งแต่ศีรษะ ลำคอ ให้ขอบล่างของหมอนอยู่ชิดกับบ่าพอดี ให้ศีรษะอยู่ในแนวตรงไม่ก้มหรือเงย หมอนไม่สูงเกินไป หรืออาจใช้ผ้าเช็ดตัวผืนใหญ่พับบางๆ รองศีรษะแทนหมอน สามารถปรับเตียงให้ศีรษะสูงได้ตามคำสั่งการรักษาของแพทย์และใช้หมอนรองใต้เข่าขณะนอนหงาย ท่าที่สุขสบายจะช่วยบรรเทาอาการปวดและลดการกดทับอวัยวะนั้นนานๆ ซึ่งทำให้การไหลเวียนเลือดไม่สะดวก และหมั่นพลิกตะแคงตัวให้ผู้ป่วยทุก 2 ชั่วโมงโดยพลิกตะแคงตัวแบบ log rolling ให้ศีรษะ คอ บ่า ไหล่

ของผู้ป่วยพลิกไปพร้อมกับแผ่นหลัง โดยให้กางนิ้วแล้วประคองหมอนที่คนไข้หนุนด้วยเพื่อป้องกันคอไม่ให้บิดขณะพลิกตะแคงตัว

4. เบี่ยงเบนความสนใจ ลดความกลัวและความกังวลของผู้ป่วย (ซึ่งมีผลให้อาการปวดเพิ่มขึ้น) โดยการพูดคุยหาสาเหตุและเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ระบายความคับข้องใจและซักถามปัญหาต่างๆ พร้อมอธิบายให้ผู้ป่วยทราบถึงสาเหตุของอาการปวดแผลผ่าตัด และให้เหตุผลว่าอาการปวดนี้จะค่อยๆ บรรเทาลงในวันต่อๆ มา เนื่องจากกระบวนการหายของแผลผ่าตัดและแนะนำให้ผู้ป่วยขอยาแก้ปวดได้เมื่อเริ่มรู้สึกไม่สุขสบาย ปวดแผลผ่าตัดหรือให้คะแนนระดับความปวดมากกว่า 3

5. ดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด ชวนพูดคุยให้กำลังใจ เบี่ยงเบนความสนใจและหากิจกรรมที่ผู้ป่วยชอบให้ผู้ผู้ป่วยได้ทำเพื่อเบี่ยงเบนความสนใจจากอาการปวด เช่น ให้ดูโทรทัศน์ ฟังธรรมะ ทำสมาธิ ฟีกลมหายใจเข้า-ออก ยาวๆ อ่านหนังสือ หรือเปิดเพลงให้ผู้ผู้ป่วยฟัง เป็นต้น เพื่อให้เกิดการผ่อนคลายและคลายความสนใจต่ออาการปวด

6. ดูแลจัดสิ่งแวดล้อมภายในห้องให้สะอาด อากาศถ่ายเทสะดวก ไม่มีเสียงรบกวน เพื่อให้ผู้ป่วยได้พักผ่อนเพียงพอจะช่วยให้ร่างกายแข็งแรง การฟื้นตัวเร็ว

การประเมินผล (วันที่ 23 มกราคม 2558)

ผู้ป่วยนอนพักผ่อนและหลับได้เป็นพักๆ ผู้ป่วยบอกว่าจะปวดแผลเวลาขยับตัวและอาการปวดแผลผ่าตัดลดลงเมื่อได้รับยามอร์ฟีนฉีดร่วมกับการจัดทำให้ออนหงายใช้ผ้าเช็ดตัวพับสอดใต้ศีรษะรองแทนหมอน และใช้หมอนหนุนใต้โคนขา ทำให้คะแนนระดับความปวดลดลงจาก 6 คะแนน เหลือ 3 คะแนน sedation score = 0 อัตราการหายใจได้ 20 ครั้ง/นาทีและไม่พบอาการข้างเคียงจากการให้ยา Morphine เช่น คลื่นไส้/อาเจียน คันยุบยิบตามตัว ท้องอืด/ท้องผูก

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 3 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะกลืนลำบากและการสำลัก

ข้อมูลสนับสนุน	- ผู้ป่วยมีแผลผ่าตัดบริเวณคอซึ่งใกล้กับหลอดอาหาร - มีการอักเสบ บวม ของเนื้อเยื่อ ส่งผลให้มีการกลืนลำบาก - ผู้ป่วย “บอกว่าเจ็บแผลผ่าตัดทำให้กลืนน้ำและยาได้ลำบาก”
เป้าหมายการพยาบาล	- ผู้ป่วยไม่มีภาวะกลืนลำบากและไม่มีการสำลัก
เกณฑ์การประเมินผล	- ผู้ป่วยสามารถกลืนอาหารได้และไม่เกิดการสำลัก

กิจกรรมการพยาบาล

1. ดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารเหลว (liquid diet) เช่น น้ำหวาน น้ำซุบ น้ำข้าว ในช่วงเช้า และอาหารอ่อนนุ่ม (soft diet) ไม่เหนียว เคี้ยว กลืนไม่ยาก เช่น โจ๊กหรือข้าวต้มในช่วงเย็น เมื่อแพทย์มีคำสั่งให้รับประทานอาหารได้ หลีกเลี่ยงอาหารที่แข็ง/เหนียว เพราะความเหนียวของอาหารอาจทำให้อาหารติดตามลิ้น เพดานปาก กระพุ้งแก้ม เหงือก ทำให้กลืนลำบาก ผู้ป่วยที่ต้องออกแรงเคี้ยวมากอาจทำให้ปวดแผลผ่าตัดและกลืนลำบากได้

2. สอน แนะนำให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารคำเล็กๆ โดยเคี้ยวให้ละเอียดแล้วค่อยๆ กลืน และให้รับประทานครั้งละน้อยๆ แต่บ่อยครั้งแทนการรับประทานอาหารครั้งละมากๆ เป็นเวลานาน เพื่อลดระยะเวลาในการเคี้ยว/กลืนอาหาร การรับประทานอาหารคำเล็กๆ และกลืนช้าๆ จะช่วยลดการสำลักอาหารได้

3. สอนแนะนำผู้ป่วย/ญาติ/ผู้ดูแลเรื่องการกลืนอย่างปลอดภัย โดยให้การพยาบาลผู้ป่วยที่จะรับประทานอาหารดังนี้

3.1 อธิบายวิธีการกลืนอาหารเพื่อป้องกันการสำลักและแนะนำให้ผู้ผู้ป่วยปฏิบัติตามท่าฝึกกลืนด้วยวิธีโมดิฟายด์ ซุพรากลอตติ³³ โดยให้ผู้ผู้ป่วยฝึกท่าทางการกลืน ก่อนการกลืนอาหารจริง ผู้ป่วยต้องฝึกกลืนดังนี้

3.1.1 หายใจเข้าลึกๆ แล้วกลืนหายใจ

3.1.2 กลืนแรงๆ ขณะที่กำลังกลืนหายใจ แล้วค่อยๆ ยกคางขึ้น

3.1.3 จากนั้นไอหลังกลืนทุกครั้งอย่างเคร่งครัด เพื่อป้องกันการไอและสำลักขณะ

กลืนอาหาร

3.2 ดูแลทำความสะอาดปากและฟันก่อนรับประทานอาหารทุกครั้ง เพื่อกระตุ้นความอยากอาหารและลดความเสี่ยงในการติดเชื้อแบคทีเรียในช่องปาก

3.3 จัดทำให้ผู้ป่วยนั่งตัวตรง 90 องศา ตามแผนการรักษา

3.4 ดูแลจัดอาหารตามแพทย์สั่งเป็นประเภทน้ำหวานให้รับประทาน ครั้งละ 1 ช้อนชา หรือ 5 มิลลิลิตร จากกระบอกฉีดยา โดยจัดปริมาณให้เพียงพอตามความต้องการของผู้ป่วย

3.5 ขณะที่กลืนอาหารแนะนำให้ผู้ผู้ป่วยปฏิบัติตามท่าฝึกกลืนเหมือน ข้อ 3.1 ทุกครั้งอย่างเคร่งครัดเพื่อป้องกันการไอและสำลักขณะกลืนอาหาร

3.6 หลังจากกลืนคำแรกให้ไอเอาน้ำหรืออาหารที่ค้างอยู่ในปากออกให้หมดทุกครั้ง และกลืนช้าๆ หลายๆ รอบ เพื่อให้มั่นใจว่าผู้ป่วยกลืนโดยไม่มีสำลักและให้ผู้ผู้ป่วยออกเสียงถ้าเสียงโลง แสดงว่าไม่มีสำลักหรืออาหารค้าง จากนั้นให้กลืนคำต่อไป จนกระทั่งผู้ป่วยรู้สึกเพียงพอกับความต้องการ

3.7 ขณะกลืนถ้าผู้ป่วยไอหรือสำลัก ให้หยุดพัก การฝึกและเริ่มฝึกอีกครั้งใน มืออาหารมือต่อไป ถ้ายังมีอาการไอหรือสำลักอีกให้หยุดการฝึกทันทีและรายงานแพทย์ทราบ เพื่อพิจารณาให้การรักษาอื่นที่เหมาะสม

3.8 ขณะฝึกกลืนและรับประทานแต่ละมือ ดูแลจัดสิ่งแวดล้อมให้สงบ เพื่อลดการรบกวนจากภายนอกและให้เวลากับผู้ป่วย ไม่เร่งรัด ไม่ชวนคุยในขณะที่กลืนเพื่อให้ผู้ป่วยมีความตั้งใจและสมาธิขณะกลืน

3.9 ดูแลความสะอาดปากฟันหลังการรับประทานอาหารทุกครั้ง

4. แนะนำให้ผู้ป่วยหลีกเลี่ยงอาหารรสจัด รวมไปถึงอาหารที่ร้อนหรือเย็นเกินไป เนื่องจากอาหารดังกล่าวมีผลต่อการกระตุ้นประสาทรับความรู้สึกเจ็บปวด ซึ่งอาจทำให้ผู้ป่วยกลืนลำบากและเกิดการสำลักได้

5. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับน้ำดื่มอย่างเพียงพออย่างน้อยวันละ 2,000-3,000 ซีซี จะเป็นการช่วยเพิ่มความชุ่มชื้นของช่องปากได้ดี และลดความตึงของเยื่อหู ทำให้ผู้ป่วยสุขสบายช่องปากมากขึ้น และช่วยให้กลืนอาหารได้ดีขึ้น

การประเมินผล (วันที่ 23 มกราคม 2558)

ผู้ป่วยสามารถรับประทานอาหารอ่อนๆ เช่น โจ๊กหรือข้าวต้มและรับประทานยาได้ โดยยาที่เม็ดใหญ่ๆ เช่น lopid 600 mg ต้องแบ่งให้เล็กลงเพื่อให้กลืนได้ง่ายขึ้น ผู้ป่วยไม่มีอาการสำลัก

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 4: ผู้ป่วยไม่สุขสบายเนื่องจากการใส่อุปกรณ์ช่วยพยุงคอ

(philadelphia collar/soft collar)

ข้อมูลสนับสนุน

- ผู้ป่วยบ่นอึดอัด ร้อน ขณะใส่อุปกรณ์ช่วยพยุงคอ
- อุปกรณ์ช่วยพยุงคออับชื้น มีกลิ่นเหม็น
- ผู้ป่วยบ่นว่าไม่สารทนนอนหลับและพักผ่อนได้
- มีรอยกดทับบริเวณใบหูของผู้ป่วย

เป้าหมายการพยาบาล

- ผู้ป่วยสุขสบายขึ้นและยอมรับการใส่อุปกรณ์ช่วยพยุงคอ

เกณฑ์การประเมินผล

- ผู้ป่วยไม่บ่นอึดอัด รำคาญที่ต้องใส่อุปกรณ์ช่วยพยุงคอ
- ผู้ป่วยสามารถนอนพักผ่อนได้
- ไม่เกิดแผลกดทับบริเวณที่ใส่อุปกรณ์ช่วยพยุงคอ
- อุปกรณ์ช่วยพยุงคอสะอาด ไม่อับชื้น หรือมีกลิ่นเหม็น

