

คู่มือสำหรับผู้ป่วย บาดเจ็บที่ไขสันหลัง

ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 5



อภิชนา ไชวินทะ

ภาควิชาเวชศาสตร์ฟื้นฟู
คณะแพทยศาสตร์
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่



คู่มือสำหรับผู้ป่วย
บาดเจ็บที่ไขสันหลัง

(ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 5)

ISBN 978-616-361-775-0



อภิชนา ไชวินทะ, พ.บ., อ.ว. (เวชศาสตร์ฟื้นฟู)
ภาควิชาเวชศาสตร์ฟื้นฟู
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 5 กรกฎาคม 2557

จำนวนที่พิมพ์ 3,000 เล่ม
สงวนลิขสิทธิ์

อภิชนา ไชวรินทร์

คู่มือสำหรับผู้ป่วยบาดเจ็บที่ไขสันหลัง / อภิชนา
ไชวรินทร์. - - ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 5.- - เชียงใหม่ : ภาควิชา
เวชศาสตร์ฟื้นฟู คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่,
2557

ISBN 978-616-361-775-0

128 หน้า : ภาพประกอบ, ตาราง

มีบรรณานุกรมและดรรชนีประกอบ

[DNLN: 1. Spinal Cord Injuries -- Rehabilitation
-- Handbooks 2. Spinal Injuries -- Rehabilitation --
Handbooks 3. Movement WL 403]

I. มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. คณะแพทยศาสตร์.
ภาควิชาเวชศาสตร์ฟื้นฟู

พิมพ์ที่

สหีนการพิมพ์ (2524)

297 ถ.มูลเมือง ต.ศรีภูมิ อ.เมือง

จ.เชียงใหม่

โทร. 08-1672-3498



คำนิยม

การให้ความรู้แก่ผู้ป่วย เป็นกระบวนการสำคัญของการดูแลรักษาและฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย โดยเฉพาะผู้ที่มีความพิการ ที่ต้องมีความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับสภาพร่างกายที่เปลี่ยนแปลงไป

หนังสือคู่มือผู้ป่วยบาดเจ็บที่ไขสันหลัง ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 5 นี้ รศ. พญ. อภิขินา โขวินทะ ได้เรียบเรียงจากประสบการณ์มานานมากกว่า 30 ปี และร้อยเรียงด้วยภาษาและรูปภาพที่เข้าใจง่าย เชื่อมั่นว่า หนังสือเล่มนี้จะทำให้ผู้อ่านมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ ตลอดจนวิธีการและเป้าหมายของกระบวนการฟื้นฟูสภาพ ที่จะส่งผลให้ทุกคนมีทัศนคติที่ถูกต้อง ยอมรับปัญหา มีใจสู้ สามารถเอาชนะและก้าวข้ามปัญหาต่าง ๆ ได้ และในที่สุดสามารถดำเนินชีวิตร่วมกันกับครอบครัวและชุมชนได้อย่างมีความสุข

ศ. เกียรติคุณ นพ. อาวุธ ศรีสุกรี

ประธานกรรมการ
มูลนิธิสงเคราะห์คนพิการเชียงใหม่
ในพระราชูปถัมภ์ของสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี

คำนำ

คู่มือสำหรับผู้ป่วยบาดเจ็บที่ไขสันหลัง (ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 5) นี้ ถูกเขียนขึ้นใหม่ทั้งเล่ม ต่างจากฉบับปรับปรุงครั้งที่ 4 ที่จัดพิมพ์จำนวน 5,000 เล่ม ตั้งแต่พฤษภาคม พ.ศ. 2549 และถูกแจกจ่ายเป็นวิทยาทานไปทั่วประเทศ

ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 5 นี้ ผู้เขียนได้เรียบเรียงเสมือนเป็นการเล่าเรื่องให้ผู้ป่วยและครอบครัวฟัง เริ่มตั้งแต่บาดเจ็บที่สภาร่างกายมีการเปลี่ยนแปลงไป การรักษาระยะเฉียบพลัน การรับมือกับปัญหาที่ไม่คาดคิด ตลอดจนกระบวนการฟื้นฟูสภาพที่ช่วยพัฒนาขีดความสามารถที่จำเป็นต่อการดำรงชีวิต เช่น กายบริหารเพื่อให้กล้ามเนื้อแข็งแรงขึ้น การฝึกหัดยืนเดิน การฝึกเคลื่อนไหวด้วยวีลแชร์หรือเก้าอี้ล้อ รวมทั้งการฝึกใช้มือและแขน การฝึกดูแลตนเอง การควบคุมการถ่ายปัสสาวะ-อุจจาระ การดูแลผิวหนัง และการป้องกันภาวะแทรกซ้อน

ลำดับถัดไปคือ การปรับสภาพบ้าน และสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อความเป็นอยู่ เช่น สัมพันธภาพในครอบครัว การใช้ชีวิตในชุมชน และสังคม และสุดท้ายคือ การนำกีฬามาใช้เป็นเครื่องมือในการฟื้นฟูสภาพ ทำให้ผู้ที่มีความพิการเห็นความสามารถของตนเอง และกลับเข้าสู่สังคมอย่างเต็มภาคภูมิ

อนึ่ง คู่มือสำหรับผู้ป่วยบาดเจ็บที่ไขสันหลังเล่มนี้ ใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย สั้น กระชับ หลีกเลี่ยงคำศัพท์แพทย์ที่ไม่จำเป็น ยกเว้นทับศัพท์บางคำที่รู้สึกและใช้กันทั่วไปเช่น วีลแชร์ และแทรกรูปภาพประกอบเพื่อความเข้าใจ



ผู้เขียนเชื่อว่าหากผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังอ่านหนังสือเล่มนี้จะเข้าใจกับสภาพร่างกายที่เปลี่ยนไป และสามารถปรับใจและกายให้สมรรถนะกลับคืนมากที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ มีสุขภาพดีปราศจากภาวะแทรกซ้อน และสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างมีความสุข

อนึ่ง การจัดพิมพ์หนังสือเล่มนี้ เป็นกิจกรรมหนึ่งของแผนพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ ของมูลนิธิสงเคราะห์คนพิการเชียงใหม่ ในพระราชูปถัมภ์ของสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี

ขอขอบคุณ ศ.นพ. อาวุธ ศรีสุกรี ที่กรุณาเขียนคำนิยม, คุณรุจิรา คำศรีจันทร์ ที่ช่วยออกแบบปกและวาดภาพประกอบ, นพ. สยาม หาญพิพัฒน์ ที่อนุญาตให้ใช้รูปภาพกระบอกดวงปัสสาวะ; คุณวัชรา ปัญญารัตน์, คุณวรางคณา สิทธิกัน, นพ. สินธิพัฒน์นะคุหา, นพ. วรุตม์ แสง-ชูโต ที่ให้ความเห็นในการปรับปรุงต้นฉบับ; ผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่ที่เป็นต้นแบบภาพวาด; คุณสุทิน-คุณสุจิตรา หุ่นดี ที่ช่วยจัดทำต้นฉบับ และทุกท่านที่ร่วมสนับสนุนการจัดพิมพ์หนังสือเล่มนี้

สุดท้าย ขอขอบคุณที่เกิดจากหนังสือเล่มนี้ จงบังเกิดแก่นุภาพการี ครูบาอาจารย์ และผู้ที่ให้การสนับสนุนทั้งหลายที่ทำให้หนังสือเล่มนี้สำเร็จและเกิดประโยชน์ในวงกว้างแก่ผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังในประเทศไทย

อภิขนา ไชวินทะ

กรกฎาคม 2557

สารบัญ

	หน้า
คำนิยม	ก
คำนำ	ข
สารบัญ	ง
1. ไช้สันหลัง - กระดูกสันหลังบาดเจ็บ	1
2. การยอมรับ - การรับมือกับปัญหา	8
3. อาการเจ็บปวด	12
4. กล้ามเนื้อหดเกร็ง - ไม่มีกำลัง	17
5. กายบริหารกล้ามเนื้อ	22
6. การยืนเดิน	33
7. การเคลื่อนที่ด้วยวีลแชร์	44
8. การดูแลตนเอง	56
9. การถ่ายปัสสาวะ	65
10. การถ่ายอุจจาระ	79



หน้า

- | | |
|------------------------------|-----|
| 11. ผิวหนังและแผลกดทับ | 86 |
| 12. การปรับสภาพแวดล้อม | 98 |
| 13. สัมพันธภาพในครอบครัว | 103 |
| 14. วิถีชีวิตในชุมชนและสังคม | 107 |
| 15. กีฬา ๆ เป็นยาวิเศษ | 111 |

ภาคผนวก หน่วยงาน/องค์กร/กลุ่มที่ให้การ

- | | |
|---------------------------------------|-----|
| สงเคราะห์ และบริการฝึกอาชีพแก่คนพิการ | 113 |
| ดรรชนี | 117 |
| บันทึกข้อมูลสำคัญ | 120 |

**ขจัดอุปสรรค เปิดโอกาส...
สู่สังคมอยู่เย็นเป็นสุขร่วมกัน**



1. ไช้สันหลัง-กระดูกสันหลัง บาดเจ็บ

ไช้สันหลัง เป็นส่วนหนึ่งของระบบประสาท ที่เชื่อมต่อระหว่างสมองและเส้นประสาทที่ควบคุมอวัยวะต่าง ๆ ของร่างกายให้ทำหน้าที่เป็นปกติ แบ่งได้งาย ๆ 3 อย่าง คือ

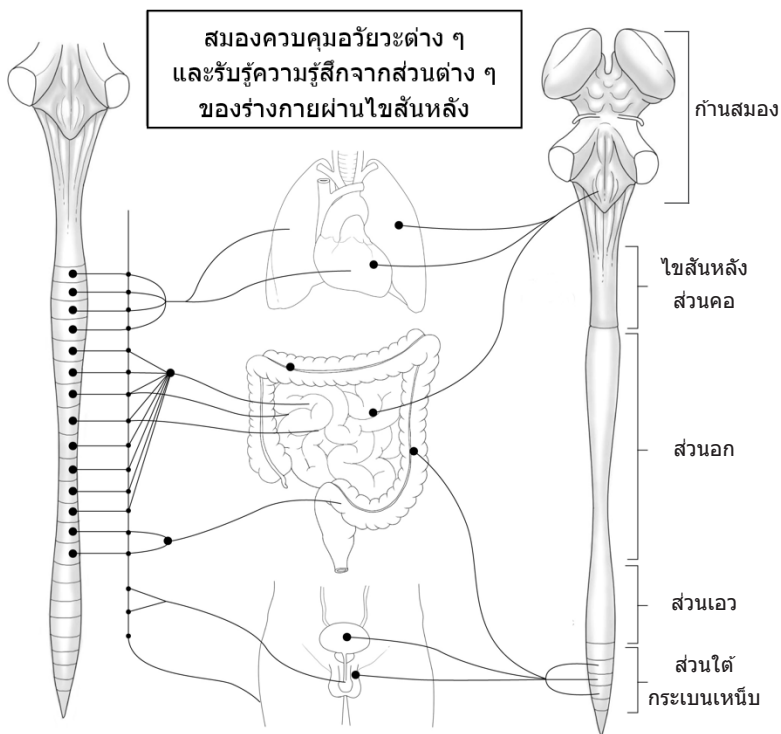
- **ประสาทรับรู้ความรู้สึก** เช่น รับรู้สัมผัส, รับรู้ความรู้สึกเจ็บ ที่ผิวหนัง-อวัยวะภายใน
- **ประสาทสั่งการ** ควบคุมกล้ามเนื้อแขนขาลำตัว ทำให้ร่างกายเคลื่อนไหวตามต้องการ
- **ประสาทอัตโนมัติ** ควบคุมการทำหน้าที่ของอวัยวะภายใน เช่น หัวใจ, ปอด, ทางเดินอาหาร, ทางเดินปัสสาวะ เป็นต้น

ไช้สันหลังบาดเจ็บ มักเกิดจากกระดูกสันหลังแตกหัก เคลื่อน ทำให้ไช้สันหลังและ/หรือรากประสาทไช้สันหลังถูกกดอัด เลือดออก และบวมอักเสบ โดยมีสาเหตุจาก

- **อุบัติเหตุ** เช่น จักรยานยนต์แฉลบล้ม, รถยนต์ชน, หกล้ม เป็นต้น
- **โรคกระดูกสันหลัง** เช่น วัณโรค, มะเร็ง, กระดูกพรุน เป็นต้น

เพื่อให้เข้าใจง่ายขึ้น ขอเปรียบเทียบ ดังนี้

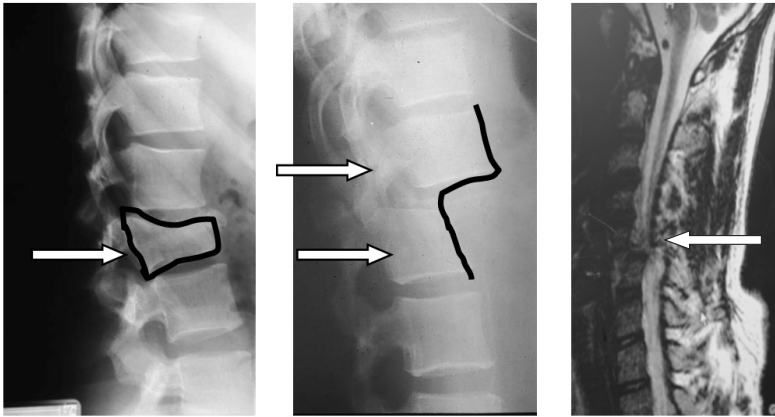
- **สมอง** เสมือน กองบัญชาการทหาร
- **ไขสันหลัง** เสมือน ระบบติดต่อสื่อสาร
- **อวัยวะต่าง ๆ** เสมือน พลทหารในแนวหน้า



ดังนั้น เมื่อไขสันหลังขาด ระบบสื่อสารเสีย สมองไม่รับรู้ว่ามีอวัยวะต่าง ๆ เป็นเช่นไร และไม่สามารถสั่งการให้อวัยวะต่าง ๆ ทำหน้าที่ตามปกติ จึงเกิดความผิดปกติ เช่น



- ขา ไม่รู้สึกที่ผิวหนัง
- กล้ามเนื้อไม่มีกำลัง, แขนขาไม่เคลื่อนไหวตามที่ ต้องการ
- ไม่รู้สึกปวดถ่าย, ถ่ายปัสสาวะไม่ได้, กลั้นปัสสาวะ- อุจจาระไม่ได้ เป็นต้น



ซ้าย - ภาพถ่ายรังสีกระดูกสันหลังส่วนเอวแตกยุบ
กลาง - ภาพถ่ายรังสีกระดูกสันหลังส่วนเอวหักเคลื่อน
ขวา - ภาพเอ็มอาร์ กระดูกคอหักเคลื่อนกดไขสันหลังส่วนคอ
(ภาพของผู้ป่วยโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่)

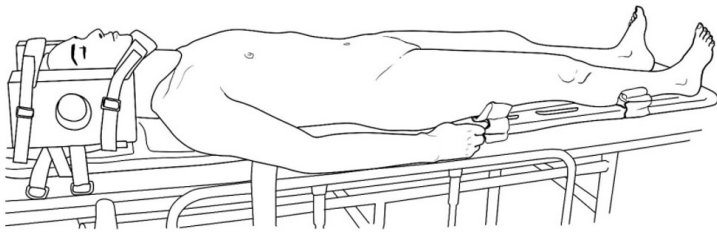
**ลึก ๆ ในใจ ทุกคนอยากรู้ว่า ไขสันหลังที่บาดเจ็บจะฟื้น และ
อวัยวะต่าง ๆ กลับมาทำหน้าที่เป็นปกติได้หรือไม่**

หากไขสันหลังบาดเจ็บเล็กน้อย และไม่บาดเจ็บซ้ำ
กล้ามเนื้อมีโอกาสฟื้นกลับมา มีกำลังเหมือนเดิมหรือใกล้เคียง
เดิมได้

หากบาดเจ็บรุนแรงมาก หากที่ไขสันหลังจะกลับมาเป็นปกติเหมือนเดิม ดังนั้น เราจำเป็นต้องใช้กล้ามเนื้อมัดอื่นที่มีกำลัง ทดแทนกล้ามเนื้อที่อ่อนแรงหรือเป็นอัมพาต

การเพิ่มโอกาสให้ไขสันหลังฟื้น อันดับแรก ต้องระวังอย่าให้ไขสันหลังบาดเจ็บซ้ำ เจ้าหน้าที่ขนย้ายจะใช้กระดานรองตัวผู้บาดเจ็บ แล้วตามศีรษะ-คอ-หลัง ไม่ให้ขยับ ก่อนเคลื่อนย้ายผู้บาดเจ็บ

หากจำเป็นต้องพลิกตัวผู้บาดเจ็บ ทั้งศีรษะและลำตัวจะต้องถูกพลิกไปพร้อมกันเหมือนพลิกท่อนซุง



กรณีกระดูกคอหักเคลื่อน ศีรษะจะถูกตรึงและถ่วงน้ำหนักไว้ หากกระดูกคอไม่มั่นคง หมอจะผ่าตัดตรึงกระดูกคอให้เข้าที่

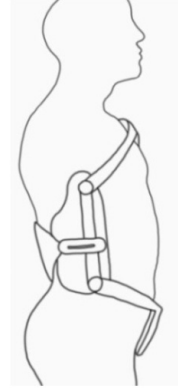
กรณีกระดูกสันหลังส่วนอกหรือเอวหักเคลื่อน หากไม่มั่นคง หมอจะผ่าตัดตรึงกระดูกสันหลังเพื่อเพิ่มความมั่นคงและย่นระยะเวลาอนอนนิ่ง ๆ บนเตียงได้



หลังผ่าตัด **อุปกรณ์พยุงคอหรือลำตัว** เพิ่มความมั่นคง ให้กระดูกสันหลัง จนกว่ากระดูกและเนื้อเยื่อรอบ ๆ กระดูกสันหลังสมานและแข็งแรง โดยทั่วไป กินเวลานาน 3 เดือน



ภาพถ่ายรังสีกระดูกคอ หลังผ่าตัดตรึงกระดูกด้วยโลหะ (ภาพของผู้ป่วยโรงพยาบาล มหาราชนครเชียงใหม่)



ภาพอุปกรณ์พยุงลำตัวหรือกระดูกสันหลังส่วนอกและส่วนเอว

บางคนเจ็บที่แผลผ่าตัดที่หลัง หรือตรงกระดูกเชิงกราน ที่กระดูกบางส่วนถูกนำไปเสริมกระดูกสันหลัง ที่ต้องใช้เวลาหลายสัปดาห์กว่ากระดูกจะสมาน แต่ในที่สุดอาการเจ็บจะค่อย ๆ หายไป

เมื่อไขสันหลังไม่ถูกกดแล้ว อาการบวมอักเสบจะค่อย ๆ ลดลง ไบประสาทในไขสันหลังที่ไม่ฉีกขาดมักฟื้น แต่ถ้าฉีกขาด โอกาสฟื้นจะน้อยหรือไม่ฟื้น

การใช้ยาสแตียรอยด์ทางหลอดเลือดดำ อาจเพิ่มโอกาสให้ไตสันหลังพื่นหากได้รับภายใน 3-8 ชั่วโมงหลังบาดเจ็บ แต่ยาตัวนี้กลับเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น ติดเชื้อ, เลือดออกในทางเดินอาหาร ดังนั้น หมอส่วนหนึ่งจึงไม่ใช้ยาสแตียรอยด์

ปัจจุบันในต่างประเทศเริ่มมีการใช้เทคโนโลยีใหม่เพื่อบำบัดรักษาให้ไตสันหลังพื่น เช่น

- **การปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิด** ที่ไตสันหลังตรงตำแหน่งที่บาดเจ็บ เปรียบเสมือนการนำดินหรือหินถมซ่อมถนนที่ขาด
- **การใช้ยากระตุ้นให้ใยประสาทงอก** ที่เปรียบเสมือนเติมน้ำมันใส่ถัง เพื่อให้รถยนต์วิ่ง และข้ามถนนที่ซ่อมแซมแล้วได้

ข้อสังเกต เนื่องจากผลการรักษายังไม่แน่นอน เทคโนโลยีดังกล่าวจึงยังไม่ใช่แนวทางปฏิบัติที่ยอมรับในปัจจุบัน

กายบริหาร-ออกกำลังกาย เป็นวิธีหลักที่ใช้บำบัดเพื่อให้แขนขาขยับเคลื่อนไหว และกล้ามเนื้อกลับมาทำงานอีกครั้ง นอกจากนี้ อาจกระตุ้นให้ใยประสาทในไตสันหลังงอกและพื่นเปรียบได้กับการหมั่นพรวนดินให้รากงอกใหม่ได้งายขึ้น ส่งผลให้ต้นไม้แตกกิ่งใหม่ในเวลาต่อมา



- หากกล้ามเนื้อไม่มีกำลัง นักกายภาพบำบัดจะช่วยขยับให้ และสอนญาติหรือผู้ดูแลให้รู้จักวิธีขยับข้อที่ถูกต้อง
- หากกล้ามเนื้อแขนขายังพอมีกำลัง เราต้องพยายามขยับ อย่างนึ่งเฉย เพราะเชื่อว่าการขยับเขยื้อน เคลื่อนไหวข้อซ้ำ ๆ จะกระตุ้นให้ไขสันหลังฟื้น

ถ้าต้องการรู้ว่าโอกาสฟื้นมีมากหรือน้อย ควรสอบถามหมอผู้ให้การรักษา บ่อยครั้งหมอเกรงว่าหากพูดอะไรออกไปจะทำให้ผู้ป่วยหรือญาติหมดกำลังใจ ดังนั้น

- หากต้องการรู้จริง ๆ ควรบอกให้หมอทราบ
- หากไม่ต้องมารับรู้ ควรบอกให้หมอทราบว่าไม่ต้องการรับรู้การพยากรณ์โรค

อนึ่ง **อุปสรรคต่อกระบวนการฟื้นสภาพ** คือ

- การไม่ยอมรับสิ่งที่เกิดขึ้น
- การมีโรคแทรกหรือภาวะแทรกซ้อน
- การไม่เห็นความสำคัญของการมีส่วนร่วมในกระบวนการฟื้นสภาพ

ดังนั้น เราต้องอยู่กับปัจจุบัน ทำความเข้าใจกับสิ่งที่เกิดขึ้น ไม่ท้อถอย ให้ความร่วมมือ และปฏิบัติตามที่หมอและทีมฟื้นฟูแนะนำ

2. การยอมรับ – การรับมือ... กับปัญหา

การยอมรับ สภาพร่างกายที่บกพร่องและความสามารถที่ลดลง เป็นไปได้ยากในระยะแรกหลังบาดเจ็บ

ทุกคนย่อมคาดหวังว่า ไขสันหลังจะฟื้นกลับคืนมาเป็นปกติภายหลังจากได้รับการบำบัดรักษา และฟื้นฟูสภาพแล้ว แต่สิ่งที่หวังนั้นอาจไม่เป็นจริงเสมอไป

- หากไขสันหลังบาดเจ็บเล็กน้อย การฟื้นมักเกิดขึ้นเร็ว - ประสาทรับรู้, ประสาทสั่งการ และประสาทอัตโนมัติ กลับมาทำหน้าที่ปกติหรือใกล้เคียงปกติได้
- หากไขสันหลังบาดเจ็บมาก การฟื้นเกิดขึ้นน้อยและช้า - ประสาทรับรู้, ประสาทสั่งการ และประสาทอัตโนมัติ ไม่กลับมาเป็นปกติ อวัยวะต่าง ๆ จึงทำหน้าที่บกพร่อง ทำให้เกิด **อัมพาต-พิการ-ทุพพลภาพ** ที่ทุกคนไม่อยากจะเกิดขึ้น แต่ต้องทำใจยอมรับ

ความวิตกกังวล ต่ออนาคตทั้งของตนเองและของคนใกล้ชิด ย่อมเกิดขึ้นเป็นธรรมดา แต่เราไม่ควรปล่อยให้ความวิตกกังวลกลายเป็น **ความซึมเศร้า** แล้วเป็นอุปสรรคต่อกระบวนการฟื้นฟูสภาพ



กระบวนการฟื้นฟูสภาพด้วยวิธีการแพทย์ มีเป้าหมายหลัก คือ ...

- ทำให้โครงสร้างร่างกายและอวัยวะต่าง ๆ กลับมาทำหน้าทีได้อีกครั้ง
- ทำให้ความสามารถกลับคืนมามากที่สุด เท่าที่จะเป็นไปได้ หรือ เท่าที่สภาพร่างกายจะอำนวย

โดย ทีมฟื้นฟู ที่ประกอบด้วย

- หมอฟื้นฟู
- นักกายภาพบำบัด
- นักกิจกรรมบำบัด
- พยาบาลฟื้นฟูสภาพ
- นักสังคมสงเคราะห์
- นัก/ช่างกายอุปกรณ์

ทำงานประสานกันเพื่อให้ผู้ป่วยมีความสามารถเพิ่มขึ้น และกลับไปดำรงชีวิตร่วมกับครอบครัวและคนอื่น ๆ ในชุมชนได้อีกครั้ง โดยคำนึงถึงผลกระทบต่อจิตใจ และบทบาททางสังคมของผู้ป่วยด้วยเสมอ

อนึ่ง ผู้ป่วยและครอบครัว ต้องให้ความร่วมมือ หรือ อีกนัยหนึ่งคือ ต้องมีส่วนร่วม ในกระบวนการฟื้นฟูสภาพ เพื่อให้เป้าหมายบรรลุผล โดยตระหนักว่า ... ทุกปัญหาที่มีทางออก หากเราร่วมมือกันหาทางออกที่เหมาะสม

เมื่อมีความกังวล อย่าเก็บไว้ในใจ การคิดคนเดียวมักไม่เห็นทางออก ควรเล่าให้คนใกล้ชิดฟัง เพราะการพูดคุยช่วยระบายความอัดอัดใจ และทำให้ได้รับความช่วยเหลือที่เหมาะสม

ครอบครัว มีบทบาทสำคัญในยามนี้

การได้เห็นหน้าคนใกล้ชิด ช่วยยืนยันความเป็น**ครอบครัวเดียวกัน** นั่นคือ ...

