

การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดขยายช่องทางออกเส้นประสาทกระดูกสันหลัง: กรณีศึกษา 2 ราย*

NURSING CARE IN LAMINECTOMY FOR RELEASE NERVES COMPRESSION: 2 CASE STUDIES

อัจฉรา ไชยกุล

Achara Chaigul

โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี

Suratthani Hospital, Thailand

E-mail: a.chaigul@gmail.com

บทคัดย่อ

บทความฉบับนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดขยายช่องทางออกเส้นประสาทกระดูกสันหลัง กรณีศึกษา 2 ราย เป็นการศึกษาเปรียบเทียบอาการและการรักษาเพื่อการวางแผนการพยาบาลผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพ โดยคัดเลือกผู้ป่วยโรคกระดูกสันหลังเสื่อมมีอาการของโพรงกระดูกสันหลังตีบแคบและรับการผ่าตัดขยายช่องทางออกเส้นประสาทกระดูกสันหลัง ร่วมกับมีโรคประจำตัวและภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดจำนวน 2 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลตามมาตรฐานการให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคกระดูกสันหลังเสื่อม นำมาวิเคราะห์เปรียบเทียบปัญหาและความต้องการ การรักษาและการพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับ ผลการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยโพรงกระดูกสันหลังตีบแคบทั้งสองราย มีความรุนแรงต่างกันจึงได้รับการผ่าตัดที่แตกต่างกัน ผู้ป่วยรายที่ 1 ผ่าตัดขยายช่องทางออกเส้นประสาทกระดูกสันหลังแล้วเสริมความแข็งแรงด้วยสกรูยึดกระดูกสันหลังไว้ด้านนอก ผู้ป่วยรายที่ 2 นอกจากผ่าตัดขยายช่องทางออกเส้นประสาทกระดูกสันหลังแล้ว ได้เชื่อมต่อโดยใช้กระดูกปนใส่ในวัสดุแทนหมอนรองกระดูกเพื่อเชื่อมต่อกระดูกไขสันหลังด้านใน การผ่าตัดจึงมีขั้นตอนยุ่งยากทำให้ใช้เวลาในการผ่าตัดนานกว่าผู้ป่วยรายแรก ดังนั้นการพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัดจึงแตกต่างกันตามสภาพอาการผู้ป่วย พยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดตลอด 24 ชั่วโมง ตั้งแต่แรกรับถึงจำหน่าย การเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัด การดูแลหลังผ่าตัดเพื่อเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้ตลอดเวลาจึงมีความสำคัญ จะสามารถลดความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นและช่วยเพิ่มการฟื้นตัวหลังผ่าตัดและนำไปสู่ระดับคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

* Received 15 March 2021; Revised 25 March 2021; Accepted 3 April 2021



คำสำคัญ: โพรงกระดูกสันหลังตีบแคบ, การผ่าตัดขยายช่องทางออกเส้นประสาทกระดูกสันหลัง, การเชื่อมข้อกระดูกสันหลัง

Abstract

The objectives of this article were to study the nursing care of two case studies with laminectomy for release nerve compression in a comparative study of symptoms and treatment. For effective nursing care planning. By selecting patients with degenerative spondylosis and symptoms of spinal stenosis and reconstructive surgery to release nerve compression. In conjunction with 2 cases of underlying disease and surgical complications, data were collected in accordance with nursing standards for spinal stenosis patients and symptoms of spinal stenosis. The results were analyzed and compare problem and needs, treatment and nursing care of the patients: It was found that both patients with spinal stenosis were different severity, therefore receiving different surgeries. First patient had spinal nerve outlet surgery. Then reinforced with a screw to hold the spine. 2nd patient, in addition to spinal nerve exit channel surgery, the joint was fused by using bone meal inserted in a material (cage) instead of herniated disc to connect the spinal bone in two levels, the surgery was a complicated procedure, making it take longer than the first patient. Therefore, postoperative nursing is different according to the patient's condition. Nurse's care is an important role in the close care of patients 24 hours a day, from the beginning to the discharge. Preparation before surgery, post - operative care for possible complications at any time. It can reduce the severity of potential complications and improve postoperative recovery and lead to a better level of quality of life.

Keywords: Spinal Stenosis, Laminectomy, Fusion

บทนำ

ปัจจุบันผู้ป่วยโรคระบบประสาทไขสันหลังและกระดูกสันหลัง มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากสถิติพบว่าทั่วโลกมีผู้ป่วยที่มีปัญหาเกี่ยวกับประสาทไขสันหลังประมาณ 250,000 - 500,000ราย/ปี (สายสมร บริสุทธิ์, และคณะ, 2560) การเสื่อมลงของกระดูกสันหลังเกิดขึ้นเมื่ออายุเพิ่มมากขึ้น โดยพบว่าเมื่ออายุ 50 ปี พบมีความเสื่อมถึง 95 % และส่วนใหญ่มีอาการแสดงเกิดขึ้น เมื่ออายุ 60 ปี สำหรับในโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี ปี 2563 พบผู้ป่วยที่มีปัญหา



