

ผลงานประกอบการพิจารณาประเมินบุคคล
เพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ

ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาลทั่วไป)

เรื่อง ที่เสนอให้ประเมิน

1. ผลงานที่เป็นผลการดำเนินงานที่ผ่านมา
เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหมอนรองกระดูกคอเสื่อมทับเส้นประสาท
2. ข้อเสนอ แนวคิด วิธีการเพื่อพัฒนางานหรือปรับปรุงงานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น
เรื่อง แนวทางปฏิบัติของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหมอนรองกระดูกคอเสื่อมทับเส้นประสาท
โดยใช้แผ่นฟิวและคิวอาร์โค้ด

เสนอโดย

นางสาวกัลยา เสมอภาค

ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

(ตำแหน่งเลขที่ รพจ. 702)

ฝ่ายการพยาบาล กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล

โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์

สำนักการแพทย์

ผลงานที่เป็นผลการดำเนินงานที่ผ่านมา

1. ชื่อผลงาน การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหมอนรองกระดูกคอเสื่อมทับเส้นประสาท
2. ระยะเวลาที่ดำเนินการ 4 วัน (ตั้งแต่วันที่ 29 กรกฎาคม 2562 ถึงวันที่ 1 สิงหาคม 2562)
3. ความรู้ทางวิชาการหรือแนวคิดที่ใช้ในการดำเนินการ

หมอนรองกระดูกคอเสื่อมทับเส้นประสาท (Cervical spondylotic myelopathy : CSM) เป็นการทำงานของไขสันหลังที่ผิดปกติจากการกดทับไขสันหลังหรือหลอดเลือดที่มาเลี้ยงไขสันหลังหรือจากทั้งสองสาเหตุ การเสื่อมของกระดูกคอเป็นการทำงานของไขสันหลังผิดปกติที่พบได้บ่อยในผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 55 ปีขึ้นไป (อัญชลี ษครณ์ และอินทิรา รูปสว่าง, 2564)

สาเหตุ (อารี ดนาวลี, 2557)

จากการเสื่อมสภาพของหมอนรองกระดูก การนั่งทำงานด้วยอิริยาบถที่ไม่ถูกต้องนาน ๆ การก้ม แหงนหรือสะบัดคอบ่อย ๆ หรือจากอุบัติเหตุและการบาดเจ็บต่อกระดูกสันหลังส่วนคอ

พยาธิสภาพ

CSM อาจมีสาเหตุจากการเสื่อมของกระดูกคอหรือเกิดความผิดปกติแต่กำเนิดทำให้ช่องหมอนรองกระดูกคอตีบแคบ เกิดการเปลี่ยนแปลงที่กระดูกและเนื้อเยื่อรอบ ๆ หมอนรองกระดูก โดยที่ช่องหมอนรองกระดูกคอจะแคบลง เมื่อมีกระดูกงอกบริเวณข้อฟาเซต (facet joint) ซึ่งเป็นข้อที่อยู่ด้านหลังของกระดูกสันหลัง ทำหน้าที่ในการขยับก้มเงยให้กับกระดูกสันหลัง ให้ความแข็งแรงของกระดูกสันหลังตั้งแต่ส่วนคอถึงเอว และข้ออัน โคเวอร์ติบรอล (uncovertebral joint) ซึ่งเป็นกระดูกข้อต่อส่วนคอ เอ็นสีเหลือง (ligamentum flavum) จะหดสั้นและหนาตัวขึ้นและเกิดการเลื่อนของกระดูกคอ พยาธิสภาพดังกล่าวจะกินที่ในช่องกระดูกคอทำให้ระบบการไหลเวียนของเลือดผิดปกติ ไขสันหลังถูกกดทับ ซึ่งส่วนมากเกิดบริเวณกระดูกคอข้อที่ 5-6 และ 6-7 เมื่อหมอนรองกระดูกเสื่อมทำให้ความสูงของหมอนรองกระดูกลดลงและความยืดหยุ่นน้อยลงทำให้ข้อฟาเซตและข้ออัน โคเวอร์ติบรอลมีการเสื่อมตามมาเกิดกระดูกงอกทั้งด้านหน้าและหลังของกระดูกคอ ทำให้เกิดอาการปวด ข้อติดแข็งมากขึ้น กระดูกที่งอกทางด้านหลังอาจไปกดทับเส้นประสาทและไขสันหลังได้ (นภานุช การเกษ, 2562)

อาการและอาการแสดง

แบ่งออกเป็น 3 ระดับ (อัญชลี ษครณ์ และอินทิรา รูปสว่าง, 2564) ได้แก่

1. กระดูกคอเสื่อมที่ไม่กดทับเส้นประสาทและไขสันหลัง จะมีอาการปวดเมื่อยต้นคอ บ่า ไหล่
2. กระดูกคอเสื่อมกดทับเส้นประสาทคอ จะมีอาการปวดตามแนวประสาท ชา อ่อนแรงบริเวณกล้ามเนื้อต้นแขนหรือมือ รวมทั้งปวดร้าวจากคอลงไปที่แขน
3. กระดูกคอเสื่อมกดทับไขสันหลัง จะมีอาการเกร็งบริเวณลำตัว แขนและขา การทรงตัวไม่ดีก้าวสั้น ใช้มือไม่ถนัด

การวินิจฉัย (กนิษฐา จันทร์ฉาย, 2558)

1. ประวัติผู้ป่วย (history) ลักษณะเฉพาะของผู้ป่วย CSM คือ ปวดคอ เดินลำบาก ปวดขา ความรู้สึกผิดปกติและกล้ามเนื้ออ่อนแรง ใช้มือลำบาก

2. การตรวจร่างกาย (physical examination) จะพบอาการในระดับที่ไขสันหลังถูกกดเป็นอาการแสดงที่บ่งบอกว่ามีพยาธิสภาพของไขสันหลัง (myelopathy) มีการกดทับไขสันหลังที่ระดับ C5-6 ซึ่งเป็นตำแหน่งที่เกิด CSM ได้บ่อย การก้มหรือยกคอจะทำให้เกิดความรู้สึกเหมือนไฟฟ้าช็อต (electricalsensation) เริ่มจากบริเวณคอตกลงไปถึงบริเวณก้นกบและขา

3. การถ่ายภาพเอกซเรย์กระดูกคอในท่าตรง ท่าด้านข้าง ท่าเอียงซ้ายและขวา มักพบช่องหมอนรองกระดูกแคบลง การตรวจด้วยเครื่องเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (computed tomography : CT) เพื่อประเมินโครงสร้างของกระดูก และภาวะการเสื่อมของกระดูก การตรวจโดยใช้คลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า (magnetic resonance imaging : MRI) สามารถแสดงระดับการตีบของโพรงกระดูกสันหลังและสถานะของไขสันหลังได้อย่างละเอียด โดยเฉพาะภาวะของกระดูกสันหลังระดับคอถูกกดทับ

การรักษา (อัญชลี ยศกรณ์ และอินทรา รูปสว่าง, 2564)

1. การรักษาด้วยวิธีประคับประคอง (conservative treatment) หรือการรักษาโดยไม่ใช้ยา (non-pharmacologic treatment) โดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการทำงานและการใช้ชีวิตประจำวัน เช่น การก้มคอเขียนหนังสือหรือดูคอมพิวเตอร์นาน ๆ การหนุนหมอนที่สูงมาก การก้มแขนหรือสะบัดคอบ่อย ๆ การทำกายบริหารบำบัด (exercise) หรือกายภาพบำบัด (rehabilitation) เช่น การประคบด้วยความร้อนการดึงกระดูกต้นคอจำกัดการเคลื่อนไหวของกระดูกคอ การใส่อุปกรณ์พยุงคอ การควบคุมน้ำหนักตัวให้อยู่ในเกณฑ์ปกติโดยให้ค่าดัชนีมวลกายน้อยกว่าหรือเท่ากับ 30 กิโลกรัมต่อตารางเมตร

2. การรักษาโดยการให้ยา (pharmacologic treatment) ได้แก่ ยาแก้ปวดทั้งที่มีและไม่มีโคติอิน ยาด้านการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ (nonsteroidal-antiinflammatory : NSAIDs)

ซึ่งการรักษาทั้ง 2 วิธีดังกล่าว อาจเกิดอาการกล้ามเนื้ออ่อนแรงต่อเนื่องและมากขึ้น มีอาการเกร็งของกล้ามเนื้อหรือเสียความสมดุลของร่างกาย ผู้ป่วยควรได้รับการตรวจทางระบบประสาททุก 6 เดือน

