การพยาบาลผู้ป่วยโรคโพรงกระดูกสันหลังส่วนเอวตีบแคบ : กรณีศึกษา

วรรณภา ลีพิทักษ์วัฒนา*

บทคัดย่อ

โรคโพรงกระดูกสันหลังส่วนเอวตีบแคบ เป็นโรคที่มีพยาธิสภาพที่เกิดจากการเสื่อมของหมอนรองกระดูกสันหลัง ทำให้มีการแคบตัวของโพรงกระดูกสันหลังจนเกิดการกดทับรากประสาท โรคนี้พบเพิ่มสูงขึ้นในอายุที่มากกว่า 60 ปี ซึ่งในวัยนี้มีการเสื่อมสภาพของร่างกายและมีโรคร่วมซึ่งถือเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญมีผลต่ออัตราการตายของผู้ป่วย การดูแลผู้ป่วยถือเป็นบทบาทสำคัญของพยาบาล เพื่อความปลอดภัยและป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้

จากกรณีศึกษา ผู้ป่วยหญิงไทยอายุ 69 ปี มาที่ห้องตรวจออร์โธปิดิกส์ ด้วยอาการ 2 สัปดาห์ก่อนมาโรงพยาบาล ปวดหลังร้าวลงขา 2 ข้างมีอาการชาและขา 2 ข้างอ่อนแรง แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรคโพรงกระดูกสันหลังส่วนเอวตีบแคบ มีโรคประจำตัวคือความดันโลหิตสูงรักษาไม่ต่อเนื่อง พบโรคซีดจากภาวะขาดธาตุเหล็กและโรคหัวใจเต้นผิดจังหวะ ทำผ่าตัดโพรงกระดูกสันหลัง ปัญหาหลักของผู้ป่วย คือ ปวดหลังเนื่องจากโพรงกระดูกสันหลังตีบแคบกดทับเส้นประสาท การดูแลตนเองบกพร่องในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เสี่ยงต่อการเกิดพลัดตกหกล้ม พร่องความรู้ในการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง มีภาวะซีดจากการขาดธาตุเหล็ก มีโอกาสเกิดภาวะลิ่มเลือดอุดตันที่สมองและส่วนต่างๆของร่างกาย ขาดความรู้ในการฟื้นฟูสมรรถภาพของกล้ามเนื้อหลังและขา ผู้ป่วยและครอบครัวมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรค การผ่าตัดและการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด พร่องความรู้ในการดูแลแผลผ่าตัด ผู้ป่วยและครอบครัวขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้าน การศึกษาครั้งนี้พบผู้ป่วยมีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน ต้องใช้มาตรฐานการพยาบาลของผู้ป่วยนอกร่วมกับผู้ป่วยและญาติให้มีส่วนร่วมในการวางแผนการรักษา ทำให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนสามารถกลับไปดำรงชีวิตประจำวันได้ ข้อเสนอแนะผลการศึกษาสามารถนำไปพัฒนาต่อและเป็นแนวทางปฏิบัติการพยาบาล

คำสำคัญ : โรคกระดูกสันหลังส่วนเอวตีบแคบ, การพยาบาล

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก กลุ่มการพยาบาล
โรงพยาบาลเจ้าพระยายมราช

บทนำ

ปัจจุบันผู้ป่วยโรคระบบประสาทไขสันหลังและกระดูกสันหลังมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น จากสถิติพบว่าทั่วโลกพบผู้ป่วยที่มีปัญหาเกี่ยวกับประสาทไขสันหลังประมาณ 250,000-500,000 ราย/ปี[1] การเสื่อมและตีบแคบของกระดูกสันหลังเกิดขึ้นเมื่ออายุเพิ่มมากขึ้น โดยพบว่าเมื่ออายุ 50 ปี มีความเสื่อมถึง 95 % และส่วนใหญ่มีอาการแสดงเกิดขึ้นเมื่ออายุ 60 ปี ตำแหน่งที่พบบ่อย คือ กระดูกสันหลังส่วนเอว[2] สำหรับในโรงพยาบาลเจ้าพระยายมราชพบผู้ป่วยโรคกระดูกสันหลังส่วนเอวตีบแคบปี พ.ศ.2563, 2564, 2565 มีจำนวน 1,462 คน, 1,396 คน และ 1,389 คน ตามลำดับ ในจำนวนนี้ได้รับการผ่าตัด Laminectomy ในปี 2563, 2564, 2565 จำนวน 219 คน, 109 คนและ 161 คนตามลำดับ[3]

โรคโพรงกระดูกสันหลังส่วนเอวตีบแคบ (lumbar spinal stenosis) เป็นโรคที่มีสาเหตุมาจาก การเสื่อมสภาพของหมอนรองกระดูกสันหลัง (intervertebral disc) ข้อต่อฟาเซท (facet joint) และการหนาตัวของเอ็นกระดูกสันหลัง (ligamentum flavum) ทำให้มีการแคบตัวของช่องโพรงกระดูกสันหลัง (spinal canal) ช่อง lateral recess หรือช่อง neural foramen จนเกิดการกดทับรากประสาท อาการที่นำผู้ป่วยมาพบแพทย์ ได้แก่ ปวดหลังหรือปวดสะโพก ปวดร้าวลงขา ชาขา ขาอ่อนแรง การวินิจฉัยจะประกอบด้วยการซักประวัติ การตรวจร่างกาย โดยใช้หลักการดู การตรวจพิเศษทางระบบประสาทและการตรวจทางรังสีวิทยา ซึ่งการตรวจ Magnetic resonance image (MRI) เป็นการตรวจที่มีความแม่นยำ เพื่อทราบความรุนแรงของโรค วิธีการรักษาในระยะแรกใช้วิธีแบบประคับประคอง คือ การรักษาด้วยยา ทำกายภาพบำบัด ฝังเข็ม ถ้าหากรักษาด้วยวิธีนี้แล้วไม่ได้ผล ผู้ป่วยยังคงมีอาการปวด กล้ามเนื้อขาอ่อนแรงหรือมีอาการรุนแรงมากขึ้น เกิดความยากลำบากในการดำเนินชีวิตประจำวัน แพทย์จะพิจารณาทำการผ่าตัด[4] เนื่องจากโรคโพรงกระดูกสันหลังส่วนเอวตีบแคบพบมากในผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุมีความเสื่อมสภาพของร่างกายมักมีโรคร่วมต่างๆ ดังในผู้ป่วยกรณีศึกษาที่มีโรคความดันโลหิตสูง โรคซีดจากการขาดธาตุเหล็กและโรคหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิด atrial fibrillation (AF)

