



วารสาร

โรงพยาบาลกำแพงเพชร

ปีที่ 27 (ฉบับพิเศษ) เดือนพฤศจิกายน 2566



KAMPHAENG PHET HOSPITAL JOURNAL
VOL. 27 (SPECIAL EDITION) NOVEMBER 2023
ISSN 0858 - 5180



วิจารณ์
โรงพยาบาลคำแพงเพชร

คณะผู้จัดทำ

เจ้าของ

โรงพยาบาลกำแพงเพชร

ประธานที่ปรึกษา

นพ.สุรชัย แก้วศิริชัย

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลกำแพงเพชร

คณะที่ปรึกษา

นพ.อัศวพงศ์ จุฑากรณ์
พว.เพ็ญกมล กุลสุ
นพ.สมเพ็ง โชคเฉลิมวงศ์
นพ.ไพฑูริย์ อ่อนเกตุ
นางกฤษณา บำรุงศรี

รองผู้อำนวยการด้านบริการตติยภูมิและทุติยภูมิ
รองผู้อำนวยการด้านการพยาบาล
รองผู้อำนวยการด้านพัฒนาระบบบริการและสนับสนุนบริการสุขภาพ
รองผู้อำนวยการด้านบริการด้านปฐมภูมิ
รองผู้อำนวยการด้านอำนวยการ

บรรณาธิการ

พญ.ชินานาฏ พวงสายใจ

นายแพทย์เชี่ยวชาญ

รองบรรณาธิการ

พว.ยุคลธร จิตรเกื้อกุล

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ

กองบรรณาธิการ

พญ.ตรุณี พุทธาริ
พญ.สมสุดา ยาอินทร์
พว.กาญจนา รามสูต
พว.จิราพร มณีพราย
นายประโยชน์ เข็มนาจิตร
พว.พันทะนันท์ วงศ์แสนสี
ภก.นฤมล มหาชัย

หัวหน้าฝ่ายวิจัยไวรัสวิทยากำแพงเพชร
นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
เภสัชกรชำนาญการ

ฝ่ายศิลปกรรม

นางทิพวรรณ นิลคล้าย
นางสาวอุษา หงษ์ยนต์

เจ้าพนักงานโสตทัศนศึกษาชำนาญงาน
เจ้าพนักงานโสตทัศนศึกษาปฏิบัติงาน

ฝ่ายจัดการวารสาร

นางสาวอาภากร เอ็มโอฐ
นางบังอร ทิวรัตน์อังกูร
นางสาวรัชติกาต แสงเมธ

บรรณารักษ์ปฏิบัติการ
นักวิเคราะห์นโยบายและแผน
พนักงานห้องสมุด

การส่งต้นฉบับ

คุณอาภากร เอ็มโอฐ
งานห้องสมุด กลุ่มภารกิจด้านพัฒนาระบบบริการและสนับสนุนบริการสุขภาพ โรงพยาบาลกำแพงเพชร
เลขที่ 428 ถนนราชดำเนิน 1 อำเภอเมือง จังหวัดกำแพงเพชร 62000
e-mail : kphlibrary@gmail.com โทรศัพท์. (055) 022000 - 29 ต่อ 1403

กำหนดออกวารสาร

- กำหนดออกของวารสารโรงพยาบาลกำแพงเพชร ปีละ 2 ฉบับ ราย 6 เดือน
- ฉบับที่ 1 เดือนมกราคม - มิถุนายน (ส่งต้นฉบับภายใน 30 มีนาคม ออกภายใน 30 มิถุนายน)
- ฉบับที่ 2 เดือนกรกฎาคม - ธันวาคม (ส่งต้นฉบับภายใน 30 กันยายน ออกภายใน 30 ธันวาคม)

บรรณาธิการแถลง

วารสารโรงพยาบาลกำแพงเพชร ได้เพิ่มฉบับพิเศษ เพื่อเผยแพร่ผลงานวิชาการประเภทกรณีศึกษา ของพยาบาลวิชาชีพ ระดับชำนาญการ ซึ่งเป็นผลงานที่แสดงถึงความรู้ ความสามารถในการประเมินขั้นระดับชำนาญการพิเศษ ซึ่งกองบรรณาธิการ มีความเห็นว่าบทความดังกล่าวจะเป็นประโยชน์อย่างยิ่งต่อผู้อ่านในสายวิชาชีพพยาบาล และวิชาชีพอื่นที่เกี่ยวข้อง

วารสารโรงพยาบาลกำแพงเพชร ฉบับนี้ ปีที่ 27 (ฉบับพิเศษ) เดือนพฤศจิกายน 2566 เป็นฉบับที่มีพยาบาลวิชาชีพส่งผลงานกรณีศึกษามาลงเผยแพร่ จำนวน 25 บทความ ซึ่งกองบรรณาธิการมีความยินดีอย่างยิ่งที่มีผู้สนใจนำบทความวิชาการมาลงเผยแพร่ในวารสารโรงพยาบาลกำแพงเพชรเป็นจำนวนมาก

ในการนี้ทางกองบรรณาธิการขอขอบคุณผู้ส่งผลงานที่ทำให้ความสนใจส่งผลงานมาตีพิมพ์ และขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่สละเวลาอันมีค่าในการประเมินผลงาน เพื่อให้วารสารมีคุณภาพที่ดียิ่งขึ้น และหวังเป็นอย่างว่าจะมีประโยชน์กับผู้อ่านทุกท่านในการประยุกต์ใช้เป็นแนวทางในการทำผลงานวิชาการ และการปฏิบัติงานต่อไป

บรรณาธิการ

วารสารโรงพยาบาลกำแพงเพชร

บรรณาธิการแถลง

กรณีศึกษา (case study)

- การพยาบาลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง : กรณีศึกษา = Nursing care of depressed patients at high risk of committing violence : A case study / นิสากกร วรศิลป์ _____ 1
- การพยาบาลผู้ป่วยเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นที่มีภาวะช็อก : กรณีศึกษา = Nursing Care of Patients with Upper Gastrointestinal Hemorrhage and Shock : A Case Study / หนูเชษฐ์ กิตติขจร _____ 13
- การพยาบาลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันร่วมกับภาวะช็อกจากเหตุหัวใจ : กรณีศึกษา = Nursing Care of Patients with Acute Myocardial Infarction Combined with Cardiogenic Shock : A Case Study / สายชล จันทนาการ _____ 23
- การพยาบาลผู้ป่วยให้เคมีบำบัดเพื่อบรรเทาอาการในผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี : กรณีศึกษา = Nursing care for relieve symptom in Cholangiocarcinoma patients with chemotherapy : A Case Study / ณัฐวุฒิ สุดแก้ว _____ 34
- การพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีที่มีวัณโรคปอดเป็นโรคร่วม : กรณีศึกษาในงานปฐมภูมิและองค์รวม = Nursing care for HIV-infected patients with pulmonary tuberculosis : Case studies in Primary and Holistic Care Department / สุวรรณี ธรรมวุฒิ _____ 46
- การพยาบาลผู้ป่วยปอดอักเสบที่มีการติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง : กรณีศึกษา = Nursing care for pneumonia patients with Severe Sepsis : A Case Study / กุศลีน นาคบัณฑิตย์ _____ 57
- การพยาบาลแบบประคับประคองในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย : กรณีศึกษา = End-of-Life Care Nursing for End-Stage Renal Disease Patients : A Case study/ เกษศิริรินทร์ ฝาเลิศ _____ 69
- การพยาบาลผู้ป่วยโรคโพรงกระดูกสันหลังตีบแคบ : กรณีศึกษาแผนกผู้ป่วยนอก = Nursing Care for Patients with Spinal Stenosis : Case Study in Outpatient Department / ยุกดี สายทอง _____ 80
- การพยาบาลผู้ป่วยกรวยไตอักเสบเรื้อรังที่ผ่าตัดไตออก : กรณีศึกษา= Nursing care for patients with chronic pyelonephritis undergoing nephrectomy : A case study / หทัยรัตน์ มากะ _____ 91
- การพยาบาลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI : กรณีศึกษา = Nursing care for acute ST- elevation myocardial infarction receiving the thrombolytic agent : A case study / เยาวลักษณ์ กาละภักดี _____ 103
- การพยาบาลผู้ป่วยโรคเรื้อนชนิดเลปโรมาตัสที่มีภาวะโรคเหตุชนิดที่ 2 : กรณีศึกษา = Nursing Care for Lepromatous Leprosy Patient with Type 2 Leprosy Reaction : A Case Study / สุปรีดา สันฐิติเมธา _____ 114
- การพยาบาลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีพฤติกรรมรุนแรง : กรณีศึกษา = Nursing care of drug abuse patients with violent behavior : A case Study / พัทธนี มากเมือง _____ 125
- การพยาบาลผู้ป่วยปอดอักเสบรุนแรงร่วมกับการติดเชื้อในกระแสเลือด : กรณีศึกษา = Nursing care of patients with severe pneumonia with Sepsis : A case study / มยุรี มูลสวัสดิ์ _____ 137

กรณีศึกษา (case study)

- การพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคไข้เลือดออกที่มีภาวะช็อก : กรณีศึกษา = Nursing Care of Pediatric Patients with Dengue Hemorrhagic Fever with Shock : A Case Study / นิภา เภาโพธิ์ _____ 149
- การพยาบาลผู้ป่วยโรคแพ้ภูมิตัวเองที่มีภาวะปอดอักเสบ : กรณีศึกษาแผนกผู้ป่วยนอก = Nursing Care for Systemic Lupus Erythematosus patient with Pneumonia : A Case Study at Out-Patient department / วิไลวรรณ ศรีใจวงศ์ _____ 160
- การพยาบาลผู้ป่วยกะโหลกศีรษะแตกแบบเปิดและมีเนื้อสมองฉีกขาด : กรณีศึกษา = Nursing care for Patients with Open Skull Fracture and Brain tissue Injury : A case study / สุทธิรา พวงทอง _____ 172
- การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดเอสทียก : กรณีศึกษา = Nursing care for acute ST- elevation myocardial infarction Patient : A case study / เกษกนก ชำโต _____ 185
- การพยาบาลมารดาให้นมบุตรที่มีภาวะเต้านมเป็นฝี : กรณีศึกษา = Nursing Care of breastfeeding mothers with breast abscess : A Case Study / อารีย์ คักดีบุรณาเพชร _____ 195
- การพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังระดับคอที่มีภาวะช็อก : กรณีศึกษา = Nursing care of patients with cervical spinal cord injuries who are in shock : A case study/ ปรีดาภรณ์ สุตแก้ว _____ 206
- การพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่ระยะลุกลามแบบประคับประคอง : กรณีศึกษา = Postoperative palliative nursing care for patient with advanced metastatic colorectal cancer : A case study / พณิตนันท์ น้ำดอกไม้ _____ 219
- การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งตับระยะสุดท้ายของชีวิตที่บ้าน : กรณีศึกษา = Nursing Care for End-of-Life Liver Cancer Patients at home : A Case Study / กัญญารัตน์ อยู่เย็น _____ 233
- การพยาบาลผู้ป่วยโรคเลือดออกในสมองจากภาวะหลอดเลือดสมองตีบ : กรณีศึกษา = Nursing Care of Hemorrhagic Transformation of Ischemic Brain Tissue : A Case Study / นิตยา ตะติยะ _____ 244
- การพยาบาลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวจากกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน : กรณีศึกษา = Nursing Care for Patients with Heart Failure from Acute Myocardial Infarction : A Case Study / ยุวดี พิสิทธิ์ _____ 255
- การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดแผลกระเพาะอาหารทะลุแบบฉุกเฉิน : กรณีศึกษา = Perioperative nursing in emergency surgery of perforated peptic ulcer patient : A case study / สุมาลี เฮงสุวรรณ _____ 267
- การพยาบาลผู้ป่วยภาวะเลือดเป็นกรดจากเบาหวาน : กรณีศึกษา = Nursing care of patient with Diabetic Ketoacidosis : A case study / พุทธวรรณ มากสุวรรณ _____ 279

คำแนะนำสำหรับผู้พิมพ์



Nursing care of depressed patients at high risk of committing violence : A case study

Nisakorn Worasin, R.N.S*

Abstract

Introduction : Depression is a psychiatric disorder that is a common cause of impairment in people's lives in the general population. Major depressive disorder is characterized by sudden and severe abnormalities in thought, mood, or behavior. Violent behavior causes harm to oneself and others or damage to property. When caring for patients with depression who are at high risk of violence, nurses must have the knowledge and ability to assess symptoms and plan appropriate care to ensure the safety of all parties.

Objective : To provide guidelines for effective nursing care of depressed patients who are at high risk of committing violence.