ยามทุกข์ร่วมทุกข์ ยามสุขร่วมสุข ไม่ทิ้งกัน

นอกจากคนในครอบครัวแล้ว ทีมฟื้นฟูก็ยินดีรับฟังความทุกข์ของผู้ป่วย และพร้อมให้ความช่วยเหลือ

การจัดการกับปัญหา มีหลายวิธี มีข้อสังเกตว่า ถ้าเราเคยใช้วิธีใดได้ผล เมื่อเจ็บป่วยเรามักใช้วิธีเดิม ๆ

จากการศึกษาพบว่า

- **การยอมรับปัญหา** ไม่มองข้ามปัญหา ช่วยทำให้เราจัดการกับปัญหาได้ดี
- **การมีใจสู้ปัญหา** พยายามเอาชนะปัญหาหรืออุปสรรค ไม่ท้อถอย ทำให้เราจัดการกับปัญหาได้เช่นกัน
- **การพึ่งผู้อื่น** อาศัยหรือขอให้ผู้อื่นช่วย หากขาดผู้ช่วย ปัญหาย่อมไม่ถูกแก้ไข



ดังนั้น ...

- **เราควรยอมรับ** สภาพร่างกาย และความสามารถที่เปลี่ยนไปจากเดิม
- **เราต้องไวใจ** ทีมฟื้นฟูที่ให้การบำบัดรักษา และฟื้นฟูสภาพร่างกาย
- **เราต้องใช้** ส่วนต่าง ๆ ของร่างกายที่ยังใช้การได้ เพื่อทดแทนส่วนที่สูญเสียไป
- **เราต้องรับรู้ว่า ...**
 - ปัจจุบันมีผลิตภัณฑ์และเทคโนโลยีใหม่ ๆ ที่ถูกนำมาใช้เพื่อทดแทนความสามารถที่สูญเสีย ทำให้เราสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้
 - มีคนอื่นที่ไขสันหลังบาดเจ็บเช่นเดียวกัน และทุกวันนี้เขายังยิ้มได้และมีชีวิตอยู่อย่างมีคุณค่าได้
 - กระบวนการฟื้นฟูสภาพจะประสบความสำเร็จ เราต้องยอมรับสิ่งที่เกิดขึ้น และร่วมมือกับทีมฟื้นฟูอย่างเต็มที่

ความรู้สึกท้อแท้ หมดกำลังใจ ซึมเศร้า ย่อมเป็นอุปสรรคต่อกระบวนการฟื้นฟูสภาพ ดังนั้น หมออาจมีความจำเป็นต้องใช้ยาคลายกังวล เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมีจิตใจสบายขึ้น

3. อาการเจ็บปวด

อาการเจ็บปวด เกิดจากโครงสร้างร่างกายที่บาดเจ็บ, อักเสบ หรือ ผิดปกติ เช่น

- กระดูกแตกหัก ข้อเคลื่อน
- รากประสาทไขสันหลังถูกกดอัด
- ไขสันหลังบาดเจ็บ
- บาดแผลที่ผิวหนัง
- กล้ามเนื้อชอกช้ำจากแรงกระแทก
- กล้ามเนื้อหดเกร็ง ไม่คลาย
- อวัยวะภายในผิดปกติ

เมื่อกระดูกสันหลังที่หักถูกตรึงให้มั่นคง และแผลผ่าตัดสมานแล้ว อาการเจ็บปวดจะค่อย ๆ ทุเลา แต่หากอาการเจ็บปวดยังคงอยู่ หมอจะค้นหาว่าอะไรเป็นต้นเหตุ กำจัดต้นเหตุนั้น ร่วมกับใช้ยาแก้ปวด และ/หรือ ยาแก้อักเสบ เพื่อบรรเทาอาการ

ข้อสังเกต

- อาการเจ็บปวดเป็นอุปสรรคต่อกระบวนการฟื้นฟูสภาพ
- อาการเจ็บปวด หากรบกวนการดำเนินชีวิต ต้องได้รับการบำบัด
- อาการเจ็บปวดจากอวัยวะภายในอาจไม่เด่นชัดเมื่อเป็นอัมพาต



ปวดข้อไหล่ บ่าและสะบัก มักเกิดจาก

- นอนตะแคงกดทับข้อไหล่
- กล้ามเนื้อหดเกร็ง
- เอ็นรอบ ๆ ข้อบาดเจ็บจาก
 - แรงกระแทกช่วงได้รับบาดเจ็บ
 - การดึงแขนขณะเคลื่อนไหว
 - ข้อไหล่เคลื่อนไหว
- รากประสาทคอถูกกดอัดและอักเสบ

ข้อสังเกต

- หากข้อติดยึดจากกล้ามเนื้อและเอ็นรอบ ๆ ข้อหดเกร็ง จะขยับข้อได้น้อย และเจ็บ
- หากทำกายบริหารกล้ามเนื้อบริเวณต้นแขนและบ่ามากเกินไป จะปวดเมื่อยล้า
- การใช้แขนช่วยยกย้ายตัวมานานหลายสิบปี ข้อไหล่จะอักเสบ ปวด และ เสื่อม
- ความดันเลือดตกเมื่อยืนขึ้นหรือลุกนั่ง อาจทำให้รู้สึกปวดล้าบริเวณบ่า

การบำบัด ต้องแก้ไขที่ต้นเหตุ เช่น

- ก่อนพลิกตะแคงตัว ควรกางแขนออก และนอนตะแคง ลำตัวเอียงเพียง 30-40 องศา
- ขยับข้อทุกทิศทางด้วยความนุ่มนวล
- ออกกำลังกายเป็นช่วง ๆ เริ่มจาก 5-10 ครั้งต่อชุด, 5-10 ชุดต่อรอบ, วันละ 2-3 รอบ

- หากไม่ปวดแล้ว วันต่อ ๆ ไป จึงเพิ่มจำนวนครั้ง, จำนวนชุด หรือ จำนวนรอบ ต่อวัน
- การออกกำลังกายด้วยตุ้มน้ำหนัก เริ่มจากเบา ก่อน แล้วค่อย ๆ เพิ่มน้ำหนักให้มากขึ้นในภายหลัง
- ใช้อุปกรณ์ช่วย เมื่อพลิกหรือเคลื่อนย้ายตัว
- ใช้ผ้าคล้องแขน หรือ ใช้หมอนหนุนแขนขณะนั่ง เพื่อไม่ให้น้ำหนักแขนดึงถ่วงแล้วทำให้ข้อไหล่เคลื่อน
- ลดการอักเสบด้วย
 - ยา เช่น ยาทาภายนอก, ยาเม็ด หรือ ยาฉีด
 - การใช้เครื่องมือทางกายภาพบำบัด เช่น ความร้อนลึก, การกระตุ้นด้วยไฟฟ้าเพื่อลดปวด แต่การ **ประคบร้อน** แม้ลดปวดได้ แต่เสี่ยงต่อผิวหนัง **พองใหม่**

ปวดหัว-ปวดศีรษะ โดยทั่วไปมักเกิดจากกล้ามเนื้อบริเวณศีรษะหดเกร็ง, ปวดไมเกรน, ปวดจากสายตาดูปกติ

กรณีบาดเจ็บไขสันหลังในระยะฟื้นฟูสภาพหรือเรื้อรัง อาการปวดหัวอาจเกิดขึ้นได้ เมื่อมี**สิ่งเร้าที่ระคายกระตุ้น** ประสาทอัตโนมัติ ทำให้หลอดเลือดหดตัว ส่งผลให้ **ความดันเลือดสูงขึ้นฉับพลัน** และอาจมีอาการอื่นร่วมด้วย เช่น คัดจมูก, ผื่นแดงที่หน้าอกหรือใบหน้า, ตาพร่า เป็นต้น เรียกความผิดปกตินี้ว่า **ออโตโนมิก ดีสรีเฟล็กซ์เซีย (เอ.ดี.)** หรือ **ภาวะรีเฟล็กซ์ประสาทอัตโนมัติผิดปกติ** โดยวินิจฉัยจากความดันช่วงหัวใจบีบสูงกว่าปกติ 20-40 มม.ปรอท หรือ สูงกว่า 140 มม.ปรอท



สิ่งเร้าที่ระคายและทำให้เกิด เอ.ดี. ได้แก่

- **กระเพาะปัสสาวะโป่งพองเกิน** เพราะ
 - ถ่ายปัสสาวะไม่ออก
 - สวนปัสสาวะน้อยครั้งแต่ต็มνάมาก
 - หลอดสวนโพลีเอทิลีนที่คาไว้อุดตันจากตะกอน หรือ หักพับ
- **ก้อนอุจจาระอัดแน่น** จากท้องผูกเรื้อรัง
- **ผิวหนังบริเวณปุ่มกระดูกกูด** จากการนอน/นั่งท่าใดท่าหนึ่งนาน

ข้อพึงปฏิบัติ คือ รีบค้นหาและกำจัดสิ่งเร้าที่ระคาย เพื่อให้ความดันเลือดและอาการปวดหัวลดลง เช่น

- สวนปัสสาวะออก หากปัสสาวะกักคั่ง
- เปลี่ยนหลอดสวนใหม่ หากหลอดสวนตัน
- ค่อย ๆ ล้วงหรือสวนอุจจาระออก หากอุจจาระเป็นก้อนแข็งอัดแน่น
- เปลี่ยนท่านอนหรือท่านั่งบ่อย ๆ เพื่อลดการกดทับที่ปุ่มกระดูก
- ลดความดันเลือดด้วยการยกศีรษะขึ้นสูง เปลี่ยนจากนอนเป็นนั่ง และคลายเสื้อผ้าที่รัดออก
- หากความดันเลือดยังคงสูง หรือ อาการปวดศีรษะไม่ทุเลา รีบปรึกษาหมอ ที่มักให้กินยาลดความดันที่ออกฤทธิ์สั้น แล้ววัดความดันเลือดเป็นระยะ ๆ ทุก 15 นาที จนความดันเลือดกลับสู่ภาวะปกติ และเฝ้าติดตามต่ออีก 2 ชั่วโมง จนแน่ใจว่าปกติแล้ว

ข้อสังเกต หากความดันเลือดสูงมาก จะเสี่ยงต่อโรค
หลอดเลือดสมองแตก

อาการปวดในส่วนที่เป็นอัมพาต เช่น ปวดแสบปวดร้อน,
มีอาการปวดที่ไม่สัมพันธ์กับการเคลื่อนไหว, ปวดตอนกลางคืน
รบกวนตอนนอน หรือ เป็นอุปสรรคต่อกระบวนการฟื้นฟูสภาพ
อาการปวดชนิดนี้มักเกิดจากรากประสาทหรือไขสันหลังบาดเจ็บ
หรือ เกิดจากกล้ามเนื้อหดเกร็งมาก

วิธีบำบัด มีดังนี้

- **ยาระงับปวด, ยาแก้ชัก** ที่ใช้ระงับปวด
- **ยาลดเกร็ง** หากอาการปวดเกิดจากกล้ามเนื้อ
หดเกร็งกระตุก
- **ยาคลายกังวล**
- **กิจกรรมยามว่าง** เช่น ดูโทรทัศน์, เล่นเกม, สวด
มนต์ เป็นต้น เพื่อช่วยเบี่ยงเบนความสนใจออกจาก
ความเจ็บปวด



4. กล้ามเนื้อหดเกร็ง-ไม่มีกำลัง

กล้ามเนื้อโครงสร้าง เช่น กล้ามเนื้อแขน-ขา-ลำตัว ทำให้ร่างกายเคลื่อนไหวและทรงตัวอยู่ได้ โดยสมองสั่งการมายังกล้ามเนื้อผ่านไขสันหลังส่วนต่าง ๆ ดังนี้

- **ส่วนคอ** ควบคุม กล้ามเนื้อแขน
- **ส่วนอก** ควบคุม กล้ามเนื้อลำตัว
- **ส่วนเอว** ควบคุม กล้ามเนื้อขา

เมื่อขยับขาไม่ได้ เพราะไขสันหลังส่วนอกหรือส่วนเอว บาดเจ็บ เรียกความผิดปกตินี้ว่า **อัมพาตครึ่งล่าง** หรือ พาราเพลเจีย

เมื่อขยับแขนขาไม่ได้ เพราะไขสันหลังส่วนคอ บาดเจ็บ เรียกความผิดปกตินี้ว่า **อัมพาตแขนขาสองข้าง** หรือ เททระเพลเจีย หรือ ควอดริเพลเจีย

วิธีการบำบัดให้กล้ามเนื้อมีกำลังเพิ่มขึ้น คือ **กายบริหาร** หรือ **ออกกำลังกาย** ให้กล้ามเนื้อมีกำลังและมัดกล้ามเนื้อใหญ่ขึ้น

ข้อสังเกต

- **อาหารประเภทโปรตีน** เช่น เนื้อสัตว์, ถั่ว ช่วยสร้างเสริมขนาดกล้ามเนื้อ ส่วนอาหารประเภทแป้ง เช่น ข้าว, ขนมปัง ให้พลังงานแก่กล้ามเนื้อ

- การกระตุ้นกล้ามเนื้อด้วยไฟฟ้า ช่วยให้กล้ามเนื้อหด-คลาย ชะลอการฝ่อลีบได้บ้าง หากกล้ามเนื้อเป็นอัมพาต

กล้ามเนื้อเกร็งกระตุกเอง มักเกิดหลังไขสันหลังบาดเจ็บ เพราะขาดการควบคุมจากสมอง กล้ามเนื้อจึงหดเกร็งหรือกระตุก เมื่อมีสิ่งเร้าที่ระคายกระตุ้น เช่น

- กระเพาะปัสสาวะโป่งพอง หรือ ติดเชื้อ
- นอนนั่งกอดทับนาน ๆ, แผลกดทับ, เล็บขบ
- ท้องผูก, อุจจาระอัดแน่น
- อากาศหนาวเย็น เป็นต้น

วิธีควบคุมกล้ามเนื้อหดเกร็ง มีดังนี้

- **กายบริหารยืดกล้ามเนื้อ** ทำให้กล้ามเนื้อคลาย



การยืดเอ็นร้อยหวาย-กล้ามเนื้อน่อง

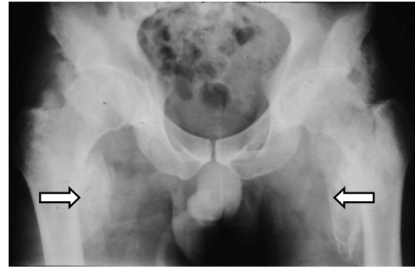
เริ่มจากท่าเขางอ ตามด้วยท่าเข่าเหยียด แล้วกระดกเท้าขึ้น
ค้างไว้นานนับ 1-10 หรือ 30 ท่า 5-10 ครั้งต่อรอบ วันละ 2-3 รอบ



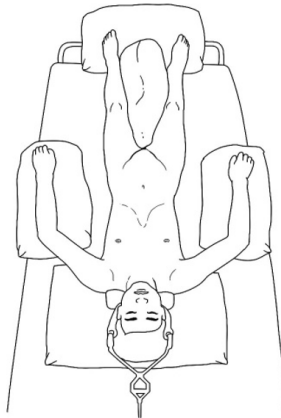
ข้อควรระวัง หากยึดมากเกินไป กล้ามเนื้ออาจฉีกขาด เลือดออกและเป็นเหตุให้เกิด **แคลเซียม** หรือ **กระดูกแตก** ในเนื้อเยื่อล้อมรอบข้อ ส่งผลให้รอบ ๆ ข้อบวม, ขยับข้อได้น้อย และข้อยึดติด

การเกิดกระดูกแตกในเนื้อเยื่อล้อมรอบ ๆ ข้อสะโพกทั้งสองข้าง

(ภาพถ่ายรังสีของผู้ป่วยโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่)



- การคงอยู่ในท่าที่เหมาะสม กล้ามเนื้อและเอ็นจะไม่หดค้าง เช่น



การใช้หมอนยันปลายเท้า ไม่ให้เท้าตกหรือจิกลง

- การยืดเหยียดขาตรงบนเตียงปรับยืน หรือ การใส่อุปกรณ์พยุงข้อเข่า-ข้อเท้า ยืนในราวคู่อ เพื่อลดเกร็ง และป้องกันข้อเข่าติดในท่างอ และเอ็นร้อยหวายหดยึด
- การใช้ยาแก้เกร็ง เช่น
 - ไดอะซีแพม
 - บาโคลเฟน
 - ไทซานอิดีน

โดยหมอมะจะสั่งขนาดยาที่เหมาะสมให้ ถ้าขนาดยาสูงเกินไปกำลังกล้ามเนื้อจะลดลง หรืออัมพาต หรือความดันเลือดตก

- การฉีดยาสะกดประสาท หรือ ชีวพิษโบทูลินัม เข้ากล้ามเนื้อ ทำให้กล้ามเนื้อเป็นอัมพาตหรืออ่อนกำลังชั่วคราว
- กำจัดสิ่งเร้า ที่ทำให้กล้ามเนื้อหดเกร็ง โดย
 - เปลี่ยนท่านั่ง ท่านอน เป็นระยะ ๆ
 - ไข้เบาหรองนั่งเพื่อลดแรงกดทับที่ปุ่มกระดูก
 - ไข้ยาปฏิชีวนะเพื่อบำบัดการติดเชื้อ
 - สวมใส่เสื้อผ้าให้ร่างกายอบอุ่น
- ความร้อน ทำให้กล้ามเนื้อคลาย แต่เสี่ยงต่อผิวหนังพองไหม้ จึงไม่ควรประคบร้อน



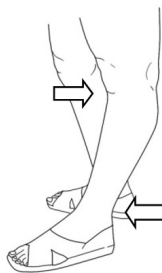
ข้อสังเกต

- หากภาวะหดเกร็งรุนแรงมาก ต้องปรึกษาหมอ ถ้าปล่อยทิ้งไว้นาน กล้ามเนื้อจะหดค้ำง
- ชีวพิษโบทูลินัมมีราคาแพง หมอจะใช้เมื่อจำเป็น และผู้ป่วยยินยอมจ่ายค่ายาเอง

ข้อยึดติด เป็นอุปสรรคต่อการทำกิจวัตรประจำวัน เช่น การเคลื่อนย้ายตัว, การทรงตัวในท่านั่ง, การสวมใส่เสื้อผ้า, การยืน เดิน เป็นต้น ตัวอย่าง เอ็นหดยึดและข้อติดยึด เช่น



- **ข้อศอกติดงอ** ทำให้ลุกนั่ง และกินข้าวลำบาก
- **ข้อเข่า-ข้อสะโพกติดงอ** เสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ



- **เอ็นร้อยหวายยึด** เมื่อเดินเท้าราบกับพื้น จะเกิดแรงดันให้เข่าแอ่น และหลังแอ่น

ข้อสังเกต หากข้อติดแข็งและเอ็นหดค้ำงมาก ไม่สามารถยืดได้ ต้องแก้ไขด้วยการผ่าตัด

5. กายบริหารกล้ามเนื้อ

กล้ามเนื้อกลับมาไม่กำล้ง เป็นสิ่งที่ทุกคนต้องการ และคาดหวัง ดังนั้น แม้ระยะแรกกล้ามเนื้อไม่มีกำล้ง เรายังต้องทำให้ข้อเคลื่อนไหว เพราะหากปล่อยให้ข้อยึดติด แล้วภายหลังไขสันหลังฟื้นและสมองสั่งการมาถึงกล้ามเนื้อได้ แต่กล้ามเนื้อก็ไม่อาจทำให้ข้อที่ยึดติดแล้วขยับได้

กายบริหาร มีหลายเป้าหมาย ดังนี้

- **ข้อเคลื่อนไหวได้**
- **เพิ่มกำล้งกล้ามเนื้อ** เน้นออกแรงต้านน้ำหนักมาก แต่กระทำช้าน้อยครั้ง
- **เพิ่มความทนทานให้กล้ามเนื้อ** เน้นออกแรงต้านน้ำหนักเบา แต่กระทำช้ามามากครั้ง
- **ป้องกันการหดยึด และข้อยึดติด** ด้วยการยืดกล้ามเนื้อ และทำให้กล้ามเนื้อหด-คลายได้ดี

ข้อสังเกต ทำกายบริหารท่าไหน วิธีใด ก็จะมีผลเช่นนั้น ตัวอย่างเช่น

- กายบริหารให้ข้อเคลื่อนไหว ได้ความคล่องตัวหรือพิสัยข้อ แต่ไม่ได้กำล้ง
- กายบริหารเพิ่มกำล้งกล้ามเนื้อ ได้กำล้งเพิ่มขึ้น แต่ไม่ได้ความทนทานต่อการล้า



- กายบริหารกล้ามเนื้อเหยียดข้อเข่า กล้ามเนื้อเหยียดข้อเข่าได้กำลังเพิ่มขึ้น กล้ามเนื้องอข้อเข่าไม่ได้

กรณีอัมพาต ขยับเคลื่อนไหวแขนหรือขาเองไม่ได้ ต้องอาศัยแรงกระทำจากภายนอก เช่น

- ใช้มือของตนเอง ขยับข้อเท้าที่เป็นอัมพาต ให้กระดกขึ้น-ลง
- ผู้อื่นทำให้ เช่น นักกายภาพบำบัด, ผู้ดูแล ช่วยขยับข้อต่าง ๆ
- เครื่องมือ เช่น จักรยานช่วยขยับขา



การกระตุ้นด้วยไฟฟ้า
ทำให้กล้ามเนื้อแขนหด-คลาย
และขยับข้อไหล่-ข้อศอกเคลื่อนไหว

ข้อสังเกต

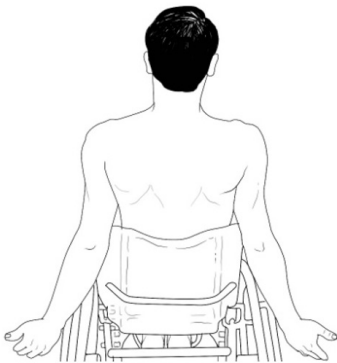
- หากไม่เจ็บ และข้อไม่ยึดติด ต้องขยับเคลื่อนไหวข้อให้สุด เช่น เขยียดสุด-งอสุด
- หากกล้ามเนื้อบาดเจ็บ ต้องรอให้ทุเลาก่อน แล้วจึงทำกายบริหารกล้ามเนื้อมัดนั้น ๆ ได้เต็มที่ เพื่อให้กลับมามีกำลังอีกครั้ง

กรณีอัมพฤกษ์ กล้ามเนื้อพอมีกำลังทำให้ข้อขยับได้

หากข้อเคลื่อนไหวได้เล็กน้อย ไม่สุดพิสัยข้อ ต้องช่วยให้ข้อเคลื่อนไหวจนสุด โดยอาศัยมือของตนเอง หรือของผู้อื่นช่วยขยับ

กายบริหารให้กล้ามเนื้อมีกำลัง กระทำได้ดังนี้

การเกร็งกล้ามเนื้อข้อไม่ขยับ เหมาะกับกล้ามเนื้อมีกำลังเล็กน้อย ข้อไม่เคลื่อนไหว



- เกร็งกล้ามเนื้อ ค้างไว้
นับ 1 ถึง 5 แล้วปล่อย
- ทำซ้ำ 10 ครั้งต่อ 1 ชุด
- 10 ชุดต่อรอบ
- 2 รอบต่อวัน

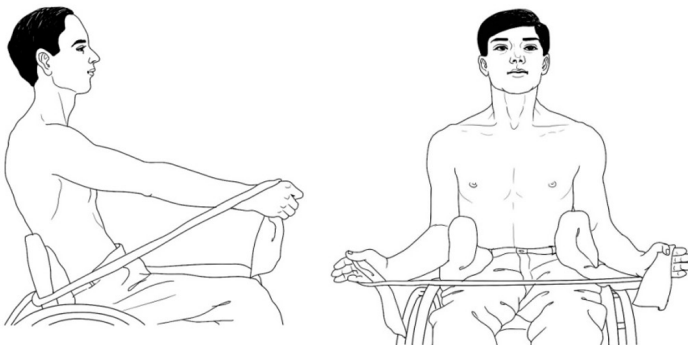
กายบริหารกล้ามเนื้อตึงสะบัก
เข้าหากันและเขยียดข้อไหล่



- ทำกายบริหารกล้ามเนื้อขณะที่ยืน อยู่ในท่าต่าง ๆ กัน เช่น เกร็งกล้ามเนื้อของข้อศอก ขณะงอ 30, 60, 90, 120 และ 140 องศา เพื่อให้กล้ามเนื้อทั้งหมดหดตัว
- เพิ่มจำนวนครั้งต่อชุด, จำนวนชุดต่อรอบ, จำนวนรอบต่อวัน ตามความเหมาะสม

กายบริหารต้านกับแรงกระทำภายนอก เมื่อกล้ามเนื้อเริ่มมีกำลังมากขึ้น ข้อเคลื่อนไหวต้านความโน้มถ่วงได้ และออกกำลังต้านแรงกระทำจากภายนอกได้ เช่น

- แรงต้านของนักกายภาพบำบัดหรือผู้ดูแล
- ต้มน้ำหนัก, ถ่วงทราย, แถบยางยืด, เป็นต้น



กายบริหารด้วยแถบยางยืด

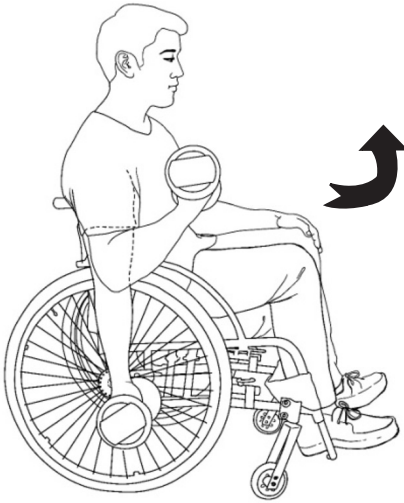
บริหารกล้ามเนื้อของข้อไหล่และ
เหยียดข้อศอก

บริหารกล้ามเนื้อหุบข้อไหล่,
หมุนข้อศอกออกและหุบสะบัก

ควรทำกายบริหารซ้ำ ๆ ไม่ใช่แรงเหวี่ยง เช่น

- มือถือดัมน้ำหนัก งอข้อศอกซ้ำ ๆ จนสุด → ค่อย ๆ เหยียดข้อศอกออกซ้ำ ๆ
- มือถือดัมน้ำหนัก งอข้อศอก → เหยียดข้อศอกออกตรงซ้ำ ๆ เมื่อเหยียดสุดแล้ว → ให้ข้อศอกงอซ้ำ ๆ