โรคความดันโลหิตสูง หมายถึง ระดับความดันโลหิตในขณะที่หัวใจบีบตัวหรือความดันโลหิตซิสโตลิก (Systolic blood pressure, SBP) มากกว่าหรือเท่ากับ 140 มิลลิเมตรปรอท ความดันโลหิตในขณะที่หัวใจคลายตัวหรือความดันโลหิตไดแอสโตลิก (Diastolic blood pressure, DBP) มากกว่าหรือเท่ากับ 90 มิลลิเมตรปรอท เนื่องจากความดันโลหิตสูงทำให้เกิดความเสื่อมสภาพของหลอดเลือดแดงและยังเป็นปัจจัยเสี่ยงทำให้เกิดโรคแทรกซ้อนอื่นๆ ได้แก่โรคหลอดเลือดสมองและหัวใจ[5] ซึ่งมีความสำคัญต่อการผ่าตัดโดย Perioperative risk ถ้าพบว่ามี diastolic pressure มากกว่า 110 มิลลิเมตรปรอท ก่อนการผ่าตัดจะสัมพันธ์กับการเกิดภาวะแทรกซ้อนเช่น dysrhythmias, myocardial ischemia and infarction, neurologic complications, และ renal failure ดังนั้นถ้าในผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตสูงเกิน 180/110 มิลลิเมตรปรอท หรือ diastolic pressure มากกว่า 110 มิลลิเมตรปรอท ในกรณี elective case ควรเลื่อนการผ่าตัดออกไปก่อน[6]

โรคซีดจากการขาดธาตุเหล็ก หมายถึง ภาวะที่ร่างกายมีจำนวนเซลล์เม็ดเลือดแดงต่ำกว่าปกติจากการขาดธาตุเหล็ก ส่งผลให้ออกซิเจนในร่างกายไปเลี้ยงเนื้อเยื่อบริเวณต่าง ๆ ไม่เพียงพอ ภาวะซีดมีผลกระทบต่อการทำหน้าที่ของร่างกาย ทำกิจกรรมต่างๆได้ลดลง เหนื่อยง่าย ไม่มีแรง การทรงตัวไม่ดีเกิดภาวะหกล้ม ต่อระบบหัวใจและหลอดเลือดส่งผลให้เกิดภาวะภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด หัวใจวายเสี่ยงต่อการเสียชีวิตได้ การรักษาโดยการให้ธาตุเหล็กก่อนที่จะมีการผ่าตัดใหญ่ มีจุดมุ่งหมายเพื่อลดการได้รับเลือดในระหว่างผ่าตัด โดยเฉพาะการผ่าตัดใหญ่ ซึ่งมีโอกาสเสียเลือดเป็นจำนวนมาก[7]

โรคหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิด atrial fibrillation (AF) หมายถึง ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะที่มีการกระตุ้นของหัวใจห้องบนแบบกระจัดกระจายไม่เป็นระเบียบ เป็นผลให้การบีบตัวของหัวใจห้องบน

เสียไปโดยมีลักษณะคลื่นไฟฟ้าหัวใจที่มีรูปร่างของ P wave หลายรูปแบบไม่สม่ำเสมอ โรคนี้มีภาวะแทรกซ้อนที่ส่งผลต่อชีวิตและอัตราตายได้แก่ภาวะลิ่มเลือดอุดตันหลอดเลือดสมองและหัวใจล้มเหลว[8]

การผ่าตัดโพรงกระดูกสันหลังส่วนเอวตีบแคบเป็นการผ่าตัดใหญ่ที่มีความยุ่งยากซับซ้อนโดยเฉพาะในผู้ป่วยสูงอายุที่มีโรคร่วม จำเป็นต้องมีการดูแลร่วมกันจากทีมสหวิชาชีพเพื่อประเมินความพร้อมของร่างกายก่อนการผ่าตัดและบริหารจัดการให้โรคร่วมเหล่านี้ควบคุมได้ดีจนไม่เป็นอันตรายต่อผู้ป่วยเมื่อเข้ารับการผ่าตัด พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดทั้งด้านร่างกาย จิตใจ เพื่อความปลอดภัย ลดภาวะ แทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น ช่วยให้ผู้ป่วยมีการฟื้นตัวหลังผ่าตัดเร็วขึ้นและสามารถกลับไปใช้ชีวิตได้ปกติ โรคโพรงกระดูกสันหลังส่วนเอวตีบแคบ เป็นโรคที่มีผลต่อการดำเนินชีวิตและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ค่ารักษาพยาบาลจากการผ่าตัดสูงกว่าวิธีการผ่าตัดอื่นๆ ทำให้เป็นภาระทั้งตนเอง ครอบครัวและสังคม ผู้ป่วยกรณีศึกษามีโรคร่วม 3 โรค ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคซีดจากการขาดธาตุเหล็กและโรคหัวใจเต้นผิดจังหวะ AF โรคร่วมเหล่านี้เป็นปัจจัยเสี่ยงที่อาจก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนมีอันตรายต่อชีวิต ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งในด้านร่างกาย จิตใจ เศรษฐกิจ สังคม บุคคลในครอบครัวทั้งในเรื่องการดูแลรักษา ผู้ศึกษาจึงสนใจที่จะศึกษาข้อมูลเกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยโรคโพรงกระดูกสันหลังส่วนเอวตีบแคบที่มีโรคร่วม เพื่อนำผลการ ศึกษา มาพัฒนา ปรับปรุงแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคโพรงกระดูกสันหลังส่วนเอวตีบแคบ โดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ให้ได้มาตรฐาน เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้ต่อไป

ในการศึกษาครั้งนี้ใช้ทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม ที่ได้อธิบายถึงความสัมพันธ์ระหว่างการดูแลตนเอง ความพร่องในการดูแลตนเองและระบบการพยาบาลโดยนำมาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยโดยการประเมินความสามารถและความต้องการในการดูแลตนเองก่อนผ่าตัด นำมาวางแผนการพยาบาล ตั้งจุดมุ่งหมายทางการพยาบาลโดยให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ถูกต้อง เลือกระบบการพยาบาลหรือกิจกรรมการช่วยเหลือ ระบบสนับสนุน ให้ความรู้การปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองก่อนผ่าตัด ช่องทางขอความช่วยเหลือและการติดตามผล[9]

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาข้อมูลผู้ป่วย ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและแผนการพยาบาลผู้ป่วยโรคโพรงกระดูกสันหลังส่วนเอวตีบแคบ

วิธีดำเนินการศึกษา

1. ศึกษาค้นคว้าตำราเอกสารทางวิชาการ และงานวิจัยเกี่ยวกับผู้ป่วยโรคโพรงกระดูกสันหลังส่วนเอวตีบแคบ