3. การรักษาโดยการผ่าตัด คือการตัดหมอนรองกระดูกสันหลังออก และใช้วัสดุใส่เข้าไปแทนที่หมอนรองกระดูกที่ถูกตัดออก เพื่อรักษาระดับความสูงของหมอนรองกระดูกสันหลังให้กลับมาปกติ ซึ่งวัสดุที่ใส่แทนมีหลายประเภทแต่ละประเภทจะมีคุณสมบัติที่แตกต่างกัน ปัจจุบันวัสดุที่นำมาใส่แทนหมอนรองกระดูก ได้แก่ กระดูกเชิงกรานบริเวณเอว กระดูกเทียม และหมอนรองกระดูกเทียม การใส่กระดูกหรือกระดูกเทียมจะทำให้กระดูกสันหลังถูกเชื่อมต่อเข้าด้วยกัน ทำให้หยุดการเคลื่อนไหวของข้อกระดูกสันหลังไว้ ข้อดีคือ ในกรณีที่มีความเสื่อมของข้อต่อต่าง ๆ สามารถลดอาการที่จะเกิดจากข้อต่อที่ผิดปกติได้ แต่จะส่งผลให้ข้อข้างเคียงทำงานหนักเพิ่มขึ้น ส่วนการใช้หมอนรองกระดูกเทียมจะใช้เพื่อทดแทนหมอนรองกระดูกสันหลัง และทำหน้าที่แทนหมอนรองกระดูกสันหลังที่ถูกตัดออกซึ่งจะทำหน้าที่ได้เหมือนเดิมหรือใกล้เคียง

ของเดิมมากที่สุด โดยเฉพาะการเคลื่อนไหวของข้อกระดูกสันหลังเช่น การก้ม การเงยหรือการหมุน รวมถึงยังช่วยลดการทำงานของข้อข้างเคียง จึงมีส่วนช่วยให้การเสื่อมของข้อข้างเคียงช้าลง

ภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัด (นภานุช การเกษ, 2562)

1. ขณะผ่าตัด ได้แก่ หลอดอาหารได้รับบาดเจ็บ (esophageal injury) หลอดเลือดแดงได้รับบาดเจ็บ พบอุบัติการณ์ได้ไม่บ่อยแต่เป็นสาเหตุสำคัญของภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงถึงชีวิต

2. หลังผ่าตัดใน 1 สัปดาห์ ได้แก่ ทางเดินหายใจอุดกั้น (airway obstruction) เนื่องจากการผ่าตัดที่คอ ด้านหน้าส่งผลให้กล้ามเนื้อกะบังลม (diaphragm) ที่ทำหน้าที่หลักในการหายใจเข้าร่วมกับกล้ามเนื้อท้องที่ช่วยในการไอและขับเสมหะอ่อนแรง

3. หลังผ่าตัด 1-6 สัปดาห์ ได้แก่ การกลืนลำบาก (dysphagia) ซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อย หลังการผ่าตัดกระดูกสันหลังส่วนคอทางด้านหน้า สายเสียงตึง (dysphonia) เป็นภาวะที่มีการเปลี่ยนแปลงของเสียงมีอาการเสียงแหบไปจนถึงพูดลำบากกระดูกเสริมหลุดเคลื่อนออกนอกเขต (bone graft extrusion) เป็นภาวะที่รุนแรง และเกิดการติดเชื้อของแผลผ่าตัด (wound infection)

4. หลังผ่าตัดนานกว่า 6 สัปดาห์ ได้แก่ การเชื่อมกระดูกคอไม่ติด อาจมีอาการปวดคอหรือมีอาการปวดแขนตามรากประสาท

การพยาบาล

1. การพยาบาลแบบประคับประคอง ประเมินสภาพผู้ป่วยตามระบบ ให้การพยาบาลตามอาการและปัญหาที่พบของผู้ป่วย ประเมินการเสียน้ำและเกลือแร่ ให้สารน้ำทดแทนตามแผนการรักษา ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการและการตรวจพิเศษต่าง ๆ ประเมินภาวะวิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย ช่วยผ่อนคลายความวิตกกังวล โดยให้ข้อมูลเกี่ยวกับการดำเนินของโรค เปิดโอกาสให้ซักถาม ให้บริการด้วยมิตรไมตรี

2. การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด (พรสินี เต็งพานิชกุล, 2559)

2.1 การพยาบาลก่อนผ่าตัด

2.1.1 การเตรียมความพร้อมด้านจิตใจเปิด โอกาสให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึก และซักถามข้อสงสัย อธิบายข้อมูลเกี่ยวกับโรค แผนการรักษา การปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด ตำแหน่งและลักษณะแผลผ่าตัด แผลผ่าตัดจะปิดไว้จนกว่าจะตัดไหม อธิบายเกี่ยวกับการบอกระดับคะแนนความเจ็บปวด แนะนำการฝึกปฏิบัติการขึ้นลงเตียงที่ถูกวิธี การพลิกตะแคงตัว การฝึกหายใจและวิธีการไออย่างมีประสิทธิภาพ ประเมินความวิตกกังวลทางด้านจิตใจ ให้กำลังใจ และสร้างความมั่นใจในการปฏิบัติตัวหลังการผ่าตัด

2.1.2 การเตรียมความพร้อมด้านร่างกาย โดยการซักประวัติการแพ้ยา แพ้อาหาร การใส่ยาต่าง ๆ การวัดสัญญาณชีพ การตรวจทางห้องปฏิบัติการ ตลอดจนการงดน้ำและอาหารก่อนผ่าตัด 6-8 ชั่วโมง การดูแลให้ได้รับยาก่อนผ่าตัดตามแผนการรักษา

2.1.3 การเตรียมความพร้อมด้านเอกสารใบสำคัญต่าง ๆ ได้แก่ ใบลงนามยินยอมการผ่าตัด ใบรายงานผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ การจองเลือดและการตรวจทางรังสีวิทยา

2.2 ระยะเวลาหลังผ่าตัด

2.2.1 ตรวจวัดสัญญาณชีพทุก 15 นาที 4 ครั้ง ทุก 30 นาที 2 ครั้ง และทุก 1 ชั่วโมงจนกว่าสัญญาณชีพจะปกติและคงที่

2.2.2 ดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง โดยให้ได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ รักษาระดับออกซิเจนในเลือด (O_2 sat) ให้มากกว่า 95 %

2.2.3 ประเมินอาการจากการได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย ให้ผู้ป่วยนอนราบสังเกตอาการคลื่นไส้ อาเจียน ป้องกันการสำลักลงสู่ปอด สังเกตกำลังของกล้ามเนื้อ อาการชาของขาทั้งสองข้าง ดูแลให้ได้รับสารน้ำและสารอาหารครบถ้วนตามแผนการรักษา แนะนำให้ดื่มน้ำ 2,000 มิลลิลิตรต่อวัน

2.2.4 สังเกตอาการผิดปกติต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้นได้แก่ แผลผ่าตัดมีเลือดซึม บวม แดง มีไข้ สายระบายเลือดจากแผลมีเลือดออกมากกว่า 100 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง ภาวะหายใจลำบาก หายใจเสียงฮืด (stridor) คอบวมในผู้ป่วยที่ทำผ่าตัดบริเวณคอด้านหน้า อาการชาและแขนขาอ่อนแรงมากขึ้น ภาวะช็อค การขับถ่ายปัสสาวะหลังผ่าตัด 6-8 ชั่วโมง ถ้าปัสสาวะออกน้อยกว่า 30 มิลลิลิตรต่อชั่วโมงรายงานแพทย์

1.1.1 ประเมินระดับความปวดโดยใช้คะแนนความปวด (pain score) ทุก 4-6 ชั่วโมง กรณีคะแนนความปวดมากกว่า 4 ให้ยาแก้ปวดตามแผนการรักษา

1.1.2 ประเมินและป้องกันการติดเชื้อแผลผ่าตัด โดยสังเกตอาการอักเสบ บวม แดงของแผลผ่าตัด ดูแลแผลไม่ให้เปียกน้ำ ให้ยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษา

1.1.3 ประเมินและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้แก่ ภาวะก้อนไขมันอุดตันในปอด (fat embolism) ภาวะลิ่มเลือดอุดตันในปอด (pulmonary embolism) จากการหายใจหอบเหนื่อย เจ็บหน้าอก