กายบริหารด้วยดัมน้ำหนัก



กล้ามเนื้อองข้อศอก
เริ่มจากข้อศอกเหยียด
→ งอข้อศอกจนสุด
→ ค่อย ๆ ปล่อยแขนลง
ซ้ำ ๆ จนข้อศอกเหยียด
เหมือนเดิม



กล้ามเนื้อเหยียดข้อศอก
เริ่มจากข้อศอกงอ

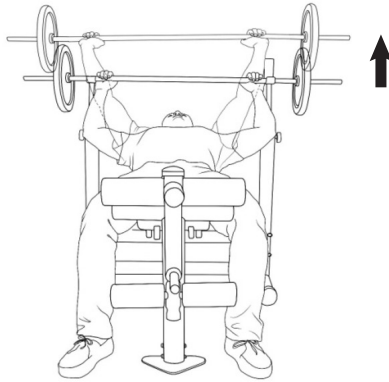
- เหยียดข้อศอกตรง
- ค่อยหย่อนแขนลงจนข้อศอกกลับมางอเหมือนเดิม

กล้ามเนื้อกางข้อไหล่
เริ่มจากแขนอยู่ข้างตัว

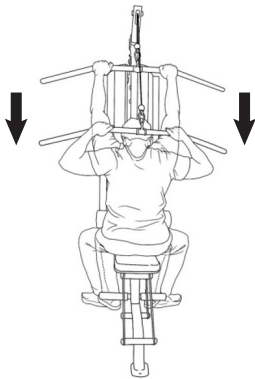
- กางแขนออกให้เสมอป่า
- ค่อย ๆ หย่อนแขนลงจนกลับมาอยู่ข้างลำตัวเหมือนเดิม



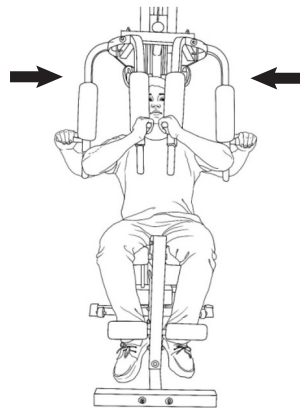
การบริหารโดยใช้อุปกรณ์/เครื่องมือออกกำลังกาย



กล้ามเนื้อเหยียดข้อศอกและกล้ามเนื้อหน้าอก



กล้ามเนื้อบ่า, สะบัก และ
ด้านหลังลำตัว



กล้ามเนื้อหน้าอก



การบริหารยืดกล้ามเนื้อ เพื่อให้กล้ามเนื้อไม่หดยึด และ ได้กำลังเต็มที่เมื่อหดตัว

กรณีใช้วีลแชร์เพื่อเคลื่อนที่ หรือ ใช้ไม้ยันเพื่อยืน
เดิน กล้ามเนื้อที่ถูกใช้งานมากมักหดยึด การยืดกล้ามเนื้อจึง
ทำให้กล้ามเนื้อกลับมามีประสิทธิภาพดีขึ้น



กล้ามเนื้อบ่า



กล้ามเนื้อสะบัก



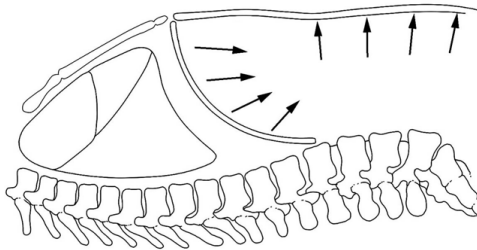
การบริหารยืดกล้ามเนื้อหน้าอก
หมุนล้อให้ตัวเบี่ยงออก
และรู้สึกตึงที่กล้ามเนื้อ

อุปสรรคต่อการออกกำลังกาย คือ

การหายใจบกพร่อง ที่ทำให้ความทนทานในการออกกำลังกายลดลง มักเกิดกับผู้ป่วยอัมพาตแขนขาสองข้างที่ **กล้ามเนื้อทรวงอก และกล้ามเนื้อหน้าท้อง** เป็นอัมพาต การหายใจและการไอขับเสมหะออกลำบาก จึงเสี่ยงต่อหลอดลมถูกอุดกั้น, ปอดติดเชื้อ และ ภาวะลมแพ็บ ดังนั้น เราจึงต้องเพิ่มประสิทธิภาพการหายใจด้วย **การทำกายบริหารกล้ามเนื้อกะบังลม** เพิ่มกำลังและความทนทานให้กล้ามเนื้อกะบังลม ที่เป็นกล้ามเนื้อช่วยหายใจเดียวที่เหลืออยู่ ดังนี้

ขณะนอนหงาย หรือ นอนกึ่งนั่ง หรือ นั่ง

- หายใจเข้า ท้องป่อง → กลั้นหายใจ นับในใจ 1 ถึง 3 → หายใจออก ท้องยุบ → ทำซ้ำ 10-20 ครั้งต่อรอบ
- วางถุงน้ำหนักหรือหนังสือเล่มโต ๆ ที่หน้าท้อง เพื่อเป็นแรงต้านขณะหายใจเข้า-ออก
- เพิ่มจำนวนครั้ง หรือ เพิ่มน้ำหนักต้าน เมื่อกล้ามเนื้อกะบังลมแข็งแรง/ทนทานขึ้น



กะบังลมหดตัวและเคลื่อนลง จึงดันให้หน้าท้องโป่งออก



- ใช้อุปกรณ์ฝึกหายใจเข้าลึก ๆ ช้า ๆ 1 ครั้งต่อนาที, 5 ครั้งต่อรอบ, 4 รอบต่อวัน

ข้อควรระวัง ไม่หายใจเข้าถี่ ๆ ติด ๆ กัน

หากไอขับเสมหะไม่ออก นักกายภาพบำบัดจะสอนให้ผู้ป่วยรู้จัก วิธีช่วยขับหรือระบายเสมหะออก ดังนี้

- เคาะปอด หรือ กดสันทรวงอก เพื่อให้เสมหะร่อนก่อนไอและขับเสมหะออก



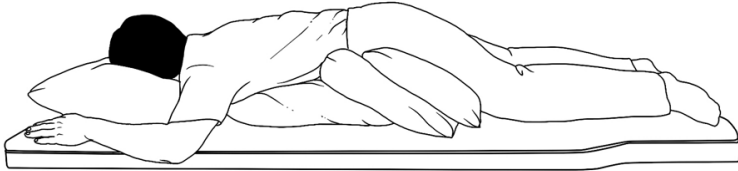
การเคาะปอด



การกดสันทรวงอก

- กดที่ทรวงอกหรือใต้ลิ้นปี่ขณะหายใจออก แต่ไม่ทำหลังกินอาหาร

- จัดท่าเพื่อระบายเสมหะออกจากหลอดลมและปอด



กรณีเสมหะอยู่ในปอดกลีบล่างด้านหลัง
จัดลำตัวให้เอียงลง เพื่อระบายเสมหะในหลอดลมออก

ข้อควรระวัง หากไม่ขยับข้อ ไม่ทำกายบริหาร จะเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตรายต่อชีวิต คือ **ภาวะลิ่มเลือดอุดตันหลอดเลือดดำ และ ลิ่มเลือดหลุดอุดตันหลอดเลือดปอด**

- ภาวะนี้เกิดในช่วง 2-3 เดือนแรกหลังบาดเจ็บ และเกิดที่ขา สังเกตได้จาก **ขาบวมข้างเดียว**
- ช่วงที่สงสัยภาวะลิ่มเลือดอุดตันหลอดเลือดดำ หยุดการขยับขาชั่วคราว จนกว่าหมอยืนยันการวินิจฉัย
- หากขาบวมข้างเดียวเกิดขึ้นภายหลังออกจากโรงพยาบาลแล้ว ปรึกษาหมอทันที

อนึ่ง การป้องกันภาวะลิ่มเลือดอุดตันหลอดเลือดดำกระทำได้โดยการพันขาหรือสวมถุงน่องยืด และทำกายบริหารขยับข้อต่าง ๆ เป็นประจำ

กรณีที่มีความเสี่ยง หมอจะพิจารณาใช้ยาละลายลิ่มเลือดร่วมด้วย



6. การยืนเดิน

การยืนเดิน เป็นกิจกรรมที่เรากระทำทุกวัน หลังบาดเจ็บสภาพร่างกายถดถอย แม้บางครั้งกล้ามเนื้อพอมีกำลัง แต่หากไม่ถูกใช้งาน ก็ลีบและอ่อนแรงลง

เมื่อขาไม่มีกำลัง ความวิตกกังวลย่อมเกิดขึ้น กลัวว่าจะเดินไม่ได้

เชื่อหรือไม่ ชายหนุ่มคนหนึ่ง ขาทั้งสองข้างเป็นอัมพาตสามารถยืนเดินได้ แต่รูปแบบการเดินไม่เหมือนเดิม ก่อนหน้านั้น เขาตั้งใจฝึกเพิ่มกำลังแขน จนในที่สุดใช้ไม้ยันรักแร้และอุปกรณ์พยุงขา กรณีนี้จึงเป็นอุทธาหรณ์ว่า **เมื่อใจสู้ กระบวนการฟื้นฟูสภาพที่หนักหน่วงก็ไม่ใช่ปัญหา**

กระบวนการเตรียมสภาพร่างกาย จึงเป็นขั้นตอนสำคัญ และเริ่มขึ้น ดังนี้

- **หัดยืนบนเตียงปรับยืน เพื่อปรับความดันเลือดไม่ให้ตกเมื่อยืนขึ้น** เพราะการนอนนานหลายสัปดาห์ส่งผลให้หน้ามืดเป็นลมเมื่อเริ่มลุกนั่งใหม่ ๆ
ดังนั้น ก่อนยืน ต้องไม่ให้เลือดคั่งในขาและช่องท้อง โดยการพันขาและท้องด้วยผ้ายืด หรือสวมถุงน่องยืด

- กินอาหารให้พอเพียงกับความต้องการของร่างกาย ได้แก่
 - เนื้อสัตว์, ตับ และถั่ว เพื่อเสริมสร้างกล้ามเนื้อและบำรุงเลือด
 - ข้าวและแป้ง เพื่อใช้เป็นพลังงานสำหรับการออกกำลังกาย
- ทำกิจกรรมต่าง ๆ ที่ทำได้ด้วยตนเอง เช่น กินข้าว, ล้างหน้าและแปรงฟัน, ขยับพลิกตัวเอง หากไม่มีข้อห้าม
- กายบริหารโดยการเกร็งกล้ามเนื้อรอบคอและข้างสันหลัง เมื่ออาการเจ็บปวดที่กระดูกสันหลังทุเลา เพื่อให้กล้ามเนื้อมีกำลังและควบคุมกระดูกสันหลังให้ทรงท่าและเคลื่อนไหวได้ในภายหลัง



กายบริหารเกร็งกล้ามเนื้อเนื้อสันหลัง, สะบักและข้อไหล่ โดยกดศีรษะลงกับพื้น, ดึงสะบักเข้าหากัน และเหยียดข้อไหล่

- กายบริหารขยับข้อต่าง ๆ เป็นประจำเพื่อไม่ให้ข้อยึดติด โดยทำเองหรือผู้อื่นทำ



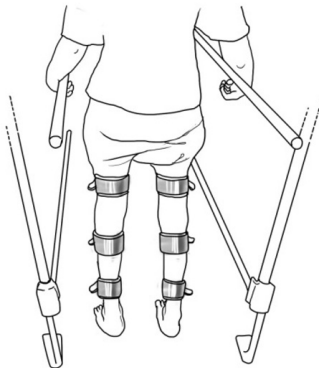
หากความดันเลือดไม่ตกเมื่อยืนขึ้น ลำดับต่อไปคือ

- ฝึกยืนในราวคู
- เพิ่มกำลังกล้ามเนื้อที่ช่วยพยุงตัวยืน

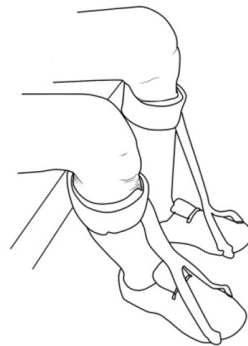
กรณีอัมพาต/อัมพฤกษ์ครึ่งล่าง จำเป็นต้องใช้ **อุปกรณ์พยุงขา** ให้ข้อเข่าเหยียด, ใช้แขนช่วยพยุงตัวยืน โดยอาศัยกล้ามเนื้อบ่า, ข้อไหล่, ต้นแขน ข้อมือและมือ

กรณีอัมพฤกษ์แขนขาสองข้าง กล้ามเนื้อขาและแขน บางมัดพอมีกำลัง

- หากมีกำลังเหยียดข้อเข่าตรง ไม่จำเป็นต้องใช้ อุปกรณ์พยุงขา
- หากไม่มีกำลัง ต้องใช้อุปกรณ์พยุงขาให้เข่าเหยียด โดยระยะแรกนักกายภาพบำบัดจะช่วยพยุงตัว



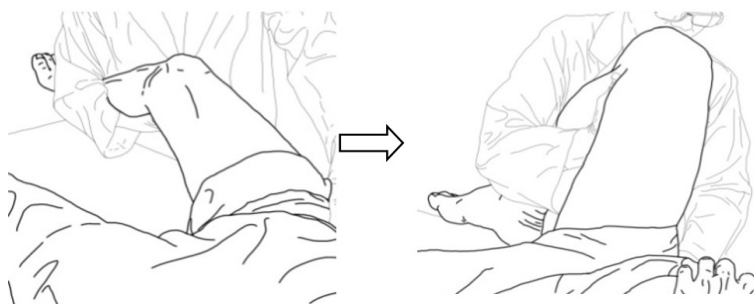
อุปกรณ์พยุงขาให้เข่าเหยียด



อุปกรณ์พยุงเท้า กันเท้าตก

หากกล้ามเนื้อขาพอมีกำลัง ทำกายบริหารเพิ่มกำลังกล้ามเนื้อ ต่อไปนี้

- กล้ามเนื้อข้อสะโพก ที่ใช้ก้าวเดิน
 - ท่านอนหงาย เริ่มจากงอข้อเข่าเล็กน้อย → ยกเข่าขึ้นให้ชิดอก
 - ท่านั่ง ยกเข่าขึ้นที่ละข้าง
 - ท่ายืน ยกเข่าขึ้นที่ละข้าง (ดีเข่า)



- กล้ามเนื้อเหยียดข้อสะโพก
 - ท่านอนหงาย จับเข่าอและตั้งขึ้น จากนั้นยกกันขึ้นค้างไว้ → ค่อย ๆ หย่อนกันลงช้า ๆ แล้วทำซ้ำ
 - ท่านั่ง ใช้เบาะรองกัน → ลุกยืน หากทำไม่ได้ ใช้มือจับยึดราวสูง → ดึงตัวขึ้นยืน

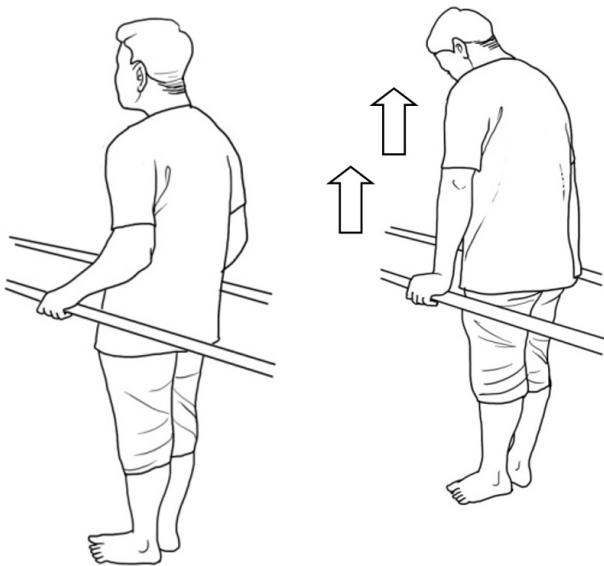


- กล้ามเนื้อเหยียดข้อเข่า
 - ท่านอนหงาย งอเข่า → เหยียดเข่า
 - ท่านั่ง เหยียดเข่าตรง
 - ทำยีน จากยีนย่อเข่า → เหยียดตรง



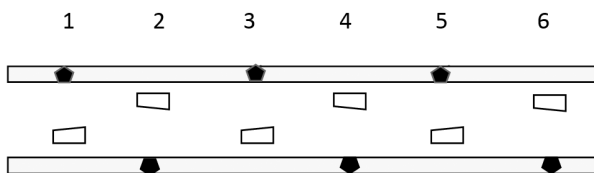
นอกจากนี้ นักกายภาพบำบัดจะให้ผู้ป่วย

- ฝึกลุกยีน โดยในช่วงแรก นั่งบนเบาะหรือหมอนหนุนให้ข้อสะโพกอยู่สูงกว่าข้อเข่า เพื่อให้การลุกยีนง่ายขึ้น
- ฝึกเพิ่มกำลังแขนขณะยีนในราวคู่ โดยเฉพาะคนที่ต้องใช้ไม้ยันเพื่อยีนเดิน
 - ฝึกดึงตัวไปข้างหน้า เมื่อตึงมือไว้ที่ราวคู่ อาศัยกล้ามเนื้อแผ่นหลังดึงลำตัวมาข้างหน้า ค้างไว้ → ค่อย ๆ กลับสู่ท่าตั้งต้นเดิม
 - ยกตัวขึ้น ให้เท้าลอยพ้นพื้น → หย่อนตัวลงช้า ๆ (เหมือนเล่นยิมนาสติก) เพื่อช่วยเพิ่มกำลังกล้ามเนื้อขาและแขน



การฝึกเดินในราวคู่ มีหลายแบบ เช่น

- หัดเดินรูปแบบปกติ ก้าวขาขวาพร้อมกับแกว่งแขนซ้าย เพื่อให้ทรงตัวได้สมดุลไม่ล้ม

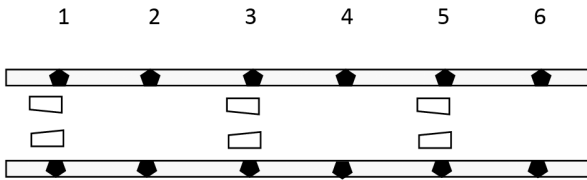


การเดินในราวคู่ สลับข้าง มือขวา → เท้าซ้าย, มือซ้าย → เท้าขวา

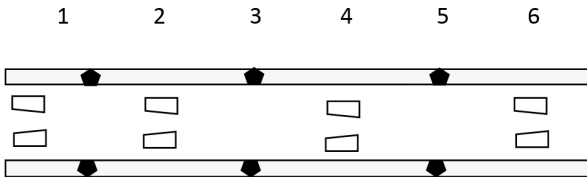


หากกล้ามเนื้อแขนมีกำลังและสามารถยกตัวขึ้นแล้ว
 เหยียดตัวไปข้างหน้าได้ หัดเดินรูปแบบถัดไป 2 แบบ คือ

- เหยียดลำตัวไปข้างหน้า ให้เท้าทั้งสองข้างวางบนพื้น
เสมอมือที่จับราว
- เหยียดลำตัวไปข้างหน้า ให้เท้าทั้งสองข้างวางที่พื้น
ล้ำหน้ามือที่จับราว



การเดินในราวคู่ เคลื่อนมือไปก่อน จากนั้นจึงเหยียดตัวไปข้างหน้า
 วางเท้าเสมอระดับมือ



การเดินในราวคู่ เคลื่อนมือไปก่อน จากนั้นเหยียดตัวไปข้างหน้า
 วางเท้าให้ล้ำหน้าระดับมือ

ระวังภายหลัง เมื่อเหยียดตัวล้ำหน้ามากเกินไป

การฝึกเดินนอกราวคู่นักกายภาพบำบัดมักเลือกอุปกรณ์ช่วยเดินให้ผู้ป่วย เช่น

วอคเกอร์ หรือ เครื่องช่วยพยุงเดินสี่ขา

- **ข้อดี** วอคเกอร์มีฐานรับน้ำหนักกว้างและมั่นคงกว่า ไข่ม้วนหรือไม้เท้า
- **ข้อด้อย**
 - ช่วงก้าวเดินสั้น ก้าวขาไปข้างหน้าแค่เสมอขอบหน้าของวอคเกอร์
 - ลำตัวเอียงไปข้างหน้า กล้ามเนื้อเหยียดข้อสะโพกจึงไม่ถูกใช้งาน
 - ข้อสะโพกอาจยึดติดในท่าอง
 - ช่วงขยับยกวอคเกอร์ อาจหงายหลัง หากการทรงตัวยืนไม่มั่นคง



เดินด้วยวอคเกอร์



เดินโดยใช้วีลแชร์



หากการทรงตัวยังไม่ดีพอ ต้องใช้อุปกรณ์ช่วยเดินอื่น
เช่น

- เครื่องช่วยพยุงเดินชนิดมีล้อ เฉพาะ 2 ล้อหน้า หรือ 4 ล้อ ทั้งนี้ เราอาจใช้วีลแชร์แทนเครื่องช่วยพยุงเดินสี่ขา แต่ดีกว่าเพราะมีล้อทำให้เคลื่อนที่ได้โดยไม่ต้องยกเครื่องช่วยพยุงเดิน
- เครื่องพยุงตัวเดิน ที่ถูกนำมาใช้พยุงตัวผู้ที่ทรงตัวไม่ดี และขาไม่กำลังพอที่จะยืนเดินได้ ทั้งนี้ ช่วยทำให้เดินได้บนพื้นราบ หรือ บนสายพานเลื่อน



การใช้เครื่องช่วยพยุงตัวเดิน
บนสายพานเลื่อน



การเดิน
บนสายพานเลื่อน

- **ไม้ยัน** เหมาะกับผู้ที่ทรงตัวยืนมั่นคงพอควร กำลังแขนขาและลำตัวแข็งแรงพอควร ทั้งนี้ไม้ยันที่นิยมใช้มี 2 ชนิด คือ
 - **ไม้ยันรักแร้** ใช้กับผู้ที่ลำตัวมั่นคงน้อย
 - **ไม้ยันแขนท่อนปลาย** ใช้กับผู้ที่ลำตัวแข็งแรงมั่นคง

ข้อสังเกต

- ปัจจุบันในต่างประเทศ มีการใช้**อุปกรณ์พยุงขาที่ควบคุมด้วยระบบคอมพิวเตอร์** ทำให้ผู้ที่เป็นอัมพาตครึ่งล่างกลับมายืนเดินได้อีกครั้ง แต่ต้องใช้ไม้ยันแขนท่อนปลายช่วยทรงตัวเดิน

การฝึกเดินด้วยหุ่นยนต์ช่วยเดิน ที่ควบคุมด้วยระบบคอมพิวเตอร์ เริ่มมีใช้แล้วในบ้านเรา ทำให้ผู้หัดเดินสามารถเดินได้จำนวนก้าวมากกว่าเมื่อเดินบนพื้นราบ และหุ่นแรงนักกายภาพบำบัด

ทั่วไปหุ่นยนต์ช่วยเดินประกอบด้วย 3 ส่วนหลัก คือ

- ส่วนพยุงตัวขึ้น
- ส่วนพยุงขาให้ก้าว
- สายพานเลื่อน

บางชนิดไม่มีสายพานเลื่อน แต่มีที่วางเท้าและระบบควบคุมที่ช่วยยกเท้าขึ้นสลับข้างเหมือนการก้าวเดิน



ข้อสังเกต

- หากไม่มีหุ่นยนต์ช่วยฝึกเดิน ใช้เครื่องช่วยพยุงตัว และ/หรือ สายพานเลื่อน ฝึกผู้ป่วยก้าวเดิน โดยมี นักกายภาพบำบัด และ/หรือผู้ดูแลช่วยขยับขาที่มี กำลังไม้พอที่จะก้าวเดิน
- การพยายามก้าวเดินเอง มีแนวโน้มทำให้ระบบ ประสาทไขสันหลังฟื้นมากกว่าการใช้หุ่นยนต์ช่วย เดิน
- ทักษะของผู้บำบัด และความตั้งใจอย่างแน่วแน่ของ ผู้หัดเดิน สำคัญกว่าเครื่องมือหรืออุปกรณ์ที่ทันสมัย
- หากฝึกแล้ว กล้ามเนื้อขาไม่ฟื้น เดินด้วยตนเองไม่ได้ เราคงต้องยอมรับ และหาหนทางอื่นเพื่อให้ เคลื่อนที่ได้

**จงรู้ว่า
แม้เดินไม่ได้ แต่เราก้าวหน้าได้**

7. การเคลื่อนที่ด้วยวีลแชร์

วีลแชร์ หรือ ล้อเข็น หรือ เก้าอี้ล้อ หรือ รถนั่งคนพิการ ถูกใช้แพร่หลายเพื่อช่วยเคลื่อนย้ายผู้ป่วยในโรงพยาบาล

หลายคนรังเกียจวีลแชร์ เพราะเห็นว่าวีลแชร์เป็นเครื่องหมายของความพิการ แต่หากถามว่า ถ้าต้องเดินไกลหลายกิโลเมตร เราจะเดินหรือขี่จักรยานหรือขับรถยนต์ เชื่อว่าส่วนใหญ่ชอบความสะดวกสบาย ถ้าจักรยานหรือขับรถยนต์ได้ คงเลือกจักรยานหรือรถยนต์แทนการเดิน

ดังนั้น เมื่อเดินลำบาก แต่อยากไปไหนมาไหนได้ วีลแชร์จึงเป็นคำตอบที่เหมาะสมที่สุด

วีลแชร์ มีลักษณะคล้ายเก้าอี้ที่มีล้อ ประกอบด้วย

- **โครง** ทำด้วยโลหะหรืออัลลอยด์, พับได้ หรือพับไม่ได้, ด้านหลังมีที่จับสำหรับผู้อื่นช่วยเข็นดันวีลแชร์ให้เคลื่อนที่
- **ล้อหน้า** ขนาดเล็ก หมุนได้รอบ และมีเส้นผ่าศูนย์กลาง ตั้งแต่ 4 นิ้ว ถึง 10 นิ้ว
- **ล้อหลัง** ขนาดใหญ่กว่า เป็นวงเหล็กหรือพลาสติกแข็ง เส้นผ่าศูนย์กลาง 24 นิ้ว หรือ 26 นิ้ว เป็นตัวขับเคลื่อนให้วีลแชร์เคลื่อนไปข้างหน้าหรือถอยหลัง หรือเลี้ยวซ้าย-ขวา