2. คัดเลือกกรณีศึกษาแบบเจาะจง จำนวน 1 ราย จากผู้ป่วยโรคโพรงกระดูกสันหลังส่วนเอวตีบแคบเข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกออร์โธปิดิกส์ ในช่วงเดือนกรกฎาคม 2566 ถึง ตุลาคม 2566

3. รวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยนอก วิเคราะห์ปัญหา ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล วางแผนการพยาบาล ประเมินผล สรุปและอภิปรายผล

กรณีศึกษา

ข้อมูลทั่วไปและประวัติการเจ็บป่วย

ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 69 ปี สัญชาติไทย ศาสนาพุทธ สถานภาพสมรสคู่ จบการศึกษาระดับประถมศึกษา 4 อาชีพเกษตรกรรม

อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล

2 สัปดาห์ก่อนมาโรงพยาบาล ปวดหลังร้าวลงขา 2 ข้างร่วมกับมีอาการชาและขา 2 ข้างอ่อนแรง

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน

3 เดือนก่อนมาโรงพยาบาลมีอาการปวดหลังร้าวลงขา 2 ข้าง ซื้อยาแก้ปวดรับประทานเอง อาการปวดหลังเป็นๆหายๆ 2 สัปดาห์ก่อนมาโรงพยาบาล มีอาการปวดหลังร้าวลงขา 2 ข้างมากขึ้น เดินได้ในระยะใกล้ๆ ต้องหยุดพัก ร่วมกับมีอาการชาและขา 2 ข้างอ่อนแรง จึงมารักษาที่โรงพยาบาล

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต

5 ปีก่อนผู้ป่วยเคยตรวจที่โรงพยาบาลพบว่ามีความดันโลหิตสูง ได้รับยา 1 ครั้ง หลังจากนั้นเห็นว่าไม่มีอาการอะไร จึงไม่ได้รับยา ปฏิเสธการแพ้ยาและสารอาหารทุกชนิด

การตรวจร่างกายที่ผิดปกติ

ตา : เยื่อบุตาซีด

ระบบกล้ามเนื้อและกระดูก : แนวกระดูกสันหลังคด กดเจ็บบริเวณหลังส่วนเอว ตรวจความแข็งแรงของกล้ามเนื้อขา Motor power เกรด 4 ทั้งสองข้าง มีอาการชาตั้งแต่ต้นขาถึงนิ้วหัวแม่เท้าทั้ง 2 ข้าง การรับความรู้สึก(sensation)ระดับ 1 ปวดหลังร้าวลงขา 2 ข้าง pain score = 4 คะแนน เมื่อเคลื่อนไหว

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

19 กรกฎาคม 2566 CBC Hb 5.1 g/dl, Hct 17.6 %, WBC 6,500 cell/ul, MCV 69.5

20 กันยายน 2566 CBC Hb 10.2 g/dl, Hct 31.2 % , WBC 8,790 cell/ul, MCV 84.2

ผลการตรวจเอ็กซเรย์ Film L-S spine AP,Lat พบมี Lumbar Spinal stenosis L2-S1, CXR ปกติ

ผลการตรวจเอ็กซเรย์คอมพิวเตอร์ MRI L-S spine Lumbar Spinal stenosis L2-S1

ผลการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ EKG พบ Occasional PVC

ผลการตรวจ Echocardiogram LVEF 68% **ผลการตรวจ Holter** เป็น Paroxysmal AF

การวินิจฉัยครั้งแรก Spinal stenosis L2- S1 with Hypertension

การวินิจฉัยครั้งสุดท้าย Spinal stenosis L2-S1 with Hypertension with IDA with AF

การผ่าตัด Posterior Instrumentation L2-S1, Decompression Laminectomy L2-S1

การรักษาของแพทย์ :

วันที่ 19 กรกฎาคม 2566 ผู้ป่วยมาตรวจรักษาด้วยอาการปวดหลังร้าวลงขา 2 ข้าง ชาขา มีอาการขาอ่อนแรง เดินได้เองใกล้ๆ ส่งเอ็กซเรย์ L-S spine พบ Lumbar spinal stenosis L2- S1 ให้ยารับประทานไม่ดีขึ้น นัดทำ MRI L-S spine ส่งปรึกษาแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู ให้ทำกายภาพบำบัดและนัดฝังเข็ม ขณะมาตรวจพบปัญหาเป็นโรคความดันโลหิตสูงรักษาไม่ต่อเนื่อง ส่งปรึกษาอายุรแพทย์ และพบภาวะซีดจากการขาดธาตุเหล็ก

วันที่ 20 กันยายน 2566 หลังฟังผล MRI L-S spine พบ Lumbar spinal stenosis L2- S1 มาเจาะเลือด, CXR, EKG เพื่อเตรียมร่างกายก่อนผ่าตัด พบ Abnormal EKG ส่งปรึกษาอายุรแพทย์ประเมินความเสี่ยงก่อนผ่าตัด อายุรแพทย์ส่งปรึกษาอายุรแพทย์โรคหัวใจ ทำ Echocardiogram ผล LVEF 68% ติด Holter ผล เป็น Paroxysmal AF ผ่าตัดได้ Plan start Oral anticoagulation drug หลังผ่าตัด

วันที่ 1 ตุลาคม 2566 แพทย์นัดนอนโรงพยาบาล ผ่าตัด Posterior Instrumentation L2-S1, Decompression Laminectomy L2-S1 วันที่ 2 ตุลาคม 2566 จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 10 ตุลาคม 2566 รวมนอนโรงพยาบาล 10 วัน นัดตัดไหม 2 สัปดาห์ นัดพบแพทย์หลังผ่าตัด 24 ตุลาคม 2566

วันที่ 24 ตุลาคม 2566 ติดตามผู้ป่วยหลังผ่าตัด ผู้ป่วยไม่ปวดหลัง ชาขา 2 ข้างน้อยลง เดินได้เองโดยใช้ walker แผลผ่าตัดบริเวณหลังแห้งดี ไม่แดง ไม่มีสารคัดหลั่งซึม นัดดูอาการ 3 เดือน

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและการวางแผนการพยาบาล แบ่งออกเป็น 2 ระยะ ได้แก่ ระยะเตรียมความพร้อมก่อนการผ่าตัดและระยะติดตามหลังผ่าตัด

ระยะที่ 1 เตรียมความพร้อมก่อนการผ่าตัด

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1 ปวดหลังเนื่องจากโพรงกระดูกสันหลังตีบแคบกดทับเส้นประสาท