1.2 ระยะเวลาจำหน่าย

ประเมินความพร้อมก่อนจำหน่ายทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ตลอดจนความรู้ ความสามารถในการดูแลตนเอง แนะนำแหล่งสนับสนุนทางสังคมต่าง ๆ การมาตรวจตามนัด การปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้าน วางแผนจำหน่ายโดยยึดตามหลัก D-METHOD คือ D : diagnosis ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่ สาเหตุ อาการ การรักษา การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน M : medication ให้ความรู้เกี่ยวกับยาที่ผู้ป่วยได้รับ สรรพคุณของยา ขนาด วิธีใช้ ข้อควรระวัง และผลข้างเคียงของยา E : environment ให้ความรู้เกี่ยวกับการจัดสิ่งแวดล้อมที่บ้านให้เหมาะสมกับภาวะสุขภาพของผู้ป่วย T: treatment ทักษะการดูแลตนเองที่บ้าน เช่น การทำแผล ฝึกการไออย่างถูกวิธี เป็นต้น H : health การฟื้นฟูสุขภาพข้อจำกัดผลกระทบจากการเจ็บป่วยและการปรับวิถีการดำเนินชีวิตประจำวันที่เหมาะสม O : outpatient แนะนำมาตรวจตามแพทย์นัด และหากมีอาการผิดปกติได้แก่ แขนขาชาหรืออ่อนแรงมากขึ้น มีไข้ แผลปวดบวม แดง ร้อน มีน้ำเหลืองซึม ให้มาพบแพทย์ก่อนนัดทันทีแนะนำสถานพยาบาลใกล้บ้าน ในกรณีฉุกเฉินมีการประสานศูนย์สาธารณสุข เข็มบ้านเพื่อร่วมดูแลต่อเนื่อง D : diet ให้ความรู้เกี่ยวกับอาหารที่เหมาะสมกับโรค เน้นอาหาร โปรตีนสูง และวิตามินซีสูง ได้แก่ เนื้อสัตว์ นม ไข่ ผักและผลไม้

ความรู้ทางเภสัชวิทยา (ปราณี ฟูไพบเราะ, 2559)

1. cefazolin สรรพคุณเป็นยาปฏิชีวนะกลุ่ม cephalosporins ออกฤทธิ์ในการฆ่าเชื้อ gram positive และ gram negative bacteria ใช้ในการป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัด อาการข้างเคียง อาจทำให้เกิดผื่นแดง คลื่นไส้ อาเจียน แสบร้อนกลางอก ปวดข้อและเจ็บกล้ามเนื้อ การพยาบาล สังเกตประวัติการแพ้ยาถ้ามีประวัติแพ้ยาในกลุ่ม penicillin สังเกตอาการแพ้ยาหากเกิดผื่นคัน แน่นหน้าอก ให้หยุดยาทันทีและรายงานแพทย์

2. dicloxacillin สรรพคุณเป็นยาปฏิชีวนะใช้รักษาการติดเชื้อจากแบคทีเรีย การพยาบาลสังเกตอาการแพ้ยา หากเกิดผื่น คัน หายใจลำบาก ริมฝีปากบวม ลิ้นบวม ให้หยุดยาทันทีและรายงานแพทย์

3. morphine sulfate สรรพคุณ เป็นยาในกลุ่ม opioid agonist ออกฤทธิ์โดยจับกับ receptors ที่บริเวณสมองและไขสันหลัง ช่วยบรรเทาอาการปวด และทำให้เกิดอารมณ์เคลิ้มสุขได้ ระวังการใช้ในผู้ป่วยที่แพ้ยาในกลุ่ม opioid และผู้ป่วยโรคตับ โรคไต โรคหัวใจ การพยาบาล บันทึกสัญญาณชีพก่อนและหลังให้ยา สังเกตอาการข้างเคียงของยา ได้แก่ ง่วงซึม รุ่มาตาหดเล็ก เวียนศีรษะ มึนงง สับสน หลับลึกไม่รู้สึกรู้ตัว ความดันโลหิต <90/60 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร <60 ครั้งต่อนาที หายใจ <10 ครั้งต่อนาที ให้รายงานแพทย์

4. brufen สรรพคุณเป็นยาในกลุ่มต้านอาการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ ใช้รักษาอาการปวด ลดไข้และแก้อักเสบจากสาเหตุต่าง ๆ การพยาบาล ให้รับประทานยาหลังอาหารทันทีและสังเกตอาการข้างเคียงของยา ได้แก่ ปวดท้อง ท้องอืด แสบร้อนกลางอก บัสสาวะเป็นเลือด คันตามผิวหนัง ให้หยุดยาและรายงานแพทย์

4. สรุปสาระสำคัญของเรื่องและขั้นตอนการดำเนินการ

โรคหมอนรองกระดูกคอเสื่อมทับเส้นประสาทเป็นปัญหาสุขภาพ 1 ใน 7 ของผู้สูงอายุไทย และมีแนวโน้มสูงขึ้นเรื่อย ๆ (อัญชติ ชครณ์ และอินทिरา รูปสว่าง, 2564) จากสถิติโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ พ.ศ. 2560-2562 พบผู้ป่วยที่มารักษาภาวะหมอนรองกระดูกคอเสื่อมทับเส้นประสาท จำนวน 33 ราย 32 ราย และ 29 ราย คิดเป็นร้อยละ 11, 9.8, และ 7.7 ตามลำดับ (โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์, 2563) ผู้ป่วยจะมีอาการปวดต้นคอ ร้าวไปไหล่ ต้นแขน หากมีอาการกดทับมากขึ้น จะมีอาการชา อ่อนแรง กล้ามเนื้อลีบ สูญเสียการทำงานของมือ หรือมีท่าเดินที่ผิดปกติ ส่งผลให้เกิดความทุกข์ทรมานทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ทำให้คุณภาพชีวิตลดลง การผ่าตัดกระดูกสันหลังส่วนคอทางด้านหน้าและการเชื่อมข้อ (anterior cervical discectomy and fusion) เป็นวิธีการรักษาที่มีประสิทธิภาพ ลดอาการปวด ชา อ่อนแรง และความพิการที่อาจเกิดขึ้น ซึ่งผลลัพธ์ของการผ่าตัดจะประสบผลสำเร็จอย่างมีประสิทธิภาพได้จะต้องได้รับการพยาบาลที่มีคุณภาพตั้งแต่การเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด การพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัดและการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยที่ถูกต้อง เหมาะสม พยาบาลจึงต้องมีความรู้และทักษะในการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด ผู้จัดทำจึงเห็นความสำคัญและจัดทำกรพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหมอนรองกระดูกคอเสื่อมทับเส้นประสาท เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพ ปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน หลังผ่าตัดสามารถกลับไปใช้ชีวิตประจำวันได้และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น (ธีรชัย อภิวรรณกุล, 2558)

ขั้นตอนการดำเนินการ

1. ศึกษารวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยที่มีภาวะหมอนรองกระดูกคอเสื่อมทับเส้นประสาทและได้รับการผ่าตัดเอาหมอนรองกระดูกออกโดยการผ่าตัดส่วนหน้าของคอศึกษาความรู้ทางวิชาการและกรอบแนวคิดทางการพยาบาลจากตำรา วารสาร สื่ออิเล็กทรอนิกส์ งานวิจัยเพื่อนำมาเป็นแนวทางการเลือกกรณีศึกษา
2. เลือกกรณีศึกษาผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 64 ปี มาโรงพยาบาลด้วยอาการปวดต้นคอร้าวไปไหล่ข้างซ้าย 1 สัปดาห์ มีอาการขาที่แขนและขาทั้งสองข้าง 1 ปี ผลการตรวจทางรังสีวิทยาโดยคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า พบหมอนรองกระดูกคอเสื่อมทับเส้นประสาทไขสันหลังระดับ C4-5 รับไว้ที่หอผู้ป่วยพิเศษ 21 เมื่อวันที่ 29 กรกฎาคม 2562 เลขที่ภายนอก 12375/58 เลขที่ภายใน 12024/62 ผ่าตัดหมอนรองกระดูกคอเสื่อมทับเส้นประสาท โดยการผ่าตัดจากทางด้านหน้าเชื่อมข้อกระดูกคอข้อที่ 4-5 (anteriorcervical discectomy and fusion C4-5) ในวันที่ 30 กรกฎาคม 2562
3. ประเมินสภาพร่างกายผู้ป่วยทุกระบบ จิตใจ อารมณ์ สังคม ชักประวัติที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วย ทั้งปัจจุบันและอดีต วินิจฉัยทางการพยาบาลเพื่อวางแผนให้การพยาบาลตามภาวะของโรค
4. ปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลตามแผนการรักษาของแพทย์ ประเมินผล และวางแผนการพยาบาลต่อไปเมื่อปัญหายังไม่สิ้นสุด จนกระทั่งจำหน่ายกลับบ้าน พร้อมทั้งบันทึกทางการพยาบาล
5. สรุปผลการศึกษา จัดทำเอกสารทางวิชาการและนำเสนอตามลำดับ

