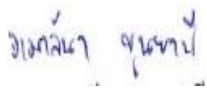
	โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชยะหา		
	วิธีปฏิบัติงาน (Work Instruction)	เอกสารหมายเลข : WI-YH-IPD-010	จัดทำเมื่อ : 31/03/2567
		ฉบับที่ : A วันที่ออกเอกสาร : 31/03/2567	แก้ไขครั้งที่ : 00 หน้าที่ : 1 ของ หน้า


เรื่อง : การพยาบาลผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate Care)	
หน่วยงาน ผู้ป่วยในหญิง	กลุ่มงาน การพยาบาล
<p style="text-align: center;">ระเบียบปฏิบัติงาน</p> <p style="text-align: center;">เรื่อง : การพยาบาลผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate Care)</p> <p style="text-align: center;">ผู้ป่วยใน</p> <p style="text-align: center;">โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชยะหา จังหวัดยะลา</p>	


ผู้จัดทำเอกสาร


 (นางอามาลีนา ชุนยาปี)
 พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

ผู้ทบทวนเอกสาร

ผู้อนุมัติใช้


 (นางสาวมนตรา ทองธรรมชาติ)
 พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ


 (นายทินกร บินหะยี่อารง)
 ผอ.รพ.ร.ยะหา

เอกสารนี้เป็นสมบัติของโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชยะหา ห้ามนำออกไปใช้ภายนอกหรือทำซ้ำโดยไม่ได้รับอนุญาต

วัตถุประสงค์

1.เพื่อให้พยาบาลวิชาชีพสามารถดูแลผู้ป่วยระยะกลางแบบองค์รวมอย่างต่อเนื่องตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่ายได้อย่างถูกต้อง รวดเร็ว ปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน และได้รับการสื่อสารข้อมูลระหว่างทีมแพทย์ พยาบาล และสหวิชาชีพ

2.เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลทางการพยาบาลตามมาตรฐานและตามแนวทางปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยระยะกลาง

เป้าหมาย

- 1.ผู้ป่วยระยะกลางที่ต้องได้รับการประเมินปัญหาและความต้องการอย่างต่อเนื่องตั้งแต่แรกจนกระทั่งจำหน่าย โดยได้รับการสื่อสารข้อมูลระหว่างทีมแพทย์และพยาบาลอย่างเป็นระบบต่อเนื่อง
- 2.ผู้ป่วยได้รับการดูแลตามมาตรฐานการพยาบาลและความปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน
- 3.ผู้ป่วยและครอบครัวมีความรู้ความเข้าใจข้อมูลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพและสามารถปฏิบัติตนเองได้ถูกต้องขณะรับการรักษาต่อเนื่องจนกระทั่งจำหน่าย

ขอบเขต

ผู้ป่วยระยะกึ่งเฉียบพลันหรือผู้ป่วยระยะกลางที่มารับบริการตั้งแต่ OPD/IPD ทุกราย

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่เกี่ยวข้องและมักเกิดขึ้นในผู้ป่วย IMC

- 1.การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันบกพร่องเนื่องจากกล้ามเนื้ออ่อนแรงของกล้ามเนื้อจากพยาธิสภาพของโรค
- 2.กลืนปัสสาวะไม่ได้หรือมีอาการปัสสาวะเล็ด
- 3.แบบแผนการขับถ่ายอุจจาระเปลี่ยนแปลง
- 4.ไม่สุขสบายเนื่องจากปวดข้อไหล่ข้างที่อ่อนแรง
- 5.เสี่ยงต่อการเกิดภาวะข้อติดแข็งเนื่องจากแขนขาซีก.....อ่อนแรง
- 6.เสี่ยงต่อการเกิด Aspirate Pneumonia
- 7.มีโอกาสเกิดอุบัติเหตุพลัดตกหกล้มเนื่องจากการช่วยเหลือตนเองบกพร่องและแขนขา.....อ่อนแรง
- 8.เสี่ยงต่อภาวะเกิดแผลกดทับ
- 9.ผู้ป่วยมีความบกพร่องด้านการสื่อสารเนื่องจากมีภาวะ Cognitive impairment
- 10.เสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าเนื่องจากผู้ป่วยรู้สึกด้อยคุณค่าในตนเอง
- 11.การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยก่อนกลับบ้าน
- 12.มีภาวะ Orthostatic hypotension ขณะ upright
- 13.เสี่ยงต่อภาวะ Autonomic Dysreflexia (AD) เนื่องจากติดเชื้ทางเดินปัสสาวะ
- 14.มีภาวะติดเชื้ระบบทางเดินปัสสาวะ
- 15.เสี่ยงต่อการติดเชื้ทางเดินปัสสาวะซ้ำ เนื่องจากผู้ป่วยขาดความรู้ความเข้าใจในการสวนปัสสาวะแบบสะอาดด้วยตนเอง

2. วิธีปฏิบัติ

1. พยาบาลประเมินผู้ป่วยแรกรับ หากไม่ต้องสังเกตอาการอย่างใกล้ชิดให้นอน Admit Zone IMC bed


Focus Goal/Outcome	Assessment	Intervention	Evaluation
อ่อนแรง กล้ามเนื้อ แขนขา G: เพิ่มกำลัง motor power O: เพิ่ม คะแนน Barthel Index เพื่อส่งเสริม ความสามารถ ในการปฏิบัติ กิจวัตร ประจำวัน	การปฏิบัติกิจวัตร ประจำวันบกพร่อง เนื่องจากกล้ามเนื้ออ่อน แรงของกล้ามเนื้อจาก พยาธิสภาพของโรค ข้อมูลสนับสนุน S : ญาติผู้ป่วยบอกว่า “คนไข้ยังช่วยเหลือตัวเอง ได้ไม่หมด ตอนนี้แม่เองก็ ต้องคอยช่วยอยู่หลาย เรื่อง” O : คะแนน Barthel Index = ประเมิน motor power ภาวะกล้ามเนื้อเกร็ง (spasticity).....	กิจกรรมการพยาบาล 1.ประเมิน motor power 2.ประเมิน Barthel Index 3.กระตุ้นให้ผู้ป่วยปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองโดยไม่มีผู้ช่วยเหลือให้มากที่สุดตามศักยภาพ การ ให้ผู้ผู้ป่วยได้พยายามทำกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ ด้วยตนเอง จะช่วยให้ผู้ป่วยรู้ถึงความสามารถของ ตนเองผ่านกิจกรรมที่ต้องทำอยู่เป็นประจำ ลดความรู้สึกว่าตนเป็นภาระของผู้ดูแล 4.ดูแลให้ผู้ผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพตามโปรแกรม ได้แก่ PT และ OT เพื่อเพิ่มความสามารถใน การทำกิจวัตรประจำวัน 5.ให้กำลังใจผู้ป่วยขณะปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง ให้คำชื่นชมเมื่อมีพัฒนาการในการทำกิจวัตร ประจำวันด้วยตนเองที่ดีขึ้น และเสริมสร้างกำลังใจให้ผู้ผู้ป่วยทำกิจวัตรประจำวันให้บรรลุเป้าหมายใน การฝึก 6.ดูแลให้ความรู้ญาติในการดูแลช่วยเหลือกิจวัตรประจำวันผู้ป่วยในส่วนที่ไม่สามารถปฏิบัติได้เองตาม ศักยภาพ	1.ลงบันทึก การ ประเมิน motor power และ คะแนน Barthel Index 2.ผลลัพธ์ ฝึกกิจวัตร ประจำวัน การฝึก ฟื้นฟู สมรรถ ตาม โปรแกรม

แบบประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน ดัชนีบาร์เซล (Barthel index)

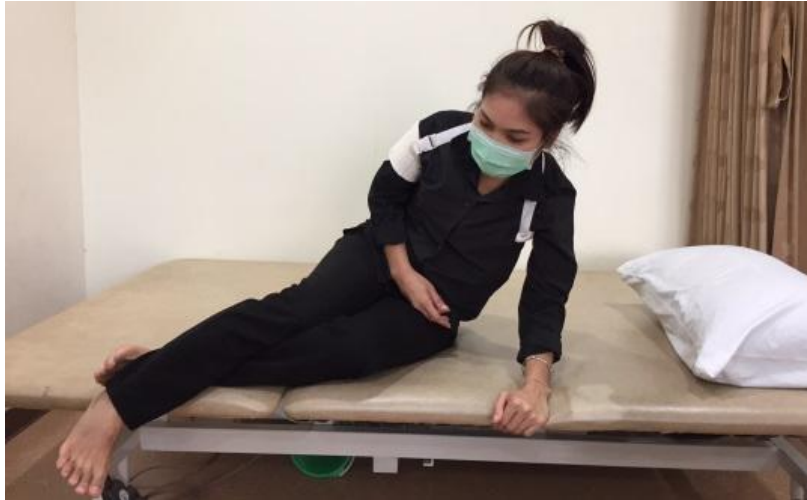
การประเมินกิจวัตรประจำวัน	วันที่	วันที่
---------------------------	--------	--------

<p>1.Feeding (รับประทานอาหารเมื่อเตรียมสำหรับไว้ให้เรียบร้อยต่อหน้า)</p> <p>0= ไม่สามารถดักอาหารเข้าปากได้ ต้องมีคนป้อน</p> <p>1= ดักอาหารได้แต่ต้องมีคนช่วย เช่นช่วยใช้ช้อนดักเตรียมไว้ให้หรือตัดเป็นชิ้นเล็กๆไว้ล่วงหน้า</p> <p>2= ดักอาหารและช่วยตนเองได้เป็นปกติ</p>		
<p>2.Grooming (ล้างหน้า หวีผม แปรงฟัน โกนหนวด ในระยะเวลา 24-28 ชั่วโมงที่ผ่านมา)</p> <p>0= ต้องการความช่วยเหลือ</p> <p>1= ทำได้เอง (รวมทั้งที่ทำได้เองถ้าเตรียมอุปกรณ์ให้ไว้)</p>		
<p>1. Transfer (ลุกจากที่นอน หรือจากเตียงไปยังเก้าอี้)</p> <p>0= ไม่สามารถนั่งได้ (นั่งแล้วจะล้มเสมอ) หรือต้องใช้คน 2 คนช่วยกันยกขึ้น</p> <p>1= ต้องการความช่วยเหลืออย่างมากจึงจะนั่งได้ เช่น ต้องใช้คนที่แข็งแรง หรือมีทักษะ 1 คน ใช้คนทั่วไป 2 คน พยุงหรือดันขึ้นมาจึงจะนั่งได้</p> <p>2= ต้องการความช่วยเหลือบ้าง เช่น บอกให้ทำตาม หรือช่วยพยุงเล็กน้อย หรือต้องมีคนดูแลเพื่อความปลอดภัย</p> <p>3= ทำได้เอง</p>		
<p>2. Toilet use (ใช้ห้องน้ำ)</p> <p>0= ช่วยตัวเองไม่ได้</p> <p>1= ทำเองได้บ้าง (อย่างน้อยทำความสะอาดตัวเองหลังจากเสร็จธุระ) แต่ต้องการความช่วยเหลือในบางสิ่ง</p> <p>2= ช่วยตัวเองได้ดี (ขึ้นนั่งและลงจากโถส้วมเองได้ ทำความสะอาดได้เรียบร้อยหลังจากเสร็จธุระ ถอดใส่เสื้อผ้าได้เรียบร้อย)</p>		
<p>3. Mobility (การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน)</p> <p>0= เคลื่อนที่ไปไหนไม่ได้</p> <p>1= ต้องใช้รถเข็นช่วยตัวเองให้เคลื่อนที่ได้เอง(ไม่ต้องมีคนเข็นให้) และจะต้องเข้าออกมุมห้อง หรือประตูได้</p> <p>2= เดินหรือเคลื่อนที่โดยมีคนช่วย เช่น พยุง หรือบอกให้ทำตาม หรือต้องให้กำลังใจดูแลเพื่อความปลอดภัย</p> <p>3= เดินหรือเคลื่อนที่ได้เอง</p>		

การประเมินกิจวัตรประจำวัน	วันที่	วันที่
<p>6. Dressing (การสวมเสื้อผ้า)</p> <p>0= ต้องมีคนสวมให้ ช่วยตัวเองแทบไม่ได้หรือน้อย</p> <p>1= ช่วยตัวเองได้ประมาณร้อยละ 50 ที่เหลือต้องมีคนช่วย</p> <p>2= ช่วยตัวเองได้ดี (รวมทั้งการติดกระดุม รูดซิป หรือใช้เสื้อผ้าที่ดัดแปลงให้เหมาะสมได้)</p>		
<p>7. Stairs (การขึ้นลงบันได)</p> <p>0= ไม่สามารถทำได้</p> <p>1= ต้องการคนช่วย</p> <p>2= ขึ้นลงได้เอง (ถ้าต้องใช้เครื่องช่วยเดิน เช่น walker จะต้องเอาขึ้นลงได้เอง)</p>		
<p>8. Bathing (การอาบน้ำ)</p> <p>0= ต้องมีคนช่วยหรือทำให้</p> <p>1= อาบน้ำได้เอง</p>		
<p>9. Bowels (การกลั่นถ่ายอุจจาระในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา)</p> <p>0= กลั่นไม่ได้ หรือต้องการการสวนอุจจาระอยู่เสมอ</p> <p>1= กลั่นไม่ได้บางครั้ง (ไม่เกิน 1 ครั้งต่อสัปดาห์)</p> <p>2= กลั่นได้ปกติ</p>		
<p>10. Bladder (การกลั่นปัสสาวะในระยะเวลา 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา)</p> <p>0 = กลั่นไม่ได้ หรือใส่สายสวนปัสสาวะแต่ไม่สามารถดูแลเองได้</p> <p>1= กลั่นไม่ได้บางครั้ง (ไม่เกินวันละ 1 ครั้ง)</p> <p>2= กลั่นได้ปกติ</p>		
รวม		

หัวข้อที่ต้องได้รับการส่งเสริมตามแบบประเมิน BI	การพยาบาลเพื่อการส่งเสริมความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน
1. Feeding	<p>-ปรับลักษณะของอาหาร และน้ำ ให้เหมาะสมกับความสามารถของผู้ป่วย</p> <p>-ดูแลความสะอาดของปาก และฟัน ก่อนและหลังรับประทานอาหาร</p> <p>-ฝึกการออกกำลังกล้ามเนื้อที่เกี่ยวข้องกับการกลืน</p> <p>1.การบริหารกล้ามเนื้อรอบปาก และลิ้น โดยการเม้มปาก ทำปากจู๋ จิกยืม อ้าปาก ปิดปาก สลับกัน ฝึกการออกเสียง อา-อิ-อุ การบริหารกล้ามเนื้อลิ้น ให้ผู้ป่วยแถบลิ้นออกมา ด้านหน้าให้มากที่สุด ใช้ปลายลิ้นแตะริมฝีปากและมุมปากทั้งทั้งสองข้างสลับกันซ้ำๆ ขวา ฝึกออกเสียง ลาๆๆทาๆๆ</p> <p>-จัดทำที่เหมาะสม ช่วยให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้ง่ายขึ้น ควรจัดทำตัวตรง หรือไขเตียงนึ่งศีรษะสูงประมาณ 90 องศา ถ้ามีเสียงน้ำในลำคอหลังกลืน ให้ผู้ป่วยกระแอมไอลหลายครั้งเพื่อป้องกันไม่ให้สำลักอาหาร/น้ำ และหลังรับประทานอาหารผู้ป่วยควรอยู่ในท่านั่งศีรษะสูง 30-60 องศา</p>
2. Grooming	<p>ผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก</p> <p>1.การแปรงฟัน ให้เตรียมอุปกรณ์ เช่น ยาสีฟัน แปรงสีฟัน น้ำสะอาด ภาชนะรองน้ำ ผ้าเช็ดหน้า ให้ผู้ป่วยใช้มือข้างที่มีแรงบีบยาสีฟันใส่แปรงสีฟัน ใช้มือข้างที่มีแรงแปรงฟัน และรองภาชนะ แปรงสะอาดใช้น้ำสะอาดบ้วนปากให้สะอาด</p> <p>2.การล้างหน้า เตรียมอุปกรณ์ เช่น ผ้าขนหนู สบู่ กระดาษล้างหน้า น้ำสะอาด ใช้มือข้างที่มีแรงบีบสบู่ล้างหน้าเอาน้ำในกระดาษล้างหน้าให้สะอาด แล้วใช้ผ้าขนหนูเช็ด</p>
3. Transfer	<p>การลุกนั่ง (ผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก)</p> <p>1.ใช้ข้อศอกยันกับที่นอน (ตะแคงทางด้านดี) สอดขาข้างดีใต้ขาข้างอ่อนแรงพร้อมกับยัน</p> <div data-bbox="432 1498 1295 1928">  </div> <p>ตัวลุก</p>

2. ใช้ขาข้างดีดึงขาข้างอ่อนแรงลงข้างเตียง



3. จัดทำนั่งทรงตัวโดยใช้มือยันที่นอน ขาวางราบบนพื้น



ย้ายตัวจาก w/c ไปเตียงแบบ pivot transfer สอนวิธีย้ายตัวก่อนโดยขึ้น w/c หัน 45 องศา กับเตียง ให้ด้านที่อ่อนแรงอยู่ฝั่งเตียง ล็อกล้อ w/c ใช้แขนข้างที่มีแรงจับที่วางแขน ยันตัว ขึ้น ทิ้งน้ำหนักลงขาข้างที่มีแรงหมุนตัวช้าๆแล้วค่อยนั่งลง คาดเข็มขัดสำหรับการ เคลื่อนย้ายตัวให้กับผู้ป่วยเพื่อความปลอดภัย

- พยายามลดการช่วยเหลือขณะที่ผู้ป่วยย้ายตัวจากเตียงไปเก้าอี้ กระตุ้นให้ทำด้วยตนเอง อย่างปลอดภัย

- จัดสิ่งแวดล้อมรอบเตียงให้เอื้ออำนวยสำหรับการฝึกเคลื่อนย้ายตัว จัดสิ่งของเป็นระเบียบ

4.Toilet use

สนับสนุนให้ผู้ป่วยฝึกการเคลื่อนย้ายตัวจากเตียงไป commode W/C และฝึกการเข็นด้วย ตนเองอย่างปลอดภัยโดยค่อยๆลดระดับการช่วยเหลือให้ได้มากที่สุด

- สนับสนุนให้ผู้ป่วยฝึกการถอด/ใส่กางเกงขณะนั่งข้างเตียงให้เกิดความเคยชิน ฝึกการนั่ง ทรงตัวแบบถ่ายเทน้ำหนักในท่าก้ม และกระตุ้นให้ผู้ป่วยใส่กางเกงกลับคืนหลังการขับถ่าย ด้วยตนเองอย่างปลอดภัย

- จัดสิ่งของรอบตัวให้เอื้ออำนวยในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองในการใช้ห้องน้ำ