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยให้ประวัติ 2 สัปดาห์ก่อนมาโรงพยาบาล มีอาการปวดหลังร้าวลงขา 2 ข้าง
2. ผู้ป่วยบอกว่าปวดหลัง ร้าวลงขา pain score= 4 คะแนน
3. Film L-S spine AP,Lat พบมี Lumbar Spinal stenosis L2-S1
4. MRI L-S spine Lumbar Spinal stenosis L2-S1

วัตถุประสงค์ ลดอาการปวดหลัง

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยมีอาการปวดลดลง pain score <3 คะแนน
2. ผู้ป่วยนอนหลับพักผ่อนได้

กิจกรรมการพยาบาล

1. สอนและแนะนำผู้ป่วยเรื่องการประเมินความปวดโดยใช้ pain scale (0-10) ให้ประเมินระดับความปวดด้วยตนเอง ตั้งแต่ 0 ถึง 10 คะแนน, 0 หมายถึงไม่ปวด, 10 หมายถึงปวดมากที่สุด

2. แนะนำให้นอนพักบนที่นอนที่แน่นในท่านอนหงายราบ ใช้หมอนรองใต้เข่า 1 ใบ ให้ข้อเข่าและข้อสะโพกงอเล็กน้อย ช่วยให้กล้ามเนื้อต้นขาด้านหลัง กล้ามเนื้อหลังและหน้าท้องผ่อนคลาย สำหรับท่านอนตะแคงวางหมอนระหว่างขา และใช้หมอนพยุงทางด้านหลังตามแนวความยาวของหลัง[10] เนื่องจากท่าที่งอเข่าและงอสะโพกเป็นท่าที่ลดความตึงตัวของกล้ามเนื้อหลังทำให้เส้นประสาท sciatic หย่อนมากที่สุด[11] ลดอาการปวด เวลาพลิกตะแคงตัวให้พลิกไปทั้งตัว ไม่ให้หลังบิด[10]

3. หลีกเลี่ยงท่าที่จะเพิ่มแรงดันต่อหมอนรองกระดูกสันหลังบริเวณบั้นเอว เช่น การใช้หลังก้มลงหยิบของ การยกของหนัก แนะนำหลีกเลี่ยงการเดินหรือยืนนานๆ[10]

4. แนะนำเทคนิคการบรรเทาอาการปวด ให้หายใจเข้าออกลึกๆ ช้าๆ และสม่ำเสมอ เบี่ยงเบนความปวดโดยการอ่านหนังสือ ดูโทรทัศน์ ฟังเพลง[10]

5. บรรเทาความปวดโดยการให้ยาแก้ปวด Tramal ยาคลายกล้ามเนื้อ Norgesic ยาต้านการอักเสบ (Nonsteroidal anti-inflammatory drugs หรือ NSAIDs) Diclofenac ตามแผนการรักษา

การประเมินผล ผู้ป่วยปวดหลังลดลง pain score = 2 คะแนน นอนหลับพักผ่อนได้

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2. การดูแลตนเองบกพร่องในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เนื่องจากขาทั้ง 2 ข้างอ่อนแรง

ข้อมูลสนับสนุน

1. มีอาการปวดหลัง ชาขา 2 ข้างและขา 2 ข้างอ่อนแรง motor power grade 4 ทั้ง 2 ข้าง
2. เดินเข้าห้องน้ำต้องหยุดพัก
3. ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้น้อยลง

วัตถุประสงค์ สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้

เกณฑ์การประเมินผล ผู้ป่วยสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้มากขึ้น

กิจกรรมการพยาบาล

1. ให้ผู้ป่วยได้ทำกิจกรรมต่างๆ ด้วยตนเอง เช่น การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเกี่ยวกับการทำความสะอาดร่างกาย เพื่อช่วยลดความรู้สึกความบกพร่องในการดูแลตนเองและให้ญาติช่วยผู้ป่วย

ในกรณีที่ปฏิบัติเองไม่ถนัด เช่น การทำความสะอาดบริเวณหลัง การรับประทานอาหาร การขับถ่าย การเปลี่ยนอิริยาบถให้เวลาผู้ป่วยในการทำกิจวัตรประจำวัน[10]

2. จัดสิ่งของเครื่องใช้ให้สะดวกในการหยิบ พร้อมทั้งกระตุ้นให้ช่วยเหลือตนเอง เพื่อให้กล้ามเนื้อและข้อต่างๆได้มีการเคลื่อนไหว[10]

3. ส่งเสริมให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกอบอุ่น

ประเมินผล ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้มากขึ้น และได้รับความช่วยเหลือจากผู้ดูแลในการทำกิจกรรมที่ตนเองไม่สามารถทำได้

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 3. เสี่ยงต่อการเกิดพลัดตกหกล้ม

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยมีอาการชาและอ่อนแรงที่ขา 2 ข้าง motor power grade 4 ทั้งสองข้าง
2. ประเมิน Fail risk assessment ได้ 65 คะแนน

วัตถุประสงค์ ไม่เกิดการพลัดตกหกล้ม

เกณฑ์การประเมิน

1. ผู้ป่วยไม่เกิดพลัดตกหกล้ม
2. ผู้ป่วยและครอบครัวปฏิบัติตามคำแนะนำเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มได้ถูกต้อง

กิจกรรมพยาบาล

1. ประเมินการรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดพลัดตกหกล้มของผู้ป่วย และครอบครัวอธิบายให้ทราบถึงสาเหตุที่อาจทำให้เกิดการพลัดตกหกล้ม และอันตรายที่เกิดขึ้นจากการพลัดตกหกล้ม[12]

2. แนะนำญาติจัดสภาพแวดล้อมในบ้านไม่ให้มีความเสี่ยงต่อการเกิดพลัดตกหกล้ม ห้องน้ำไม่ให้พื้นเปียกน้ำ เพื่อระวังพื้นลื่นในห้องน้ำ แนะนำให้มีราวจับในห้องน้ำ ให้ระมัดระวังทางต่างระดับต่างๆในบ้าน[12]

3. ให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มแก่ผู้ป่วยและครอบครัวดังนี้ แนะนำครอบครัวไม่ปล่อยผู้ป่วยอยู่ตามลำพังต้องมีญาติมาอยู่เป็นเพื่อนผู้ป่วย แนะนำครอบครัวเกี่ยวกับการช่วยเหลือผู้ป่วยขณะฝึกเดิน ดูแลไม่ให้ใส่ถุงเท้าขณะฝึกเดิน ใส่เข็มขัดรัดเอวแก่ผู้ป่วยทุกครั้งก่อนลุกยืนเดินทุกครั้งเพื่อให้สามารถจับผู้ป่วยได้มั่นคงขณะพาผู้ป่วยเดิน ยืนอยู่ด้านข้างผู้ป่วยตลอดเวลาและดูแลไม่ให้ผู้ป่วยปล่อยมือจากอุปกรณ์ช่วยเดินขณะเดิน ดูแลให้ผู้ป่ายใส่กางเกงหรือผ้าถุงที่ไม่ยาวเกินไป[12]