Case study : A 66-year-old Thai male patient has a history of depression and strokes. The patient received treatment nine hours before coming to the hospital. The patient has accumulated stress from being unable to help himself for 3 years. Today, he felt that his wife was talking incoherently without having a quarrel. Then he used a knife to attack his wife, but the wife dodged in time and defended herself by using a mop, hitting the patient in the head and arms. Depression assessment results founded 2Q = positive 9Q = 23 points, and 8Q = 27 points. Brief psychiatric rating scale (BPRS) = 70 points. Over aggressive scale (OAS) = 3 (Emergency). The patient was diagnosed with a Depressive episode – Severe depressive without psychotic symptoms and received treatment according to suicidal precautions and violent behavior guidelines by receiving anti-depressants, mood stabilizers, stress relievers, anxiety reducers, and anti-psychotic drugs along with psychotherapy. During the treatment, the patient's problems were found to be at risk of harm from aggressive behavior, repeated self-harm, inappropriate coping with problems and stress, and the risk of side effects from psychiatric drugs. The patient has impaired family relationships and changes in sleep patterns. Nurses provide care in preventing and monitoring aggressive behavior, harming oneself and others, providing psychological care in building self-esteem, and giving methods of managing problems and coping appropriately. Observing unusual symptoms and side effects from receiving medication according to the treatment plan and building good relationships in the family after receiving care, it was found that the patient had no intention of harming himself or others. The patient's facial expressions and words indicate that anxiety is reduced and there is satisfaction and purpose in living. The patient can be told how to deal with their thoughts and emotions appropriately. Planning with the patient's family for continued care of patients at home before discharge, including coordinating areas for continuous patient monitoring, including a period of 6 days of hospital admission.

Conclusion : Nursing care for depressed patients who are at high risk of committing violence Nurses play a very important role in providing care, especially in screening, risk assessment, decision-making, and reporting to doctors quickly and in a timely manner. Using the nursing process and care planning together with a multidisciplinary team to care for patients continuously until they are discharged home so that patients can receive appropriate and efficient nursing care can prevent violence from patients who have behaviors at high risk of causing violence in a timely manner. The patient will be safe, and the people around the patient will be safe, and reducing the death rate.

Keywords : Depression, and nursing care of patients at high risk of committing violence.

*Register nurse, Professional level, Nursing specializing in Psychiatry Department, Kamphaeng Phet Hospital

การพยาบาลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง : กรณีศึกษา

นิสากร วรศิลป์, พย.บ*

บทคัดย่อ

บทนำ: โรคซึมเศร้าเป็นโรคทางจิตเวชที่เป็นสาเหตุของความบกพร่องในการดำเนินชีวิตของบุคคล ที่พบได้บ่อยมากในประชากรทั่วไป โรคซึมเศร้าที่มีความเสี่ยงต่อความรุนแรง จะมีความผิดปกติทางความคิด อารมณ์หรือพฤติกรรมซึ่งเกิดขึ้นอย่างเฉียบพลัน และรุนแรง พฤติกรรมรุนแรงดังกล่าวก่อให้เกิดอันตรายต่อตนเองและผู้อื่น หรือเกิดความเสียหายต่อทรัพย์สิน การดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีความเสี่ยงสูงต่อความรุนแรง พยาบาลต้องมีความรู้ความสามารถในการประเมินอาการ และวางแผนดูแลรักษาอย่างถูกต้องเหมาะสม เพื่อความปลอดภัยของทุกฝ่าย

วัตถุประสงค์: เพื่อเป็นแนวทางในการพยาบาลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง

กรณีศึกษา: ผู้ป่วยชายไทย อายุ 66 ปี มีประวัติโรคซึมเศร้า โรคหลอดเลือดสมอง เข้ารับการรักษาด้วย 9 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล มีภาวะเครียดสะสมจากการช่วยเหลือตนเองได้น้อยมา 3 ปี วันนี้รู้สึกโกรธ ภรรยาพูดไม่เข้าหู จึงใช้มีดฟันภรรยา ภรรยาหลบหนีใช้ไม้ถูพื้นตีศีรษะและแขนผู้ป่วย ผลการประเมินโรคซึมเศร้า พบ 2Q = positive 9Q = 23 คะแนน 8Q = 27 คะแนน ประเมินอาการทางจิต (BPRS) = 70 คะแนน ประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง (OAS) = 3 อยู่ระดับฉุกเฉิน(Emergency)ได้รับการวินิจฉัย Depressive episode – Severe depressive without psychotic symptoms ได้รับการรักษาตามแนวทาง suicidal precaution และ Violent behavior โดยการได้รับยาต้านเศร้า ยาปรับอารมณ์ ยาคลายเครียด/ลดความวิตกกังวล และยาต้านโรคจิต ร่วมกับการทำจิตบำบัด ระหว่างการรักษาพบปัญหาของผู้ป่วยคือ เสี่ยงต่อการทำร้ายตนเองซ้ำ มีการเผชิญปัญหาและความเครียดไม่เหมาะสม เสี่ยงต่อการเกิดการขัดแย้งจากญาติเวช สัมพันธภาพในครอบครัวบกพร่อง และแบบแผนการนอนเปลี่ยนแปลง พยาบาลให้การดูแลในการป้องกัน เผื่อระวังพฤติกรรมก้าวร้าวการทำร้ายตนเองและผู้อื่น ให้การดูแลด้านจิตใจ การสร้างความภาคภูมิใจในตนเอง วิธีการจัดการแก้ไขปัญหา และการเผชิญปัญหาได้อย่างเหมาะสม การสังเกตอาการผิดปกติและผลข้างเคียงจากการได้รับยาตามแผนการรักษา การสร้างสัมพันธภาพที่ดีในครอบครัว หลังได้รับการดูแลรักษาพบว่า ผู้ป่วยไม่มีพฤติกรรมการทำร้ายตนเองและผู้อื่น มีสีหน้าและคำพูดที่แสดงถึงความวิตกกังวลลดลง มีความพึงพอใจและมีเป้าหมายในการมีชีวิตอยู่ต่อไป สามารถบอกวิธีการจัดการกับความคิดและอารมณ์ของตนเองได้อย่างเหมาะสม การวางแผนร่วมกับญาติในการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้านก่อนจำหน่าย ประสานพื้นที่ในการติดตามดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง รวมระยะเวลาการรักษาตัว 6 วัน

สรุปกรณีศึกษา: การพยาบาลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง พยาบาลมีบทบาทสำคัญอย่างยิ่งในการดูแล โดยเฉพาะบทบาทการคัดกรอง การประเมินความเสี่ยง ประกอบการตัดสินใจ ในการรายงานแพทย์อย่างรวดเร็วและทันเวลา การใช้กระบวนการทางการพยาบาล และการวางแผนการดูแล ร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องจนถึงจำหน่ายกลับบ้าน เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลที่เหมาะสม มีประสิทธิภาพ สามารถป้องกันเหตุความรุนแรง จากผู้ป่วยที่มีพฤติกรรม ความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงได้อย่างทันที่ ผู้ป่วยปลอดภัย บุคคลรอบข้างปลอดภัย ลดอัตราการเสียชีวิต

