

การพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังระดับคอที่มีภาวะช็อกจากระบบประสาท
ร่วมกับภาวะการหายใจล้มเหลว: กรณีศึกษา

Nursing Care for a patient with Cervical Spinal Cord Injury complicated by
Neurogenic Shock and Respiratory Failure: Case Study.

(Received: August 27,2025 ; Revised: August 30,2025 ; Accepted: August 31,2025)

สลิลลา เลิศวงศ์อุดมพร¹

Salinla Lertwongudomporn¹

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นกรณีศึกษา มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังระดับคอที่มีภาวะช็อกจากระบบประสาทร่วมกับภาวะการหายใจล้มเหลว โดยศึกษาในผู้ป่วยชาย อายุ 64 ปี โรงพยาบาลชุมชนส่งมารักษาต่อ ด้วยประวัติการเจ็บป่วยเกิดอุบัติเหตุเดินล้มล้ม ศีรษะด้านหลังกระแทกพื้น หลังจากนั้นแขน ขา ทั้ง 2 ข้างอ่อนแรง 7 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล แพทย์วินิจฉัยว่าผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บไขสันหลังระดับคอที่ 3 และ 4 ระยะก่อนผ่าตัดมีภาวะช็อกจากระบบประสาท ติดเชื้อทางเดินปัสสาวะระยะหลังผ่าตัด 24 ชั่วโมง เกิดภาวะปอดอักเสบ หัวใจเต้นช้า ปอดแฟบ กระตุกบริเวณใบหน้าซีกซ้าย หายใจลำบาก โปรตีนในเลือดต่ำ หยาเครื่องช่วยหายใจยาก ได้รับการรักษาด้วยสารน้ำทางหลอดเลือดดำ ยาเพิ่มความดันโลหิต ยาปฏิชีวนะ โปรตีนอัลบูมิน ทำผ่าตัดเอาหมอนรองกระดูกที่กดประสาทไขสันหลังออกและเชื่อมกระดูกคอ ใส่ท่อช่วยหายใจและเครื่องช่วยหายใจ เจาะคอ การพยาบาลที่สำคัญ ประเมินสัญญาณชีพ ประเมินอาการทางระบบประสาท ประเมินความเพียงพอของสารน้ำ ดูแลให้ยาเพิ่มความดันโลหิต ยาปฏิชีวนะ ยาเพิ่มการบีบตัวของหัวใจ ให้อาหารเหลวทางสายยาง ดูแลให้ผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจอย่างมีประสิทธิภาพ หยาเครื่องช่วยหายใจเมื่อสภาพผู้ป่วยดีขึ้น ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับคอ และจากการเคลื่อนไหวร่างกายไม่ได้ หลังได้รับการรักษาพยาบาลผู้ป่วยได้รับการแก้ไขปัญหามาหมดไป แต่ยังคงช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ แขน ขา ทั้ง 2 ข้างอ่อนแรง กำลังกล้ามเนื้อ เกรด 0 ต้องฟื้นฟูกำลังกล้ามเนื้อและการทำงานของเส้นประสาทอย่างต่อเนื่อง ซึ่งใช้เวลานาน แพทย์จึงส่งกลับไปดูแลต่อที่โรงพยาบาลชุมชน รวมระยะเวลาอยู่โรงพยาบาล 46 วัน

คำสำคัญ: บาดเจ็บไขสันหลังระดับคอ, ภาวะช็อกจากระบบประสาท, ภาวะการหายใจล้มเหลว

Abstract

This study was case study. The objective was to study nursing care for a patient with Cervical Spinal Cord Injury complicated by Neurogenic Shock, and Respiratory Failure. The study was conducted on a 64-year-old male patient who was referred to a community hospital for further treatment. He had a history of illness and an accident which he fell and hit the occipital region of his head. Following that, both arms and legs became weak. Seven hours before coming to the hospital, the doctor diagnosed him with a cervical spinal cord injury at levels 3 and 4. Preoperatively, he developed neurological shock and a urinary tract infection. Within 24 hours, he developed pneumonia, bradycardia, atelectasis, left hemifacial spasm, difficulty breathing, and hypoproteinemia. Treatment include Intravenous fluids, vasopressor, anticholinergic, steroids, antibiotics, and albumin Infusion. The operation performed was Anterior Cervical Discectomy and Fusion (ACDF) with metallic cage anterior plating, intubation and ventilator, and tracheostomy. Nursing interventions included assessing vital signs, assessing neurological signs, assessing fluid adequacy, administering vasopressor, steroids, antibiotics, and anticholinergic drug, providing a blenderized diet, using the ventilator effectively, weaning the ventilator upon signs of improvement in the condition, and preventing postoperative complications related to cervical spine surgery and immobility. After receiving treatment, the patient's condition resolved completely. He remained unable to self-care, with weakness in both arms and legs, The muscle strength was grade 0, requiring continuous rehabilitation of muscle strength and nerve

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า จังหวัดสมุทรสงคราม

function, which takes a long time. The doctor subsequently referred him back to a community hospital for continued care. The total length of stay was 46 days.

Keywords: Cervical Spinal Cord Injury, Neurogenic Shock, Respiratory Failure

บทนำ

การบาดเจ็บไขสันหลังเป็นภาวะคุกคามต่อชีวิตและมักเกิดขึ้นอย่างเฉียบพลัน ในประเทศที่พัฒนาพบอุบัติการณ์การเกิดประมาณ 10.4 – 130.6 รายต่อประชากร 1 ล้านคนต่อปี¹ จากสถิติในประเทศไทยพบการบาดเจ็บไขสันหลังจากอุบัติเหตุจราจร ร้อยละ 57 และการพลัดตกหกล้ม ร้อยละ 31.4 โดยเป็นกลุ่มผู้ใหญ่ ซึ่งมีอายุเฉลี่ย 45.1 ปี และเป็นเพศชายสูงถึงร้อยละ 67.5² เมื่อเกิดการบาดเจ็บไขสันหลัง ทำให้เกิดการบวมของประสาทไขสันหลัง ร่วมกับการตายของเซลล์ประสาท จากการเปลี่ยนแปลงภาวะสมดุลและขาดเลือดไปเลี้ยง ทำให้ผู้ป่วยสูญเสียความสามารถในการเคลื่อนไหว และการช่วยเหลือตนเอง ในการทำกิจวัตรประจำวันหลายด้าน เกิดความบกพร่องการทำงานของระบบต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง เนื่องจากการบาดเจ็บที่เกิดขึ้น เช่น ระบบทางเดินหายใจ ระบบไหลเวียนเลือดและหลอดเลือด ระบบทางเดินอาหาร ระบบขับถ่าย ระบบผิวหนัง ระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ ระบบสืบพันธุ์ เป็นต้น³ ซึ่งขึ้นอยู่กับชนิดการบาดเจ็บว่าเป็นแบบชนิดไม่สมบูรณ์หรือแบบสมบูรณ์ และระดับของไขสันหลังที่ได้รับบาดเจ็บ ได้แก่ ระดับคอ (C1 – C8) ระดับทรวงอก (T1 – T12) ระดับเอว (L1 – L5) ระดับกระดูกกระเบนเหน็บ (S1 – S5) และกระดูกก้นกบ โดย การบาดเจ็บไขสันหลังระดับคอเป็นอันตรายสูงสุด เนื่องจากมีผลต่อการทำงานของระบบทางเดินหายใจและระบบประสาทส่วนกลาง ทำให้ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการหายใจล้มเหลว อัมพาตทั้งตัว อัมพาตครึ่งล่าง และเสียชีวิต⁴ นอกจากนี้ยังทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนตามมาหลายอย่าง ซึ่งภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อย คือ ภาวะช็อกจากไขสันหลัง ภาวะช็อกจากระบบประสาท ความเจ็บปวด การเกิดแผลกดทับ การติดเชื้อทั้งในระบบทางเดินปัสสาวะ และภาวะปอดอักเสบ ติดเชื้อ ปอดแฟบ ภาวะเส้นเลือดดำอักเสบหรือ ลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำ เป็นต้น อีกทั้งการ

บาดเจ็บไขสันหลัง ยังส่งผลกระทบทางด้านจิตใจ อารมณ์และสังคม เช่น เกิดความกลัว ความวิตกกังวล การสูญเสียภาพลักษณ์ การสูญเสียอาชีพ ขาดรายได้ รู้สึกเป็นภาระของครอบครัว การดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้จึงมีความสำคัญตั้งแต่ระยะวิกฤต โดยมีเป้าหมาย เพื่อค้นหาการบาดเจ็บรุนแรงที่อาจทำให้เสียชีวิตได้อย่างรวดเร็ว ได้แก่ การประเมินการหายใจ การประเมินระบบไหลเวียนโลหิต และให้การรักษาอย่างทันทั่วถึง เพื่อลดการบาดเจ็บเพิ่มของ ไขสันหลัง ลดอัตราการตาย และการป้องกันภาวะแทรกซ้อน จนกระทั่งถึงระยะฟื้นฟู ซึ่งถือว่าเป็นระยะที่มีความสำคัญในการดูแล เพื่อส่งเสริมและช่วยให้เกิดการฟื้นฟูของระบบประสาทไขสันหลัง ได้แก่ กำลังของกล้ามเนื้อและการรับรู้ความรู้สึก รวมไปถึงป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนในหลายๆระบบดังกล่าวมาข้างต้น³ โดยพบว่าจำนวนผู้รอดชีวิตจากการบาดเจ็บไขสันหลังและเข้าสู่ระยะฟื้นฟูมีแนวโน้มสูงขึ้นถึงร้อยละ 87 ในระยะเวลา 2 ปี หลังการจำหน่ายกลับบ้าน²

หอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูก โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า มีหน้าที่ให้บริการดูแลรักษาผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บหรือมีพยาธิสภาพของกระดูก กล้ามเนื้อ เอ็น เส้นประสาท และข้อต่อต่างๆ โดยในปี พ.ศ. 2564, 2565, และ 2566 มีผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บกระดูกสันหลังส่วนคอจำนวน 7, 10, และ 12 รายตามลำดับ⁵ ซึ่งพบจำนวนน้อยเมื่อเทียบกับผู้ป่วยอื่น แต่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น จากประสบการณ์การปฏิบัติงานพบว่าผู้ป่วยกลุ่มนี้มักมีการเจ็บป่วยที่รุนแรง โดยมีปัญหาการบาดเจ็บไขสันหลังร่วมด้วย เนื่องจากประสบอุบัติเหตุอย่างรุนแรง ส่งผลต่อการทำงานของร่างกายผิดปกติอย่างมาก เช่น การสูญเสียการทำงานของระบบประสาทการเคลื่อนไหว การรับรู้ความรู้สึก ระบบประสาทอัตโนมัติ ระบบหายใจล้มเหลว หรือการทำงานของลำไส้และกระเพาะปัสสาวะผิดปกติ มีอาการปวดรุนแรง ลำตัว แขนหรือขาชาและอ่อนแรง ในบางราย เกิดภาวะช็อกจากไขสันหลัง ช็อกจาก

ระบบประสาท ต้องการการดูแลช่วยเหลือและการรักษาอย่างทันทั่วทั้งที่ นอกจากนี้ผู้ป่วยกลุ่มนี้ต้องนอนพักรักษาในโรงพยาบาลและนอนบนเตียงนาน ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ แผลกดทับ ปอดอักเสบ ติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ ข้อติดแข็ง รวมทั้งเมื่อจำหน่ายกลับบ้านแล้ว บางรายต้องกลับเข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำหลายครั้ง เนื่องจากเกิดภาวะแทรกซ้อน ดังนั้นพยาบาลจำเป็นต้องพัฒนาความรู้เรื่องพยาธิสรีรวิทยา อาการและอาการแสดง การรักษา การพยาบาลในระยะเฉียบพลัน จนถึงระยะฟื้นฟูสภาพ เพื่อนำองค์ความรู้มาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วย ส่งผลให้ลดการบาดเจ็บของไขสันหลัง ลดอัตราการเสียชีวิต และการป้องกันภาวะแทรกซ้อน ตั้งแต่ระยะวิกฤต ระยะดูแลต่อเนื่องในโรงพยาบาล จนกระทั่งถึงระยะฟื้นฟู ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถกลับไปอยู่ในสังคมได้เร็วที่สุด และมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาปัญหาและการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังระดับคอที่มีภาวะช็อกจากระบบประสาท ร่วมกับภาวะการหายใจล้มเหลว

วิธีการศึกษา

1. ศึกษาสถิติ/ข้อมูลผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังระดับคอของหอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูก ย้อนหลัง 3 ปี
2. เลือกผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังระดับคอที่มีภาวะช็อกจากระบบประสาทร่วมกับภาวะการหายใจล้มเหลว เป็นกรณีศึกษาจำนวน 1 ราย เนื่องจากเป็นผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อน รุนแรง ซึ่งต้องใช้ความรู้ความชำนาญ ประสบการณ์สูงในการดูแลทั้งในระยะก่อนผ่าตัด ระยะหลังผ่าตัด และระยะก่อนจำหน่าย
3. ศึกษาทฤษฎี แนวคิดที่เกี่ยวข้อง จากเอกสารตำราวิชาการ บทความและงานวิจัยต่างๆ

4. รวบรวมข้อมูลของผู้ป่วยกรณีศึกษา จากประเมินสภาพทั้งร่างกายและจิตใจ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการและการรักษาของแพทย์

5. วิเคราะห์ข้อมูล ค้นหา ประเมินปัญหา ความต้องการของผู้ป่วยกรณีศึกษา กำหนดแผนการพยาบาลตามกระบวนการพยาบาล 5 ขั้นตอน ได้แก่ การประเมินภาวะสุขภาพ การวินิจฉัยการพยาบาล การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาลและการประเมินผลการพยาบาล

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้ทำการพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วยตาม Belmont Report โดยการแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอน พร้อมทั้งให้ลงนามยินยอม และให้ความร่วมมือในการรวบรวมข้อมูล สามารถเข้าร่วม หรือสามารถปฏิเสธที่จะไม่เข้าร่วมการศึกษาในครั้งนี้ได้ โดยไม่มีผลต่อการให้บริการใดๆ ที่จะได้รับ สำหรับข้อมูลที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้จะไม่มีการเปิดเผยให้เกิดความเสียหายแก่ผู้ป่วย การนำเสนอผลการศึกษาเป็นแบบภาพรวมและใช้ประโยชน์ในการศึกษาเท่านั้น

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไป

ผู้ป่วยชายไทย อายุ 64 ปี นับถือศาสนาพุทธ สถานภาพสมรสคู่ อาชีพรับจ้าง การศึกษา ประถมศึกษาปีที่ 7 รับประทาน 27 มกราคม พ.ศ. 2567 การวินิจฉัยโรค Spinal cord injury at C3, C4 การผ่าตัด ACDF with Metallic cage anterior plating วันที่ 30 มกราคม พ.ศ. 2567

อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล

แขนขา ทั้ง 2 ข้างอ่อนแรง ยกยับไม่ได้ 7 ชั่วโมง ก่อนมาโรงพยาบาล

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน

7 ชั่วโมง ก่อนมาโรงพยาบาล หลังดื่มสุรา เดิน หกล้ม ศีรษะด้านหลังกระแทกพื้น หลังจากนั้นแขน ขา ทั้ง 2 ข้าง อ่อนแรง ยกยับไม่ได้ ญาติจึงนำส่งโรงพยาบาล ชุมชน พบมีปัญหาคความดันโลหิตต่ำ แพทย์วินิจฉัย Spinal cord injury with Shock ได้รับการรักษาด้วย IV

Fluid load และ Levophed ⑤ drip keep BP และ
ส่งรักษาต่อโรงพยาบาลจังหวัด

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต

10 ปีก่อน เป็นโรคความดันโลหิตสูง รักษาไม่ต่อเนื่อง

ประวัติการแพ้ยา/ใช้สารเสพติดและอื่นๆ

ดื่มสุรา ½-1 ขวด/วัน และสูบบุหรี่ 1 ซอง/วัน

การประเมินสภาพร่างกายแรกรับ

ผู้ป่วยรู้ตัวดี GCS = 10 คะแนน (E₄M₁V₅) แขน ขา ทั้ง
2 ข้าง ไม่เคลื่อนไหว กำลังกล้ามเนื้อเกรด 0 ขาดั้งแต่
ไหล่ถึงปลายเท้า ความรุนแรงของอาการชาระดับ 1
สัญญาณชีพ BT= 36.6°C, PR = 60 beat/min, RR =
24 beat/min, BP = 100/60 mmHg, O₂ sat = 99%
Bulbocavernosus reflex negative