เกี่ยวกับกระดูกสันหลังเสื่อมรับการรักษา 3,141 ราย และรับการผ่าตัดขยายช่องทางออกเส้นประสาทกระดูกสันหลัง (Laminectomy) 351 ราย (กลุ่มงานวิชาการ, 2563) ความเสื่อมของกระดูกสันหลัง ทั้งหมดรองกระดูก เส้นเอ็น และข้อต่อ ร่างกายพยายามทำให้กระดูกสันหลังมั่นคงขึ้น (Stabilization Phase) โดยการเกิดกระดูกงอก (Osteophytes) ตามข้อต่อต่าง ๆ เกิดการหนาตัวของ Ligaments เพื่อทำให้เกิดความมั่นคงของกระดูกสันหลังขึ้น อย่างไรก็ตามหมอนรองกระดูกสันหลังที่ยุบตัวลงและบางส่วนปลิ้นนูนเข้าไปในโพรงกระดูกสันหลัง, กระดูกงอก Osteophytes, Discs และ Ligamentum Flavum ที่หนาตัวจะกดเบียดทำให้โพรงประสาทที่มีเส้นประสาทอยู่ด้านในถูกเบียดหรือกดทับเกิดโพรงประสาทตีบแคบ (Spinal Stenosis) กดทับเส้นประสาทได้ จึงทำให้มีอาการปวดขึ้นตามแนวเส้นประสาท เมื่อมีการกดทับรุนแรงทำให้การส่งงานไปที่กล้ามเนื้อเสียไป เกิดการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อ ผู้ป่วยจะมีอาการปวดหลังเรื้อรัง บริเวณส่วนกลางของเอวและมักเป็นมากขึ้นในท่ายืน เดิน หรือเมื่อมีการแอ่นหลังไปด้านหลังมาก ๆ และมีอาการปวด ขา หรือการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อ ขาหนีบ ขาชา หรือรู้สึกเหมือนมีมดไต่ไปตามขา โดยเฉพาะเมื่อมีการเดินหรือยืนนาน ๆ แนวทางการรักษาขึ้นอยู่กับอาการและความรุนแรงของโรค หากไม่รุนแรงให้การรักษาแบบประคับประคอง คือ การรักษาด้วยยา การรักษาโดยการออกกำลังกายบำบัด การฝังเข็ม การฉีดยาเข้าโพรงประสาทไขสันหลัง การใส่ฟุ้งลำตัว รวมทั้งการให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวหรือท่าทางในการใช้ชีวิตประจำวันที่ถูกต้อง แม้ว่าโรคทางกระดูกสันหลังจะไม่คุกคามต่อชีวิตในทันที แต่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความทุกข์ทรมานจากอาการปวดหลัง ปวดร้าวที่ขา มีอาการชา และอ่อนแรงของขา ในบางรายอาจเส้นประสาทไขสันหลังถูกกดทับหรือมีการฉีกขาด ทำให้เกิดความพิการเป็นอัมพาต ที่ส่งผลต่อการทำกิจวัตรประจำวันและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่ลดลง (ลัดดาวัลย์ หิมคุณ, และคณะ, 2560) หากอาการรุนแรงมาก ต้องให้ การรักษาโดยวิธีการผ่าตัดขยายช่องทางออกเส้นประสาทกระดูกสันหลัง ลามิเนคโตมี (Laminectomy) ซึ่งเป็นการผ่าตัดยกกระดูกลามิเน (Lamina) ที่กดทับออกจะช่วยคลายการกดทับรากประสาท ทำให้อาการปวดหลังและชาลดลง และเพิ่มความแข็งแรงของกระดูกสันหลังโดยการเชื่อมข้อ (Fusion) ด้วยการใช้โลหะยึดตรึงระหว่างกระดูกสันหลัง (Pedicle Screw) หรือการเชื่อมข้อโดยใช้กระดูกปนใส่ในวัสดุแทนหมอนรองกระดูกเพื่อเชื่อมข้อกระดูกไขสันหลังด้านใน (Transforaminal Lumbar Interbody Fusion) (Spoonamore, M. S., 2020) การผ่าตัดกระดูกสันหลังจัดเป็นการผ่าตัดใหญ่ที่มีความหมายและความสำคัญต่อการดำรงชีวิต การประกอบอาชีพ ภาพลักษณ์ และความพึงพอใจของผู้ป่วยอย่างยิ่ง เนื่องจากการผ่าตัดกระดูกสันหลังเป็นการรักษาที่มีวัตถุประสงค์เพื่อลดอาการปวด และให้ผู้ป่วยสามารถกลับไปใช้ชีวิตได้ตามปกติ หรือใกล้เคียงปกติมากที่สุด (Ploumis, A. et al., 2007) และพบว่า การผ่าตัด Laminectomy ร่วมกับการเชื่อมกระดูกสันหลัง (Fusion) มีประสิทธิภาพมากกว่า



การผ่าตัด Laminectomy อย่างเดียว โดยพบว่าอาการปวดและขาชาของผู้ป่วยดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ (Koter, M. et al, 2020), (Ghogawala, Z. et al., 2016)

ผู้ป่วยโรคกระดูกสันหลังเสื่อมมักเป็นผู้สูงอายุ ดังนั้นจึงมีโรคร่วมต่าง ๆ เช่น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ ไขมันในเลือดสูง และโรคอื่น ๆ จึงต้องมีการดูแลร่วมกันของสหสาขาวิชาชีพ การดูแลผู้ป่วยถือเป็นบทบาทสำคัญของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดตลอด 24 ชั่วโมง มีความสำคัญทั้งการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดทั้งด้านร่างกาย ผลตรวจต่าง ๆ ด้านจิตใจ สังคม รวมทั้งการประสานปรึกษาอายุรแพทย์ วัสดุแพทย์ แพทย์วางแผนการดูแลร่วมกันเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยในระหว่างการผ่าตัด และหลังผ่าตัด อีกทั้งการดูแลหลังผ่าตัดเพื่อเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้ตลอดเวลา จะสามารถลดความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นและช่วยเพิ่มการฟื้นตัวหลังผ่าตัดและนำไปสู่ระดับคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นได้

ดังนั้นการศึกษาเปรียบเทียบกรณีศึกษา เพื่อวิเคราะห์ ทั้งสองราย ความพร้อมของร่างกาย จิตใจ สังคมของผู้ป่วยและญาติ การฟื้นตัวของผู้ป่วย และกิจกรรมการพยาบาลที่ได้รับ นำผลจากการวิเคราะห์กรณีศึกษาครั้งนี้ ไปพัฒนาแนวทางหรือคู่มือการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสันหลังที่มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดขยายช่องทางออกเส้นประสาทกระดูกสันหลัง กรณีศึกษา 2 ราย

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้ เป็นการศึกษากรณีในผู้ป่วย 2 ราย เพื่อเปรียบเทียบวิเคราะห์ปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย การรักษา การวางแผนการพยาบาล มีรายละเอียดขั้นตอนการศึกษาดังนี้

1. เลือกกรณีศึกษาที่มีปัญหาทางการพยาบาลที่ยุ่งยากและซับซ้อน และมีค่าใช้จ่ายสูงของโรงพยาบาลในแผนกผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ ซึ่งผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังจากเส้นประสาทถูกกดทับนั้น ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ มีโรคประจำตัวมากกว่า 2 โรค และภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดเกิดขึ้นได้บ่อยครั้ง

2. ทำบันทึกข้อความถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี เพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูลจากเวชระเบียนของกลุ่มตัวอย่าง 2 ราย

3. ดำเนินการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง โดยเสนอโครงร่างการศึกษารายกรณี เปรียบเทียบ 2 ราย ต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี REC 0010/64 ลงวันที่ 22/01/64