คำสำคัญ: โรคซึมเศร้า การพยาบาลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานการพยาบาลจิตเวช โรงพยาบาลกำแพงเพชร

บทนำ

โรคซึมเศร้าเป็นโรคทางจิตเวชที่เป็นสาเหตุของความบกพร่องในการดำเนินชีวิตของบุคคล ที่พบได้บ่อยมากในประเทศไทยในปัจจุบันของโลกของเรามีประชากรราว 7.6 พันล้านคน และมีคนเป็นโรคซึมเศร้าถึง 300 ล้านคน หรือประมาณ 4%¹ จากการคาดการณ์ขององค์การอนามัยโลกในระยะเวลาอีก 2 ทศวรรษข้างหน้า นับจากปี พ.ศ. 2560 เป็นต้นไป คาดว่าโรคซึมเศร้าจะเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญเป็นอันดับสองรองจากโรคหัวใจขาดเลือด สำหรับประเทศไทยจากข้อมูลของกระทรวงสาธารณสุข พบว่า คนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไปป่วยเป็นโรคซึมเศร้าถึง 1.5 ล้านคน หรือ 2.2% ของคนไทยทั้งหมด 70 ล้านคน พบในเพศหญิงมากกว่าเพศชายเป็นอัตรา 2 : 1 โดยผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเป็นเพศหญิง ร้อยละ 10 - 15 และเพศชาย ร้อยละ 5 - 12² จากสถานการณ์ผู้ป่วยที่เป็นโรคซึมเศร้าที่เข้ารับการวินิจฉัย และได้รับการตรวจรักษาในประเทศไทย ซึ่งรวบรวมโดยโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ ในระหว่างปี พ.ศ. 2560 มีจำนวนร้อยละ 2.96 ในปี พ.ศ. 2561 มีจำนวนร้อยละ 3.42 และ ปี พ.ศ. 2562 มีจำนวนร้อยละ 3.49 โดยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น³ จังหวัดกำแพงเพชรมีประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป จำนวน 598,317 คน ในปี พ.ศ. 2563 - 2565 พบว่า มีจำนวนผู้มีภาวะซึมเศร้าเข้าถึงบริการจำนวน 15,520 คน (ร้อยละ 2.59) 17,397 คน (ร้อยละ 2.91) และ 18,523 (ร้อยละ 3.09) ตามลำดับ ซึ่งมีแนวโน้มสูงขึ้นเรื่อย ๆ⁴

โรคซึมเศร้าสามารถจำแนกเป็น 4 ระดับ ตามบัญชีจำแนกโรคระหว่างประเทศฉบับแก้ไขครั้งที่ 10 ได้แก่ โรคซึมเศร้ารุนแรงน้อย โรคซึมเศร้ารุนแรงปานกลาง โรคซึมเศร้ารุนแรงมากที่ไม่มีอาการทางจิต และที่มีอาการทางจิต โรคซึมเศร้าที่มีความรุนแรงมากจะมีความผิดปกติทางความคิด อารมณ์หรือพฤติกรรมซึ่งเกิดขึ้นอย่างเฉียบพลันและรุนแรง³ นอกจากนี้โรคซึมเศร่ายังเป็นสาเหตุที่ทำให้คนไทยเสียชีวิตก่อนวัยอันควรถึงร้อยละ 70 เพราะผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้ารุนแรง จะจบชีวิตด้วยการฆ่าตัวตายสำเร็จสูงกว่าคนทั่วไปถึง 20 เท่า⁵ ซึ่งพฤติกรรมรุนแรงทางจิตเวชแบ่งออกเป็น 4 ลักษณะ คือ 1) พฤติกรรมรุนแรงทางคำพูด เป็นลักษณะคำพูดที่บ่งบอกถึงความต้องการที่จะทำร้ายผู้อื่น เช่น ตะโกนส่งเสียงดังด้วยความโกรธด่าว่าด้วยคำหยาบคาย สบแช่งอย่างรุนแรง ตะโกนว่ากล่าว ตูตูกวิพากษ์วิจารณ์ ชูตะคอกผู้อื่นอย่างรุนแรง พูดด้วยน้ำเสียงห้วนๆ กระแทกกระทั้น ช่มชู้คุกคาม เป็นต้น 2) พฤติกรรมรุนแรงต่อร่างกายตนเอง เช่น ชกตีหยิก ข่วน ดึงผม ใช้นิ้วขีดข่วนผิวหนัง ใช้กำปั้นชกกำแพง กรีดข้อมือ / แขน กินยาเกินขนาด เป็นต้น 3) พฤติกรรมรุนแรงต่อร่างกายผู้อื่น เช่น ชกตอย ตบตีใช้อาวุธ / อุปกรณ์ต่างๆ ทำร้ายร่างกายผู้อื่น โดยทำให้เกิดรอยช้ำ บวม ฟกช้ำ กระตุกหัก มีบาดแผล เป็นต้น 4) พฤติกรรมรุนแรงด้านสิ่งของ / ทรัพย์สิน เช่น ฉีกเสื้อผ้า ทูบทำลาย / ขว้างปาข้าวของเครื่องใช้ เผาบ้าน เป็นต้น พฤติกรรมรุนแรงดังกล่าวก่อให้เกิดอันตรายต่อตนเองและผู้อื่น หรือเกิดความเสียหายต่อทรัพย์สิน⁶

การดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีความเสี่ยงสูงต่อพฤติกรรมความรุนแรง พยาบาลต้องมีความรู้ความสามารถในการประเมินอาการ / พฤติกรรมรุนแรง ตั้งแต่การคัดกรอง การนำเครื่องมือคัดกรอง เช่น 2Q, 9Q, 8Q, BPRS, OAS เพื่อใช้ประเมินความรุนแรง⁷ วินิจฉัยและวางแผนการพยาบาลอย่างถูกต้องเหมาะสม สามารถให้การช่วยเหลืออย่างรวดเร็ว ทันเวลา เพื่อความปลอดภัยของทุกฝ่าย ตลอดจนการฟื้นฟู ทัศนศึกษาจึงมีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นแนวทางปฏิบัติในการให้การพยาบาลผู้ป่วยซึมเศร้าที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง

กรณีศึกษา

ข้อมูลทั่วไป

ผู้ป่วยชายไทย อายุ 67 ปี สัญชาติไทย นับถือศาสนาพุทธ

อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล

กัญนำส่ง มีแผลบริเวณหน้าผาก และแขนข้างซ้าย 9 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน

5 ปีก่อนรับการรักษาโรคซึมเศร้าที่โรงพยาบาลกำแพงเพชรต่อเนื่อง

3 ปีก่อนมีอาการแขน ขาอ่อนแรง ช่วยเหลือตัวเองได้น้อย มีภาวะเครียดสะสม

6 เดือนก่อนพยายามฆ่าตัวตายโดยกินน้ำยาล้างห้องน้ำ เนื่องจากเครียดจากการเจ็บป่วยทางกาย หงุดหงิดที่ช่วยเหลือตัวเองได้น้อย

9 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล ผู้ป่วยให้ข้อมูลว่ามีอาการเครียดสะสมจากการช่วยเหลือตนเองได้น้อย วันหนึ่งหงุดหงิดกรรยา

พูดไม่เข้าหู ใช้มีดฟันกรรยา กรรยาหลบหันใช้มีดฟันตีศีรษะและแขนผู้ป่วย

ได้รับการวินิจฉัย : F322 Depressive episode – Severe depressive without psychotic symptoms

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต

โรคหลอดเลือดเลือดสมอง 3 ปี รักษาโรงพยาบาลกำแพงเพชรต่อเนื่อง

การประเมินสภาพร่างกายตามระบบ

รูปร่างทั่วไป : รูปร่างสมส่วน น้ำหนัก 77 กิโลกรัม ส่วนสูง 175 เซนติเมตร BMI 26.10

สัญญาณชีพ : อุณหภูมิ 36.5 C° ชีพจร 64 bpm. อัตราการหายใจ 18 bpm. ความดันโลหิต 127/69 mmHg. O₂ sat 98%

ผิวหนัง : ผิวสีขาวเหลือง ผิวหนังชื้น เย็น ไม่มีรอยแตก ไม่มีจ้ำเลือด ไม่บวม เล็บมือสะอาดไม่ซีด ไม่มีนิ้วปม

ศีรษะและใบหน้า : ผมสีดอกเลา ตัดสั้น บริเวณ frontal area มีแผลฉีกขนาด 0.5 x 1 cm. แขนซ้ายมีแผลถลอก

ตาทั้งสองข้างสมมาตรกัน หนังตาไม่ตก การมองเห็นปกติ มุมปากขวาตกลึกน้อย ใบหู จมูกมีลักษณะปกติ

ทรวงอกและทางเดินหายใจ : ทรวงอกรูปร่างปกติ สมมาตรกันดี ไม่มีก้อนมีม อัตราการหายใจ 18 ครั้ง/นาที

ระบบหัวใจและหลอดเลือด : จังหวะการเต้นของหัวใจสม่ำเสมอ อัตราการเต้น 64 ครั้ง/นาที ไม่มีเสียง Murmur

ช่องท้องและทางเดินอาหาร : หน้าท้องสมมาตรกัน ไม่มีก้อน ไม่มีเส้นเลือดโป่งพอง ไม่มีท้องมาน ท้องไม่อืด

ไม่มีจุดกดเจ็บเฉพาะที่ (Rebound tenderness) ตับ และม้ามไม่โต ต่อมท่อน้ำเหลืองที่ขาหนีบทั้ง 2 ข้างไม่โต

กล้ามเนื้อและกระดูก : โครงสร้างร่างกายปกติไม่มีการโค้งงอของกระดูกสันหลังแขนขา ไม่มีรอยโรคของการหัก

เคลื่อนหรือผิดรูป แขน ขา 2 ข้าง Motor power grade 5 / แขน ขา ด้านขวาอ่อนแรงเล็กน้อย

ระบบประสาท : รู้สึกตัวดี พูดไม่ชัด ถามตอบตรงคำถาม ไม่สับสน รับรู้ วันเวลา สถานที่ และบุคคลได้ถูกต้อง

ระบบทางเดินปัสสาวะ : ปัสสาวะปกติ ไม่สับสน

ระบบอวัยวะสืบพันธุ์ : ลักษณะภายนอกปกติ

การตรวจสุขภาพจิต : **MENTAL STATUS EXAMINATION**

1. General Appearance : ผู้ป่วยชายไทย วัยสูงอายุ รูปร่างสมส่วน ผิวขาวเหลือง ผมตัดสั้น สีดอกเลา แต่งกายชุดผู้ป่วยเหมาะสม สะอาด สีหน้าเคร่งเครียด แขนขา 2 ข้าง Motor power grade 5 / แขนขา ด้านขวาอ่อนแรงเล็กน้อย

2. Consciousness : รู้สึกตัวดี good conscious

3. Speech : สื่อสารเข้าใจ พูดไม่ชัด ถามตอบตรงประเด็น พูดน้อย ไม่ค่อยพูด

4. MOOD and Affective (อารมณ์และการแสดงออก) : การแสดงออกด้านอารมณ์ สอดคล้องกับเรื่องที่พูด ขณะพูดสีหน้ามีลักษณะเคร่งเครียด

5. Thought : พูดน้อย พูดถึงการเจ็บป่วยทางกาย คำพูดมีลักษณะตัดพ้อน้อย ใจกับอาการเจ็บป่วย ยังมีความคิดอยากฆ่าตัวตายบางครั้ง ไม่มีความคิดหลงผิด

6. Perception : ปกติ ไม่มีอาการหูแว่ว ประสาทหลอน

7. Cognitive Function

7.1 Orientation : Time Place Person: ผู้ป่วยสามารถบอกได้ถูกต้อง

7.2 abstract thinking :

7.2.1 สามารถบอกความเหมือน (Similarity) สรุป : ผู้ป่วยตอบเป็น abstract 2 ข้อ concrete 1 ข้อ

7.2.2 สามารถบอกความแตกต่าง (Difference) สรุป : ผู้ป่วยตอบเป็น abstract 2 ข้อ concrete 1 ข้อ

7.2.3 บอกความหมายของสุภาษิต (Poverty Interpretation) สรุป : ผู้ป่วยตอบเป็น abstract 3 ข้อ

7.3 memory :

7.3.1 Registration สามารถบอกชื่อของ 3 อย่างได้ถูกต้อง (โดยพูดห่างกันครั้งละ 1 วินาที)

7.3.2 Retention and immediately memory (Digit forward : Digit backward) : สามารถพูดตัวเลขตามได้จนถึง 5 หลัก และสามารถพูดทวนตัวเลขได้ 3 หลัก