กิจกรรมการพยาบาล

1. อธิบายให้ผู้ป่วยทราบถึงความจำเป็นของการใส่อุปกรณ์ช่วยพยุงคอหลังทำผ่าตัด และแนะนำให้ผู้ป่วยใส่ philadelphia collar ทุกครั้งเวลาที่ลุกนั่ง ขึ้น เดิน ตามแผนการรักษา ของแพทย์
2. ดูแลเลือกอุปกรณ์ช่วยพยุงคอที่มีขนาดเหมาะสมกับคอของผู้ป่วยเป็น size M และดูแล ใส่อุปกรณ์ช่วยพยุงคอให้ผู้ป่วยโดยใส่ให้กระชับพอดี ไม่ใส่หลวมหรือแน่นเกินไป
3. ดูแลช่วยจัดท่านอนให้ผู้ป่วยรู้สึกสุขสบาย และสามารถปรับเตียงให้ศีรษะสูง ได้ 0-90 องศา ตามแผนการรักษา
4. สังเกตผิวหนังบริเวณที่ใส่อุปกรณ์ช่วยพยุงคอเช่นบริเวณใบหูของผู้ป่วยว่ามี รอยแดงซ้ำ หรือไม่ เพื่อเฝ้าระวังการเกิดแผลกดทับ
5. ดูแลทำความสะอาดผิวหนังบริเวณที่ใส่อุปกรณ์ช่วยพยุงคอให้แห้งสะอาด อย่างน้อย วันละ 1 ครั้งเพื่อไม่ให้เกิดกลิ่นและความอับชื้น ไม่สุขสบาย
6. ดูแลเช็ดทำความสะอาดอุปกรณ์ช่วยพยุงคอด้วยน้ำสะอาดและซับด้วยผ้าแห้ง เพื่อป้องกันการอับชื้นและเกิดกลิ่นเหม็น

การประเมินผล (วันที่ 23 มกราคม 2558)

ผู้ป่วยยอมรับการใส่อุปกรณ์ช่วยพยุงคอ ยังมีบ่นอึดอัด รำคาญเป็นบางครั้ง นอนพักผ่อน/ หลับได้เป็นพักๆ ไม่เกิดแผลกดทับบริเวณที่ใส่อุปกรณ์ช่วยพยุงคอ และอุปกรณ์ช่วยพยุงคอสะอาด ไม่อับชื้น หรือมีกลิ่นเหม็น

เยี่ยมครั้งที่ 2 (วันที่ 24 มกราคม 2558)

สภาพผู้ป่วยแรกรับไว้ในความดูแล

ผู้ป่วยชายไทยวัยสูงอายุ หลังทำผ่าตัด ACDF C3-4 with iliac bone graft วันที่ 2 ผู้ป่วย รู้สึกตัวดี ไม่มีสับสน มีแผลผ่าตัดที่ลำคอบริเวณด้านหน้า แพทย์มา off vacuum drain ทำแผล ปิดก๊อชกับ Fixomull® ไว้แผลแห้งดี ใส่ philadelphia collar มีนักกายภาพบำบัดมาสอนกายบริหาร และแนะนำการใช้เครื่องช่วยเดิน หลัง off foley cath ผู้ป่วยเดินไปเข้าห้องน้ำโดยใช้เครื่องช่วยเดินสี่ขา ผู้ป่วยสามารถปัสสาวะได้เองสะดวกดี ไม่มีเสบขัด วัดสัญญาณชีพอุณหภูมิ 37.1 องศาเซลเซียส ชีพจร 70 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 140/80 มิลลิเมตรปรอท วัด O₂ sat room air = 97 % ไม่มีอาการเหนื่อยหอบ ผู้ป่วยปรับเตียงให้ศีรษะสูง 90° บ่นปวดแผลเล็กน้อย pain score = 3 จากการดูแลผู้ป่วยกรณีศึกษารายนี้อย่างต่อเนื่องประเมินผลปัญหาที่พบได้ดังต่อไปนี้

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 1: ผู้ป่วยมีโอกาสดเกิดการหายใจ ไม่มีประสิทธิภาพและเกิดภาวะทางเดินหายใจอุดกั้น

การประเมินผล (วันที่ 24 มกราคม 2558)

เมื่อไม่ได้ให้ออกซิเจนวัดค่าอิ่มตัวของออกซิเจน (oxygen saturation) ได้ 97 % ไม่มีอาการเหนื่อยหอบหายใจลำบาก เช่น หายใจตื้นถี่ หายใจทางปาก อัตราการหายใจ 20-22 ครั้ง/นาที ผู้ป่วยสามารถหายใจได้อย่างมีประสิทธิภาพ (deep breathing exercise) ตามที่พยาบาลสอน/แนะนำ และควบคุมอด จาก incentive spirometer ได้ 3 ลูก

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 2: ผู้ป่วยไม่สุขสบายเนื่องจากปวดแผลผ่าตัด

การประเมินผล (วันที่ 24 มกราคม 2558)

ผู้ป่วยสามารถนอนหลับและพักผ่อนได้ ไม่ขอยาแก้ปวดเพิ่ม ให้คะแนนระดับความปวดประมาณ 2-3 คะแนน

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 3: ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะกลืนลำบากและการสำลัก

การประเมินผล (วันที่ 24 มกราคม 2558)

ผู้ป่วยสามารถรับประทานอาหารและยาได้ตามปกติ ไม่มีภาวะกลืนลำบากไม่สำคัญ (ปัญหานี้ได้รับการแก้ไขหมดไป)

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 4: ผู้ป่วยไม่สุขสบายเนื่องจากการใส่อุปกรณ์ช่วยพยุงคอ

(philadelphia/soft collar)

การประเมินผล (วันที่ 24 มกราคม 2558)

ผู้ป่วยยอมรับการใส่อุปกรณ์ช่วยพยุงคอ แต่ยังมีบ่นอึดอัด รำคาญเป็นบางครั้ง นอนพักผ่อน/หลับได้เป็นพักๆ ไม่เกิดแผลกดทับบริเวณที่ใส่อุปกรณ์ช่วยพยุงคอ อุปกรณ์ช่วยพยุงคอสะอาด ไม่อับชื้นหรือมีกลิ่นเหม็น

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 5: ผู้ป่วยมีโอกาสดเกิดภาวะท้องผูก

ข้อมูลสนับสนุน

- ผู้ป่วยนอนนิ่งไม่ค่อยขยับตัว
- ผู้ป่วยบ่นแน่นอึดอัดไม่สุขสบายท้อง
- ผู้ป่วยได้รับอาหารที่มีกากน้อย ได้รับน้ำไม่เพียงพอ
- ผู้ป่วยบอกว่า “ไม่เคยนอนถ่ายอุจจาระบนเตียง”

- เป้าหมายการพยาบาล** - ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะท้องผูก
- เกณฑ์การประเมินผล** - ผู้ป่วยสามารถถ่ายอุจจาระได้ตามปกติ
- ไม่พบริดสีดวงทวาร

กิจกรรมการพยาบาล

1. เปรียบเทียบแบบแผนการขับถ่ายอุจจาระตามปกติของผู้ป่วยเพื่อเปรียบเทียบกับปัจจุบัน และประเมินเสียงการเคลื่อนไหวของลำไส้ (bowel sound) ค่าปกติ 4-5 ครั้ง/วินาที
2. ให้ความรู้เกี่ยวกับการรับประทานอาหารที่ถูกต้องโดยแนะนำและดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารอย่างง่าย อาหารที่มีกากใยเช่นผัก ผลไม้ และน้ำผลไม้ และแนะนำให้ดื่มน้ำอย่างน้อย 2,000-3,000 ซีซี/วัน
3. กระตุ้นผู้ป่วยทำกิจวัตรประจำวันในส่วนที่ไม่กระทบกระเทือนต่อบริเวณแผลผ่าตัดที่คอ เพื่อให้มีการเคลื่อนไหวของร่างกาย และส่งผลให้ลำไส้เคลื่อนไหวทำให้ระบบย่อยอาหารและการขับถ่ายทำงานได้ดีขึ้น พร้อมอธิบายเหตุผลว่าการปฏิบัติจะส่งผลดีต่อการป้องกันภาวะท้องผูก
4. แนะนำออกกำลังกายบนเตียง เช่น ยกแขน ขน กระดกข้อเท้า และฝึกเดินเพื่อกระตุ้นให้มีการเคลื่อนไหวของร่างกาย
5. แนะนำให้ทำจิตใจให้สบาย ลดความวิตกกังวลเพราะความเครียดและความวิตกกังวลเป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดอาการท้องผูกได้
6. ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถขับถ่ายอุจจาระได้ ท้องผูกมาก ควรรายงานแพทย์เพื่อแพทย์จะได้สั่งยาระบายและดำเนินการให้ยาระบาย senokot 1x1 ๑ hs ตามแผนการรักษา และประเมินผลการขับถ่ายอุจจาระหลังได้รับยาระบาย

การประเมินผล (วันที่ 24 มกราคม 2558)

หลังรับประทานยาระบายผู้ป่วยยังไม่ถ่ายอุจจาระ มีอาการแน่นท้องเล็กน้อยจึงให้การดูแลต่อเนื่องและติดตามต่อ

การเยี่ยมครั้งที่ 3 (วันที่ 27 มกราคม 2558)

สภาพผู้ป่วยแรกรับไว้ในความดูแล

ผู้ป่วยชายไทยอายุ 71 ปี หลังทำผ่าตัด ACDF C3-4 with iliac bone graft วันที่ 5 เจ็บในสันหลัง แผลผ่าตัดที่ลำคอบริเวณด้านหน้าปิดก๊อชกับ Fixomull® ไว้ แพทย์มาเยี่ยมอนุญาตให้กลับบ้านได้ และตัดไหม ทำแผลติดเป็นแผ่นกันน้ำให้ แผลผ่าตัดแห้งดีและใส่ philadelphia collar ไว้ ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองได้ดีและเดินโดยใช้เครื่องช่วยเดินสี่ขาได้มั่นคงมากขึ้น (อาการก้ำวาลำบาก

ก่อนผ่าตัดคีขึ้น) สามารถทำกายภาพบำบัดตามแผนการรักษาได้ วัดสัญญาณชีพอุณหภูมิ 36.4 องศาเซลเซียส ชีพจร 78 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 130/70 มิลลิเมตรปรอท วัด O_2 sat room air = 97-98 % ไม่มีอาการเหนื่อยหอบ ปวดแผลเล็กน้อย pain score = 1-2 จากการดูแลผู้ป่วยกรณีศึกษารายนี้อย่างต่อเนื่องประเมินผลปัญหาที่พบได้ดังต่อไปนี้

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 1: ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดการหายใจไม่มีประสิทธิภาพและเกิดภาวะทางเดินหายใจอุดกั้น

การประเมินผล (วันที่ 27 มกราคม 2558)

ผู้ป่วยสามารถหายใจได้อย่างมีประสิทธิภาพ (deep breathing exercise) อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที และควบคุมอด จาก incentive spirometer ได้ 3 ลูก เมื่อไม่ได้ให้ออกซิเจนวัดค่าอิ่มตัวของออกซิเจน (oxygen saturation) ได้ 97-98 % (ปัญหานี้ได้รับการแก้ไขหมดไป)

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 2: ผู้ป่วยไม่สุขสบายเนื่องจากปวดแผลผ่าตัด

การประเมินผล (วันที่ 27 มกราคม 2558)

ผู้ป่วยสามารถทำกิจวัตรต่างๆในชีวิตประจำวันได้ (รับประทานอาหาร เดินเข้าห้องน้ำ) และสามารถทำกายภาพบำบัดตามแผนการรักษาได้ ปวดแผลบ้างเล็กน้อย คะแนนระดับความปวดประมาณ 0-2 ไม่ขอยาแก้ปวดเพิ่ม

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 4: ผู้ป่วยไม่สุขสบายเนื่องจากการใส่อุปกรณ์ช่วยพยุงคอ

(philadelphia/soft collar)

การประเมินผล (วันที่ 27 มกราคม 2558)

ผู้ป่วยบอกว่ารู้สึกสบายและนอนหลับได้มากขึ้นเมื่อเปลี่ยนจากใส่ philadelphia collar มาใส่เป็น soft collar แทนเวลานอน ไม่เกิดแผลกดทับบริเวณที่ใส่อุปกรณ์ช่วยพยุงคอและอุปกรณ์ช่วยพยุงคอสะอาด ไม่อับชื้นหรือมีกลิ่นเหม็น

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 5: ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดภาวะท้องผูก

การประเมินผล (วันที่ 27 มกราคม 2558)

ผู้ป่วยเริ่มลงเดินและไปถ่ายอุจจาระในห้องน้ำได้ ไม่บ่นแน่นอึดอัดท้อง (ปัญหานี้ได้รับการแก้ไขหมดไป)

**ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 6: ผู้ป่วยขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตัว
เมื่อกลับไปอยู่บ้าน**

ข้อมูลสนับสนุน

- ผู้ป่วยบอกว่า “ไม่ทราบว่าจะต้องดูแลตนเองอย่างไร”
- ผู้ป่วยตอบคำถามเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้าน
ไม่ถูกต้อง
- ผู้ป่วยจำทำทางในการบริหารร่างกายไม่ได้และปฏิบัติไม่ถูกต้อง

เป้าหมายการพยาบาล

- ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้าน

เกณฑ์การประเมินผล

- ผู้ป่วยตอบคำถามเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้าน
ได้ถูกต้อง
- ผู้ป่วยแสดงท่าทางในการบริหารร่างกายและปฏิบัติได้ถูกต้อง