การประเมินผล

ผู้ป่วยไม่เกิดพลัดตกหกล้ม ผู้ป่วยและครอบครัวรับรู้ถึงความสี่ยงที่จะเกิดการพลัดตกหกล้มจากสภาวะของโรคที่มีอาการชาและขา 2 ข้างอ่อนแรง และปฏิบัติตามคำแนะนำของพยาบาลในการป้องกันการพลัดตกหกล้ม

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 4. พร่องความรู้ในการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยบอกว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง ไม่มีอาการ จึงไม่ได้รับการรักษา
2. ความดันโลหิต 192/92 มิลลิเมตรปรอท

วัตถุประสงค์

มีความรู้ในการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง

เกณฑ์การประเมินผล

มีความรู้ในการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง

กิจกรรมการพยาบาล

1. สร้างสัมพันธภาพโดยการพูดคุยและแสดงท่าทีที่เป็นกันเอง เพื่อให้เกิดความไว้วางใจ[13]

2. ประเมินทัศนคติต่อโรคความดันโลหิตสูง ความต้องการแก้ไขปัญหาสุขภาพ เพื่อเป็นแนวทางในการให้คำปรึกษา[13]

3. ให้ข้อมูลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพและปัญหาสุขภาพที่ตรวจพบเพื่อให้ผู้ป่วยทราบสุขภาพของตนเองรวมถึงสร้างความตระหนักในปัญหาสุขภาพ ให้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญของอาการเตือน โดยให้ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง โรคไขมันในเลือดสูง อันตรายของโรคความดันโลหิตสูง โรคไขมันในเลือดสูง และชี้ให้เห็นโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจและสมอง เพื่อให้ผู้ป่วยทราบและตระหนักที่จะแก้ไขปัญหาสุขภาพของตนเองและมาตรวจรักษาอย่างต่อเนื่องตามแพทย์นัด[13]

4. แนะนำการรับประทานอาหารรสจืดและรับประทานยาลดความดันโลหิตอย่างต่อเนื่องตามแผนการรักษา

5. สร้างความตระหนักให้ผู้ป่วยเกี่ยวกับอาการของโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ อาการปากเบี้ยว พูดไม่ชัด แขนขาซีกใดซีกหนึ่งอ่อนแรง ผู้ป่วยต้องรีบมาโรงพยาบาลให้เร็วที่สุด ให้ความรู้เรื่องการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน หมายเลขโทรศัพท์ 1669[5]

6. ติดตามค่าความดันโลหิตเมื่อมาตรวจตามนัด ถ้าพบความดันโลหิตสูงเกิน 180/110 มิลลิเมตรปรอท รายงานแพทย์

ประเมินผล

ผู้ป่วยมารักษาตามนัดอย่างต่อเนื่อง ความดันโลหิตอยู่ในช่วง 120/60-154/91 มิลลิเมตรปรอท ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคหลอดเลือดสมองจากความดันโลหิตสูง ไม่มีอาการปากเบี้ยว พูดไม่ชัด แขนขาซีกใดซีกหนึ่งอ่อนแรง

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 5. มีภาวะซีดจากการขาดธาตุเหล็ก

ข้อมูลสนับสนุน

1. บ่นเหนื่อยง่ายเวลาทำกิจวัตรประจำวัน อ่อนเพลีย

2. เยื่อบุตาซีด ปลายมือปลายเท้าเย็น

3. ผลการตรวจ CBC Hb 5.1 g/dl, Hct 17.6 %, MCV 69.5

วัตถุประสงค์ ภาวะซีดลดลง

เกณฑ์การประเมินผล

Hb 12-15 g/dl, Hct 37-47 %

กิจกรรมการพยาบาล

1. แนะนำให้นอนพักเพื่อลดการใช้ออกซิเจนของผู้ป่วย ไม่ออกกำลังกายมาก ลดภาวะที่ตึงเครียดทางอารมณ์จิตใจ สิ่งแวดล้อมที่สงบเงียบเพื่อช่วยให้หลับพักผ่อนได้[7]

2. แนะนำให้รับประทานอาหารที่มีคุณค่าสูง เช่น โปรตีนที่ย่อยงายจากปลา ไข่ เครื่องในสัตว์ เป็นต้น ให้รับประทานผักใบเขียว

3. ดูแลให้ได้รับยา Ferrous fumarate 200 mg 1 เม็ดวันละ 3 เวลาหลังอาหารเช้า กลางวัน เย็น

4. ประเมินค่าฮีโมโกลบินและค่าฮีมาโตคริต หลังได้รับยากระตุ้นให้เกิดการสร้างเม็ดเลือดแดง

การประเมินผล ซีดลดลง Hb 10.2 g/dl, Hct 31.2 % เหนื่อยน้อยลงเวลาทำกิจวัตรประจำวัน

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 6. มีโอกาสเกิดภาวะลิ่มเลือดอุดตันที่สมองและส่วนต่างๆ ของร่างกายจากภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยบอกว่ามีอาการใจสั่น
2. EKG พบ Occasional PVC
3. Echocardiogram LVEF 68% ผลการตรวจ Holter เป็น Paroxysmal AF

วัตถุประสงค์ ไม่เกิดภาวะลิ่มเลือดอุดตันที่สมองและส่วนต่างๆของร่างกาย

เกณฑ์การประเมินผล

ไม่มีอาการแสดงของภาวะลิ่มเลือดอุดตันส่วนต่างๆของร่างกาย เช่น

- ลิ่มเลือดอุดตันที่สมอง อาการแสดงคือระดับความรู้สึกตัวลดลง แขนขาอ่อนแรง ปากเบี้ยว พูดไม่ชัด
- อุดตันในหลอดเลือดแดงปอด จะมีอาการเหนื่อยทันทีทันใด ไอเป็นเลือด ความดันโลหิตต่ำ
- อุดตันส่วนปลายบริเวณแขนขาจะมีอาการปวดบวมบริเวณเหนือที่มีการอุดตัน ผิวหนังซีดลง

กิจกรรมการพยาบาล

1. วัดสัญญาณชีพทุกครั้งที่มาตรวจห้องตรวจผู้ป่วยนอก
2. ประเมินความเสี่ยงดังต่อไปนี้