	ให้มากที่สุด เช่น จัดวางอุปกรณ์ทำความสะอาดหลังการขับถ่ายในด้านซ้ายที่ผู้ป่วยมีแรงดี ทำให้สามารถหยิบใช้ได้ง่าย เป็นต้น
5. Mobility	<p>ฝึกให้ผู้ป่วยทรงตัวในท่ายืนให้มั่นคง (Static) ฝึกการยืนถ่ายเทน้ำหนัก (Dynamic)</p> <p>- ฝึกความแข็งแรงของกล้ามเนื้อช่วยการเดินคือกล้ามเนื้อเหยียดเข่าและงอสะโพก (ทำ 10-15 ครั้งต่อรอบ ทำ 3 รอบต่อวัน)</p> <p>ฝึก Active exercise ในท่า Bridging ฝึกยกสะโพกค้างไว้ครั้งละ 5-10 วินาที</p> <p>ฝึก Active exercise ในท่าอ-เหยียดเข่า ยกขาทำตรงขึ้น-ลง (กองเวชศาสตร์ฟื้นฟู โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า, 2563)</p> <p>- สนับสนุนให้ผู้ป่วยฝึกเดินด้วย Tripod cane ตามศักยภาพที่ห่อผู้ป่วย โดยลดการช่วยเหลือลงตามลำดับความสามารถที่เพิ่มขึ้นของผู้ป่วย</p> <p>- จัดสิ่งแวดล้อมให้อาสาสมัครในการฝึกเดิน วาง Tripod cane ให้อยู่ใกล้ตัวผู้ป่วย สิ่งของวางเป็นระเบียบ จัดให้มีพื้นที่ในการฝึกเดินที่ห่อผู้ป่วย</p>
6. . Dressing	<p>การฝึกสวมใส่เสื้อผ้า</p> <p>เมื่อเริ่มสวมเสื้อ เริ่มด้วยการสอดแขนข้างที่อ่อนแรงเข้าไปก่อน จัดเสื้อให้เข้าที่แล้วสอด แขนข้างที่ปกติเข้าไปในแขนเสื้อ แล้วใช้แขนข้างนั้นสวมต่อจนเสร็จ สำหรับการสวมรองเท้า และ ถูงเท้าใช้วิธีการแบบเดียวกัน คือ ไขว้ขาข้างที่เสียไปขึ้นมา เพื่อจะเอื้อมถึงบริเวณเท้า ได้สะดวก สวมข้างที่อ่อนแรงให้เสร็จก่อน ส่วนการถอดให้ถอดข้างที่เสียเป็นข้างสุดท้าย</p>
7. Stairs	<p>- ฝึกความแข็งแรงของกล้ามเนื้อช่วยการก้าวเดินคือกล้ามเนื้อเหยียดเข่าและงอสะโพก (ทำ 10-15 ครั้งต่อรอบ ทำ 3 รอบต่อวัน)</p> <p>ฝึก Active exercise ในท่า Bridging ฝึกยกสะโพกค้างไว้ครั้งละ 5-10 วินาที</p>
8. Bathing	<p>- ฝึกการเข้าออกห้องน้ำด้วยการเข็น Commode W/C ด้วยตนเองอย่างปลอดภัย โดยลดความช่วยเหลือให้มากที่สุด</p> <p>- สนับสนุนให้ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองในขณะที่อาบน้ำให้มากที่สุดตามศักยภาพ โดยลดความช่วยเหลือให้มากที่สุด</p> <p>- จัดสิ่งแวดล้อมให้อาสาสมัครในการอาบน้ำด้วยตนเอง เช่น การวางอุปกรณ์ในการอาบน้ำไว้ใกล้มือผู้ป่วยข้างที่มีแรง หรือใช้อุปกรณ์เสริมช่วยในการอาบน้ำ เช่น ไม้ถูหลัง เพื่อเพิ่มความสามารถของผู้ป่วยในการอาบน้ำให้ทั่วร่างกาย</p>

9. Bowels	-แนะนำการรับประทานอาหารที่มีกากใยมากเช่น ผัก ผลไม้ ดื่มน้ำอย่างเพียงพอ 7-8 แก้วต่อวัน หรือ 2000 cc/day
10. Bladder	-การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ได้แก่ Timed voiding ,prompted voiding,และ Bladder retraining -การจัดการปริมาณของเหลวที่ผู้ป่วยควรได้รับ -ผลิตภัณฑ์และอุปกรณ์เพื่อความสะดวกในการขับถ่ายปัสสาวะ

แนวทางปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูที่มีปัญหาการควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะ
(CNPG Poststroke Rehabilitation: Urinary incontinence)

อาการกลั้นปัสสาวะไม่ได้ (Urinary Incontinence) หมายถึง ปัญหาในการควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะจนทำให้เกิดการเล็ด/ราด เกิดผลกระทบต่อการใช้ชีวิตในสังคมและสุขภาพ เป็นอาการที่พบได้ในผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง

การนำแนวปฏิบัติไปใช้ในคลินิก

ปัญหาการควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะ ที่พบบ่อยในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแบ่งออกเป็น 3 ชนิดได้แก่

1. Urogencontinence (Urge UI) หรือOveractive bladder พบได้บ่อยที่สุด ผู้ป่วยจะมีอาการปวดปัสสาวะมากและมีความต้องการปัสสาวะในทันที ไม่สามารถกลั้นปัสสาวะเพื่อให้มีการถ่ายปัสสาวะอย่างเหมาะสม ทำให้มีปัสสาวะเล็ดราด ผู้ป่วยมักมีปัสสาวะบ่อยและปัสสาวะมากผิดปกติเวลากลางคืน โดยมีความรู้สึกต้องการถ่ายปัสสาวะทันที ระหว่างวันอย่างน้อย 1 ครั้ง และมีการขับถ่ายปัสสาวะอย่างน้อย 8 ครั้งต่อวัน
2. Functional incontinence ที่พบในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเกิดจากความบกพร่องทางการเคลื่อนไหว การสื่อสาร Perception and cognition ภาวะซึมเศร้า และสิ่งแวดล้อมที่ไม่เหมาะสม ทำให้ระดับความสามารถในการช่วยเหลือตัวเองลดลง ผู้ป่วยไม่สามารถไปห้องน้ำได้ทันตามความต้องการ มีปัญหาในการใช้ชักโครกและการเคลื่อนย้ายตัวในห้องน้ำ การจัดการเสื้อผ้า และความต้องการการช่วยเหลือจากผู้ดูแล โดยที่ผู้ป่วยอาจจะไม่มีความผิดปกติเกี่ยวกับการทำงานของกระเพาะปัสสาวะและการควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะ
3. Overflow incontinence หรือ Urinary retention พบในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเกิดจากกล้ามเนื้อกระเพาะปัสสาวะทำงานน้อยผิดปกติ (Bladder hypotonia and underactive detrusor) ไม่สามารถบีบตัวขับปัสสาวะออกได้หมด อาการแสดงได้แก่ Postvoid residual urine ปริมาณมาก (> 150 cc) ปัสสาวะเล็ดบ่อยๆ (Dribblin) หรือมีปัสสาวะเล็ดขณะที่ยกหรือหมุนตัว ปัสสาวะออกน้อยในแต่ละครั้ง ทำให้ต้องปัสสาวะบ่อยๆ รู้สึกปัสสาวะไม่สุด คลำกระเพาะปัสสาวะได้ทางหน้าท้อง

แนวปฏิบัติการพยาบาลเมื่อมีอาการกลั้นปัสสาวะไม่ได้ชนิด Urge UI

การฝึกขับถ่ายปัสสาวะวิธี Prompted voiding

Prompted voiding เป็นเทคนิคการฝึกขับถ่ายปัสสาวะโดยใช้วิธีการปรับพฤติกรรม (Behavioral modification) ส่วนมากใช้ในผู้ป่วยที่มีปัญหาการกลั้นปัสสาวะไม่ได้ แบบ Urge incontinence และ Functional incontinence มีปัสสาวะราดอย่างน้อย 2 ครั้งต่อวัน เหมาะสำหรับผู้ที่มีความบกพร่องของระบบประสาทแบบไม่สมบูรณ์ ยังมีภาวะพึงพาสูง ความจำและการรับรู้ หรือ Dementia ผู้ป่วยควรมีผู้ดูแลและผู้ดูแลควรได้รับการฝึกใช้เทคนิคนี้อย่างถูกต้อง

ขั้นตอนการฝึก

- กำหนดระยะห่างของการปัสสาวะเท่าๆ กัน ปกติกำหนดทุก 2 ชั่วโมง (ยกเว้นตั้งแต่ 20.00- 6.00 น.)
- เข้าพบผู้ป่วยและรอประมาณ 5 วินาที เพื่อให้ผู้ป่วยบอกความต้องการขับถ่ายปัสสาวะด้วยตนเอง ให้ถามผู้ป่วยว่า มีการเล็ดราดของปัสสาวะหรือไม่
- พยาบาล/ผู้ดูแลตรวจสอบการเล็ดราด ใช้คำพูดเชิงบวกถ้าไม่มีการเล็ดราดและไม่ใช้คำพูดหรือแสดงท่าทีเชิงลบถ้ามีการเล็ดราด
- เสนอให้การช่วยเหลือในการขับถ่ายปัสสาวะด้วยวิธีที่เหมาะสม แก่ผู้ป่วยแต่ละราย ถ้าผู้ป่วยไม่ต้องการปัสสาวะ ให้ยืนยันคำตอบอีกครั้ง และให้ข้อมูลผู้ป่วยเกี่ยวกับเวลาของการปัสสาวะครั้งต่อไป รวมทั้งให้กำลังใจผู้ป่วยในการกลั้นปัสสาวะจนถึงเวลาที่กำหนด
- มีการชมเชยและให้กำลังใจอย่างสม่ำเสมอ ถ้าไม่มีการเล็ดราด

การฝึกขับถ่ายปัสสาวะวิธี Bladder retraining with urge suppression

ฝึกเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการขับถ่ายปัสสาวะด้วยวิธี **Bladder retraining with urge suppression** เป็นการฝึกเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการขับถ่ายปัสสาวะรวมกับการกำหนดตารางเวลาในการใช้ห้องน้ำ เหมาะสำหรับกลุ่มผู้ป่วยที่มีปัญหาเรื่องความจำและความบกพร่องทางการเคลื่อนไหว มีเป้าหมายเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยหลีกเลี่ยงการเกิดปัสสาวะเล็ด/ราดจากการบีบตัวของกระเพาะปัสสาวะที่ไม่สามารถควบคุมได้

ขั้นตอนการฝึก

- 1.เริ่มหลังตื่นนอนตอนเช้า โดยให้ผู้ป่วยปัสสาวะก่อนหลังจากนั้นให้กระตุ้นผู้ป่วยปัสสาวะทุก 2 - 3 ชม. โดยไม่จำเป็นว่า ผู้ป่วยปวดปัสสาวะหรือไม่
- 2.ในกรณีที่ผู้ป่วยมีความต้องการปัสสาวะก่อนเวลาที่กำหนด ให้ผู้ป่วยหัดกลั้นปัสสาวะโดยใช้เทคนิคดังนี้
 - ให้นั่งท่าสบายๆ หายใจเข้า-ออกลึกๆ ช้าๆ และพยายามผ่อนคลายกล้ามเนื้อ
 - ทำการขมิบช่องคลอด/ทวารหนัก (ถ้าทำได้)
- 3.ให้ผู้ป่วยหัดกลั้นปัสสาวะเมื่อรู้สึกอยากปัสสาวะ โดยเริ่มที่ประมาณ 5 นาที และเพิ่มระยะเวลาในการกลั้นปัสสาวะเมื่อผู้ป่วยรู้สึกปวดให้ได้สัปดาห์ละ 30 นาที จนมีช่วงห่างของการปัสสาวะแต่ละครั้ง ประมาณ 3 -4 ชม
- 4.ถ้าผู้ป่วยรู้สึกปวดปัสสาวะมากไม่สามารถกลั้นได้ ให้ช่วยเหลือผู้ป่วยปัสสาวะอย่างเหมาะสม และให้กำลังใจถ้ามีปัสสาวะเล็ดราด

5.ฝึกให้ผู้ป่วยกลั้นปัสสาวะจนสามารถขยับถ่ายปัสสาวะในที่ ๆ เหมาะสม ควรฝึกขยับอย่างต่อเนื่องอย่างน้อย 6-12 สัปดาห์

6.ควรงดฝึกในเวลากลางคืน อาจให้ผู้ป่วยปัสสาวะเองตามความต้องการ หรือใช้ผลิตภัณฑ์สำเร็จรูปรองรับปัสสาวะ เพื่อให้ผู้ป่วยได้พักผ่อนอย่างเพียงพอ

7.ผู้ป่วยควรได้รับน้ำอย่างน้อยวันละ 2,000-2,500 cc. และจำกัดน้ำดื่มก่อนนอน 2 ชั่วโมง เพื่อลดอาการปัสสาวะบ่อยเวลากลางคืน

8.ผู้ป่วยไม่ควรมีอาการท้องผูก

9.ลงบันทึกผลการขยับถ่ายแต่ละครั้งลงใน Voiding diary รวบรวมข้อมูลและประเมินผลการฝึกขยับถ่ายปัสสาวะทุกสัปดาห์

การฝึกขยับถ่ายปัสสาวะวิธี Time voiding

ฝึกเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการขยับถ่ายปัสสาวะไม่ได้ชนิด Functional incontinence และผู้สูงอายุที่มีปัญหาเกี่ยวกับการรับรู้และความจำ และมีความบกพร่องทางการเคลื่อนไหว **Time voiding** เป็นวิธีการกำหนดระยะห่างของการปัสสาวะแบบตายตัว ปกติทุก 3-4 ชั่วโมงต่อครั้ง โดยผู้ดูแลเป็นผู้ริเริ่มและจัดการให้ผู้ป่วยมีการปัสสาวะ/ใช้ห้องน้ำ วัตถุประสงค์หลักเพื่อหลีกเลี่ยงการเกิดปัสสาวะเล็ด/ราดมากกว่าที่จะส่งเสริมการทำงานที่เป็นปกติของการขยับถ่ายปัสสาวะ

ขั้นตอนการฝึก

1.กำหนดระยะห่างของการปัสสาวะเท่าๆ กัน เช่น ทุก 2-3 ชั่วโมง หรือมีการกำหนดระยะห่างของการปัสสาวะตามมื้ออาหาร การดื่ม และการให้ยา โดยไม่ให้มีการเล็ดราดของปัสสาวะแต่ละครั้ง

2.ผู้ป่วยควรได้รับการประเมินการใช้ผลิตภัณฑ์รองรับปัสสาวะที่เหมาะสม และได้รับการดูแลผิวหนังอย่างสม่ำเสมอ

3.ผู้ป่วยควรได้รับน้ำอย่างน้อย 2,000-2,500 cc. และจำกัดน้ำดื่มก่อนนอนอย่างน้อย 2 ชม. เพื่อลดอาการปัสสาวะบ่อยกลางคืน

4.ควรงดฝึกเวลากลางคืน และดูแลให้ผู้ป่วยใช้ผลิตภัณฑ์รองรับปัสสาวะอย่างเหมาะสม เพื่อให้ผู้ป่วยได้พักผ่อนอย่างเพียงพอ

5.ผู้ป่วยไม่ควรมีอาการท้องผูก

การฝึกขยับถ่ายปัสสาวะไม่ได้ชนิด Overflow incontinence หรือ Urinary retention

ขั้นตอนการฝึกเมื่อมีอาการกลั้นปัสสาวะไม่ได้ชนิด Overflow incontinence หรือ Urinary retention

1. ให้ข้อมูลเกี่ยวกับอาการกลั้นปัสสาวะไม่ได้ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดแก่ผู้ป่วยและญาติ

2. หลังการถ่ายปัสสาวะทุกครั้ง ให้ใช้เทคนิค Doubled voiding ช่วยให้ผู้ป่วยยืนขึ้นหรือเดินสัก 2-3 ก้าวในห้องน้ำ และกลับมานั่งที่โถส้วมใหม่ ทั้งผู้หญิงและผู้ชายโน้มตัวมาข้างหน้า และเพิ่มแรงกดเล็กน้อยบริเวณกระเพาะปัสสาวะ

เพื่อให้มีการปัสสาวะอีกครั้งหนึ่ง และห้ามเบ่งปัสสาวะ ในกรณีที่ผู้ป่วยยืนและเดินไม่ได้ ให้ผู้ป่วยนั่งหรือนั่งเก้าอี้ให้นั่งถ่าย หรือชักโครก เพื่อปัสสาวะอีกครั้งหนึ่ง

3. ควรสวนปัสสาวะเป็นครั้งคราวให้ผู้ป่วย ถ้าคลำพบการตึงตัวของกระเพาะปัสสาวะ และผู้ป่วยยังไม่มีกรปัสสาวะภายใน 6-8 ชั่วโมง

4. ลงบันทึกผลการขับถ่ายแต่ละครั้งลงใน Voiding diary

5. รวบรวมข้อมูลและประเมินผลการฝึกขับถ่ายปัสสาวะทุกสัปดาห์

หมายเหตุ ควรใช้ร่วมกับ Prompted voiding

แบบบันทึกการขับถ่ายปัสสาวะ (Voiding Diary)

ชื่อ-สกุล.....HN.....จำนวนน้ำดื่ม/วัน..... ชีชี วันที่.....

เวลา	ปัสสาวะ (ชีชี)	ซึม/เลือด	เครื่องดื่ม (ชีชี)	กิจกรรมที่มีปัสสาวะ เลือด	มีปวดปัสสาวะรุนแรง หรือไม่
1.00 น.					
2.00 น.					
3.00น.					
4.00 น.					
5.00 น.					
6.00 น.					
7.00 น.					
8.00 น.					
9.00 น.					
10.00 น.					
11.00 น.					
12.00น.					
13.00 น.					
14.00 น.					
15.00 น.					
16.00 น.					
17.00 น.					
18.00 น.					
19.00 น.					
20.00 น.					
21.00น.					
22.00 น.					
23.00 น.					
24.00 น.					

หมายเหตุวิธีลงข้อมูล

- 1.ให้ดวงหรือประมาณจำนวนปัสสาวะในแต่ละครั้งเป็น ชีชี และบันทึกชนิดเครื่องดื่มเป็น ชีชี
- 2.ให้บันทึกการซึมหรือเลือดของปัสสาวะดังนี้ น (ปริมาณน้อย) = 1 ช้อนชาหรือรู้สึกชื้นๆ ที่กางเกงชั้นใน
ป (ปริมาณปานกลาง) = 1 ช้อนโต๊ะหรือรู้สึกเปียก ที่กางเกงชั้นใน
ม (ปริมาณมาก) = กางเกงชั้นในหรือเสื้อผ้าเปียกเห็นได้ชัด

แนวทางปฏิบัติ

Focus Gold/out come	Assessment	Intervention	Evaluation
<p>กลั้นปัสสาวะไม่ได้หรือมีอาการปัสสาวะเล็ด</p> <p>G:กลั้นปัสสาวะได้</p> <p>หรือไม่มีปัสสาวะเล็ด</p> <p>O:ผู้ป่วยได้รับการประเมินปัจจัยต่างๆที่เกี่ยวข้องเช่นประเมินความผิดปกติของการขับถ่ายปัสสาวะความสามารถในการทำกิจกรรม</p> <p>-ผู้ป่วยและผู้ดูแลสามารถลงบันทึกการขับถ่ายปัสสาวะและการดื่มน้ำอย่างครบถ้วน</p> <p>-ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความรู้เกี่ยวกับอาการกลั้นปัสสาวะ</p>	<p>กลั้นปัสสาวะไม่ได้หรือมีอาการปัสสาวะเล็ด</p> <p>ข้อมูลสนับสนุน</p> <p>Subjective data</p> <p>-ผู้ป่วยบอกว่า‘ไม่สามารถกลั้นปัสสาวะได้และมีปัสสาวะเล็ด’</p> <p>Objective data</p> <p>-ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคหลอดเลือดสมองมีปัญหาการเคลื่อนไหว</p> <p>-ผู้ป่วยมีปัสสาวะเล็ดเปียกที่นอน</p>	<p>1.ให้ความรู้ในการลงบันทึก Volding diary</p> <p>2.ให้ความรู้เกี่ยวกับการดื่มน้ำและเครื่องดื่มที่ควรงด เพื่อลดการมีปัสสาวะเล็ดราดและความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ</p> <p>-ควรได้รับน้ำอย่างน้อย 1.5-2 ลิตรต่อวัน หรือมากกว่า (ยกเว้นกรณีที่จำกัดน้ำตามคำสั่งแพทย์)</p> <p>-ให้ผู้ป่วยงดเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์และคาเฟอีนเช่น ชา กาแฟ เป็นต้น</p> <p>-ควรงดปริมาณน้ำดื่มก่อนนอนประมาณ 2 ชั่วโมงจะช่วยลดอาการปัสสาวะบ่อยเวลากลางคืนได้</p> <p>3.แนวปฏิบัติการพยาบาลเมื่อมีอาการกลั้นปัสสาวะไม่ได้ชนิด Ureg UI และ Function incontinence ตามที่กล่าวข้างต้น</p>	<p>-ประเมินการมีปัสสาวะเล็ดกี่ครั้ง ปริมาณที่ซึม</p> <p>-ประเมินผู้ป่วยและผู้ดูแลสามารถปฏิบัติตัวเพื่อฝึกการกลั้นปัสสาวะ</p>

แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟูที่มีปัญหาการควบคุมการขับถ่ายอุจจาระ (CNPG Poststroke Rehabilitation: Fecal incontinence)

อาการกลั้นอุจจาระไม่ได้ หมายถึง ภาวะที่บุคคลไม่สามารถควบคุมการขับถ่ายได้ปกติ ทำให้มีการเล็ดหรือราดของอุจจาระ เป็นผลกระทบจากความบกพร่องของ Sensory หรือ Motor function ความบกพร่องของการทำงานประสานกันของกระบวนการขับถ่าย ความบกพร่องของความจำหรือร่างกาย

อาการกลั้นอุจจาระไม่ได้ แบ่งย่อยๆ ได้ดังนี้

1. Passive Incontinence หมายถึง การมีอุจจาระเล็ด/ราด หรือลม ผ่านทางทวารหนักโดยไม่รู้ตัวและไม่สามารถกลั้นได้

2. Urge incontinence หมายถึง ความต้องการขับถ่ายอุจจาระในทันที และรู้สึกว่าจะมีอุจจาระเล็ดราดและต้องใช้ความพยายามอย่างมากในการกลั้นอุจจาระ