5. ผู้ร่วมดำเนินการ “ไม่มี”

6. ส่วนของงานที่ผู้เสนอเป็นผู้ปฏิบัติ เป็นผู้ดำเนินการทั้งหมดร้อยละ 100 โดยดำเนินการดังนี้

กรณีศึกษาผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 64 ปี สถานภาพสมรสคู่ อาชีพรับจ้างทั่วไป มาโรงพยาบาลวันที่ 29 กรกฎาคม 2562 ด้วยอาการปวดต้นคอ ร้าวไปไหล่ข้างซ้ายมา 1 สัปดาห์ ให้ประวัติ 1 ปีก่อนมาโรงพยาบาลมีอาการขาที่แขนและขาทั้งสองข้าง ผลการตรวจทางรังสีวิทยาโดยคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า พบหมอนรองกระดูกคอเสื่อมทับเส้นประสาทไขสันหลังระดับ C4-5 แพทย์ให้รับไว้ในโรงพยาบาลที่หอผู้ป่วยพิเศษ 21 เพื่อทำการผ่าตัด เลขที่ภายนอก 12375/58 เลขที่ภายใน 12024/62

วันที่ 29 กรกฎาคม 2562 แรกรับผู้ป่วยรู้สึกตัวดี อุณหภูมิร่างกาย 36.8 องศาเซลเซียส ชีพจร 82 ครั้งต่อนาที หายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 138/76 มิลลิเมตรปรอท ค่าออกซิเจนในเลือดวัดปลายนิ้ว 100 เปอร์เซ็นต์ น้ำหนัก 60 กิโลกรัม ส่วนสูง 170 เซนติเมตร ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการปกติ คลื่นไฟฟ้าหัวใจปกติ เอกซเรย์ทรวงอกปกติ ประเมินกำลังของกล้ามเนื้อแขนและขาทั้งสองข้างระดับ 4 (ปกติระดับ 5) ผู้ป่วยปฏิเสธโรคประจำตัว ปฏิเสธการแพ้ยาและแพ้อาหาร ผู้ป่วยไม่สุขสบายเนื่องจากปวดต้นคอ คะแนนความปวดเท่ากับ 3 คะแนน ไม่ได้ให้ยาแก้ปวด ให้ผู้ป่วยนอนพักบนเตียง จัดสิ่งแวดล้อมให้เงียบสงบ จัดกิจกรรมการพยาบาลให้อยู่ช่วงเวลาเดียวกัน ไม่รบกวนผู้ป่วยขณะพักผ่อน หลังให้การพยาบาล คะแนนความปวดลดลงเหลือ 2 คะแนน แพทย์วางแผนการผ่าตัดหมอนรองกระดูกคอเสื่อมทับเส้นประสาท โดยการผ่าตัดจากทางด้านหน้าเชื่อมข้อกระดูกคอข้อที่ 4-5 (anteriorcervical discectomy and fusion C4-5) ในวันที่ 30 กรกฎาคม 2562

ผู้ป่วยวิตกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัด สอบถามเรื่องการผ่าตัด ให้การพยาบาล โดยพูดคุยสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย ให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรค แผนการรักษา ขั้นตอนการเตรียมตัวก่อนผ่าตัด การงดน้ำงดอาหารและยาทางปากทุกชนิดอย่างน้อย 8 ชั่วโมง วิธีการผ่าตัดหมอนรองกระดูกคอเสื่อมทับเส้นประสาท อุปกรณ์ที่ติดมากับผู้ป่วยหลังผ่าตัด การปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด สาธิตวิธีการไอ การหายใจอย่างมีประสิทธิภาพ โดยให้หายใจเข้าทางจมูกช้า ๆ ให้เต็มปอดนับ 1-10 กลั้นลมหายใจ 2-3 วินาทีแล้วหายใจออกทางปากช้า ๆ การพลิกตะแคงตัวแบบท่อนซุง (log rolling) และท่าลุกจากเตียงที่ถูกวิธี เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยสอบถามข้อมูลเพื่อความเข้าใจ ผู้ป่วยมีอาการหลงลืมและหูตึงต้องสอนอย่างใกล้ชิด 3-4 ครั้งผู้ป่วยจึงเข้าใจและคลายวิตกกังวล สีหน้าสดชื่นขึ้น

วันที่ 30 กรกฎาคม 2562 เตรียมผู้ป่วยก่อนไปผ่าตัด ให้ผู้ป่วยทำความสะอาดร่างกาย วัดสัญญาณชีพปกติ อุณหภูมิร่างกาย 36.9 องศาเซลเซียส ชีพจร 86 ครั้งต่อนาที หายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 130/80 มิลลิเมตรปรอท ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ 0.9% NSS 1000 มิลลิลิตร อัตรา 100 มิลลิลิตรต่อชั่วโมงตามแผนการรักษา ใส่สายสวนปัสสาวะ ตรวจสอบปัสสาวะเตรียมยาปฏิชีวนะ cefazolin 1 กรัม นำส่งผู้ป่วยไปห้องผ่าตัดเวลา 8.00 นาฬิกา ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดหมอนรองกระดูกคอเสื่อมทับเส้นประสาทโดยการผ่าตัดจากทางด้านหน้าเชื่อมข้อกระดูกคอ ข้อที่ 4-5 ภายใต้การระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย ขณะผ่าตัดเสียเลือดปริมาณ 20 มิลลิลิตร ผู้ป่วยกลับจากห้องผ่าตัดเวลา 10.00 นาฬิกา หลังผ่าตัดรู้สึกตัวดี สัญญาณชีพปกติ อุณหภูมิร่างกาย 37.2 องศาเซลเซียส ชีพจร 88 ครั้งต่อนาที หายใจ 18 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 142/86 มิลลิเมตรปรอท ค่าออกซิเจนในเลือดวัดปลายนิ้ว 98 เปอร์เซ็นต์ กำลังของกล้ามเนื้อแขนและขาองข้างระดับ 4 ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดการหายใจไม่มีประสิทธิภาพและเกิดภาวะทางเดินหายใจอุดกั้นเนื่องจากการผ่าตัดบริเวณคอด้านหน้า ข้อที่ 4-5 ซึ่งส่งผลต่อกล้ามเนื้อกะบังลมที่ทำหน้าที่หลักในการหายใจเข้า ร่วมกับกล้ามเนื้อท้องที่ช่วยในการไอและขับเสมหะอ่อนแรง ให้การพยาบาล โดยการจัดท่านอนราบศีรษะสูงไม่เกิน 45 องศา เพื่อป้องกันการเคลื่อนของกระดูกคอ ให้ออกซิเจนชนิดหน้ากาก (oxygen mask with bag) 10 ลิตรต่อนาที ประเมินภาวะพร่องออกซิเจนได้แก่ กระสับกระส่ายตัวเขียว เล็บมือเล็บเท้าซีด หายใจลำบาก หายใจเสียงดัง หลังให้การพยาบาลผู้ป่วยนอนหลับพักผ่อนได้หายใจไม่เหนื่อยค่าออกซิเจนในเลือดวัดปลายนิ้ว 100 เปอร์เซ็นต์ไม่มีภาวะพร่องออกซิเจน ผู้ป่วยไม่สุขสบายเนื่องจากปวดแผลผ่าตัด ผู้ป่วยมีแผลผ่าตัดบริเวณคอด้านหน้าปิดด้วยเทปปิดแผลแบบผ้า คະแนมความปวดเท่ากับ 8 คະแนม ให้อาหารระงับปวด morphine 4 มิลลิกรัมทางหลอดเลือดดำ ตามแผนการรักษา หลังให้ยาแก้ปวด 30 นาที ประเมินความปวดลดลงเหลือ 4 คະแนม ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยา morphine หลังให้ยาสังเกตอาการของผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด ประเมินสัญญาณชีพ ระดับความง่วงซึม (sedation score) แนะนำผู้ป่วยให้เปลี่ยนอิริยาบถอย่างช้า ๆ เพื่อป้องกันความดันโลหิตต่ำเตรียมออกซิเจนเครื่องช่วยหายใจให้พร้อม ประเมินผู้ป่วยภายหลังให้ยา ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี สัญญาณชีพปกติประเมินระดับความง่วงซึม ระดับ 1 คະแนม ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดแผลกดทับบริเวณก้นกบเนื่องจากช่วยเหลือตนเองได้น้อย มีการจำกัดกิจกรรมให้อยู่บนเตียง จัดท่าผู้ป่วยให้นอนหัวสูงโดยไขว่หัวเตียง 45 องศา ประเมินความเสี่ยงการเกิดแผลกดทับ โดยใช้ braden scale ช่วยเหลือให้ผู้ป่วยพลิกตะแคงตัว