กิจกรรมการพยาบาล

1. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยระบายความรู้สึกและสอบถามในสิ่งที่สงสัยเกี่ยวกับการปฏิบัติตัว
เมื่อกลับไปอยู่บ้าน

2. ให้ความรู้ สอน แนะนำการรับประทานยา keflex (500) 1x4 ○ ac,hs ซึ่งเป็นยาปฏิชีวนะ
ควรรับประทานอย่างต่อเนื่องไม่ควรหยุดยาเองเพื่อป้องกันปัญหาการดื้อยาในภายหลัง
หากรับประทานยาไม่ครบ แนะนำให้อนพักอ่อนเมื่อมีอาการปวดแผลผ่าตัดและรับประทานยา
แก้ปวด ultracet 1 tab ○ q 6 hr. เมื่อมีอาการปวดแผลตามแผนการรักษา สังเกตอาการข้างเคียง
ของยาเช่นอาการคลื่นไส้/อาเจียน เวียนศีรษะ หากมีอาการมากแนะนำให้หยุดยาและรับประทาน
paracetamol(500) 1 tab ○ q 4-6 hr. แทน แนะนำการรับประทานยา ASA (81) 1x1 ○ pc ซึ่งเป็น
ยาเดิมของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง และให้ระมัดระวังการเกิดบาดแผลเนื่องจากจะมีผลทำให้เลือดไหล
ไม่หยุด หากผู้ป่วยมีความจำเป็นต้องทำผ่าตัดหรือทำหัตถการที่ทำให้เกิดบาดแผลต้องรีบแจ้ง
ให้แพทย์ทราบเพราะจำเป็นต้องหยุดยานี้น้อย 7-10 วัน จึงจะสามารถทำผ่าตัดหรือหัตถการ
ได้เพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย

3. ให้ความรู้ สอน สาธิต ทบทวนท่าบริหารกล้ามเนื้อคอเพื่อเพิ่มความแข็งแรง
ของกล้ามเนื้อ โดยให้ผู้ป่วยนั่ง/ยืน หน้าตรง หันหน้าไปด้านซ้ายสุดเท่าที่จะทำได้และใช้มือซ้าย
ดันที่โหนกแก้มเพื่อออกแรงต้าน นับ 1 ถึง 10 จากนั้น หันหน้าไปด้านขวาสุดเท่าที่จะทำได้และใช้มือขวา
ดันที่โหนกแก้มเพื่อออกแรงต้านนับ 1-10 เน้นย้ำให้ผู้ป่วยออกกำลังกายสม่ำเสมอ ติดต่อกันหลังผ่าตัด
อย่างน้อย 3 เดือน (คู่มือที่ 36 หน้า 52)

4. แนะนำให้รับประทานอาหารครบ 5 หมู่ อาหารที่มีแคลเซียมสูง เช่น ปลาที่รับประทาน
ได้ทั้งกระดูก นม ผักใบเขียวเข้ม

5. อธิบายให้ผู้ป่วยทราบถึงความจำเป็นของการใส่อุปกรณ์ช่วยพยุงคอ (philadelphia/soft collar) หลังทำผ่าตัดซึ่งต้องใส่ไว้ตลอดเวลาขณะมีกิจกรรมต่างๆ เช่น ลูกนั่ง ยืน เดิน อย่างน้อยประมาณ 6 สัปดาห์ โดยเวลากลางวันให้ใส่เป็น philadelphia collar และในเวลากลางคืนสามารถเปลี่ยนเป็นใส่ soft collar ได้ตามแผนการรักษา

6. อธิบายวิธีการดูแลทำความสะอาดกายอุปกรณ์เสริมสำหรับคอ (soft collar, philadelphia collar) กรณีเป็น soft collar ให้นำไปแช่น้ำซักฟอกประมาณ 20-30 นาที แล้วซักด้วยมือเบาๆ ถ้าเป็น philadelphia ให้ดูด้วยมือเบาๆ ไม่ควรใช้แปรงขัด ล้างด้วยน้ำสะอาดและตากในที่ร่ม มีลมโกรก ห้ามซักด้วยเครื่องซักผ้าและห้ามรีด

7. แนะนำให้ผู้ป่วยเลือกหมอนที่ไม่แข็งและสูงมากเกินไป การหนุนหมอนอย่างถูกวิธีเพื่อลดอาการปวดคอ หมอนหนุนศีรษะที่ดีควรจะรองตั้งแต่ต้นคอจรดถึงศีรษะ ความสูงของหมอนประมาณ 4-6 นิ้ว ส่วนในท่านอนตะแคงหมอนควรสูงเท่าระดับไหล่ โดยหมอนควรจะนุ่มเพื่อที่ส่วนที่รองศีรษะยุบจนกระทั่งหมอนสามารถรองรับบริเวณคอ หากหมอนสูงเกินไป เมื่อนอนหงายหรืออนตะแคง กล้ามเนื้อคอจะถูกยืดมากเกินไป ทำให้ปวดกล้ามเนื้อคอได้ (คู่มือที่ 37-38 หน้า 53)

8. เน้นย้ำผู้ป่วยให้มาพบแพทย์ตามนัดในวันศุกร์ที่ 6 กุมภาพันธ์ 2558 ที่ห้องตรวจโรคออร์โธปิดิกส์ 104 ตึกสยามินทร์ชั้น 1 และแนะนำให้ผู้ป่วย film C-Spine AP, Lat. ที่บริเวณตรงข้ามห้องตรวจก่อนพบแพทย์

9. อธิบายให้ผู้ป่วยทราบว่าแพทย์ตัดไหมให้กับผู้ป่วยเรียบร้อยแล้วและปิดแผ่นกันน้ำให้ ผู้ป่วยสามารถอาบน้ำได้ อีกประมาณ 1-2 วันหลังตัดไหมสามารถแกะแผ่นกันน้ำทิ้งได้หรือจะรอจนแผ่นกันน้ำหลุดไปเองก็ได้ อธิบายให้ผู้ป่วยทราบถึงอาการผิดปกติที่ควรมาพบแพทย์ก่อนวันนัดเช่น บริเวณแผลผ่าตัดมีการอักเสบ บวม แดง ร้อน มีไข้สูง ปวดแผลมากขึ้น มีอาการชาที่แขนหรืออ่อนแรงร่วมด้วย หากพบอาการดังกล่าวควรรีบมาพบแพทย์ผู้ทำผ่าตัดทันที

10. ทบทวนความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวโดยการซักถามและให้ทดลองปฏิบัติ สังเกตท่าทางที่เหมาะสมเช่น การลุกจากเตียงให้ใช้ท่านอนตะแคงยันตัวลุกขึ้น ส่วนการลงนอนให้ใช้ข้อศอกยันพื้นก่อนนอนก่อนเอนตัวลงนอน เป็นต้น (คู่มือที่ 39 หน้า 54)

11. แนะนำข้อห้ามปฏิบัติหลังทำผ่าตัดดังนี้ คือ ห้ามก้มหรือเงยศีรษะมากเกินไป ห้ามเอี้ยวคอหรือหมุนคอเร็วเกินไป ห้ามออกแรงยกหรือแบกของหนัก หัวของ และอุ้มเด็ก เป็นต้น ไม่ควรอยู่ในอิริยาบถเดิวนานๆ ควรมีการเปลี่ยนท่าทุก 15-20 นาที หลีกเลี่ยงการนั่งหลังค่อม ควรเลือกโต๊ะทำงานที่มีระดับความสูงพอดี ข้อห้ามปฏิบัติดังกล่าวไม่ควรทำเนื่องจากจะมีผลทำให้ผู้ป่วยมีอาการปวดคอมากขึ้นและส่งเสริมให้เกิดภาวะเสื่อมของกระดูกคอเพิ่มขึ้น และอาจมีอาการของโรคกลับมาเป็นซ้ำได้อีกจากการมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม

การประเมินผล (วันที่ 27 มกราคม 2558)

ผู้ป่วยและญาติรับทราบและสามารถบอกวิธีการดูแลตนเองทั่วไป การสังเกตอาการผิดปกติ และการป้องกันการเกิดโรคซ้ำได้ถูกต้อง และสามารถปฏิบัติท่าทางการบริหารร่างกายได้อย่างถูกต้อง (ปัญหานี้ได้รับการแก้ไขหมดไป)

สรุปกรณีศึกษา

ผู้ป่วยชายไทย อายุ 71 ปี วินิจฉัยเป็น CSM C3-4 with DLP รับไว้รักษาในโรงพยาบาล เมื่อวันที่ 21 มกราคม 2558 ทำผ่าตัด ACDF C3-4 with IBG วันที่ 22 มกราคม 2558 ไม่มีภาวะแทรกซ้อนหลังทำผ่าตัด ขณะอยู่โรงพยาบาลได้รับยา Cefazolin 1 gm iv q 6 hr., Ultracet 1 tab \odot prn q 6 hr., Paracetamol (500) 1 tab \odot q 6 hr., Bco 1 tab \odot tid pc, Lopid (600) 1 tab \odot OD, Simvastatin (20) 1 tab \odot hs. Fluimucil (200) 1x3 \odot pc และเริ่ม ASA (81) 1 tab \odot OD เมื่อวันที่ 25 มกราคม 2558 การรักษาต่อที่บ้านได้รับยา Keflex (500) 1 tab \odot qid ac hs. จำนวน 30 เม็ด Ultracet 1 tab \odot prn q 6 hr. จำนวน 30 เม็ด Bco 1 tab \odot tid pc จำนวน 90 เม็ด Lopid (600) 1 tab \odot OD จำนวน 30 เม็ด Simvastatin (20) 1 tab \odot hs. จำนวน 30 เม็ด และ ASA (81) 1 tab \odot OD จำนวน 30 เม็ด นัดพบแพทย์ 6 กุมภาพันธ์ 2558 ได้รับการสอนท่ากายบริหารกล้ามเนื้อต้นคอ แขน และขา จากนักกายภาพบำบัดแล้ว และได้รับการ์ดคำแนะนำการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้านพร้อมทั้งได้รับการทบทวนเรื่องข้อควรปฏิบัติ ข้อห้าม/สิ่งที่ควรหลีกเลี่ยง ข้อควรระวังและสิ่งที่ต้องสังเกตรวมทั้งอาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์ก่อนวันนัดจากพยาบาลแล้ว ก่อนกลับบ้านผู้ป่วยได้รับการตัดไหมเรียบร้อยแล้ว แผลผ่าตัดแห้งดีปิดแผ่นกันน้ำไว้ให้ ยังคงมีอาการปวดแผลผ่าตัดบ้างเล็กน้อย คะแนนระดับความปวด 1-2 ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตนเองและทำกิจวัตรต่างๆ ประจำวันได้ เช่น การรับประทานอาหาร แปรงฟัน เดินไปถ่ายอุจจาระ ปัสสาวะในห้องน้ำได้เอง และสามารถทำท่ากายบริหารต่างๆ ตามที่นักกายภาพบำบัดสอนได้ รวมทั้งสามารถบอกวิธีการดูแลตนเองทั่วไป อาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์ก่อนวันนัดและการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการเกิดโรคซ้ำได้อย่างถูกต้อง

ข้อเสนอแนะ

การวินิจฉัยโรคในระยะเริ่มแรกและให้การรักษาทันทีถือเป็นสิ่งสำคัญในผู้ป่วยโรคกระดูกคอเสื่อม ซึ่งพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจพบอาการกดทับประสาทไขสันหลังที่เริ่มมีอาการภายใน 6-12 เดือนแรก หรือเริ่มมีการเสียการทำงานของระบบประสาทไขสันหลังมากขึ้นและได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดมักได้ผลดีกว่าผู้ป่วยสูงอายุที่มีการเสียการทำงานของระบบประสาทไขสันหลัง

มานาน รวมถึงผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัวมานาน มีภาวะซึมเศร้า มีการเสียการทำงานของระบบการขับถ่ายร่วมด้วย นอกจากนี้การดูแลและเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยทั้งในระยะก่อนและหลังทำผ่าตัดถือเป็นสิ่งสำคัญที่พยาบาลควรตระหนักในการดูแล ให้ความรู้ และแนะนำพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วย เพื่อให้การรักษาประสบความสำเร็จยิ่งขึ้น