- **พนักพิงและที่รองนั่ง** ทำด้วยหนังเทียม, พลาสติก หนาหรือผ้าใบ บางชนิดปรับพนักพิงให้เอนได้ หรือพับได้
- **เท้าแขน** มี 2 ข้าง บางชนิดขยับไม่ได้, บางชนิดโยกพับขึ้นได้, ดึงออกได้
- **ที่วางเท้า** มีหลายชนิดเช่นกัน เช่น ปรับไม่ได้, บางชนิดปรับได้ - หมุนออก, ปลดออก, พับขึ้นได้
- **ห้ามล้อ หรือ เบรค** อยู่หน้าต่อล้อหลังเพื่อล้อคล้อ บางคันมีห้ามล้ออยู่ด้านหลังด้วยเหมือนเบรคจักรยานทำให้คนช่วยเข็นห้ามล้อได้เมื่อต้องการ



วีลแชร์ขนาดเหมาะสมพอดีตัวผู้ใช้

ก่อนเลือกวีลแชร์ อยากให้ลองนั่ง และเปรียบเทียบ วีลแชร์ กับ รถยนต์

- **รถเก๋งคันใหญ่ ๆ** นั่งสบาย มีอุปกรณ์พิเศษเพื่ออำนวยความสะดวกมากมาย มักเป็นรถยนต์ของผู้บริหารที่มีคนอื่นขับรถให้นั่ง
เช่นกัน วีลแชร์คันใหญ่ที่มีส่วนประกอบอำนวยความสะดวกหลายอย่าง จึงหนัก เทอะทะ และอาจต้องอาศัยผู้อื่นช่วยเข็น
- **รถสปอร์ต** เป็นรถขนาดเล็ก, ขับเคลื่อนเร็ว และคล่องตัว
เช่นกัน วีลแชร์รุ่นสปอร์ต ซึ่งมีขนาดพอดีตัว, น้ำหนักเบา, เกาะผิวถนอม และขับเคลื่อนได้คล่อง จึงเป็นวีลแชร์ที่เหมาะสมสำหรับคนที่มีกำลังแขน, ต้องการเคลื่อนที่เร็ว, ทรงตัวดี และยกล้อหน้าขึ้นได้ง่าย

ปัจจุบันคนไทยทุกคนมี สิทธิรักษาพยาบาล ได้แก่ หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า, ประกันสังคม, ข้าราชการ หรือ รัฐบาลวิสาหกิจ หากมีความจำเป็นต้องใช้วีลแชร์ มีสิทธิเบิกซื้อได้ วงเงินไม่เกิน 6,000 บาท

- หากซื้อวีลแชร์ราคาสูง เช่น วีลแชร์สปอร์ต, วีลแชร์ที่ปรับเข้าได้กับความพิการ ผู้ซื้อต้องรับผิดชอบจ่ายส่วนเกินเอง
- หากทำความสะดวกเป็นประจำ วีลแชร์ควรมีอายุใช้งานไม่น้อยกว่า 5 ปี



- ถ้าส่วนประกอบชำรุด ซ่อมหรือเปลี่ยนอะไหล่ใหม่ แต่หากวีลแชร์ชำรุด ซ่อมไม่ได้แล้ว ต้องนำมาให้หมอพิจารณาประกอบการสั่งซื้อคันใหม่

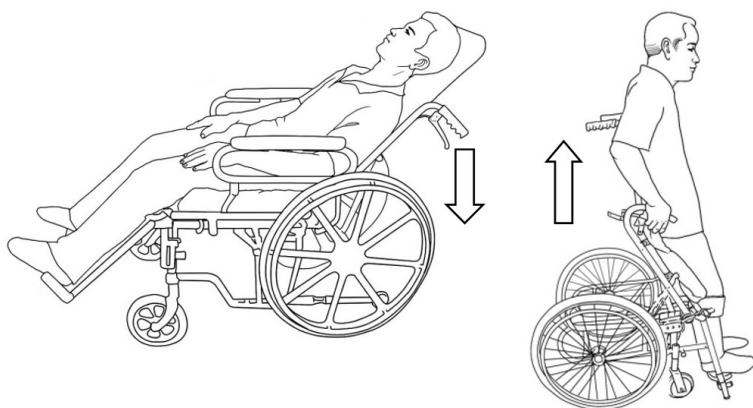
กรณีอุบัติเหตุทางคมนาคม ผู้พิการมีสิทธิขอวีลแชร์ โดยยื่นเรื่องที่กรมการขนส่งทางบก พร้อมเอกสารประกอบการพิจารณา ได้แก่ ใบรับรองแพทย์ว่าสภาพร่างกายมีความพิการ และใบแจ้งความที่ยืนยันว่าเคยได้รับอุบัติเหตุทางคมนาคมที่เป็นเหตุทำให้พิการ

ดังนั้น เพื่อช่วยการตัดสินใจ หมอหรือทีมฟื้นฟูจะให้คำแนะนำว่าวีลแชร์ชนิดใดเหมาะสม และสมควรมีลักษณะหรือส่วนประกอบพิเศษอะไรบ้าง ส่วนการตัดสินใจขึ้นกับผู้ใช้และผู้จ่ายค่าวีลแชร์ แต่บางครั้งผู้ใช้ไม่มีโอกาสเลือก เพราะมีผู้บริจาคให้หรือ โรงพยาบาลจัดสรรให้

วีลแชร์ที่เหมาะสม ควรมีคุณลักษณะ ดังนี้

- น้ำหนักเบา, ขับเคลื่อนง่าย และขนย้ายสะดวก
- คงทนต่อการใช้งาน, ไม่ชำรุดง่าย หากชำรุด ซ่อมหรือหาอะไหล่ได้ง่าย
- ขนาดพอดีตัว เมื่อนั่ง เหลือช่องว่างข้างตัว ข้างละประมาณ 1/2 ถึง 1 นิ้ว
- ที่รองนั่งไม่สูงหรือต่ำ เมื่อนั่ง (รวมเบาะถ้ามี) แล้วทึงแขนไว้ข้างตัว และข้อศอกงอ 30-45 องศา มือจะอยู่ที่จุดสูงสุดของวงล้อ

- ปรับได้ตามความจำเป็นของผู้ใช้ เช่น
 - เอาเท้าแขนออกได้
 - ปรับยกที่วางเท้าขึ้นได้
 - เหยียงและ/หรือปลดที่วางขาและเท้าออกได้
 - ปรับเอียงพนักพิงลงได้



ข้อสังเกต ปัจจุบันมี **วีลแชร์ชนิดปรับย่นได้** สำหรับผู้ที่ต้องการยืนหรือจำเป็นต้องยืนทำงาน มีทั้งชนิดปรับย่นด้วยแรงมือบีบและเหยียดศอก และชนิดควบคุมด้วยไฟฟ้า หรือด้วยระบบไฮดรอลิก

กรณีกล้ามเนื้อแขนและมือมีกำลังน้อย หมุนล้อเองลำบาก ดังนั้น เพื่อให้หมุนล้อได้สะดวกขึ้น

- เพิ่มปุ่มหรือปมที่วงล้อหมุน
- ใช้วีลแชร์ที่มีน้ำหนักเบา



- ล้อหลังมีผิวหน้ากว้างและมีดอกยาง
- ใช้วีลแชร์ที่ขับเคลื่อนด้วยมอเตอร์ไฟฟ้า

ข้อสังเกต ก่อนสั่งซื้อวีลแชร์ ผู้ใช้ควรมีโอกาสทดลองใช้วีลแชร์ที่มีลักษณะตามที่ต้องการก่อน

การฝึกทักษะวีลแชร์ขั้นพื้นฐาน หมายถึง การฝึกใช้วีลแชร์ภายในบ้าน ได้แก่

- เคลื่อนวีลแชร์บนพื้นราบ เดินหน้า-ถอยหลัง
- บังคับเลี้ยวซ้าย-ขวา ขณะเคลื่อนวีลแชร์ไปข้างหน้า-ถอยหลัง
- หมุนวีลแชร์ในวงแคบ
- เคลื่อนวีลแชร์ข้ามธรณีประตู
- ล็อคและปลดล็อคเบรคหรือห้ามล้อ
- ยกเท้าแขนออก และใส่กลับเข้าที่
- ยกที่วางขาและเท้าออก และใส่กลับเข้าที่
- พับที่วางเท้าขึ้น-ลง
- เคลื่อนย้ายตัวออก และกลับขึ้นนั่งบนวีลแชร์
- เปิดประตู แล้วเคลื่อนวีลแชร์ผ่านเข้า-ออก
- เอื้อมหยิบของที่อยู่บนพื้นด้านหน้า, ที่อยู่บนโต๊ะด้านข้าง และที่อยู่บนชั้น
- ยกหรือโยกตัวเพื่อลดแรงกดทับที่ปุ่มกระดูกบริเวณก้นและป้องกันแผลกดทับ

ทักษะการใช้วีลแชร์ขั้นสูง หมายถึง ทักษะที่จำเป็นสำหรับการใช้วีลแชร์ในชุมชน

หากต้องการเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน-สังคม นักกายภาพบำบัดจะฝึกทักษะขั้นสูงให้ โดยต้องฝึก 3-5 ครั้ง ๑ ละชั่วโมง จึงจะทำได้ ดังนี้

- พับและกางวีลแชร์
- เคลื่อนวีลแชร์
 - ข้ามถนน
 - ข้ามพื้นผิวต่างระดับ
 - ขึ้น-ลงทางลาดเอียง
 - บนพื้นขรุขระ เป็นหลุมเป็นบ่อ
- ยกล้อหน้าขึ้น
 - ขณะวีลแชร์อยู่นิ่ง
 - ขณะเคลื่อนวีลแชร์
 - ไปข้างหน้าและถอยหลัง
 - ลงทางลาดหรือพื้นต่างระดับ

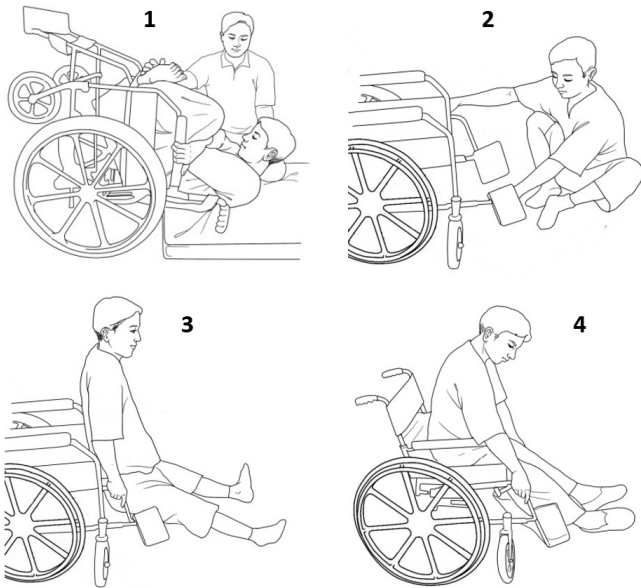


จากการศึกษาพบว่า ส่วนใหญ่ไม่สามารถเคลื่อนวีลแชร์ขึ้นข้ามพื้นต่างระดับสูง ๆ เพราะวีลแชร์ที่ใช้มีขนาดใหญ่และมีน้ำหนักมากเกินไป



ผู้ที่สามารถยกล้อหน้าข้ามธรณีสูง หรือ ขึ้นทางลาด
เอียงได้ต้องระวัง วีลแชร์หงายหลังล้ม กรณีเช่นนี้

- ติดตั้งอุปกรณ์กันวีลแชร์หงายหลังล้ม ที่โครง
วีลแชร์ช่วงล่างด้านหลัง
- ควรฝึกทักษะล้ม แล้วลุก จากนั้นจึงกลับขึ้นนั่งบน
วีลแชร์



การฝึกล้มและลุก

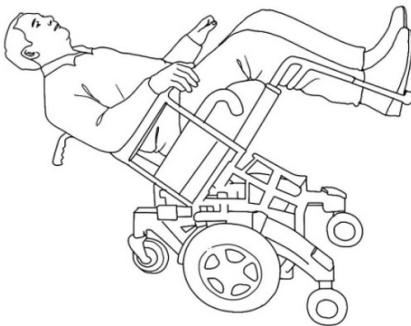
เมื่อล้ม → ออกจากวีลแชร์ → ลุกนั่ง → กลับขึ้นวีลแชร์

การฝึกหงายหลังล้ม
แล้วให้มือยันพื้น
เพื่อให้ปลอดภัย



วีลแชร์ชนิดขับเคลื่อนด้วยมอเตอร์ไฟฟ้า เหมาะสำหรับคนที่แขนไม่มีกำลังขับเคลื่อนวีลแชร์

วีลแชร์ประเภทนี้ ส่วนใหญ่มีโครงสร้างเหมือนวีลแชร์ทั่วไป แต่บางชนิดมีโครงสร้างพิเศษ และมีคุณลักษณะพิเศษ เช่น ปรับย่นได้, ปรับที่นั่งใหเอนหลัง, ปรับพนักพิงใหเอนนอนได้ เป็นต้น ขึ้นกับความต้งการของผู้ใช้ แต่ยังมีคุณสมบัติพิเศษมาก ยังมีราคาแพง ดังนั้น ก่อนตัดสินใจซื้อ ควรคำนึงถึง ความจำเป็น, การใช้งานจริง และ บริการหลังการขาย



วีลแชร์ไฟฟ้าปรับที่นั่งใหเอนหลังได้ ไซในกรณีความดันเลือดตก หรือต้องการลดแรงกดที่ปุ่มกระดูกสัน

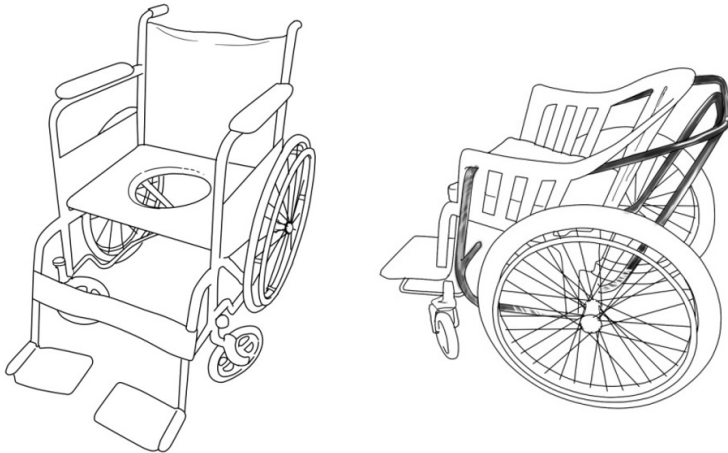


เก้าอี้ล้อชนิดอื่น ที่อาจจำเป็นต้องใช้ เช่น

เก้าอี้ล้อสำหรับนั่งถ่าย-อาบน้ำ มีลักษณะ ดังนี้

- โครงเหล็กไม่เป็นสนิม ส่วนใหญ่พับไม่ได้ บางชนิดเอาแผ่นรองนั่งออกแล้วพับได้
- มีรูตรงกลางแผ่นรองนั่ง
- มี 4 ล้อ หากทั้ง 4 ล้อ มีขนาดเล็กต้องอาศัยคนอื่นช่วยเข็น แต่ถ้าล้อหลังมีขนาดใหญ่ ผู้ใช้หมุนล้อให้เคลื่อนที่ได้เอง

ข้อควรระวัง วีลแชร์มีโครงเป็นเหล็กจะเป็นสนิมเมื่อถูกน้ำ จึงไม่ควรใช้อาบน้ำ



รูปซ้าย เป็นเก้าอี้ล้อสำหรับนั่งถ่าย-อาบน้ำ ส่วนรูปขวาเป็นการดัดแปลงเอาเก้าอี้พลาสติกวางบนโครงวีลแชร์เพื่อใช้นั่งอาบน้ำ หรือแทนวีลแชร์ แต่ต้องระวังการเกิดแผลกดทับหากนั่งนาน

เมื่อใช้วีลแชร์มานานหลายปี ผู้ใช้อาจมีอาการปวดมือและแขน ที่มักเกิดจากภาวะแทรกซ้อน เช่น

- เส้นประสาทถูกกดอัดในอุโมงค์ข้อมือ
- ข้อไหล่เสื่อม เป็นต้น

การป้องกัน ผู้ใช้วีลแชร์ควรปฏิบัติ ดังนี้

- ใช้แผ่นไม้ผิวหน้าสีนวางพาดระหว่างเตียงและวีลแชร์เพื่อหนุนแรงขณะเคลื่อนย้ายตัว
- ใช้วีลแชร์ที่มีน้ำหนักน้อย
- หมั่นสูบยางล้อ ไม่ปล่อยให้แบน
- หลีกเลี่ยงการเคลื่อนย้ายตัวต่างระดับ

การปรับพฤติกรรม ทำให้อาการปวดชาทุเลา เช่น

- ใช้เครื่องหนุนแรง เช่น
 - แผ่นไม้ผิวหน้าสีนช่วยเคลื่อนย้ายตัว
 - เครื่องซักผ้าแทนการซักด้วยมือ
 - ถุงมือช่วยหมุนล้อ
- ไม่กำมือแน่นขณะหมุนล้อ
- ปรับวิธีลดแรงกดที่ปุ่มกระดูก เช่น
 - แบบมือยันยกตัวขึ้น แทนกำมือ
 - โยกดตัว-เอียงตัว แทนการยกตัว
- ลดปริมาณอาหารที่กิน เพื่อควบคุมน้ำหนักตัวไม่ให้มากเกินไปหรืออ้วน



การรักษาเบื้องต้น เช่น

- กรณีอักเสบและปวด กินยาแก้อักเสบ, ยาแก้ปวด
เป็นต้น
- กรณีเส้นประสาทถูกกดอัดที่อุโมงค์ข้อมือ กินยา
บํารุง และใส่อุปกรณ์พยุงข้อมือขณะพักหรือนอน
เป็นต้น

หากอาการไม่ทุเลา หมอจะแนะนำ

- **การตรวจพิเศษ** เพื่อยืนยันการวินิจฉัย เช่น
 - การตรวจไฟฟ้าวินิจฉัย เมื่อสงสัยเส้นประสาทถูก
กดอัดในอุโมงค์ข้อมือ
 - ถ่ายภาพรังสี เมื่อสงสัยข้อไหล่เสื่อม
- **การรักษาด้วยการผ่าตัด** เช่น
 - กรีดเอ็นรั้งที่ข้อมือเพื่อลดการกดอัดในอุโมงค์
ข้อมือ
 - เปลี่ยนข้อไหล่หากข้อเสื่อมมาก เป็นต้น

8. การดูแลตนเอง

การดูแลตนเอง ถือเป็นส่วนหนึ่งของชีวิตประจำวัน และเป็นกิจส่วนตัว โดยเราได้เรียนรู้การดูแลตนเองที่ละเอียดที่ละน้อย ตั้งแต่เด็ก จนในที่สุดดูแลตนเองได้ ไม่ต้องให้คนอื่นช่วย เช่น

- ใช้ช้อนกินข้าว
- สวมใส่-ถอดเสื้อผ้า และรองเท้า
- ล้างหน้าแปรงฟัน
- ล้างก้นหลังขับถ่าย
- อาบน้ำ เป็นต้น

เมื่อเจ็บป่วย ความสามารถดูแลตนเองถูกจำกัดเพราะสภาพร่างกายไม่เอื้อ

หากความเจ็บป่วยทุเลาแล้วแต่ความสามารถดูแลตนเองยังจำกัด ผู้ป่วยต้องได้รับการฟื้นฟูสภาพให้ความสามารถดังกล่าวกลับคืนมามากที่สุด เท่าที่สภาพร่างกายจะอำนวย

ช่วงสัปดาห์แรก ๆ หลังบาดเจ็บ ต้องนอนรักษากระดูกสันหลัง ต่อเมื่อหมออนุญาตให้นั่งได้แล้ว

- พยาบาลจะใส่อุปกรณ์พยุงลำตัวให้ผู้ป่วยก่อนลุกนั่ง เพื่อเสริมความมั่นคงให้กระดูกสันหลังที่บาดเจ็บ
- เริ่มจากนั่งพิงบนเตียง ก่อนลุกออกจากเตียง



เมื่อนั่งบนเตียงครั้งแรก ผู้ป่วยส่วนใหญ่นั่งไม่ได้นาน เพราะ

- **เจ็บที่กระดูกสันหลัง** ดังนั้น เพื่อให้อาการเจ็บทุเลา
 - นั่งพิงบนเตียง, ข้อสะโพก-ข้อเข่างอ
 - ใส่อุปกรณ์พยุงลำตัว/คอ
 - ปรับการนั่งให้นานขึ้นทีละน้อย

- **ความดันเลือดตกเมื่อลุกนั่ง** ทำให้เกิดอาการตาลาย, วิงเวียน, หน้ามืด, เป็นลม ดังนั้น เพื่อให้เลือดไหลเวียนไปสู่สมองอย่างพอเพียง
 - พันขาดด้วยผ้ายืด หรือ สวมถุงน่องยืด และพันรัดท้องเพื่อลดเลือดคั่งในขาและท้อง
 - ปรับจากนอนเป็นนั่ง ให้ศีรษะสูงขึ้นทีละน้อย จนศีรษะสูง 60-70 องศา

เมื่อความดันเลือดไม่ตก จึงฝึกนั่งกินข้าว

การนั่งกินข้าว เป็นกิจวัตรประจำวันลำดับแรกที่สามารถทำได้เอง ครั้งแรกอาจลุกทุกุเล นักกิจกรรมบำบัดจะช่วยฝึกให้จงพยายามทำต่อไป อย่าท้อ

- หากมือจับช้อนไม่ได้ ใช้**เครื่องตามมือ**เพื่อยึดช้อน จะทำให้ตักข้าวกินได้เอง
- หากยกแขนไม่ขึ้น วางแขนบนโต๊ะที่ปรับระดับสูงขึ้นได้ จะทำให้กินข้าวสะดวกขึ้น

ข้อสังเกต

- หากกล้ามเนื้ออกข้างข้อไหล่ที่ช่วยยกแขนขึ้น, กล้ามเนื้ออกข้อศอก ที่ทำให้มือถึงปาก และกล้ามเนื้อนิ้วมือที่ทำให้จับข้อนิ้วได้ พอมีกำลัง ต้องพยายามทำกิจกรรมต่าง ๆ ด้วยตนเอง หรือฝึกออกกำลังเพื่อเพิ่มกำลังกล้ามเนื้อ อีกทั้งทำให้ข้อไหล่, ข้อศอก, ข้อมือ และข้อนิ้วมือ ไม่ติดยึด

เมื่อได้อุปกรณ์พยุงลำตัวแล้ว และความดันเลือดไม่ตกเมื่อลุกนั่ง จึงลุกออกจากเตียงมาห้อยฝึก เพื่อหดทรงตัวทำนั่ง, ฝึกเปลี่ยนท่าจากนอนเป็นนั่ง, ฝึกเคลื่อนย้ายตัวบนเตียง, ย้ายตัวจากเตียงไปวีลแชร์ และจากวีลแชร์ไปโถส้วม

การฝึกทรงตัวทำนั่ง อาจลำบากหากกล้ามเนื้อลำตัวอ่อน ประกอบกับมีกล้ามเนื้อต้นขาด้านหลังหดยึดที่เป็นอุปสรรค ทำให้ขณะนั่งเหยียดขา ลำตัวเอียงล้มไปข้างหลัง

ดังนั้น นักกายภาพบำบัดและนักกิจกรรมบำบัดจะให้การบำบัดร่วมกันเพื่อให้ผู้ป่วยนั่งทรงตัวได้ โดย

- **ยืดกล้ามเนื้อต้นขาด้านหลัง** นอนหงายและยกขาขึ้นตรง ๆ จนรู้สึกตึง แล้วค้างไว้ นับ 1 ถึง 10 ทำซ้ำ 5 ถึง 10 ครั้ง เช้า-บ่าย
- **เพิ่มกำลังกล้ามเนื้อสันหลัง** นอนหงาย หรือ นอนคว่ำ แอ่นอกขึ้น พร้อมเหยียดแขนไปทางด้านหลัง



- **ฝึกนั่งบนเตียง** โดยนั่งงอข้อเข่า และแบะขาออกจากกันคล้ายนั่งขัดสมาธิ
 - เริ่มจากใช้มือยันเตียง หรือยันที่เข่า แล้วทรงตัวให้มั่นคง พร้อมยืดตัวขึ้น
 - เมื่อทรงตัวได้มั่นคงขึ้น วางมือที่ต้นขา → นั่งกอดอก
- ขั้นต่อไปคือ **นั่งข้างเตียง** วางเท้าบนพื้น
- เมื่อทรงตัวได้ดี **จึงเริ่มขยับแขน** เช่น หยิบของที่อยู่ด้านหน้าหรือด้านข้าง, ขยับแขนและมือเล่นเกมคอมพิวเตอร์ เป็นต้น

การฝึกลุกนั่ง ในช่วงแรกมักลำบากเพราะใส่อุปกรณ์พยุงลำตัวหรือคอ/ศีรษะ ดังนั้น ในช่วงนี้จึงต้องอาศัยคนอื่นช่วยพยุงตัวขึ้น และเริ่มจากการฝึก...