แบบท่อนซุง ทุก 2 ชั่วโมง จัดผ้าปูเตียงให้เรียบร้อย อธิบายผู้ป่วยในการฝึกการเคลื่อนไหว กระตุ้นให้เปลี่ยนอิริยาบถบ่อย ๆ ดูแลให้ผิวหนังแห้งสะอาด ไม่เปียกชื้น ประเมินผิวหนังและปุ่มกระดูก ไม่พบรอยแดงหรือแผลกดทับตามร่างกาย ผู้ป่วยมีโอกาสดเกิดการติดเชื้อของแผลผ่าตัด เนื่องจากแผลผ่าตัดมีสายระบายเลือดต่อลงขวด มีเลือดปริมาณ 10 มิลลิลิตร ให้ยาปฏิชีวนะ cefazolin 1 กรัม เข้าทางหลอดเลือดดำทุก 6 ชั่วโมง และสังเกตอาการข้างเคียงจากยา ผู้ป่วยไม่มีผื่นคันหรือแน่นหน้าอก แนะนำผู้ป่วยระมัดระวังไม่ให้แผลเปียกน้ำ ดูแลขจัดสายระบายเลือดให้เป็นระบบสุญญากาศตลอดเวลา แผลผ่าตัดแห้งดีสายระบายเลือดไม่เลื่อนหลุด ผู้ป่วยมีโอกาสดเกิดภาวะกลืนลำบากและการสำลัก เนื่องจากมีแผลผ่าตัดบริเวณคอซึ่งใกล้กับหลอดอาหาร อาจทำให้เกิดการอักเสบ บวม ของเนื้อเยื่อ ส่งผลให้เกิดภาวะกลืนลำบากและการสำลัก ให้ผู้ป่วยจิบน้ำแล้วสังเกตว่าผู้ป่วยมีอาการไอ หอบเหนื่อยหรือเสียงเปลี่ยนหลังการกลืนหรือไม่ ให้รับประทานอาหารพอดีคำไม่ใหญ่เกินไป เคี้ยวช้า ๆ ให้ละเอียดก่อนกลืน ผู้ป่วยรับประทานอาหารอ่อน ได้ครั้งถัด ไม่สำลัก ผู้ป่วยมีโอกาสดเกิดการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะจากการคาสาขสวนปัสสาวะ ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ 0.9% NSS 1000 มิลลิลิตร อัตรา 100 มิลลิลิตรต่อชั่วโมงตามแผนการรักษา ให้ผู้ป่วยดื่มน้ำ 2,000 มิลลิลิตรต่อวัน ตรวจสอบสายสวนปัสสาวะให้อยู่ในระบบปิดจัดตรงสายไม่ให้พับงอ ทำความสะอาดสายสวนปัสสาวะเข้า-เย็น และทุกครั้งหลังการขับถ่าย ปริมาณปัสสาวะ 700 มิลลิลิตร สีเหลืองใสไม่มีตะกอน หลังผ่าตัด 1 วัน ถอดสายสวนปัสสาวะออก แนะนำการทำความสะอาดหลังปัสสาวะและขับให้แห้ง ยกเลิกการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ แนะนำดื่มน้ำ 2,000 มิลลิลิตรต่อวัน ผู้ป่วยปัสสาวะได้เอง ไม่มีอาการแสบขัด

วันที่ 31 กรกฎาคม 2562 หลังผ่าตัดวันแรก ผู้ป่วยรู้สึกตัวดีสัญญาณชีพปกติ ช่วยเหลือตนเองได้มากขึ้น กำลังของกล้ามเนื้อแขนและขาสองข้างระดับ 4 ยังมีอาการชาที่แขนและขาทั้งสองข้าง แผลผ่าตัดแห้งดี ไม่มีเลือดซึมขูดระบายเลือดมีเลือดออกปริมาณ 20 มิลลิลิตร เปิดทำความสะอาดแผลถอดสายระบายเลือดออก แผลเย็บลวด (stapler) แห้งดี ปิดแผลด้วยเทปกั้นน้ำเปลี่ยนยาปฏิชีวนะ cefazolin 1 กรัมทางหลอดเลือดดำเป็น dicloxacillin ขนาด 500 มิลลิกรัมรับประทาน 1 เม็ด ก่อนอาหารเช้า กลางวัน เย็นและก่อนนอน แนะนำการดูแลแผลผ่าตัดไม่ให้เปียกน้ำ ช่วยเหลือผู้ป่วยโดยการเคลื่อนย้ายตนเองในการฝึกเดินครั้งแรกและประสานงานกับทีมนักกายภาพบำบัดในการฝึกลุกนั่ง การยืน การเดิน โดยใช้อุปกรณ์พยุงเดิน 4 ขา (walker) ผู้ป่วยสามารถเดิน โดยใช้อุปกรณ์พยุงเดิน 4 ขาได้ถูกต้อง กระตุ้นให้ผู้ป่วยฝึกการหายใจด้วยเครื่อง Incentive Spirometer (IS) แบบ Triflow เพื่อป้องกันและรักษาภาวะแทรกซ้อนที่มักเกิดขึ้นหลังผ่าตัด เช่น ปอดแฟบ ปอดอักเสบ และเสมหะคั่งค้าง โดยให้ผู้ป่วยลุกนั่งหรือไขหัวเตียงให้สูงขึ้นถือ Triflow ตั้งขึ้นอมปากคาบไว้ในปาก ปิดริมฝีปากให้สนิทหายใจเข้าออกปกติ เพื่อให้คุ้นเคยกับเครื่องก่อน จากนั้นให้ดูซ้ำๆ และลึกๆ หายใจค้างไว้นานเท่าที่จะทำได้ (อย่างน้อย 5 วินาที) แล้วจึงปล่อยลมหายใจออก พักประมาณ 2 - 3 วินาที แล้วจึงเริ่มต้นใหม่ ควรทำอย่างน้อย 100 ครั้ง/วัน ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตามได้ ผู้ป่วยมีโอกาสดเกิดอุบัติเหตุพลัดตกหกล้มเนื่องจากฝึกเดินวันแรก ให้ญาติดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดตลอดเวลาผู้ป่วยลุกเดิน จัดสิ่งแวดล้อมให้เป็นระเบียบ ไม่มีสิ่งของกีดขวางทางเดิน พื้นไม่เปียกน้ำ ขณะลงเดินไม่เกิดอุบัติเหตุพลัดตกหกล้ม หลังฝึกเดิน

ผู้ป่วยปวดแผลและต้นคอ ประเมินความปวด 4 คะแนน ให้รับประทานยาแก้ปวด brufen ขนาด 400 มิลลิกรัม 1 เม็ด หลังอาหารเช้า และเย็น ตามแผนการรักษา ไข้เพียงนั่งได้ 90 องศาแนะนำไม่ให้ผู้ป่วยก้มหรือเงยมากเกินไป ไม่เอี้ยวคอหรือหมุนคอเร็ว ๆ และไม่ควรรอยู่ในอิริยาบถเดิมนาน ๆ ควรเปลี่ยนท่าทุก 15-20 นาทีเพื่อไม่ให้เกิดอาการปวดคอมากขึ้นและการกลับมาเป็นซ้ำของโรค หลังรับประทานยา 30 นาที ประเมินความปวดลดลงเหลือ 2 คะแนน