แผนการพยาบาล

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
ระยะก่อนผ่าตัด ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1 ผู้ป่วยมีภาวะ ช็อกจากระบบประสาทเนื่องจากการทำงาน ของระบบประสาทซิมพาเทติกลดลงจาก ไขสันหลังได้รับบาดเจ็บ ข้อมูลสนับสนุน 1. ผู้ป่วยมาด้วย 7 ชั่วโมงก่อนมา หลังดื่ม สุรา เดินหลังล้ม ศีรษะด้านหลังกระแทกพื้น หลังจากนั้น แขน ขา ทั้ง 2 ข้างอ่อนแรง ยก ขยับไม่ได้ ญาติจึงนำส่งโรงพยาบาลชุมชน แรกรับ แขน ขาทั้ง 2 ข้างไม่เคลื่อนไหว กำลังกล้ามเนื้อเกรด 0 BP ต่ำ = 70/40 mmHg, PR ช้า = 54 beat/min, RR = 18 beat/min EKG 12 lead พบ Sinus bradycardia ให้การรักษาด้วย NSS ⑤ load 1,500 ml, Levophed (4:250) ⑤ drip 10 ml/hr, Atropine 1.2 mg ⑤ และ ส่งรักษาต่อที่โรงพยาบาลประจำจังหวัด 2. ผล CT C-spine พบ non displaced fracture of cervical spine, grade I retrolisthesis of C3 on C4, cervical spondylosis with disc space narrowing of C4 - C5 level 3. MRI C-spine พบ Retrolisthesis of C4 over C5 and C5 over C6, Disc disruption spinal canal stenosis at C3/4, C4/5 and C5/6 levels, spinal contusion at C4/5 level 4. แพทย์วินิจฉัยเป็น Spinal cord injury at C3, C4 with Neurogenic shock วัตถุประสงค์การพยาบาล 1. เพื่อเพิ่มปริมาณสารน้ำในระบบไหลเวียน เลือดให้เพียงพอ	1. ประเมินสัญญาณชีพ ประเมินค่า Mean Arterial Pressure (MAP) ระดับความรู้สึกตัว ทุก 30 นาที ทดสอบ Capillary refill time ทุก 1 ชั่วโมง เพื่อเฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลงของระบบ ไหลเวียนเลือด 2. ตรวจวัดและประเมิน O₂ sat ทุก 1 ชั่วโมง เพื่อประเมินภาวะเนื้อเยื่อร่างกายขาดออกซิเจน 3. on Monitor EKG เพื่อติดตามลักษณะคลื่นไฟฟ้าหัวใจอย่างต่อเนื่อง 4. ดูแลให้ O₂ Mask with bag 10 lit/min เพื่อเพิ่มปริมาณออกซิเจนในระบบไหลเวียนเลือด 5. ประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะเนื้อเยื่อขาดออกซิเจน ได้แก่ หายใจหอบเหนื่อย ปลายมือ ปลายเท้าเขียว หายใจเร็วตื่น ไขก้นกล้ามเนื้อ หน้าที่อง กล้ามเนื้อคอช่วยในการหายใจ ริมฝีปากเขียวคล้ำ กระสับกระส่าย ระดับความรู้สึกตัวลดลง ความแรงของชีพจรส่วนปลาย ลดลง ผิวหนังเย็นและชื้น O₂ sat < 90% Capillary refill time ≥ 3 วินาที 6. ใส่สายสวนปัสสาวะ บันทึกปริมาณปัสสาวะ ทุก 1 ชั่วโมง เพื่อประเมินการทำงานของไต และประเมินอาการขาดน้ำ 7. ดูแลให้ Levophed (4:250) ⑤ drip rate 10 ml/hr titrate ทีละ 5 ml/hr keep BP > 90/60 mmHg โดยบริหารยาผ่านเครื่อง infusion pump เฝ้าระวังผลข้างเคียง ได้แก่ ปวด ศีรษะ หัวใจเต้นช้าหรือเต้นผิดจังหวะ คลื่นไส้ อาเจียน และปัสสาวะคั่ง เนื้อเยื่อบริเวณที่ได้รับ ยาถูกทำลายจากการรั่วของยา (Extravasation) เป็นต้น 8. ดูแลให้ Dexamethasone 4 mg ⑤ q 6 hr ตามแผนการรักษา เพื่อลดการอักเสบและบวม ของเส้นประสาทไขสันหลังที่ได้รับบาดเจ็บ เฝ้าระวังผลข้างเคียง ได้แก่ ปวดศีรษะ เลือดออกใน ทางเดินอาหาร ระดับน้ำตาลในเลือดสูง ติดเชื้อในร่างกาย ความดันโลหิตสูง 9. ดูแลให้ NSS 1,000 ml ⑤ drip rate 80 ml/hr เพื่อเพิ่มปริมาณสารน้ำในระบบไหลเวียน เลือด 10. ติดตามผลการตรวจ Bulbocavernosus reflex ทุก 8 ชั่วโมง เพื่อประเมินการฟื้นภาวะช็อก และการฟื้นตัวของเส้นประสาทไขสันหลัง ประเมินผลการพยาบาล ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี แขน ขา 2 ข้าง ขา ไม่เคลื่อนไหว สัญญาณชีพ PR = 58 - 70 beat/min, RR = 20-24 beat/min, BP = 112/63 - 120/83 mmHg, MAP = 80 - 95 mmHg, Pulse pressure = 37 - 49 mmHg, O₂ sat = 97- 98%, Capillary refill time < 2 วินาที ให้ Levophed (4:250) ⑤ drip rate 5 ml/hr, urine output 70 - 85 ml/hr ทดสอบ Bulbocavernosus reflex positive

ตารางที่ 1 ข้อวินิจัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
2. เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากภาวะช็อก	
ข้อวินิจัยการพยาบาลที่ 2 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการบาดเจ็บของไขสันหลังเพิ่มขึ้นเนื่องจากกระดูกสันหลังส่วนคอเคลื่อน และยังไม่ยึดตรึง ข้อมูลสนับสนุน 1. ผู้ป่วยหกล้ม ศีรษะด้านหลังกระแทกพื้น แขนขาทั้ง 2 ข้าง ไม่เคลื่อนไหว ชาตั้งแต่ไหล่ถึงปลายเท้า อาการชาอยู่ระดับ 1 สามารถรับรู้ความรู้สึกได้เล็กน้อย (Impaired) 2. ยังไม่ได้รับการผ่าตัด 3. ผล CT C-spine พบ non displaced fracture of cervical spine, grade I retrolisthesis of C3 on C4, cervical spondylosis with disc space narrowing of C4 - C5 level 4. MRI C-spine พบ Retrolisthesis of C4 over C5 and C5 over C6, Disc disruption spinal canal stenosis at C3/4, C4/5 and C5/6 levels, spinal contusion at C4/5 level วัตถุประสงค์การพยาบาล เพื่อป้องกันการบาดเจ็บของไขสันหลังเพิ่มขึ้น	1. จัดทำนอนราบหรือศีรษะสูงเล็กน้อย เพื่อป้องกันไขสันหลังได้รับบาดเจ็บหรือถูกทำลายมากขึ้น 2. พลิกตะแคงตัวผู้ป่วยแบบท่อนซุง (Log rolling) โดยใช้เจ้าหน้าที่อย่างน้อย 3 คน พลิกตะแคงตัวให้ไหล่ ลำตัวและสะโพก ไปพร้อม ๆ กัน ไม่ให้ส่วนคอและหลังบิด 3. สวมใส่อุปกรณ์พยุงคอ (Soft collar support) เพื่อให้กระดูกคออยู่ในแนวตรงป้องกันไขสันหลังได้รับบาดเจ็บ 4. ประเมินการทำหน้าที่ของระบบประสาทและกล้ามเนื้อ เพื่อเฝ้าระวังการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจากการกดทับไขสันหลังเพิ่มขึ้น โดยการตรวจกำลังกล้ามเนื้อ การตอบสนองอัตโนมัติ ให้ผู้ป่วยยับยั้งหรือยกแขน ขาให้ได้มากที่สุดเท่าที่ทำได้ การรับรู้ความรู้สึก โดยประเมินอาการชาของแขน ขาที่อาจเกิดขึ้นใหม่หรือชามากกว่าเดิมและสอบถามอาการชา ทุก 4 ชั่วโมง รายงานแพทย์หากมีอาการทางระบบประสาทไขสันหลังทรุดลง 5. สอบถามผู้ป่วยถึงอาการหายใจขัด หายใจไม่อึด หรือรู้สึกหายใจไม่สะดวก 6. สังเกตและประเมินลักษณะการหายใจ การเคลื่อนไหวของทรวงอกขณะหายใจเข้าและออก เพื่อเฝ้าระวังภาวะการหายใจลำบาก และการหยุดหายใจ 7. ตรวจวัดสัญญาณชีพ O₂ sat ทุก 1 ชั่วโมง เพื่อประเมินและติดตามอาการแสดงของภาวะหายใจลำบาก เช่น อัตราการหายใจ และการเต้น ชีพจรเร็ว 8. เตรียมความพร้อมรถ Emergency เพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างทันเวลาที่หากผู้ป่วยภาวะการหายใจลำบาก และการหยุดหายใจ ประเมินผลการพยาบาล ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี แขน ขาทั้ง 2 ข้าง ไม่เคลื่อนไหว กำลังกล้ามเนื้อเกรด 0 ระดับการชาตั้งแต่ไหล่ถึงปลายเท้าเท่าเดิม BT= 36-38.4°C, PR = 58 -70 beat/min, RR = 20-24 beat/min, BP= 112/63 - 120/83 mmHg, O₂ sat = 97- 98% ลักษณะการหายใจปกติ ทรวงอกเคลื่อนไหวปกติขณะหายใจเข้าและออก ไม่ใช้กล้ามเนื้อคอหรือกล้ามเนื้อหน้าท้องช่วยในการหายใจ
ข้อวินิจัยการพยาบาลที่ 3 ผู้ป่วยติดเชื้อทางเดินปัสสาวะเนื่องจากภูมิคุ้มกันลดลงและใส่คาสายสวนปัสสาวะ ข้อมูลสนับสนุน 1. ผู้ป่วยดื่มสุราเป็นประจำ ½-1 ขวด/วัน โดยแอลกอฮอล์มีผลทำให้จำนวนเซลล์เม็ดเลือดขาวลดลง จึงติดเชื้อได้ง่าย 2. ผู้ป่วยควบคุมการถ่ายปัสสาวะไม่ได้ต้องใส่คาสายสวนปัสสาวะ 3. มีไข้ BT = 37.9°C - 38.6°C 4. Urine exam พบ RBC 10 - 20 cell/CFU, WBC > 100 cell/CFU, Bacteria numerous 5. Urine culture พบ Enterococcus faec > 10⁵ CFU/mL วัตถุประสงค์การพยาบาล 1. เพื่อลดและกำจัดเชื้อที่เป็นสาเหตุทำให้ติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ 2. เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ	1. ให้การพยาบาลตามหลัก Aseptic technique เพื่อลดการปนเปื้อนเชื้อโรคเข้าสู่ร่างกายผู้ป่วย โดยการรักษาความสะอาด ล้างมืออย่างถูกวิธีทุกครั้งก่อนและหลังให้การพยาบาล 2. ทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ด้วยน้ำสบู่ เช้า-เย็น ทำความสะอาดหลังถ่ายอุจจาระทุกครั้ง 3. แขนถุงเก็บปัสสาวะต่ำกว่าระดับกระเพาะปัสสาวะ และห่างจากพื้น อย่างน้อย 15 เซนติเมตร 4. ดูแลสายสวนปัสสาวะไม่ให้หัก บิด งอหรืออุดตัน เพื่อช่วยปัสสาวะไหลสะดวก ป้องกันการคั่งค้างของปัสสาวะ ปิบริดสายบ่อยๆ เพื่อทำให้เกิดแรงดูดสิ่งที่ติดอยู่ในสายให้ออกมา 5. ล้างมือให้สะอาดก่อน-หลังเทน้ำปัสสาวะ เช็ดปลายท่อสำหรับเทน้ำปัสสาวะก่อนและหลังเทน้ำปัสสาวะ ด้วย 70% แอลกอฮอล์ทุกครั้ง เทน้ำปัสสาวะทุก 8 ชั่วโมงหรือเมื่อมีน้ำปัสสาวะประมาณ 3/4 ของถุงร่อนน้ำปัสสาวะ 6. ดูแลสายสวนปัสสาวะให้เป็นระบบปิดตลอดเวลา หากพบการรั่ว อุดตันให้เปลี่ยนหรือใส่สายสวนปัสสาวะใหม่ 7. ระวังไม่ให้สายสวนปัสสาวะดึงรั้ง ยึดตรึงของสายสวนปัสสาวะตลอดเวลา เพื่อป้องกันเนื้อเยื่อทางเดินปัสสาวะบาดเจ็บเป็นแผล และเกิดการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะซ้ำได้ 8. พลิกตะแคงตัวผู้ป่วยทุก 2 ชั่วโมง เพื่อลดการเกิดตะกอนในน้ำปัสสาวะ 9. ดูแลให้ NSS 1,000 ml ⑤ drip rate 80 ml/hr เพื่อช่วยชะล้างแบคทีเรียออกจากทางเดินปัสสาวะ 10. ประเมินลักษณะ สีของปัสสาวะ หากมีอาการผิดปกติที่เป็นการแสดงถึงการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ เช่น ปัสสาวะมีสีขุ่น มีตะกอน หรือมีเลือดปน รายงานแพทย์ทราบ