4. รวบรวมข้อมูลตามมาตรฐานการให้การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังจากเส้นประสาทถูกกด ได้แก่ อาการสำคัญ ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ การรักษาที่ได้รับ และกิจกรรมการพยาบาลจากปัญหาของผู้ป่วยที่เกิดขึ้น

5. ค้นคว้าตำราและเอกสารทางวิชาการที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ตำราการรักษา ตำราการพยาบาล วิจัย บทความวิชาการ เป็นต้น

6. ปรีกษาแพทย์เฉพาะทางที่ดูแลรักษาผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังจากเส้นประสาทถูกกดทับ พยาบาลวิชาชีพที่มีความเชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยหรือพยาบาลผู้ปฏิบัติงานขั้นสูง (APN) อาจารย์พยาบาลที่เชี่ยวชาญด้านการศึกษาผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังจากเส้นประสาทถูกกดทับ

7. การวิเคราะห์ข้อมูลตามมาตรฐานการพยาบาล โดยใช้กระบวนการพยาบาลทั้ง 5 ขั้นตอน ประกอบด้วย การประเมินสภาวะสุขภาพ การวินิจฉัยทางการพยาบาล การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผลการพยาบาลและนำมาเปรียบเทียบ

8. รวบรวมและจัดทำเป็นรายงานกรณีศึกษา ซึ่งเป็นผู้ป่วยที่พักรักษาในโรงพยาบาล ช่วงเดือนสิงหาคม และเดือนพฤศจิกายน พ.ศ.2563

9. จัดทำเป็นเอกสารให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความถูกต้องของผลงาน ตรวจสอบ แก้ไข และเผยแพร่จัดพิมพ์เป็นรูปเล่ม

ผลการวิจัย

การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดขยายช่องทางออกเส้นประสาทกระดูกสันหลังกรณีผู้ป่วย 2 ราย ดังนี้

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบข้อมูลทั่วไป

ข้อมูลทั่วไป	ผู้ป่วยรายกรณีที่ 1	ผู้ป่วยรายกรณีที่ 2
อายุ	อายุ 76 ปี	อายุ 57 ปี
อาชีพ	เกษตรกรและหยุดทำเมื่อมีอาการปวดหลังมา 10 ปี	เกษตรกร
อาการสำคัญ	ปวดหลัง ชาลงขาทั้งสองข้างมากขึ้น และอ่อนแรงมา 1 เดือน แพทย์นัดมาทำผ่าตัด	ปวดหลังร้าวลงขาทั้งสองข้าง และขาทั้งสองข้างอ่อนแรงมากขึ้นมา 4 เดือน แพทย์นัดมาทำผ่าตัด
ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน	อาการปวดหลังเรื้อรังมา 10 ปี 1 เดือน เริ่มมีอาการชาลงขาทั้งสองข้างและอ่อนแรง กลั้นปัสสาวะและอุจจาระไม่ได้ แพทย์นัดมาทำผ่าตัด	9 เดือนก่อน มีอาการชาด้านขวาอ่อนแรง ไม่มีอาการชา เดินได้ไม่ปวดหลัง 4 เดือนเริ่มมีอาการขาอ่อนแรงทั้งสองข้าง ข้างซ้ายมีอาการมากกว่าข้างขวา เดินลำบาก ขับรถไม่ได้ มีปวดหลังร้าว



ข้อมูลทั่วไป	ผู้ป่วยรายกรณีที่ 1	ผู้ป่วยรายกรณีที่ 2
ประวัติโรคประจำตัว	เป็น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และ เก๊าท์ รับประทานยา Amlodipine, Cochicine และ ยา Atloperinol	ลงขาทั้งสองข้าง กลั้นปัสสาวะและ อุจจาระไม่ได้ แพทย์นัดมาทำผ่าตัด เป็น เบาหวาน ความดันโลหิตสูงและ ไขมันในเลือดสูง รับประทานยา Metformin, Glipizide, Enalapril, Simvastatin

ผู้ป่วยทั้งสองรายมีอายุต่างกัน รายที่ 1 เป็นผู้สูงอายุ รายที่ 2 กำลังย่างเข้าสู่วัย ผู้สูงอายุและอยู่ในวัยทำงาน มีอาชีพทำสวนยางพารา ต้องก้ม ๆ เงย ๆ ในการกรีดยาง และต้องยกของหนัก เช่น แบก ยกน้ำยางพารา ทำให้กระดูกสันหลังและกล้ามเนื้อหลัง ต้องใช้งานหนัก ในรายที่ 1 มีอาการปวดหลังเรื้อรังมานาน 10 ปีมีภาวะกระดูกสันหลังเสื่อมมานาน เนื้อเยื่อรอบ ๆ ขยายขนาดขึ้นทำให้โพรงประสาทที่มีเส้นประสาทอยู่ด้านในถูกเบียดหรือ กดทับจนเกิดอาการปวดร้าวลงขา ซึ่งต่างจากผู้ป่วยรายที่ 2 ซึ่งเกิดจากหมอนรองกระดูกยื่นไป ในโพรงประสาท จึงไปกดเบียดเส้นประสาททำให้เกิดอาการปวดร้าวลงขา และมีขาอ่อนแรง ได้รับการรักษาแบบประคับประคอง จนเมื่อกระดูกสันหลังเสื่อมมากหรือมีโพรงประสาทตีบ แคบไปกดทับเส้นประสาทมากขึ้น ทำให้ผู้ป่วยปวด ขา และขาอ่อนแรงมากขึ้น ไม่สามารถกลั้น ปัสสาวะได้ จึงรับการผ่าตัด

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบผลการประเมินผู้ป่วยเมื่อแรกรับและการรักษา

การประเมิน	ผู้ป่วยรายกรณีที่ 1	ผู้ป่วยรายกรณีที่ 2
การตรวจร่างกายและจิตใจ	มีความวิตกกังวลและกลัวการผ่าตัด	มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการของโรค
กล้ามเนื้อและกระดูก	Motor grade 5 all Upper, Lower L2 – S1 grade 3 ทั้ง 2 ข้าง	Motor grade 5 all Upper, Lower L2 – S1 grade 2 ทั้ง 2 ข้าง
การตรวจทางห้องปฏิบัติการ	CBC Hct = 32 %	CBC Hct = 44.6 %
	Hb = 10.1 mg%	Hb = 15.3 mg%
	WBC = 8,500 cell/cumm	WBC = 8,720 cell/cumm
	Pletlet = 150,200cell/cumm	Pletlet = 267,000cell/cumm
	PT/PTT 11.7 / 28.6	PT/PTT 11.1/27.9
	BS 86 mg%	BS 102 mg%
	Electrolyte Na 134 Cl 106 K 4.0 HCO ₃ 22 BUN/Cr 10 /0.89	Electrolyte Na 138 Cl 104 K 4.3 HCO ₃ 22 BUN/Cr 9/0.8
การตรวจทางรังสีวิทยา	MRI Lumbar stenosis L2 - 5	MRI Thoracic spondylosis T10 - 11, T11 - 12. Lumbar spondylosis with disc bulging at L1/L2 – L5/S1 levels cause spinal stenosis and compression on intrathecal nerve root.