7.3.3 Recall memory ผู้ป่วยสามารถบอกได้ถูกต้อง

7.3.4 Remote memory : ผู้ป่วยสามารถตอบได้ถูกต้อง

7.4 concentration & Attention Function:

7.4.1 สามารถลบเลข จาก 100 – 7 ไปเรื่อย ๆ : ตอบได้ถูกต้อง 2 ครั้ง ผู้ป่วยใช้เวลาคิดนาน

7.4.2 สามารถบอกวัน ในสัปดาห์ย้อนหลังได้: ตอบไม่ได้

7.5 Intellectual function : ผู้ป่วยสามารถตอบได้ถูกต้อง

8. Judgement (การตัดสินใจ) จากสถานการณ์ : ผู้ป่วยสามารถตัดสินใจได้เหมาะสม 2 และไม่เหมาะสม 1

9. Insight : ผู้ป่วยรับรู้การเจ็บป่วย มีสาเหตุมาจากความเครียดที่สะสม

ประเมินสภาพจิตใจและสังคม

ผลการประเมินคัดกรองโรคซึมเศร้า 2Q พบเป็นผู้มีความเสี่ยงซึมเศร้า ประเมินคัดกรอง 9Q = 23 คะแนน มีอาการของโรคซึมเศร้าระดับรุนแรง ประเมินการฆ่าตัวตาย 8Q = 27 คะแนน มีแนวโน้มที่จะฆ่าตัวตายระดับรุนแรง ประเมินอาการทางจิต BPRS (Brief Psychiatric Rating Scale) = 70 แปลผล มีอาการระดับมากประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง (Overt Aggression Scale : OAS) = 3 อยู่ระดับฉุกเฉิน (Emergency) ที่ไม่สามารถควบคุมตนเองได้ จนเกิดอันตรายต่อตนเอง ผู้อื่น หรือทรัพย์สิน จัดอยู่ในกลุ่มหนักมาก ต้องจัดการทันทีทันใด

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

Complete blood count และผลการตรวจ Biochemistry มีค่าอยู่ในเกณฑ์ปกติ

สรุป การดำเนินของโรคขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

วันที่ 11 พ.ค. 2566 กู้ภัยนำส่ง ผู้ป่วยรู้สึกตัว มีบาดแผลที่ศีรษะและแขน ผู้ป่วยให้ข้อมูลว่า รู้สึกเครียดมาก เนื่องจาก 3 ปีที่ผ่านมา มีปัญหาแขนขา ข้างขวาอ่อนแรง ช่วยเหลือตนเองได้น้อย เดินลำบาก ต้องอาศัยภรรยาคอยช่วยเหลือ วันเกิดเหตุ ภรรยาพูดไม่ถูกใจ รู้สึกโกรธ จึงใช้มีดที่เก็บสะสมไว้ได้เพียง จะฟันศีรษะภรรยา แต่ภรรยาหลบทันและป้องกันตัวโดยใช้ไม้ถูพื้นตีผู้ป่วย ทำให้มีบาดแผลที่ศีรษะและแขน แพทย์ห้องฉุกเฉินประเมินว่าผู้ป่วยมีพฤติกรรมความเสี่ยงรุนแรง พิจารณาให้ admit ตึกอายุรกรรมชาย 1 consult Psychiatry at ward เฝ้าระวัง suicidal precaution ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี สื่อสารตอบตรงคำถาม ไม่มีอาการคลุ้มคลั่ง ทำที่สงบ ไม่ก้าวร้าว

วันที่ 12 พ.ค. 2566 จิตแพทย์ตรวจเยี่ยมอาการ ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี รับรู้บุคคล วันเวลาสถานที่ มีสีหน้าเคร่งเครียด ตอบคำถามสั้นๆ บ่นนอนไม่หลับ ให้การรักษาโดยทำจิตบำบัดร่วมกับนักจิตวิทยาและให้ยา Sertraline(50) 1x2 pc, Lorazepam(1) 1xhs, Hadol(0.5) 1x2 pc, Quetiapine(25) 1xhs, Trazodone(50) 1xhs, Sod.Valproate(500) 1x1 pc

วันที่ 13 พ.ค. 2566 ผู้ป่วยสีหน้าเคร่งเครียด นอนไม่หลับ ภรรยาคอยดูแลใกล้ชิด แพทย์ปรับยา Quetiapine (25) 2xhs

วันที่ 14 พ.ค. 2566 ผู้ป่วยสีหน้าผ่อนคลาย หลับได้มากขึ้น แพทย์ปรับยา Quetiapine (25) 1x1 pc (เช้า) ; 2xhs

วันที่ 15 พ.ค. 2566 ผู้ป่วยสีหน้าสดชื่น หลับได้ไม่ตื่นกลางดึก Quetiapine (25) 2x1 pc, (เช้า);2xhs, Off Haloperidol

วันที่ 16 พ.ค. 2566 ผู้ป่วยสีหน้าสดชื่นขึ้น พูดคุยกับภรรยา ไม่มีท่าทางหงุดหงิด ไม่มีความคิดอยากตายหรือทำร้ายผู้อื่น แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้ Home medication : Sertraline(50) 1x2 pc, Hadol(0.5) 1x2 pc, Lorazepam(1) 1xhs, Quetiapine(25) 2x1 pc (เช้า);2xhs, Sod.Valproate(500) 1x1 pc (เย็น), Trazodone(50) 1xhs

การวางแผนการพยาบาล

ประเมินปัญหาสุขภาพตามกรอบแนวคิดแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน ซึ่งประกอบด้วย 11 แบบแผน⁹ ดังนี้
แบบแผนที่ 1 การรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพและการดูแลตนเอง รับรู้ว่าเป็นโรคซึมเศร้า แต่ไม่เข้าใจการปฏิบัติตัว ไม่ยอมให้ภรรยาดูแลการจัดยาให้รับประทาน ทำกิจวัตรประจำวันได้เองบางส่วนเนื่องจากมีปัญหาแขนขาด้านขวาอ่อนแรง
แบบแผนที่ 2 โภชนาการและการเผาผลาญ อาหารรับประทานครบ 3 มื้อ รับประทานได้น้อยเนื่องจากรู้สึกเบื่ออาหาร
แบบแผนที่ 3 การขับถ่ายของเสีย ปัสสาวะบ่อยไม่มีเสขชาติ อุจจาระวันเว้นวัน ไม่มีท้องผูก
แบบแผนที่ 4 การออกกำลังกายและการทำกิจกรรม มีการออกกำลังกายแต่ไม่สม่ำเสมอ ลูกเดินลำบากต้องช่วยพยุง