วันที่ 1 สิงหาคม 2562 หลังผ่าตัดวันที่ 2 ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี กำลังของกล้ามเนื้อแขนและขาสองข้างระดับ 5 อาการชาที่แขนและขาสองข้างลดลง เดินได้เองไม่ปวดแผล แพทย์อนุญาตให้กลับบ้าน แนะนำการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้าน ได้แก่ การบริหารกล้ามเนื้อคอและไหล่อย่างสม่ำเสมอติดต่อกันอย่างน้อย 3 เดือน หลีกเลี่ยงการก้มหรือเงยศีรษะมากเกินไป ห้ามเอี้ยวคอ หรือหมุนคอเร็วเกินไป ห้ามออกกำลังกายของหนักเกิน 5 กิโลกรัม งดออกกำลังกายที่ออกแรงประมาณ 1 เดือน ไม่ควรไอจามแรง ๆ ควรนอนที่นอนและหมอนแน่นพอดี หมอนกว้างรับส่วนแอ่นของคอในท่านอนหงายและสูงกว่าระดับไหล่ รับประทานยาแก้ปวดและยาปฏิชีวนะให้ครบตาม เน้นรับประทานอาหารที่มีโปรตีนและวิตามินซีสูง แผลผ่าตัดไม่ให้โดนน้ำ ระมัดระวังอุบัติเหตุจากการใช้อุปกรณ์พยุงเดิน 4 ขา การตรวจตามนัด การสังเกตอาการผิดปกติ ได้แก่ แขนขาชาหรืออ่อนแรงมากขึ้น มีไข้ แผลปวดบวม แดง ร้อน มีน้ำเหลืองซึมให้มาพบแพทย์ทันที แพทย์นัดตรวจเพื่อติดตามการรักษาและตัดไหมที่ห้องตรวจศัลยกรรมกระดูกในวันที่ 8 สิงหาคม 2562 เวลา 9 นาฬิกา ติดตามเยี่ยมบ้านทางโทรศัพท์หลังกลับบ้าน 3 วัน ในวันที่ 4 สิงหาคม 2562 ผู้ป่วยแจ้งว่าแผลผ่าตัดแห้งดีไม่มีบวมแดง อาการชาที่แขนและขาสองข้างลดลงสามารถเดินได้เอง ไม่เกิดอุบัติเหตุพลัดตกหกล้มรวมระยะเวลาที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล 4 วัน

7. ผลสำเร็จของงาน

จากกรณีศึกษาผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหมอนรองกระดูกคอเสื่อมทับเส้นประสาท ให้การพยาบาลระหว่างวันที่ 29 กรกฎาคม 2561 ถึง วันที่ 1 สิงหาคม 2561 เป็นเวลา 4 วัน ติดตามเยี่ยมผู้ป่วย 4 ครั้ง พบปัญหาทางการพยาบาลก่อนผ่าตัด 2 ปัญหา คือ 1) ไม่สุขสบายเนื่องจากปวดต้นคอ 2) ผู้ป่วยวิตกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัด พบปัญหาทางการพยาบาลหลังผ่าตัด 9 ปัญหา คือ 1) มีโอกาสเกิดการหายใจไม่มีประสิทธิภาพและเกิดภาวะทางเดินหายใจอุดตัน 2) ไม่สุขสบายเนื่องจากปวดแผลผ่าตัด 3) มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยา morphine 4) มีโอกาสเกิดแผลกดทับบริเวณก้นกบ 5) มีโอกาสเกิดการติดเชื้อของแผลผ่าตัด 6) มีโอกาสเกิดภาวะกลืนลำบากและการสำลัก 7) มีโอกาสเกิดการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ 8) มีโอกาสเกิดอุบัติเหตุพลัดตกหกล้ม 9) ผู้ป่วยและญาติพร้อมความรู้ในการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน ซึ่งปัญหาทั้งหมดได้รับการแก้ไข ไม่พบภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน ได้แก่ การบริหารกล้ามเนื้อคอและไหล่ ห้ามออกกำลังกายของหนัก การไอ การรับประทานอาหารที่มีโปรตีนและวิตามินซีสูง การดูแลแผลผ่าตัด ผู้ป่วยและญาติเข้าใจสามารถตอบคำถามและปฏิบัติตามได้อย่างถูกต้อง นัดตรวจเพื่อติดตามการรักษาและตัดไหมที่ห้องตรวจศัลยกรรมกระดูกในวันที่ 8 สิงหาคม 2562

8. การนำไปใช้ประโยชน์

8.1 ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหมอนรองกระดูกคอเสื่อมทับเส้นประสาท ได้รับการพยาบาลอย่างมีคุณภาพ ปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัด

8.2 ใช้เป็นแนวทางในการให้ความรู้ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหมอนรองกระดูกคอเสื่อมทับเส้นประสาท ประจำหอผู้ป่วยพิเศษ 21

9. ความยุ่งยาก ปัญหา อุปสรรคในการดำเนินการ

ผู้ป่วยอายุ 64 ปี มีอาการหลงลืมและหูตึงทำให้การสื่อสารมีความยากลำบาก ต้องใช้ระยะเวลาในการสอนนานและบ่อยครั้งจนกว่าผู้ป่วยจะเข้าใจและปฏิบัติได้

10. ข้อเสนอแนะ

10.1 จัดทำคัลปีวีดี ที่มีรูปภาพที่สื่ออย่างชัดเจน เข้าใจง่าย สามารถเปิดดูได้เมื่อลืม

10.2 ควรมีระบบการเชื่อมบ้านหรือประสานงานกับศูนย์บริการสาธารณสุขเพื่อติดตามเยี่ยมบ้าน

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการและได้ดำเนินการปรับปรุงแก้ไขเป็นไปตามคำแนะนำของคณะกรรมการ

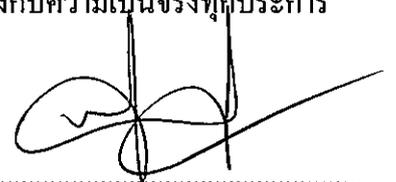
ลงชื่อ..... กัลยา เสมอภาค.....

(นางสาวกัลยา เสมอภาค)

ผู้ขอรับการประเมิน

วันที่ ๒๖ / ต.ค. / ๒๕๖๔

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ



ลงชื่อ

(นายเกรียงไกร ตั้งจิตรมณีศักดิ์)

(ตำแหน่ง) ผู้อำนวยการ

โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์

ลงชื่อ..... นิตยา สักดิ์สุภา.....

(นางนิตยา สักดิ์สุภา)

(ตำแหน่ง) หัวหน้าพยาบาล

ฝ่ายการพยาบาล กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล

โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์

วันที่ ๒๖ ต.ค. ๒๕๖๔

หมายเหตุ ผู้บังคับบัญชาเหนือขึ้นไป 1 ระดับ ในระหว่างวันที่ 29 กรกฎาคม 2562-1 สิงหาคม 2562

คือนางเลิศลักษณ์ ติลาเรืองแสง ปัจจุบันดำรงตำแหน่งรองผู้อำนวยการสำนักการแพทย์

เอกสารอ้างอิง

- กนิษฐา จันทร์ฉาย. (2558). *คู่มือการพยาบาลผู้ป่วยโรคกระดูกคอเสื่อม (Cervical Spondylosis) ที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับคอทางด้านหน้า*. งานการพยาบาลผู้ป่วยพิเศษ ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราชคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ธีรชัย อภิวรรษกุล. (2558). *เคล็ดลับทางออร์โธปิดิกส์*. เชียงใหม่ : ภาควิชาออร์โธปิดิกส์คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- นภาพุช การเกษ. (2562). *การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสันหลัง: การศึกษารายกรณี. การประชุมวิชาการระดับชาติ วิทยาลัยนครราชสีมา ครั้งที่ 6 : เรื่องสังคมผู้สูงวัย โอกาสและความท้าทายของอุดมศึกษา*. นครราชสีมา: วิทยาลัยนครราชสีมา.
- ปราณี ฟูไพบเราะ. (2559). *คู่มือยา (พิมพ์ครั้งที่ 14)*. กรุงเทพฯ: เอ็น พี เพลส.
- พรลินี เต็งพานิชกุล. (2559). *การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสันหลัง. ใน อรพรรณ โตสิงห์, ธีรารวรรณ เชื้อตาเล็ง, และณัฐมา ทองธีรธรรม (บรรณาธิการ), การพยาบาลผู้ป่วยทางออร์โธปิดิกส์*. กรุงเทพฯ: เอ็นพีเพลส.
- โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์. (2563). *รายงานประจำปีโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ 2563*. กรุงเทพฯ: โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์.
- อารี ตनावลี. (2557). *ตำราแก่นความรู้ทางออร์โธปิดิกส์*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อัญชลี ยศกรณ์ และอินทิรา รูปสว่าง. (2564). *การพยาบาลผู้ป่วยโรคหมอนรองกระดูกคอเสื่อมกดทับไขสันหลัง*. กรุงเทพฯ: ไอดี ออล ดิจิตอล พริน.