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
	11. ฉีดยา Ceftriaxone 2 gm ⑤ OD ตามแผนการรักษา เพื่อฆ่าเชื้อแบคทีเรีย ฝ้าระว่างผลข้างเคียง ได้แก่ แพ้รุนแรง (ผื่นลมพิษ บวมที่หน้า ริมฝีปาก คอและลิ้น หายใจลำบาก) คลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสีย มีไข้ หนาวสั่น ต่อมมน้ำเหลืองโต ชัก อักเสบบริเวณที่ฉีดยา 12. ตรวจวัดสัญญาณชีพ ทุก 4 ชั่วโมง เพื่อประเมินภาวะไข้ ประเมินผลการพยาบาล ผู้ป่วยไม่มีไข้ BT= 36.0-37.5°C ปัสสาวะสีเหลืองใส ออกดี ในช่วงก่อนผ่าตัด ไม่ได้ส่งตรวจ Urine exam และ Urine culture ซ้ำ
ระยะหลังผ่าตัด 24 ชั่วโมง ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1 ผู้ป่วยหายใจเองไม่เพียงพอ เนื่องจากกล้ามเนื้อช่วยหายใจทำงานลดลง จากเส้นประสาทควบคุมการเคลื่อนไหวของกะบังลมและกล้ามเนื้อยึดซี่โครงบาดเจ็บ ฤทธิ์ของยาระงับความรู้สึก ร่วมกับการระบายอากาศลดลงจากเสมหะคั่งค้างในทางเดินหายใจ ข้อมูลสนับสนุน - แพทย์วินิจฉัย Spinal cord injury at C3, C4 - ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัด ACDF with Metallic cage anterior plating C3, C4 โดยการระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย ยาที่ใช้ในการระงับความรู้สึกมีฤทธิ์กดศูนย์หายใจ ได้แก่ Thiopental, Fentanyl, Morphine ซึ่งฤทธิ์ยาอาจตกค้างในร่างกาย - Spontaneous tidal volume 150 ml วัตถุประสงค์การพยาบาล - เพื่อป้องกันเนื้อเยื่อร่างกายขาดออกซิเจน - เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยหายใจเองได้	- ตรวจวัดสัญญาณชีพ ทุก 15 นาที 4 ครั้ง ทุก 30 นาที 2 ครั้ง และทุก 1 ชั่วโมง จนคงที่และปกติ - ติดตามค่า O₂ sat ทุก 15 – 30 นาที - สังเกตและเฝ้าระวังอาการและอาการแสดงของภาวะเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจน ได้แก่ ระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลง กระสับกระส่าย สับสน เหงื่อออก ปลายมือ ปลายเท้าเย็น และริมฝีปากซีดเขียว หัวใจเต้นเร็วผิดปกติหรือผิดปกติหวั่น ความดันโลหิตสูงในช่วงแรก - ดูแลให้ on Ventilator PCAC mode, PEEP 5 cmH₂O, FiO₂ 0.4 - ดูแล ET -Tube ให้อยู่ในตำแหน่งที่เหมาะสม ไม่หัก พับ งอ วัด cuff pressure ไม่เกิน 25 mmHg เพื่อป้องกันหลอดลมได้รับบาดเจ็บ เยื่อหลอดลมขาดเลือด - ดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง โดยดูดเสมหะเมื่อมีข้อบ่งชี้ ได้แก่ มองเห็นได้ในท่อช่วยหายใจ ได้ยินเสียงเสมหะในท่อช่วยหายใจ ฟังเสียงปอดได้ยินเสียง crepitation - จัดท่านอนหายใจศีรษะสูง 30 องศา เพื่อให้ปอดขยายตัวได้เต็มที่ เพิ่มพื้นที่ในการแลกเปลี่ยนออกซิเจนมากขึ้น - วัดค่า Spontaneous tidal volume ทุก 8 ชั่วโมง - สังเกตลักษณะการหายใจ การขยายตัวของทรวงอกและฟังเสียงลมเข้าปอดทั้งสองข้าง ติดตามผล ABG - สอนผู้ป่วยฝึกการหายใจเข้าและออกลึกๆ เพื่อเสริมความแข็งแรงของกล้ามเนื้อการหายใจ และช่วยเพิ่มปริมาณออกซิเจนในร่างกาย - ประเมินข้อบ่งชี้ในการหย่าเครื่องช่วยหายใจ ได้แก่ สัญญาณชีพปกติ มีความสมดุลของเกลือแร่ในเลือด spontaneous tidal volume มากกว่าหรือเท่ากับ 5 ml ต่อน้ำหนักตัว 1 kg ค่า O₂ sat มากกว่า 90% ABG พบค่า PaO₂ มากกว่า 60 mmHg, ค่า PaCO₂ = 35-45 mmHg ประเมินผลการพยาบาล ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี หายใจกระตุ้นเครื่องช่วยหายใจและสัมพันธ์กับเครื่องช่วยหายใจ สัญญาณชีพปกติ PR = 60-80 beat/min, RR = 18-22 beat/min, BP = 90/60-118/70 mmHg, O₂ sat = 100%, Spontaneous tidal volume = 400 - 503 ml ไม่ได้เจาะเลือดส่งตรวจ ABG หลังผ่าตัด 1 วัน try wean ventilator จน off ventilator และ ET. tube ได้ ให้เป็น O₂ mask with bag และ O₂ Cannula ตามลำดับ ผู้ป่วยหายใจเองได้ ไม่เหนื่อย O₂ sat = 96-98%
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2 ผู้ป่วยเกิดภาวะปอดอักเสบเนื่องจากมีเสมหะคั่งค้างในปอด ข้อมูลสนับสนุน - ก่อนผ่าตัดผู้ป่วยมีน้ำลายในปาก และเสมหะในคอจำนวนมาก ขับออกเองไม่ได้ - หลังผ่าตัดมีเสมหะในท่อช่วยหายใจจำนวนมาก สีขาวขุ่นเหนียวข้น ขับออกเองไม่ได้ - หลังผ่าตัด 6 ชั่วโมง มีไข้ BT= 37.8°C - CXR portable พบมี Pneumonia	- ตรวจวัดสัญญาณชีพ อุณหภูมิร่างกายทุก 4 ชั่วโมง เพื่อประเมินอาการแสดงของการติดเชื้อ - ดูดเสมหะเมื่อมีข้อบ่งชี้ โดยการดูดในปากก่อน และดูดเสมหะในท่อช่วยหายใจในลำดับต่อไป เพื่อป้องกันการสำลักและการปนเปื้อนเชื้อ ใช้แรงดันในการดูดเสมหะไม่เกิน 120 mmHg เพื่อป้องกันการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อทางเดินหายใจ - ดูแลให้ NSS 1,000 ml ⑤ drip rate 80 ml/hr ตามแผนการรักษา เพื่อช่วยทำให้เสมหะที่คั่งค้าง อยู่ในปอดอ่อนตัวลงและขับออกมาได้ง่ายขึ้น - ดูแลรักษาความสะอาดในช่องปากและฟันทุก 8 ชั่วโมง เพื่อช่วยลดเชื้อแบคทีเรียในช่องปาก ซึ่งอาจทำให้ปอดอักเสบเพิ่มขึ้น - ให้การพยาบาลด้วย technique universal precaution เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ โดยการล้างมือก่อนและหลังให้การพยาบาล ใส่ผ้าปิดปาก-จมูกทุกครั้ง ทำความสะอาดปลายเปิดท่อช่วยหายใจและปลายข้อต่อช่วยหายใจ fingertip suction ด้วยสำลีชุบ 70%