- แบบแผนที่ 5 การพักผ่อนนอนหลับ นอนวันละ 4 - 6 ชั่วโมง
- แบบแผนที่ 6 สถิติปัญญาและการรับรู้ รู้ตัว รู้เรื่องดี อ่านออกเขียนได้ จบ ป.7
- แบบแผนที่ 7 การรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์ ไม่พึงพอใจ คิดว่าตนเองไม่มีคุณค่า ต้องเป็นภาระให้ผู้อื่นช่วยดูแล
- แบบแผนที่ 8 บทบาทและสัมพันธภาพในครอบครัว แต่งงาน มีบุตร 2 คนมีหลาน ผู้ป่วยทะเลาะขัดแย้งกับครอบครัว
- แบบแผนที่ 9 เพศและการเจริญพันธุ์ ผู้ป่วยแสดงออกอย่างเหมาะสม
- แบบแผนที่ 10 การเผชิญและทนต่อความเครียด เวลาเครียดมักแสดงท่าทางหงุดหงิด โวยวายใส่ภรรยา ขว้างปาสิ่งของ
- แบบแผนที่ 11 คุณค่าและความเชื่อนับถือศาสนาพุทธ ชอบทำบุญ

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล จัดลำดับความสำคัญเรียงตามสถานการณ์ที่คุกคามชีวิตมากที่สุดไปน้อย ประกอบด้วย

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 1 เสี่ยงต่อการทำร้ายตนเองซ้ำ

ข้อมูลสนับสนุน

- S : ผู้ป่วยบอกว่า ตนเองรู้สึกโกรธ หงุดหงิดง่าย น้อยใจบ่อยครั้งและมีความคิดอยากตายบางครั้ง
- O : 6 พย. 2565 ผู้ป่วยกินน้ำยาล้างท้องน้ำเพื่อฆ่าตัวตาย เนื่องจากทะเลาะและน้อยใจลูกชายไม่มาหา

วัตถุประสงค์การพยาบาล

1. เพื่อให้ผู้ป่วยไม่ได้รับอันตรายจากการทำร้ายตนเอง
2. เพื่อป้องกันไม่ทำให้ผู้ป่วยทำร้ายตนเองซ้ำ
3. ผู้ป่วยและผู้อื่นปลอดภัยไม่มีการทำร้ายตนเองและผู้อื่นซ้ำ

เกณฑ์การประเมินผล

1. ไม่มีพฤติกรรมทำร้ายตนเอง
2. มีสีหน้าและคำพูดที่แสดงถึงความพึงพอใจที่จะมีชีวิต
3. บอกเป้าหมายการมีชีวิตอยู่ได้
4. ผู้ป่วยสามารถบอกวิธีการจัดการกับความคิดและอารมณ์ของตนเองได้อย่างเหมาะสม

กิจกรรมการพยาบาล

1. สร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจพยาบาลยอมรับในความเป็นบุคคล และรับฟังผู้รับบริการ แสดงความเข้าใจ มีท่าที่เป็นมิตร
2. ดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดเพื่อป้องกันการทำร้ายตัวเองซ้ำ โดยกำหนดมาตรการป้องกันการฆ่าตัวตาย จัดเตียงนอนให้ใกล้เคาน์เตอร์พยาบาล ให้อยู่ในสายตาของเจ้าหน้าที่ตลอดเวลา และตรวจสอบความปลอดภัยทุก 15 นาที จัดสิ่งแวดล้อมไม่ให้มีสิ่งรบกวน มีแสงสว่างเพียงพอ และอากาศถ่ายเทสะดวก จัดเก็บอุปกรณ์ เครื่องใช้ ที่ผู้ป่วยอาจใช้เป็นเครื่องมือหรืออาวุธในการทำร้ายตนเอง เช่น ของมีคมทุกชนิด หรือสิ่งของที่อาจใช้เป็นอาวุธ น้ำยาเคมี ยา เป็นต้น
3. ประเมินระดับซึมเศร้าด้วย 2Q, 9Q, 8Q, ประเมินความเสี่ยงในการทำร้ายตนเองจากคำพูด ท่าทาง ความคิด ความรู้สึก และสถานการณ์แวดล้อมเพื่อวางแผนการพยาบาลและเตรียมการป้องกันได้ทันที่
4. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยระบายความรู้สึก ประเมินความคิดการทำร้ายตัวเองว่ามีข้อดีข้อเสียอย่างไร เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้คิดเลือกวิธีแก้ไขปัญหาที่เหมาะสมกว่าการทำร้ายตนเอง เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับปัญหาได้อย่างเหมาะสม
5. ช่วยให้ผู้ป่วยมองสิ่งดีๆ เห็นคุณค่าในตัวเองโดยการสอบถามผู้ป่วยในการวางแผนอนาคตหรือพูดถึงสิ่งดีๆ ที่ผู้ป่วยเคยทำมาอย่างสม่ำเสมอ เช่นการช่วยเหลือคนอื่น กิจกรรมที่เคยทำและรู้สึกภาคภูมิใจ รับรู้คุณค่าของตัวเอง
6. หมั่นสังเกตผู้สัญจรเตือนจากป่วย เช่น คำพูดที่บอกถึงการจะทำร้ายตนเองซ้ำ ประเมินอาการทางจิตประสาทหลอน หมั่นสังเกตพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไป ประเมินซ้ำอย่างต่อเนื่องเพื่อวางแผนการป้องกันและดูแล

การประเมินผล

1. หลังจากพูดคุยและให้กิจกรรมการพยาบาล ผู้ป่วยไม่มีพฤติกรรมทำร้ายตนเองและผู้อื่น
2. ผู้ป่วยมีสีหน้าและคำพูดที่แสดงถึงความวิตกกังวลลดลง มีความพึงพอใจที่จะมีชีวิตอยู่ต่อไป

3. บอกเป้าหมายของการมีชีวิตอยู่ได้ว่าจะอยู่รอดดูหลานที่ตนเองเลี้ยงมาเติบโต ผู้ป่วยรู้สึกภาคภูมิใจครั้งหนึ่งในชีวิตเคยบรรพชาเพื่อถวายเป็นพระราชกุศลแต่ในหลวง รัชกาลที่ 9