3. Fecal seepage หมายถึง การมีอุจจาระเล็ดจำนวนน้อยๆ โดยไม่รู้สีกตัวหรือมีอุจจาระเปื้อนเสื้อผ้าหลังจากขับถ่ายตามปกติ

อาการและอาการแสดง

การควบคุมการขับถ่ายอุจจาระในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เกิดการสูญเสียไปมักพบอาการท้องผูก (Constipation) หรือการอัดแน่นของก้อนอุจจาระในลำไส้ใหญ่ (Fecal impaction) มากกว่าอาการกลั้นอุจจาระไม่ได้ เฉพาะสถานะของบุคคลที่ไม่สามารถขับถ่ายอุจจาระได้เนื่องจากลำไส้ขาดการควบคุม หรือมีการขับถ่ายอุจจาระ ≤ 2 ครั้ง/สัปดาห์ หรือ 1 ใน 4 ครั้ง ของการขับถ่ายที่ลำบาก ต้องมีการล้างอุจจาระและอุจจาระมีลักษณะแข็ง แข็งการจัดการอาการท้องผูก

1. การนวดหน้าท้อง (Abdominal massage)

วัตถุประสงค์

- เพื่อกระตุ้นให้ลำไส้มีการเคลื่อนไหว
- ลดอาการท้องอืด
- ป้องกันภาวะท้องผูก/อุจจาระอัดแน่น

ข้อห้าม

- Aortic Abdominal Aneurysm

- ผ่าตัดลำไส้/หน้าท้อง

ขั้นตอนการนวดหน้าท้อง

1. เตรียมกระเพาะปัสสาวะผู้ป่วยให้ว่าง

2. ผู้ป่วยอยู่ในท่านอนหงายในท่าที่สบายและจัดเสื้อผ้าให้เปิดบริเวณหน้าท้องเท่านั้น ในรายที่มีอาการเกร็งของกล้ามเนื้อหน้าท้องให้ใช้หมอนรองใต้ข้อพับเพื่อให้กล้ามเนื้อหน้าท้องหย่อนตัว

3. ทาโลชั่นหรือวาสลีนบริเวณหน้าท้องเพื่อเพิ่มลดแรงเสียดสีระหว่างการนวด

4. วัดตำแหน่ง บริเวณที่นวดหน้าท้องโดยใช้ตำแหน่ง ค่ำว่า 2 นิ้วใต้สะดือชี้โครง เพื่อป้องกันการบาดเจ็บของ
กระดูกอ่อน

5. เริ่มนวดทั้งหมด 4 ท่า นวดตามขั้นตอน 10-15 นาที

ท่าที่ 1 ทำนวดตามแนวเส้นตรง



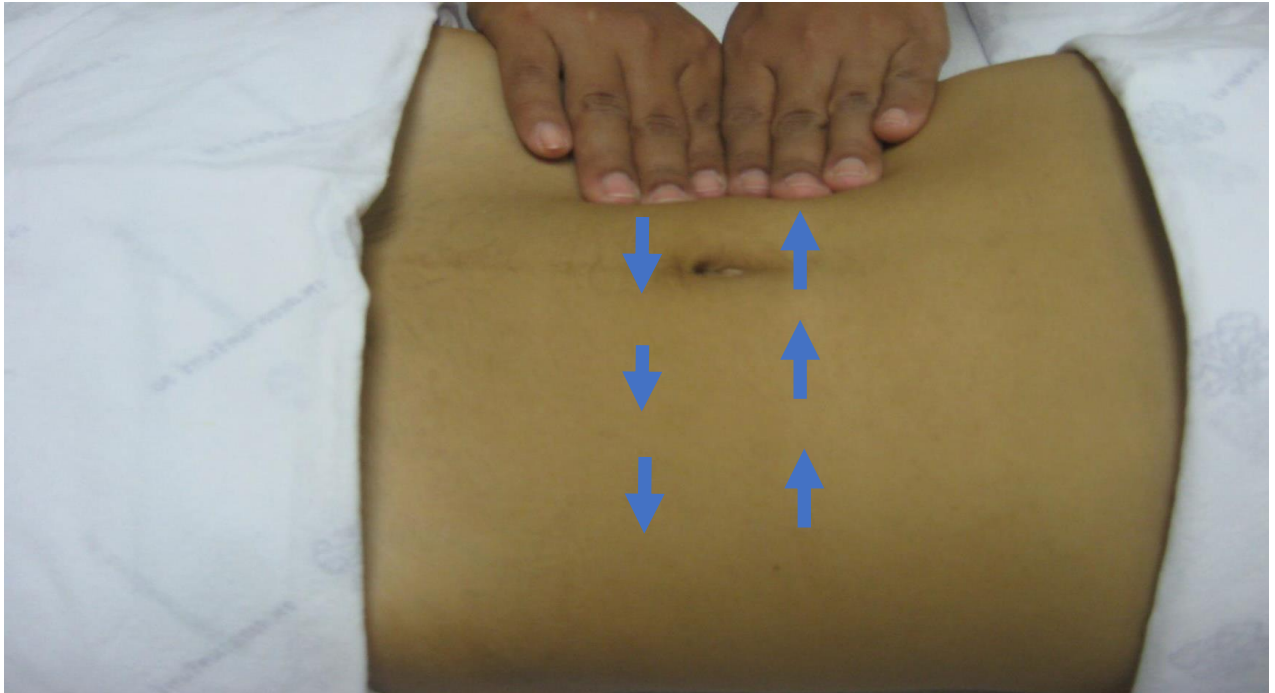
แบ่งหน้าท้องตามยาวเป็น 3-4 ส่วน จากบนลงล่าง ตามพื้นที่หน้าท้อง วางมือ 2 ข้างซ้อนกันใช้นิ้ว 3 นิ้ว (นิ้วชี้ นิ้วกลาง นิ้วกลาง) กดหน้าท้องความลึกประมาณ 1 นิ้ว แล้วนวดวนตามเข็มนาฬิกาครั้งละ 5 รอบ ตามแนวเส้นตรงที่แบ่งไว้ จากนั้นเลื่อนมือให้ต่อกันกับวงแรก และทำซ้ำเดิมตามแนวที่กำหนดไว้จนครบ

ท่าที่ 2 ทำโกยหน้าท้อง



โดยใช้มือ 2 ข้างประสานกัน แล้วโกยหน้าท้องจากบนลงล่าง คือ จาก 2 นิ้ว ใต้สะดือจนถึงหัวเข่าจาก
ด้านขวามาด้านซ้าย ทำ 10 รอบ

ท่าที่ 3 ทำโยกลำไส้



โดยใช้มือ 2 ข้างประกบกัน แล้วโยกมือจากหน้าท้องด้านขวาไปด้านซ้าย แล้วใช้อุ้งมือโยกจากหน้าท้องจากด้านซ้ายกลับมาด้านขวา คิดเป็น 11 รอบ ทำ 10 รอบ

ท่าที่ 4 ทำนวดตามแนวลำไส้ใหญ่



โดยใช้ปลายนิ้วมือ 2 ข้างประกบกัน ใช้แรงจากข้อมือหมุนปลายนิ้ว 20 รอบ โดยนับ 1-20 แล้วยกไปจุดใหม่ ที่ละจุด ทำเป็นวงกลมตามเข็มนาฬิกา ทำทีละจุด จากรอบสะดือจนทั่วท้อง

ภาวะที่ควรงด Bowel Training Program

1. มีไข้ มากกว่าหรือเท่ากับ 38.5 C
2. ชีพจรมากกว่าหรือเท่ากับ 120 ครั้ง/min
3. ความดัน มากกว่า 160 /100 หรือน้อยกว่า 90/ 60 mmHg
4. หายใจหอบเหนื่อย มากกว่าหรือเท่ากับ 35 ครั้ง/ min
5. มีภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะแบบเฉียบพลัน
6. ภาวะซึมลง สับสน ชักเกร็ง

หมายเหตุ งดBowel Training Program ในผู้ป่วยที่มีภาวะบาดเจ็บช่องท้อง

2.การนวดกระตุ้นทวารหนักด้วยนิ้วมือ (Digital Rectal Stimulation : DRS)

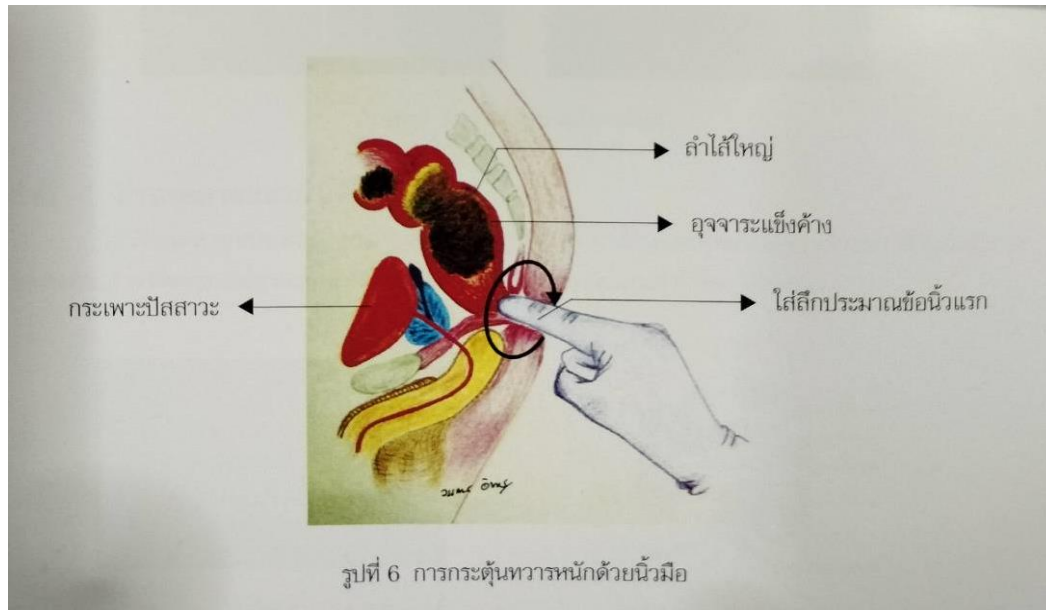
การนวดกระตุ้นทวารหนักด้วยนิ้วมือ (Digital Rectal Stimulation : DRS) ใช้สำหรับกระตุ้นการขับถ่ายอุจจาระ ในผู้ป่วยที่มีปัญหาการควบคุมการขับถ่ายเนื่องจากสมองและไขสันหลังสูญเสียหน้าที่ในการขับถ่ายและยับยั้งการขับถ่าย อาจเกิดจากโรคหลอดเลือด การบาดเจ็บสมอง เนื้องอกของสมอง หรือบาดเจ็บไขสันหลัง ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมการขับถ่ายอุจจาระได้

อุปกรณ์

1. ถุงมือสะอาด
2. สารหล่อลื่น ได้แก่ วาสลีน หรือ K-Y jelly

ขั้นตอนการกระตุ้นทวารหนัก

1. ใส่ถุงมือและหล่อลื่นนิ้วชี้ด้วยสารหล่อลื่น
2. สอดนิ้วชี้เข้าไปประมาณ 1 ข้อนิ้วมือ อย่างนุ่มนวลให้ชิดผนังทวารหนักด้านใดด้านหนึ่งและนวดทวารหนักเป็นวงกลมไปในทางเดียวกันสม่ำเสมอ เพื่อขยายและกระตุ้นหูรูดของทวารหนักนานประมาณ 20 วินาที แล้วหยุดพัก คิดเป็น 1 รอบ
3. ให้ทำซ้ำเช่นเดิมอีกทุก 5-10 นาที แต่ไม่ควรเกิน 4 รอบ เพราะอาจทำให้ทวารหนักได้รับบาดเจ็บ
4. ควรกระตุ้นในท่านั่ง โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่ปฏิบัติได้เอง เพื่อใช้แรงโน้มถ่วงช่วยในการขับถ่ายอุจจาระ



1. การนวดกระตุ้นควรใช้แรงจากแขนและข้อมือ ไม่ใช่จากนิ้วมือ
2. ควรนวดกระตุ้นหลังรับประทานอาหารประมาณ 30 นาทีถึง 1 ชั่วโมง เพื่อให้ขับถ่ายได้ง่ายขึ้นจากการเคลื่อนไหวของลำไส้ขณะย่อยอาหาร (Gastrocolic reflex)
3. ควรกระตุ้นและฝึกขับถ่ายในเวลาเดียวกันทุกวัน อาจเป็นหลังอาหารเช้าหรือเย็นตามความต้องการของผู้ป่วย
4. ในกรณีที่พบอุจจาระค้างในทวารหนัก ให้ล้วงอุจจาระที่ค้างออกก่อน
5. ใช้วิธีนี้ร่วมกับ การนวดหน้าท้อง การสวนเหน็บทางทวารหนัก หรือการใช้ยาระบาย ในผู้ป่วยบางราย
6. ผู้ป่วยควรรับประทานน้ำและเส้นใยอาหารอย่างเพียงพอต่อวัน
 - จำนวนน้ำหรือเครื่องดื่มประมาณ 2 ลิตรต่อวัน (ในกรณีที่ไม่มีข้อจำกัด) ควรดื่มน้ำ กาแฟ
 - เส้นใยอาหารชนิดละลายน้ำได้ประมาณ 25 กรัมต่อวัน พบมากในแครอท บร็อคโคลี่ ถั่วแขก ถั่วลิสง ถั่วแดง ถั่วเขียว สตอร์เบอร์รี่ และพีชตระกูลส้ม เป็นต้น

ข้อควรระวัง

1. ในกรณีที่มึนงงหรือสับสนไม่ควรใช้วิธีนี้ รอจนกว่าจะรักษาหาย
2. ขณะกระตุ้นถ้าพบเลือดออกควรหยุดปฏิบัติทันที ควรหยุดประมาณ 1-2 วัน จึงเริ่มต้นใหม่
3. ในกรณีที่มีอาการท้องเสีย ปวดท้อง หรืออย่างใดอย่างหนึ่ง ให้งดฝึกขับถ่ายอุจจาระ จนกว่าจะไม่มีอาการหรือรักษาหายเป็นปกติ

แนวทางปฏิบัติการพยาบาล

Focus Gold/out come	Assessment	Intervention	Evaluation
<p>ท้องผูก</p> <p>G: ไม่มีอาการท้องผูก</p> <p>O:ผู้ป่วยสามารถ</p> <p>ขับถ่ายอุจจาระทุกวัน</p> <p>หรือทุก 1-2 วัน</p> <p>-ผู้ป่วยมีลักษณะ</p> <p>อุจจาระปกติ Type 3</p> <p>หรือ 4</p>	<p>แบบแผนการขับถ่าย</p> <p>อุจจาระเปลี่ยนแปลง</p> <p>ข้อมูลสนับสนุน</p> <p>Subjective data</p> <p>-ผู้ป่วยบอกว่าไม่ได้ถ่าย</p> <p>อุจจาระหลายวัน ต้องล้วง</p> <p>ออก ถ้าไม่ล้วงก็ถ่ายไม่</p> <p>ออก</p> <p>Objective data</p> <p>ประเมินผลการตรวจ</p> <p>ร่างกาย แบบแผนการ</p> <p>ขับถ่าย และการวินิจฉัย</p> <p>ของ แพทย์เพื่อค้นหา</p> <p>ปัญหาการกั่งค้างของ</p> <p>อุจจาระ (Fecal</p> <p>impaction)</p>	<p>1.ประเมินปัญหาการขับถ่ายอุจจาระ</p> <p>ผิดปกติ ความถี่การขับถ่าย อาการ</p> <p>อื่นๆ เช่น ท้องอืด แน่นท้อง คลื่นไส้</p> <p>หรือเลือดออกทางทวารหนัก</p> <p>-ประเมินลำไส้ส่วนล่างโดยคลำ</p> <p>หน้าท้องตามแนวลำไส้ใหญ่เพื่อ</p> <p>ตรวจหาก้อนอุจจาระที่แข็งค้างถ้ามี</p> <p>อุจจาระค้างบริเวณทวารหนักให้ใช้</p> <p>วิธีล้วงทวารหนัก และถ้าคลำหรือ</p> <p>ตรวจร่างกายพบอุจจาระค้างในลำไส้</p> <p>ใหญ่ส่วนล่าง จัดการใช้ยาระบาย</p> <p>หรือสวนอุจจาระ</p> <p>2ให้ความรู้ คำแนะนำในการ</p> <p>รับประทานอาหารและการดื่มน้ำเพื่อ</p> <p>ป้องกันท้องผูกและการเกิดอุจจาระแข็ง</p> <p>ค้างในลำไส้</p> <p>-ควรได้รับน้ำอย่างน้อยวันละ 1.5-2</p> <p>ลิตรต่อวัน</p> <p>-ควรได้รับเส้นใยอาหารอย่างน้อยวัน</p> <p>ละ 25 กรัมต่อวัน</p> <p>3.ควรให้ผู้ป่วยงดดื่มเครื่องดื่ม</p> <p>ที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ และ</p> <p>คาเฟอีน เช่น ชา กาแฟ</p> <p>4.ผู้ป่วยควรมีการเคลื่อนไหวและ</p> <p>ออกกำลังกายที่เหมาะสม เพื่อกระตุ้น</p> <p>การทำงานของลำไส้</p>	<p>-ประเมินอาการท้องผูก</p> <p>การถ่ายอุจจาระ Type</p> <p>ของอุจจาระ</p> <p>-ประเมินความรู้ของผู้ป่วย</p> <p>และผู้ดูแลในการเลือก</p> <p>รับประทานอาหาร</p>

Focus Gold/out come	Assessment	Intervention	Evaluation
		<p>5.ให้ความรู้และคำแนะนำในการฝึกการขับถ่าย (Bowel training) เพื่อให้ผู้ป่วยคงไว้ซึ่งแบบแผนการถ่ายอุจจาระที่ปกติดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> -กำหนดให้มีเวลาขับถ่ายใกล้เคียงกันทุกวัน ขึ้นอยู่กับกิจกรรมและความต้องการของผู้ป่วย หรือหลังรับประทานอาหารประมาณ 1 ชั่วโมง -เนื่องจากมีการเคลื่อนไหวของลำไส้ (Gastrocolic reflex) <ul style="list-style-type: none"> -นวดหน้าท้องนานประมาณ 10-15 นาที เพื่อส่งเสริมการเคลื่อนไหวของลำไส้และกระตุ้นให้เกิดการขับถ่ายที่ควบคุมได้ -กระตุ้นทวารหนักด้วยวิธี Digital stimulation <ul style="list-style-type: none"> -จัดให้ผู้ป่วยถ่ายอุจจาระในท่านั่ง โดยมีการใช้อุปกรณ์เครื่องช่วยในการนั่งขับถ่ายอย่างเหมาะสม -ให้การช่วยเหลือเพื่อลดการกั่งค้างของอุจจาระด้วยการช่วยล้างอุจจาระ -มีการประเมินปริมาณและลักษณะของอุจจาระทุกครั้ง และจดบันทึกเมื่อพบสิ่งผิดปกติ เพื่อปรึกษาแพทย์ 	

Focus Gold/out come	Assessment	Intervention	Evaluation
		<p>6.ควรมีการใช้ผลิตภัณฑ์รองกัน เป็นอย่างเหมาะสม เพื่อส่งเสริม ความมั่นใจแก่ผู้ป่วยโดย</p> <ul style="list-style-type: none"> -เลือกผลิตภัณฑ์ที่มีขนาด สาร ช่วยดักกลิ่น และราคาที่เหมาะสม -ใช้ระหว่างที่ผู้ป่วยมีกิจกรรม ต่างๆ เช่นการฝึกกายภาพบำบัด/ ออกกำลังกาย หรือกิจกรรมทาง สังคม เป็นต้น <p>7.ทำความสะอาดหลังขับถ่ายทุก ครั้งด้วยน้ำและสบู่ที่มีค่าความ กรดค่าที่เป็นกลาง เพื่อลดการ ระคายเคืองของผิวหนัง</p> <p>7.ดูแลให้ยาระบาย ตามแผนการ รักษา</p>	