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
5. Sputum gram stain พบ Gram negative cocci 6. Sputum C/S พบ Moderate Pseudomonas aeruginosa วัตถุประสงค์การพยาบาล 1. เพื่อลดและกำจัดเชื้อที่เป็นสาเหตุทำให้เกิดปอดอักเสบ 2. เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ 3. เพื่อป้องกันการติดเชื้อในกระแสเลือดจากปอดอักเสบ	alcohol ก่อนและหลังดูดเสมหะ ใส่ระวางและหน้ากากใน Ventilator circuit เพื่อป้องกันไหลย้อนเข้าทางท่อช่วยหายใจ 6. สังเกตลักษณะ สี กลิ่นและปริมาณของเสมหะว่ามีเปลี่ยนแปลงไปจากเดิมหรือไม่ 7. ดูแลให้ได้รับยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษา ได้แก่ 7.1 Ceftriaxone 2 gm $\odot$ OD x 3 วัน ใส่ระวางผลข้างเคียงจากยา ได้แก่ แพ้รุนแรง (ผื่นลมพิษ บวมที่หน้าริมฝีปาก คอและลิ้น หายใจลำบาก) คลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสีย มีไข้ นานวสันตมน้ำเหลืองโต ชัก อักเสบบริเวณที่ฉีดยา 7.2 Clindamycin 600 mg $\odot$ q 8 hr x 5 วัน ใส่ระวางผลข้างเคียงจากยา ได้แก่ แพ้รุนแรง (ผื่นลมพิษ บวมที่หน้าริมฝีปาก คอและลิ้น หายใจลำบาก) คลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสีย ผื่นแดง ปัสสาวะน้อยลง ตัวเหลือง ตาเหลือง ปัสสาวะสีเข้ม 7.3 Tazocin 4.5 gm $\odot$ q 8 hr x 15 วัน ใส่ระวางผลข้างเคียงจากยา แพ้รุนแรง (ผื่นลมพิษ บวมที่หน้าริมฝีปาก คอและลิ้น หายใจลำบาก) ตัวเหลือง ตาเหลือง เลือดกำเดาไหล ชัก ปัสสาวะสีแดงหรือน้ำตาล เม็ดเลือดขาวต่ำ เกล็ดเลือดต่ำ ภาวะช็อคจากเม็ดเลือดแดงแตก 8. ดูแลให้ Flumucil 1 x 3 pc NG Tube feed เพื่อช่วยลดความชื้นของเสมหะ ทำให้ขับเสมหะออกจากระบบทางเดินหายใจได้ง่ายขึ้น 9. ประเมิน SIRS criteria ทุก 4 ชั่วโมง เพื่อติดตามอาการแสดงของการติดเชื้อในกระแสเลือด ได้แก่ 1) $BT > 38^{\circ}C$ หรือ $< 36^{\circ}C$ 2) Heart rate > 90 beat/min 3) Respiratory rate > 20 beat/min หรือ $PaCO_2 < 32$ mmHg 4) WBC $> 12,000$ cell/mm³ หรือ $< 4,000$ cell/mm³ หรือมี band form neutrophil $> 10\%$ 10. ติดตามผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ Sputum culture, Sputum gram stain, WBC และผล CXR เพื่อติดตามผลการดูแลรักษา ประเมินผลการพยาบาล ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี หายใจไม่เหนื่อย ไม่มีไข้ $BT = 36.7 - 37.5^{\circ}C$ ไม่พบ SIRS criteria เสมหะในท่อช่วยหายใจยังมีปริมาณมาก สีขาวขุ่น ฟังปอดพบเสียง crepitation ผล CXR ซ้ำ พบ infiltration both lung แต่ลดลงจากเดิม
ระยะพักฟื้น ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดปริมาณเลือดออกจากหัวใจในหนึ่งนาที่ลดลง เนื่องจากหัวใจเต้นช้า ข้อมูลสนับสนุน 1. สัญญาณชีพ PR ซ้ำ = 46 -50 beat/min 2. EKG 12 lead พบ Sinus bradycardia วัตถุประสงค์การพยาบาล เพื่อเพิ่มปริมาณเลือดออกจากหัวใจต่อหนึ่งนาที่ให้เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย	1. ประเมินสัญญาณชีพ ประเมินค่า Mean Arterial Pressure (MAP) ระดับความรู้สึกตัว ทดสอบ Capillary refill time ทุก 4 ชั่วโมง เพื่อเฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลงของระบบไหลเวียนเลือด 2. ตรวจวัดและประเมิน O_2 sat ทุก 4 ชั่วโมง เพื่อประเมินว่าเนื้อเยื่อร่างกายส่วนปลายได้รับออกซิเจนเพียงพอหรือไม่ 3. ดูแลให้ผู้ป่วยพักผ่อนอย่างเพียงพอ เพื่อลดการทำงานของหัวใจ และเพิ่มการไหลเวียนกลับของเลือดกลับเข้าสู่หัวใจมากขึ้น 4. ดูแลให้ on Ventilator PCAC mode, PEEP 5 cmH₂O, FiO₂ 0.4 เพื่อให้ออกซิเจนไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจอย่างเพียงพอ 5. ประเมินอาการและอาการแสดงของปริมาณเลือดออกจากหัวใจต่อหนึ่งนาที่ลดลง ได้แก่ ใจสั่น หน้ามืด เวียนศีรษะ สับสน กระสับกระส่าย ชีพจรเต้นเบาเร็ว ปลายมือปลายเท้าเย็น ชีต ปัสสาวะออกน้อย 6. ตรวจ EKG 12 lead ทุกครั้งที่มีอาการเปลี่ยนแปลง และเฝ้าระวังติดตามลักษณะคลื่นไฟฟ้าหัวใจอย่างต่อเนื่อง 7. บันทึกปริมาณสารน้ำเข้าและออกจากร่างกาย โดยเฉพาะปัสสาวะทุก 1 ชั่วโมง เพื่อประเมินการทำงานของไต 8. ฉีด Atropine 1 amp $\odot$ stat ตามแผนการรักษา เพื่อเพิ่มอัตราการเต้นของหัวใจ ใส่ระวางผลข้างเคียง ได้แก่ ม่านตาขยาย ไม่ตอบสนองต่อแสง ตามัว ผิวหนังร้อนแห้ง กลืนลำบาก ปัสสาวะคั่ง หายใจเร็วขึ้น หัวใจเต้นเร็ว อุณหภูมิกายต่ำ ความดันโลหิตสูง 9. เตรียมรถ Emergency with Defibrillator ให้พร้อมใช้เมื่อเกิดภาวะฉุกเฉิน