- พลิกตะแคงตัวจากท่านอนหงาย โดย
 - เหนี่ยวขอบเตียงหรือราวข้างเตียง
 - ประสานมือ แล้วเหวี่ยงแขนจากข้างหนึ่งไปอีกข้างหนึ่ง
 - ใช้มือดึงขาข้างหนึ่งให้งอและพับไปข้างตรงกันข้าม
- เอาขาลงจากเตียง หากขาไม่มีกำลัง ต้องใช้แขนและมือช่วยขยับยกขา
- ใช้แขนยันตัวขึ้นนั่ง

ข้อสังเกต

- การลวกนึ่ง ปกติอาศัยกล้ามเนื้อหน้าท้องและกล้ามเนื้อของข้อสะโพก แต่ถ้ากล้ามเนื้อเป็นอัมพาต ต้องอาศัยกล้ามเนื้อแขนแทน เช่น
 - ลวกนึ่งจากท่าตะแคง โดยใช้กล้ามเนื้ออกข้างข้อไหล่และกล้ามเนื้อเหยียดข้อศอก
 - ลวกนึ่งจากท่านอนหงาย โดยใช้กล้ามเนื้ออกและเหยียดข้อศอกรวมทั้งกล้ามเนื้อเหยียดข้อไหล่
- การเกร็งกล้ามเนื้อบริเวณลำตัวและคอ ขณะนอนและนั่งเป็นประจำ ทำให้กล้ามเนื้อมีกำลังมากขึ้นและทนทานต่อการล้าได้
- การฝึกเคลื่อนย้ายตัวบนเตียง หากลำตัวและกล้ามเนื้อขาพอมีกำลัง ก็ฝึกได้ไม่ยาก แต่ถ้ากล้ามเนื้อดังกล่าวไม่มีแรง ต้องใช้แขนและมือช่วย
- เมื่อกระดูกสันหลังที่แตกหักสมานดีแล้ว ซึ่งใช้เวลาประมาณ 3 เดือน หมอจะอนุญาตให้ถอดอุปกรณ์พยุงลำตัวหรือคอได้ การลวกนึ่งจะสะดวกและง่ายขึ้น
- หลังจากฝึกบ่อย ๆ ความชำนาญย่อมเกิดขึ้น และสุดท้ายการเปลี่ยนท่า-เคลื่อนย้ายตัวบนเตียงก็ไม่ใช่ว่าเรื่องยากอีกต่อไป



1-2 แสดงการลุกจากนอนเป็นนั่งของผู้พิการอัมพาตแขนขาทั้งสองข้าง
คนหนึ่ง; 3-6 แสดงการย้ายตัวจากเตียงลงวีลแชร์
ที่ผู้พิการฝึกเองจนทำได้

การเคลื่อนย้ายตัวจากเตียงไปวีลแชร์



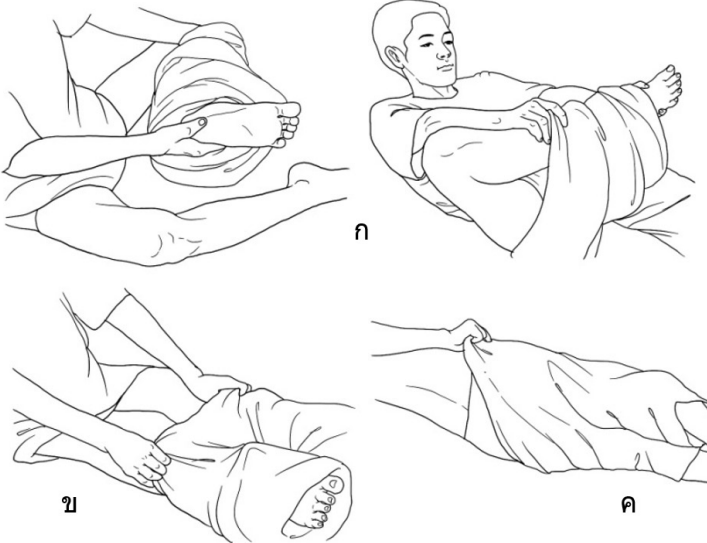
การย้ายตัวจากเตียงไปวีลแชร์
กรณีขาสองข้างไม่มีแรง ใช้แขนและมือยัน

- หากขาและแขนมีกำลัง ยกกันขึ้น แล้วเลื่อนขยับตัวไปมาบนเตียงได้ไม่ลำบาก
- หากมีกำลังเฉพาะแขน หัดใช้แขนยันแล้วยกตัวขึ้นให้ก้นลอยพ้นพื้น หากช่วงแขนสั้น ต้องใช้อุปกรณ์ยันเตียง ๆ
- หากทั้งแขนและขาไม่มีกำลัง พยาบาลจะช่วยพลิกตัว, เปลี่ยนท่า และเคลื่อนย้ายตัว และสอนให้ญาติหรือผู้ดูแลทำและรู้จักใช้ **เครื่องทุ่นแรง** เช่น
 - เตียงปรับระดับได้
 - แผ่นไม้ผิวหน้าลื่น เป็นต้น



การสวมใส่และถอดเสื้อ-กางเกง เป็นทักษะลำดับถัดไปที่นักกิจกรรมบำบัดจะฝึกให้ผู้ป่วย ทั้งนี้ มีวิธีสวมใส่เสื้อผ้าหลายวิธี ขึ้นกับความสามารถทรงตัว, พิสัยการเคลื่อนไหวข้อสะโพก-ข้อเข่า, การก้ม และแรงแขนและมือ

ตัวอย่าง การสวมใส่กางเกง



- ก. ข้อสะโพก-ข้อเข่าไม่ติด นั่งสวมกางเกง → นอนเพื่อดึงขอบกางเกงขึ้น
- ข. ข้อเข่าเกร็งเหยียด ใช้การงอที่ข้อสะโพกแทน เพื่อสวมกางเกง
- ค. ทรงตัวนั่งไม่ได้ แต่ข้อสะโพกและข้อเข่าไม่ติด นอนสวมกางเกง

เมื่อพร้อมและทรงตัวได้ดีขึ้น สวมใส่และถอดเสื้อ-กางเกงได้ ถัดไปคือ การอาบน้ำ และการทำความสะอาดหลังถ่าย

การอาบน้ำ-ทำความสะอาดหลังถ่าย ช่วงแรก พยาบาลจะ เช็ดตัวให้ผู้ป่วยขณะนอนบนเตียงแทนการอาบน้ำ และทำความสะอาดหลังการถ่ายให้ ผู้ป่วยบางคนอาจรู้สึกตะขิดตะขวงใจเมื่อ ถูกเปลี่ยนผ้าและมีคนแปลกหน้าช่วยอาบน้ำ ดังนั้น หากรู้สึกไม่สบายใจ ควรบอกให้ทราบ

ระยะฟื้นฟูสภาพ พยาบาลจะพาไปห้องน้ำ

- หากนั่งไม่ได้นาน จะให้ผู้ปวยนอนเปล
- หากนั่งได้ จึงนั่งบนเก้าอี้ล้อสำหรับอาบน้ำ

นักกิจกรรมบำบัด มีหน้าที่ฝึกถอดเสื้อผ้า, อาบน้ำ, เช็ดตัว และสวมใส่เสื้อผ้าให้ผู้ปวย

- เมื่อทำได้แล้ว จะให้ผู้ปวยทำเอง โดยมีพยาบาลคอยให้ความช่วยเหลือเท่าที่จำเป็น
- ถ้าผู้ปวยทำไม่ได้ พยาบาลจะสอนญาติหรือผู้ดูแลทำแทน

เมื่อผู้ปวยลุกนั่งและนั่งถ่ายบนเก้าอี้ล้อสำหรับถ่าย หรือที่โถสวมชนิดนั่งราบ จึงหัดให้ผู้ปวยทำความสะอาดหลังถ่ายหรือล้างกันด้วยตนเอง

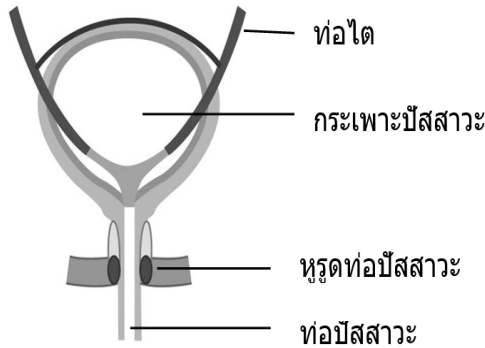
ข้อสังเกต

- หากติดตั้งอุปกรณ์ช่วยชะล้างกันที่โถสวมชนิดนั่งราบ เพียงแค่กดปุ่มน้ำจะพุ่งออกมาชะล้างบริเวณกันและบางชนิดพ่นลมเพื่อเป่าให้กันแห้งได้อีกด้วย
- กรณีผู้หญิงและมีประจำเดือน จะได้รับการฝึกใช้-เปลี่ยนผ้าอนามัย



9. การถ่ายปัสสาวะ

ระบบขับถ่ายปัสสาวะ ประกอบด้วยไตที่อยู่สองข้างชายโครงด้านหลัง ทำหน้าที่กรองของเสียออกจากเลือดกลายเป็นปัสสาวะ ที่ไหลผ่านท่อไตมากักเก็บที่กระเพาะปัสสาวะ โดยมีหูรูดกั้นไม่ให้ปัสสาวะไหลออกโดยไม่ตั้งใจ



การถ่ายปัสสาวะ เป็นกระบวนการขับของเสียออกจากร่างกาย เมื่อกระเพาะปัสสาวะมีปัสสาวะประมาณ 350 มิลลิลิตร เราจะรู้สึกปวดแต่ยังสามารถกลั้นไว้และกักเก็บเพิ่มได้อีก ต่อเมื่อมีปัสสาวะประมาณครึ่งลิตร หรือ 500 มิลลิลิตร จึงปวดมาก ต้องไปถ่ายออก และถ่ายออกจนหมด ทั้งนี้ ตลอด 24 ชั่วโมง เราถ่ายปัสสาวะ 4-6 ครั้ง มากหรือน้อยขึ้นกับปริมาณน้ำดื่ม, สภาพอากาศ และความชื้นในบรรยากาศ

เมื่อไขสันหลังบาดเจ็บ กระเพาะปัสสาวะและหูดทำหน้าที่บกพร่อง ความสามารถควบคุมการถ่ายปัสสาวะจึงผิดปกติ เช่น

- ถ่ายปัสสาวะไม่ออก, ออกกะปริบกะปรอย
- ต้องเบ่ง หรือ กดท้องน้อย
- กลับปัสสาวะไม่อยู่
- ปัสสาวะไหลออกโดยไม่ตั้งใจ
- ไม่รู้สึกปวดปัสสาวะ, ปวดปัสสาวะเจ็บพลัน

ระยะเจ็บพลันหลังบาดเจ็บ ผู้ป่วยมักได้นำเกลือทางหลอดเลือดดำ พยาบาลต้องบันทึกปริมาณน้ำ-น้ำเกลือที่ผู้ป่วยได้รับและปริมาณปัสสาวะที่ถ่ายออก

ถ้าถ่ายไม่ออก พยาบาลจะใส่หลอดสวนโพลีเอทิลีนทางท่อปัสสาวะ แล้วต่อกับถุงเก็บปัสสาวะ

- หลอดสวนจะถูกตรึงไว้มิให้ถูกดึงเลื่อนไปมา
- หลอดสวนและถุงเก็บปัสสาวะ จะถูกเปลี่ยนทุก 1-2 สัปดาห์ หรือบ่อยกว่านั้น ขึ้นกับชนิดหลอดสวน, ปริมาณตะกอนในปัสสาวะ และการติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะ

หากขยับขาได้, ขมิบหูดทวารหนักได้ และการรับรู้ความรู้สึกแหลม-ทู่บริเวณรูดทวารปกติ บ่งชี้ว่า **มีโอกาสถ่ายปัสสาวะได้** จึงเอาหลอดสวนออก แล้วให้ผู้ป่วยทดลองถ่ายปัสสาวะ



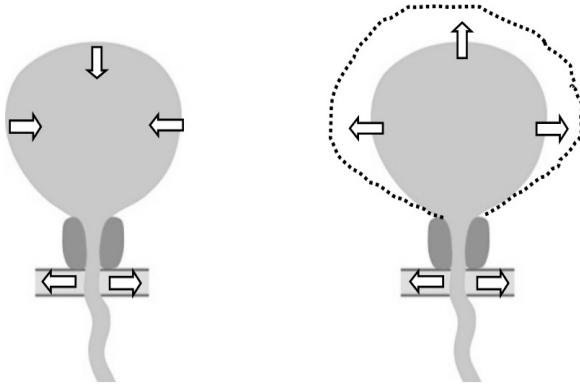
- ถ้ามี**บัสสาวะตกค้าง**หลังถ่าย ต้องสวนและระบาย บัสสาวะที่ตกค้างออก เพื่อลดความเสี่ยงทางเดิน บัสสาวะติดเชื้อ
- หากถ่าย**บัสสาวะไม่ออก** ต้องสวนเป็นระยะ ๆ ทุก **4-6 ชั่วโมง** แทนการคาหลอดสวน และ **จำกัดน้ำดื่มเป็นเวลา** เพื่อให้การสวนแต่ละครั้งได้บัสสาวะ ไม่เกินครึ่งลิตร ป้องกัน **กระเพาะบัสสาวะโป่งพองเกิน**

ระยะฟื้นฟูสภาพ หากยังถ่ายบัสสาวะไม่ออก หมอจะตรวจว่า **กระเพาะบัสสาวะและหลอดท่อบัสสาวะทำหน้าที่ผิดปกติ**อย่างไร เพื่อประกอบการวางแผนการจัดการถ่ายบัสสาวะให้เหมาะสม และชี้แจงทางเลือกพร้อมข้อดี-ข้อด้อยให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลรับทราบ จะได้ช่วยกันตัดสินใจเลือกวิธีที่เหมาะสมที่สุด

เป้าหมายสำคัญ มีดังนี้

- **กักเก็บ-ถ่ายบัสสาวะออกได้ใกล้เคียงปกติ** และ **กลั้นบัสสาวะได้** นั่นคือ
 - **ระยะกักเก็บ** บัสสาวะไม่ไหลออกโดยไม่ตั้งใจ
 - **ระยะถ่ายบัสสาวะ** ถ่ายบัสสาวะออกหมด หรือบัสสาวะตกค้างน้อย โดยความดันในกระเพาะบัสสาวะไม่สูง
- **ป้องกันภาวะแทรกซ้อน** ที่เกิดจากความดันในกระเพาะบัสสาวะสูง และบัสสาวะตกค้างมากหลังถ่าย

กรณีไขสันหลังส่วนใต้กระเบนเหน็บบาดเจ็บกระเพาะปัสสาวะคลาย ไม่หดตัว จึงถ่ายปัสสาวะไม่ออก หรือออกลำบาก แม้กล้ามเนื้อหูรูดท่อปัสสาวะคลาย



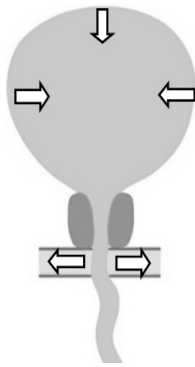
ถ่ายปัสสาวะปกติ
กระเพาะปัสสาวะหด-หูรูดคลาย

ถ่ายปัสสาวะผิดปกติ
กระเพาะปัสสาวะ-หูรูดคลาย

- หากถ่ายปัสสาวะไม่ออก การสวนเป็นระยะ วันละ **4-6 ครั้ง** เป็นทางออกที่เหมาะสมที่สุด เพื่อไม่ให้กระเพาะปัสสาวะโป่งพองเกิน และปัสสาวะไม่ไหลออกระหว่างการสวน
- จำกัดน้ำดื่มตามที่กำหนด 1.8-2.4 ลิตรต่อวัน เพื่อให้ได้ปัสสาวะวันละ **1.2-1.5 ลิตร**
- หากดื่มมากกว่านี้ ต้องสวนปัสสาวะบ่อยขึ้นหรือคาหลอดสวนโพลีเลย์

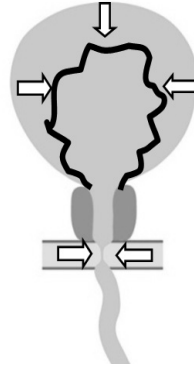


กรณีบาดเจ็บเหนือไขสันหลังส่วนใต้กระเบนเหน็บ
 กระเพาะปัสสาวะและหูดท่อปัสสาวะมักหดเกร็ง การถ่ายผิดปกติ เช่น ถ่ายกะปริบกะปรอย, กลั้นปัสสาวะไม่ได้, ปัสสาวะตกค้างมากหลังถ่าย



ถ่ายปัสสาวะปกติ

กระเพาะปัสสาวะหด-หูดคลาย



ถ่ายปัสสาวะผิดปกติ

กระเพาะปัสสาวะ-หูดหดเกร็ง

ข้อสังเกต ช่วงกักเก็บหากความดันในกระเพาะปัสสาวะสูงจะเสี่ยงต่อปัสสาวะไหลกลับขึ้นท่อไตและไต, ไตบวม, ไตติดเชื้อ และไตวาย ที่เป็นอันตรายต่อชีวิต

การบำบัดรักษา และป้องกันภาวะแทรกซ้อน มีดังนี้

- **การใช้ยาคลายกระเพาะปัสสาวะ** เพื่อลดความดันที่เกิดจากกระเพาะปัสสาวะหดเกร็ง เช่น ออกซิบิวไทนิน, ทรอสเปียม คลอไรด์, โทลเทอโรดีน เป็นต้น

ยากลุ่มนี้มีผลข้างเคียง เช่น ปากแห้ง, ตาพร่า, ท้องผูก เป็นต้น หากทนไม่ได้ ต้องปรับขนาดยาหรือเปลี่ยนยาตัวใหม่

เมื่อกระเพาะปัสสาวะคลาย จำเป็นต้อง**สวนเป็น**
ระยะ ๆ วันละ 4-6 ครั้ง โดยพยาบาลจะสอน**วิธีสวนปัสสาวะ**
แบบสะอาดให้แก่ผู้ป่วยและ/หรือผู้ดูแล

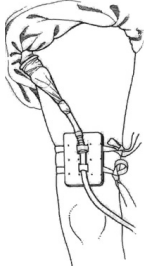
- **การฉีดชีวพิษโบทูลินัม** เข็มกล้ามเนื้อกระเพาะปัสสาวะ เพื่อให้กระเพาะปัสสาวะคลายและกักเก็บปัสสาวะได้มากขึ้น

ข้อสังเกต ชีวพิษโบทูลินัมมีราคาแพง และต้องฉีดซ้ำทุก 6-9 เดือน

- **การผ่าตัดขยายกระเพาะปัสสาวะ** หากกระเพาะปัสสาวะหดค้างและความจุเล็กมากที่มักเกิดกับผู้ที่คาหลดสวนนาน ๆ
- **การใช้ยาคลายหูดท่อปัสสาวะ(ชั้นใน)** อาจได้ผลกับผู้ชาย ทำให้ปัสสาวะตกค้างน้อยลง แต่อาจทำให้ปัสสาวะไหลออกโดยไม่ตั้งใจมากขึ้น
- **การกรีดผ่านหูดท่อปัสสาวะ** โดยหมอผู้เชี่ยวชาญระบบทางเดินปัสสาวะ เหมาะกับผู้ชาย ทำให้ถ่ายปัสสาวะออกสะดวกขึ้น แต่จะกลับปัสสาวะไม่อยู่ หากเลือกวิธีนี้ คงต้องใช้ถุงครอบหรือหุ้มองคชาติต่อกับถุงเก็บปัสสาวะ



กรณีปีศาจจะไหลออกโดยไม่ตั้งใจ มีวิธีแก้ไข ดังนี้



- **การใช้ผลิตภัณฑ์กักเก็บปีศาจ** เช่น
 - **ถุงยางครอบหรือหุ้มองคชาติ** ที่ต่อกับถุงเก็บปีศาจ มีทั้งชนิดใช้ซ้ำได้และใช้ครั้งเดียวทิ้ง
 - **แผ่นรองซับปีศาจหรือผ้าอ้อม** ต้องเปลี่ยนหลังถ่าย หากไม่เปลี่ยน เชื้อโรคจะหมักหมม และย้อนกลับเข้ากระเพาะปีศาจ ทำให้ติดเชื้อ

- **การคาหลอดสวนไฟเลย์** ทางท่อปีศาจ หรือทางรูเปิดหน้าท้อง เป็นทางเลือกที่คนส่วนหนึ่งชอบ เพราะสะดวก โดยปีศาจจะไหลลงถุงเก็บปีศาจ
วิธีนี้มีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้นง่าย จึงควรพิจารณาให้รอบคอบก่อนตัดสินใจคาหลอดสวน

ภาวะแทรกซ้อนจากการคาหลอดสวนไฟเลย์ มีดังนี้

- **ทางเดินปีศาจติดเชื้อ** เช่น
 - **กระเพาะปีศาจอักเสบ** ปีศาจขุ่น, เหม็น, ปวดปีศาจบ่อย
 - **กรวยไตอักเสบ, ลูกอัณฑะอักเสบ, ต่อมลูกหมากอักเสบ** มักทำให้มีไข้สูง, หนาวสั่น

- **นิ่วในกระเพาะปีศาจ** มักเกิดจากการติดเชื้อ ทำให้มีตะกอนมากในปีศาจ อาจมีเม็ดนิ่วหลุดออกมาทับปีศาจ

- **ดึงหลอดสวนโพลีไพล์ไม่ออก** เพราะตะกอนจับที่ลูกโป่งของหลอดสวน ลูกโป่งคงค้างไม่ยุบตัว หากพยายามดึงออก ท่อปัสสาวะจะบาดเจ็บ เลือดออกจากท่อปัสสาวะ
- **คอกระเพาะปัสสาวะกร่อน** เนื่องจากลูกโป่งของหลอดสวนโพลีไพล์ที่คาทางท่อปัสสาวะมีขนาดใหญ่ กดรั้งคอกระเพาะปัสสาวะนานต่อเนื่อง และหากปล่อยให้ถุงเก็บปัสสาวะเต็ม ลูกโป่งจะถูกดึงและกดคอกระเพาะปัสสาวะจนกร่อน ปัสสาวะจึงไหลออกรอบ ๆ หลอดสวน



- **ท่อปัสสาวะมีทางทะลุ** เพราะใช้หลอดสวนขนาดใหญ่ (ใหญ่กว่าเบอร์ 16) และไม่ตรึงหลอดสวนในตำแหน่งที่เหมาะสม เริ่มแรก มีความผิดปกติเหมือนหัวฝีเล็กๆ ที่องคชาติ ต่อมาแตกออกเป็นแผล ปัสสาวะจึงไหลออกทางแผล หากไม่รีบรักษา แผลจะขยายใหญ่
- **กระเพาะปัสสาวะหดค้ำ** มีความจุลดลง และอาจส่งผลให้ปัสสาวะไหลกลับขึ้นท่อไตและไต และการทำหน้าที่ของไตบกพร่อง



- **รีเฟล็กซ์ประสาทอัตโนมัติผิดปกติ หรือ เอ.ดี.** มักเกิดจากหลอดสวนตันหรือหักพับ ทำให้กระเพาะปัสสาวะโป่งพองเกิน กระตุ้นให้หลอดเลือดหดตัว ผู้ป่วยจะปวดศีรษะ และความดันเลือดสูงจับปล้น

หากกระเพาะปัสสาวะหดค้ำหรือมีความจุน้อย จะมีโอกาสเกิด เอ.ดี. ใต้ง่าย

- **มะเร็งกระเพาะปัสสาวะ** มักเกิดกับผู้ที่คาหลอดสวนนานมากกว่า 5 ปี หากปัสสาวะมีสีเหมือนน้ำล้างเนื้อ เพราะมีเลือดปน ต้องสงสัย

การป้องกันภาวะแทรกซ้อน มีดังนี้

- เลิกคาหลอดสวน เมื่อหมดความจำเป็น
- เลือกลอดสวนโพลีเอทิลีน ขนาดพอเหมาะ

ผู้ชาย ใช้ขนาด 12Fr-14Fr

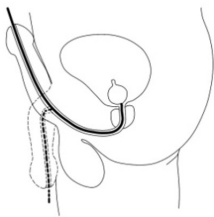
ผู้หญิง ใช้ขนาด 14Fr-16Fr

ลูกโป่งขนาดเล็ก 10-15 มล. โดยใส่น้ำเข้าไปในลูกโป่ง 8-10 มล.