ข้อเสนอ แนวคิด วิธีการเพื่อพัฒนางานหรือปรับปรุงงานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

ของ นางสาวกัลยา เสมอภาค

เพื่อประกอบการแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาลทั่วไป)

(ตำแหน่งเลขที่ รพจ. 702) สังกัดฝ่ายการพยาบาล กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล

โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ สำนักงานการแพทย์

เรื่อง แนวทางปฏิบัติของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหมอนรองกระดูกคอเสื่อมทับเส้นประสาทโดยใช้แผ่นพับและคิวอาร์โค้ด
หลักการและเหตุผล

โรคหมอนรองกระดูกคอเสื่อมทับเส้นประสาทเป็นปัญหาสุขภาพ 1 ใน 7 ของผู้สูงอายุไทย และมีแนวโน้มสูงขึ้นเรื่อย ๆ ภาวะหมอนรองกระดูกคอเสื่อม ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่กระดูกและเนื้อเยื่อรอบ ๆ หมอนรองกระดูก โดยที่ช่องหมอนรองกระดูกจะแคบหดสั้นลงและเกิดการเคลื่อนของกระดูกคอ ซึ่งพยาธิสภาพดังกล่าวจะกินที่ในช่องกระดูกคอ ทำให้ระบบการไหลเวียนของเลือดผิดปกติ และส่งผลให้เกิดไขสันหลังถูกกดทับ ซึ่งส่วนมากเกิดบริเวณกระดูกคอ (พรสิณี เต็งพานิชกุล, 2559) ผู้ป่วยอาจมีอาการปวดเมื่อยต้นคอเป็นครั้งคราวหรือเรื้อรังจนถึงขั้นมีการกดทับของรากประสาทหรือไขสันหลัง จะมีอาการปวดต้นคอและมีอาการปวดร้าวและชาลงมาที่ไหล่ แขน มือและอาจมีอาการอ่อนแรงร่วมด้วย การรักษาจึงต้องใช้ในการผ่าตัดเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถกลับไปดำเนินชีวิตได้อย่างปกติสุข มีคุณภาพชีวิตที่ดี (อัญชลี ยศกรณ์และอินทิรา รูปสว่าง, 2564) การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหมอนรองกระดูกคอเสื่อมทับเส้นประสาทเป็นสิ่งสำคัญและจำเป็นยิ่ง เนื่องจากการผ่าตัดบริเวณคอจะทำให้เกิดการเคลื่อนไหวของคอลดลง ประกอบกับการเคลื่อนไหวในระยะหลังผ่าตัดทำให้แขนขาอ่อนแรงได้ (สถาบันประสาทวิทยา, 2560) และจากสถิติของโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ พ.ศ. 2560-2562 พบว่ามีผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดหมอนรองกระดูกคอเสื่อมทับเส้นประสาท จำนวน 33 ราย 32 รายและ 29 ราย ตามลำดับ (โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์, 2563) ซึ่งส่วนใหญ่ผู้ป่วยอยู่ในวัยสูงอายุ (กนิษฐา จันทร์ฉาย, 2558) และมีความวิตกกังวลเรื่องผลหลังการผ่าตัด ขาดความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติตัวและการฟื้นฟูสมรรถภาพหลังการผ่าตัด ซึ่งอาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนภายหลังการผ่าตัดได้ ส่งผลต่อระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาลรวมทั้งเพิ่มค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล

พยาบาลเป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการให้การพยาบาลและให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด การฟื้นฟูสมรรถภาพหลังผ่าตัด ตลอดจนการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้านโดยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด สามารถกลับไปดำเนินชีวิตประจำวันอย่างปกติสุขมีคุณภาพชีวิตที่ดี ดังนั้นผู้จัดทำจึงมีแนวคิดในการจัดทำแนวทางปฏิบัติของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหมอนรองกระดูกคอเสื่อมทับเส้นประสาทเพื่อเป็นแนวทางให้ผู้ป่วยมีความรู้และปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง และเนื่องจากโรคนี้ส่วนใหญ่พบผู้สูงอายุซึ่งอาจ

พร้อมในการสื่อสารและเรื่องความจำจึงได้นำแนวทางปฏิบัติมาจัดทำเป็นแผ่นพับและคิวอาร์โค้ดเพื่อให้ผู้ป่วยและญาติเข้าถึงความรู้ได้ง่าย ชัดเจน และตลอดเวลาที่ต้องการเนื่องจากผู้ป่วยหลังผ่าตัดหมอนรองกระดูกคอเสื่อมทับเส้นประสาทระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาลตั้งแต่ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับความรู้และข้อมูลที่เพียงพอในการดูแลตนเองเมื่อกลับไปฟื้นฟูร่างกายที่บ้านการทำให้ผู้ป่วยสามารถฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดให้เร็วและสามารถดูแลตนเองได้อย่างถูกต้องจะช่วยลดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดรวมทั้งอาการผิดปกติที่ต้องมาโรงพยาบาลก่อนวันนัด ส่งผลให้เกิดการบริการที่ดีและมีประสิทธิภาพ และเกิดความพึงพอใจแก่ผู้ป่วยและญาติ

วัตถุประสงค์และหรือเป้าหมาย

1. ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัดหมอนรองกระดูกคอเสื่อมทับเส้นประสาทได้อย่างถูกต้อง
2. ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดหมอนรองกระดูกคอเสื่อมทับประสาท

กรอบการวิเคราะห์ แนวคิดข้อเสนอ

การผ่าตัดเอาหมอนรองกระดูกคอที่ขึ้นไปกดทับประสาทไขสันหลังออกจากทางด้านหน้าของคอและทำการเชื่อมกระดูกคอด้วยกระดูกเชิงกรานบริเวณเอวหรืออาจใช้กระดูกเทียม จะช่วยให้การเคลื่อนไหวของคอดีขึ้น เพิ่มความมั่นคง ไม่มีความเจ็บปวดขณะมีการเคลื่อนไหว ผู้ป่วยสามารถกลับไปดำเนินชีวิตได้อย่างปกติสุข การป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดเป็นสิ่งสำคัญ การปฏิบัติตัวของผู้ป่วยก่อนผ่าตัด หลังผ่าตัดและเมื่อกลับไปอยู่บ้านที่ถูกต้องเหมาะสมจะทำให้ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ ในการจัดทำครั้งนี้จึงใช้ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม (Orem's self-care theory) มาเป็นแนวคิดในการจัดทำแนวทางปฏิบัติของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหมอนรองกระดูกคอเสื่อมทับเส้นประสาทโดยใช้แผ่นพับและคิวอาร์โค้ด

ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม (Orem's self-care theory) มีแนวคิดที่ต้องการให้เกิดการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการรักษาไว้ซึ่งชีวิตและสุขภาพ ผู้ป่วยจะต้องรับผิดชอบในการดูแลตนเอง แต่เมื่อไม่สามารถดูแลตนเองได้ย่อมต้องการความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น โดยเฉพาะสมาชิกในครอบครัวและเมื่อสมาชิกในครอบครัวไม่สามารถช่วยเหลือได้ ในภาวะที่ผู้ป่วยขาดความสามารถในการดูแลตนเอง พยาบาลต้องใช้วิธีการและเทคนิคทางการพยาบาล เช่น การสอน การชี้แนะ การสนับสนุนให้กำลังใจเพื่อช่วยเหลือให้ผู้ป่วยมีการพัฒนาความรู้ความสามารถในการดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ พยาบาลสามารถให้ความช่วยเหลือที่เหมาะสมโดยการกระทำแทนหรือกระทำให้กับผู้ป่วย การสอน การสนับสนุน ให้กำลังใจ และการปรับสิ่งแวดล้อม การกระทำเหล่านี้พยาบาลกระทำร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัวโดยมุ่งช่วยเหลือให้การดูแลที่จำเป็นแก่ผู้ป่วย การปฏิบัติกิจกรรมที่บุคคลริเริ่มและกระทำด้วยตนเอง การดูแลตนเองและปฏิบัติให้ได้ผลนั้นบุคคลจะต้องมีความรู้ความเข้าใจ เห็นว่าสิ่งที่กระทำเหมาะสมในสถานการณ์นั้น ๆ รู้ว่าสิ่งที่กระทำนั้นมีประสิทธิภาพและให้ผลตามต้องการ จึงตัดสินใจกระทำ (พร้อมจิตร ห่อนบุญheim, 2553) ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหมอนรองกระดูกคอเสื่อมทับเส้นประสาท ไม่มีประสบการณ์ ขาดความรู้ทำให้ไม่มี