จากกรณีศึกษาทำให้ทราบว่าผู้ป่วยโรคกระดูกคอเสื่อมที่มาเข้ารับการผ่าตัดในระยะก่อนผ่าตัดพบปัญหาเรื่องความวิตกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัดเป็นส่วนใหญ่ ซึ่งพยาบาลสามารถช่วยได้ โดยการให้ความรู้ ให้ข้อมูลและตอบข้อซักถามรวมทั้งสร้างความมั่นใจให้กับผู้ป่วยโดยให้ผู้ป่วยพูดคุยแบ่งปันประสบการณ์กับผู้ป่วยที่เป็นโรคเดียวกันซึ่งประสบความสำเร็จในการรักษาพบว่ามีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยคลายกังวลลงและให้ความร่วมมือปฏิบัติตามคำแนะนำเป็นอย่างดีเนื่องจากเห็นประโยชน์ที่ตนเองจะได้รับ ส่วนปัญหาที่พบในระยะหลังผ่าตัดที่สำคัญและอาจเป็นอันตรายถึงชีวิตคือภาวะทางเดินหายใจอุดกั้น ซึ่งพยาบาลควรมีความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วย มีการประเมินและเฝ้าระวังสัญญาณชีพอย่างใกล้ชิดใน 72 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัดและควรมีการเตรียมอุปกรณ์ช่วยชีวิตให้สะดวกพร้อมใช้จัดเก็บไว้ภายในห้องของผู้ป่วยในกรณีฉุกเฉินสามารถหยิบใช้ได้ทันที สำหรับผู้ป่วยที่มีเสมหะค่อนข้างมากและไม่สามารถไอเอาเสมหะออกได้ พยาบาลจะต้องตระหนักและให้ความสำคัญในการดูดเสมหะเพื่อทำให้ทางเดินหายใจโล่ง นอกจากนี้การกระตุ้นให้ผู้ป่วยหายใจอย่างมีประสิทธิภาพ (deep breathing exercise) และการไอเอาเสมหะออกอย่างมีประสิทธิภาพ (cough effective) ก็เป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนนี้ได้ ส่วนปัญหาที่พบว่าเป็นภาวะไม่สุขสบายอย่างยิ่งของผู้ป่วยหลังทำผ่าตัดคือการใส่อุปกรณ์ช่วยพยุงคอ เช่น philadelphia collar ซึ่งพยาบาลต้องแนะนำให้ผู้ป่วยทราบถึงความจำเป็นของการใส่อุปกรณ์ช่วยพยุงคอและเลือกอุปกรณ์ช่วยพยุงคอ (philadelphia collar) ที่มีขนาดเหมาะสมและใกล้เคียงกับขนาดคอของผู้ป่วยให้มากที่สุด หากพบว่ามีขนาดไม่เหมาะสมควรรายงานแพทย์ผู้ดูแลเพื่อพิจารณาตัดแต่งขอบของอุปกรณ์ช่วยพยุงคอ (philadelphia collar) เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถใส่ได้พอดี เกิดความสบายช่วยลดการเกิดแผลกดทับบริเวณศีรษะ หู คอ และคางของผู้ป่วย อีกทั้งควรดูแลความสะอาดของอุปกรณ์ช่วยพยุงคอ (philadelphia collar) ไม่ให้อับชื้น เกิดกลิ่นไม่พึงประสงค์ นอกจากนี้พยาบาลควรให้ความรู้ในเรื่องเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดและทำทางที่เหมาะสมรวมทั้งการบริหารกล้ามเนื้อคออย่างสม่ำเสมอเพื่อเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ ช่วยชะลอความเสื่อมและเป็นการป้องกันการ กลั้มเป็นซ้ำ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถกลับไปใช้ชีวิตประจำวันได้อย่างมีประสิทธิภาพและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นภายหลังจากกลับบ้าน

บทที่ 5

ปัญหาอุปสรรคและแนวทางในการแก้ไขปัญหา

จากประสบการณ์ในการทำงานและการติดตามผู้ป่วยในระยะก่อนและหลังผ่าตัด พบปัญหาอุปสรรคต่างๆ ซึ่งมีแนวทางในการแก้ไขปัญหาดังนี้

ตารางที่ 5 ปัญหาและอุปสรรคต่างๆ ในการดูแลผู้ป่วยโรคกระดูกคอเสื่อม(cervical spondylosis) ที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับคอทางด้านหน้าและแนวทางในการแก้ไขปัญหา



ปัญหาและอุปสรรค	แนวทางการแก้ไข
<ul style="list-style-type: none"> • ความวิตกกังวลของผู้ป่วยและญาติ 	<ul style="list-style-type: none"> • การสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยและญาติ รวมทั้งมีการประเมินความรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด สอบถามถึงความต้องการของผู้ป่วยก่อนให้ความรู้ และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้พูดระบายความรู้สึกต่างๆ เกี่ยวกับความวิตกกังวล ความกลัว และซักถามข้อสงสัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องทั้งในระยะก่อนผ่าตัดและระยะหลังผ่าตัด โดยเป็นผู้ฟังที่ดีนั้น ช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ นอกจากนี้ยังพบว่า การให้ความรู้ คำแนะนำ สอนและสาธิตเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อน/หลังผ่าตัดในเรื่องต่างๆ ได้แก่ การดูแลทำความสะอาดร่างกาย การฝึกให้ผู้ป่วยหายใจอย่างมีประสิทธิภาพ(deep breathing exercise) วิธีการไอ เอาเสมหะออกอย่างมีประสิทธิภาพ(cough effective) การประเมินระดับความปวด วิธีการพลิกตะแคงตัวการลุกจากเตียง/การลงนอนเพื่อช่วยลดอาการปวดคอหลังทำผ่าตัด วิธีการใส่อุปกรณ์ช่วยพยุงคอ รวมทั้งการแนะนำประเภท/ชนิดของอาหารที่ควรเลือกรับประทานหลังทำผ่าตัด โดยให้ญาติที่ดูแลผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการรับทราบข้อมูลต่างๆ ด้วย และมีการแนะนำผู้ป่วยให้รู้จักและพูดคุยกับผู้ป่วยที่เคยได้รับการผ่าตัดแบบเดียวกัน ซึ่งประสบผลดีในการรักษามาแล้วจะช่วยให้ผู้ป่วยมั่นใจในการรักษาพยาบาลมากยิ่งขึ้นและมีความวิตกกังวล ความกลัวลดลง มีความพึงพอใจและมีความพร้อมในการทำผ่าตัดมากขึ้น

ปัญหาและอุปสรรค	แนวทางการแก้ไข
<p>• เสี่ยงเกิดการหายใจไม่มีประสิทธิภาพและเกิดภาวะทางเดินหายใจอุดกั้น</p>	<ul style="list-style-type: none"> • การฝึกให้ผู้ป่วยหายใจและไออย่างมีประสิทธิภาพ (deep breathing exercise and cough effective) ตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัดจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถทำได้ อย่างถูกต้องในระยะหลังผ่าตัด พยาบาลควรกระตุ้นผู้ป่วยให้ดูดบอลจาก incentive spirometer ทุกๆ 1 ชั่วโมง (ชั่วโมงละ 5-10 ครั้ง) หรืออย่างน้อย วันละ 4 ครั้ง เวลาเช้า กลางวัน เย็น และก่อนนอน โดยให้ญาติ/ผู้ดูแลช่วยกระตุ้นผู้ป่วย และให้กำลังใจกับผู้ป่วย ในการทำกิจกรรมดังกล่าว • การดูแลทางเดินหายใจให้โล่งเป็นสิ่งสำคัญ หากผู้ป่วยมีเสมหะแนะนำให้พยายามไอเอาเสมหะออกเองให้ได้ ในรายที่ไม่สามารถไอเอาเสมหะออกได้เอง จะต้องช่วยดูดเสมหะและดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง (suction clear airway) หากมีเสมหะเหนียวข้นควรพ่นละอองไอน้ำ (heat nebulizer) ทุก 6-8 ชั่วโมง เพื่อช่วยให้เสมหะอ่อนตัวลงง่ายต่อการดูด ในการปฏิบัติงานจริงพบว่ากรณี que ผู้ป่วยรู้สึกตัวดีและมีเสมหะไม่สามารถไอออกได้เองมักไม่ให้ความร่วมมือในการดูดเสมหะ พยาบาลจะต้องอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงวิธีการดูดเสมหะเพื่อช่วยลดความกลัวของผู้ป่วย รวมถึงบอกความสำคัญของการดูดเสมหะและโทษของการไม่สามารถเอาเสมหะออกอาจทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด เช่น ปอดอักเสบ ทำให้ต้องนอนโรงพยาบาลนานขึ้นและสิ่งกระตุ้นและอาจเป็นอันตรายถึงชีวิตคือภาวะทางเดินหายใจอุดกั้น เพื่อให้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญและให้ความร่วมมือในการดูดเสมหะ นอกจากนี้พยาบาลต้องมีเทคนิคในการดูดเสมหะ⁴¹ และให้การพยาบาลด้วยความนุ่มนวล ในการดูดเสมหะที่อยู่ลึกควรใส่ท่อหายใจทางปาก (oropharyngeal tube หรือ oral airway) ก่อนดูดและเลือกสายที่มีขนาดเหมาะสม การใช้สายดูดเสมหะขนาดใหญ่จะทำให้มีช่องว่างไม่เพียงพอสำหรับอากาศจากภายนอกเข้าไปแทนที่อากาศที่ดูดออกมาทำให้ปอดแฟบ (lung collapse) ได้ สายดูดเสมหะที่เหมาะสมในผู้ใหญ่ใช้ขนาด 12-14 french นอกจากนี้ควรปรับระดับแรงดันที่เหมาะสมเพื่อป้องกันเลือดออกและลดการระคายเคืองต่อเยื่อและเนื้อเยื่อต่างๆ เครื่องดูดเสมหะชนิดติดผนัง (suction wall) ในผู้ใหญ่ควรใช้แรงดัน 80-120 มม.ปรอท การดูดเสมหะแต่ละครั้ง ผู้ใหญ่ใช้เวลาไม่เกิน 10 วินาที เพื่อป้องกันกล่องเสียงหดเกร็ง (laryngospasm) ภาวะขาดออกซิเจนและการกระตุ้น vagus nerve ทำให้หัวใจเต้นผิดจังหวะ ก่อนใส่สายดูดเสมหะให้ผู้ป่วยหายใจ เข้า-ออก 2-3 ครั้ง

ปัญหาและอุปสรรค	แนวทางการแก้ไข
<p>• เสี่ยงเกิดการหายใจไม่มีประสิทธิภาพและเกิดภาวะทางเดินหายใจอุดกั้น</p>	<p>ใส่สายดูดเสมหะลงจนถึงระดับ carina จากนั้นให้ดึงสายขึ้นมา 1 cm. แล้วจึงดูดเสมหะ แต่ละรอบไม่ควรดูดเสมหะซ้ำเกิน 3 ครั้ง หากยังมีเสมหะอยู่ให้หยุดพักนาน 20 – 30 วินาที ระหว่างการดูดเสมหะแต่ละครั้ง เพื่อป้องกันภาวะพร่องออกซิเจน การดูดเสมหะติดต่อกันนาน 15-30 วินาที อาจทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ ในการดูดเสมหะควรจัดท่าผู้ป่วยให้นอนท่าศีรษะสูง 30 องศา (semi – fowler 's position) เพื่อป้องกันการสำลัก ในรายที่ไม่มีข้อห้ามการเคาะปอดก่อนดูดเสมหะจะช่วยให้การดูดเสมหะมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น ซึ่งการดูดเสมหะที่มีประสิทธิภาพสามารถประเมินได้จาก</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ปริมาณเสมหะลดลง 2. อัตราการหายใจ 14- 20 ครั้ง/ นาที และอัตราชีพจร 60- 80 ครั้ง/ นาที 3. ไม่มีอาการหายใจลำบาก 4. ไม่มีเสียงเสมหะภายในหลอดลมของผู้ป่วย 5. ผิวหนัง เล็บมือ หรือเล็บเท้า มีสีเขียวคล้ำจากการพร่องออกซิเจน <p>• การดูแลจัดท่านอนให้ผู้ป่วยนอนศีรษะให้สูง (โดยไม่ขัดกับแผนการรักษา) ก็เป็นอีกวิธีหนึ่งที่ช่วยให้ผู้ป่วยหายใจได้สะดวกขึ้น มีทางเดินหายใจโล่ง</p> <p>• พยาบาลต้องมีการบันทึกสัญญาณชีพและค่า oxygen saturation หลังผ่าตัดอย่างใกล้ชิดทุก 1 ชั่วโมงจนครบ 4 ชั่วโมงทุก 2 ชั่วโมงจนครบ 4 ชั่วโมง และทุก 4 ชั่วโมงจนครบ 72 ชั่วโมงและประเมินอาการแสดงของภาวะเสมหะอุดกั้นทางเดินหายใจ ซึ่งอาจพบอาการแสดงที่ต้องเฝ้าระวังดังต่อไปนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> - ผู้ป่วยมีอาการเหนื่อย หายใจลำบาก - หายใจเสียงดัง หรือการได้ยินเสียงเสมหะภายในหลอดลมของผู้ป่วย - อัตราชีพจรและการหายใจเพิ่มขึ้น - การฟังปอดได้เสียงผิดปกติ (adventitious sound) เช่น crepitation, rhonchi เป็นต้น - ผิวหนัง เล็บมือ หรือเล็บเท้า มีสีเขียวคล้ำจากการพร่องออกซิเจน (cyanosis) <p>• พยาบาลควรมีความรู้และทักษะในการช่วยแพทย์ทำ cricothyroidotomy ซึ่งเป็นหัตถการที่จำเป็นในภาวะฉุกเฉินเมื่อพบผู้ป่วยทางเดินหายใจส่วนบนอุดกั้นเฉียบพลัน (ดูภาคผนวก ก)</p>