การประเมิน	ผู้ป่วยรายกรณีที่ 1	ผู้ป่วยรายกรณีที่ 2
การรักษา	การผ่าตัด Laminectomy with pedicle screw fixation L2 - 5	การผ่าตัด Laminectomy with pedicle screw fixation T10 - S2 , Transforaminal Lumbar Interbody Fusion L5/S1
ระยะเวลาการผ่าตัด	3 ชั่วโมง 40 นาที	10 ชั่วโมง 10 นาที
Estimated blood loss	2,500ml	3,500ml
Fluid and blood given	PRC 4 unit, FFP 700ml , IV fluid total 3.000 ml	PRC 4 unit, FFP 1,000ml, IV fluid total 6.000 ml

ผู้ป่วยรายที่ 1 ค่าความเข้มข้นของเลือดและเกล็ดเลือดค่อนข้างต่ำ และเป็นผู้สูงอายุ เมื่อเกิดการสูญเสียเลือดระหว่างผ่าตัดทำให้เกิดภาวะ Hypovolemic shock ได้ง่าย ซึ่งต่างจากผู้ป่วยรายที่ 2 ที่มีค่าความเข้มข้นของเลือดและเกล็ดเลือดปกติ เมื่อเกิดการสูญเสียเลือดระหว่างผ่าตัดและได้รับการชดเชยเลือดและสารน้ำได้เพียงพอ ทำให้ไม่เกิดภาวะ Hypovolemic shock แต่เนื่องจากการผ่าตัดใช้เวลานาน ผู้ป่วยต้องดมยาสลบ นานถึง 10 ชั่วโมง จึงทำให้มีปัญหาการหายใจบกพร่อง ไม่สามารถหายใจเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ ต้องคาท่อช่วยหายใจและย้ายไปดูแลหลังผ่าตัดที่ห้องผู้ป่วยหนัก พยาบาลเป็นผู้ที่ต้องดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดอย่างใกล้ชิดตลอด 24 ชั่วโมง จึงต้องมีการวางแผนให้การพยาบาลตามแผนการรักษา และเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน และสามารถคาดการณ์ปัญหาที่เกิดขึ้น รายงานแพทย์ให้การรักษาที่เหมาะสม ทันที เพื่อให้อาการของผู้ป่วยปลอดภัย

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและการให้การพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	การพยาบาลผู้ป่วยรายที่ 1	การพยาบาลผู้ป่วยรายที่ 2
การพยาบาลระยะก่อนผ่าตัด		
1. วิดกกังวลเกี่ยวกับสภาพความเจ็บป่วยของตนเอง การรักษา การผ่าตัด เนื่องจากขาดความรู้เกี่ยวกับโรคและการรักษาพยาบาล	1. การเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัด ประเมินสภาพของผู้ป่วย ความเข้าใจ และความสามารถในการดูแลตนเอง หลังผ่าตัด	1. การเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัด ประเมินสภาพของผู้ป่วย ความเข้าใจ และความสามารถในการดูแลตนเอง หลังผ่าตัด
2. ไม่สุขสบายเนื่องจากอาการปวดหลัง ชาขาจากการมีพยาธิสภาพของโรคที่กระดูกสันหลัง	2. ประเมินความวิตกกังวล ความกลัว ผ่าตัด เปิดโอกาสให้แสดงความรู้สึก และให้ความรู้เกี่ยวกับโรค การรักษา และการปฏิบัติตน	2. ประเมินความวิตกกังวล ความกลัว ผ่าตัด เปิดโอกาสให้แสดงความรู้สึก และให้ความรู้เกี่ยวกับโรค การรักษา และการปฏิบัติตน
3. เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนหากเตรียมผ่าตัดไม่พร้อม	3. แนะนำวิธีจัดการความปวดและการประเมินอาการปวดด้วยตนเอง	3. แนะนำวิธีจัดการความปวดและการประเมินอาการปวดด้วยตนเอง
	4. ดูแลให้ยาแก้ปวดและยาลดความกังวลตามแผนการรักษา	4. ดูแลให้ยาแก้ปวดและยาลดความกังวลตามแผนการรักษา
	5. แนะนำการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด การฝึกหายใจ การไออย่างมีประสิทธิภาพ รวมทั้งการบริบาลกล้ามเนื้อและข้อเท้า และการฝึกกลืนหรือลงจากเตียง	5. แนะนำการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด การฝึกหายใจ การไออย่างมีประสิทธิภาพ รวมทั้งการบริบาลกล้ามเนื้อและข้อเท้า และการฝึกกลืนหรือลงจากเตียง



ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	การพยาบาลผู้ป่วยรายที่ 1	การพยาบาลผู้ป่วยรายที่ 2
	6. ให้ข้อมูลเกี่ยวกับตำแหน่งผ้าตัดและลักษณะแผลรวมทั้งสายระบายเลือดและห้ามดึงสายต่าง ๆ 7. ดูแลให้สระผม ตัดเล็บ โกนหนวด และมีการคาสายสวนปัสสาวะ 8. ตรวจสอบผล LAB, X - ray, MRI ยาที่นำไปห้องผ่าตัดและ จอ PRC 4 unit 9. อธิบายให้ดื่มน้ำและอาหารทุกชนิด หลังเที่ยงคืนเพื่อป้องกันการล้า	6. ให้ข้อมูลเกี่ยวกับตำแหน่งผ้าตัดและลักษณะแผลรวมทั้งสายระบายเลือด และห้ามดึงสายต่าง ๆ 7. ดูแลให้สระผม ตัดเล็บ โกนหนวด และมีการคาสายสวนปัสสาวะ 8. ตรวจสอบผล LAB, X - ray, MRI ยาที่นำไปห้องผ่าตัดและ จอ PRC 4 unit 9. อธิบายให้ดื่มน้ำและอาหารทุกชนิด หลังเที่ยงคืนเพื่อป้องกันการล้า
การพยาบาลก่อนส่งห้องผ่าตัด		
1. เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน หากเตรียมผ้าตัดไม่พร้อม	1. ตรวจสอบความพร้อมของผู้ป่วย งดน้ำและอาหาร ถอดฟันปลอม ไม่สวมใส่เครื่องประดับและกางเกงใน ติดป้ายชื่อ 2. ตรวจสอบผล LAB, X - ray, MRI ยาที่นำไปห้องผ่าตัดและ ยืนยันการจ้อง PRC 4 unit 3. ดูแลให้ยา Amlodipine ตามแผนการรักษา 4. ตรวจวัดสัญญาณชีพก่อนไปห้องผ่าตัด	1. ตรวจสอบความพร้อมของผู้ป่วย งดน้ำและอาหาร ถอดฟันปลอม ไม่สวมใส่เครื่องประดับและกางเกงใน ติดป้ายชื่อ 2. ตรวจสอบผล LAB, X - ray, MRI ยาที่นำไปห้องผ่าตัดและ ยืนยันการจ้อง PRC 4 unit /FFP1,000 ml 3. เจาะ DTX เข้า = 120mg/dl 4. ตรวจวัดสัญญาณชีพก่อนไปห้องผ่าตัด
การพยาบาลระยะหลังผ่าตัด		
1. เสี่ยงต่อภาวะ Hypovolemic shock เนื่องจากสูญเสียเลือดและสารน้ำในระหว่างการผ่าตัด 2. เสี่ยงต่อภาวะทางเดินหายใจล้มเหลว จากการผ่าตัดที่ใช้เวลานาน ทำให้มีการดมยาสลบนาน 3. ไม่สุขสบายเนื่องจากปวดแผลผ่าตัดจากเนื้อเยื่อถูกทำลายขณะผ่าตัด 3. มีภาวะคลื่นไส้อาเจียนเนื่องจากผลแทรกซ้อนจากการได้รับยาระงับความรู้สึก 4. เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดจากการถูกจำกัดกิจกรรม เช่น DVT , Bed sore 5. เสี่ยงต่อการติดเชื้อแผลผ่าตัด 6. เสี่ยงต่อการติดเชื้อจากสายสวนปัสสาวะที่คาไว้	เกิดภาวะ Hypovolemic shock 1. ประเมินอาการผู้ป่วยเมื่อแรกรับ ทั้งระดับความรู้สึกตัว บาดแผล และสายระบายเลือด และจัดให้ผู้ป่วยนอนราบโดยใช้หมอนรองใต้เข่า และตรวจวัดสัญญาณชีพ เพื่อประเมินอาการเปลี่ยนแปลงและความผิดปกติหลังผ่าตัด 2. ประเมินภาวะสูญเสียเลือดพบว่า มีเลือดจากสายระบายออก 500มล. รายงานแพทย์เพื่อให้ PRC และติดตามประเมินต่อเนื่อง ดูแลสายระบายเลือดให้มีประสิทธิภาพและติดตามผล Hct 3. บันทึกปริมาณปัสสาวะจากสายสวนมากกว่า 30 มล./2ชั่วโมง และถอดสายสวน เมื่อผู้ป่วยไม่มีภาวะช็อก เสี่ยงต่อภาวะทางเดินหายใจล้มเหลว	เกิดภาวะทางเดินหายใจล้มเหลว 1. ประเมินอาการผู้ป่วยเมื่อแรกรับ ทั้งระดับความรู้สึกตัว การหายใจ บาดแผล และสายระบายเลือด และจัดให้ผู้ป่วยนอนราบโดยใช้หมอนรองใต้เข่า และตรวจวัดสัญญาณชีพ เพื่อประเมินอาการเปลี่ยนแปลงและความผิดปกติหลังผ่าตัด 2. ดูแลให้เครื่องช่วยหายใจตามแผนการรักษา ติดตามประเมินการหายใจและดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง วัดความอิ่มตัวของออกซิเจนปลายนิ้ว > 95% 3. หลังผ่าตัดวันที่ 2 สามารถถอดท่อช่วยหายใจได้ ดูแลให้ออกซิเจน canula ติดตามค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนปลายนิ้ว และการแนะนำการไออย่างมีประสิทธิภาพเพื่อลดการคั่งค้างเสมหะ