- ประเมินและสังเกตอาการแสดงการเกิดลิ่มเลือดอุดตันในสมอง ได้แก่ ระดับความรู้สึกตัวลดลง แขนขาอ่อนแรง ปากเบี้ยว พูดไม่ชัด[8] เป็นต้น
- ประเมินอาการแสดงของภาวะลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดแดงปอด (Pulmonary thromboembolism: PE) เช่น อาการเหนื่อยที่เป็นขึ้นทันทีทันใด อาการเจ็บหน้าอกไอเป็นเลือด ความดันโลหิตต่ำ ชีพจรเร็ว[8]
- ประเมินอาการแสดงของภาวะลิ่มเลือดอุดตันที่หลอดเลือดแดงส่วนปลาย เช่น อาการปลายมือปลายเท้าเย็น มีอาการปวดกล้ามเนื้อ ผิวหนังบริเวณที่มีการอุดตัน ซีดลง แขนหรือขาที่มีการอุดตันจะมีขนาดใหญ่หรือบวมกว่าข้างที่ปกติ[8]

หากมีสัญญาณเตือนถึงความผิดปกติดังกล่าวเกิดขึ้น เตรียมพร้อมให้การช่วยเหลืออย่างรวดเร็ว[8]

3. ให้ความรู้ผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับการสังเกตอาการและอาการแสดงของการเกิดลิ่มเลือดอุดตันที่สมอง ที่ปอดและหลอดเลือดส่วนปลายดังที่กล่าวมาข้างต้น ให้รีบมาโรงพยาบาลหรือโทรศัพท์หมายเลข 1669 บริการการแพทย์ฉุกเฉินทันที

การประเมินผล

1. ไม่มีอาการแสดงของภาวะลิ่มเลือดอุดตันที่สมอง รู้สึกตัวดี ไม่มีแขนขาอ่อนแรง ไม่มีปากเบี้ยว
2. ไม่มีอาการแสดงของภาวะลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดแดงปอด หายใจปกติ 20 ครั้งต่อนาที
3. ไม่มีอาการแสดงของภาวะลิ่มเลือดอุดตันส่วนต่างๆของร่างกาย ปลายมือปลายเท้าแดงดี

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 7. ขาดความรู้ในการฟื้นฟูสมรรถภาพของกล้ามเนื้อหลังและขา

ข้อมูลสนับสนุน

ผู้ป่วยไม่ทราบวิธีปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพของกล้ามเนื้อหลังและขา

วัตถุประสงค์ มีความรู้ในการฟื้นฟูสมรรถภาพของกล้ามเนื้อหลังและขา

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยตอบคำถามเรื่องการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพของกล้ามเนื้อหลังและขาได้ถูกต้อง

2. ผู้ป่วยปฏิบัติตามการสอนเรื่องการฟื้นฟูสมรรถภาพของกล้ามเนื้อหลังและขาได้

กิจกรรมการพยาบาล

1. ให้คำแนะนำ สอน สาธิตวิธีการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพของกล้ามเนื้อหลังและขา การใช้อุปกรณ์พยุงหลังและอุปกรณ์ช่วยเดินแก่ผู้ป่วยโดยวางแผนและนัดหมายฝึกการดูแลร่วมกันในทีมสหสาขาวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล นักกายภาพบำบัด[12]

2. ทบทวน ติดตาม และประเมินผล โดยการสอบถามและทดลองให้ปฏิบัติการบริหารกล้ามเนื้อต้นขา กล้ามเนื้อหลัง การใส่อุปกรณ์พยุงหลัง และการใช้อุปกรณ์ช่วยเดิน[12]

3. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามภายหลังให้คำแนะนำ การสอน สาธิต และตอบข้อสงสัย[12]

ประเมินผล

ผู้ป่วยตอบคำถามเรื่องการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพของกล้ามเนื้อหลังและขาได้ถูกต้อง ปฏิบัติตามการสอนเรื่องการฟื้นฟูสมรรถภาพของกล้ามเนื้อหลังและขาได้

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 8. ผู้ป่วยและครอบครัวมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรค การผ่าตัด และการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด

ข้อมูลสนับสนุน ผู้ป่วยและครอบครัวมีสีหน้าวิตกกังวล ซักถามเกี่ยวกับโรค การผ่าตัด การปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัดและผู้ป่วยไม่เคยได้รับการผ่าตัดมาก่อน

วัตถุประสงค์ ผู้ป่วยและครอบครัวคลายความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรค การผ่าตัด การปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด

เกณฑ์การประเมินผล

ผู้ป่วยและครอบครัวมีความวิตกกังวลลดลง มีสีหน้ายิ้มแย้มแจ่มใสขึ้น

กิจกรรมการพยาบาล

1. สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วย สอนด้วยท่าทางเป็นมิตร ให้เกิดความอบอุ่นใจ ไว้ใจ[10,12]

2. ให้ข้อมูล อธิบายให้ผู้ป่วยและครอบครัวเข้าใจเกี่ยวกับโรค การรักษา การให้ยาระงับความรู้สึก การผ่าตัดและการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังส่วนเอวตามความเหมาะสมกับการรับรู้[10,12]

3. อธิบายให้ผู้ป่วยทราบถึงการเตรียมความพร้อมด้านร่างกาย ประเมินสภาพร่างกาย ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน การเตรียมตัวก่อนผ่าตัด ดูแลทำความสะอาดร่างกายทั่วไป บันทึกอาการทางระบบประสาท งดอาหารและน้ำก่อนผ่าตัด 6 ชั่วโมง[10,12]

4. การเตรียมด้านอุปกรณ์และเอกสาร ตรวจสอบใบยินยอมผ่าตัด ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เตรียมเลือดตามแผนการรักษา[10,12]

5. ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตนภายหลังผ่าตัด เมื่อรู้สึกปวดแผลผ่าตัดให้บอกเจ้าหน้าที่พยาบาลทันที เพื่อให้การบรรเทาปวดด้วยยาได้ผลดี มีประสิทธิภาพ เมื่อรู้สึกคลื่นไส้ อาเจียนให้ตะแคงหน้าไปข้างใดข้างหนึ่ง ผู้ป่วยจะได้รับการพลิกตะแคงตัวแบบพลิกไปทั้งตัวอย่างถูกวิธี และสอนผู้ป่วยเกี่ยวกับการหายใจเข้าออกลึก ๆยาวๆเต็มที่ การไออย่างมีประสิทธิภาพ การออกกำลังกาย กล้ามเนื้อส่วนต่างๆของร่างกาย เช่น กล้ามเนื้อแขน กล้ามเนื้อก้น กล้ามเนื้อขา การออกกำลังกายข้อเท้า[10,12]

6. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยพูดคุย ซักถาม

การประเมินผล

ผู้ป่วยและครอบครัวมีความวิตกกังวลลดลง มีสีหน้ายิ้มแย้มแจ่มใสขึ้น

ระยะที่ 2 ติดตามหลังผ่าตัด

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 9 พร่องความรู้ในการดูแลแผลผ่าตัด

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยผ่าตัด Posterior Instrumentation L2-S1, Decompression Laminectomy L2-S1
2. มีแผลผ่าตัดบริเวณหลัง รอบแผลผ่าตัดแดงเล็กน้อย ไม่มีสารคัดหลั่งซึม

วัตถุประสงค์ มีความรู้ในการดูแลแผลผ่าตัด

เกณฑ์การประเมินผล

มีความรู้ในการดูแลแผลผ่าตัด

กิจกรรมการพยาบาล

1.แนะนำเกี่ยวกับการดูแลแผลหลังตัดไหม ไม่ให้แผลเปียกน้ำ ไม่แกะเกาแผล10 จนกว่าแผลแห้งติดดี

2. แนะนำการรับประทานอาหารที่มีโปรตีนสูง เช่น เนื้อสัตว์ ไข่ นม เป็นต้น

3. แนะนำให้สังเกตอาการผิดปกติของแผล เช่น มีไข้ แผลบวมแดงร้อน มีหนองหรือเลือดซึม หรือแผลแยกหลังตัดไหม[10] ให้มาโรงพยาบลก่อนวันนัด

การประเมินผล

มีความรู้ในการดูแลแผลผ่าตัด แผลผ่าตัดบริเวณหลัง หลังตัดไหม แผลแห้งดี ไม่มีแผลแยก ไม่มีสารคัดหลั่งซึม

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 10. ผู้ป่วยและครอบครัวขาดความรู้ความเข้าใจ เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้าน

ข้อมูลสนับสนุน

ผู้ป่วยและครอบครัวไม่ทราบว่าต้องปฏิบัติตัวอย่างไรเมื่อกลับไปอยู่บ้าน

วัตถุประสงค์ ผู้ป่วยและครอบครัวมีความรู้ความเข้าใจในการดูแลตนเองและการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้าน

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยและครอบครัวบอกว่ามีความรู้ความเข้าใจในการดูแลตนเองและการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้าน
2. ผู้ป่วยและครอบครัวตอบคำถามเกี่ยวกับการดูแลตนเองและการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้านได้ถูกต้อง

กิจกรรมการพยาบาล

1. ให้ความรู้ และฝึกทักษะแก่ผู้ป่วยและครอบครัวครอบคลุมตามขั้นตอน D-METHOD[12]

2. สอน และสาธิตวิธีการปฏิบัติตัวแก่ผู้ป่วยโดยวางแผนร่วมกันในทีมสหสาขาและนัดหมายฝึกการดูแลร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัว[12]

3. ทบทวนติดตามและประเมินผลผู้ป่วยและครอบครัว เรื่องการดูแลตนเองและการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้าน

การประเมินผล

ผู้ป่วยและครอบครัวมีความรู้ความเข้าใจ ตอบคำถามเกี่ยวกับการดูแลตนเองและการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้านได้ถูกต้อง

สรุปและอภิปรายผล

ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 69 ปี มารักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลเจ้าพระยายมราช มีอาการนำมาด้วย ปวดหลังร้าวบริเวณขา 2 ข้าง ร่วมกับมีอาการชาและขาอ่อนแรง 2 ข้าง จากผล Film และ MRI L- S spine วินิจฉัยเป็น Spinal stenosis L2-S1 การรักษาเริ่มจากการแบบประคับประคอง โดยการให้ยา การทำกายภาพบำบัด และการฝังเข็ม ภายหลังจากให้การรักษาแบบประคับประคองแล้วไม่ได้ผล แพทย์จึงพิจารณาผ่าตัด สอดคล้องกับพยาธิสภาพของโรคและข้อบ่งชี้ในการผ่าตัด[4,12] คือ มีอาการของโรคไม่ทุเลาหลังจากได้รับการรักษาแบบประคับประคองอย่างเต็มที่แล้วไม่ได้ผลและมีอาการปวดที่รุนแรงจนทำให้สูญเสียคุณภาพชีวิตที่ดี[12] ในขณะรักษาโรคโพรงกระดูกสันหลังส่วนเอวตีบแคบ พบโรคร่วมต่างๆ ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคซีดจากการขาดธาตุเหล็ก และโรคหัวใจ AF แต่เนื่องจากโรคโพรงกระดูกสันหลังส่วนเอวตีบแคบไม่ได้คุกคามชีวิต ผู้ป่วยมีโรคร่วม 3 โรคเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญมีผลต่ออัตราการตายของผู้ป่วยในช่วงก่อนและหลังผ่าตัด จึงสามารถชะลอการผ่าตัดและผ่าตัดได้เมื่อร่างกายมีความพร้อมและควบคุมโรคร่วมให้อยู่ในเกณฑ์ที่ดีได้โดยร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนก่อนและหลังผ่าตัด พยาบาลได้ใช้กระบวนการพยาบาล ปัญหาทุกปัญหาได้รับการแก้ไข ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนที่คุกคามชีวิต ได้รับการฟื้นฟูสภาพร่างกาย มีทีมสหวิชาชีพร่วมให้การดูแลรักษาพยาบาลอย่างต่อเนื่อง

ความยุ่งยากในการดำเนินการ/ปัญหาและอุปสรรค

1. ผู้ป่วยในกรณีศึกษาเป็นผู้สูงอายุ เป็นอุปสรรคต่อความสามารถในการการเรียนรู้ จดจำ และการแสวงหาความรู้ในด้านการดูแลตนเอง พยาบาลต้องใช้ความรู้ ความสามารถการสอนและการสื่อสารให้เกิดความรู้ ความเข้าใจในการดูแลตนเอง ติดตาม และทบทวนเป็นระยะๆ โดยให้ครอบครัวมีส่วนร่วม ในทุกขั้นตอน เนื้อหาในการสอนต้องสอนซ้ำเนื่องจากผู้ป่วยอาจจำได้ไม่หมด สอนจนสามารถปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้อง การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยในด้านการดูแลตนเองที่ถูกต้องก่อนได้รับการผ่าตัดเป็นส่วนหนึ่งของกิจกรรมการพยาบาลที่มีผลต่อการลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดได้ เป็นการเพิ่มการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองช่วยฟื้นฟูสภาพสภาพหลังการผ่าตัด ลดความตึงเครียด ลดความวิตกกังวล ในการเผชิญปัญหาของผู้ป่วย ส่งผลให้สภาวะร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยกลับเข้าสู่สภาวะปกติได้รวดเร็ว ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนและลดจำนวนวันนอนโรงพยาบาลลงได้