ปัญหาและอุปสรรค	แนวทางการแก้ไข
<ul style="list-style-type: none"> • เสี่ยงเกิดการหายใจไม่มีประสิทธิภาพและเกิดภาวะทางเดินหายใจอุดกั้น 	<ul style="list-style-type: none"> • มีการเตรียมอุปกรณ์ช่วยชีวิตให้สะดวกพร้อมใช้จัดเก็บไว้ภายในห้องของผู้ป่วยในกรณีฉุกเฉินสามารถหยิบใช้ได้ทันที (ดูภาคผนวก ก)
<ul style="list-style-type: none"> • ปวดแผลผ่าตัด 	<ul style="list-style-type: none"> • สิ่งที่สำคัญที่สุดคือการให้ความรู้กับผู้ป่วยในการประเมินอาการปวดและให้ผู้ป่วยตระหนักถึงความสำคัญของการได้รับยาระงับปวดหลังผ่าตัดและสามารถขอยาบรรเทาปวดได้เมื่อเริ่มมีอาการไม่สบายและปวดแผลเพียงเล็กน้อย (คะแนนระดับความปวด > 3) โดยไม่มีทัศนคติที่ว่า “อาการปวดเป็นเรื่องธรรมดาหลังผ่าตัดที่ทุกคนต้องพบเจอและต้องอดทน” ซึ่งการได้รับยาระงับปวดตั้งแต่อาการปวดยังน้อยๆ จะช่วยให้ผู้ป่วยไม่ต้องทนทุกข์ ทรมานจากการปวดแผลผ่าตัดเป็นเวลานาน • การบรรเทาอาการปวดสามารถทำได้โดยให้การพยาบาลด้วยความนุ่มนวลเบามือเพื่อลดแรงกระทบกระเทือนบริเวณแผลผ่าตัด และดูแลให้ผู้ป่วยสวมอุปกรณ์ช่วยพยุงคอ เช่น philadelphia collar หรือ soft collar ไว้ตลอดเป็นการจำกัดการเคลื่อนไหวคอของผู้ป่วยหลังผ่าตัดซึ่งสามารถช่วยลดอาการปวดจากการขยับคอผิดท่าได้ นอกจากนี้การดูแลช่วยจัดท่านอนให้ผู้ป่วยอยู่ในท่าที่สบายใน 24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด โดยให้ผู้ป่วยนอนหงายไม่หนุนหมอน และใช้ผ้าเช็ดตัวพับและม้วนให้เข้ากับส่วนโค้งใต้คอรองศีรษะแทนหมอนให้ถึงบ่าจะช่วยให้ออกไม่ก้มหรือเยกคอมากเกินไป ช่วยลดการกดทับเส้นประสาท และบรรเทาอาการปวดเมื่อยต้นคอได้ และสามารถปรับเตียงให้ศีรษะสูง 30 องศา ตามคำสั่งการรักษาของแพทย์ <div data-bbox="756 1585 1235 1888" style="text-align: center;"> </div> <p style="text-align: center;">รูปที่ 40 การใช้ผ้าเช็ดตัวพับและม้วนหนุนแทนหมอนในท่านอนหงาย</p>

ปัญหาและอุปสรรค	แนวทางการแก้ไข
<p>• ปวดแผลผ่าตัด</p>	<p>• การนอนหนุนหมอนที่เหมาะสมในท่านอนหงายนั้นควรให้ศีรษะอยู่ในแนวเดียวกับระดับลำตัว ส่วนท่านอนตะแคงศีรษะต้องอยู่ในแนวเดียวกับกระดูกสันหลัง ซึ่งพบว่าบางครั้งขนาดหมอนที่สูงหรือเตี้ยเกินไปอาจเป็นสาเหตุให้เกิดการเมื่อยล้าและปวดแผลผ่าตัดเพิ่มขึ้นได้ ดังนั้นควรเลือกความสูงของหมอนที่เหมาะสมประมาณ 4-6 นิ้ว เพื่อให้เวลานอนคอจะได้ไม่ก้ม หรือเงยมากเกินไปขณะนอน</p> <div data-bbox="751 741 1241 1066" data-label="Image"> </div> <p>รูปที่ 41 ความสูงของหมอนที่เหมาะสมในท่านอนตะแคงและนอนหงาย</p> <p>• นอกจากนี้การจัดท่านอนหงายโดยใช้หมอนหนุนใต้โคนขา จะทำให้ลดการแอ่นตัวของหลังทำให้กล้ามเนื้อหลังไม่ตึงและในท่านอนตะแคงให้ใช้หมอนข้างวางระหว่างขา ช่วยให้ผู้ป่วยอยู่ในท่าที่สุขสบายขึ้นลดอาการปวดได้</p> <div data-bbox="699 1391 1294 1585" data-label="Image"> </div> <p>รูปที่ 42 การจัดท่านอนหงายโดยใช้หมอนหนุนใต้โคนขา</p> <div data-bbox="687 1733 1305 1928" data-label="Image"> </div> <p>รูปที่ 43 การจัดท่านอนตะแคงโดยใช้หมอนข้างวางระหว่างขา</p>

ปัญหาและอุปสรรค	แนวทางการแก้ไข
<ul style="list-style-type: none"> • ปวดแผลผ่าตัด 	<ul style="list-style-type: none"> • การชวนพูดคุยให้กำลังใจ และหากิจกรรมที่ผู้ป่วยชอบเพื่อเบี่ยงเบนความสนใจ เช่น เปิดเพลง/เทปธรรมะ พาบุตรหลานมาเยี่ยม ให้ผู้ป่วยรู้สึกสบายใจและผ่อนคลาย สามารถช่วยให้ผู้ป่วยบรรเทาอาการปวดได้
<ul style="list-style-type: none"> • พยาบาลและผู้ป่วยพลิกตะแคงตัวไม่ถูกต้อง 	<ul style="list-style-type: none"> • การพลิกตะแคงตัวที่ถูกต้องเป็นเทคนิคหนึ่งในการดูแลผู้ป่วยที่ทำผ่าตัดกระดูกสันหลังส่วนคอเพื่อช่วยบรรเทาอาการปวดหลังผ่าตัด ซึ่งพยาบาลผู้ดูแลจะต้องเรียนรู้และสามารถสอนผู้ป่วยให้พลิกตะแคงตัวอย่างถูกวิธีได้ เทคนิคในการพลิกตะแคงที่ใช้คือการพลิกตะแคงตัวแบบท่อนซุง (log rolling) ในการพลิกตะแคงควรใช้คนอย่างน้อย 2 คนช่วยกันโดยใช้มือข้างหนึ่งจับที่ไหล่ มืออีกข้างจับที่สะโพกของผู้ป่วย ให้ไหล่ ลำตัว และสะโพกพลิกไปพร้อม ๆ กันและให้ผู้ป่วยกอดหมอนข้างกอดไว้ระหว่างขา เพื่อให้กล้ามเนื้อหลังและสะโพกอยู่ในแนวตรง ในคนไข้ที่ทำผ่าตัดคอให้พยาบาลกางนิ้วแล้วประคองหมอนที่คนไข้หนุนด้วยเพื่อป้องกันคอไม่ให้บิด โดยคนไข้จะต้องใส่ soft collar หรือ philadelphia collar พยุงคอไว้ตลอดเพื่อป้องกันไม่ให้คนไข้เอี้ยวคอหรือหมุนคอได้ เวลาพลิกตะแคงตัวพยาบาลให้จังหวะและพลิกตัวไปพร้อม ๆ กับคนไข้ <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;">   </div> <p style="text-align: center;">รูปที่ 14 การพลิกตัวแบบ log rolling (จากหน้า 22)</p>
<ul style="list-style-type: none"> • ภาวะกลืนลำบาก 	<ul style="list-style-type: none"> • การพยาบาลเพื่อการกลืนอย่างปลอดภัย⁴² ในรายที่มีปัญหาการกลืนลำบาก (dysphagia) หลังทำผ่าตัดควรให้การพยาบาลผู้ป่วยที่จะรับประทานอาหารดังนี้ <ol style="list-style-type: none"> 1. อธิบายวิธีการกลืนอาหารและแนะนำให้ผู้ผู้ป่วยปฏิบัติตามท่าฝึกกลืนด้วยวิธีโมดิไฟด์ ซุพรากลอตติก โดยให้ผู้ผู้ป่วยฝึกท่าทางการกลืน ก่อนการกลืนอาหารจริง ผู้ป่วยต้องฝึกกลืนดังนี้ <ol style="list-style-type: none"> 1.1 หายใจเข้าลึกๆ แล้วกลืนหายใจ 1.2 กลืนแรงๆ ขณะที่กำลังกลืนหายใจ แล้วค่อยๆ ยกคางขึ้น 1.3 จากนั้นให้อาหารกลืนทุกครั้งอย่างเคร่งครัด เพื่อป้องกันการไอและสำลัก

ปัญหาและอุปสรรค	แนวทางการแก้ไข
<p>•ภาวะกลืนลำบาก</p>	<p>ขณะกลืนอาหาร</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. ดูแลทำความสะอาดปากฟันก่อนรับประทานอาหารทุกมื้อ เพื่อกระตุ้นความอยากอาหารและลดความเสี่ยงในการติดเชื้อแบคทีเรียในช่องปาก 3. จัดทำให้ผู้ป่วยนั่งตัวตรง 90 องศา (หรือศีรษะสูงได้ตามแผนการรักษา) 4. การจัดอาหารตามแพทย์สั่ง ประเภทน้ำหวานให้รับประทานครั้งละ 1 ช้อนชา หรือ 5 มิลลิลิตร จากกระบอกฉีดยา โดยจัดปริมาณให้เพียงพอตามความต้องการของผู้ป่วย 5. ขณะทีกลืนอาหารแนะนำให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารคำเล็กๆ กลืนช้าๆ และปฏิบัติตามท่าฝึกกลืนเหมือนข้อ 1 อย่างเคร่งครัดเพื่อป้องกันการไอและสำลักขณะกลืนอาหาร 6. หลังจากทีกลืนคำแรก ให้ไอเอาน้ำหรืออาหารที่ค้างอยู่ในปากออกให้หมดทุกครั้งและกลืนช้าๆ หลายๆ รอบ เพื่อให้มั่นใจว่าผู้ป่วยกลืนโดยไม่มีสำลักและให้ผู้ป่วยออกเสียง ถ้าเสียงโล่ง แสดงว่าไม่มีสำลักหรืออาหารค้าง จากนั้นให้กลืนคำต่อไปจนกระทั่งผู้ป่วยรู้สึกเพียงพอกับความ ต้องการ 7. ขณะกลืนน้ำหรืออาหารถ้าผู้ป่วยไอหรือสำลักให้หยุดพักการฝึกและเริ่มฝึกอีกครั้งในมื้ออาหารมื้อต่อไป ถ้ายังมีอาการไอหรือสำลักอีกให้หยุดการฝึกทันที และรายงานแพทย์ทราบ เพื่อพิจารณาให้การรักษาอื่นที่เหมาะสม 8. ในการฝึกกลืนน้ำและรับประทานแต่ละมื้อ ควรจัดสิ่งแวดล้อมให้สงบ เพื่อลดการรบกวนจากภายนอกและให้เวลากับผู้ป่วย ไม่เร่งรัด ไม่ชวนคุยในขณะกลืนเพื่อให้ผู้ป่วยมีความตั้งใจและสมาธิขณะกลืน 9. การดูแลทำความสะอาดปากฟันหลังการรับประทานอาหารทุกมื้อ
<p>• พยาบาลและผู้ป่วยใส่อุปกรณ์ช่วยพยุงคอ (philadelphia/soft collar) ไม่ถูกต้อง</p>	<p>• การเลือกใช้อุปกรณ์ช่วยพยุงคอที่มีขนาดถูกต้องและเหมาะสมกับผู้ป่วยนั้นมีความจำเป็นมาก ดังนั้นเพื่อให้การใส่อุปกรณ์ช่วยพยุงคอ (philadelphia/soft collar) เกิดประสิทธิภาพสูงสุด พยาบาลต้องทราบถึงวิธีการวัดขนาดซึ่งมีวิธีดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. จัดทำผู้ป่วยให้อยู่ในท่านั่งตัวตรงไม่ก้มหรือเอนคอ 2. ใช้นิ้ววางทาบไปด้านข้างของคอบริเวณ วัดความสูงจากบ่าจนถึงปลายคางของผู้ป่วย ส่วนในท่านอนวัดจากปุ่มขากรรไกรล่างถึงบ่า (ความยาวช่วงคอ) 3. แล้วนำระยะที่วัดได้ (จำนวนนิ้ว) เทียบกับขนาดของเฟือกคอ โดยใช้