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
	ประเมินผลการพยาบาล ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี BP= 96/66 - 110/70 mmHg, PR = 60 -70 beat/min (สม่ำเสมอ ความแรงปกติ 3+ เท่ากันทั้ง 2 ข้าง), RR = 20 beat/min, MAP = 76 - 83 mmHg, O₂ sat = 96- 98% ปลายมือ ปลายเท้าอุ่น Capillary refill time < 2 วินาที urine ทาง Foley's catheter ออกเฉลี่ย 70 ml/kg/hr, EKG monitor show normal sinus rhythm
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2 ผู้ป่วยมีภาวะเนื้อเยื่อขาดออกซิเจนเนื่องจากประสิทธิภาพการแลกเปลี่ยนก๊าซภายในปอดลดลงจากปอดติดเชื้อและปอดแฟบ ข้อมูลสนับสนุน 1. หลังผ่าตัดวันที่ 3 ผู้ป่วยหายใจเหนื่อย RR =26 beat/min เสมหะข้นเหนียวจำนวนมาก ไอขับออกมาไม่ได้ O₂sat ต่ำ = 46 - 50%, BP ต่ำ = 65/40 mmHg มีไข้ BT = 37.8°C 2. ผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองไม่ได้นอนอยู่บนเตียงตลอด 3. CXR พบ infiltration both lung และ Left lung atelectasis 4. แพทย์วินิจฉัย Respiratory Failure วัตถุประสงค์การพยาบาล เพื่อเพิ่มปริมาณออกซิเจนให้เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย	1. ตรวจวัดสัญญาณชีพ ประเมินระดับความรู้สึกตัว ค่า O₂ sat ทุก 1 ชั่วโมง เพื่อประเมินและติดตามอาการแสดงของภาวะเนื้อเยื่อขาดออกซิเจน 2. เฝ้าระวังอาการภาวะเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจน เช่น หายใจหอบเหนื่อย ปลายมือ ปลายเท้าเขียว หายใจเร็วตื่น ไข้ กล้ามเนื้อคอและหน้าท้องช่วยในการหายใจ रिมีฝีปากเขียวคล้ำ กระสับกระส่าย หรือระดับความรู้สึกตัวลดลง 3. ฟังเสียงปอดทุก 4 ชั่วโมง เพื่อประเมินเสียงเสมหะ และเสียงลมเข้าปอด 4. ดูแลช่วยแพทย์ใส่ ET tube และ on Ventilator P-CMV mode, FiO₂= 0.4, RR =16 beat/min, IP = 18 cmH₂O, PEEP = 5 cmH₂O 6. จัดท่านอนศีรษะสูง 30-45 องศา เพื่อให้กระบังลมเคลื่อนต่ำลง ปอดขยายตัวได้เต็มที่ และเพิ่มพื้นที่ในการแลกเปลี่ยนก๊าซมากขึ้น 7. ดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง ดูดเสมหะเมื่อมีข้อบ่งชี้ สังเกตลักษณะสีของเสมหะ 8. ดูแลให้ยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษา ได้แก่ Clindamycin 600 mg ⑤ q 8 hr x 5 วัน และ Tazocin 4.5 gm ⑤ q 8 hr x 15 วัน สังเกตและ เฝ้าระวังผลข้างเคียงจากยา 9. ดูแลให้ Levophed (4:250) ⑤ drip rate 5 ml/hr ตามแผนการรักษา เพื่อกระตุ้นการหดตัวของหลอดเลือด มีผลทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น โดยบริหารยาผ่านเครื่อง infusion pump เฝ้าระวังผลข้างเคียง ได้แก่ บวมที่ศีรษะ หัวใจเต้นช้าหรือเต้นผิดปกติ คลื่นไส้ อาเจียน และปัสสาวะคั่ง เนื้อเยื่อบริเวณที่ได้รับยาถูกทำลายจากการรั่วของยา (Extravasation) เป็นต้น 10. สอนผู้ป่วยฝึกการหายใจเข้าและออกลึกๆ เพื่อทำให้กล้ามเนื้อช่วยการหายใจแข็งแรงและช่วยให้ถุงลมปอดขยายตัวเต็มที่ ประเมินผลการพยาบาล ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี หายใจตามเครื่องช่วยหายใจ สัญญาณชีพปกติ BP= 96/66 - 110/70 mmHg, PR = 60 -70 beat/min, RR = 16 beat/min, MAP = 76 - 83 mmHg, O₂ sat = 96- 98% เสมหะสีขาวเหนียว จำนวนมาก ไอขับออกมาไม่ได้ ฟังเสียงปอดพบ crepitation ผลCXR ซ้ำ พบ infiltration both lung
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 3 ผู้ป่วยมีภาวะโปรตีนในเลือดต่ำเนื่องจากร่างกายมีการเผาผลาญพลังงานเพิ่มขึ้นจากการติดเชื้อ ข้อมูลสนับสนุน 1. ผู้ป่วยติดเชื้อที่ปอดและทางเดินปัสสาวะทำให้ร่างกายมีความต้องการใช้พลังงานเพิ่มขึ้น ส่งผลให้มีการสลายโปรตีนเพิ่มขึ้นเพื่อนำไปใช้เป็นพลังงาน 2. ผล LFT พบ Total protein ต่ำ = 4.5 g/dl, Albumin ต่ำ = 1.3 g/dl วัตถุประสงค์การพยาบาล เพื่อเพิ่มปริมาณโปรตีนในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ	1. ประเมินนักโภชนาการ เพื่อให้คำแนะนำและจัดอาหารเหลวทางสายยางในปริมาณและความเข้มข้นของพลังงานให้เหมาะสมกับสภาวะของผู้ป่วย 2. ดูแลให้ BD (1:1) 300 ml x 4 feed x 7 วัน, BD (1.2:1) 300 ml x 4 feed x 26 วัน และ BD (1.5:1) 300 ml x 4 feed จนจำหน่าย 3. ดูแลให้ 20% Albumin 50 ml ⑤ drip in 1 hr q 12 hr x 3 วัน ตามแผนการรักษา 4. เฝ้าระวังอาการของภาวะโปรตีนในเลือดต่ำ ได้แก่ บวมที่เท้า ข้อเท้าและขา กล้ามเนื้ออ่อนแรง กล้ามเนื้อลีบเล็กลง น้ำหนักลดลง 5. ติดตามผลจากตรวจทางห้องปฏิบัติการ Total protein, Albumin ประเมินผลการพยาบาล ผู้ป่วยไม่มีการบวมที่เท้า ข้อเท้าและขา กล้ามเนื้อไม่ลีบ ค่า Total protein เพิ่มขึ้นเป็น 5.0 g/dl, Albumin เพิ่มขึ้นเป็น 2.4 g/dl ไม่ได้ขังน้ำหนักร เนื่องจากผู้ป่วยยืนไม่ได้
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 4 ผู้ป่วยหยาเครื่องช่วยหายใจจากความอ่อนแรงของกล้ามเนื้อหายใจและมีเสมหะในทางเดินหายใจจำนวนมาก	1. ประเมินแพทย์ ENT เพื่อทำผ่าตัดเจาะคอ ตามแผนการรักษา 2. เตรียมความพร้อมด้านร่างกายและจิตใจผู้ป่วยเพื่อทำผ่าตัดเจาะคอ (Tracheostomy) อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติรับทราบเกี่ยวกับแผนการรักษาของแพทย์ และความจำเป็นของการ

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
ข้อมูลสนับสนุน 1. ผู้ป่วยมี Spinal cord injury C3, C4 ส่งผลให้กล้ามเนื้อกะบังลม ที่ทำหน้าที่หลักในการหายใจเข้า ร่วมกับกล้ามเนื้อหน้าท้องที่ช่วยในการไอและขับเสมหะอ่อนแรง 2. ผู้ป่วยมีเสมหะข้นเหนียว จำนวนมาก ไอขับออกเองไม่ได้ วัตถุประสงค์การพยาบาล เพื่อส่งเสริมความสำเร็จของการหยาเครื่องช่วยหายใจ	เจาะคอและใส่ท่อหลอดลมคอ ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นขณะทำและหลังเจาะคอ การดูแลผู้ป่วยเจาะคอ และเซ็นยินยอมรับการผ่าตัด 3. ให้การดูแลผู้ป่วยภายหลังทำผ่าตัดเจาะคอ 3.1 ดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง โดยดูดเสมหะเมื่อมีข้อบ่งชี้ 3.2 ฝึการวางการเกิดภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ การมีเลือดออกรอบ ๆ ตำแหน่งที่เจาะคอ การมีลมอยู่ในเนื้อเยื่อใต้ผิวหนัง 3.3 ทำความสะอาด (Dressing) แผลผ่าตัดเจาะคอ วันละ 2 ครั้ง 3.4 ตรวจสอบ cuff pressure ของท่อหลอดลมคอ ไม่ควรเกิน 20-25 mmHg 4. ประเมินร่างกายภาพบำบัดให้การบำบัดทรวงอก (Chest PT) เพื่อกำจัดเสมหะในทางเดินหายใจและฟื้นฟูสมรรถภาพการหายใจ 5. ดูแลให้ on Ventilator P-CMV IP 18 cmH₂O, FiO₂ 0.4, RR = 16 beat/min และประเมินข้อบ่งชี้ในการหยาเครื่องช่วยหายใจ ได้แก่ ปริมาตรอากาศที่หายใจเข้าหรือออกปกติ 1 ครั้ง (Spontaneous Tidal Volume; STV ≥ 5 ml/kg ระดับความรู้สึกตัวดี RR ≤ 35 beat/min, PR ≤ 120 beat/min, O₂ sat ≥ 95 % ไม่มีภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ ไม่มีการใช้กล้ามเนื้ออื่นช่วยหายใจ PEEP ≤ 8 cmH₂O 6. หากผู้ป่วยมีข้อบ่งชี้ในการหยาเครื่องช่วยหายใจ ปรับรูปแบบเป็น SIMV mode และ CPAP mode ตามลำดับ 7. หากผู้ป่วยมีความผิดปกติขณะหยาเครื่องช่วยหายใจ เช่น RR ≥ 35 beat/min O₂sat ≤ 90%PR ≥ 140 beat/min SBP ≥ 180 mmHg หรือ ≤ 90 mmHg ผู้ป่วยกระสับกระส่าย เหงื่อออกมาก ให้ออกการหยาเครื่องช่วยหายใจ (Liberating) และปรับรูปแบบการหยาเครื่องช่วยหายใจเป็นรูปแบบ (Mode) เดิมก่อนหน้านี้ 8. สอน แนะนำ กระตุ้นให้ผู้ป่วยหายใจอย่างมีประสิทธิภาพ (Deep breathing exercise) เพื่อเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อช่วยหายใจ และทำให้ปอดขยายตัวได้เต็มที่ โดยให้หายใจเข้า-ออกลึกๆ ยาวๆ โดยสูดหายใจเข้าเต็มที่ยาวๆ และผ่อนลมหายใจออกจากปากช้าๆ ในลักษณะการห่อปาก ทำอย่างน้อยวันละ 3 ครั้ง เข้า กลางวัน เย็น โดยทำครั้งละ 10 รอบ 9. สอนการไออย่างมีประสิทธิภาพ โดยหายใจเข้าลึก ๆ ช้า แล้วกลืนหายใจไว้ประมาณ 1-3 วินาที จากนั้นไอออกมาแรง ๆ โดยใช้แรงดันจากช่องท้อง ประเมินผลการพยาบาล หลังได้รับการเจาะคอ 1 วัน ผู้ป่วยไอขับเสมหะออกเองได้ เสมหะน้อยลง หายใจไม่เหนื่อย เริ่มหยาเครื่องช่วยหายใจเป็น SIMV mode และ CPAP mode ตามลำดับในระยะเวลา 1 วัน สามารถถอดเครื่องช่วยหายใจออกได้ ให้เป็น O₂ T-piece 10 lit/min อยู่ 14 วัน และเปลี่ยนเป็น Silver tube tracheostomy ให้เป็น O₂ Collar Mask 10 lit/min
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 5 ผู้ป่วยมีภาวะกล้ามเนื้อใบหน้ากระตุกเนื่องจากการทำงานของเส้นประสาทคู่ที่ 7 ผิดปกติ ข้อมูลสนับสนุน ผู้ป่วยมีอาการกระตุกบริเวณใบหน้า โดยเริ่มจากมุมปาก แก้ม และรอบดวงตาชักขาเป็นครั้งคราว วัตถุประสงค์การพยาบาล 1. เพื่อลดอาการกล้ามเนื้อบริเวณใบหน้าและตากระตุก 2. เพื่อป้องกันการเกิดอันตรายจากกล้ามเนื้อบริเวณใบหน้าและตากระตุก ได้แก่ การแผ่กระจายไปยังกล้ามเนื้อส่วน	1. สังเกต ประเมินอาการกระตุกบริเวณกล้ามเนื้อใบหน้า ลักษณะการกระตุก ความถี่ ระยะเวลา และปัจจัยที่ทำให้มีอาการเป็นมากขึ้นหรือดีขึ้น 2. ทดสอบการมองเห็นของผู้ป่วย โดยให้ผู้ป่วยมองนิ้วและนับนิ้วที่มองเห็นหรืออ่านตัวหนังสือ 3. ดูแลให้ยาต้านอาการชัก ตามแผนการรักษา ได้แก่ 3.1 Keppra 300 mg  q 12 hr x 2 วัน ฝึการวังผลข้างเคียง ได้แก่ ง่วงซึม พฤติกรรมผิดปกติ เช่น ก้าวร้าว วิดกกังวล ซึมเศร้าอารมณ์ อ่อนไหวง่าย เป็นต้น อาเจียน คอหอยอักเสบ เยื่อจมูกอักเสบ การติดเชื้อ 3.2 Clonazepam (2 mg) 1x1 hs ฝึการวังผลข้างเคียง ได้แก่ ง่วงซึม กล้ามเนื้อทำงานไม่ประสานกัน กล้ามเนื้อเปลี่ยน สับสน มึนงง เวียนศีรษะ ใจสั่น ชีพจรเต้นเร็ว 4. ดูแลให้ยา Baclofen (10 mg) ½ x3 pc ตามแผนการรักษา เพื่อลดอาการกล้ามเนื้อเกร็งกระตุก ฝึการวังผลข้างเคียง ได้แก่ ง่วงซึม หายใจช้าหรือตื้น หายใจลำบาก นอนไม่หลับ ท้องผูก เวียนศีรษะ สับสน