ความสามารถในการดูแลตนเอง การจัดทำแนวทางปฏิบัติของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหมอนรองกระดูกคอเสื่อมทับเส้นประสาทเพื่อให้ความรู้ผู้ป่วยจึงเป็นบทบาทสำคัญของพยาบาลที่กระทำให้กับผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ แต่ผู้ป่วยบางรายมีปัญหาด้านการสื่อสาร ด้านความจำ ด้านความเข้าใจเนื่องจากปัจจัยต่าง ๆ เช่น อายุ การศึกษา การได้ยินบกพร่อง เป็นต้น การให้คำแนะนำโดยการอธิบายตามปกติอาจไม่เพียงพอ และในปัจจุบันสมาร์ทโฟนเป็นเทคโนโลยีที่เข้ามาเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการใช้ชีวิตประจำวัน นอกจากประโยชน์ด้านการติดต่อสื่อสารแล้วสมาร์ทโฟนยังถูกนำมาใช้ประโยชน์ในการค้นหาศึกษาข้อมูลด้านสุขภาพ จึงมีแนวคิดในการนำสมาร์ทโฟนมามีบทบาทในการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติ โดยการนำแผ่นพับแนวทางปฏิบัติของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหมอนรองกระดูกคอเสื่อมทับเส้นประสาทจัดทำเป็นคิวอาร์โค้ด (QR Code) เพื่อความสะดวกในการเข้าถึงข้อมูลของผู้ป่วยและญาติ

คิวอาร์โค้ด (QR Code) ย่อมาจาก Quick Response หมายถึง “การตอบสนองที่รวดเร็ว” คือ สัญลักษณ์สี่เหลี่ยมที่ใช้เป็นสัญลักษณ์แทนข้อมูลต่าง ๆ การใช้งานง่าย สามารถนำมาประยุกต์กับงานได้หลายรูปแบบด้วยการใช้งานที่สอดคล้องกับโทรศัพท์มือถือในปัจจุบัน เพียงแค่ยกมือถือขึ้นมาสแกน QR code ก็จะสามารถได้ข้อมูลต่าง ๆ ทันที อีกทั้งยังสามารถใช้เพิ่มเพื่อนบน Line หรือแอปพลิเคชันเพื่อการสื่อสารอื่น ๆ ได้อีกด้วย ที่นิยมกันส่วนใหญ่คือใช้เก็บ URL ของเว็บไซต์ เพื่อความสะดวกในการเข้าถึงข้อมูลผ่านมือถือ เพราะ URL โดยปกติแล้วจะจดจำยากเพราะยาวและบางทีก็จะซับซ้อนมาก แต่ด้วย QR Code เราเพียงแค่ยกมือถือมาสแกน QR Code ที่เราพบเห็นก็สามารถเข้าสู่เว็บไซต์ได้อย่างรวดเร็วได้โดยไม่ต้องพิมพ์ URL (สำนักงานปลัดกระทรวงศึกษาธิการ, 2561) การจัดทำแนวทางปฏิบัติของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหมอนรองกระดูกคอเสื่อมทับเส้นประสาทโดยใช้แผ่นพับ (สำหรับผู้ที่ไม่มีสมาร์ทโฟน) และคิวอาร์โค้ด เพื่อให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติสามารถเข้าถึงข้อมูลได้ง่ายรวดเร็วและสะดวกโดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านการสื่อสาร เป็นการส่งเสริมเพื่อให้ผู้ป่วยดูแลตนเองได้ จะทำให้ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการรักษา ส่งผลให้การรักษาพยาบาลมีประสิทธิภาพ ผู้ป่วยสามารถกลับไปใช้ชีวิตประจำวันได้อย่างปกติสุข ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน และการกลับมาโรงพยาบาลซ้ำด้วยโรคเดิม ซึ่งเป็นการเพิ่มคุณภาพของการบริการ

ขั้นตอนการดำเนินงาน

1. ศึกษาค้นหาและรวบรวมข้อมูลจากหนังสือเอกสารวิชาการสื่ออิเล็กทรอนิกส์ตำราต่าง ๆ
2. นำเสนอเพื่อขออนุมัติต่อหัวหน้าหอผู้ป่วยเพื่อทำแนวทางปฏิบัติของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหมอนรองกระดูกคอเสื่อมทับเส้นประสาทโดยใช้แผ่นพับและคิวอาร์โค้ด
3. ประชุมสมาชิกในหน่วยงานเพื่อขอความร่วมมือในการจัดทำ
4. รวบรวมข้อมูลที่ได้อัปเดตจากตำรา เอกสาร และงานวิจัย จัดทำแนวทางปฏิบัติของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหมอนรองกระดูกคอเสื่อมทับเส้นประสาทโดยใช้แผ่นพับและคิวอาร์โค้ด โดยมีเนื้อหาประกอบด้วย

- 4.1 พยาธิสภาพของโรคสาเหตุ อาการและอาการแสดง การตรวจวินิจฉัยและการรักษา
 - 4.2 การปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด หลังผ่าตัด และการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน
 - 4.3 การเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดหมอนรองกระดูกคอเสื่อมทับเส้นประสาท
 - 4.4 การฟื้นฟูสภาพร่างกายและการฝึกความแข็งแรงของกล้ามเนื้อแขนและขา
5. ปรึกษาผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางศัลยกรรมกระดูกได้แก่ แพทย์ 1 คน พยาบาลเฉพาะทางศัลยกรรมกระดูก 1 คน และนักกายภาพ 1 คน ตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหา
6. นำแนวทางปฏิบัติของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหมอนรองกระดูกคอเสื่อมทับเส้นประสาทมาจัดทำเป็นแผ่นพับและควิอาร์โค้ด
7. ประชุมชี้แจงพยาบาลในหอผู้ป่วยเพื่อนำแนวทางปฏิบัติของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหมอนรองกระดูกคอเสื่อมทับเส้นประสาท โดยใช้แผ่นพับและควิอาร์โค้ด ไปทดลองใช้ใช้ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติ
8. รวบรวมประเมินผลการดำเนินการ ในระยะเวลา 6 เดือน เพื่อปรับปรุงแก้ไขและพัฒนางานให้มีคุณภาพในการดูแลผู้ป่วยต่อไป

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ผู้ป่วยมีความรู้และปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้องและปลอดภัยหลังผ่าตัด
2. หน่วยงานมีแนวทางปฏิบัติผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหมอนรองกระดูกคอเสื่อมทับเส้นประสาท เพื่อใช้สอนผู้ป่วยเป็นแนวทางเดียวกัน

ตัวชี้วัดความสำเร็จ

1. อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดเนื่องจากการปฏิบัติตัวไม่ถูกต้องลดลงร้อยละ 20
2. อัตราการกลับมาอนโรงพยาบาลซ้ำด้วยโรคเดิมภายใน 28 วันจากการปฏิบัติตัวไม่ถูกต้องของผู้ป่วยลดลงร้อยละ 20

ลงชื่อ.....กัลยา เสมอภาค.....

(นางสาวกัลยา เสมอภาค)

ผู้ขอรับการประเมิน

๒๖ ต.ค. ๒๕๖๔

...../...../.....

เอกสารอ้างอิง

- กนิษฐา จันทร์ฉาย. (2558). *คู่มือการพยาบาลผู้ป่วยโรคกระดูกคอเสื่อม (Cervical Spondylosis) ที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับคอทางด้านหน้า*. งานการพยาบาลผู้ป่วยพิเศษ ฝ่ายการพยาบาล
โรงพยาบาลศิริราช คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล.
- พรสินี เต็งพานิชกุล. (2559). การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสันหลัง. ใน อรพรรณ โตสิงห์, ชีราวรรณ เชื้อตาเล็ง, และณัฐมา ทองธีรธรรม (บรรณาธิการ), *การพยาบาลผู้ป่วยทางออร์โธปิดิกส์*. กรุงเทพฯ :
เอ็นพีเพรส.
- พร้อมจิตร ห่อนบุญเหิม. (2553). *ทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม : แนวคิดและการประยุกต์*. มหาสารคาม :
โครงการตำราคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์. (2563). *รายงานประจำปีโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ 2563*.
กรุงเทพฯ: โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์..
- สถาบันประสาทวิทยา. (2560). *แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสันหลังสำหรับพยาบาลทั่วไป*.
กรุงเทพฯ: กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข
- อัญชลี ยศกรรม์ และอินทิรา รูปสว่าง. (2564). *การพยาบาลผู้ป่วยโรคหมอนรองกระดูกคอเสื่อมกดทับไขสันหลัง*.
กรุงเทพฯ : ไอที ออล ดิจิตอล ฟรึน.