- ใช้เทคนิคใส่หลอดสวนปราศจากเชื้อ
- ดึงหลอดสวนให้ถูกที่

ผู้ชาย ดึงที่ท้องน้อย

ผู้หญิง ดึงไว้ที่ต้นขา



- **เทปัสสาวะออกจากถุงเก็บปัสสาวะ** อย่างน้อยวันละ 3-4 ครั้ง หรือบ่อยกว่านั้น เพราะถุงที่เต็มจะหนัก และดึงลูกโป่งให้กดคอกระเพาะปัสสาวะจนกร่อน และปัสสาวะไหลออกรอบ ๆ หลอดสวน
- **วางถุงเก็บปัสสาวะให้อยู่ต่ำกว่าระดับกระดูกหัวหน่าว** เพราะถ้าถุงอยู่สูงกว่าระดับกระเพาะปัสสาวะ ปัสสาวะในถุงจะไหลกลับเข้ากระเพาะปัสสาวะ เป็นเหตุให้กระเพาะปัสสาวะอักเสบติดเชื้อ
- **กินยาคลายกระเพาะปัสสาวะ** เพื่อชะลอกระเพาะปัสสาวะหดค้าง
- **ดื่มน้ำให้พอเพียง** และปัสสาวะออกวันละ 2 ลิตร หรือมากกว่า **ปัสสาวะควรใส่วัน**
- **เปลี่ยนหลอดสวนโพลีพร้อมถุงเก็บปัสสาวะ** ทุก 1-2 สัปดาห์ หรือก่อนหน้านั้น ถ้าหลอดสวนตันก่อนกำหนด

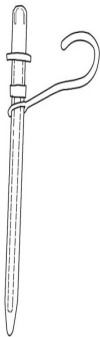
ข้อสังเกต

- **หลอดสวนโพลีชนิดยางเคลือบด้วยซิลิโคน** มีช่องระบายปัสสาวะออกเล็กกว่า**ชนิดซิลิโคนแท้** ที่เบอร์เดียวกัน จึงตันง่ายกว่า แต่ชนิดยางเคลือบด้วยซิลิโคนราคาถูกกว่ามาก จึงเป็นที่นิยมใช้มากกว่า
- **หากปัสสาวะมีตะกอนมาก** เปลี่ยนหลอดสวนถี่ขึ้น, ดื่มน้ำมากขึ้น หรือ ใช้หลอดสวนชนิดซิลิโคนแท้ (แต่ต้องซื้อเอง)



- หากปัสสาวะไหลออกรอบ ๆ หลอดสวน ต้องตรวจหาสาเหตุ และแก้ที่ต้นเหตุ เช่น
 - หลอดสวนตัน → เปลี่ยนใหม่
 - ใส่น้ำเข้าลูกโป่งน้อยเกินไป → ใส่น้ำให้ลูกโป่งพองสมส่วน
 - กระทบะปัสสาวะหดเกร็งมากเกินไป → กินยาคลายกระทบะปัสสาวะ
 - กระทบะปัสสาวะติดเชื้อ → กินยาปฏิชีวนะ

การใช้หลอดสวนปัสสาวะเป็นระยะ ๆ วันละ 4-6 ครั้ง เป็นทางเลือกที่เหมาะสม และเกิดภาวะแทรกซ้อนน้อยกว่าการคาหลอดสวนโพลีเอ โดยทั่วไปเราใช้ หลอดสวนตรงชนิดใช้ซ้ำได้ เช่น



- หลอดสวนยางแดง เหมือนที่ใช้ในโรงพยาบาลทั่วไป
- หลอดสวนซิลิโคนแท้ ที่มีปลอกและจุกปิด สำหรับใส่น้ำยาฆ่าเชื้อ มีความยาว 2 ขนาด คือ ยาวสำหรับผู้ชาย และสั้นสำหรับผู้หญิง

หากดูแลรักษาดี ๆ ใช้ซ้ำได้นานแต่ไม่ควรเกิน 2 ปี ถ้าชำรุด ควรเบิกใหม่

การต้มหลอดสวนบ่อย ๆ จะทำให้หลอดสวนชำรุดเร็ว

การสวนปัสสาวะด้วยเทคนิคสะอาด ไม่ต้องสวมถุงมือ แต่ต้องล้างมือให้สะอาดก่อน และหลอดสวนที่ใช้ต้องสะอาด ปราศจากเชื้อ โดยพยาบาลจะสอนวิธีปฏิบัติให้แก่ผู้ป่วยและผู้ดูแล ดังนี้

- ล้างมือให้สะอาดก่อนจับหลอดสวน
- ทำความสะอาดบริเวณรูเปิดท่อปัสสาวะ
- หากใช้หลอดสวนซิลิโคนที่แช่ในน้ำยาฆ่าเชื้อ ล้างด้วยน้ำสะอาดหรือน้ำต้มสุกก่อนใช้
- ใช้สารหล่อลื่นเคลือบหลอดสวน เพื่อให้สวนสะดวก และลดการบาดเจ็บต่อท่อปัสสาวะ
- ใส่หลอดสวนเข้าไปในท่อปัสสาวะด้วยความนุ่มนวล หากสวนแล้วติดที่หูดท่อปัสสาวะ อย่าดัน รอสักอึดใจ เมื่อหูดคลาย จึงค่อย ๆ สอดหลอดสวนเข้าไปจนปัสสาวะไหลออกมา

หากหูดหดเกร็งมาก ใส่สารหล่อลื่นชนิดมียาชา เข้าไปในท่อปัสสาวะเพื่อให้หูดคลายก่อน แล้วจึงสวน

- **เมื่อปัสสาวะหยุดไหล** ไม่ได้หมายความว่าปัสสาวะออกหมดแล้ว ดึงหลอดสวนออกทีละน้อย แล้วกดที่ท้องน้อยเพื่อให้ปัสสาวะที่ตกค้างถูกขับออกจนหมด
- **ก่อนดึงหลอดสวนออก** ใช้ปลายนิ้วปิดปลายหลอดสวนเพื่อมิให้ปัสสาวะที่ค้างในหลอดสวนไหลกลับเข้ากระเพาะปัสสาวะ (เหมือนเวลาใช้หลอดดูด ๆ น้ำในถ้วย เมื่อใช้นิ้วปิดที่ปลายหลอดดูด น้ำจะค้างอยู่ในหลอด ไม่ไหลกลับลงไปถ้วย)



- **ล้างหลอดสวน** ด้วยน้ำสะอาด ให้น้ำไหลผ่านเข้าไปในหลอดสวน

กรณีใช้หลอดสวนซิลิโคน สะบัดให้น้ำออกจากหลอดสวนจนหมดก่อนใส่กลับคืนเข้าไปในปลอกที่มีน้ำยาฆ่าเชื้อ เช่น เซฟลอน 1:100, แอลกอฮอล์ล้างแผล, โพรวีดีน เพื่อไม่ให้น้ำเข้าไปเจือจางน้ำยาฆ่าเชื้อและทำให้ยาหมดฤทธิ์ แล้วปิดจุก

การต้มอาจทำให้หลอดสวนซิลิโคนเสื่อมสภาพเร็ว

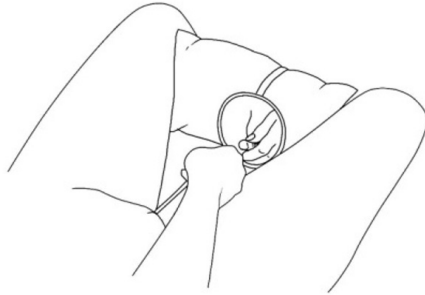
กรณีใช้หลอดสวนยางแดง ต้มในน้ำเดือดนาน 20-30 นาที ผึ่งให้แห้งก่อนเก็บในถุงหรือกล่องพลาสติกสะอาด

ประเด็นที่ควรตระหนัก

- **ควรดื่มน้ำ** วันละ 1.5-2 ลิตร ให้ปัสสาวะออกวันละ 1.2-1.5 ลิตรต่อวัน และสวนอย่างน้อย 4 ครั้งต่อวัน

ระวัง การดื่มน้ำน้อยเพื่อลดจำนวนครั้งที่ต้องสวน เพิ่มความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ

- หากขาเกร็งหนีบ เป็นอุปสรรคต่อการสวนโดยเฉพาะ ผู้หญิง หากหมอนแข็งใบเล็ก ๆ ยันระหว่างขาทั้งสองข้าง และอาจติดกระจกเพื่อสะท้อนให้เห็นรูเปิดท่อปัสสาวะ



การติดตามผลการรักษาและการวินิจฉัยความผิดปกติได้แต่เนิ่น ๆ ด้วยการตรวจ ดังนี้

- การตรวจปัสสาวะและการเพาะเชื้อ เพื่อวินิจฉัยการติดเชื้อในปัสสาวะ
- การตรวจปัสสาวะพลวัต เพื่อดูว่ากระเพาะปัสสาวะและหลอดทำหน้าที่ผิดปกติอย่างไร
- การตรวจเลือด เพื่อดูการทำหน้าที่ของไต
- การตรวจด้วยคลื่นเสียงความถี่สูง หรือถ่ายภาพรังสี เพื่อดูลักษณะไต, กระเพาะปัสสาวะ และนิ่ว

โดยทั่วไป หมอนัดตรวจทุก 6 เดือนในปีแรก, หลังจากนั้น ทุก 1-2 ปี ขึ้นกับความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน หากมีความผิดปกติ หมอจะนัดตรวจถี่ขึ้น เพื่อดูว่าผลการบำบัดรักษาเป็นไปตามเป้าหมายหรือไม่ เช่น การติดเชื้อหาย, การหดเกร็งของกระเพาะปัสสาวะทุเลา เป็นต้น



10. การถ่ายอุจจาระ

การถ่ายอุจจาระ เป็นการถ่ายกากอาหารจากการกินออกทางทวารหนัก บางคนไม่ถ่ายอุจจาระทุกวัน แต่ไม่เป็นปัญหาเพราะลำไส้ใหญ่กักเก็บอุจจาระได้ปริมาณมาก แต่หากอุจจาระค้างในลำไส้ใหญ่นานเกิน น้ำในอุจจาระถูกดูดซึ่มกลับ อุจจาระจะแข็ง จับเป็นก้อนเล็ก ๆ อัดแน่น เหมือนขี้แพะ ทำให้ถ่ายออกลำบาก

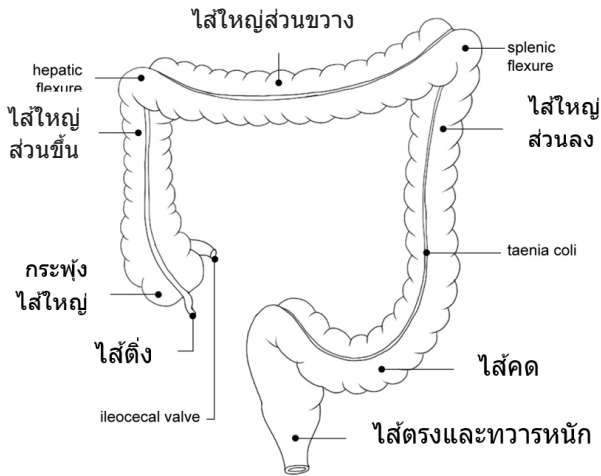
ดังนั้น เราควร**สร้างนิสัยถ่ายอุจจาระทุกวัน** เช่น ทุกเช้าหรือทุกเย็นหลังกินอาหาร การกินอาหารหรือดื่มน้ำปริมาณมาก กระตุ้นให้ลำไส้ใหญ่บีบตัว เคลื่อนไหว และถ่ายอุจจาระออกง่ายขึ้น

ช่วงแรกหลังขาดเจ็บ หลายคนประสบปัญหาท้องอืด เพราะกระเพาะอาหารและลำไส้ไม่เคลื่อนไหว

ดังนั้น เพื่อลดอาการท้องอืดที่อาจทำให้**หายใจลำบาก** และ**ขยับอาหารเข้าหลอดลม** ควรปฏิบัติ ดังนี้

- งดกินอาหารชั่วคราว
- ใส่สายทางจุ่มกไปถึงกระเพาะอาหารเพื่อระบายอาหารและน้ำที่ตกค้างในกระเพาะอาหารออก
- ให้น้ำเกลือทางหลอดเลือดดำแทนการกิน
- เมื่อลำไส้กลับมาเคลื่อนไหว จึงเริ่มจิบน้ำทีละน้อย หากท้องไม่อืดแล้ว จึงดื่มน้ำมากขึ้น จนในที่สุดกินอาหารอ่อนและอาหารปกติได้

หากไม่ปวดถ่ายและไม่ถ่ายอุจจาระ แต่มีอุจจาระค้าง
ในไส้ตรงหรือทวารหนัก พยาบาลจะล้างหรือสวนออก โดยทำ
ทุกวัน, วันเว้นวัน หรือ เว้นสองวัน



หลักการฟื้นฟูสภาพการถ่ายอุจจาระ อิงนิสัยการถ่าย
อุจจาระเดิมก่อนมาเจ็บ เช่น

- ถ่ายทุกวัน, ไม่แน่นอน, ท้องผูก หรือน้อยกว่า 3 ครั้งต่อสัปดาห์
- ถ่ายตอนเช้าหรือเย็น หลังหรือก่อนกินข้าว
- อุจจาระเป็นก้อนเล็กอัดแน่น หรือ เป็นลำนุ่ม
- กลับอุจจาระได้หรือไม่ได้
- เคยใช้ยาระบายหรือยาแก้ท้องเสียหรือไม่



เป้าหมายการฟื้นฟูสภาพ คือ **ลักษณะอุจจาระเหมาะสม** กับความผิดปกติของ **หูดทวารหนัก** ดังนี้

- **หูดคลาย** กลั้นอุจจาระไม่ได้ อุจจาระควรเป็นลำ **แน่น** เพื่อป้องกันอุจจาระออกโดยไม่ตั้งใจ
- **หูดหดเกร็ง** ถ่ายลำบาก ท้องผูก อุจจาระควรเป็น **ลำนิ่ม** เพื่อให้ถ่ายออกง่าย



ก้อนอัดเป็นลำปมป่า



เป็นลำแน่น



เป็นลำนิ่ม

เพื่อให้บรรลุเป้าหมายดังกล่าว ผู้ป่วยต้องมีวินัย

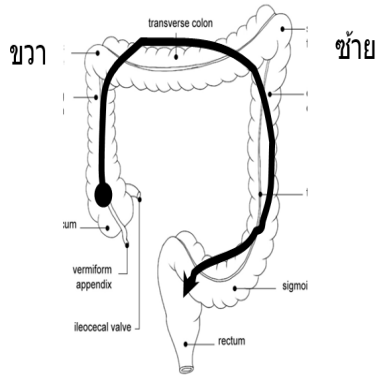
- **กินอาหารที่มีเส้นใย** เช่น ผัก, ผลไม้
- **ดื่มน้ำให้พอเพียง** กับความต้องการของร่างกาย และอุจจาระนุ่มไม่แข็ง

ตัวอย่างเช่น น้ำหนักตัว = 50 กก. ควรดื่มน้ำ 2.5 ลิตร [(50 กก. x 40 มล.) + 500 มล.]

- **ฝึกถ่ายเป็นเวลา** อาศัย **ตัวกระตุ้น** เช่น
 - ยาสวน เช่น ยาสวนยูนีสัน ขนาด 20 มล. 1-2 ลูก
 - ยาเหน็บ เช่น กลีเซอริน, ดัลโคแล็ก
 - ยาระบายชนิดเม็ด เช่น ดัลโคแล็ก, มะขามแขก
 - ยาระบายชนิดน้ำ เช่น น้ำมันละหุ่ง

ระวัง ใช้ยาระบายบ่อย ๆ ลำไส้จะตีอืด และต้องเพิ่มขนาดยาเพื่อให้ได้ผล

- **การนวดหน้าท้อง** นาน 10-15 นาที ก่อนถ่าย โดย นวดไล่จากกระพุงไล่ใหญ่ทางด้านขวา → นวดขึ้นไปตามไล่ใหญ่ส่วนขึ้น → ส่วนขวาง → ส่วนลง และไล่คดทางด้านซ้ายล่าง



- **การใช้นิ้วถ่างหูด** ถ้าหูดหดเกร็ง โดยสอดนิ้วที่มีสารหล่อลื่นเข้าไปในทวารหนักแล้วกวาดนิ้วเป็นวงช้า ๆ เมื่อหูดคลายและลำไส้ใหญ่บีบตัว จึงเบ่งถ่าย

ข้อสังเกต

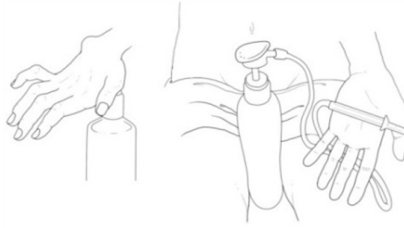
- การกระตุ้นจะได้ผลเมื่อคลำได้ลำอุจจาระในไส้คดหรือไส้ตรง/ทวารหนัก
- การพนหรือฉีดยากระแทบรอบ ๆ รูทวาร อาจกระตุ้นการถ่ายได้

ข้อควรระวัง

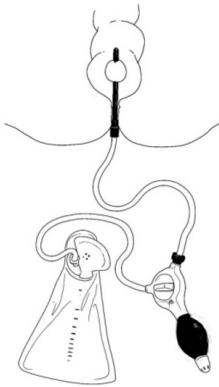
- การฉีดยาเข้าไปในทวารหนักด้วยแรงดันน้ำสูง เสี่ยงต่อ ลำไส้ทะลุ ที่เป็นอันตรายต่อชีวิต



- หากอุจจาระเป็นก้อนอัดแน่น อาจมีความจำเป็นต้อง **สวนทวารด้วยน้ำปริมาณมาก** โดยใส่น้ำอุ่น หรือน้ำสบู่ หรือน้ำกาแฟ เข้าทวารหนักทีละน้อย จนได้ปริมาณครึ่งถึงหนึ่งลิตร



การใช้ขวดใส่น้ำสบู่ที่มีหัวสูบลูกต่อกับท่อ
อย่างที่ปลายอีกข้างหนึ่งต่อกับปลาย
หลอดสวนที่คล้องกับยางยึดที่ใช้รัดไว้
กับมือข้างถนัด เพื่อช่วยให้สอดปลาย
หลอดสวนเข้าทวารหนักได้ง่ายขึ้น



หากหurutคลาย ต้องใช้หลอดสวนพิเศษ
ที่มีลูกโป่งปิดกั้นรูทวารไม่ให้น้ำที่ใส่
เข้าไปไหลออกมา ทิ้งไว้พักหนึ่งจึงค่อย
เอาหลอดสวนออกแล้วจึงถ่ายอุจจาระ
ออก

- การกระตุ้นถ่าย อาจทำให้เกิด **รีเฟล็กซ์ประสาท
อัตโนมัติผิดปกติ** หรือ **เอ.ดี.** ความดันเลือดสูงฉับ
พลัน (สูงกว่า 140/90 มม.ปรอท) เสียงต้อหลอด
เลือดสมองแตก

หากเกิด เอ.ดี.

- หยุดกระตุ้นหรือล้วงอุจจาระ
- หากอยู่ในท่านอน ต้องลุกนั่ง
- คลายเสื้อผ้าที่รัดแน่นหรือคับออก
- วัดความดันเลือดทุก 15 นาที จนกว่าความดันจะกลับสู่ภาวะปกติ
- ถ้าความดันเลือดไม่ลด รายงานหมอเพราะอาจต้องให้ยาลดความดัน
- ครั้งต่อไป หากจำเป็นต้องกระตุ้นหรือล้วงอุจจาระออก ต้องใส่สารหล่อลื่นชนิดยาชาเข้าไปในทวารหนัก 2-3 นาที ก่อนกระตุ้นหรือล้วงอุจจาระ



ข้อสังเกต

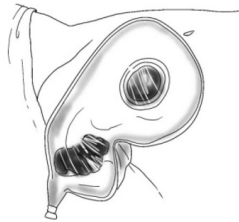
- ท้องผูก มักทำให้ถ่ายกะปริบกะปรอยคล้ายท้องเสีย
- หากท้องผูกรุนแรง ลำไส้ใหญ่อาจทะลุ และต้องผ่าตัดทำรูเปิดหน้าท้อง

อุจจาระออกโดยไม่ตั้งใจ-กลั้นอุจจาระไม่อยู่ เกิดขึ้นเพราะลำไส้ใหญ่หดบีบตัวแรงหรือหดรุดคลาย ดังนั้น เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดขึ้น ควรปฏิบัติ ดังนี้

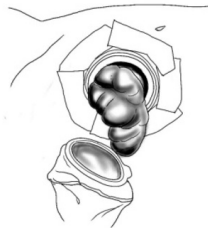
- ถ่ายอุจจาระ **อย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง** ถ้าถ่ายอุจจาระทุกวันได้ จะดีมาก



- สังเกต**ปริมาณอุจจาระ**แต่ละครั้ง ถ้าอุจจาระน้อย รอสักครู่ แล้วกระตุ้นซ้ำให้อุจจาระที่ยังคงค้างในไส้ตรงถูกถ่ายออกจนหมด
- หลีกเลี่ยงอาหารหรือผลไม้ที่ทำให้ท้องร่วง เช่น ตำลึง, มะขาม, มะละกอ, ทูเรียน, อาหารรสเผ็ด เป็นต้น
- เวลาออกไปทำธุระนอกบ้าน **ใช้ผ้าอ้อม** เมื่อถ่ายใส่ผ้าอ้อมแล้ว ต้องรีบทำความสะอาดกันแล้วเปลี่ยนผ้าอ้อมผืนใหม่ หากไม่เปลี่ยน เกิด **ผิวน้ำแข็งยุ่ย** ที่เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิด**แผลกดทับ**
- หากมีแผลกดทับใกล้ทวารหนักร่วมด้วย จะเสี่ยงต่อการติดเชื้อ ทำให้บางครั้งจำเป็นต้องผ่าตัดให้อุจจาระออกทางรูเปิดหน้าท้อง



การถ่ายอุจจาระออกทางรูเปิด
ลำไส้ใหญ่ที่หน้าท้อง
ลงถุงเก็บอุจจาระ

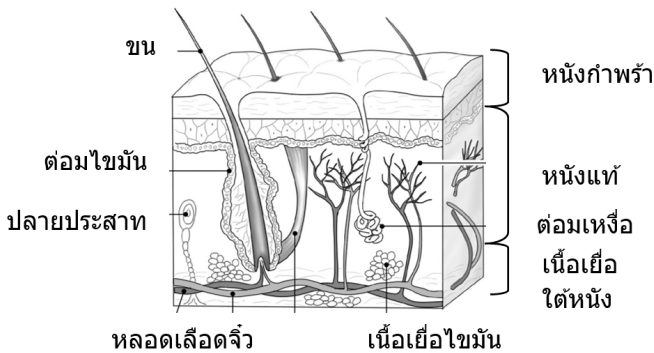


บางครั้งลำไส้ใหญ่ยื่นย้อย
ออกมาตรงรูเปิด ทำให้
หลายคนตกใจและวิตกกังวล

ข้อสังเกต ต้องพิจารณาให้ดีก่อนตัดสินใจทำรูเปิด
ลำไส้ใหญ่ที่หน้าท้อง เพราะหากภายหลังต้องการปิดรูเปิด จะ
เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น ลำไส้ใหญ่ทะลุถ้าท้องผูก

11. ผิวหนังและแผลกดทับ

ผิวหนัง เป็นอวัยวะขนาดใหญ่ที่ปกคลุมทั่วทั้งร่างกาย มีหน้าที่ปกป้องไม่ให้สิ่งแปลกปลอมเข้าสู่ร่างกาย และช่วยควบคุมอุณหภูมิร่างกายให้คงที่



- **เมื่ออยู่ในที่ร้อน** ต่อมเหงื่อในผิวหนังจะขับเหงื่อเพื่อระบายความร้อนออกจากร่างกาย
- **เมื่ออยู่ในที่หนาวเย็น** ขนจะลุกชัน และไขมันใต้หนังเป็นฉนวนให้ร่างกายอบอุ่น

บาดเจ็บไขสันหลัง มักทำให้ร่างกายสูญเสียการควบคุมอุณหภูมิร่างกายให้คงที่ อุณหภูมิร่างกายจึงเปลี่ยนไปตามสภาพแวดล้อมคล้ายสัตว์ครึ่งบกครึ่งน้ำ

- **เมื่ออยู่ในที่ร้อน** ผิวหนังไม่ขับเหงื่อ
- **เมื่ออยู่ในที่หนาวเย็น** ขนไม่ลุกชัน



นอกจากนี้ ประสาทรับความรู้สึกที่ผิวหนังมักบกพร่อง ไม่รู้สึกเจ็บที่ผิวหนังบริเวณกระดูกใต้กระเบนเหน็บและก้นกบ ขณะนอน และที่ผิวหนังตรงปุ่มกระดูกกันขณะนั่ง ผู้ป่วยจึงนั่งหรือนอนกดปุ่มกระดูกนานเกินไป ส่งผลให้ผิวหนัง, ไขมันใต้หนัง และกล้ามเนื้อ ที่ปกคลุมปุ่มกระดูกขาดเลือดและตายในที่สุด กลายเป็น **แผลกดทับ**

แผลกดทับ มีหลายลักษณะ แบ่งตามการสูญเสียผิวหนังและเนื้อเยื่อที่อยู่ลึก ดังนี้

ระดับหนึ่ง ผิวหนังมีรอยแดงซ้ำ จากถูกการกดทับ แต่ถ้าไม่ถูกกดทับต่อ ผิวหนังจะกลับเป็นปกติภายในไม่กี่วัน ในทางตรงกันข้าม ถ้าถูกกดทับต่อ ผิวหนังจะตายในที่สุด

ระดับสอง มีการสูญเสียหนังแท้บางส่วน เป็นแผลตื้น บางครั้งแผลกดทับเกิดจากแรงเสียดสี กลายเป็นถุงพองที่ผิวหนัง

ระดับสาม มีการสูญเสียหนังแท้ทั้งหมด จนเห็นไขมันใต้หนัง อาจมีเนื้อตายแต่ไม่บดบังเนื้อเยื่อลึก แผลอาจเป็นโพรงหรือเข่าเป็นโพรงใต้หนัง

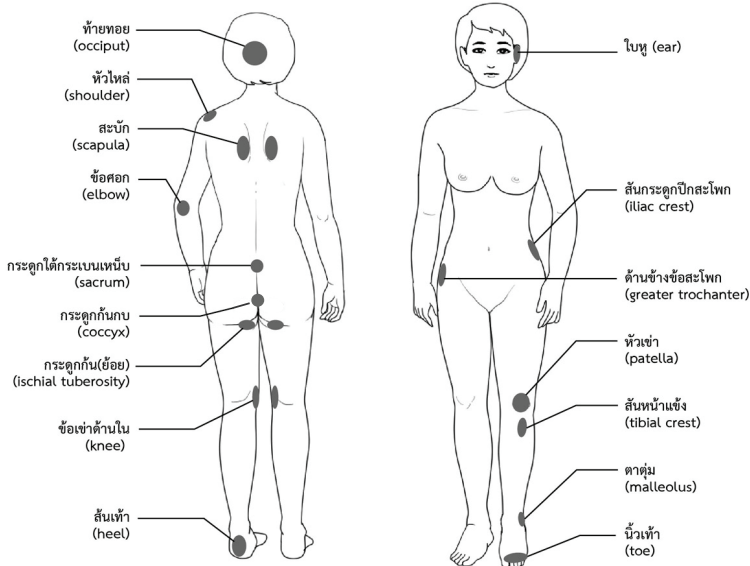
ระดับสี่ สูญเสียผิวหนังทั้งหมด แผลกินลึกถึงกล้ามเนื้อ กระดูกหรือข้อ บ่อยครั้งที่แผลเป็นโพรงลึก เสียงตอกระดูกและข้ออักเสบติดเชื้อ

บ่อยครั้งแผลกดทับมีหนังตายลอนสีดำหรือเนื้อตายสีเหลืองปกคลุม ทำให้ไม่รู้ว่าแผลกินลึกแค่ไหน จนกว่าจะตัดหนังตายลอนและเนื้อตายออก