ปัญหาและอุปสรรค	แนวทางการแก้ไข
<p>• พยาบาลและผู้ป่วยใส่อุปกรณ์ช่วยพยุงคอ (philadelphia/soft collar) ไม่ถูกต้อง</p>	<p>จำนวนนิ้วมือที่วัดได้จากผู้ป่วยทาบไป ด้านข้างของ collar</p> <p>4. เลือกขนาดที่ใกล้เคียงที่สุด หากวัดขนาดแล้วความสูงที่ได้คาบเกี่ยวอยู่ระหว่างสองขนาด ให้เลือกขนาดที่เล็กกว่าก่อน</p> <div data-bbox="836 568 1171 943" data-label="Image"> </div> <p style="text-align: center;">รูปที่ 44 การวัดขนาดอุปกรณ์ช่วยพยุงคอ</p> <p>• จากประสบการณ์ในการทำงานพบว่ายังมีบุคลากรอีกหลายคนไม่ทราบวิธีการใส่ philadelphia collar ที่ถูกต้อง บางคนใส่กลับด้าน (เอาด้านหน้ามาไว้ด้านหลัง สลับด้านบน-ล่าง) หรือเอาส่วนหลังครอบส่วนหน้าก่อนติดเวลโคร ซึ่งการใส่ philadelphia collar ที่ไม่ถูกต้องนั้นนอกจากทำให้ไม่สามารถจำกัดการเคลื่อนไหวได้อย่างเต็มที่แล้วเพราะไม่พอดี ยังส่งผลให้ผู้ป่วยอึดอัดรำคาญ และในบางรายอาจทำให้เกิดแผลกดทับ/ปวดแผลมากขึ้นด้วย</p> <p>วิธีการใส่อุปกรณ์ช่วยพยุงคอ (philadelphia collar) ที่ถูกต้องปฏิบัติดังนี้²³</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. philadelphia collar ประกอบด้วยสองส่วนคือส่วนหน้าและส่วนหลัง โดยมีคำว่า“front” ที่ส่วนหน้าและคำว่า“back” ที่ส่วนหลังกำกับไว้ 2. เลือกขนาดของ philadelphia collar (small, medium, large) ให้เหมาะสมกับขนาดของผู้ป่วย 3. ก่อนใส่ปลดคอผู้ป่วยใส่ควรมีผู้ช่วยเพื่อให้ผู้ช่วยประคองด้านข้างของศีรษะของผู้ป่วยไว้เพื่อป้องกันการเคลื่อนไหวระหว่างการใส่ philadelphia collar 4. ผู้ช่วยอีกคนหนึ่งสอด philadelphia collar ส่วนหลังไปได้คอของผู้ป่วย โดยมีผู้ช่วยอีกคนคอยรับและดึง collar

ปัญหาและอุปสรรค	แนวทางการแก้ไข
<ul style="list-style-type: none"> • พยาบาลและผู้ป่วยใส่อุปกรณ์ช่วยพยุงคอ (philadelphia/soft collar) ไม่ถูกต้อง 	<p>5. จัดให้ philadelphia collar ส่วนหลัง (Back) อยู่ตรงกลางพอดีกับด้านหลังของส่วนคอของผู้ป่วย</p> <p>6. ใส่ philadelphia collar ส่วนหน้า (Front) ให้คร่อมส่วนหลังเพื่อให้ส่วน Velcro มีพื้นที่ในการติดมากที่สุดเพื่อให้ philadelphia collar มีความกระชับมากที่สุด การใส่ philadelphia collar ที่ถูกต้องให้ส่วนหน้าของ collar ที่มีคำว่า“front” คร่อมส่วนหลังที่คำว่า“back” (ดูรูป ที่19-25 หน้า 24-27)</p>
<ul style="list-style-type: none"> • ไม่สบายเนื่องจากใส่อุปกรณ์ช่วยพยุงคอ (philadelphia/soft collar) 	<p>การใส่อุปกรณ์ช่วยพยุงคอ (philadelphia/soft collar) นั้นพบว่ามีผลข้างเคียงจากการใส่หลายอย่างเช่น การหายใจลำบาก การกดทับผิวหนังขาดเลือด ปวด และรู้สึกอึดอัด ไม่สบาย ดังนั้นการใช้อุปกรณ์ช่วยพยุงคอกับผู้ป่วยจึงต้องระมัดระวังในการใช้และป้องกันไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนหรืออาการไม่พึงประสงค์ที่อาจจะเกิดขึ้น จากประสบการณ์ในการทำงานพบว่าปัญหาต่างๆ ที่เกิดจากความไม่สบายเนื่องจากใส่อุปกรณ์ช่วยพยุงคอ(philadelphia/soft collar) สามารถแก้ไขได้ดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> • การให้ผู้ป่วยใส่ philadelphia collar ตลอดเวลาที่ลุกนั่ง ยืน เดิน ในเวลากลางวันและเปลี่ยนเป็นใส่ soft collar ช่วงเวลาที่นอนจะช่วยลดภาวะเสี่ยงต่อการเกิดรอยแดงซ้ำและแผลกดทับบริเวณใบหูของผู้ป่วยได้ ทำให้ผู้ป่วยสบายมากขึ้น • ในกรณีพบว่า philadelphia collar ที่มีขนาดไม่พอดีกับผู้ป่วยเนื่องจากอุปกรณ์ที่นำเข้ามาเป็นการวัดขนาด (size) คอของชาวต่างชาติซึ่งบางครั้งอาจไม่พอดีกับคอของคนไทยเมื่อใส่แล้วอาจทำให้เกิดกดทับของผู้ป่วยเกิดความไม่สบายและเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับมากขึ้น พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการแจ้งแพทย์เพื่อพิจารณาตัดขอบของ Philadelphia collar ส่วนที่ไม่พอดีออกให้เหมาะสมกับคอของผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถใส่ philadelphia collar ได้สบายเพิ่มมากขึ้น ในรายที่ตัดขอบ philadelphia collar แล้วยังพบว่ามีอาการกดทับบริเวณใบหูอยู่อาจช่วยผู้ป่วยโดยหาวัสดุที่มีความนุ่มเช่นสำลี (webri) มารองบริเวณที่กดหรือใช้ conform ฟันบางๆ บริเวณขอบ philadelphia collar ที่กดทับหูผู้ป่วยร่วมกับการดูแลผิวหนังบริเวณดังกล่าวอาจปิดแผ่น hydrocellular dressing เพื่อปกป้องผิวหนังและ

ปัญหาและอุปสรรค	แนวทางการแก้ไข
<ul style="list-style-type: none"> ไม่สุขสบายเนื่องจากการใส่อุปกรณ์ช่วยพยุงคอ (philadelphia/soft collar) 	<p>พลิกตะแคงเปลี่ยนท่าให้ผู้ป่วยทุก 2 ชั่วโมงเพื่อช่วยลดการเกิดแผลกดทับ</p> <ul style="list-style-type: none"> นอกจากนี้การดูแลทำความสะอาดผิวหนังบริเวณที่ใส่อุปกรณ์ช่วยพยุงคอให้แห้งสะอาด รวมถึงการดูแลทำความสะอาดอุปกรณ์ช่วยพยุงคอไม่ให้เกิดกลิ่นและความอับชื้นเป็นสิ่งที่จำเป็นและช่วยให้ผู้ป่วยมีความสุขสบายมากยิ่งขึ้น การดูแลทำความสะอาดกายอุปกรณ์เสริมสำหรับคอ (soft collar, philadelphia collar) กรณีเป็น soft collar ให้นำไปแช่น้ำผงซักฟอกประมาณ 20 - 30 นาที แล้วซักด้วยมือเบาๆ ถ้าเป็น philadelphia ให้ลูด้วยมือเบาๆ ไม่ควรใช้แปรงขัด ล้างด้วยน้ำสะอาดและตากในที่ร่ม มีลมโกรก ห้ามซักด้วยเครื่องซักผ้าและห้ามรีด
<ul style="list-style-type: none"> ท้องผูก 	<ul style="list-style-type: none"> การดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารอ่อน ย่อยง่าย ดื่มน้ำอย่างน้อย 2,000-3,000 มิลลิลิตร/วัน และให้ยาระบายตามแผนการรักษา รวมถึงจัดสถานที่ให้มิดชิด กั้นม่านให้เรียบร้อยเป็นส่วนตัว และทำความสะอาดหมอนอนให้สะอาดน่าใช้ ในบางรายไม่สามารถช่วยให้ผู้ป่วยขับถ่ายบนเตียงได้เนื่องจากผู้ป่วยไม่คุ้นชินกับการนอนถ่ายอุจจาระบนเตียง จากปัญหาดังกล่าวจึงมีแนวทางการแก้ไขดังต่อไปนี้คือการเตรียมความพร้อมของกล้ามเนื้อโดยกระตุ้นให้ผู้ป่วยหมั่น ออกกำลังกายบริหารกล้ามเนื้อขณะตื่นนอนพักบนเตียงเช่นยกแขน ขา กำ-แบมือ ทำ quadriceps exercise, ankle pumping และให้ผู้ป่วยลุกจากเตียงโดยเร็ว (early ambulation) ตามแผนการรักษา ซึ่งการกระตุ้นให้ผู้ป่วยบริหารกล้ามเนื้ออย่างสม่ำเสมอจะช่วยให้กล้ามเนื้อมีกำลังแข็งแรงสามารถลุกจากเตียงได้โดยเร็วและยังช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกมั่นใจในการยืนเดินไม่มีภาวะแขน ขาอ่อนแรง เข้าทรุดขณะยืนเดินและพึงพอใจ ที่สามารถไปขับถ่ายอุจจาระ ปัสสาวะได้เองในห้องน้ำแทนการขับถ่ายอุจจาระ ปัสสาวะบนเตียง นอกจากนี้ยังพบว่าการกระตุ้นให้ผู้ป่วยลุกจากเตียงโดยเร็ว ยังช่วยลดภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ หลังผ่าตัดได้อีกด้วย
<ul style="list-style-type: none"> ผู้ป่วยขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้าน 	<ul style="list-style-type: none"> ในการดูแลผู้ป่วยควรมีการวางแผนการจำหน่ายตั้งแต่แรกรับจนถึงกลับบ้าน โดยพยาบาลจะต้องรวบรวมปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย มีการประเมินความรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด มีการติดตามผลว่าปัญหาใดได้รับการแก้ไขหมดไปแล้วขณะอยู่โรงพยาบาล หากปัญหาใดยังคงมีอยู่และต้องหาแนวทางแก้ไขร่วมกับทีมสุขภาพ ตัวผู้ป่วยเองและญาติ