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	การพยาบาลผู้ป่วยรายที่ 1	การพยาบาลผู้ป่วยรายที่ 2
	4. ดูแลให้ O₂ mask c bag 10 L/M และ วัดความอิ่มตัวของออกซิเจนปลายนิ้ว > 95% 5. เน้นย้ำการหายใจอย่างมีประสิทธิภาพ การหายใจลึกและผ่อนคลายช้า ๆ การแนะนำการไออย่างมีประสิทธิภาพเพื่อลดการคั่งค้าง เสมหะไม่สุขสบายเนื่องจากปวดแผลผ่าตัด 6. ประเมินอาการปวดแผลผ่าตัด และระดับความรู้สึกตัว ดูแลให้ยา morphine PCA dose 2 mg v interval 5 min, limit 30 mg/4hrs ,base rate 0.5mg/hr 7. กระตุ้นให้บริหารการหายใจ การบริหารข้อเท้าและเกร็งกล้ามเนื้อเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด 8. ดูแลให้สารน้ำ และยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษาและวัดไข้เพื่อประเมินการติดเชื้อ 9. ดูแลพลิกตะแคงตัวทุก 2 ชม. โดยพลิกทั้งตัวให้ลำตัวอยู่แนวตรง 10. ติดตามระดับน้ำตาลในเลือดและควบคุมระดับน้ำตาลในระดับปกติ 11. หลังผ่าตัด 5 วัน ฝึกกลืนนั่งบนเตียงและฝึกเดินด้วย walker หลังผ่าตัด 7 วัน ขณะลุกนั่ง ดูแลให้ใส่วัสดุพยุงหลังก่อนทุกครั้งและให้คำแนะนำการสวมใส่แก์ผู้ป่วยและญาติ	4. เน้นย้ำการหายใจอย่างมีประสิทธิภาพ การหายใจลึกและผ่อนคลายช้า ๆ เสี่ยงต่อภาวะ Hypovolemic shock 5. ประเมินภาวะสูญเสียเลือดพบว่า EBL 3.500มล. หลังได้รับ PRC4 unit /FFP 1,000ml ติดตามประเมินต่อเนื่อง ดูแลสายระบายเลือดให้มีประสิทธิภาพ 6. ติดตามผล Hct หลังให้เลือดและหลังผ่าตัด 2 วัน Hct = 28% ดูแลให้ PRC 1 unit 7. บันทึกปริมาณปัสสาวะจากสายสวน หลังผ่าตัดออกน้อยกว่า 30 มล./ 2ชั่วโมง รายงานแพทย์ให้เพิ่ม rate NSS 300ml x 2 hrs และถอดสายสวน เมื่อผู้ป่วยไม่มีภาวะช็อก ไม่สุขสบายเนื่องจากปวดแผลผ่าตัด 8. ประเมินอาการปวดแผลผ่าตัด และระดับความรู้สึกตัว ดูแลให้ยา morphine PCA dose 1 mg v interval 5 min, limit 40 mg/4hrs ,base rate 1mg/hr เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด 9. การบริหารข้อเท้าและเกร็งกล้ามเนื้อเพื่อป้องกันภาวะ แทรกซ้อน DVT 10. ดูแลให้สารน้ำ และยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษาและวัดไข้เพื่อประเมินการติดเชื้อ 11. ดูแลพลิกตะแคงตัวทุก 2 ชม. โดยพลิกทั้งตัวให้ลำตัวอยู่แนวตรง 12. ติดตามระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารและก่อนนอนและรับประทานอาหารเฉพาะโรคเบาหวาน
การพยาบาลเพื่อการวางแผนจำหน่ายและฟื้นฟูสภาพ	1. ให้ความรู้ในการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้านและการมาตรวจตามนัด2.ส่งเสริม Early ambulation เพื่อให้ผู้ป่วยฟื้นตัวเร็วและปฏิบัติกิจวัตรได้	1. ให้ความรู้ในการปฏิบัติตนโดยใช้หลัก DMETHOD 1. ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคและการผ่าตัด
	1. ให้ความรู้ในการปฏิบัติตนโดยใช้หลัก DMETHOD 1. ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคและการผ่าตัด	1. ให้ความรู้ในการปฏิบัติตนโดยใช้หลัก DMETHOD 1. ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคและการผ่าตัด



ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	การพยาบาลผู้ป่วยรายที่ 1	การพยาบาลผู้ป่วยรายที่ 2
	2. ประสานส่งต่อ Home health care ในการดูแลของ รพ.สต.ขุนทะเล เพื่อการดูแลต่อเนื่อง	2. ประสานส่งต่อ Home health care ในการดูแลของ รพ.พระแสง เพื่อการดูแลต่อเนื่อง
	3. แนะนำการรับประทานยาและสังเกตอาการผิดปกติ	3. แนะนำการรับประทานยาและสังเกตอาการผิดปกติ
	4. ดูแลรักษาแผลผ่าตัด ให้สะอาด ระวังไม่ให้เปียกน้ำและตัดไหมเมื่อครบ 2 สัปดาห์ และสังเกตอาการผิดปกติ หากแผลอักเสบ บวมแดงให้มาพบแพทย์	4. ดูแลรักษาแผลผ่าตัด ให้สะอาด ระวังไม่ให้เปียกน้ำและตัดไหมเมื่อครบ 2 สัปดาห์ และสังเกตอาการผิดปกติ หากแผลอักเสบ บวมแดงให้มาพบแพทย์
	5. แนะนำอิริยาบถที่เหมาะสมในกิจวัตร นั่ง ยืน เดิน นอน	5. เน้นย้ำ ไม่ควรลุกนั่งนาน ๆ ให้นอนเป็นส่วนใหญ่
	6. ย้ำการใส่วัสดุพุงหลังทุกครั้ง เมื่อลุกนั่ง ยืน เดิน อย่างน้อย 4 - 6 สัปดาห์	6. ฝึกบริหารกล้ามเนื้อและข้อเท้าและพลิกตะแคงตัวทุก 2 ชั่วโมง เพื่อป้องกันแผลกดทับ
	7. รับประทานอาหารมีประโยชน์และควบคุมน้ำหนัก ไม่ให้อ้วน	7. รับประทานอาหารมีประโยชน์ ควบคุมน้ำหนัก ไม่ให้อ้วน และควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ
	8. แนะนำการมาตรวจตามนัดอย่างสม่ำเสมอ	8. แนะนำการมาตรวจตามนัดอย่างสม่ำเสมอ

อภิปรายผล

การศึกษารั้งนี้ พบว่า ผู้ป่วยโรคกระดูกสันหลังที่เกิดจากความเสื่อม พบในกลุ่มสูงอายุที่เกิดจากการใช้งานมานาน และในกลุ่มคนวัยทำงาน สอดคล้องกับรายงานของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ที่พบผู้ป่วยโรคกระดูกสันหลังที่เกิดจากความเสื่อมในผู้ป่วย 2 กลุ่มอายุ คือ กลุ่มผู้สูงอายุ มากกว่า 65 ปี และกลุ่มวัยทำงานที่เริ่มมีการเสื่อมได้ตั้งแต่ อายุ 30 ปี จากปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ เช่น น้ำหนักมาก นั่งทำงานนาน ๆ หรือทำงานยกของหนัก รวมทั้งการสูบบุหรี่ ในปัจจุบันผู้ป่วยที่เข้าสู่วัยสูงอายุ มักมีโรคร่วมมากกว่า 2 โรค แต่เนื่องจาก โรคกระดูกสันหลังเสื่อมไม่ได้คุกคามชีวิต จึงสามารถชะลอการผ่าตัดได้เมื่อร่างกายมีความพร้อมและควบคุมโรคร่วมได้ และจะผ่าตัดเมื่อมีข้อบ่งชี้ 1) มีความเจ็บปวดมากขึ้น 2) มีอาการของการทำลายเส้นประสาท 3) การสูญเสียการควบคุมการขับถ่าย 4) เมื่อรักษาโดยวิธีอื่น ๆ ไม่ได้ผล ซึ่งผู้ป่วยทั้ง 2 ราย มีข้อบ่งชี้ครบทั้ง 4 ข้อ การผ่าตัดกระดูกสันหลังมีหลายวิธี ขึ้นอยู่กับพยาธิสภาพของโรค ผู้ป่วย อายุ และดุลยพินิจของแพทย์ (พรสินี เต็งพานิชกุล, 2559) ดังนั้น ผู้ป่วยรายที่ 2 ซึ่งยังอยู่ในวัยทำงาน ทำให้อาการมีความรุนแรงมากกว่าผู้ป่วยรายที่ 1 การผ่าตัดจึงมีความซับซ้อนยุ่งยากกว่า และใช้เวลาผ่าตัดนานกว่าผู้ป่วยรายแรก ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดระยะเวลานาน ย่อมมีความเสี่ยงมากขึ้น ทั้งปัญหาการหายใจ ปัญหาการสูญเสียเลือดใน