บางครั้งผิวหนังภายนอกดูปกติ แต่คลำได้ก้อนใต้หนัง เนื้อปุ่มกระดูก สงสัยว่ากล้ามเนื้อและไขมันใต้หนังตาย ที่มักเกิดจากแรงเฉือน ตัวอย่างเช่น ขณะนั่งโยกตัวไปมา ปุ่มกระดูกกันจะเคลื่อนบนเนื้อเยื่อลึก กล้ามเนื้อและไขมันใต้หนัง จะตายก่อนผิวหนัง หรืออีกนัยหนึ่งคือ ตายจากในออกนอก เปรียบได้กับ ภูเขาน้ำแข็ง ที่โผล่ให้เห็นเพียงส่วนยอด แต่ส่วนใหญ่อยู่ในทะเล มองไม่เห็น จึงเข้าใจผิดคิดว่าเป็น ห้วผี แตกเล็กน้อย

ตำแหน่งปุ่มกระดูกที่มักเกิดแผลกดทับ

- ท่อนอน ที่กระดูกใต้กระเบนเหน็บ, ก้นกบ, ด้านข้างข้อสะโพก และตาตุ่ม
- ทานั่ง ที่กระดูกกัน(ย้อย) เป็นต้น





ข้อสังเกต

- หากแผลกดทับเริ่มเกิด แล้วถูกกดทับซ้ำ ๆ ผิวหนังจะตายกลายเป็น หนองตายลอนสีดำ ส่วนไขมันตายมักกลายเป็นเนื้อตายสีเหลือง
- แผลที่กินลึกอาจสมานหรือหายเองได้ แต่ใช้เวลานานเป็นปี ผิวหนังที่เกิดใหม่มักบาง และติดยึดกับปุ่มกระดูก เสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำ หากเป็นไปได้ ควรผ่าตัดปิดแผล

ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดแผลกดทับ มีดังนี้

- ปัจจัยเกี่ยวกับบาดเจ็บไขสันหลัง เช่น
 - อัมพาต, กล้ามเนื้อหดเกร็ง
 - ข้อติดยึด
 - การอยู่ท่าเดิมนาน ๆ ไม่เคลื่อนไหว
 - บั๊สสภาวะ-อุจจาระออกโดยไม่ตั้งใจ
 - ความสามารถทำกิจกรรมจำกัด
- ปัจจัยอื่น เช่น
 - สูงอายุ, เลือดจาง
 - ขาดอาหาร, ผอมหนังหุ้มกระดูก
 - ผิวหนังอักเสบ, ผิวหนังแห้ง เป็นต้น
- สิ่งแวดล้อม เช่น
 - เสื้อผ้าเนื้อหยาบ, ตะเข็บผ้าแข็ง
 - ที่นอนแข็ง
 - แผ่นรองนั่งเป็นไม้กระดาน

- พฤติกรรมเสี่ยง เช่น
 - สูบบุหรี่
 - ไม่รักษาความสะอาด
 - ไม่เอาใจใส่ตนเอง
- ทักษะคิดผิด เช่น เชื่อว่าแผลกดทับเป็นเรื่องปกติที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยที่เป็นอัมพาต ความเห็นเช่นนี้ไม่ถูกต้อง

พฤติกรรมป้องกันการเกิดแผลกดทับ มีดังนี้

ผิวหนัง

- หมั่นสำรวจผิวหนังตามปุ่มกระดูก ด้วยการดูและการคลำ
- สวมใส่เสื้อผ้านุ่ม ไม่มีตะเข็บหรือขอบแข็ง
- ทำความสะอาดผิวหนัง หลังถ่ายอุจจาระ-ปัสสาวะ
- หลีกเลี่ยงการใช้ผ้าอ้อมหรือแผ่นรองขับ หากใช้ต้องเปลี่ยนบ่อย ทุกครั้งหลังถ่าย
- ใช้ครีมทาผิวหนัง ไม่ปล่อยให้ผิวแห้ง

อิริยาบถ

- เปลี่ยนอิริยาบถบ่อย ๆ เช่น
 - เปลี่ยนจากนอนหงาย → นอนตะแคง → นอนคว่ำ ทุก 2 ชั่วโมง
 - เปลี่ยนจากนั่งหลังตรง → ยกตัวขึ้น, เอียงตัวไปด้านข้าง, ก้มตัวให้ก้นลอยพ้นพื้น



ยกตัวลอย



เอียงตัวไปด้านข้าง



ก้มตัวให้ก้นลอย

ข้อสังเกต การยกตัวให้ก้นลอยพ่นพ้านาน 3-5 นาที จะทำให้ค่าออกซิเจนในเนื้อเยื่อที่ถูกกดทับกลับสู่ภาวะปกติ

- หากแขนไม่มีแรง ไม่สามารถยกตัวลอย
→ **การก้ม** เป็นวิธีที่ทำได้ง่าย
- หากก้มมาข้างหน้าแล้วยันตัวกลับไม่ได้
→ **การเอียงตัว-โยกตัว** ไปข้างใดข้างหนึ่ง ช่วยลดแรงกดที่ก้นที่ละข้างได้

พฤติกรรมอื่น ๆ เช่น

- **การใช้ผลิตภัณฑ์ลดแรงกดทับ** เช่น
 - ที่นอน, แผ่นรองตัว, หมอนนุ่มหนา
 - เบาะรองนั่ง เป็นต้น

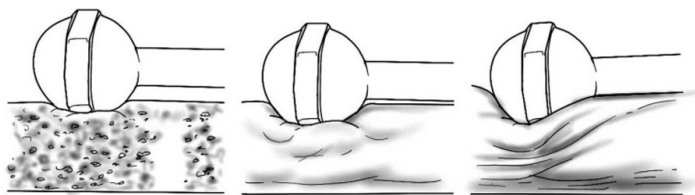
- กินอาหารให้พอเพียงกับความต้องการของร่างกาย เช่น เนื้อสัตว์หรือถั่ว ที่เสริมสร้างกล้ามเนื้อ และซ่อมแซมผิวหนัง
- หลีกเลี่ยง การสูบบุหรี่, การดื่มของมึนเมา

แผลกดทับป้องกันได้

หากระมัดระวัง มีวินัย และมีพฤติกรรมที่เหมาะสม

กรณีใช้วีลแชร์ ต้องใช้ เบาะรองนั่ง เพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับที่บริเวณปุ่มกระดูกก้นและก้นกบ

เบาะพองน้ำ เช่น เบาะพองน้ำอัดแข็งเป็นฐาน และพองน้ำนิ่มอยู่ด้านบน สามารถลดแรงกดได้ระดับหนึ่ง แต่อายุการใช้งานสั้น เมื่อพองน้ำเสื่อมสภาพ จะยุบตัว เพียงกดเบา ๆ ก็ยุบแล้ว



พองน้ำนุ่มใหม่

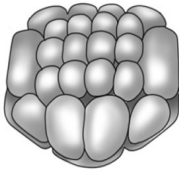
พองน้ำใช้แล้วยุบตัวมาก

การประเมินง่าย ๆ ว่าเบาะเสื่อมแล้วหรือยัง ทำได้โดยเอามือสอดใต้เบาะ หากกันชนมือแสดงว่าเบาะเสื่อมแล้ว หรือเอาตุ่มน้ำหนักวางบนเบาะแล้วเบาะยุบตัวมากสมควรเปลี่ยนเบาะใหม่

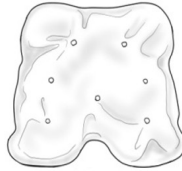
ข้อสังเกต เบาะพองน้ำมีอายุใช้งานสั้น ประมาณ 6 เดือน



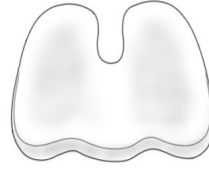
เบาะรองนั่งนำเข้า เช่น เบาะลม, เบาะเจล กระจาย และลดแรงกดที่ปุ่มกระดูกได้ดี แต่ราคาแพง



เบาะลม



เบาะเจล



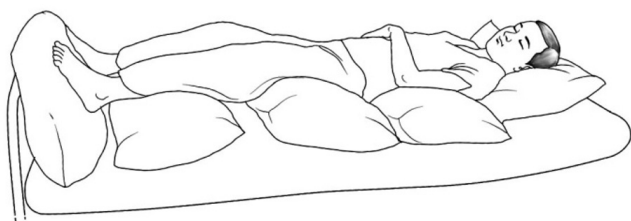
เบาะยางพารา

ข้อสังเกต

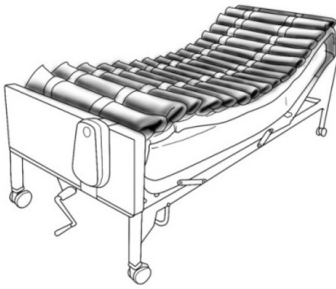
- เมื่อนั่งบนเบาะลมแล้ว ก้นควรอยู่สูงกว่าที่รองนั่ง ประมาณหนึ่งนิ้วมือ หรือถ้าเอามือวางใต้เบาะ แล้วสามารถขยับนิ้วมือได้
 - หากก้นอยู่ชิดพื้นหรือก้นไม่ไหว แสดงว่าลมในเบาะน้อยไป
 - หากก้นลอยสูง แสดงว่าอัดลมมากเกินไป
- เบาะเจลมีน้ำหนักมาก
- เบาะลมและเบาะเจลอายุใช้งานสั้นกว่าที่คิด
- เบาะฟองน้ำความหนาแน่นสูง และ เบาะยางพารา ลดแรงกดได้ดีเช่นกัน แต่ราคาถูกกว่าเบาะลมและเบาะเจล
- ไม่แนะนำนั่งบนยางในรถจักรยานยนต์ เพราะแรงกดตรงจุดสัมผัสอาจสูงมาก ทำให้เลือดเข้าไปเลี้ยงผิวหนังและเนื้อเยื่อลดลง และหากมีแผลที่ก้น แผลอาจหายช้า

การนอนบนที่นอน ยังมีความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ
ดังนั้น เพื่อช่วยลดแรงกดที่ปุ่มกระดูก อาจใช้หมอนหรือแผ่น
รองตัวชนิดลมพองสลับลูก วางทับบนที่นอนอีกที

- **การนอนบนที่นอนสีท่อนเว้นช่วง** หรือ **หมอน
หลายใบเรียงเว้นช่วง** ทำให้ปุ่มกระดูกลอย ลด
ความเสี่ยงในการเกิดแผลกดทับ และทำให้แผล
กดทับหาย



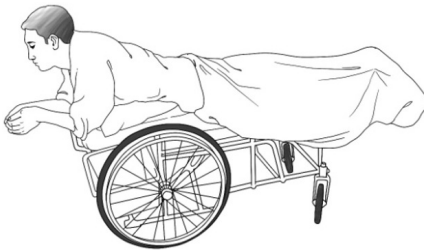
ข้อควรระวัง เมื่อนอนนาน ๆ หมอนยุบตัว ทำให้กันสัมผัส
ที่นอน จึงต้องมันปรับหรือเปลี่ยนหมอนเป็นระยะ ๆ



- การนอนบนแผ่นรองตัวชนิดถุงลมพองสลับลูก ที่วางซ้อนทับบนที่นอนอีกทีหนึ่ง ช่วยลดแรงกดที่ปุ่มกระดูกได้ โดยขณะใช้งานถุงลมต้องพองสลับลูก ไม่พองค้าง และไม่พองแข็งเกินไป ควรหมั่นตรวจสอบเป็นระยะ ๆ

การรักษาแผลกดทับให้หาย ใม่ง่ายเหมือนกับการเกิดแผลกดทับ

- หากแผลเล็กและตื้น และไม่ถูกกดทับ แผลหายได้ด้วยการทำแผลที่ปัจจุบันมีสิ่งแต่งแผลหลายชนิดที่ช่วยให้แผลสมานเร็ว

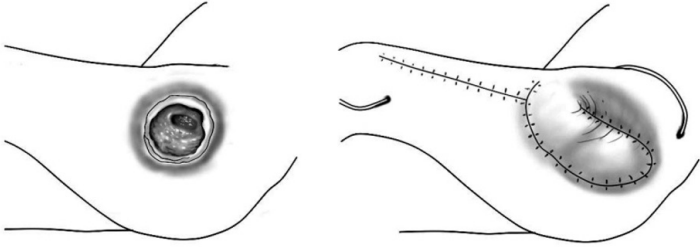


หลีกเลี่ยงการนั่งทับแผล และงดใช้วีลแชร์ชั่วคราว

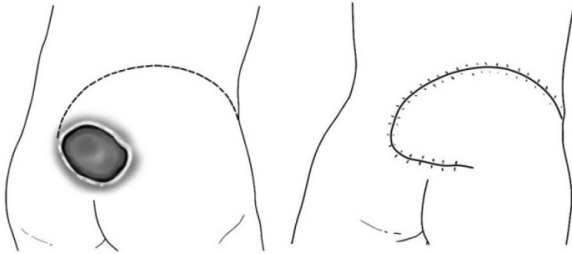
อาจนอนอยู่กับเตียง หรือ ใช้เปลมสำหรับนอนคว่ำ จนกว่าแผลจะหาย

- หากแผลลึกเป็นโพรง ต้องผ่าตัดปิดแผล โดยโยกผิวหนังหรือผิวหนังและกล้ามเนื้อที่ตีมาปิดทับปุ่มกระดูก

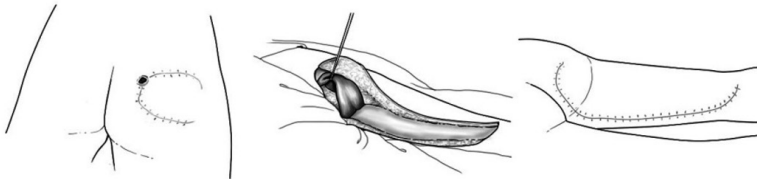
การผ่าตัดปิดแผลกดทับ มีหลายวิธี ทั้งนี้ หมอผ่าตัดจะเป็นผู้พิจารณาว่าวิธีใดเหมาะสม



แผลกดทับที่ปุ่มกระดูกข้างสะโพก
ต้องโยกผิวหนังและกล้ามเนื้อด้านข้างสะโพกมาปิด



แผลกดทับบริเวณกระดูกใต้กระเบนเหน็บ
ต้องโยกผิวหนังและกล้ามเนื้อจากสะโพกขวาามาปิด



แผลกดทับเกิดตรงรอยแผลผ่าตัดเดิม
ต้องโยกกล้ามเนื้อต้นขาด้านหลังมาปิด



หลังการผ่าตัดปิดแผลกดทับ มีขั้นตอนที่ต้องปฏิบัติเพื่อให้แผลสมาน ผิวหนังแข็งแรงและไม่กลับเป็นแผลซ้ำ ดังนี้

- นอนคว่ำหรือตะแคงเพื่อเลี่ยงการกดแผล
- หลังผ่าตัด 2-3 สัปดาห์ และดิ่งท่อระบายเลือดออกแล้ว จึงขยับข้อใกล้ ๆ แผล
- หากแผลไม่ดิ่ง เริ่มจากลุกนั่ง 5 นาที
- ถ้าแผลไม่แยก จึงนั่งนานขึ้น และใช้เวลาประมาณ 10 วัน จนนั่งได้นาน 2 ชั่วโมง

เพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ

- หมอ สํารวจภาวะโภชนาการ และให้คำแนะนำเกี่ยวกับอาหาร
- นักกิจกรรมบำบัด ตรวจสอบสภาพเบาะเดิม หากเบาะชำรุดเปลี่ยนเบาะใหม่
- นักกายภาพบำบัด ทบทวนวิธีเคลื่อนย้ายตัว และวิธีลดการกดทับขณะนั่ง
- พยาบาล ทบทวนวิธีการดูแลผิวหนัง และการจัดการการถ่ายปัสสาวะ-อุจจาระ
- ช่างกายอุปกรณ์ ซ่อมวีลแชร์หรือเปลี่ยนอะไหล่ที่ชำรุด หากซ่อมไม่ได้ ติดต่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อจัดหาวีลแชร์ใหม่ ตามสิทธิ์

**ที่สำคัญ ผู้ป่วย และ/หรือ ผู้ดูแล
ต้องให้ความร่วมมือกับหมอและทีมฟื้นฟู
และปฏิบัติตามคำแนะนำอย่างเคร่งครัด**

12. การปรับสภาพแวดล้อม

ในอดีตเราค้นเคยกับคำว่า **ปัจจัยสี่** ได้แก่ อาหาร, ที่อยู่อาศัย, เครื่องนุ่งห่ม และยารักษาโรค

ล่าสุด องค์การอนามัยโลกจัด **สิ่งแวดล้อมรอบตัว** ที่มีความสำคัญต่อการดำรงชีวิต ออกเป็น 5 กลุ่ม ดังนี้

- **ผลิตภัณฑ์และเทคโนโลยีที่ใช้ในชีวิตประจำวัน** เช่น
 - อาหาร, ยา, เสื้อผ้า
 - ที่อยู่อาศัย, สถานที่สาธารณะ, ห้องน้ำ-ห้องสุขา
 - โทรศัพท์, เครื่องคอมพิวเตอร์
 - วีลแชร์, รถยนต์
 - ทรัพย์สิน, เงินทอง
- **ธรรมชาติและสิ่งที่มีมนุษย์สร้างขึ้น** เช่น
 - สภาพอากาศ, แผ่นดินไหว, น้ำท่วม
 - มลภาวะในอากาศ, หมอกควัน
- **ความช่วยเหลือและความสัมพันธ์** ของ
 - คนในครอบครัว, ญาติ
 - เพื่อน, เจ้านาย, เพื่อนร่วมงาน
 - บุคลากรทางการแพทย์
 - สัตว์เลี้ยง
- **ทัศนคติ** ของบุคคลที่อยู่รอบตัวดังกล่าวข้างต้น รวมทั้งของผู้ดูแล, ผู้ช่วย และสังคม



- **บริการ, ระบบ และนโยบาย** ที่เกี่ยวกับ
 - การบริโภค/ความเป็นอยู่
 - การก่อสร้างอาคารสถานที่
 - สาธารณูปโภค น้ำ, ไฟฟ้า, โทรศัพท์
 - การขนส่งมวลชน
 - ข่าวสาร, โทรทัศน์, วิทยุ
 - ประกันสังคม, การรักษาพยาบาล
 - การศึกษา
 - การจ้างงาน เป็นต้น

สิ่งแวดล้อมดังกล่าวอาจเป็นได้ทั้ง **สิ่งเกื้อหนุน** หรือ **อุปสรรค** ต่อการดำรงชีวิต เหมือนเหรียญที่มีสองด้าน หากสิ่งแวดล้อมใดเกื้อหนุน ต้องสนับสนุนให้มีเพิ่มขึ้น แต่หากสิ่งแวดล้อมใดเป็นอุปสรรค ต้องกำจัดหรือทำให้ลดลง

ในที่นี้ขอกล่าวถึงเฉพาะสิ่งแวดล้อมที่จำเป็นสำหรับผู้ที่ มีกำลังกล้ามเนื้อบกพร่อง ที่ส่งผลให้การเคลื่อนไหวถูกจำกัด และจำเป็นต้องใช้วีลแชร์

กรณีใช้วีลแชร์ หลายสิ่งหลายอย่างภายในบ้านหรืออาคาร สถานที่ต่าง ๆ เป็นอุปสรรค เช่น ประตูแคบ, พื้นต่างระดับ, บันได, ส้วมชนิดนั่งยอง เป็นต้น

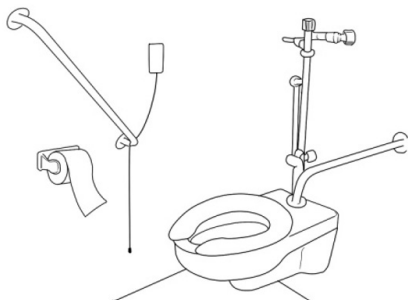
ดังนั้น เพื่อให้ความเป็นอยู่สะดวกสบายขึ้น ผู้ใช้วีลแชร์มีความสามารถเต็มตามศักยภาพ จึงจำเป็นต้องขจัดอุปสรรคและปรับสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการอยู่อาศัย เช่น

- ปรับพื้นให้เป็นระดับเดียวกัน
- ขยายประตูให้กว้างขึ้น อย่างน้อย 90 ซม.

- เปลี่ยนลูกบิดหรือหัวก๊อกเป็นชนิดก้านโยก
- เปลี่ยนโถส้วมเป็นชนิดนั่งราบ
- เพิ่มทางลาดที่มีความชันไม่เกิน 1:12
- เพิ่มราวบันได ที่มีเส้นผ่าศูนย์กลางกลาง 3-4 ซม. และสูงจากพื้น 80-90 ซม.
- เพิ่มลิฟท์ หากเป็นอาคารหลายชั้น

ตัวอย่าง ห้องน้ำ-ห้องส้วม

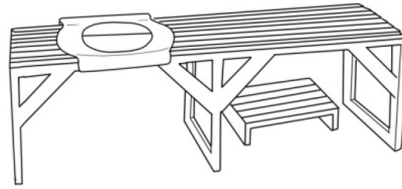
- พื้นที่วางภายใน กว้างไม่น้อยกว่า **1.5 เมตร** ภายในและภายนอกกระดืบเดียวกัน
- บานประตู กว้าง **80-90 ซม.** เปิดออกสู่ภายนอก และเปิดค้างได้ ไม่น้อยกว่า 90 องศา หรือ เป็นชนิดบานเลื่อน
- โถส้วมชนิดนั่งราบ อยู่ห่างจากผนังด้านหนึ่ง ไม่น้อยกว่า 45 ซม. แต่ไม่เกิน 50 ซม. และมีราวจับที่ผนัง
- อ่างล้างมือ สูงจากพื้น ไม่น้อยกว่า 75 ซม. แต่ไม่เกิน 80 ซม. และมีที่วางเพื่อให้รีลเชอร์สอดเข้าใต้อ่างล้างมือได้



โถส้วมชนิดนั่งราบ
มีราวจับอยู่ที่ผนัง



ที่นั่งอาบน้ำ
วางक्रमโกส่วมได้



เครื่องแต่งบ้านและของใช้อื่น ๆ ภายในบ้าน ควรถูกปรับให้เหมาะกับสภาพและความสามารถของผู้ใช้วีลแชร์ เช่น เติงนอนพร้อมที่นอนมีระดับความสูงใกล้เคียงกับระดับที่นั่งวีลแชร์ เพื่อให้เคลื่อนย้ายตัวได้สะดวก เป็นต้น

กรณีช่วยเหลือตนเองได้น้อย ต้องพึ่งผู้ดูแลหรือผู้ช่วย และควรมีสิ่งอำนวยความสะดวกเพื่อทุ่นแรง เช่น

- เติงปรับระดับสูง-ต่ำได้ ปรับลูกนั่งได้ และมีราวข้างเติง เพื่อทำกิจวัตรประจำวัน ลูกนั่งและพลิกตัวได้ง่ายขึ้น
- ที่นอน, หมอน หรือ แผ่นรองตัวชนิดลมพองสลับลูก เพื่อลดแรงกดทับขณะนอน ทุ่นแรงในการช่วยพลิกตัว
- แผ่นไม้ผิวหน้าลื่น ช่วยเคลื่อนย้ายตัว
- อุปกรณ์เปิด-ปิดเครื่องไฟฟ้า ที่ควบคุมจากระยะไกล เช่น รีโมทเปิด-ปิดโทรทัศน์

ความพร้อมด้านที่อยู่อาศัย เป็นประเด็นที่ทีมฟื้นฟูให้ความสำคัญ เพราะสิ่งแวดล้อมที่เกื้อหนุนหรือเอื้ออำนวย จะเพิ่มระดับความสามารถให้สูงขึ้นเต็มตามศักยภาพได้

ดังนั้น **สภาพบ้านควรถูกปรับและของใช้ที่จำเป็นถูกจัดให้มีพร้อมก่อนที่ผู้ป่วยจะกลับบ้าน** เพื่อสร้างความมั่นใจในการก้าวไปข้างหน้าให้แก่ผู้ที่มีความพิการ

อีกประเด็นหนึ่งที่สำคัญไม่น้อยกว่าสิ่งอำนวยความสะดวกคือ **ทัศนคติของคนในครอบครัว** ต่อผู้ที่สภาพและความสามารถเปลี่ยนไปจากเดิม



13. สัมพันธภาพในครอบครัว

ครอบครัว มีความสำคัญต่อการดำรงชีวิต ไม่ว่าคนนั้นจะเป็นคนโสดหรือแต่งงานแล้ว, เป็นเด็กหรือผู้สูงอายุ

องค์การอนามัยโลกได้จัดให้ **ทัศนคติ, ความช่วยเหลือ และสัมพันธภาพ (ของคนในครอบครัว)** เป็นปัจจัยแวดล้อมที่มีความสำคัญไม่น้อยไปกว่าผลิตภัณฑ์และเทคโนโลยีสิ่งอำนวยความสะดวกเพื่อความเป็นอยู่

ขณะฟื้นฟูสภาพในโรงพยาบาล ผู้ป่วยทุกคนฝากความหวังและชีวิตไว้กับหมอและทีมฟื้นฟู และที่สำคัญต้องการกำลังใจและความช่วยเหลือจากคนในครอบครัว

เมื่อผ่านกระบวนการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสภาพแล้ว

- หลายคน... มีสภาพร่างกาย และระดับความสามารถต่างไปจากเดิม
- หลายคน... ต้องพึ่งพาคนในครอบครัว
- หลายคน... มีความวิตกกังวลว่าคนใกล้ชิดจะรับสภาพเช่นนี้ของตนได้หรือไม่ และมีทัศนคติต่อตนเปลี่ยนแปลงหรือไม่

ดังนั้น ทุกคนต้องหันหน้าเข้าหากัน, พุดคุยกัน, ปรับตัว และถนอมน้ำใจกัน เพราะเราคือ **ครอบครัวเดียวกัน**

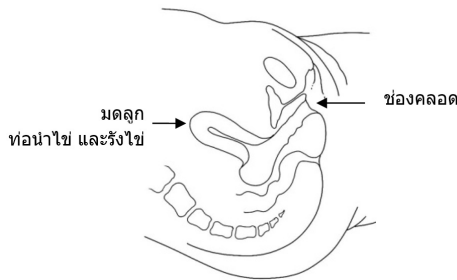
การอาศัยอยู่ในชายคาเดียวกัน นอกจากนั่งกินข้าวด้วยกัน, ดูโทรทัศน์ด้วยกัน และอีกกิจกรรมหนึ่งที่สำคัญคือ **การมีสัมพันธภาพแบบลึกซึ้ง** ของชีวิตคู่ หรืออีกนัยหนึ่งคือ **ความสัมพันธ์ทางเพศ**