ปัญหาและอุปสรรค	แนวทางการแก้ไข
<p>• ผู้ป่วยขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้าน</p>	<p>เพื่อเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยและญาติ/ผู้ดูแลเมื่อต้องกลับไปอยู่บ้าน พยาบาลควรสอน แนะนำ สาธิต ทบทวนความรู้และแนวทางการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอตั้งแต่แรกรับจนถึงกลับบ้าน เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยระบายความรู้สึกและสอบถามในสิ่งที่สงสัยเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้านและให้ผู้ป่วยตอบคำถาม/ปฏิบัติจริงให้ดูเพื่อประเมินว่าผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจจริงและสามารถทำได้เมื่อกลับไปอยู่บ้าน การสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยและญาติจะช่วยให้ผู้ป่วยและญาติเกิดความไว้วางใจกล้าที่จะสอบถาม</p> <p>• สิ่งที่พยาบาลควรเน้นย้ำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้านเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตนได้อย่างถูกต้องเหมาะสมตามขั้นตอนที่เรียกว่า “METHOD” ในเรื่องต่างๆ ดังนี้</p> <p>M : Medication ให้ข้อมูลกับผู้ป่วยในเรื่องการรับประทานยาปฏิชีวนะ ยาแก้ปวดและอาการข้างเคียงของยา มีการประเมินซักถามความเข้าใจของผู้ป่วย เพื่อให้เกิดความถูกต้องตรงกันและเน้นย้ำให้ผู้ป่วยรับประทานยาตามแพทย์สั่งอย่างเคร่งครัด</p> <p>E : Environment & Economy แนะนำจัดสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัย ไม้วางของกีดขวางทางเดิน พื้นไม่เปียกชื้น เพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ พลัดตกหกล้ม พบว่าในผู้ป่วยบางรายภายหลังผ่าตัดยังมีอาการตามพยาธิสภาพของโรคเหลืออยู่เช่น เดินลำบาก ก้าวขาไม่สะดวกอาจมีอาการเกร็ง ยืน เดิน ไม่ค่อยมั่นคง หรือต้องเดินกางขามากกว่าปกติ (wide based gait) และมีอาการปวด ชา รับความรู้สึกผิดปกติ/กล้ามเนื้ออ่อนแอ หรืออ่อนแรงของมือ ใช้มือลำบาก ซึ่งอาจทำให้หกล้มง่ายจึงจำเป็นต้องใช้อุปกรณ์ช่วยเดิน (pick up walker) ทุกครั้งในระยะ 6 สัปดาห์หลังผ่าตัดหรือจนกว่าจะเดินได้มั่นคงดี ไม่มีอาการชา/อ่อนแรงของกล้ามเนื้อ มือ แขน ขา และควรมีญาติดูแลอย่างใกล้ชิดขณะเดินทุกครั้งเพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุพลัดตกหกล้ม ควรจัดวางของให้สะดวกหยิบใช้ ไม้วางไว้ในตำแหน่งที่สูงเกินไป จนต้องเอื้อมหรือเขย่งหยิบของ แนะนำให้ผู้ป่วยเลือกหมอนที่ไม่แข็งและสูงมากเกินไป การหนุนหมอนอย่างถูกวิธีเพื่อลดอาการปวดคอ (คู่มือหน้า 53,85)</p>

ปัญหาและอุปสรรค	แนวทางการแก้ไข
<p>• ผู้ป่วยขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้าน</p>	<p>T : Treatment แนะนำให้ผู้ผู้ป่วยทำกิจกรรมต่างๆ ได้เท่ากับขณะอยู่โรงพยาบาลต่อไปอีกประมาณ 2 สัปดาห์ จากนั้นจึงค่อยๆ เพิ่มตามความสามารถของตนเอง ส่วนกิจกรรมการดูแลตนเองที่บ้านได้แก่การดูแลแผลผ่าตัดหลังอาบน้ำให้ใช้ผ้าสะอาดซับให้แห้งไม่ควรทาโลชั่นหรือยาใดๆ ลงบนบาดแผลยกเว้นเมื่อแพทย์สั่ง สังเกตอาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์ เช่น มีไข้สูงปวดแผลผ่าตัดมากขึ้น แผลผ่าตัดบวมแดงร้อนมากกว่าปกติ มีน้ำเหลืองหรือเลือดออกจากแผลผ่าตัดเพิ่มขึ้น มีอาการชา/อ่อนแรงของกล้ามเนื้อ เป็นต้น</p> <p>H : Health แนะนำการดูแลสุขภาพในเรื่องต่างๆ ดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> - เน้นย้ำเรื่องการใส่อุปกรณ์ช่วยพยุงคอหลังทำผ่าตัดซึ่งต้องใส่ไว้ตลอดเวลาขณะมีกิจกรรมต่างๆ เช่น ลุกนั่ง ยืน เดิน และควรใส่อย่างน้อยประมาณ 6 สัปดาห์หรือตามคำแนะนำของแพทย์ และทบทวนวิธีการดูแลทำความสะอาดกายอุปกรณ์เสริมสำหรับคอ (soft collar, philadelphia collar) เพื่อความสะอาดและสุขสบายในการสวมใส่ ตกคืนฉบับขึ้น - เน้นย้ำให้ผู้ผู้ป่วยออกกำลังกายบริหารกล้ามเนื้อคอตาม Home Program ของนักกายภาพบำบัดทุกวันอย่างน้อยวันละ 3 เวลา หลังตื่นนอน ตอนเช้า เวลาบ่ายหรือเย็นและก่อนเข้านอนเพื่อเพิ่มความแข็งแรงให้กับกล้ามเนื้อบริเวณรอบๆ คอ ด้วยท่าก้ม เงย เอียงคอซ้าย – ขวา หมุนคอ โดยใช้วิธีการออกแรงต้าน ซึ่งจะช่วยให้ชะลอความเสื่อมของหมอนรองกระดูกคอได้ <div data-bbox="810 1440 1278 1865" style="text-align: center;"> </div> <p style="text-align: center;">ท่าบริหารกล้ามเนื้อรอบคอ โดยออกแรงต้านระหว่างมือกับศีรษะค้างไว้ นับ 1-5 ทำชุดละ 3-5 ครั้ง</p> <p style="text-align: center;">รูปที่ 12 แสดงการบริหารกล้ามเนื้อต้นคอ(จากหน้า 17)</p>

ปัญหาและอุปสรรค	แนวทางการแก้ไข
<p>• ผู้ป่วยขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้าน</p>	<p>- แนะนำสิ่งทีผู้ป่วยควรหลีกเลี่ยงหลังทำผ่าตัดเช่น การก้มหรือเงยศีรษะมากเกินไป การเอี้ยวคอหรือหมุนคอเร็วเกินไป การออกแรงยกหรือแบกของหนัก หัวของ และอุ้มเด็ก เป็นต้น ไม่ควรอยู่ในอิริยาบถเดียนานๆ เช่น นั่งก้มทำงานหน้าคอมพิวเตอร์นานๆ เกินกว่า 1 ชั่วโมง ควรมีการเปลี่ยนท่าทุก 15-20 นาที หลีกเลี่ยงการนั่งหลังค่อม ควรเลือกโต๊ะทำงานที่มีระดับความสูงพอดี สิ่งดังกล่าวข้างต้นไม่ควรทำเนื่องจากจะมีผลทำให้ผู้ป่วยมีอาการปวดคอมากขึ้นและส่งเสริมให้เกิดภาวะเสื่อมของกระดูกคอเพิ่มขึ้น และอาจมีอาการของโรคกลับมาเป็นซ้ำได้อีกจากการมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม</p> <p>- ทบทวนความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวโดยการซักถามและให้ทดลองปฏิบัติสังเกตท่าทางที่เหมาะสมเช่น การลุกจากเตียงให้ใช้ท่านอนตะแคง ยันตัวลุกขึ้น ส่วนการลงนอนให้ใช้ข้อศอกยันพื้นที่นอนก่อนเอนตัวลงนอน (คู่มือที่ 39 หน้า 54) เป็นต้น</p> <p>O : Outpatient Referral ควรเน้นย้ำให้ผู้ป่วยมาตรวจตามแพทย์นัดตรงตามวัน เวลา สถานที่ และขั้นตอนการปฏิบัติตัวตามแพทย์นัด หากมีอาการผิดปกติให้มาพบแพทย์ก่อนวันนัดได้</p> <p>D : Diet แนะนำผู้ป่วยให้รับประทานอาหารที่มีคุณค่าอาหารสูงและครบ 5 หมู่ เช่น ข้าว เนื้อสัตว์ ผักใบเขียว และผลไม้ต่างๆ เน้นอาหารที่มีแคลเซียมสูงเช่น นม เต้าหู้ ปลาตัวเล็กๆ ที่รับประทานได้ทั้งตัว</p>

การทำผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับคอนั้นถือเป็นการผ่าตัดใหญ่ นอกจากทีมสุขภาพที่มีประสิทธิภาพในการรักษาแล้ว พยาบาลถือว่าเป็นผู้ที่มีความสำคัญอย่างยิ่งในการดูแลผู้ป่วยเนื่องจากพยาบาลเป็นบุคคลที่ดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดตลอด 24 ชั่วโมง ดังนั้นพยาบาลควรมีความรู้เกี่ยวกับพยาธิสรีรภาพของโรคและมีทักษะในการพยาบาลให้ทันกับวิทยาการในการทำผ่าตัดแบบใหม่ๆ นอกจากนี้ควรมีทักษะในการสื่อสาร สามารถให้ความรู้ สอน สาธิต แนะนำและให้ข้อมูลกับผู้ป่วยโดยนำกระบวนการพยาบาลมาใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อให้บรรลุเป้าหมายในการดูแลให้ผู้ป่วยปลอดภัย มีความพึงพอใจ และผู้ป่วยสามารถนำความรู้ และทักษะไปใช้ในชีวิตประจำวันได้อย่างมีประสิทธิภาพและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นภายหลังกลับบ้าน

บรรณานุกรม

1. ต่อพงษ์ บุญมาประเสริฐ. โรคกระดูกคอเสื่อม. เชียงใหม่: หจก. เชียงใหม่โรงพิมพ์แสงศิลป์ จำกัด; 2552.
2. อภินา โฉมวิริยะ. ตำราบาดเจ็บไขสันหลัง: การฟื้นฟูสภาพอย่างครอบคลุม เล่ม 1. เชียงใหม่: สุทินการพิมพ์; 2556.
3. งานเวชระเบียนและสถิติ. สถิติผู้ป่วยโรคกระดูกคอเสื่อม พ.ศ. 2554-2557. ภาควิชาศัลยศาสตร์ ออร์โธปิดิกส์และกายภาพบำบัด โรงพยาบาลศิริราช; 2554-2557.
4. อัมภิกา นาไว้วัย. ความต้องการและการได้รับการตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสันหลัง โรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่. (วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต). เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2551.
5. Cloyd JM, Acosta FL, Ames CP. Effect of age on the perioperative and radiographic complications of multilevel cervicothoracic spinal fusions. Spine 2008; 33(26): E977–E982.
6. ต่อพงษ์ บุญมาประเสริฐ. Degenerative Diseases of The Cervical Spine. ใน ชเนศ วรรณอภิสิทธิ์, สมยศ วรรณสินชพ, ภูมิบาล เวศย์พิริยะกุล, ปัญญา ลักษณะพฤษยา, มนต์ชัย เรืองชัยนิคม, จตุพร โชติกวนิชย์ บรรณาธิการ. Comprehensive spine course 2010. กรุงเทพฯ: S.M. Circuit Press; 2553. หน้า 69-120.
7. Raoul E Pope. Spinal anatomy. (Internet). 2014 (cited 2014 Nov 3). Available from: http://www.spinesurgeon.com.au/Neurological_Conditions/Spinal-Surgery.htm
8. ก่อแก้ว เชียงทอง. โรคกระดูกสันหลังเสื่อม. เชียงใหม่: หจก.เชียงใหม่ โรงพิมพ์แสงศิลป์; 2550.
9. ทายาท บุรณกาล. กายวิภาคกระดูกสันหลังส่วนคอ. (Internet). 2014 (cited 2014 Oct 25). Available from: <http://www.thaispineclinic.com/articles./cervical-spondylosis>
10. Arun Pal Singh. Anatomy of Cervical Spine. (Internet). 2014 (cited 2014 Oct 25). Available from: <http://boneandspine.com/spine/cervical-spine/xray-of-normal-cervical-spine>
11. ชเนศ วรรณอภิสิทธิ์. Perioperative management in spine. ใน: Avanced orthopaedic nursing care เนื่องในวาระครบรอบศิริราช 120 ปี. กรุงเทพฯ: ภาควิชาศัลยศาสตร์ออร์โธปิดิกส์และกายภาพบำบัด คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล; 2551.
12. ทายาท บุรณกาล. การผ่าตัดเอาหมอนรองกระดูกออกและเชื่อมกระดูกคอ. (Internet). 2014 (cited 2014 Oct 25). Available from: http://www.thaispine.com/Exam_CSM.htm