Focus Gold/out come	Assessment	Intervention	Evaluation
<p>ไม่สุขสบายเนื่องจากปวดข้อไหล่ข้างที่อ่อนแรง</p> <p>G: เพื่อบรรเทาอาการปวดข้อไหล่ข้างที่อ่อนแรง</p> <p>O:สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้มากขึ้น</p> <p>-Pain score ≤ 3 คะแนน</p>	<p>ไม่สุขสบายเนื่องจากปวดข้อไหล่ข้างที่อ่อนแรง</p> <p>ข้อมูลสนับสนุน</p> <p>S: ผู้ป่วยบอกว่าปวดไหล่ข้างที่อ่อนแรงเมื่อยกแขนขึ้น</p> <p>O: ประเมินจากการตรวจร่างกาย</p> <p>เช่น Pain score 4-5 คะแนน -ตรวจร่างกายพบ shoulder subluxation 2 finger base, shoulder joint limit ROM 160 degree by pain</p> <p>A: Shoulder Subluxation เกิดจากการที่กล้ามเนื้อรอบข้อไหล่มีการอ่อนแรง มีความตึงตัวลดลง ทำให้ไม่สามารถพยุงข้อไหล่ไว้ได้ กระดูกต้นแขน (Humerus bone) จึงค่อยๆ เคลื่อนตกตามแรงโน้มถ่วงออกมาจากเบ้าของกระดูกสะบัก (Glenoid fossa) เกิดเป็นช่องว่างขึ้น</p> <p>กล้ามเนื้อและเส้นเอ็นบริเวณนั้นถูกยืดออกส่งผลให้เกิดอาการปวดทดสอบโดยการสังเกตและใช้นิ้วมือวัดดูบริเวณช่องว่างของกระดูกต้นแขนกับเบ้าของข้อไหล่ หากห่างกันเกิน 1 finger base หรือ 1 นิ้วมือ แสดงว่ามีภาวะ Shoulder Subluxation</p>	<p>1.ประเมินระดับความปวดโดยใช้การสอบถามจาก Pain score</p> <p>2.ประเมินความรู้ความเข้าใจของผู้ป่วยและผู้ดูแลในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันหรือบรรเทาภาวะ shoulder subluxation เช่น การสังเกตอาการปวดมากขึ้นและการคลำบริเวณหัวไหล่พบระยะห่างมากขึ้น</p> <p>3.ดูแลหลีกเลี่ยงกิจกรรมที่อาจก่อให้เกิดการบาดเจ็บของหัวไหล่ เช่น การนวด การถู ดึง กระชากแขน หรือข้อไหล่ข้างที่อ่อนแรงอย่างรวดเร็วรุนแรง</p> <p>4. ดูแลและแนะนำประคบเย็นบริเวณที่ปวด วันละ 2-3 ครั้ง ครั้งละ 15-30 นาที</p> <p>5. แนะนำหลีกเลี่ยงการนอนทับแขนข้างที่อ่อนแรง และแนะนำการจัดทำในบริบทต่างๆ</p>	<p>-ประเมิน Pain score ของอาการปวดไหล่</p> <p>-ประเมินผู้ป่วยและผู้ดูแลสามารถปฏิบัติตัวได้ในการจัดทำเพื่อหลีกเลี่ยงการนอนทับแขนข้างที่อ่อนแรง</p>

Focus Gold/out come	Assessment	Intervention	Evaluation
		<p>5.1 ทำนั่ง</p> <p>-ทำนั่งบนเตียง ผู้ป่วยนั่งศีรษะและลำตัวตรง วางแขนขาที่อ่อนแรงไว้บนหมอน (ที่วางบนตัก) จัดให้ไหล่ด้านที่อ่อนแรงสูงเท่าไหล่ด้านปกติ เท้าทั้งสองวางราบกับพื้น</p> <p>-ทำนั่งบนเก้าอี้หรือรถนั่งคนพิการ ผู้ป่วยนั่งศีรษะและลำตัวตรง วางแขนไว้บนหมอน (ที่วางบนตัก) หรือที่พักแขนของรถนั่งคนพิการ จัดให้ไหล่ข้างอ่อนแรงอยู่ในระดับเดียวกับข้างปกติ เท้าทั้งสองข้างวางราบกับพื้น</p> <p>5.2 ทำนอน</p> <p>-ทำนอนหงาย ศีรษะและลำตัวอยู่แนวตรง หรือหันหน้าไปด้านที่เป็นอัมพาตเล็กน้อย แขนข้างที่เป็นอัมพาตกางออก และวางมือบนหมอน (หมอนจะรองตั้งแต่ไหล่จนถึงศอกปลายแขน) หายมือขึ้น ข้อมือตรง นิ้วมือเหยียดและกางออก</p> <p>- ทำนอนตะแคงทับด้านดี ให้ศีรษะโน้มไปด้านหน้าเล็กน้อย ใช้หมอนรองแขนข้างที่เป็นอัมพาตโดยจัดให้ไหล่ขยับไปข้างหน้าเล็กน้อย ข้อศอกและข้อมือเหยียดตรง คว่ำมือลง นิ้วมือเหยียดออก</p> <p>-ทำนอนตะแคงทับด้านอ่อนแรง ให้ศีรษะโน้มไปข้างหน้าเล็กน้อย จัดแขนด้านอ่อนแรง ยื่นมาข้างหน้ารองด้วยหมอน ข้อศอกและข้อมือเหยียดตรง หายมือขึ้น นิ้วมือเหยียดและกางออก</p>	

Focus Gold/out come	Assessment	Intervention	Evaluation
		<p>6. ดูแลให้ผู้ป่วยใส่ Bobath sling ด้านที่อ่อนแรง เพื่อป้องกันข้อต่อและกล้ามเนื้อบริเวณหัวไหล่ถูกดึงขึ้น</p> <p>ขณะที่ผู้ป่วยยืน นั่ง หรือเคลื่อนตัว</p> <p>7. แนะนำการเคลื่อนย้ายตัวผู้ป่วยอย่างถูกวิธี โดยการหลีกเลี่ยงการย้ายตัวโดยการยกใต้รักแร้ ดึงหรือลากแขนของผู้ป่วย\</p> <p>8. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับประทานยา Paracetamol (500 mg) 1 tab po. prn q 4-6 hr.</p>	

Focus Gold/out come	Assessment	Intervention	Evaluation
<p>เสี่ยงต่อการเกิดภาวะข้อติดแข็งเนื่องจากแขนขาซีก.....อ่อนแรง</p> <p>G: - เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดภาวะข้อติดแข็ง</p> <p>O: - ผู้ป่วยสามารถเคลื่อนไหวข้อได้อย่างไม่จำกัด</p> <p>- ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความรู้และทักษะในการป้องกันภาวะข้อติดแข็ง</p>	<p>เสี่ยงต่อการเกิดภาวะข้อติดแข็งเนื่องจากแขนขาซีก.....อ่อนแรง</p> <p>ข้อมูลสนับสนุน</p> <p>S: ญาติบอกว่า “แขนซ้ายผู้ป่วยยกได้ไม่สุด เนื่องจากมีอาการปวด”</p> <p>O: ประเมินจากการตรวจร่างกาย เช่น แขนขา Motor power gr. 0, shoulder joint limit ROM 160 degree by pain MAS 1</p> <p>Lt. leg motor power gr. 1</p> <p>A: ภาวะข้อยึดติดในผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง เป็นความผิดปกติของระบบประสาทสั่งการที่พบได้บ่อย โดยจะพบได้บริเวณข้อต่อต่างๆของทั้งแขนและขา โดยเกิดจากภาวะการหดเกร็งของกล้ามเนื้อ ซึ่งจะส่งผลให้เกิดข้อยึดติดตามมา ซึ่งอาการเกร็งในโรคหลอดเลือดสมอง เกิดจากความผิดปกติของระบบประสาทสั่งการทำให้มีการหดตัวของกล้ามเนื้ออัตโนมัติ ผู้ป่วยจึงไม่สามารถควบคุมการเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อต่างๆได้</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. ประเมินอาการแสดงของข้อติดแข็งของแขน และขาข้างที่อ่อนแรงจากพิสัยการเคลื่อนไหวของข้อข้างที่อ่อนแรง 2. อธิบายให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลทราบถึงผลกระทบของข้อติดที่ทำให้เกิดอุปสรรคต่อการเคลื่อนไหวและทำให้ระดับความสามารถของผู้ป่วยลดลง 3. ตรวจร่างกายประเมินภาวะข้อติด โดยขณะประเมินให้ผู้ดูแลอยู่ด้วย เพื่อให้รับรู้ถึงอาการและการเคลื่อนไหวข้อต่อต่างๆ 4. ดูแลและแนะนำให้ผู้ดูแลช่วยจัด Position ของข้อต่อต่างๆไม่ให้พับติดอยู่ในท่าเดิมนานๆ 5. สาธิตการบริหารการเคลื่อนไหวของข้อและกล้ามเนื้อต่างๆ แก่ผู้ป่วยและผู้ดูแล ดังนี้ <ul style="list-style-type: none"> ท่าที่ 1 ท่ายกข้อไหล่ขึ้น-ลง ท่าที่ 2 ท่ากาง-หุบข้อไหล่ ท่าที่ 3 ท่าหมุนข้อไหล่เข้าด้านใน-ด้านนอก ท่าที่ 4 ท่าอเหยียด-ข้อศอก ท่าที่ 5 ท่ากระดกข้อมือขึ้น-ลง ท่าที่ 6 ท่ากาง-หุบข้อสะโพก ท่าที่ 8 ท่ากระดกข้อเท้าขึ้น-ลง 	<p>-ประเมินภาวะข้อติด</p> <p>-ประเมินผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความรู้และทักษะในการป้องกันภาวะข้อติด โดยสามารถอธิบายย้อนกลับได้</p> <p>ครบถ้วน และสาธิตการบริหารการเคลื่อนไหวของข้อและกล้ามเนื้อย้อนกลับได้ถูกต้อง</p>

Focus Gold/out come	Assessment	Intervention	Evaluation
	<p>เพราะระบบประสาทที่ควบคุมการดึงตัวของกล้ามเนื้อสูญเสียการทำงาน ทำให้เกิดรูปแบบการเคลื่อนไหวที่ผิดปกติส่วนมากมักเกิดบริเวณข้อแขน โดยจะอยู่ในลักษณะแขนงอเข้าหาตนเอง ไหล่อยู่ในท่าเคลื่อนเข้าหาตัวและหมุนเข้าด้านใน ข้อศอกข้อมือและนิ้วมือจะเกร็งอยู่ในท่างอ ส่วนขาจะเกร็งหนีบ สะโพก เกร็งเหยียดเข้า และเกร็งถีบปลายเท้า หากอยู่ท่าเกร็งนานๆ กล้ามเนื้อจะเสียสภาพและเกิดภาวะแทรกซ้อนคือ กล้ามเนื้อหดสั้นและข้อยึดติด ซึ่งเป็นอุปสรรคต่อการเคลื่อนไหวทำให้ระดับความสามารถของการทำกิจกรรมต่างๆ ลดลง และทำให้ผู้ป่วยมีอาการปวดเมื่อยข้อและเคลื่อนไหวได้ไม่เต็มช่วงการเคลื่อนไหว</p>		

Focus Gold/out come	Assessment	Intervention	Evaluation
<p>เสี่ยงต่อการเกิด Aspire Pneumonia</p> <p>G: เพื่อป้องกันการสำลัก O: ไม่มีอาการสำลักได้รับ น้ำและสารอาหารอย่างเพียงพอ</p>	<p>เสี่ยงต่อการเกิด Aspire Pneumonia</p> <p>ข้อมูลสนับสนุน</p> <p>Subjective data</p> <p>-รู้สึกกลืนลำบาก กลืนติด กลืนเจ็บหรือต้องกลืนซ้ำหลายครั้ง</p> <p>-ไอ สำลัก ทั้งก่อน ระหว่าง หรือหลังกลืน</p> <p>-เสียงเปลี่ยน เสียงแหบหลังกลืน</p> <p>-การหายใจผิดปกติ ระหว่างหรือหลังกลืน</p> <p>-การออกเสียง คุณภาพ และความดังของเสียงพูดไม่ชัด</p> <p>-น้ำลายไหล มีอาหารหรือน้ำไหลออกจากปากหรือจมูก</p> <p>-มุมปากตก ปากเบี้ยวหรือปิดปากไม่สนิท</p>	<p>1. แนะนำผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลเรื่องการดูแลสุขภาพช่องปาก ฟันปลอม สังเกตว่ามีอาหารค้างอยู่ที่กระพุ้งแก้ม ลิ้นหรือไม่ แปรงฟันด้วยแปรงสีฟันอ่อนนุ่มและยาสีฟันผสมฟลูออไรด์ บิบบยาสีฟันเพียงเล็กน้อยโดยไม่จุ่มน้ำ เมื่อแปรงเสร็จแล้วใช้ผ้าชุบน้ำหมาดๆ เช็ดปากให้สะอาด เพื่อให้ช่องปากสะอาด และยังเป็นการกระตุ้นความอยากอาหารของผู้ป่วย</p> <p>2. ประเมินอาการอาการและอาการแสดงของภาวะ Aspire Pneumonia เช่น ไข้ ไอ หอบเหนื่อย</p> <p>3. ดูแลติดตามการรับประทานอาหารของผู้ป่วยเป็น Soft diet และประเมินอาการหลังการรับประทานอาหาร เช่นการไอ สำลัก ทั้งก่อน ระหว่าง หรือหลังกลืน เสียงเปลี่ยน เสียงแหบหลังกลืน การหายใจผิดปกติ ระหว่างหรือหลังกลืน</p>	<p>-ประเมินขณะรับประทานอาหารมีอาการไอ สำลัก ทั้งก่อน ระหว่าง หรือหลังกลืน เสียงเปลี่ยน เสียงแหบหลังกลืน การหายใจผิดปกติระหว่างหรือหลังกลืน</p> <p>-ประเมินความสะอาดของช่องปาก</p> <p>-ประเมินความสามารถของผู้ป่วยและผู้ดูแลในการออกบริหารเพื่อเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อที่ใช้ในการเคี้ยวและกลืน</p>

Focus Gold/out come	Assessment	Intervention	Evaluation
	<p>Objective data:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Case Ischemic Stroke with Rt hemiparesis -Face no symmetry Right facial palsy -Dry swallowing 3 ครั้ง > 10 วินาที กลืนได้ช้ากว่าปกติ - จากการสังเกตผู้ป่วย คึมน้ำจากหลอดมีไอเป็นบางครั้งไม่มีน้ำไหลทางมูมปาก -จากการสังเกตผู้ป่วยรับประทานอาหารและคึมน้ำในท่าศีรษะต่ำ 	<p>4.ให้คำแนะนำเรื่องการจัดท่าขณะรับประทานอาหาร คือนั่งบนเตียงนั่งโดยลงน้ำหนักที่สะโพกทั้งสองข้างเท่ากัน เข่าอประมาณ 90 องศาเท้าวางราบบนพื้น ลำตัวตรงหรือโน้มไปข้างหน้าเล็กน้อย ศีรษะอยู่กึ่งกลางและก้มหน้าเล็กน้อย ในกรณีที่การทรงตัวไม่ดีหรือนั่งเองได้ไม่นาน อาจใช้หมอนช่วย</p> <p>5. สอนผู้ป่วยและญาติบริหารกล้ามเนื้อและอวัยวะที่เกี่ยวข้องกับการรับประทานอาหาร เพื่อเป็นการเพิ่มความแข็งแรงและความสามารถในการเคลื่อนไหวกล้ามเนื้อ</p> <p>กล้ามเนื้อริมฝีปาก</p> <p>ท่าที่ 1 อ้าปากให้กว้างที่สุดสลับกับการปิดปากให้สนิท</p> <p>ท่าที่ 2 ยึดกว้างๆค้างไว้แล้วคลายออก</p> <p>ท่าที่ 3 เม้มปากให้แน่นแล้วคลายออก</p> <p>ท่าที่ 4 กักลมไว้ในปากให้แก้มป่องแล้วค่อยๆปล่อยออกช้าๆ</p> <p>การบริหารลิ้น</p> <p>ท่าที่ 1 เคลื่อนขากรรไกรล่าง ไปทางซ้าย ขวา สลับกัน</p> <p>ท่าที่ 2 อ้าปากให้กว้างและปิดปากให้พื้นหน้ากระทบกัน</p> <p>ท่าที่ 3 เคลื่อนไหวขากรรไกรในลักษณะเคี้ยวอาหาร</p>	

Focus Gold/out come	Assessment	Intervention	Evaluation
		<p>การบริหารคอและศีรษะ</p> <ul style="list-style-type: none"> • ให้ผู้ป่วยอยู่ในท่านอนคว่ำ ลงน้ำหนักบนปลายแขน จากนั้นให้ผู้ป่วยยกศีรษะขึ้น • ให้ผู้ป่วยอยู่ในท่านั่ง หันศีรษะไปด้านซ้าย ขว ให้แรงต้านในทิศทางตรงข้าม • ให้ผู้ป่วยอยู่ในท่านั่ง ให้แรงผลักผู้ป่วยไปด้านซ้าย ขว บอกให้ผู้ป่วยยกศีรษะกลับมาอีกด้านเพื่อให้อยู่ในท่านั่งตรง • ให้ผู้ป่วยเคลื่อนไหวคอในทิศทางต่างๆ (ก้ม / เงย / ซ้าย / ขว) ควรบริหารอย่างสม่ำเสมอ อย่างน้อยวันละ 2 รอบ รอบละ 10 15 ครั้ง <p>บริหารก่อนให้ผู้ป่วยรับประทานอาหาร อย่างน้อย 30 นาที</p> <p>6. ฝึกการไออย่างมีประสิทธิภาพ โดยนั่งโน้มตัวไปด้านหน้าเล็กน้อย ใช้ผ้ารองประคองบริเวณท้อง สูดลมหายใจเข้าลึกๆกลั้นหายใจไว้ประมาณ 1 2 วินาทีพร้อมกับไอรแรงๆ 1 2 ครั้ง</p>	

Focus Gold/out come	Assessment	Intervention	Evaluation
<p>พลัดตกหกล้ม</p> <p>G:ผู้ป่วยไม่เกิดการพลัดตกหกล้ม</p> <p>- ผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการพลัดตกหกล้ม</p> <p>O: - ไม่มีประวัติการพลัดตกหกล้มขณะรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล</p> <p>- ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีทักษะความรู้ในการป้องกันการเกิดอุบัติเหตุพลัดตกหกล้ม</p>	<p>มีโอกาสดังกล่าวเกิดอุบัติเหตุพลัดตกหกล้มเนื่องจากการช่วยเหลือตนเองบกพร่องและแขนขา.....อ่อนแรง</p> <p>ข้อมูลสนับสนุน</p> <p>S: ผู้ป่วยบอกว่า “หกล้มจากที่บ้านมา 2 ครั้ง มีรอยม่วงช้ำ</p> <p>O:มีความบกพร่องในการทรงตัว, มีความบกพร่องในการเคลื่อนไหว/เคลื่อนย้ายตัว, มีข้อจำกัดในการทำกิจวัตรประจำวัน</p> <p>A: ผลกระทบและการดูแลหลังเกิดโรคหลอดเลือดสมองทำให้เกิดการเคลื่อนไหวร่างกายบกพร่องเนื่องจากมีกำลังกล้ามเนื้อที่อ่อนแรงลงทำให้ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลงมีข้อจำกัดในการดูแลตนเองจำมีความเสี่ยงต่อการหกล้มได้ง่าย</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. ประเมินความเสี่ยงของการเกิดอุบัติเหตุพลัดตกหกล้ม 2. ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดพลัดตกหกล้ม และอธิบายผลกระทบของการเกิดอุบัติเหตุพลัดตกหกล้ม เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติตระหนักถึงการป้องกันการเกิดพลัดตกหกล้ม 3. แนะนำผู้ดูแลจัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสม โดยการจัดวางสิ่งของ ของใช้ต่างๆ ไว้ให้ผู้ป่วยสามารถหยิบใช้ได้สะดวก หลีกเลี่ยงการเอื้อมหยิบของและการก้มตัวเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้ม 4. ส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้รับการฝึก PT ตามโปรแกรม ได้แก่ Active assistive exercise and ROM, Strengthening all limbs, Bed mobility, titrate sitting Sitting & Standing balance training รวมถึงกระตุ้นให้ผู้ป่วย Exercise ดังนี้ <ul style="list-style-type: none"> - กระตุ้นให้ผู้ป่วยลุกนั่งข้างเตียงจากท่านอนด้วยตนเอง ค่อยๆ เพิ่มระยะห่างของการ Supervision จนมั่นใจว่าผู้ป่วยจะสามารถทำเองได้อย่างปลอดภัย - ฝึกให้ผู้ป่วยทรงตัวในท่านยืน 	<p>-ประเมินการเกิดการหกล้มของผู้ป่วยขณะนอนรักษาตัวที่โรงพยาบาล</p> <p>-ประเมินความรู้ของผู้ป่วยและผู้ดูแลในการป้องกันการเกิดอุบัติเหตุพลัดตกหกล้ม</p>