2. ผู้ป่วยมีโรคร่วม 3 โรค ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคซีดจากการขาดธาตุเหล็ก และโรคหัวใจเต้นผิดจังหวะ AF โรคร่วมที่ผู้ป่วยเป็นอยู่ถือเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญมีผลต่ออัตราการตายของผู้ป่วยในช่วงก่อนและหลังการผ่าตัด พยาบาลมีบทบาทสำคัญโดยการใช้กระบวนการพยาบาล 5 ขั้นตอน เพื่อป้องกันไม่ให้โรคร่วมพัฒนารุนแรงมากขึ้นและลดภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้น ให้ผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลางการรักษา สนับสนุนผู้ป่วยให้มีบทบาทในการจัดการภาวะสุขภาพของตนเองและการประสานส่งต่อให้การดูแลรักษาอย่างเป็นระบบและเชื่อมโยงโดยทีมสหสาขาวิชาชีพสุขภาพ ผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่ได้คือผู้ป่วยสามารถควบคุมโรคร่วมให้อยู่ในเกณฑ์ที่ดี สามารถผ่าตัดได้

ข้อเสนอแนะ

จากการศึกษาในกรณีศึกษาพบว่าผู้ป่วยขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัดรวมถึงการดูแลตนเองต่อที่บ้าน ข้อเสนอแนะควรมีแนวทางเดียวกันในการดูแลผู้ป่วยโรคโพรงกระดูกสันหลังส่วนเอวตีบแคบทั้งก่อนและหลังผ่าตัดรวมถึงการดูแลตนเองต่อที่บ้านโดยทีมสหวิชาชีพ

เอกสารอ้างอิง

1. สายสมร บริสุทธิ์,อารีรัตน์ วรพิมล,ไสว นรสาร. แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสันหลังสำหรับพยาบาลทั่วไป. กรุงเทพมหานคร: ธนาเพลส; 2560.
2. กิตติ จิระรัตนโพธิ์ชัย, เสมอเดือน ดามวัลย์, ชัช สุมนานนท์. โรคกระดูกสันหลังเสื่อม หลักฐานเชิงประจักษ์ เล่ม 2. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2554.
3. โรงพยาบาลเจ้าพระยายมราช. ศูนย์ข้อมูลสารสนเทศ. เวชระเบียนผู้ป่วย ปี 2563-2565 .สุพรรณบุรี โรงพยาบาลเจ้าพระยายมราช; 2565.
4. ยงศักดิ์ หวังรุ่งทรัพย์. ภาวะโพรงกระดูกสันหลังส่วนเอวตีบ. ใน วรัท ทรรศนะวิภาส,สุรินทร์ ธนพิพัฒนศิริ, กิตติ จิระรัตนโพธิ์ชัย, สมบัติ คุณากรสวัสดิ์, วิชาญ ยิ่งศักดิ์มงคล, มงคล ฉัตรศรีนพคุณ, ต่อพงษ์ บุญมาประเสริฐ, บรรณาธิการ.ตำรากระดูกสันหลัง. กรุงเทพมหานคร: ราชวิทยาลัยออร์โธปิดิกส์แห่งประเทศไทย; 2557.
5. บงกช อนุฤทธิ์ประเสริฐ. คู่มือการพยาบาลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ สำหรับผู้ป่วยนอกงานการพยาบาลตรวจรักษาผู้ป่วยนอก[อินเตอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 2 ตุลาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก https://www2.si.mahidol.ac.th/division/nursing/sins/attachments/article/858/hypertensionOPD.pdf
6. วนิดา จงอรุณงามแสง. เอกสารคำสอนเรื่องการประเมินและเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด[อินเทอร์เน็ต]ม.ป.ป. [เข้าถึงเมื่อ 20 พฤศจิกายน 2566]. เข้าถึงได้จาก http://www.anes.detanespmk.com>download.pdf
7. ณรงค์กร ชัยวงศ์. เอกสารประกอบการสอนวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ 2 การพยาบาลผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่มีปัญหาเกี่ยวกับระบบเลือด[อินเตอร์เน็ต]ม.ป.ป[เข้าถึงเมื่อ 25 กันยายน 2566]. เข้าถึงได้จาก http://dspace.bru.ac.th>xmlui>bitstream>handle
8. ดารณี เจริญรื่น,นงค์นุช แนะแก้ว.คู่มือการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิด Atrial fibrillation (AF) ระยะเฉียบพลันทางยา[อินเตอร์เน็ต]. 2562 [เข้าถึงเมื่อ 2 ตุลาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก https://www2.si.mahidol.ac.th/division/nursing/sins/index.php/manual/698-manual-atrial-fibrillation-af
9. อารีย์ รังสวัสดิ์จิตร์. ศึกษาการให้ความรู้ในการดูแลตนเองต่อการปฏิบัติเพื่อการฟื้นสภาพของผู้ป่วยสูงอายุหลังการผ่าตัดกระดูกสันหลัง[ปริญญาโท]. กรุงเทพมหานคร:มหาวิทยาลัยรามคำแหง; 2556.
10. วรรณี สัตยวิวัฒน์. การพยาบาลผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์.พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพมหานคร:เอ็นพีเพรส; 2551.
11. ต่อพงษ์ บุญมาประเสริฐ. เอกสารคำสอนเรื่องปวดหลัง-ปวดคอและโรคข้อต่อกระดูกสันหลังเสื่อม [อินเตอร์เน็ต]. 2557 [เข้าถึงเมื่อ 20 พฤศจิกายน 2566]. เข้าถึงได้จาก: https://w1.med.cmu.ac.th>image>Dr.Torpong.pdf
12. ปภาภิน ศิริผล. คู่มือการพยาบาลผู้ป่วยโรคโพรงกระดูกสันหลังส่วนเอวตีบแคบที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังส่วนเอว. [อินเตอร์เน็ต]. 2559 [เข้าถึงเมื่อ 2 ตุลาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก https://www2.si.mahidol.ac.th/division/nursing/sins/attachments/article/227/spinal%20bone.pdf
13. วนิดา แสวงผล.การพยาบาลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงร่วมกับไขมันในเลือดสูงและภาวะอ้วนลงพุง: กรณีศึกษา[อินเตอร์เน็ต]. ม.ป.ป[เข้าถึงเมื่อ 2 ตุลาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก https://datahpc9.anamai.moph.go.th /groupsr/allfile/1418714222.pdf