ความสัมพันธ์ทางเพศ มักถูกพูดถึงน้อยในระหว่างฟื้นฟูสุขภาพ แต่ไม่ได้หมายความว่าประเด็นนี้ถูกละเลย ก่อนอื่นทุกคนต้องเข้าใจให้ถูกต้องว่า ผู้ที่มีความพิการทางกายยังมีความสนใจและความต้องการทางเพศเหมือนคนทั่วไป

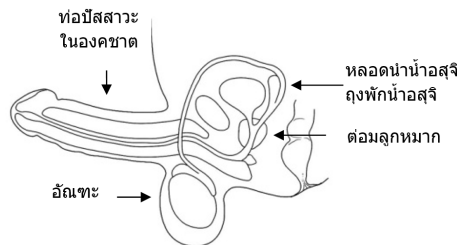
หลังบาดเจ็บความวิตกกังวลเรื่องสุขภาพและความพิการทำให้ความสนใจทางเพศลดลง ต่อมาภายหลังเมื่อความสามารถฟื้นกลับมาระดับหนึ่งแล้ว และปรับตัวได้มากขึ้น การมีหรือการสร้างความสัมพันธ์ทางเพศจึงเป็นประเด็นที่คนส่วนใหญ่ต้องการ แต่ขาดความมั่นใจ

เพื่อความเข้าใจ บางคนอาจต้องทำความรู้จักกับอวัยวะในบริเวณนี้ที่สำคัญ

อวัยวะสืบพันธุ์เพศหญิง (ท่านอนหงาย)



อวัยวะสืบพันธุ์เพศชาย

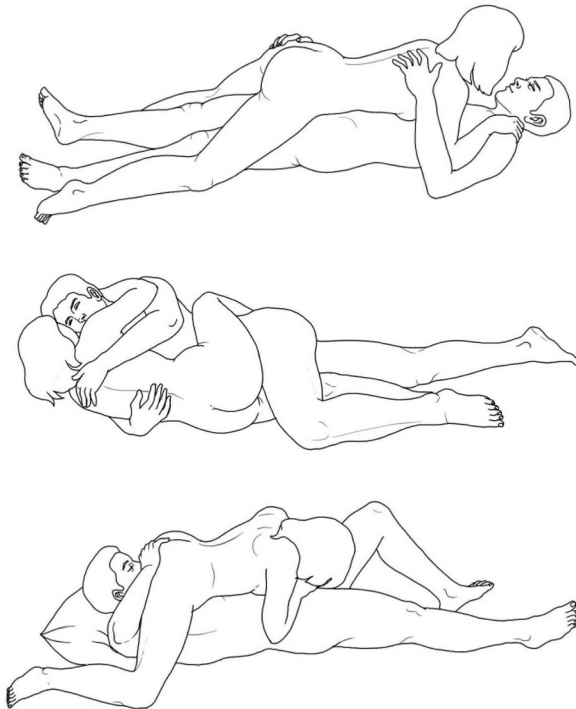




ส่วนหนึ่งมีเพศสัมพันธ์และทำให้คู่ของตนมีความสุขทางเพศได้ แม้การตอบสนองทางเพศไม่เหมือนเดิม เช่น องคชาติแข็งตัวไม่นาน โดยการปรับเทคนิควิธีและท่าร่วมเพศให้เหมาะสมกับสภาพร่างกาย เช่น

- การสัมผัสกระตุ้นจุดเร้าอารมณ์ทางเพศ
- การใช้ยาเพื่อทำให้องคชาติแข็งตัวนานเพียงพอ
- การใช้ปากเสริมการใช้องคชาติร่วมเพศ เป็นต้น

ท่าร่วมเพศ



อุปสรรคขณะร่วมเพศ เช่น อาการเกร็งกระตุก, บีสสาวะ-อุจจาระออกโดยไม่ตั้งใจ, เอ.ดี. (ความดันเลือดสูงฉับพลัน) แก้ไขได้ เช่น กินยาลดเกร็ง, สวนบีสสาวะ-อุจจาระออก ก่อนมีเพศสัมพันธ์ เป็นต้น

ข้อสังเกต

- หลายคนทั้งชายและหญิงกลายเป็นหมั่น หรือให้กำเนิดลูกไม่ได้หลังเป็นอัมพาต

แม้อัมพาตไขสันหลังทำให้สมรรถภาพทางเพศบกพร่อง เช่น องคชาติไม่แข็งตัว, การหลั่งน้ำอสุจิบกพร่อง แต่ยังสามารถให้กำเนิดลูกได้

- ผู้หญิงที่เป็นอัมพาตแต่อยู่ในวัยเจริญพันธุ์ย่อมมีความรู้สึกและความต้องการทางเพศ

- บางคนคิดว่าสภาพของตนเองเปลี่ยนไป, ไม่ได้ดูดีทางเพศ

- บางคนสงสัยว่าตนจะให้กำเนิดลูกได้หรือไม่

จริงอยู่สภาพร่างกายเปลี่ยนไป แต่ไม่ใช่อุปสรรคที่แท้จริง หากเปลี่ยนความคิดได้ ชีวิตจะเปลี่ยน

ปัญหาเหล่านี้มีคำตอบและแก้ไขได้
ปรึกษาหมอเพื่อรับคำแนะนำที่ถูกต้องเหมาะสม



14. วิถีชีวิตในชุมชนและสังคม

ชุมชนและสังคม เป็นส่วนหนึ่งของชีวิต เราทุกคนต่างมีบทบาทหน้าที่ที่ต่างกันในสังคม ขึ้นกับความต้องการ, ทักษะและความสามารถ เช่น เป็นเกษตรกร, เป็นพ่อค้า, เป็นเจ้าหน้าที่ของรัฐ, เป็นลูกจ้างบริษัท เป็นต้น

เราพึงตระหนักว่า หนึ่งในสามของเวลาในแต่ละวัน เราใช้ชีวิตอยู่นอกบ้าน-อยู่ในชุมชน เช่น ไปโรงเรียน, ไปทำงาน, ไปพบปะเพื่อนฝูง, ไปตลาด, ไปวัด เป็นต้น ดังนั้น กิจกรรมที่ควรฝึกก่อนออกจากโรงพยาบาลคือ **ทักษะการออกสู่ชุมชน** หรือ **การเข้าสังคม** เพื่อให้เราทำได้เหมือนอย่างที่เคยทำ

ที่ผ่านมา หลายคนอยู่แต่ในบ้าน ไม่ออกไปไหน อ้างว่ามีอุปสรรคหรือมีข้อจำกัด เพราะเดินไม่ได้, ขับขี่พาหนะไม่ได้ และหากจะใช้รถรับจ้างสาธารณะก็มีค่าใช้จ่ายสูง อุปสรรคเหล่านี้จึงเป็นตัวขัดขวางการกลับเข้าสู่ชุมชนและการมีส่วนร่วมในสังคม

แต่... ทุกปัญหาที่มีทางออก หากเรายอมรับความจริงว่า การไม่ยอมรับความพิการเป็นอุปสรรค

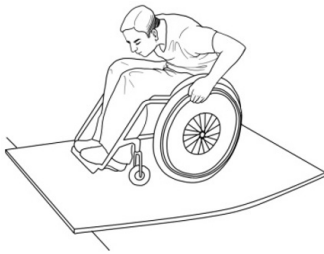
บ่อยครั้งที่ทัศนคติของเราเป็นตัวขัดขวาง เพราะเรามักกลัวสายตาคนอื่น และคิดว่าคนอื่นรังเกียจ แท้จริงแล้วเขาอาจไม่ได้คิดอย่างที่เราคิด

หากเราเปลี่ยนความคิด ชีวิตจะเปลี่ยน

การเตรียมความพร้อมก่อนกลับสู่ชุมชน เป็นอีกทักษะที่ทีมฟื้นฟูให้ความสำคัญ เช่น

- **การใช้วีลแชร์ในชุมชน** เช่น การขึ้นลงบันไดหรือบันไดเลื่อน, การไปตลาด เป็นต้น
- **การขับขี่พาหนะ** เช่น จักรยานยนต์, รถยนต์ เป็นต้น
- **การขึ้น-ลง รถรับจ้าง** เป็นต้น

เมื่อร่างกายและจิตใจพร้อม อาจต้องใช้เวลาฝึกทักษะดังกล่าว 3-5 วัน หรือนานกว่านั้น



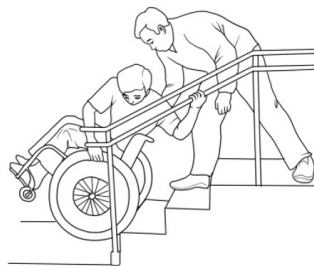
การขึ้นทางลาด



การลงทางลาด



การย่นตัวเมื่อวีลแชร์หยุดภายหลัง



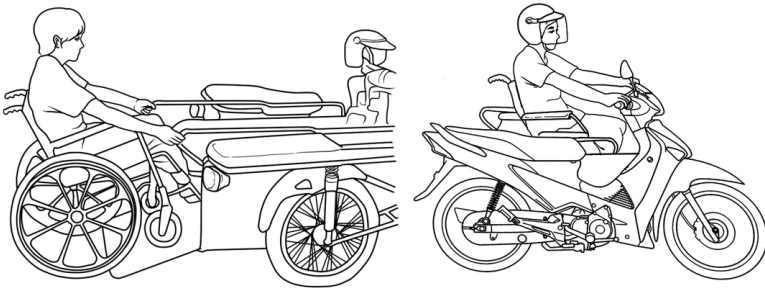
การขึ้นบันไดพร้อมวีลแชร์



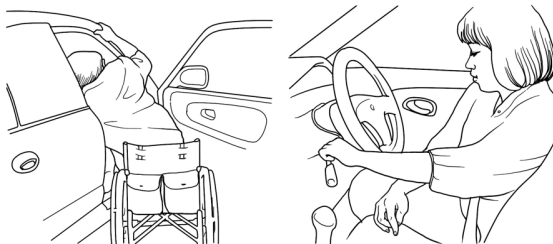
ข้อสังเกต ความสามารถเคลื่อนย้ายตัวจากวีลแชร์ไป โกส่วมสัมพันธ์กับความสามารถขี่จักรยานยนต์ดัดแปลง



การเคลื่อนย้ายตัวจากวีลแชร์ไปโกส่วม



การขึ้นและขับขี่รถจักรยานยนต์ดัดแปลง



การขึ้นและขับรถยนต์



การขึ้นรถรับจ้าง



การจ่ายตลาด

ข้อสังเกต

- **ความสามารถที่เพิ่มขึ้น ทำให้ความมั่นใจกลับคืนมา**
- **สิ่งแวดล้อมที่เกื้อหนุน ทำให้ศักยภาพสูงขึ้น** ปัจจุบันสถานที่ราชการและสาธารณะส่วนใหญ่มีทางลาด, ห้องสุขาสำหรับผู้สูงอายุและคนพิการ ลดอุปสรรคในการดำรงชีวิตในชุมชน
- **การกลับไปทำงานประกอบอาชีพได้** เป็นสิ่งที่ทุกคนภูมิใจ แต่ต้องตระหนักว่าสภาพร่างกายที่ไม่เหมือนเดิมมีความเสี่ยงที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น แผลกดทับจากการนั่งนาน, ปัสสาวะติดขัดเพราะละเลยการสวนปัสสาวะ เป็นต้น
- **การรู้จักดูแลสุขภาพตนเอง** - ปฏิบัติตามคำแนะนำ, กลับมาพบหมอตตามนัดเพื่อตรวจสุขภาพประจำปี และขอรับคำแนะนำและบำบัดรักษาเมื่อเริ่มมีปัญหา จะทำให้สุขภาพดีและอายุขัยของเราไม่ต่างจากคนทั่วไป



15. กีฬา ๆ เป็นยาวิเศษ

กีฬา ถูกนำมาใช้เป็นวิธีการหนึ่งในการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังตั้งแต่เมื่อ 60 ปีก่อนในสหราชอาณาจักร (ประเทศอังกฤษ) เพราะกีฬาทำให้ชีวิตของผู้พิการบาดเจ็บไขสันหลังเปลี่ยนแปลงไปมาก หลายคนได้เห็นศักยภาพของตนเอง และพิสูจน์ให้คนอื่นเห็นว่า คนทุกคนรวมทั้งคนที่มีความพิการสามารถเล่นหรือการแข่งขันกีฬาได้

ระยะฟื้นฟูสภาพ เป็นระยะที่หมออนุญาตให้ผู้ป่วยลุกออกจากเตียง และออกกำลังกายเพื่อลดสภาวะถดถอยจากการนอนและฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกาย

จากการศึกษาในอดีตพบว่า คนทั่วไปที่นอนอยู่กับเตียงนาน 20 วัน ต้องใช้เวลาฝึกออกกำลังกาย 55 วัน สภาพร่างกายจึงจะกลับมาเหมือนเดิม

ดังนั้น หากต้องการให้สมรรถภาพกลับคืนมา ต้องออกกำลังกาย

ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้ชายวัยกลางคนที่เคยมีสุขภาพแข็งแรง และส่วนหนึ่งเคยเล่นกีฬามาก่อน ดังนั้น การนำ**อุปกรณ์กีฬา**มาใช้ในการออกกำลังกายจึงเป็นก้าวแรกของการนำกีฬามาเป็นเครื่องมือบำบัดและฟื้นฟูสภาพ

การเล่นกีฬาที่มีประโยชน์ ดังนี้

- ระบบไหลเวียนเลือดมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้ร่างกายทนทานต่อการออกกำลังกาย
- กล้ามเนื้อมีความทนทานต่อการล้า
- กล้ามเนื้อมีกำลัง มีแรงมากขึ้น
- ข้อต่าง ๆ มีการเคลื่อนไหวคล่องตัว
- กระดูกแข็งแรงมากขึ้น
- ร่างกายเคลื่อนไหว-เคลื่อนที่ รวมทั้งสามารถทรงตัวได้ดีขึ้น
- มีวินัยต่อตนเองและควบคุมตนเองได้ดีขึ้น
- กล้ามใจปฏิสัมพันธ์กับคนอื่น
- เป็นที่ยอมรับของคนอื่น ๆ และสังคม

หลังจากผ่านกระบวนการฟื้นฟูสภาพแล้ว บางคนมีโอกาแสดงศักยภาพเชิงกีฬาของตนเอง นั่นคือ ได้เล่นกีฬาเพื่อการแข่งขัน เช่น กีฬาคนพิการแห่งชาติ, และความฝันสูงสุดของหลายคนคือ พาราลิมปิกเกมส์

กีฬาที่ผู้พิการอัมพาตไขสันหลังเข้าร่วมแข่งขันได้ เช่น วีลแชร์บาสเกตบอล, ควอดรักบี้, วีลแชร์เรสซิ่ง, ฟันดาบ, ยกน้ำหนัก, วាយน้ำ, ปิงปอง, เทนนิส ทั้งนี้ มีการจัดกลุ่มประเภทและระดับความพิการเพื่อจัดความได้เปรียบ-เสียเปรียบ และนักกีฬาได้รับความยุติธรรม

**หากพร้อม อย่าลังเลใจ
ออกมาเล่นกีฬากันเถอะ**



ภาคผนวก

หน่วยงาน/องค์กร/กลุ่มที่ให้การสงเคราะห์ และบริการฝึกอาชีพแก่คนพิการ

ภาคเหนือ

มูลนิธิสงเคราะห์คนพิการเชียงใหม่ ในพระราชูปถัมภ์ของสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี

ที่ตั้ง อาคารหน่วยเครื่องช่วยคนพิการ
โรงพยาบาลมหาสารนครเชียงใหม่
โทร. 0-5394-6322

ศูนย์ฟื้นฟูอาชีพคนพิการหายาดฝน

ที่ตั้ง อำเภอแม่แตง จังหวัดเชียงใหม่
โทร. 0-5347-1327

ศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพคนงานประจำภาคเหนือ

ที่ตั้ง อำเภอแม่อริม จังหวัดเชียงใหม่
โทร. 0-5301-6850

เครือข่ายคนพิการบาดเจ็บไขสันหลังภาคเหนือ

เฟสบุ๊ค Northern SCI Network
อีเมล nscin.thailand@gmail.com

บ้านทองอยู่เชสเชียร์เชียงใหม่

ที่ตั้ง ตำบลสันผีเสื้อ อำเภอแม่อริม จังหวัดเชียงใหม่
โทร. 053-110549, 053-110570

ภาคกลางและกรุงเทพมหานครฯ

มูลนิธิสิริวัฒนาเซสเซียร์ ในพระบรมราชูปถัมภ์ฯ

ที่ตั้ง เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ

โทร. 0-2252-6432

ศูนย์ฟื้นฟูอาชีพคนพิการพระประแดง

ที่ตั้ง อำเภอพระประแดง จังหวัดสมุทรปราการ

โทร. 0-2462-5008, 0-2462-6636

ศูนย์บริการสวัสดิการสังคมเฉลิมพระชนมพรรษา 5 รอบฯ

จังหวัดลพบุรี

ที่ตั้ง อำเภอชัยบาดาล จังหวัดลพบุรี

โทร 0-3646-1555

มูลนิธิอนุเคราะห์คนพิการในพระบรมราชูปถัมภ์ฯ

ที่ตั้ง อำเภอปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี

โทร. 0-2586-9596

สมาคมพิการแห่งประเทศไทย

ที่ตั้ง ถนนติวานนท์ จังหวัดนนทบุรี

โทร. 0-2951-0445

ศูนย์สิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ

ที่ตั้ง ถนนติวานนท์ จังหวัดนนทบุรี

โทร. 0-2591-3748



สำนักงานส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ (พก.)

ที่ตั้ง กรมประชาสงเคราะห์ เขตราชวิถี กรุงเทพฯ

แหล่งข้อมูล <http://www.nep.go.th>

ภาคตะวันออกเฉียงใต้

โรงเรียนอาชีวะมหาไถ่ พัทยา

ที่ตั้ง เมืองพัทยา จังหวัดชลบุรี

โทร. 0-3871-6247-9

ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

ศูนย์ฟื้นฟูอาชีพคนพิการขอนแก่น

ที่ตั้ง อำเภอน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น

โทร. 0-4324-6080

ศูนย์ฟื้นฟูอาชีพคนพิการจังหวัดหนองคาย

ที่ตั้ง อำเภอเมือง จังหวัดหนองคาย

โทร 0-4240-7478

ศูนย์ฟื้นฟูอาชีพคนพิการบ้านทองพูนเผ่าพนัส

ที่ตั้ง อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี

โทร. 0-4525-4092

สถานฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ
จังหวัดอุบลราชธานี

ที่ตั้ง อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี

โทร 0-4528-5469

ภาคใต้

ศูนย์ฟื้นฟูอาชีพคนพิการภาคใต้

ที่ตั้ง อำเภอท่าศาลา จังหวัดนครศรีธรรมราช

โทร. 0-7537-5254-5



ดรรชนี

กระดูก

- คอหักเคลื่อน, 4, 5
- แทรกในเนื้อเยื่อลีกรอบข้อ, 19
- สันหลัง, 1

กระบวนการ

- เตรียมสภาพร่างกาย, 33
- ฟิ้นสภาพ, 9

กระเพาะปัสสาวะ

- การผ่าตัดขยาย, 70
- โป่งพองเกิน, 15
- หดค่าง, 72

กลิ่นอุจจาระไม่อยู่, 84-85

กล้ามเนื้อหดเกร็งกระดูก, 17, 18

ก้อนอุจจาระอัดแน่น, 15

กายบริหาร, 17, 22-29

- ด้วยตุ้มน้ำหนัก, 26-28
- ด้วยแถบยางยืด, 25
- ยืดกล้ามเนื้อ, 18, 29

การกระตุ้นด้วยไฟฟ้า, 18, 23

การกรีดผ่าหูดท่อน้ำปัสสาวะ, 70

การกลับไปทำงาน, 110

การขับชี้พาหนะ, 108, 109

การขึ้น-ลงรถรับจ้าง, 108, 110

การคาหลอดสวนโพลี, 71

- ภาวะแทรกซ้อน, 71

การเคลื่อนที่ด้วยวีลแชร์, 44-55

การเคลื่อนย้ายตัว, 61, 62, 109

การเคาะปอด, 31

การจัดการกับปัญหา, 10

การจัดท่าระบายเสมหะ, 32

การจ่ายตลาด, 110

การฉีดยาสะกดประสาท, 20

การใช้วีลแชร์ในชุมชน, 108

การใช้หมอนยันปลายเท้า, 19

การใช้หลอดสวนปัสสาวะ, 75

การดูแลตนเอง, 56, 110

การติดตามผลการรักษา, 78

การถ่าย

- ปัสสาวะ, 65-69

- อุจจาระ, 79-83

การนอนบนที่นอน, 94

การนั่ง

- กินข้าว, 57

- บนเตียง, 57

การประคบร้อน, 14

การปรับสภาพแวดล้อม, 98-102

การฝึก

- เคลื่อนย้ายตัวบนเตียง, 60

- เดินด้วยหุ่นยนต์ช่วยเดิน, 42
- เดินนอกราวคู้, 40-42
- เดินในราวคู้, 38-39
- ทรงตัวทำนั่ง, 58
- ทักษะวีลแชร์ขั้นพื้นฐาน, 49
- ล้มและลุก, 51
- หายหลังล้ม, 52
- การยืดเอ็นร้อยหวาย, 18
- การยืนเดิน, 33-43
- การรับมือกับปัญหา, 8
- การลุกจากนอนเป็นนั่ง, 61
- การสวนทวาร, 83
- การสวนปัสสาวะ
 - ด้วยเทคนิคสะอาด, 76-78
- การสวมใส่-ถอดเสื้อกางเกง, 63
- การอาบน้ำ-ทำความสะอาด
 - หลังถ่าย, 64
- กิจกรรมยามว่าง, 16
- กีฬา, 111-112
- เก้าอี้ล้อสำหรับนั่งถ่าย-อาบน้ำ, 53
- ข้อยึดติด, 21
- ข้อไหลเสื่อม, 54
- ไซสันหลัง, 1, 2
- ครอบครัว, 10, 103
- ความดันเลือด
 - ตกเมื่อลุกนั่ง/ยืน, 57
 - สูงฉับพลัน, 14
- ความวิตกกังวล, 8, 10
- ความสัมพันธ์ทางเพศ, 104
- คอกระเพาะปัสสาวะกรอน, 72
- เครื่องช่วยพยุงเดิน
 - ชนิดมีล้อ, 41
 - สีขา, 40
- ชีวพิษโบทูลินัม, 20, 70
- ตำแหน่งปุ่มกระดูก, 88
- ท้องผูก, 84
- ท่อปัสสาวะมีทางทะเล, 72
- ทักษะ
 - การใช้วีลแชร์ขั้นสูง, 50
 - การออกสู่ชุมชน, 107
- ทำร่วมเพศ, 105
- ทิมพื้นฟู, 9
- ทุพพลภาพ, 8
- เนื้อตายสีเหลือง, 87
- เบาะรองนั่ง, 92-93
- ปวดข้อไหลบ่าและสะบัก, 13
- ปัสสาวะไหลออกโดยไม่ตั้งใจ, 71
- ผ้าอ้อม, 85
- ผิวหนัง, 86
- แขนยุบ, 85



- พองไหม้, 14, 20
- แผ่นรองตัว, 95
- แผลกดทับ, 85, 86-97
- การผ่าตัด, 96-97
- การรักษา, 95
- ปัจจัยเสี่ยง, 89-90
- พฤติกรรมป้องกัน, 90-91
- พิการ, 8
- ภาวะรีเฟล็กซ์ประสาทอัตโนมัติ
 - ผิดปกติ, 14
- ภาวะลิ่มเลือด
 - หลุดหลุดหลอดเลือดปอด, 32
 - อุดตันหลอดเลือดดำ, 32
- ไม้ยัน, 42
- ยา, 11, 16, 20, 69, 81
- ระบบประสาท, 1
- รากประสาทไขสันหลังถูกกดอัด, 12
- รีเฟล็กซ์ประสาทอัตโนมัติ
 - ผิดปกติ, 73, 83-84
- รูเปิดลำไส้ใหญ่ที่หน้าท้อง, 85
- วิธีช่วยขับ/ระบายเสมหะ, 31
- วิลแชร์, 44-48, 52
- สัมพันธภาพ, 103
- สิ่งเร้าที่ระคาย, 14, 15
- สิ่งแวดล้อมรอบตัว, 98-99
- เส้นประสาทถูกกดอัด
 - ในอุโมงค์ข้อมือ, 54-55
- หนังตายล่อน, 87
- หลอดสวนปัสสาวะ, 66, 73, 75
- ภาวะแทรกซ้อน, 73-75
- ห้องน้ำ-ห้องส้วม, 100
- ออกกำลังกาย, 17
- ออโตโนมิก ดิสรีเฟล็กซ์เซีย (เอ.ดี.), 14
- อัมพาต-อัมพฤกษ์, 8, 17, 23, 24
- อาการเจ็บปวด, 12-16
- อาหาร, 17, 81
- อุจจาระ
 - ออกโดยไม่ตั้งใจ, 84
 - ลักษณะ, 81
- อุบัติเหตุ, 1
- อุปกรณ์พยุง, 5, 35
- อุปสรรค
 - ขณะร่วมเพศ, 106
 - ต่อการออกกำลังกาย, 30
- เอ็นร้อยหวายยึด, 21

บันทึกข้อมูลสำคัญ

ชื่อ

โรงพยาบาล/ศูนย์

เลขที่โรงพยาบาล

สาเหตุ/วันที่บาดเจ็บ

ระดับกระดูกสันหลังที่
หัก/เคลื่อน

ระดับความรุนแรงของ
ไขสันหลังที่บาดเจ็บ

การรักษากระดูกสันหลัง

ระดับความสามารถ
ดูแลตนเอง และ
การเคลื่อนที่

ยา เวชภัณฑ์
และอุปกรณ์
ที่ได้รับ/จำเป็น

แพทย์/บุคลากรทาง
การแพทย์ และ
หมายเลขโทรศัพท์

อื่น ๆ

คู่มือสำหรับผู้ป่วยบาดเจ็บที่ไขสันหลัง



ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 5

ISBN 978-616-361-775-0