		ที่มั่นคง รวมถึงฝึกการขึ้น ถ่ายเทน้ำหนัก เพื่อเสริมความ มั่นคงขณะเคลื่อนย้ายตัวจาก เตียงไปเก้าอี้	
--	--	--	--

Focus Gold/out come	Assessment	Intervention	Evaluation
		<p>-ฝึกความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ ช่วยการเดิน (Active exercise) คือ กล้ามเนื้อเหยียดเข่าและงอสะโพก ทำ 10-15 ครั้งต่อรอบ วันละ 3 รอบ ในท่า Bridging, ท่า งอ-เหยียดเข่า, ยกขาขึ้น-ลงต้านแรงโน้มถ่วง แต่ละ ท่าให้ทำค้างไว้ 5-10 วินาที</p> <p>5.ฝึกทักษะที่ถูกต้องให้กับผู้ดูแลใน การเคลื่อนย้ายตัวผู้ป่วยจากเตียงไป wheel chair แบบ Standing transfer โดยเริ่มจาก หัน wheel chair เอียงทำ มุม 45 องศา ทำการลื้อคอให้อุปกรณ์มี ส่วนร่วมในการยกตัวเพื่อเคลื่อนย้าย ด้วยการบอกให้ผู้ป่วยเลื่อนตัวมาที่ ขอบเตียงมากที่สุด จัดทำให้อุปกรณ์ นั่งบนเตียง ให้อุปกรณ์โอบไหล่ของผู้ ช่วยเหลือแล้วใช้ข้างที่มีแรงช่วยยัน ตัวลุกขึ้นมาเป็นท่ายืน ขณะที่ผู้ป่วย ลุกขึ้นยืน ผู้ช่วยเหลือต้องใช้เท้าใน การประคองขาผู้ป่วยที่อ่อนแรงด้วย จากนั้นหมุนตัวแล้วช่วยให้อุปกรณ์ นั่งลงบน wheel chair</p> <p>6. ปรับเตียงผู้ป่วยให้สูงจากพื้นไม่ เกิน 50 เซนติเมตร ลื้อเตียงไว้เพื่อ ป้องกันการเคลื่อนที่ และยกราวกัน เตียงขึ้นทุกครั้ง เพื่อป้องกันการเกิด อุบัติเหตุ</p>	

--	--	--	--

Focus Gold/out come	Assessment	Intervention	Evaluation
<p>แผลกดทับ</p> <p>G: ไม่เกิดแผลกดทับ</p> <p>O: ไม่เกิดแผลกดทับ</p> <p>- ป้องภัยเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับลดลง</p>	<p>เสี่ยงต่อภาวะเกิดแผลกดทับ</p> <p>ข้อมูลสนับสนุน</p> <p>Objective data</p> <p>-ผู้ป่วยเคลื่อนไหวร่างกายตัวเองได้น้อย</p> <p>-ประเมิน ADL ของผู้ป่วย</p> <p>Subjective data</p> <p>-ต้องใส่ pampers ตลอดเวลาเพราะว่าผู้ป่วยบอกปวดปัสสาวะกับอุจจาระไม่ได้</p>	<p>1. ประเมินความรู้ ความเข้าใจในเรื่องของการป้องกันการเกิดแผลกดทับ</p> <p>2.ประเมินความเสี่ยงในการเกิดแผลกดทับในตำแหน่งใหม่ของผู้ป่วยทุกวัน และทุกเวอร์</p> <p>3.ประเมินสภาพผิวหนังตามบริเวณปุ่มกระดูกทุกวัน โดยเฉพาะบริเวณปุ่มกระดูก หากพบแผลกดทับ ถ่ายภาพแผลประกอบ และใช้ไม้บรรทัดวัดแผล เพื่อติดตามความก้าวหน้าในการหายของแผล ประเมินสภาพผิวหนังและปุ่มกระดูกในจุดที่เสี่ยง นำไปสู่การจัดกิจกรรมและจัดหาอุปกรณ์ลดแรงกดที่เหมาะสม</p> <p>4.ให้คำแนะนำผู้ดูแลหมั่นประเมินสภาพผิวหนังบริเวณปุ่มกระดูกเพื่อประเมินความเสี่ยงในการเกิดแผลกดทับอย่างสม่ำเสมอ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในบริเวณที่ยากต่อการสังเกต ให้ผู้ดูแลช่วยดูทุกครั้งหลังทำความสะอาด</p>	<p>-ประเมินการเกิดแผลกดทับ</p> <p>-ประเมินป้องภัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดแผลกดทับ</p>

		สะดวกหลังขยับถ่าย	
--	--	-------------------	--

Focus Gold/out come	Assessment	Intervention	Evaluation
		<p>5.ลดแรงกดบริเวณปุ่มกระดูก โดยใช้อุปกรณ์ลดแรงกด ที่ทำจาก Foam หรือ air cushion เมื่ออยู่เตียง หรือบน Wheelchair เพื่อให้มีการกระจายน้ำหนัก</p> <p>6.จัดท่านอนหงาย semi-fowler; นอนตะแคงกึ่งคว่ำ หรือกึ่งหงาย และก่ายหมอน หลีกเลี่ยงการนอนทับไหล่ แขน และขา ใช้หมอนรองบริเวณขาด้านล่าง หรือใต้เข่าลงมา เพื่อไม่ให้ส้นเท้ากดทับกับที่นอน</p> <p>7.ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถช่วยเคลื่อนย้ายได้ ให้ยกและเคลื่อนย้ายผู้ป่วยโดยใช้ผู้ช่วยเหลือ 2 คน หรือใช้เครื่องยกตัวผู้ป่วย เพื่อลดการเกิดแรงเสียดทาน (friction)</p> <p>8.ลดปัจจัยเสี่ยงของการเกิดแผลกดทับด้านความเปื่อยชื้น โดยดูแลผิวหนังไม่ให้เปียกชื้นจากเหงื่ออุจจาระ, เพิ่ม Activity และ Mobility ให้กับผู้ป่วย เพื่อไม่ให้ผู้ป่วยอยู่บนเตียงตลอดเวลา และทุกๆ 30 นาทีให้ผู้ดูแลช่วยผู้ป่วยยกกัน</p>	

		ให้ลอยจากพื้น wheelchair	
--	--	--------------------------	--

Focus Gold/out come	Assessment	Intervention	Evaluation
<p>ความบกพร่องด้านการสื่อสาร</p> <p>G:ผู้ป่วยสามารถสื่อสารบอกความรู้สึก/สิ่งที่ต้องการ กับครอบครัวและผู้อื่นได้</p> <p>O: SMNRC Functional Assessment score ในแต่ละหัวข้อเพิ่มขึ้น ดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> Communication เพิ่มขึ้นจาก 3 เป็น 5 Social cognition เพิ่มขึ้นจาก 5 เป็น 7 	<p>ผู้ป่วยมีความบกพร่องด้านการสื่อสารเนื่องจากมีภาวะ Cognitive impairment</p> <p>ข้อมูลสนับสนุน</p> <p>Subjective data</p> <p>-ญาติผู้ป่วยบอกว่า “ไม่สามารถสื่อสารกับผู้ป่วยได้ในบางครั้ง”</p> <p>Objective data</p> <p>-ประเมินภาวะการเจ็บป่วยของผู้ป่วย เช่น ผู้ป่วยมีภาวะ Broca’s aphasia (motor aphasia) เข้าใจคำพูดแต่ไม่สามารถสื่อสารออกมาได้เป็นประโยคยาว ๆ ได้</p> <p>-ผลตรวจร่างกาย เช่น ผล MRI พบเส้นเลือดในสมองตีบ</p>	<p>1.ส่งเสริม กระตุ้น ให้กำลังใจครอบครัวในการทำความเข้าใจผู้ป่วย ไม่ปล่อยให้ผู้ป่วยอยู่คนเดียว ควรชวนคุยและกระตุ้นให้ผู้ป่วยสื่อสารด้วยการพูด</p> <p>2.ประเมินการพูด และความสามารถในการสื่อสารของผู้ป่วยเป็นระยะๆ</p> <p>3.สนับสนุนให้ญาติออกกำลังกายตามที่ OT แนะนำ เพื่อเตรียมความพร้อมให้กับอวัยวะที่ช่วยในการพูด ดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> - อ้าปาก ยิงฟัน ทำปากจู๋ เหยอปาก - ออกเสียงสระ อา อุ อี โอ เอ แอ ออ เออ - ออกเสียงพยัญชนะที่ใช้ริมฝีปาก เช่น มอ ปอ พอ บอ - ออกเสียงสระร่วมกับพยัญชนะต้น เช่น คา ตา ทา ซา จา กา กง - ออกเสียงสระร่วมกับพยัญชนะ 2 พยางค์ที่มีพยัญชนะต้นเหมือนกัน เช่น อาอุ อีเอ แอเออ - ออกเสียงสระร่วมกับพยัญชนะ 2 พยางค์ที่มี 	<p>-ประเมินผู้ป่วยสามารถออกกำลังกายตามที่ OT แนะนำ</p> <p>-ประเมินการสื่อสารของผู้ป่วย</p>

		พยัญชนะต้นต่างกัน เช่น มาอู อีเบ เปเพอ	
--	--	---	--

Focus Gold/out come	Assessment	Intervention	Evaluation
		<p>- ออกเสียงพยางค์ที่มีความหมาย 1 2 3 พยางค์ วลี ประโยค ตามลำดับ เช่น มอมแมม แม่มา ปาบอด พี่ทาปากแดง</p> <p>4.รวมทั้งส่งเสริมให้ฝึกพูดกับผู้ป่วยซ้ำๆ ด้วยการเรียกชื่อสิ่งของต่างๆ ที่ใช้ใน ชีวิตประจำวัน ภายในห้องพักที่ไม่มีเสียง ดังรบกวนเพื่อให้ผู้ป่วยมีสมาธิ และให้มี การหยุดพักเป็นระยะๆ ในช่วงที่มีการฝึก</p> <p>5.ใช้เทคนิคการสื่อสารที่ดีกับผู้ป่วย (สุ ทิตา ปิติญาณ, 2562) ดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> - พูดกับผู้ป่วยหันหน้าตรง สบตาขณะ สื่อสารกับผู้ป่วย - ใช้คำพูดที่เข้าใจง่าย พูดช้าๆ สั้นๆ อย่า พูดหลายขั้นตอนพร้อมๆ กัน - ใช้น้ำเสียง อ่อนโยน แสดงถึงความ เคารพ แสดงออกทางสีหน้าอย่าง เหมาะสม - ให้ความเวลาในการสนทนา ไม่เร่งรีบ ไม่ เร่งรัดกับผู้ป่วย - ให้ความผู้ป่วยนึกคิด หรือตอบสนอง อาจต้องพูดซ้ำเมื่อผู้ป่วยไม่เข้าใจ - หากต้องการให้ผู้ป่วยทำอะไร พยายาม ไม่ใช่ประโยคคำสั่งแต่ให้ใช้ประโยคเชิญ ชวนแทน <p>6.ส่งเสริมให้ผู้ป่วยพูดด้วยตนเอง แสดง ความสนใจในสิ่งที่ผู้ป่วยพูด และไม่ควรร แสดงความกังวลใจเมื่อผู้ป่วยพูดหรือ</p>	

		สื่อสารไม่ได้ หากผู้ป่วยแสดงกิริยา หงุดหงิดให้แตะที่แขนผู้ป่วยเบาๆ แล้ว เรียกชื่อ	
--	--	---	--

Focus Gold/out come	Assessment	Intervention	Evaluation
<p>ภาวะซึมเศร้า</p> <p>G: เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดภาวะซึมเศร้า</p> <p>O: - ผู้ป่วยไม่มีสีหน้าเศร้าหมอง เมื่อพูดถึงการทำกิจวัตรประจำวัน</p> <p>- ผู้ป่วยรู้สึกว่าคุณค่า</p>	<p>เสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าเนื่องจากผู้ป่วยรู้สึกด้อยคุณค่าในตนเอง</p> <p>ข้อมูลสนับสนุน</p> <p>S: ผู้ป่วยบอกว่า “รู้สึกตัวตัวเองเป็นภาระจากที่เราเคยช่วยดูแลคนอื่นแล้วเขาต้องมาดูแลตนเองแทน”</p> <p>O: ผู้ป่วยมีสีหน้าเศร้าหมองเมื่อพูดถึงการดูแลช่วยเหลือตนเอง</p> <p>A: การเปลี่ยนแปลงของร่างกาย ส่งผลให้เกิดความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ทำให้เกิดความรู้สึกว่าตนเองไม่ได้รับการยอมรับจากบุคคลอื่นหมดคุณค่าในตนเอง แยกตัวจากสังคม ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ หากไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ หรือต้องพึ่งพาคนอื่นเป็นส่วนใหญ่ในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันกลัวการเป็นภาระแก่คนอื่น ๆ ย่อมส่งผลกระทบต่อสภาวะ</p>	<p>1.แนะนำตัวกล่าวทักทายผู้ป่วยเพื่อสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย</p> <p>2.เปิดโอกาสให้ผู้ผู้ป่วยพูดระบายความรู้สึกพร้อมทั้งหาแรงจูงใจของผู้ป่วย</p> <p>3.คัดกรองภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโดยการทำแบบประเมิน 2Q เพื่อค้นหาภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วย</p> <p>4.เสริมสร้างพลังอำนาจจิตใจโดยพูดถึงสิ่งที่ผู้ป่วยยังสามารถทำได้ปกติให้แก่ผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยไม่รู้สึกด้อยคุณค่าในตนเอง</p> <p>5.ส่งเสริมให้ผู้ผู้ป่วยทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองให้มากที่สุด และให้ญาติเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมที่ตนเองบกพร่องเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกว่าตนเองไม่ได้เป็นภาระของคนในครอบครัว</p> <p>6.ส่งเสริมให้ผู้ผู้ป่วยทำกิจกรรมยามว่างให้เกิดประโยชน์ที่ตนเองพอทำได้ เช่น การทำอาหาร การทำงานบ้าน เป็นต้น</p>	<p>-ประเมินสีหน้าของผู้ป่วย</p> <p>การพูดคุยปฏิสัมพันธ์ของผู้ป่วย</p> <p>-ผลการประเมิน 2Q</p>

	จิตใจเกิดภาวะซึมเศร้า (บุษราคัม จิตอารีย์, 2555)	7.เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติ ซักถามข้อสงสัย	
--	---	--	--

Focus Gold/out come	Assessment	Intervention	Evaluation
<p>การวางแผนจำหน่าย</p> <p>G: ได้รับการเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่ายตามหลัก DMETHOD</p> <p>O: ผู้ป่วยและผู้ดูแลได้รับความรู้ในการปฏิบัติตัวเพื่อฟื้นฟูสภาพที่เหมาะสม</p>	<p>การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยก่อนกลับบ้าน</p> <p>ข้อมูลสนับสนุน</p> <p>S: ญาติบอกว่า “กลับไปอยู่บ้านต้องทำอย่างไรบ้าง”</p> <p>Objective data</p> <p>- สังเกตเห็นสีหน้าของสามีผู้ป่วยหมองเศร้าเป็นบางครั้ง</p> <p>A = ผลกระทบของโรคหลอดเลือดสมองทำให้ผู้ป่วยต้องได้รับการดูแลฟื้นฟูอย่างต่อเนื่อง การให้ความรู้และการสอนทักษะในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตามแนวคิดของรูปแบบการดูแลตามระยะเปลี่ยนผ่านตั้งแต่อยู่ในโรงพยาบาลจนกระทั่งจำหน่ายกลับไปอยู่บ้านจึงเป็นสิ่งสำคัญในการดูแลเพื่อให้ผู้ป่วยและญาติมีคุณภาพชีวิตที่ดี (นันทกาญจน์ ปักขี, ทัศนวิชัย, เสน่ห์ขุนแก้ว, 2564)</p>	<ol style="list-style-type: none"> ประเมินความรู้และความพร้อมของผู้ป่วยและผู้ดูแลในการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปฟื้นฟูที่บ้าน ทบทวนความรู้และทักษะที่สำคัญในการฟื้นฟูสภาพต่อเนื่องที่บ้าน วางแผนจำหน่าย ตามหลัก DMETHOD ดังนี้ <ul style="list-style-type: none"> - D (Diagnosis) ความรู้เรื่องการฟื้นฟูสภาพในผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพที่สมองและปัญหาแทรกซ้อนในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เป็นอยู่ถึงสาเหตุ อาการ การปฏิบัติตัวที่ถูกต้องเมื่อกลับบ้าน - M (Medication) รับประทานยาต่อเนื่อง และสังเกต SA จากการใช้ยา - E (Environment) - ให้ความรู้และคำแนะนำเรื่องการปรับสภาพบ้านให้เหมาะสม แนะนำทำทางลาดหน้าบ้านเพื่อใช้ในการขึ้นลงของรถเข็น แนะนำการจัดหาเตียงนอนความสูงไม่เกิน 50 cm. เน้นย้ำเรื่องการจัดสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัย เฝ้า 	<p>- ให้ผู้ป่วยและญาติอธิบายเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองและโรคประจำตัว และเข้าใจการปฏิบัติตัวเมื่อกลับอยู่บ้าน</p> <p>- ประเมินทักษะการเคลื่อนไหวและการดูแลกิจวัตรประจำวัน</p> <p>3. ประเมินทักษะการฝึกกายภาพต่อที่บ้าน</p> <p>4. ญาติแจ้งว่าได้มีการปรับปรุงสิ่งแวดล้อมบริเวณห้องและเพิ่มราวจับในห้องน้ำเพิ่มขึ้น ตามคำแนะนำได้อย่างเหมาะสม พร้อมรับผู้ป่วยกลับบ้าน</p>

		ระวังป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ	
--	--	-------------------------------	--

Focus Gold/out come	Assessment	Intervention	Evaluation
		<p>-T (Treatment) ให้ความรู้เรื่อง การสังเกตอาการผิดปกติ อาการแทรกซ้อนต่างๆที่อาจเกิดขึ้น เช่น อาการปวดไหล่จากภาวะ Shoulder subluxation Aspiration, การติดเชื้อ ให้รับขอความช่วยเหลือ</p> <p>-H (Health) ให้ความรู้และ พัฒนาทักษะการดูแลกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยด้วยตัวผู้ป่วยเอง และให้ความรู้กับผู้ดูแล ในการดูแลผู้ป่วยอย่างถูกวิธี</p> <p>Bladder and bowel program หลีกเลี่ยงการใส่ pampers ฝึกการขับถ่ายให้เป็นเวลา</p> <p>ทบทวนขั้นตอนการฟื้นฟูสภาพตาม Home program การออกกำลังกายแบบ Active และ Passive</p> <p>-O (Outpatient referral) – เน้นให้เห็นความสำคัญของการมาตรวจตามนัด ทบทวนอาการผิดปกติที่ต้องมาโรงพยาบาล และแนะนำให้มาพบแพทย์</p> <p>ตรวจตามนัด เพื่อติดตามอาการอย่างต่อเนื่องและเมื่อเกิดภาวะฉุกเฉิน ให้โทร 1669 เพื่อขอ</p>	