13. ทายาท บุรณกาล. การผ่าตัดขยายช่องกระดูกสันหลัง open door laminoplasty. (Internet). 2014 (cited 2014 Oct 25). Available from: http://www.thaispine.com/Exam_CSM.htm
14. ปัญญา ลักษณะพุกษา. Adverse Event Associated with Anterior Cervical Spine Surgery. ใน ธเนศ วรธนอกสิทธิ์, สมยศ วรณสินธพ, ภูมิบาล เวศย์พิริยะกุล, ปัญญา ลักษณะพุกษา, มนต์ชัย เรื่องชัยนิกม, จตุพร โชติกวณิชย์, บรรณาธิการ. Comprehensive spine course 2010. กรุงเทพฯ: S.M. Circuit Press; 2553. หน้า 169-186.
15. ชลเวช ชวศิริ. การประชุมวิชาการ 10 ปี ศูนย์ผู้บาดเจ็บทางกระดูกสันหลัง. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ เรือนแก้วการพิมพ์; 2556.
16. บุญทิพย์ สิริธรรังศรี, ทรงศรี สรณสถาทร, มาลี สุรเชษฐ. ความต้องการและผลกระทบของผู้สูงอายุที่ดำรงชีวิตอยู่ตามลำพัง. วารสารพัฒนาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ 2554;2:3.
17. อرنันท์ หาญยุทธ. กระบวนการพยาบาลและการนำไปใช้.วารสารพยาบาลทหารบก 2557; 15:3.
18. วรณิ สัตยวิวัฒน์, บรรณาธิการ. การพยาบาลออร์โธปิดิกส์ เล่ม 7. กรุงเทพฯ: เอ็นพีเพรส; 2553.
19. Harvey CV. Spinal surgery patient care. Orthopaedic nursing 2005; 24(6): 426-440.
20. ชุมชนนักปฏิบัติศิริราช (CoP : Community of Practice). การใช้ Triflo[®] อย่างถูกวิธีและมีประสิทธิภาพ สารความรู้ CoP Respiratory Care ปี 2556. (อินเทอร์เน็ต). กรุงเทพฯ: คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล; 2556 (เข้าถึงเมื่อ 11 ก.ย. 2558). เข้าถึงได้จาก : <http://www1.si.mahidol.ac.th/km/sites/default/files/u11/asset09.pdf>
21. Eric D.Schwartz, Adam E.Flanders(Editors). Spinal Trauma:Imaging, Diagnosis and Management. Philadelphia, PA. Lippincott Williams&Wilkins; 2007.
22. Wikipedia. Cervical collar. (Internet). 2015 (cited 2015 Apr 18). Available from: https://en.wikipedia.org/wiki/Cervical_collar
23. เอก หังสสุด. เอกสารคำสอนเรื่อง Cervical spinal injury รายวิชา RASU 504 สำหรับนักศึกษาแพทย์ปีที่ 5 (อินเทอร์เน็ต). กรุงเทพฯ: คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล; 2547 (เข้าถึงเมื่อ 11 ก.ย. 2558). เข้าถึงได้จาก : <http://med.mahidol.ac.th/surgery/sites/default/files/public/pdf/neuro/Cervical%20spinal%20injury%20.pdf>
24. ธวัช ประสาทฤทธา, พรทิพย์ ทยานันท์, สุขใจ ศรีเพียรเอม, บรรณาธิการ. การพยาบาลออร์โธปิดิกส์. กรุงเทพฯ: โรงพยาบาลเลิดสิน กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข; 2555.

25. มรรยาท ณ นคร. การพยาบาลผู้ป่วยกระดูกหักที่ได้รับการยึดตรึงด้วยวัสดุภายในร่างกาย. เชียงใหม่: โครงการตำรา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2553.
26. Dewit SC, Kumagai CK. Medical-surgical nursing concepts & practice. 2 nd ed. St. Louis: Saunders Elsevier; 2009.
27. Doenges ME, Moorhouse MF, Murr AC. Nursing care plans. 8 th ed. Philadelphia: F.A. Davis; 2006.
28. ชุมชนนักปฏิบัติศิริราช(CoP : Community of Practice). การประเมิน Sedation score. ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช. คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล; 2554.
29. ชมนาด วรรณพรศิริ. การพยาบาลผู้ใหญ่ที่มีปัญหาในระบบต่างๆ ของร่างกาย : การประยุกต์ใช้แบบแผนสุขภาพเล่ม 1. นนทบุรี: บริษัท ธนาเพรส จำกัด; 2551.
30. ผ่องศรี ศรีมรกต. การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพ เล่ม 3. กรุงเทพฯ: บริษัท ไอกรุป เพรส จำกัด; 2553.
31. มรรยาท ณ นคร. การพยาบาลผู้ป่วยกระดูกอักเสบติดเชื้อ. เชียงใหม่: โครงการตำรา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2549.
32. ชมรมพยาบาลออร์โธปิดิกส์แห่งประเทศไทย. การประชุมวิชาการชมรมพยาบาลออร์โธปิดิกส์แห่งประเทศไทย ครั้งที่ 2 Basic to Advance Orthopaedic Nursing II. กรุงเทพฯ: N P Press Limited Partnership; 2550.
33. จิตติพร ยุกตพริ้ง และคณะ. การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อฟื้นฟูการกลืนของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอหลังผ่าตัด. วารสารสภาการพยาบาล. 2552;24:2.
34. บวรฤทธิ จักรไพวงศ์, พิสิฐฐ์ เลิศวานิช, จตุพร โชติกวนิชย์ บรรณาธิการ. การตรวจร่างกายทางออร์โธปิดิกส์. กรุงเทพฯ: ภาควิชาศัลยศาสตร์ออร์โธปิดิกส์และกายภาพบำบัด คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล; 2556
35. ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช. แบบประเมินของบราเดน (The Braden Scale for Predicting Pressure Sore Risk). เอกสารประกอบแนวปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ. ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช; 2556
36. สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสันหลัง. กรุงเทพฯ; 2550 หน้า 1-57.

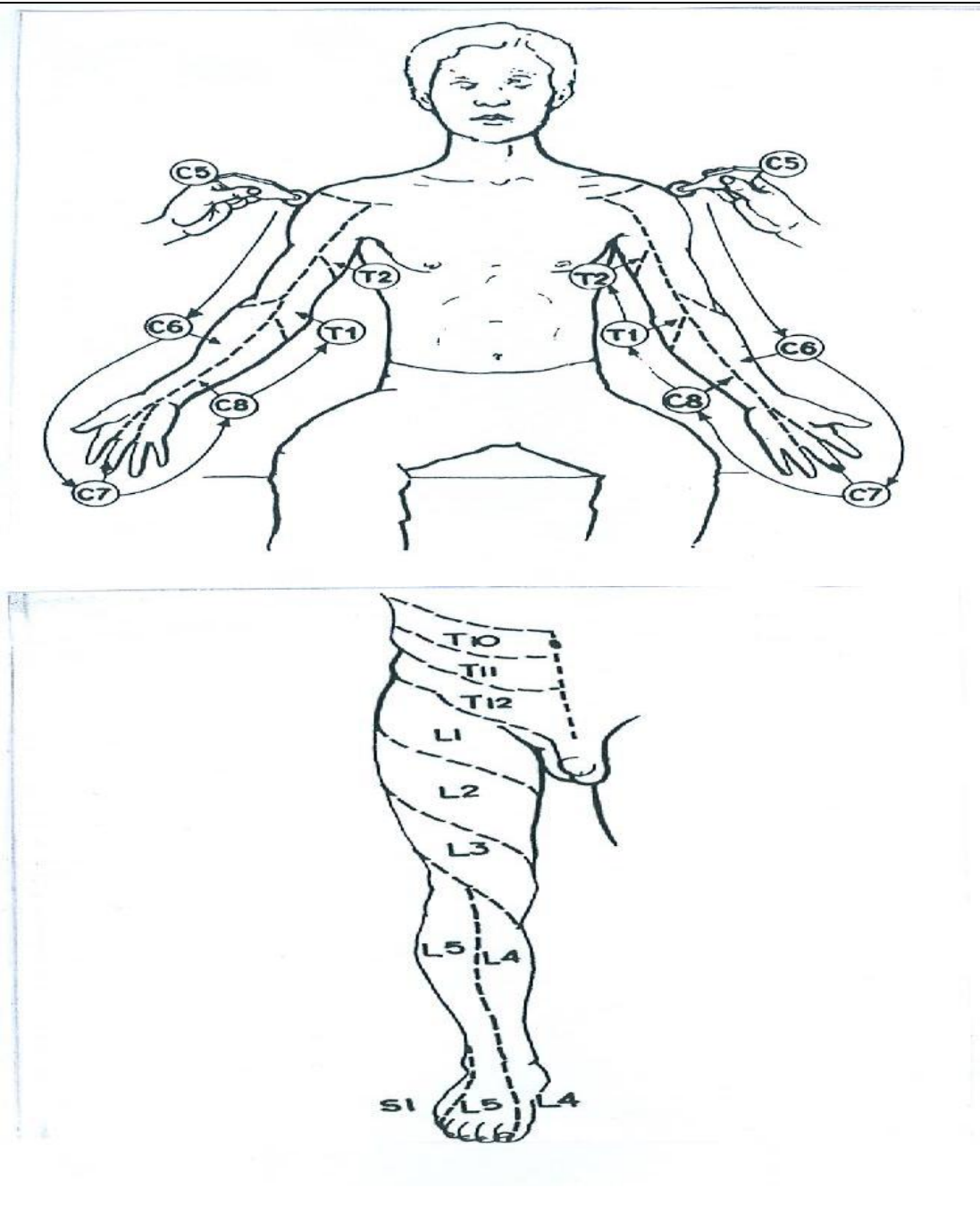
37. Steven C. Kirshblum, William Waring, Fin Biering-Sorensen, Stephen P. Burns, Mark Johansen, Mary Schmidt-Read, et al. International standards for neurological classification of spinal cord injury (Revised 2011). J Spinal Cord Med. 2011 November; 34(6): 547–554.
38. อภิชนา โหมวินทะ. คู่มือการตรวจกำลังกล้ามเนื้อ. กรุงเทพฯ : พี.บี.ฟอเรนบู้คส์; 2537.
39. ยงยุทธ ศิริปการ. ความรู้พื้นฐานทางคลินิก การรักษาผู้ป่วยทางออร์โธปิดิกส์ (basic knowledge of clinical practice in orthopedic). กรุงเทพฯ: ไอกรุป เพรส; 2553
40. รุ่งทิพย์ พันธุมธากุล. กายภาพบำบัดในภาวะคอเสื่อม. ขอนแก่น: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2552.
41. พัสมณต์ คุ่มทวีพรและคณะ. เอกสารประกอบการจัดการความรู้ เรื่อง ความก้าวหน้าในการจัดการเรียนการสอนวิชาทักษะพื้นฐานทางการพยาบาล หัวข้อ Suction. (อินเทอร์เน็ต). กรุงเทพฯ: ภาควิชารากฐาน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล; 2556 (เข้าถึงเมื่อ 11 ก.ค. 2558). เข้าถึงได้จาก:
http://www.ns.mahidol.ac.th/english/th/departments/FN/th/km/km_Suction.html
42. ปิยะภัทร เดชพระธรรม. ปัญหาการกลืนในผู้สูงอายุ (Dysphagia in Elderly) เวชศาสตร์ฟื้นฟูสาร 2556; 23(3): 73-80 ภาควิชาเวชศาสตร์ฟื้นฟู คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล; 2556.
43. ปารยะ อาศนะเสน. การเจาะคอ (Trecheostomy) : Siriraj E Public Library. (อินเทอร์เน็ต). กรุงเทพฯ : ภาควิชา โสต นาสิก ลาริงซ์วิทยา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล; 2558 (เข้าถึงเมื่อ 31 มี.ค. 2558). เข้าถึงได้จาก : http://www.rcot.org/data_detail.php?op=knowledge&id=52
44. จิราภรณ์ จันทร์จร. การเขียนรายการอ้างอิงในเอกสารวิชาการทางการแพทย์. (อินเทอร์เน็ต). กรุงเทพฯ: คณะแพทยศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2554 (เข้าถึงเมื่อ 11 ม.ค. 2558). เข้าถึงได้จาก : <http://library.md.chula.ac.th/guide/vancouver2011.pdf>
45. สำนักกระบวนวิชา กรมควบคุมโรค. วิธีการเขียนเอกสารอ้างอิง รูปแบบแวนคูเวอร์ (Vancouver Style). ใน: การเขียนรายการอ้างอิงวิทยานิพนธ์และสารนิพนธ์ตามกำหนดบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. (อินเทอร์เน็ต). กรุงเทพฯ; 2554 (เข้าถึงเมื่อ 11 ม.ค. 2558). เข้าถึงได้จาก : <http://www.en.mahidol.ac.th/thai/curriculum/ets/thesis/02.pdf>

วิธีการประเมินกำลังของกล้ามเนื้อ (Motor power)

Dermatome Map of the Body

การประเมินการรับความรู้สึก (Sensory)

ระดับ	วิธีการประเมิน
C5	กางข้อศอก , งอพับข้อศอก
C6	กระดกข้อมือขึ้น
C7	เหยียดข้อศอก
C8	กำนิ้วมือ
T1	กางนิ้วมือ
L2	งอพับข้อสะโพก
L3	เหยียดข้อเข่า
L4	กระดกข้อเท้าขึ้น
L5	กระดกนิ้วหัวแม่เท้าขึ้น
S1	ถีบฝ่าเท้าลง



ระดับ	บริเวณที่ใช้ประเมิน
C5	ด้านข้างต้นแขน
C6	นิ้วหัวแม่มือ
C7	นิ้วกลาง
C8	นิ้วก้อย
T1	บริเวณต้นแขนด้านใน
L1-2	บริเวณขาหนีบ
L3	บริเวณส่วนล่างของต้นขา
L4	บริเวณตาตุ่มด้านใน
L5	นิ้วโป้ง
S1	บริเวณตาตุ่มด้านนอก