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
ต่างๆ ของใบหน้า กล้ามเนื้อกระตุกอย่างต่อเนื่อง พุดไม่ชัด และการมองเห็นผิดปกติ	5. ให้คำแนะนำหลีกเลี่ยงปัจจัยที่ทำให้เกิดอาการกระตุกบริเวณกล้ามเนื้อใบหน้า ได้แก่ ความเครียด การพักผ่อนไม่เพียงพอ การดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ และสูบบุหรี่ ประเมินผลการพยาบาล หลังได้รับการดูแลรักษา 2 วัน ผู้ป่วยไม่มีกระตุกบริเวณใบหน้าและตาซิกขวา การมองเห็นปกติ พุดชัด
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 6 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อเกิดภาวะแทรกซ้อน แผลกดทับ ข้อยึดติด กล้ามเนื้อลีบ ลิ้มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำส่วนลึก เนื่องจากไม่สามารถเคลื่อนไหวตัวเองได้ ข้อมูลสนับสนุน ผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ แขน ขาทั้ง 2 ข้างอ่อนแรง ไม่เคลื่อนไหว และนอนอยู่บนเตียงตลอด วัตถุประสงค์การพยาบาล เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนแผลกดทับ ข้อยึดติด กล้ามเนื้อลีบ ลิ้มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำส่วนลึก	1. ป้องกันการเกิดแผลกดทับ ปฏิบัติดังนี้ 1.1 ประเมินและบันทึกการป้องกันการเกิดแผลกดทับโดยใช้ Barden scale และปฏิบัติตามแนวทางที่ประเมินได้ 1.2 ดูแลผิวหนังให้แห้ง ไม่ให้อับชื้น ดูแลผ้าปูที่นอนให้สะอาด แห้ง และเรียบตึงอยู่เสมอ 1.3 พลิกตะแคงตัวผู้ป่วยอย่างน้อยทุก 2 ชั่วโมง อย่างนุ่มนวล สังเกตผิวหนังว่ามีรอยแดง รอยขีด ถลอก ตามปุ่มกระดูกต่างๆ หรือไม่ 1.4 ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับสารน้ำและอาหารอย่างเพียงพอตามแผนการรักษา 1.5 ทำความสะอาดทุกครั้งที่มีการขับถ่ายอุจจาระและขับปัสสาวะให้แห้ง 1.6 ใช้อุปกรณ์เสริมเพื่อลดแรงกด ได้แก่ ที่นอนลม หมอนรองบริเวณปุ่มกระดูก 1.7 ใช้อุปกรณ์ลดแรงเสียดทานในการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย 2. ป้องกันข้อยึดติด กล้ามเนื้อลีบ ปฏิบัติดังนี้ 2.1 ทำ passive exercise โดยการเคลื่อนไหวข้อทุกข้อ (Passive range of motion) วันละ 2 รอบ รอบละ 15-20 นาที ยืดเหยียดกล้ามเนื้อแขน ขา เพื่อเพิ่มความยืดหยุ่น ลดการตึงของกล้ามเนื้อ และป้องกันการยึดติดของข้อ 2.2 สอนญาติให้ช่วยทำ passive exercise ขณะเข้าเยี่ยมผู้ป่วย ช่วยยกแขน ขาทั้ง 2 ข้าง ขึ้นลงและออก แขน ขาเข้า ออก ทำสลับกัน 20 ครั้ง วันละ 2 ครั้งเช้า เย็น 2.3 จัดให้นอนในท่าที่เหมาะสมและสบาย โดยวางหมอนบางๆได้เข้า หลีกเลี่ยงการเอาขา มาไขว้กัน 3. ป้องกันการเกิดลิ้มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำส่วนลึก 3.1 ประเมินปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะลิ้มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำส่วนลึก 3.2 ประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะลิ้มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำส่วนลึกทุก 8 ชั่วโมง ได้แก่ ขาบวมข้างเดียว (Unilateral leg swelling) ปวดที่ขาข้างเดียว Homan's sign แสดงผลบวก ผิวหนังแดงและอุณหภูมิที่ผิวหนังสูงขึ้น สังเกตเห็นหลอดเลือดดำที่อยู่ชั้นใต้ผิวหนังได้ชัดขึ้น และสอบถาม อาการปวดน่อง ขา หรือเป็นตะคริว อาการกดเจ็บบริเวณน่อง หรือขาหนีบทูกระ 3.3 วัดเส้นรอบวงต้นขาและน่องทุกวันๆ ละ 1 ครั้ง ถ้าพบว่าขาบวม ข้างเดียว มากกว่าหรือเท่ากับ 2 เซนติเมตร รายงานให้แพทย์ทราบ 3.4 ดูแลให้ได้รับน้ำประมาณ 2,000 - 3,000 ml/day เพื่อเพิ่มการไหลเวียนเลือด 3.5 ทำ Passive exercise โดยกระดกข้อเท้าขึ้นลง (Ankle pump) การหมุนข้อเท้า (Ankle cycle) และเลื่อนเท้าขึ้นลงบนเตียง (Ankle slide) อย่างน้อยท่าละ 15 ครั้ง 2 รอบต่อวัน ประเมินผลการพยาบาล ผิวหนังตามปุ่มกระดูกต่างๆ ไม่มีรอยแดงหรือแผลกดทับ ข้อต่าง ๆ ไม่ยึดติด เคลื่อนไหวได้จนสุดพิสัย กล้ามเนื้อไม่ลีบ ขาข้างซ้ายไม่บวม ไม่มีอาการปวดน่อง อาการขา หรือเป็นตะคริว หรือกดเจ็บ
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 7 ผู้ป่วยพร่องการทำกิจวัตรประจำวันเนื่องจากไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ ข้อมูลสนับสนุน 1. ผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ แขน ขาทั้ง 2 ข้าง อ่อนแรง ไม่เคลื่อนไหว กำลัง	1. ประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันโดยใช้แบบประเมิน Barthel ADL Index 2. ดูแลเรื่องสุขวิทยาให้แก่ผู้ป่วย complete bed bath เปลี่ยนเสื้อผ้า ทุกวัน แปรงฟัน เช้า เย็น 3. ดูแลทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ เปลี่ยนผ้าเมื่อขับถ่าย 4. ดูแลผู้ป่วยให้พักผ่อนนอนหลับอย่างเพียงพอ อย่างน้อย 6-8 ชั่วโมง จัดสถานที่ให้ผู้ป่วยนอนในที่โล่ง อากาศถ่ายเทสะดวก