ปริมาณมาก จนเกิดภาวะช็อก และเริ่มมีอาการของไตวายเฉียบพลัน อีกทั้งโรคประจำตัวของผู้ป่วยซึ่งเป็นเบาหวาน มีผลต่อการหายของแผล ต่อการติดเชื้อแผลผ่าตัดจากการทำลายของเนื้อเยื่อ ดังนั้นการเตรียมความพร้อมก่อนการผ่าตัดจึงมีความสำคัญ เพื่อการดูแลร่วมกันของสหวิชาชีพ ทั้งอายุรแพทย์ วิสัญญีแพทย์ เภสัชกร นักกายภาพบำบัด นักโภชนาการ (โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย, 2562)

จากปัญหาหรือข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่แตกต่างกัน ส่งผลให้กิจกรรมการพยาบาลต่างกัน ซึ่งกรณีศึกษา ที่ 1 มีปัญหาหรือข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่สำคัญ คือ เกิดภาวะ Hypovolemic Shock เนื่องจากสูญเสียเลือดและสารน้ำในระหว่างการผ่าตัด หลังผ่าตัดเมื่อกลับมาดูแลต่อที่หอผู้ป่วย ยังคงมีการสูญเสียเลือดจากแผล การพยาบาลที่ต้องมีการเฝ้าระวังประเมินการสูญเสียเลือดจากแผลและสายระบายเลือด การตรวจวัดสัญญาณชีพ ทุก $\frac{1}{2}$ - 1 ชั่วโมง และหากมีเครื่องติดตามการทำงานของหัวใจ สามารถประเมินได้จากอัตราการเต้นของหัวใจที่เร็วขึ้น ดังนั้นการใช้ Early Warning Signs จึงมีความสำคัญในการเฝ้าระวัง และให้การรักษาได้ทันทั่วถึง การสำรองเลือดไว้ สามารถนำมาทดแทนให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะ Hypovolemic Shock ได้ สำหรับผู้ป่วยรายที่ 2 ได้รับการผ่าตัดเป็นระยะเวลานาน ปัญหาหรือข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลหลังผ่าตัดที่สำคัญ คือ มีภาวะทางเดินหายใจล้มเหลว จากการผ่าตัดที่ใช้เวลานาน ทำให้มีการดมยาสลบนาน หลังผ่าตัดจึงต้องใช้เครื่องช่วยหายใจต่อเนื่อง การใช้เครื่องช่วยหายใจในระยะแรกจะช่วยให้ผู้ป่วยได้พัก ลดการใช้แรงในการหายใจ ร่วมกับการจัดการความปวดที่เหมาะสมโดยการให้ยาแก้ปวดชนิดที่ผู้ป่วยสามารถควบคุมได้เอง โดยใช้เครื่อง PCA (Patient - Controlled Analgesia) เมื่อผู้ป่วยฟื้นตัว แพทย์จะพิจารณาถอดท่อช่วยหายใจโดยเร็ว การเตรียมความพร้อมผู้ป่วยเพื่อให้ฟื้นตัวเร็ว สามารถทำได้โดยการส่งเสริม แนะนำให้มีการฝึกบริหารปอดทั้งการใช้เครื่องบริหารปอด หรือการฝึกการหายใจ และการไออย่างมีประสิทธิภาพตั้งแต่อ่อนผ่าตัด สอดคล้องกับการศึกษาของตติยา จำปาวงศ์ ศศิกรณิศ สันติวรบุตร และสุทธิณี ชัยเฉลิมศักดิ์ ที่พบว่า ผู้สูงอายุที่ได้รับการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะของตนเองจะสามารถฟื้นฟูสมรรถภาพหลังผ่าตัดได้ดีกว่า (ตติยา จำปาวงษ์, 2560); (ศศิกรณิศ สันติวรบุตร, 2561); (สุทธิณี ชัยเฉลิมศักดิ์, และคณะ, 2562) อีกทั้งการจัดการความปวดที่เหมาะสมในผู้ป่วยทั้งสองราย โดยการใช้เครื่องให้ยาแก้ปวดโดยผู้ป่วยเป็นผู้ควบคุมเอง (PCA) ซึ่งตั้งค่าควบคุมไว้ตามแผนการรักษา ทำให้ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการให้ยา morphine และการจัดการความปวดที่เหมาะสมช่วยให้ผู้ป่วยทุเลาจากการปวดแผลหลังผ่าตัด และเกิดความพร้อมที่จะฟื้นฟูสภาพร่างกายได้เร็วขึ้น (สดากาญจน์ เอี่ยมจันทร์ประทีป, 2560) สอดคล้องกับผลการศึกษาของ ชนิภา ยอเย็นยง ที่พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังควรได้รับการจัดการความปวด บรรเทาความวิตกกังวล และส่งเสริมความพึงพอใจในการพยาบาลเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมีการฟื้นตัวหลังผ่าตัดรวดเร็วและมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น (ชนิภา ยอเย็นยง, 2558) ดังนั้นการจัดการความปวดผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังในระยะแรก



โดยใช้ Morphine PCA และการพยาบาลขณะใช้ Morphine PCA จึงมีความสำคัญ ร่วมกับการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน โดยการแนะนำการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด การประเมินอาการปวดและวิธีการจัดการความปวดด้วยตนเอง การหายใจ การไออย่างมีประสิทธิภาพ รวมทั้งการบริหารกล้ามเนื้อและข้อเท้า และการฝึกกลืนหรือลงจากเตียง จึงมีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยฟื้นตัวเร็ว (ศศิกรณิศ สันติวรบุตร, 2561)