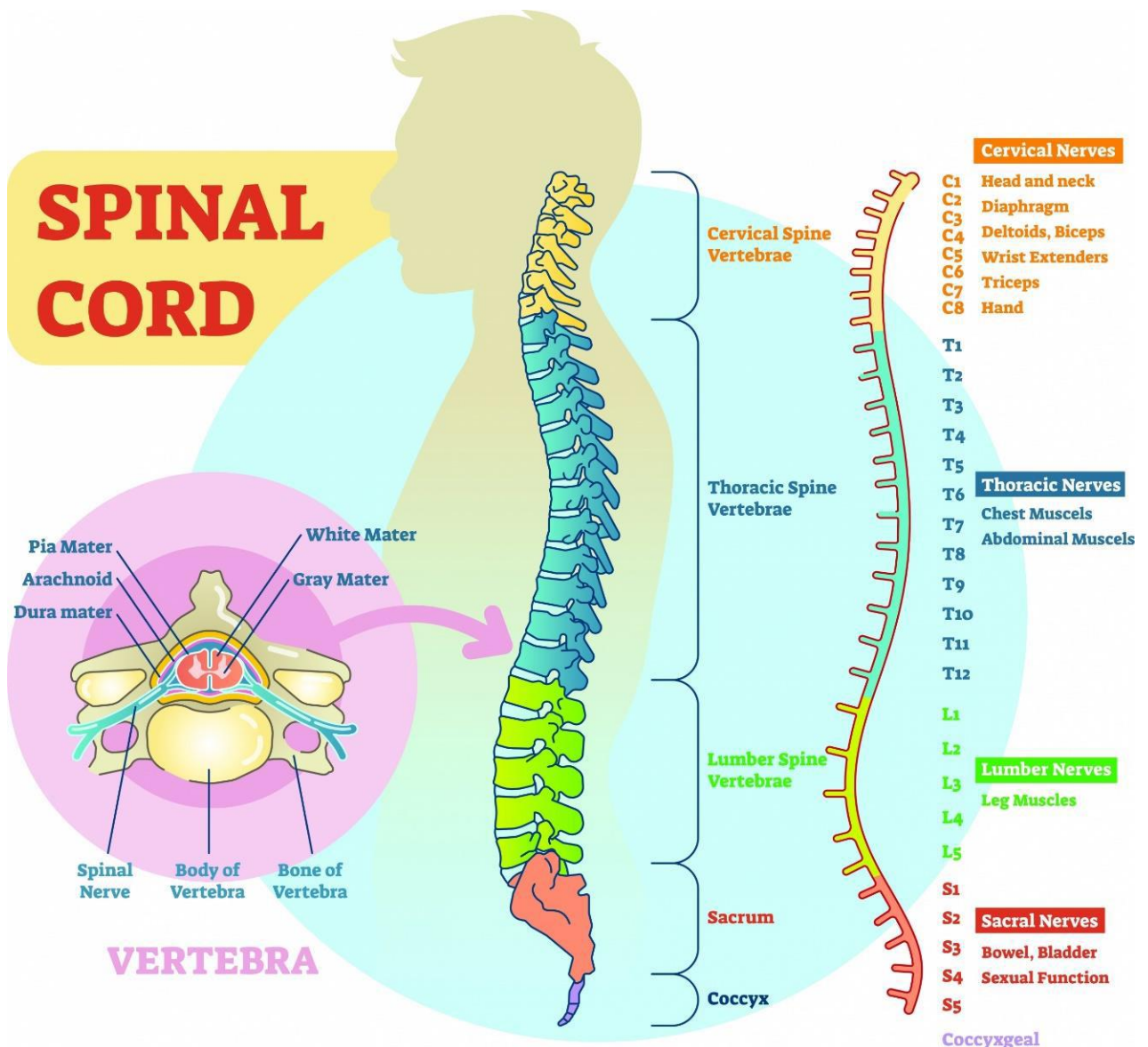
		ความช่วยเหลือ	
--	--	---------------	--

Focus Gold/out come	Assessment	Intervention	Evaluation
		<p>- D (Diet) ให้คำแนะนำการรับประทานอาหารมีประโยชน์ เช่น โปรตีน ผัก และผลไม้ที่มีกากใยสูงหลีกเลี่ยงอาหารรสหวาน ไขมันและรสเค็ม เพื่อลดการสะสมของไขมันในหลอดเลือดและลดสาเหตุของความของโรคความดันโลหิตสูง</p> <p>4. ให้กำลังใจในการทำกิจกรรมต่างๆ ด้วยตนเองทั้งขณะอยู่ในโรงพยาบาลและเมื่อกลับไป อยู่ที่บ้าน เพื่อให้เกิด Empowerment และนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดีและอยู่ในสังคมได้</p>	

ผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลัง

Spinal cord injury (SCI)

หมายถึง การบาดเจ็บไขสันหลังรวมถึงรากประสาทที่อยู่ในโพรงของกระดูกสันหลัง ดังนั้น จึงรวมถึง cauda equina ซึ่งเป็นรากประสาทที่ออกจากส่วนปลายของไขสันหลังด้วย ส่วนใหญ่มีสาเหตุมาจากอุบัติเหตุ เช่น รถชน ตกต้นไม้ หรือตกจากที่สูง ของหนักตกทับ ถูกยิง ถูกแทง หักล้ม เนื้องอก หรือติดเชื้อบริเวณ ไขสันหลัง เป็นต้น (วิระวรรณ,2554)



ภาพที่ 1: Spinal cord

ที่มา: <https://totalcommunitycare.co.uk/spinal-nerves-what-they-are-and-what-they-do/>

ระดับการบาดเจ็บของไขสันหลัง

การบาดเจ็บของไขสันหลัง แบ่งได้เป็น 2 ประเภท ได้แก่ Tetraplegia และ Paraplegia

1. Tetraplegia (อัมพาตของแขนขาทั้งสองข้าง) หมายถึง ภาวะอ่อนแรงของแขนและขาทั้งสองข้างจากการบาดเจ็บไขสันหลังตั้งแต่ระดับ T1 ขึ้นไป
2. Paraplegia (อัมพาตครึ่งล่าง) หมายถึง ภาวะขาอ่อนแรงทั้งสองข้าง จากการบาดเจ็บไขสันหลังส่วนอกระดับที่ T2 ลงมา

ความรุนแรงของการบาดเจ็บไขสันหลัง

ความรุนแรงของการบาดเจ็บไขสันหลัง แบ่งได้เป็น 2 ประเภท ได้แก่ Complete cord injury และ Incomplete cord injury

1. Complete cord injury (ไขสันหลังบาดเจ็บทั้งหมด) หมายถึง ไขสันหลังระดับนั้นเสียหายทั้งหมด ไขสันหลังส่วนกระเบนเหน็บซึ่งอยู่ล่างสุด (S4-S5) ขาดการติดต่อกับสมอง โดยทราบจากการตรวจการทำงานของกล้ามเนื้อ และการรับรู้ความรู้สึกในระดับ S4-S5 (กล้ามเนื้อหูรูดทวารหนัก การรับรู้ความรู้สึกรอบทวารหนักและ ในรูทวารหนัก)

2. Incomplete cord injury (ไขสันหลังบาดเจ็บไม่ทั้งหมด) หมายถึง ไขสันหลังที่บาดเจ็บเสียหายไม่ทั้งหมด ไขสันหลังส่วนกระเบนเหน็บซึ่งอยู่ล่างสุด (S4-S5) ยังสามารถทำงานได้ (มี Sacral sparing) โดยสามารถทราบได้จากการตรวจการทำงานของกล้ามเนื้อและการรับรู้ความรู้สึกในระดับ S4-S5 (กล้ามเนื้อหูรูดทวารหนัก การรับรู้ความรู้สึกรอบทวารหนักและในรูทวารหนัก) ซึ่งเป็นพยาธิสภาพชนิดไม่สมบูรณ์ ผู้ป่วยมีกำลังกล้ามเนื้อ หรือมีการรับรู้

หมายเหตุ: การตรวจการทำงานของประสาทในระดับ S4-S5 ทำได้โดย ตรวจสอบความสามารถในการขมิบกกล้ามเนื้อหูรูด และการตรวจความรู้สึกรอบๆ และภายในทวารหนัก

Focus Gold/out come	Assessment	Intervention	Evaluation
มีภาวะ Orthostatic hypotension ขณะ upright	มีภาวะ Orthostatic hypotension ขณะ upright ข้อมูลสนับสนุน Subjective data -ผู้ป่วยบอกว่าเวียนศีรษะ หน้ามืดขณะฝึกยืนด้วยเตียงปรับเอียง (tilt table) ที่ 60	1.หลีกเลี่ยงการเปลี่ยนท่าทางอย่างทันทีทันใด การนอนนาน การเบ่งเพื่อขับถ่ายปัสสาวะ และอุจจาระ การอยู่ในสภาพแวดล้อมที่มีอุณหภูมิสูง 2.เฝ้าระวังความดันโลหิตและชีพจรขณะเปลี่ยนท่า โดยเฉพาะขณะฝึกโปรแกรม	-ประเมินขณะนอน รักษาตัวที่ โรงพยาบาลหรือขณะฝึกยืนด้วยเตียงปรับเอียง (tilt table) เกิดภาวะ Orthostatic hypotension ก็ครั้ง -ประเมินผู้ป่วยได้รับ

<p>upright หรือเปลี่ยนท่า</p> <p>O:- ไม่มีอาการแสดงของภาวะ Orthostatic hypotension ขณะ upright หรือเปลี่ยนท่า</p> <p>ได้แก่ หน้ามืด ตาลาย คล้ายจะเป็นลม วิงเวียนศีรษะ มึนงง หน้าซีด ใจสั่น และอาจเป็นลมหมดสติได้</p> <p>-ความดันโลหิตปกติ ขณะ upright บน tilt table ปกติ กล่าวคือ SBP ไม่ลดลงจาก Baseline มากกว่า 20 mmHg และ DBP ไม่ลดลงมากกว่า 10 mmHg ภายใน 3 นาที หลังจากเปลี่ยนท่าจากนอนเป็นนั่ง</p>	<p>องศานาน 11 นาที</p> <p>-ผู้ป่วยบอกว่าเวียนศีรษะขณะเปลี่ยนท่า</p> <p>Objective data</p> <p>ประเมินว่าผู้ป่วยมีการบาดเจ็บของไขสันหลังระดับใด เช่น</p> <p>1. Case tetraplegia complete cord ASIA A มี Independent with moderate</p> <p>2. มี Orthostatic hypotension ขณะ upright บน tilt table</p> <p>3. ผล EKG เช่น EKG sinus bradycardia HR 62 bpm</p>	<p>ทางกายภาพบำบัดหรือขณะทำกิจกรรมประจำวัน</p> <p>3.ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับน้ำอย่างเพียงพอ 2,000-3,000 cc/day</p> <p>4. ใช้ผ้ายืด (elastic bandage) พันขาทั้งสองข้างหรือใส่ถุงน่องผ้ายืด (elastic stockings) ก่อนให้ผู้ป่วยลุกนั่งหรือลงจากเตียง หากยังไม่ดีขึ้นอาจพิจารณาใช้ผ้ายืดพันหน้าท้อง (abdominal binder)</p> <p>5.ค่อยๆ ปรับองศาของหัวเตียงขึ้นครั้งละ 15 องศา คงไว้นานอย่างน้อย 4 นาที แล้วค่อยปรับหัวเตียงสูงขึ้นครั้งละ 15 องศา ไปเรื่อยๆ จนว่าจะสามารถนั่งตรงได้ 90 องศา ทั้งนี้หากมีอาการหน้ามืด วิงเวียน หรือมีระดับความดันโลหิต systolic หรือ diastolic ตกลง 20 มิลลิเมตรปรอท ต้องหยุดการปรับเพิ่มองศาไว้ก่อน</p>	<p>น้ำกัซซี่</p>
---	---	---	------------------

Focus Gold/out come	Assessment	Intervention	Evaluation
		<p>6.การใช้เตียงปรับขึ้น (tilt table) หรือ เครื่องยกตัวผู้ป่วย ให้ปฏิบัติดังนี้</p> <p>-วัดความดันโลหิตก่อนขึ้นยืนบนเตียงปรับขึ้นทุกครั้ง ถ้าความดันต่ำกว่า 70/40 mmHg ควรงดการใช้เตียงปรับขึ้น</p> <p>-ค่อยๆ ปรับองศาการขึ้น ครั้งละ 15 องศา โดยใช้เวลาอย่างน้อย 4 นาที</p> <p>-ระหว่างขึ้นบนเตียงปรับขึ้น หากมีอาการที่สงสัย</p>	

		<p>ภาวะความดันโลหิตตกขณะเปลี่ยนท่า ให้ปรับองศาของการขึ้นลงทันที หรือพบว่าถ้าขณะขึ้นระดับความดันโลหิตลดลงกว่าระดับเดิม มากกว่า 20 มม.ปรอท ให้ในการปรับองศาของการขึ้นลงทันที และติดตามประเมินอาการต่อเนื่อง</p> <p>-ข้อควรระวังในการปรับขึ้น: ไม่ควรปล่อยให้ผู้ป่วยอยู่ตามลำพัง ควรมีเจ้าหน้าที่เฝ้าระวังอาการผิดปกติระหว่างการใช้อุปกรณ์</p> <p>7. ในระยะที่ยังมีอาการมากควรใช้รถนั่งคนพิการแบบปรับเอนนอนได้ (reclining wheelchair) เพื่อให้สามารถปรับลงนอนได้ทันที เมื่อเกิดอาการหน้ามืด หากใช้รถนั่งคนพิการแบบมาตรฐานที่ไม่สามารถเอนนอนได้ และผู้ป่วยเกิดอาการขณะนั่งอยู่บนรถนั่งคนพิการให้กระดกนั่งไปทางด้านหลัง เพื่อให้ศีรษะผู้ป่วยต่ำลงจนกว่าอาการจะดีขึ้น เมื่อปรับอยู่ในท่านั่งปกติให้ยกขาผู้ป่วยขึ้นอยู่ในท่าเหยียดขา ก่อน แล้วจึงยกขาลงให้อยู่ในท่านั่งปกติ</p> <p>8. ในกรณีที่มียาอาการรุนแรง และไม่สามารถแก้ไขได้โดยวิธีข้างต้น รายงานแพทย์เพื่อพิจารณาการรักษาที่เหมาะสมต่อไป</p>	
--	--	---	--

Focus Gold/out come	Assessment	Intervention	Evaluation
<p>เสี่ยงต่อภาวะ Autonomic Dysreflexia(AD)</p> <p>เนื่องจากติดเชื้ทางเดินปัสสาวะ</p> <p>G: 1.ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะ Autonomic Dysreflexia</p> <p>2.ผู้ป่วยมีความรู้ในการ</p>	<p>เสี่ยงต่อภาวะ Autonomic Dysreflexia (AD)</p> <p>เนื่องจากติดเชื้ทางเดินปัสสาวะ</p> <p>ข้อมูลสนับสนุน</p> <p>Objective data</p> <p>-ผู้ป่วยมีการบาดเจ็บ</p>	<p>1.ติดตามจำนวนปัสสาวะ ลักษณะของปัสสาวะ ไม่ให้สายปัสสาวะพับงอ หรือดึงรั้งท่อปัสสาวะ บีบริดสายยาง (milking) บ่อยๆ เพื่อป้องกันไม่ให้ตะกอนหรือลิ่มเลือดอุดตันอยู่ในสายยาง</p> <p>2.แนะนำให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลตระหนักในการดูแลสายสวนปัสสาวะ</p>	<p>-ประเมินขณะที่รับในการดูแลที่โรงพยาบาลมีการเกิดภาวะ AD กับผู้ป่วยกี่ครั้ง</p> <p>-ประเมินผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความรู้และเข้าใจเกี่ยวกับการเกิด</p>

<p>ป้องกันการเกิด ภาวะ Autonomic Dysreflexia</p> <p>O: 1. ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะ Autonomic Dysreflexia</p> <p>2.ผู้ป่วยมีความรู้ถึงสาเหตุการเกิดภาวะ Autonomic Dysreflexia อาการและอาการแสดง ขั้นตอนการปฏิบัติตัวเมื่อเกิดภาวะ Autonomic Dysreflexia</p> <p>3.ผู้ป่วยได้รับการจัดการกับสาเหตุที่ทำให้เกิดได้แก่ Autonomic Dysreflexia การป้องกันการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ การอุดตันของสายสวนปัสสาวะ อาการท้องผูก</p>	<p>spinal cord injury T4</p> <p>Asia B paraplegia</p> <p>-ผู้ป่วย Retained foley' cath มีการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ ระบุผล lab เช่น (UA WBC >100 cell/HPF RBC 5-10 cell/HPF Blood 2+ Leukocyte 3+ Bacteria Numerous)</p> <p>-ผู้ป่วยไม่สามารถขับอุจจาระได้เองต้องสวนอุจจาระด้วย unison edema วันเว้นวัน</p> <p>Subjective data</p> <p>-ผู้ป่วยบอกว่าไม่สามารถถ่ายอุจจาระออกเองได้</p>	<p>เพื่อป้องกันการติดเชื้อ</p> <p>3.แนะนำให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลตระหนักในการดูสายสวนปัสสาวะ เพื่อป้องกันการติดเชื้อ4.สังเกตและเฝ้าระวังการกระตุ้นที่ผิวหนัง เช่น การเกิดแผล เล็บขบ แผลงักด้อย เป็นต้น</p> <p>4.ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลถึงสาเหตุ ภาวะแทรกซ้อน อาการแสดงการเกิด AD เช่น กระเพาะปัสสาวะเต็มกั่ง สายพังกอ การติดเชื้อ ใช้ ท้องผูก มีการระคายเคืองของผิวหนัง มีแผลกดทับ เล็บขบ แผลงักด้อย อยู่ในที่อากาศร้อนหรือเย็นเกินไป ใส่เสื้อผ้าที่รัดแน่นเกินไป ภาวะแทรกซ้อนทำให้เกิดภาวะความดันโลหิตสูง อาการแสดงปวดศีรษะแบบตื้อๆ หน้า/ผิวหนังแดง เหงื่อออกมาก คัดจมูก ขนลุก ตาพร่ามัว</p>	<p>AD สามารถอธิบายสาเหตุ อาการแสดง และการจัดการที่ถูกต้อง</p>
--	---	---	---

Focus Gold/out come	Assessment	Intervention	Evaluation
		<p>การพยาบาลเมื่อผู้ป่วยเกิดภาวะ Autonomic Dysreflexia (AD)</p> <p>1.ไข้เตียงสูง 45 ถึง 90 องศา หรือนั่งตัวตรง 90 องศา ให้เร็วที่สุดและห้อยขาทั้ง 2 ข้างลง เพื่อลดความดันโลหิต</p> <p>2.ประเมินสัญญาณชีพทุก 3-5 นาที ในระหว่างดูแลจนกว่าความดันโลหิตจะปกติ</p>	

		<p>3.ประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะ Autonomic Dysreflexia เช่นเกิดภาวะความดันโลหิตสูงเฉียบพลัน (ความดันโลหิตขึ้นมากกว่า 20 มิลลิเมตรปรอท) ชีพจรเต้นช้าลง หรืออาจมีอาการปวดศีรษะมากปวดลักษณะตุบๆ เหงื่อออกมากผิดปกติบริเวณหน้าคอ ไหล่ หลัง คัดจมูก น้ำมูกไหล ตาพร่ามัว</p> <p>4.ค้นหาและจัดการกับสิ่งเร้าที่กระตุ้นผู้ป่วย โดยถอดเสื้อผ้าที่รัด ประเมินการกั้งของปัสสาวะ เช่นปัสสาวะออกน้อย กระเพาะปัสสาวะโป่งตึง หากพบให้ milking สายสวนปัสสาวะ หรือเปลี่ยนเปลี่ยนสายสวนปัสสาวะใหม่ ประเมินภาวะอุจจาระกั้งในลำไส้หรือทวารหนัก หากพบควรล้างหรือสวนอุจจาระออก ประเมินสิ่งกระตุ้นบริเวณผิวหนัง เช่น เล็บขบ แผลงกัด</p>	
--	--	--	--

Focus Gold/out come	Assessment	Intervention	Evaluation
<p>มีภาวะติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ</p> <p>G: 1.ไม่เกิดการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ</p> <p>2.เพื่อให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความรู้ความเข้าใจในการดูแลตนเองเพื่อ</p>	<p>มีภาวะติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ</p> <p>ข้อมูลสนับสนุน</p> <p>Subjective data</p> <p>- ผู้ป่วยบอกว่าคาสาขสวนตลอดเวลาเปลี่ยนเดือนละครั้ง หรือถ้ามี</p>	<p>1.ประเมินสัญญาณชีพอาการและอาการแสดงของการติดเชื้อของระบบทางเดินปัสสาวะ เช่น BT >37.8 องศาเซนเซียส หนาวสั่น ปัสสาวะสีขุ่น มีตะกอน มีกลิ่นฉุน</p> <p>2.แนะนำผู้ป่วยให้ดื่มน้ำวัน</p>	<p>-ติดตามสัญญาณชีพอาการไข้ หนาวสั่น</p> <p>-ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ</p> <p>-ติดตามลักษณะของ urine</p> <p>-ประเมินความรู้ของผู้ป่วยและญาติสามารถ</p>