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
กล้ามเนื้อ เกรด 0 มีอาการขาตั้งแต่ไหล่ถึงปลายเท้า นอนอยู่บนเตียงตลอดเวลา 2. คะแนนประเมิน Barthel Activity of Daily Living Index (ADL index) = 2/20 คะแนน (มีภาวะพึ่งพาโดยสมบูรณ์) วัตถุประสงค์การพยาบาล 1. เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการตอบสนองด้านกิจวัตรประจำวันในเรื่อง การทำความสะอาดร่างกาย ปากฟัน การรับประทานอาหาร การขับถ่าย การพักผ่อน การเคลื่อนไหวร่างกาย 2. เพื่อเพิ่มกำลังกล้ามเนื้อแขน ขา ให้สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเองให้ได้มากที่สุด	5. ดูแลให้ผู้ป่วยได้ออกกำลังกายบนเตียง โดยทำ Passive exercise ทำยืดเหยียดกล้ามเนื้อและการเคลื่อนไหวของข้อต่อระยะสั้นบนและล่าง 6. พลิกตะแคงตัวผู้ป่วย ทุก 2 ชั่วโมง 7. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับอาหารเหลวทางสายยาง BD (1:1) 300 ml x 4 feed และเพิ่มปริมาณอาหารตามความต้องการพลังงานของผู้ป่วย 8. ประสานนักกายภาพบำบัดเพื่อฟื้นฟูความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ 9. ติดตามประเมินผลระดับความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ ประเมินผลการพยาบาล ผู้ป่วยยังช่วยเหลือตนเองไม่ได้ แขนขา 2 ข้าง อ่อนแรง กำลังกล้ามเนื้อเกรด 0 ADL index = 2/20 คะแนน ผิวหนังตามร่างกาย ช่องปากสะอาด รับประทานอาหารตามแผนการรักษา การขับถ่ายอุจจาระปกติ 1-2 วัน/ครั้ง นอนหลับพักผ่อนได้วันละ 6 ชั่วโมง ได้รับการเปลี่ยนท่านอนทุก 2 ชั่วโมง
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 10 ผู้ป่วยมีความ รู้สึกสูญเสียคุณค่าในตนเอง เนื่องจากช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ข้อมูลสนับสนุน 1. จากการสังเกต ผู้ป่วยนอนขมวดคิ้ว สีหน้าเคร่งเครียด ไม่ยิ้มแย้ม สอบถามอาการของตนเอง แนวทางและระยะเวลาการรักษาบ่อยครั้ง 2. ผู้ป่วยมีอาการหงุดหงิด พฤติกรรมก้าวร้าวรู้สึกตัวเองไม่มีคุณค่า วัตถุประสงค์การพยาบาล เพื่อช่วยสร้างความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง	1. สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยเพื่อให้เกิดความไว้วางใจ 2. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ ระบายความคิด ความรู้สึกต่อเจ้าหน้าที่ที่หรือญาติ 3. แสดงการยอมรับผู้ป่วยโดยเรียกชื่อผู้ป่วยได้ถูกต้อง และทักทายอย่างสม่ำเสมอ ไม่แสดงท่าทีคุกคาม ตำหนิ หัวเราะ ขบขัน วิพากษ์วิจารณ์พฤติกรรมที่ผู้ป่วยแสดงออก เอาใจใส่รับฟังเรื่องราวของผู้ป่วยด้วยท่าทีจริงใจและเป็นมิตร 4. กระตุ้นและช่วยให้ผู้ป่วยฝึกกิจกรรมการดูแลตนเองที่ซับซ้อนและเห็นผลสำเร็จว่าสามารถปฏิบัติได้ในระยะสั้นๆ เช่น การฝึกการหายใจ การไอ 5. ให้กำลังใจผู้ป่วยทุกครั้งที่ทำกิจกรรมสำเร็จ 6. อธิบายให้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญ ทำความเข้าใจเกี่ยวกับโรค แนวทางการรักษา การฟื้นฟูสภาพร่างกาย หากมีการจัดการตนเองและปฏิบัติตามถูกต้องตามคำแนะนำ จะสามารถกลับไปดำเนินชีวิตได้อย่างสอดคล้องกับสภาพร่างกาย มีภาวะพึ่งพาผู้อื่นน้อยที่สุด และมีคุณภาพชีวิตที่ดี 7. ประเมินภาวะซึมเศร้าโดยใช้คำถาม 2Q, 9Q ประเมินผลการพยาบาล ผู้ป่วยสีหน้าสดชื่นขึ้น ไม่มีอาการหงุดหงิด ไม่มีภาวะซึมเศร้า สีหน้าแสดงความดีใจที่สามารถฝึกการหายใจได้ ผู้ป่วยยอมรับฟังคำแนะนำ และให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล

สรุปและอภิปรายผล

ผู้ป่วยกรณีศึกษาได้รับบาดเจ็บของไขสันหลังระดับคอที่ 3 และ 4 ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนหลายประการ ได้แก่ ภาวะช็อกจากระบบประสาท ซึ่งเป็นภาวะช็อกที่เกิดจากความผิดปกติของการควบคุมการทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติ สูญเสียการทำงานของระบบประสาทซิมพาเธติก หลอดเลือดทั่วร่างกายขยายตัว ส่งผลให้ความดันโลหิตในหลอดเลือดแดงลดต่ำลง และหัวใจเต้นช้า⁶ ภาวะ แทรกซ้อนทางระบบทางเดินหายใจ คือ ภาวะปอด

ติดเชื้อ ถุงลมแฟบ สาเหตุจากการบาดเจ็บไขสันหลังระดับสูง ทำให้เกิดการสูญเสียการทำงานของกล้ามเนื้อที่ช่วยในการหายใจและกล้ามเนื้อหน้าท้อง ส่งผลให้ไม่สามารถหายใจได้เต็มที่ ซึ่งจะช่วยให้อากาศเข้าไปในถุงลมปอดได้มากขึ้น รวมทั้งยังส่งผลให้การไอไม่มีประสิทธิภาพ เกิดการสะสมของเสมหะในทางเดินหายใจและขัดขวางการทำงานของถุงลม ทำให้ปริมาณอากาศที่เข้าสู่ถุงลมลดลง³ นอกจากนี้ผู้ป่วยยังมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะ แทรกซ้อนจากการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและเคลื่อนไหวร่างกายไม่ได้ เช่น แผลกดทับ ข้อยึดติด กล้ามเนื้อลีบ ภาวะลิ่มเลือดอุดตัน

ต้นในหลอดเลือดดำส่วนลึก ภาวะขาดอาหาร การติดเชื้อระบบต่างๆของร่างกาย อีกทั้งยังส่งผลกระทบต่อทางด้านจิตใจ ทำให้เกิดความวิตกกังวล การสูญเสียคุณค่าในตนเอง ซึ่งภาวะแทรกซ้อนและผลกระทบดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่าการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้มีความสำคัญตั้งแต่ระยะวิกฤต ระยะการดูแลต่อเนื่อง เมื่อพ้นภาวะวิกฤต และระยะฟื้นฟู โดยในระยะวิกฤตเป็นการดูแลเพื่อค้นหาการบาดเจ็บรุนแรงที่อาจทำให้เสียชีวิตได้อย่างรวดเร็ว ได้แก่ การประเมินการหายใจ การประเมินระบบไหลเวียนโลหิต และให้การดูแลรักษาอย่างทันทั่วทั้งที่ เพื่อการแก้ไขภาวะช็อกจากระบบประสาท ลดการบาดเจ็บเพิ่มของ ไชสันหลัง และการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ เช่น ภาวะการหายใจล้มเหลว ภาวะการทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติมากเกินไป (Autonomic dysreflexia) เป็นต้น ระยะการดูแลต่อเนื่องเมื่อพ้นภาวะวิกฤต จนกระทั่งถึงระยะฟื้นฟู ซึ่งถือว่าเป็นระยะที่มีความสำคัญ เป็นการดูแล เพื่อส่งเสริมและช่วยให้เกิดการฟื้นฟูหายของระบบประสาทไขสันหลัง

ได้แก่ กำลังของกล้ามเนื้อและการรับรู้ความรู้สึก โดยต้องใช้ระยะเวลานานขึ้นขึ้นอยู่กับความรุนแรงของการบาดเจ็บ รวมถึงป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนในหลายๆ ระบบดังที่กล่าวมาข้างต้น ดังนั้นการดูแลผู้ป่วยรายนี้มีความยุ่งยาก ซับซ้อนมาก ซึ่งจำเป็น ต้องอาศัยความรู้ ความสามารถ และทักษะที่หลากหลายทางการพยาบาล เพื่อให้การดูแลมีประสิทธิภาพ และเกิดผลลัพธ์ที่ดีที่สุดต่อผู้ป่วย

ข้อเสนอแนะ

1. พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยที่บาดเจ็บไขสันหลังส่วนคอ ร่วมกับทีมสหวิชาชีพทั้งในโรงพยาบาลและชุมชน ครอบคลุมการดูแลระยะวิกฤต (Acute care) การดูแลระยะกลาง (Intermediate care) และการดูแลระยะยาว (Long term care)
2. พัฒนาสมรรถนะบุคลากรทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่บาดเจ็บไขสันหลังส่วนคอที่มีภาวะช็อกจากระบบประสาท

เอกสารอ้างอิง

1. Zileli M, Osorio-Fonseca E, Konovalov N, CardenasJalabe C, Kaprovoy S, Mlyavykh S, et al.(2020). Early management of cervical spine trauma: WFNS spine committee recommendations. Neurospine 2020; 17(4): 710-422.
2. Hossain MS, Rahman MA, Herbert RD, Quadir MM, Bowden JL, Harvey LA.(2016). Two-year survival following discharge from hospital after spinal cord injury in Bangladesh. Spinal Cord 2016; 54(2): 132-136.
3. พัชร บุตรแสนโคตร, และจุฑามาศ คงกลาง.(2564). การพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนผู้ป่วยบาดเจ็บกระดูกสันหลังและไขสันหลังในระยะฟื้นฟู ศรีนครินทร์เวชสาร 2564, 36(5), 639-648.
4. Young. W. (2025). Spinal Cord Injury Levels & Classification. [internet]. 2025 [cited February 2025 12]. Available from: <https://www.travisroyfoundation.org/sci/resources/spinal-cord-injury-levels-classification/>
5. ศูนย์ข้อมูลและสารสนเทศ โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า.(2567). รายงานผู้ป่วยรายโรคปี พ.ศ 2564, 2565, 2566 [อินเทอร์เน็ต]. 2567 [สืบค้นเมื่อ 15 กุมภาพันธ์ 2567]. เข้าถึงจาก:http://somdetdata.moph.go.th/data_sys/report_/
6. คณินิจ เพชรรัตน์, วิมลพร ศรีโชติ, และนาฏอนงค์ พิษณุกุล.(2566). การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกจากระบบประสาท. พยาบาลสาร มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ 2566; 50(4):252-261.