สรุป/ข้อเสนอแนะ

ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดขยายช่องทางออกเส้นประสาทกระดูกสันหลัง จะมีอาการปวดหลัง ปวดคอ ปวดร้าวบริเวณแขน หรือขาข้างใดข้างหนึ่งหรือทั้งสองข้าง ตามพยาธิสภาพและตำแหน่งกระดูกสันหลังที่ถูกกด บางรายมีกล้ามเนื้ออ่อนแรง ลีบ บางรายควบคุมการขับถ่ายอุจจาระและปัสสาวะไม่ได้ การผ่าตัดจึงมีจุดมุ่งหมายเพื่อแก้ไขการกดทับเส้นประสาทเพื่อให้ผู้ป่วยทุเลาอาการปวด สามารถกลับไปลุก เดินหรือทำงานได้ แต่เนื่องจากผู้ป่วยโรคกระดูกสันหลังเสื่อมที่มีอาการกดทับเส้นประสาทมักเป็นผู้สูงอายุ ดังนั้นจึงมีโรคร่วมต่าง ๆ เช่น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ ไชมันในเลือดสูง และโรคอื่น ๆ ต้องมีการดูแลร่วมกันของสหสาขาวิชาชีพ ทั้งการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดทางด้านร่างกาย ผลตรวจต่าง ๆ ด้านจิตใจ สังคม จึงต้องมีการประสานปรึกษาอายุรแพทย์ วัสดุแพทย์ แผนกการดูแลร่วมกันเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยในระหว่างการผ่าตัด และหลังผ่าตัด การวางแผนการพยาบาลก่อนและหลังผ่าตัด ที่ต้องเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้ตลอดเวลา จะสามารถลดความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น การมีแผนการดูแลที่ชัดเจน เป็นที่ยอมรับของสหวิชาชีพ ช่วยให้ทีมผู้ปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยมีความมั่นใจในการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วย และปฏิบัติเป็นแนวทางเดียวกัน ทั้งการเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด การดูแลขณะผ่าตัดและหลังผ่าตัด หรือจัดการกับภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น รวมถึงคำแนะนำในการปฏิบัติตัวในระยะฟื้นตัวเมื่ออยู่บ้าน ช่วยให้ผู้ป่วยปลอดภัย และเพิ่มคุณภาพชีวิต จากการศึกษาครั้งนี้มีข้อเสนอแนะในด้านการบริหารการพยาบาล ร่วมหาโอกาสพัฒนาคุณภาพแผนการดูแลผู้ป่วยกับสหวิชาชีพให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น ด้านการปฏิบัติการพยาบาล สามารถนำไปปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดขยายช่องทางออกเส้นประสาทกระดูกสันหลัง โดยใช้แผนการดูแลผู้ป่วยซึ่งได้รับการพัฒนาจากทีมสหวิชาชีพ และสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังอื่น ๆ เพื่อการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลและให้การพยาบาลในแนวทางเดียวกัน ด้านการศึกษาครั้งต่อไป พัฒนาแผนการดูแลผู้ป่วยให้ครอบคลุมและเน้นการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะของตน เพื่อให้สามารถฟื้นฟูสมรรถภาพหลังผ่าตัดได้ดียิ่งขึ้น สู่ภาวะใกล้เคียงปกติโดยเร็วที่สุด ไม่เกิดภาวะฟุ้งฟิง หรือความพิการ สามารถกลับไปใช้ชีวิตในสังคมได้อย่างมีความสุข

เอกสารอ้างอิง

- กลุ่มงานวิชาการ. (2563). สถิติผู้ป่วยกระดูกสันหลัง รหัส M40 - M49 ปี 2563. สุราษฎร์ธานี: โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี.
- ชนิภา ยอเย็นง. (2558). ปัจจัยทำนายการฟื้นตัวด้านความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังส่วนเอว. ใน วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่. มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ตติยา จำปาวงษ์. (2560). ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะของตนเองต่อการฟื้นฟูสมรรถภาพหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังส่วนเอวแบบลามิเนกโตมีในผู้สูงอายุโรคโพรงกระดูกสันหลังส่วนเอวตีบแคบ. ใน วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่. มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- พรสินี เต็งพานิชกุล. (2559). การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสันหลัง. ใน อรรถพรณ โตสิงห์ และคณะ (บรรณาธิการ). การพยาบาลผู้ป่วยทางออร์โธปิดิกส์ (หน้า 184 - 194). กรุงเทพมหานคร: โครงการตำราคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย. (2562). เกร็ดความรู้สุขภาพ ภาวะกระดูกสันหลังเสื่อม. เรียกใช้เมื่อ 15 ธันวาคม 2563 จาก <https://chulalongkornhospital.go.th/kcmh/>
- ลัดดาวลัย หิมคุณ, และคณะ. (2560). ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว. วารสารพยาบาลสาร, 35(3), 83-93.
- ศศิกรณิศ สันติวรบุตร. (2561). ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อคุณภาพการฟื้นตัวหลังผ่าตัดและการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังส่วนเอว. ใน วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่. มหาวิทยาลัยคริสเตียน.
- สดากาญจน์ เอี่ยมจันทร์ประทีป. (2560). ผลของการประคบเย็นร่วมกับการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อความปวดและการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดใส่เหล็กตามกระดูกต้นขา. วารสารพยาบาลสาร, 44(1), 39-49.
- สายสมร บริสุทธิ์, และคณะ. (2560). แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสันหลังสำหรับพยาบาลทั่วไป. (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพมหานคร: ธนาเพลส.
- สุทธิณี ชัยเฉลิมศักดิ์, และคณะ. (2562). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถแห่งตนต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองหลังผ่าตัดในผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการทำผ่าตัดกระดูกสันหลัง. วารสารพยาบาลสภากาชาดไทย, 12(1), 144-160.
- Ghogawala, Z. et al. (2016). Laminectomy plus fusion versus laminectomy alone for lumbar spondylolisthesis. The New England journal of medicine, 374 (4), 1424-1434.



- Koter, M. et al. (2020). Surgical outcome following laminectomy with fusion versus laminectomy alone in patients with degeneration cervical myelopathy. *The Spine journal*, 45(24), 1696-1703.
- Spoonamore, M. S. (2020). Posterior Lumbar Interbody Fusion (PLIF) and Transforaminal Interbody Fusion (TLIF). Retrieved November 2, 2020, from <https://www.uscspine.com/treatment-options/back-treatment/lumbar-interbody-fusion/>
- Ploumis, A. et al. (2007). Degenerative lumbar scoliosis associated with spinal stenosis. *The Spine Journal*, 7(4), 428-436.