<p>ป้องกันการติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะ</p> <p>O: 1.ผลตรวจ UA หลังยาปฏิชีวนะครบ 5 วัน ผลปกติ</p> <p>2.ปัสสาวะสีเหลืองใส ไม่มีตะกอน</p> <p>3.ไม่มีอาการแสดงของการติดเชื้อที่ระบบทางเดินปัสสาวะ ได้แก่ T <37.5 C</p> <p>4.ผู้ป่วยและผู้ดูแลปฏิบัติตนขณะคาสายสวนปัสสาวะได้อย่างถูกต้อง</p>	<p>ตะกอนจะไปเปลี่ยนที่โรงพยาบาล</p> <p>-ผู้ป่วยบอกว่าดื่มน้ำน้อย ประมาณวันละ 2000 cc/day</p> <p>Objective data</p> <p>- UA : ระบุผล lab เช่น WBC >100 cell/HPF RBC 5-10 cell/HPF Blood 2+ Leukocyte 3+ Bacteria Numerous</p> <p>- มีการคาสายสวนเป็นเวลานาน</p>	<p>ละ 3000 cc/day แนะนำให้ดื่มน้ำ 300 cc ทุก 2 ชั่วโมง</p> <p>3.ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและผู้ดูแล ในเรื่องต่างๆ ดังต่อไปนี้</p> <p>- ทำความสะอาดโดยล้างอวัยวะเพศและบริเวณขาหนีบรวมถึงบริเวณสายสวนปัสสาวะที่ต่อออกมาจากกระท่อเปิดของกระเพาะปัสสาวะด้วยสบู่และน้ำเปล่าอย่างน้อยวันละสองครั้ง หรือหลังขับถ่ายอุจจาระทุกครั้ง</p> <p>- แวนถุงปัสสาวะต่ำกว่ากระเพาะปัสสาวะประมาณ 30 เซนติเมตร แต่ไม่เกิน 40 เซนติเมตร ไม่ให้ถุงเก็บปัสสาวะสัมผัสพื้น อาจใส่ในถุงผ้าหรือถุงพลาสติกไว้เพื่อป้องกันถุงปัสสาวะสัมผัสพื้น</p>	<p>บอกวิธีการดูแลสายสวนปัสสาวะเพื่อป้องกันการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะได้ถูกต้อง</p>
--	--	--	---

Focus Gold/out come	Assessment	Intervention	Evaluation
		<p>- ดูแลสายสวนปัสสาวะไม่ให้ดึงรั้งหรือหักพับงอ ควรเปลี่ยนสายสวนปัสสาวะ ทุก 1 เดือน หรือเร็วกว่านี้ในรายที่มีปัสสาวะขุ่นหรือมีการอุดตันง่าย</p> <p>- ควรเทปัสสาวะเมื่อมีปัสสาวะ 1/2 - 2/3 ของถุง หรืออย่างน้อย</p>	

		<p>ทุก 3 ชั่วโมง โดยไม่ควรเปิดฝา ถุงปัสสาวะทิ้งไว้ ควรปิดและ เช็ดแอลกอฮอล์ทุกครั้งหลังเทน้ำ ปัสสาวะทิ้งเรียบร้อยแล้ว</p> <p>- สังเกตความผิดปกติที่เป็น อาการของการติดเชื้อทางเดิน ปัสสาวะ เช่น ใช้ ปัสสาวะสีเข้ม และมีกลิ่นฉุนมากกว่าปกติ เป็น ต้น</p> <p>3.ยึดตรงสายสวนปัสสาวะ บริเวณหน้าท้องในท่านอน และ บริเวณหน้าขาในท่านั่ง เพื่อ ป้องกันการดึงรั้งของสายสวน ปัสสาวะ (ในผู้ชาย) ส่วนใน ผู้หญิงควรตรึงไว้ตรงตำแหน่ง หน้าขา</p> <p>4.ติดตามผลตรวจทาง ห้องปฏิบัติการที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ U/A, U/C, เพื่อประเมินการติดเชื้อที่ระบบทางเดินปัสสาวะ</p>	
--	--	---	--

Focus Gold/out come	Assessment	Intervention	Evaluation
<p>เสี่ยงต่อการติดเชื้อทางเดิน ปัสสาวะซ้ำ เนื่องจากผู้ป่วย ขาดความรู้ความเข้าใจใน การสวนปัสสาวะแบบ สะอาดด้วยตนเอง</p> <p>G: 1. ปลอดภัยจากภาวะติดเชื้อในระบบทางเดิน</p>	<p>เสี่ยงต่อการติดเชื้อ ทางเดินปัสสาวะซ้ำ เนื่องจากผู้ป่วยขาด ความรู้ความเข้าใจใน การสวนปัสสาวะแบบ สะอาดด้วยตนเอง</p> <p>ข้อมูลสนับสนุน</p>	<p>1. ประเมินสัญญาณชีพ ประเมิน อาการและอาการแสดงที่บ่งบอก ถึงอาการติดเชื้อในระบบทางเดิน ปัสสาวะเช่น อาการไข้ หนาวสั่น ปัสสาวะสีเข้ม ขุ่น มีตะกอน</p> <p>2. ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติ เกี่ยวกับสาเหตุของการติดเชื้อใน ระบบทางเดินปัสสาวะ การ</p>	<p>-ติดตามสัญญาณชีพ อาการไข้ หนาวสั่น</p> <p>-ติดตามผลการตรวจ ทางห้องปฏิบัติการ</p> <p>-ติดตามลักษณะของ urine</p> <p>-ประเมินความรู้ของ ผู้ป่วยและญาติ</p>

<p>ปัสสาวะ</p> <p>2. เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้การทำ CIC อย่างถูกวิธี</p> <p>O: 1. ผลการตรวจ UA ปกติ ไม่มีอาการและอาการแสดงของการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ เช่น ไข้สูง หนาวสั่น ปัสสาวะกะปริดกะปรอย ปัสสาวะสีเหลืองใส ไม่มีตะกอน</p> <p>2.ผู้ป่วยและผู้ดูแลสามารถบอกถึงสาเหตุ วิธีการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะได้</p> <p>3.ผู้ป่วยสามารถบอกวิธีการ CIC ที่ถูกต้องและสามารถสาธิตย้อนกลับการทำ CIC ที่ถูกต้องและปลอดภัย</p>	<p>Subjective data</p> <p>-ผู้ป่วยบอกว่า ขณะสายสวนปัสสาวะ และใส่สายสวนปัสสาวะ ตั้งแต่เกิดอุบัติเหตุ เป็นคนที่ดื่มน้ำน้อย ไม่ค่อยได้เคลื่อนไหว ร่างกาย ขณะนี้เพิ่งสายสวนปัสสาวะออกได้ 1 สัปดาห์และเพิ่งเริ่มทำ CIC เคยได้ความรู้แต่ยังไม่หมด”</p> <p>Objective data</p> <p>-Bladder CIC 5 ครั้ง ต่อวัน พบปัสสาวะค้าง ผู้ป่วยสวนไม่ตรงเวลา ปัสสาวะสีเหลืองขุ่น มีตะกอนเล็กน้อย</p>	<p>ป้องกัน การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ อาการและอาการแสดงของการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ</p> <p>3. แนะนำการทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ทุกครั้งหลังขับถ่าย อุจจาระหรือปัสสาวะ และเช็ดทำความสะอาดให้แห้งโดยให้เช็ดจากด้านหน้าไปด้านหลังไม่เช็ดย้อนไปมาหลีกเลี่ยงการทาแป้งบริเวณอวัยวะเพศ</p> <p>4. แนะนำและสาธิตขั้นตอนการล้างมือ 7 ขั้นตอน รวมทั้งการทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ก่อนการ CIC ทุกครั้งส่วนการสวนปัสสาวะเป็นการสวนด้วยเทคนิคสะอาด (clean intermittent catheterisation; CIC) ในช่วงแรกมักให้สวนเป็นเวลาทุก 4-6 ชั่วโมง เช่น เวลา 6.00น., 10.00น., 14.00น., 18.00น., 22.00น.</p>	<p>สามารถสาธิตย้อนกลับการสวน CIC ได้ถูกต้องตามเทคนิคที่แนะนำ</p> <p>-ประเมินของผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความรู้ความเข้าใจ ในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะสามารถบอก สาเหตุอาการผิดปกติได้</p>
---	--	--	--

Focus Gold/out come	Assessment	Intervention	Evaluation
	<p>-ผล UA: ระบุผลlab เช่น พบ WBC 30-50 Cell/HPF RBC 20-30 Cell/HPF Mucous Thread trace UC: ผลเพาะเชื้อ Klebsiella pneumoniae</p>	<p>5. สังเกตและประเมินขั้นตอนการทำ CIC ของผู้ป่วยพร้อมทั้งให้คำแนะนำในการทำ CIC เช่น</p> <ul style="list-style-type: none"> - จัดท่าทางสำหรับการสวนปัสสาวะให้เหมาะสม - ทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ก่อนสวนปัสสาวะด้วยตนเอง โดยใช้น้ำสบู่ทั่วไปและน้ำสะอาด ไม่ใช่ 	

		<p>ผลิตภัณฑ์ที่มีส่วนผสมของยาฆ่าเชื้อ เปิดหนังหุ้มปลาย ใช้มือข้างที่ไม่ถนัด จับองศาให้ตรง ฟอกสบู่บริเวณ รู เปิดของท่อปัสสาวะให้ทั่ว จึงไล่มือ มาถูหนังหุ้มปลายขององศา หลังจากนั้นดูที่ตัวองศาลงมาที่ บริเวณฐานและบริเวณโดยรอบ ล้าง สบู่ออกจนหมด ไม่จำเป็นต้องเช็ดให้ แห้ง</p> <p>- การจับสายสวนปัสสาวะที่โคนสาย ใกล้จุดปิดให้มากที่สุดด้วยมือที่ถนัด นำสายสวนมาล้างผ่านน้ำ สะอาด หลังจากนั้นให้ใช้สารหล่อลื่นเคลือบ ทั้งสาย ต้องถือสายอย่างระมัดระวัง ไม่ให้สายแกว่งและปนเปื้อน ใช้มือ อีกข้างจับองศาให้ตั้งตรง เอนเข้า หาตัวให้ชิดบริเวณท้องน้อย ใส่สาย สวนปัสสาวะอย่างนิ่มนวลและ ช้า ๆ รอจนปัสสาวะออกจนหมดจึงค่อยๆ ดึงสายสวนออกช้าๆ ทีละน้อย ถ้า ปัสสาวะยังไหลให้หยุดไว้ก่อนและ รอ จนหยุดไหลจึงเลื่อนสายสวนออก</p>	
--	--	--	--

Focus Gold/out come	Assessment	Intervention	Evaluation
		<p>6. แนะนำการดูแลสายสวน ปัสสาวะ ให้ตรวจสอบสภาพของ สายสวนก่อนดื่มทุกครั้ง มี ความผิดปกติหรือไม่ เช่น รอยหัก รอยชำรุด หากพบให้แจ้งเพื่อ เปลี่ยนสายใหม่แนะนำการดื่ม เฉพาะสายที่ใช้สวนปัสสาวะ ใน น้ำเดือด 3 -5 นาที ทุก 3 วันทำ</p>	

		<p>ความสะอาดจุดใส่สายสวนด้วยการล้างสบู่และน้ำสะอาด สัตว์น้ำออกและทิ้งไว้ให้แห้ง จึงใส่แอลกอฮอล์ 70 % ตามจุดที่กำหนด เปลี่ยนแอลกอฮอล์ที่แช่ สายสวนทุกวัน ตอนเช้าก่อนสวนปัสสาวะ</p> <p>7. แนะนำการดื่มน้ำ 2000-3000 ซีซี/วัน ตามแผนการดื่มน้ำให้เหมาะสมกับเวลาการทำ CIC ตามแผนการรักษาของแพทย์</p> <p>ควบคุมน้ำดื่มของผู้ป่วย โดยให้ดื่มน้ำ 400 มิลลิลิตร ในช่วงรับประทานอาหารแต่ละมื้อและ 200 มิลลิลิตร ในเวลา 10.00น., 14.00น., 16.00น., 20.00น. หลังจากนั้นให้ดื่มน้ำ</p>	
--	--	--	--

การดูแลระบบหัวใจและหลอดเลือด

ในระยะ spinal shock จะมีการขยายตัวของหลอดเลือดทำให้ความดันโลหิตลดต่ำจากระบบประสาทซิมพาเทติกบกพร่อง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในรายที่มีพยาธิสภาพสูงกว่าไขสันหลังระดับ T6 (T6-L2 เป็นต้นกำเนิดของระบบประสาทซิมพาเทติกที่ควบคุมการทำงานของหลอดเลือดต่างๆ ในช่องท้อง) เป้าหมายของการฟื้นฟูคือให้ผู้ป่วยนั่งหรือยืนได้โดยไม่มีอาการหน้ามืด เป็นลม และป้องกันภาวะแทรกซ้อน ได้แก่

3.1 ภาวะความดันโลหิตตกขณะเปลี่ยนท่า (postural hypotension) มักเกิดในผู้ป่วยบาดเจ็บ ไขสันหลังระดับสูงที่มีการสูญเสียการทำงานของระบบประสาท sympathetic ในช่วงแรกหลังการบาดเจ็บ โดยเฉพาะขณะเปลี่ยนท่าจากท่านอนราบเป็นท่านั่งหรือทำยืนอย่างรวดเร็ว ทำให้เลือดที่ไหลเวียนในช่องท้องและขาไม่สามารถไหลกลับได้ตามปกติ ส่งผลให้เลือดไหลกลับสู่หัวใจลดลงและเกิดภาวะความดันโลหิตต่ำขณะเปลี่ยนท่าได้ ผู้ป่วยจะรู้สึก

หวิว เวียนศีรษะ หน้ามืดและหน้าซีดในขณะที่เปลี่ยนท่าเอาศีรษะขึ้น กรณีวัดความดันโลหิต systolic จะลดลงมากกว่า 20 มิลลิเมตรปรอท และ/หรือ ความดันโลหิต diastolic ลดลงมากกว่า 10 มิลลิเมตรปรอท ภายใน 3 นาที หลังเปลี่ยนท่าจากนอนเป็นนั่ง หากการบาดเจ็บไขสันหลังอยู่ในระดับต่ำกว่า T6 หรือเป็น incomplete injury อาการดังกล่าวมักไม่รุนแรงและดีขึ้นเร็วภายใน 2-3 สัปดาห์หลังเริ่มการฟื้นฟู การรักษาเมื่อเกิดอาการทำได้โดยการปรับศีรษะผู้ป่วยให้ต่ำลงบนเตียง ในกรณีที่เกิดอาการในขณะที่กำลังนั่งรถเข็นแบบมาตรฐาน ให้กระดกรถเข็นไปข้างหลังให้ศีรษะผู้ป่วยต่ำลงหรือปรับพนักเอนลงกรณี นั่งรถเข็นแบบปรับเอนนอนได้

สำหรับการป้องกันภาวะความดันโลหิตตกขณะเปลี่ยนท่า มีดังนี้

- (1) หลีกเลี่ยงการนอนนานหรือการเปลี่ยนท่าทางอย่างทันทีทันใด และเฝ้าระวังความดันโลหิตขณะเปลี่ยนท่า
- (2) หลีกเลี่ยงภาวะขาดน้ำ และแก้ไขภาวะซีด (ถ้ามี)
- (3) ใช้ผ้ายืด (elastic bandage) พันขาทั้งสองข้างหรือใส่ถุงน่องผ้ายืด (elastic stocking) ก่อนให้ผู้ป่วยลุกนั่งหรือลงจากเตียง หากยังมีอาการอาจพิจารณาใช้ผ้ายืดพันหน้าท้อง (abdominal binder) ร่วมด้วย
- (4) ค่อยๆ ปรับองศาของหัวเตียงขึ้นครั้งละ 15 องศา คงไว้นานอย่างน้อย 4 นาที แล้วค่อยๆ ปรับหัวเตียงขึ้นเรื่อยๆ จนกว่าจะนั่งตัวตรงได้ 90 องศา ร่วมกับการติดตามอาการและวัดความดันโลหิตเป็นระยะ หรือฝึกโดยใช้เตียงปรับขึ้น (tilt table)

3.2 ภาวะรีเฟล็กซ์ประสาทอัตโนมัติผิดปกติ (Autonomic dysreflexia: AD)

เป็นภาวะฉุกเฉินที่มักเกิดกับผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังในระดับที่สูงกว่า sympathetic outflow ที่ที่มาเลี้ยงบริเวณช่องท้อง (ระดับ T6 ขึ้นไป) ทำให้สมองไม่สามารถควบคุมรีเฟล็กซ์ซิมพาเทติกได้ตามปกติ เมื่อมีสิ่งรบกวนกระตุ้นอวัยวะภายในหรือบริเวณต่ำกว่าการบาดเจ็บของไขสันหลัง จะเกิดการทำงานของระบบประสาท sympathetic ที่มากเกินไปในบริเวณใต้ต่อการบาดเจ็บไขสันหลัง ทำให้หลอดเลือดหดตัวและความดันโลหิตสูงขึ้นอย่างเฉียบพลันมากกว่า Baseline 20 มิลลิเมตรปรอท ส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการปวดศีรษะ ขนลุก ในขณะที่ระบบประสาท parasympathetic ที่ยังปกติจะตอบสนองเพื่อให้เกิดภาวะสมดุล โดยทำให้ หัวใจเต้นช้าลง หลอดเลือดส่วนบนขยายตัวทำให้มีหน้าแดง คัดจมูก เหงื่อออกบริเวณใบหน้าและแขน หากเกิดภาวะนี้และไม่ได้ดูแลจนมีระดับความดันโลหิตสูงเป็นเวลานาน อาจเกิดอันตรายถึงชีวิต ขณะที่ในรายที่มีพยาธิสภาพแบบ incomplete ก็มีโอกาสดพบได้แต่มีความรุนแรงน้อยกว่า ระบบประสาท sympathetic ที่มากเกินไปในบริเวณใต้ต่อการบาดเจ็บไขสันหลัง ทำให้หลอดเลือดหดตัวและความดันโลหิตสูงขึ้นอย่างเฉียบพลันมากกว่า Baseline 20 มิลลิเมตรปรอท ส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการปวดศีรษะ ขนลุก ในขณะที่ระบบประสาท parasympathetic ที่ยังปกติจะตอบสนองเพื่อให้เกิดภาวะสมดุล โดยทำให้ หัวใจเต้นช้าลง หลอดเลือดส่วนบนขยายตัวทำให้มีหน้าแดง คัดจมูก เหงื่อออกบริเวณใบหน้าและแขน หากเกิดภาวะนี้และไม่ได้ดูแลจนมีระดับความดันโลหิตสูงเป็นเวลานาน อาจเกิดอันตรายถึงชีวิต

สาเหตุ เกิดจากมีสิ่งเร้าที่ก่อให้เกิดความเจ็บปวด (noxious stimuli) มากกระตุ้นในบริเวณใต้ต่อระดับการบาดเจ็บไขสันหลัง โดยตัวอย่างสิ่งกระตุ้นที่พบบ่อย ตามลำดับ ได้แก่

- (1) กระเพาะปัสสาวะโป่งพองเกิน (overdistended bladder) จากสายสวนอุดตันหรือหักพับ หรือมีนิ่วในกระเพาะปัสสาวะ

- (2) อุจจาระแข็งค้ำอัดแน่นในลำไส้ส่วนปลาย (fecal impaction) จากท้องผูกหลายๆ วัน
- (3) มีการกระตุ้นปลายประสาทรับความเจ็บปวดที่ผิวหนัง เช่น แผลกดทับ แผลไหม้ เล็บขบ เป็นต้น
- (4) ปวดประจำเดือน หรือขณะคลอดบุตร

การรักษา ถือเป็นกรณีที่ต้องให้การรักษาย่างรีบด่วน เพราะถ้าความดันโลหิตสูงมากทำให้เกิดเส้นเลือดในสมองแตกได้ โดย

- (1) จัดผู้ป่วยอยู่ในท่านั่งหรือให้ศีรษะสูง เพื่อลดความดันโลหิต
- (2) ประเมินสัญญาณชีพทุก 3-5 นาที ในระหว่างดูแลจนกว่าความดันโลหิตจะปกติ
- (3) หาสาเหตุและรีบจัดการกับสิ่งเร้าที่กระตุ้นผู้ป่วย เช่น ประเมินและแก้ไขภาวะคั่งค้างของปัสสาวะ (urinary retention) โดยการแก้ไขการหักพับ งอของสายสวนหรือเปลี่ยนสายสวนกรณีอุดตัน/สวนปัสสาวะทิ้ง
- (4) ถ้ากําจัดสาเหตุแล้วอาการไม่ดีขึ้น ยังมีระดับความดัน systolic สูงกว่า 150 มม.ปรอท อาจพิจารณาให้ยาลดความดัน เช่น Nifedipine (ให้เคี้ยวกลืน) หรือ hydralazine จนความดันลงมาปกติขณะที่ในรายที่มีพยาธิสภาพแบบ incomplete ก็มีโอกาพบได้แต่มีความรุนแรงน้อยกว่า

การดูแลระบบขับถ่ายปัสสาวะ

ภาวะกระเพาะปัสสาวะทำงานผิดปกติจากระบบประสาท (Neurogenic bladder dysfunction) ในผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลัง อาจแบ่งได้เป็น 2 ประเภทหลักๆ คือ Neurogenic detrusor overactivity และ Detrusor acontractility

	Neurogenic detrusor overactivity	Detrusor acontractility
สาเหตุ	ภาวะกระเพาะปัสสาวะที่มีความไวเกิน พบในผู้ที่มีไขสันหลังบาดเจ็บระดับเหนือส่วนควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะ (S2-S4)	ภาวะที่กระเพาะปัสสาวะไม่มีการหดตัว หรือหดตัวน้อย มักเกิดในผู้บาดเจ็บไขสันหลังที่ conus medullaris หรือ cauda equina
อาการ	<ul style="list-style-type: none"> - มักพบอาการปัสสาวะไม่ออกหรือปัสสาวะออกแต่เหลือค้ำมาก และมักพบปัสสาวะเล็ดราด หรือ กลั้นไม่ได้ - ส่วนใหญ่มักพบร่วมกับภาวะกล้ามเนื้อหูดไม่คลายตัวขณะ 	<ul style="list-style-type: none"> - มักพบอาการปัสสาวะไม่ออก แต่มีปัสสาวะเล็ดออกมาเมื่อมีปัสสาวะในกระเพาะปัสสาวะมากจนไหลท้นออกมา (overflow incontinence) หรืออาจมีปัสสาวะเล็ดราดเวลาไอ จาม หรือเบ่ง เนื่องจากหูดท่อ

	กระเพาะปัสสาวะบีบตัว (Detrusor-Sphincter-Dyssynergia; DSD) ซึ่งมักทำให้ความดันในกระเพาะปัสสาวะสูงมากจนส่งผลให้มีภาวะแทรกซ้อนในไต เช่น vesicoureteric reflux (VUR) ได้	ปัสสาวะคลายตัว (stress incontinence)
--	---	--------------------------------------

ตารางที่ 1: สรุปสาเหตุและอาการของ Neurogenic bladder dysfunction ในผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลัง
ที่มา: อรัญ รัตนพล (ม.ป.ป.)

เป้าหมายของการฟื้นฟูระบบขับถ่ายปัสสาวะ ให้ถ่ายปัสสาวะออกได้ ปัสสาวะไม่เล็ดราด และมีปัสสาวะเหลือค้าง (postvoiding residual urine; PVR) น้อยที่สุด โดยแรงดันของกระเพาะปัสสาวะอยู่ในเกณฑ์ที่ไม่เป็นอันตรายต่อระบบทางเดินปัสสาวะ คงสภาพการทำงานของไตและป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นกับระบบทางเดินปัสสาวะ เช่น ติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ, นิ่ว, ปัสสาวะไหลย้อนกลับไปที่ไต (vesicoureteric reflux) และภาวะไตวาย

วิธีการฝึกการขับถ่ายปัสสาวะ

1. การสวนปัสสาวะเป็นระยะ (Intermittent catheterization, IC) โดยผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติเหมาะสมกับวิธีนี้ควรจะสามารถนั่งทรงตัวได้ดี มีกำลังกล้ามเนื้อและแขนเพียงพอ ไม่มีปัญหาด้านการรับรู้ และให้ความร่วมมือในการฝึก เป็นการสวนปัสสาวะเป็นระยะวันละ 4-6 ครั้งร่วมกับการควบคุมน้ำดื่มของผู้ป่วย โดยให้ดื่มน้ำ 400 มิลลิลิตร ในช่วงรับประทานอาหารแต่ละมื้อและ 200 มิลลิลิตร ในเวลา 10.00น., 14.00น., 16.00น., 20.00น. หลังจากนั้นให้ดื่มน้ำ การดื่มน้ำสม่ำเสมอตลอดวันจะทำให้มีปัสสาวะลงสู่กระเพาะปัสสาวะอย่างสม่ำเสมอ

ใกล้เคียงปกติกล่าวคือไม่น้อยเกินไปอันอาจทำให้ความเข้มข้นของปัสสาวะเพิ่มขึ้นจนเกิดการติดเชื้อและเกิดนิ่วได้ง่าย และไม่มากขนาดที่ทำให้กระเพาะปัสสาวะถูกดันจนโป่งพอง ส่วนการสวนปัสสาวะเป็นการสวนด้วยเทคนิคสะอาด (clean intermittent catheterisation; CIC) ในช่วงแรกมักให้สวนเป็นเวลาทุก 4-6 ชั่วโมง เช่น เวลา 6.00น., 10.00น., 14.00น., 18.00น., 22.00น. หรืออีกกว่านี้ ทั้งนี้กำหนดเวลาในการสวนปัสสาวะไม่ควรให้รบกวนการใช้ชีวิตประจำวัน หลังฝึกจนผู้ป่วยสามารถสวนปัสสาวะได้เอง จะทำให้กระเพาะปัสสาวะอยู่ในภาวะสมดุล (balance bladder) จึงไม่ต้องคาสายสวน เมื่อต้องกลับไปอยู่บ้านก็ยังคงต้องควบคุมการดื่มน้ำและสวนปัสสาวะตามเวลา

ในกรณีที่ผู้ป่วยเริ่มปัสสาวะได้เอง และจำนวนปัสสาวะที่สวนได้น้อยลง ก็ลดจำนวนการสวนลง

- น้อยกว่า 200 มิลลิลิตร เปลี่ยนเป็นสวนทุก 8 ชั่วโมง
- น้อยกว่า 150 มิลลิลิตร เปลี่ยนเป็นสวนทุก 12 ชั่วโมง
- น้อยกว่า 100 มิลลิลิตร Check residual urine วันละ 1 ครั้ง

- น้อยกว่า 80 มิลลิลิตร Check residual urine สัปดาห์ละ 2 ครั้ง
- น้อยกว่า 50 มิลลิลิตร Check residual urine สัปดาห์ละครั้ง
- เมื่อ residual urine < 50 มล. ยุติการสวน และถือว่าการฝึกหัดประสบความสำเร็จ

ข้อควรระวัง ปริมาณปัสสาวะที่สวนได้ในแต่ละครั้ง ไม่ควรมากกว่า 500 มล. เนื่องจากจะทำให้เกิดภาวะกระเพาะปัสสาวะคราก (bladder overdistension) ทำให้การฟื้นตัวของกล้ามเนื้อผนังกระเพาะปัสสาวะ ช้าลง ควรพิจารณาปรับน้ำดื่มหรือระยะเวลาในการสวนใหม่

ภาวะแทรกซ้อนที่อาจพบได้ในผู้ป่วยที่สวนปัสสาวะเป็นระยะ ได้แก่ การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ นิ่วในกระเพาะปัสสาวะ การบาดเจ็บต่อปัสสาวะ

ทั้งนี้การขับถ่ายปัสสาวะด้วยวิธีการสวนปัสสาวะเป็นระยะ ควรให้ผู้ป่วยบันทึกปริมาณน้ำดื่ม ความถี่ในการปัสสาวะหรือสวนปัสสาวะ ปริมาณปัสสาวะที่เบ่งถ่ายได้ในแต่ละครั้ง ปริมาณปัสสาวะเหลือค้างที่สวนได้ รวมถึงความถี่และปริมาณปัสสาวะเล็ดราด โดยบันทึกตามเวลาในแต่ละวันเพื่อพิจารณาปรับเวลาและปริมาณการดื่มน้ำให้เหมาะสมและสัมพันธ์กับปริมาณปัสสาวะ (Bladder diary)

2. การคาสายสวนปัสสาวะ (Indwelling Urethral Catheterization) มักเป็นทางเลือกสำหรับผู้ที่ไม่ต้องการสวนปัสสาวะเป็นระยะ ไม่สามารถสวนปัสสาวะได้เอง เช่น ผู้ป่วย tetraplegia และไม่มีผู้ดูแลที่สามารถสวนปัสสาวะเป็นระยะตามเวลาให้ได้ หรือปัสสาวะเล็ดราดควบคุมไม่ได้ ซึ่งมีข้อดียกว่าวิธีแรกคือมีความเสี่ยงที่จะทำให้เกิดการติดเชื้อหรือเกิดนิ่วในทางเดินปัสสาวะมากกว่า และอาจทำให้กระเพาะปัสสาวะหดเล็กลงในระยะยาวถ้ากระเพาะปัสสาวะหดเกร็ง (ป้องกันได้ด้วยการให้ทาน anticholinergic)

ข้อควรปฏิบัติสำหรับผู้ป่วยคาสายสวนปัสสาวะ

- (1) แนะนำให้ดื่มน้ำอย่างน้อยวันละ 2-3 ลิตร
- (2) คอยดูแลสายปัสสาวะไม่ให้หลุดตัน หรือหักงอ การติดเชื้อทางสายสวนควรทำให้ถูกต้อง ไม่ดึงรั้งจนเกิดแผลบริเวณอวัยวะเพศ
- (3) เลือกขนาดสายสวนให้เหมาะสม สำหรับเพศชายควรเลือกใช้ขนาด 16 F ซึ่งมีบอลูนขนาด 5 มิลลิลิตร เพราะสายใหญ่กว่านี้ อาจทำให้สาคัดหลังของต่อมต่างๆ ในท่อปัสสาวะออกไม่สะดวก เกิดการติดเชื้อหรือเกิดฝีหนองได้ง่าย
- (4) เปลี่ยนสายสวนอย่างสม่ำเสมอ ทุก 2 – 4 สัปดาห์ โดย sterile technique

3. การคาสายสวนปัสสาวะทางหน้าท้อง (Indwelling Suprapubic Catheterization) มักใช้ในผู้ป่วยที่จำเป็นต้องคาสายสวนปัสสาวะ แต่มีปัญหาท่อปัสสาวะตีบ อักเสบหรือฉีกขาด ผู้ที่เคยคาสายผ่านทางท่อปัสสาวะแต่ประสบปัญหาสายตันบ่อยหรือใส่สายผ่านท่อปัสสาวะยาก วิธีนี้มีข้อดีคือ ไม่เกิดการบาดเจ็บของท่อปัสสาวะ สะดวกสำหรับการมีเพศสัมพันธ์ (โดยเฉพาะในผู้ชาย) และสะดวกสำหรับการทำความสะอาด (โดยเฉพาะในผู้หญิง)

4. การสวมถุงยางต่อลงถุงเก็บปัสสาวะ ใช้สำหรับผู้ป่วยชายที่มีปัสสาวะซึมเล็ดตลอดและไม่ต้องการสวน ซึ่งข้อเสียของวิธีการนี้คือคิดเรื่องง่าย อาจเป็นแผลที่ผิวหนัง และปัสสาวะมักเหลือค้างมาก
5. การใช้ผ้ารองซับปัสสาวะ (diaper) เป็นวิธีที่ผู้ป่วยหญิงมักเลือกใช้ เมื่อปัสสาวะซึมเล็ด ควบคุมไม่ได้

การดูแลผิวหนัง

แผลกดทับ เนื่องจากกล้ามเนื้อบางส่วนในร่างกายอ่อนแรงประกอบกับสูญเสียการรับรู้ความรู้สึกที่ผิวหนัง การกดทับบริเวณผิวหนังเฉพาะส่วนเป็นเวลานานจึงส่งผลให้เลือดไม่สามารถไปหล่อเลี้ยงเนื้อเยื่อและผิวหนัง เกิดการตายของเซลล์และเนื้อเยื่อใต้ผิวหนังบริเวณดังกล่าว โดยเฉพาะตามปุ่มกระดูกในส่วนที่ขยับไม่ได้ เช่น กระดูกก้นกบ ด้านข้างของ ข้อสะโพก กระดูกเชิงกราน สันเท้า ตาตุ่ม ข้อศอก เป็นต้น

ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดแผลกดทับ

1. ปัจจัยภายนอก ได้แก่ แรงกด (pressure) เฉพาะที่เป็นเวลานาน, แรงเฉือน (shear force) จากที่ร่างกายมีการเคลื่อนที่ไปในทิศทางต่างๆ, แรงเสียดทาน (friction) จากการเสียดสีของผิวหนังกับผิวหนังวัตถุภายนอก รวมถึงสภาพแวดล้อมบริเวณผิวหนัง เช่น ความชื้นและ (moisture) โดยเฉพาะจากปัสสาวะ อุจจาระเล็ดราดหรือการใช้แผ่นรองซับต่อเนื่องนานๆ
2. ปัจจัยภายใน เช่น ภาวะทุพโภชนาการ ภาวะโลหิตจาง กล้ามเนื้อฝ่อลีบ การสูญเสียการรับรู้ความรู้สึก การสูญเสียความสามารถในการเคลื่อนที่ ภาวะเกร็ง เป็นต้น

ระดับความรุนแรงของแผลกดทับ

ระดับที่ 1	ผิวหนังยังคงสภาพเดิม มีเพียงรอยแดงเมื่อกดนิ้วแล้วปล่อยรอยแดงไม่จางหาย
ระดับที่ 2	ผิวหนังชั้นหนังกำพร้าถูกทำลายเพียงบางส่วน เป็นแผลตื้นๆ ก้นแผลสีชมพูแดง ไม่มีเนื้อตายหรืออาจมีคുമ่น้ำพอง
ระดับที่ 3	ผิวหนังทุกชั้นถูกทำลายและลามถึงชั้นไขมันใต้ผิวหนัง แต่ไม่ลามถึงชั้นกล้ามเนื้อ เส้นเอ็น และกระดูก มีหนองและเป็นโพรง มีการตายของเนื้อเยื่อใต้ผิวหนัง
ระดับที่ 4	มีการทำลายเนื้อเยื่อทั้งหมดถึงชั้นกล้ามเนื้อ เส้นเอ็น พังผืด ข้อต่อ และกระดูก แผลเปื่อยยุ่ย มีเนื้อตาย และเป็นโพรง ซึ่งสามารถทำให้เกิดภาวะกระดูกอักเสบได้ (osteomyelitis)
บอกระดับไม่ได้ (unstageable)	เป็นแผลลึกด้านในของแผลปกคลุมด้วยผิวหนังที่แห้ง ลอก เป็นแอ่งหนอง (slough: สีเหลือง เทา เขียว หรือ น้ำตาล) และ/หรือเนื้อแผลที่เปื่อยยุ่ย (eschar: สีน้ำตาลหรือสีดำ)

	ที่ก้นแผล)
สงสัยว่ามีการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อส่วนที่ลึก ลงไป (susceptible deep tissue damage)	ผิวหนังเกิดเป็นสีม่วงเฉพาะที่ หรือเกิดแผลพุพองเนื่องจากเนื้อเยื่ออ่อนนุ่ม (soft tissue) ด้านล่างถูกทำลายจากแรงกด และ/หรือแรงเสียดสี ผิวหนังบริเวณนี้จะเกิดอาการปวด เป็นแอ่งหนอง มีลักษณะแข็ง ร้อนหรือเย็น เมื่อเปรียบเทียบกับผิวหนังบริเวณอื่นๆ

ตารางที่ 2: การจำแนกระดับของแผลกดทับตามความรุนแรงในการทำลายผิวหนัง

ที่มา: จรัสพรพร วังศ์วิเศษกาญจน์ (2566)

การป้องกันการเกิดแผลกดทับ

1. แนะนำการตรวจสอบสภาพผิวหนังอย่างสม่ำเสมอ ควรตรวจสอบผิวหนังบริเวณที่ไม่มีความรู้สึก โดยการดูและคลำทุกครั้งหลังอาบน้ำ หากเริ่มเกิดรอยแดงซ้ำตามปุ่มกระดูกที่ไม่หายไปเองภายใน 15-30 นาที แสดงว่าเริ่มเกิดแผลกดทับระดับ 1

2. ลดแรงกดทับต่อผิวหนัง โดยจัดทำให้เหมาะสมและลดแรงกดต่อผิวหนังเป็นระยะ

2.1 ท่านอนหงาย ควรจัดให้เป็น 30-30 องศา โดยจัดให้ศีรษะสูงไม่เกิน 30 องศาและเข่าสูงในมุมประมาณ 30 องศา ส่วนท่านอนตะแคง ควรจัดให้อยู่ในท่าตะแคงกึ่งคว่ำหรือกึ่งหงาย ศีรษะสูงไม่เกิน 30 องศา โดยอาจจัดให้นอนท่ากอดหมอนข้าง และพลิกตัวผู้ป่วยทุก 2-3 ชั่วโมง นอกจากนี้การนอนบนหมอนเรียงเป็นช่วงๆ ให้ปุ่มกระดูกลอยอยู่ระหว่างหมอน (pillow gap) จะช่วยยืดระยะเวลาในการพลิกตัวให้ยาวขึ้นเป็น 4-6 ชั่วโมงได้

2.2 ท่านั่งที่เหมาะสม การจัดท่านั่งรับประทานอาหารบนเตียง ควรจัดให้ศีรษะสูงประมาณ 60 องศา ส่วนการจัดท่านั่งบนรถเข็น ควรนั่งพิงพนักรถเข็น และเท้าวางบนที่พักเท้า และควรลดแรงกดในท่านั่งโดยใช้การยกตัวเองขึ้นนานอย่างน้อย 20 วินาทีทุกๆ ครึ่งชั่วโมง หรือถ้ามีแขนอ่อนแรงอาจให้ใช้วิธีโน้มตัวไปด้านหลังให้

หน้าอกแนบไปกับต้นขาหรือใช้ข้อศอกยันหน้าขาหรือเอียงตัวสลับซ้ายขวาทุก 15-20 นาที (ถ้าทำเองไม่ได้ควรมีผู้ช่วย)

2.3 พิจารณาใช้เบาะรองนั่งหรือที่นอนที่เหมาะสมเพื่อช่วยลดหรือกระจายแรงกดทับ

3. ทำความสะอาดร่างกายทุกครั้งที่มีการถ่ายเลอะ เปลี่ยนผ้าทันทีก่อนที่เปื้อนจะแห้งและ

4. ระวังอันตรายจากความร้อน แรงกดทับจากพื้นผิวที่ไม่เรียบ เช่น หลีกเลียงการวางกระเป๋า น้ำร้อนในบริเวณที่สูญเสียความรู้สึก การปูผ้าที่เรียบตึงบนเตียง เป็นต้น

5. แก้ไขปัจจัยภายใน (ถ้ามี) เช่น ภาวะทุพโภชนาการหรือภาวะโลหิตจาง ภาวะเกร็งมากจนเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ

6. ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยในการลดแรงกดทับที่ผิวหนัง

7. การดูแลระบบการเคลื่อนไหว

บรรณานุกรม

- กองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2562). แนวทางการจัดบริการพยาบาลผู้ป่วยระยะกลาง.
นนทบุรี: สื่อตะวัน จำกัด.
- จรัสพรชัย วงศ์วิเศษกาญจน์. (2566). การประเมินและการพยาบาลผู้ป่วยที่มีปัญหาระบบผิวหนัง:
Pressure injury, Wound care. สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ
กรมการแพทย์ หลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางสาขาการพยาบาลฟื้นฟูสภาพ ปีการศึกษา 2566.
เอกสารการสอน.
- จิตติมา แสงสุวรรณ. (2560). เวชศาสตร์ฟื้นฟูในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง, เอกสารประกอบการสอนวิชาเวชศาสตร์
ฟื้นฟู. คณะแพทยศาสตร์: มหาวิทยาลัยขอนแก่น
- โบตัน แสนสุขสวัสดิ์,พรณวดี พุฒวัฒน์, และสุภาพ อารีเอื้อ (2550) การป้องกันและการจัดการอาการ

ท้องผูกในผู้ป่วยผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ Rama Nurs J. 13(2),106-124

ปรีดา อารยวิชานนท์. (2564). การฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. สรรพสิทธิเวชสาร, 37(1-3), 43-58.

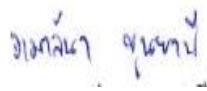


ศูนย์สิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2555).

แนวปฏิบัติการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการที่บาดเจ็บไขสันหลัง. นนทบุรี: บริษัทสหมิตรพรีนติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง จำกัด.

สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ.แนวทางการปฏิบัติการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการที่บาดเจ็บไขสันหลัง.นนทบุรี:สหมิตรพรีนติ้งแอนพับลิชชิ่ง;2556

ศูนย์สิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2555).

แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมอง.นนทบุรี:สหมิตรพรีนติ้งแอนพับลิชชิ่ง;2555

ผู้จัดทำเอกสาร	ผู้รับรอง	ผู้อนุมัติใช้
		
(นางอามาลีนา ชุนยาปี)	(นางสาวมินตรา ทองธรรมชาติ)	(นายทินกร บินหะยี่อารัง)
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ	ผอ.รพ.ระยอง

เอกสารนี้เป็นสมบัติของโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชระยอง ห้ามนำออกไปใช้ภายนอกหรือทำซ้ำโดยไม่ได้รับอนุญาต