4. ผู้ป่วยบอกวิธีการจัดการกับความคิดและอารมณ์ของตนเองได้อย่างเหมาะสม โดยบอกว่าจะหากิจกรรมทำเพื่อเบี่ยงเบนความสนใจ ลดอาการโกรธ เช่น ออกกำลังกาย เล่นกับแมว

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 2 มีความภาคภูมิใจในตนเองต่ำ เนื่องจากมีการรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์ในทางลบ
ข้อมูลสนับสนุน

S : ผู้ป่วยบอกว่า รู้สึกว่าทำอะไรไม่ได้เองเหมือนแต่ก่อน เป็นภาระให้คนอื่น

O : ประวัติโรคหลอดเลือดสมอง 3 ปี แขน ขา ข้างขวาอ่อน สีหน้าเครียด น้ำเสียงสั้นเครือขะพูด ไม่สบตา

วัตถุประสงค์การพยาบาล

1. เพื่อให้ผู้ป่วยมีความภาคภูมิใจในตนเองเพิ่มขึ้น
2. เพื่อให้ผู้ป่วยสร้างคุณค่าในตนเองได้ เห็นคุณค่าในตนเอง

เกณฑ์การประเมินผล

ผู้ป่วยรู้สึกมีความภาคภูมิใจในตนเอง สามารถบอกคุณค่าในตนเองได้

กิจกรรมการพยาบาล

1. สร้างสัมพันธภาพเพื่อสร้างความไว้วางใจ
2. ประเมินความคิด ความรู้สึกของผู้ป่วยเกี่ยวกับการเห็นคุณค่าในตัวเอง เพื่อนำไปสู่การวางแผนการพยาบาลที่เหมาะสม
3. เพิ่มทักษะการเห็นคุณค่าในตัวเอง ลักษณะเด่นที่ทำให้รู้สึกภาคภูมิใจทั้งในอดีตและปัจจุบัน ทบทวนลักษณะทางบวกเพื่อให้เกิดกำลังใจ สะท้อนคุณค่าในตัวเองหลังจากการพูดคุยให้คำปรึกษาเพื่อให้ผู้ป่วยได้นำไปใช้
4. ให้ผู้ป่วยบอกคุณค่าในตัวเอง และเสริมแรง เสริมพลังในการเอาความสามารถที่มี เพื่อให้เกิดความเข้มแข็งในจิตใจ
5. เพิ่มแรงจูงใจในครอบครัวให้กำลังใจ และให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมในครอบครัว ตามศักยภาพที่ผู้ป่วยสามารถทำได้ เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้พูดคุย ปรึกษาหารือ รับฟังความคิดเห็น โดยเฉพาะในด้านบวกที่ครอบครัวมีต่อผู้ป่วย เปิดโอกาสได้แสดงความรัก ความหวังดีที่มีต่อกัน การเห็นถึงความสำคัญของผู้ป่วยที่มีต่อครอบครัวและความต้องการให้ผู้ป่วยมีชีวิตอยู่ต่อไปโดยไม่ทำร้ายตนเอง
6. กระตุ้นให้ครอบครัวได้มีส่วนร่วมในการบำบัดรักษามากขึ้น มีการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและครอบครัวมากขึ้น ทั้งทางโทรศัพท์หรือการเข้าเยี่ยม

การประเมินผล

ผู้ป่วยมีความภาคภูมิใจที่ได้ทำงานส่งเสียบุตรทั้งสองจนเรียนจบ มีงานทำ

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 3 แบบแผนการเผชิญปัญหาและความเครียดไม่เหมาะสม

ข้อมูลสนับสนุน

S : ผู้ป่วยบอกว่า เวลาโกรธ ไม่พอใจ มักจะพูดเสียงดังโวยวาย ทำลายข้าวของ ทำร้ายภรรยา

S : ภรรยาให้ประวัติว่า ผู้ป่วยมีนิสัยขี้โมโห หงุดหงิดง่าย เวลาไม่พอใจจะพูดด่าว่า บางครั้งทำร้ายร่างกาย

O : มีร่องรอยบาดแผลที่หน้าผากและแขนข้างซ้าย จากเหตุการณ์การป้องกันตัวของภรรยา

วัตถุประสงค์การพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยมีแนวทางจัดการแก้ไขปัญหา เผชิญปัญหาและความเครียดได้อย่างเหมาะสม

เกณฑ์การประเมินผล

ผู้ป่วยสามารถบอกวิธีการจัดการแก้ไขปัญหา และการเผชิญปัญหาได้ถูกต้อง

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินความคิด อารมณ์ พฤติกรรมและความรู้สึก กลไกทางจิตและความต้องการต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น

2. ร่วมพูดคุยถึงสาเหตุ ตัวกระตุ้น วิธีการที่ใช้ในการแก้ปัญหาแบบเดิม ผลกระทบที่เกิดขึ้นในอดีต และส่งเสริมให้คิดหาแนวทางในการแก้ปัญหาได้เหมาะสมมากขึ้น
3. แนะนำวิธีการเผชิญปัญหา และการแก้ปัญหา การตัดสินใจเลือกและเปิดโอกาสให้ทดลองใช้วิธีตามทางที่เลือก แก้ไขข้อเสียของทางเลือกได้เหมาะสม ที่ส่งเสริมให้การแก้ปัญหาง่ายขึ้น ให้กำลังใจ เมื่อผู้ป่วยปฏิบัติได้เหมาะสม
4. แนะนำทักษะวิธีการคลายเครียด เช่น การหาที่ปรึกษา การฝึกสมาธิการผ่อนคลายโดยใช้กิจกรรม
5. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติปรับความเข้าใจในการใช้ชีวิตร่วมกันเมื่อกลับไปอยู่บ้าน

การประเมินผล

ผู้ป่วยสามารถบอกวิธีการจัดการแก้ไขปัญหา และการเผชิญปัญหาได้ถูกต้อง

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 4 เสี่ยงต่อการเกิดอาการข้างเคียงจากยาจิตเวช เนื่องจากได้รับยาที่มีผลต่อระบบประสาท

ข้อมูลสนับสนุน

S : ผู้ป่วยบอกว่า ช่วงลุกมาเข้าห้องน้ำกลางคืน มีอาการมึนเวียนศีรษะ เล็กน้อย

O : แพทย์มีแผนการรักษาโดยให้ผู้ป่วยรับประทานยา ดังนี้ Haloperidol(0.5) 1x2 pc, Quetiapine(25) 2x1 pc เข้า, 2xhs , Sertraline(50) 1x2 pc, Sod.Valproate(500) 1x1 pc (เย็น),Trazodone(50) 1xhs, Lorazepam(1) 1xhs, วัตถุประสงค์การพยาบาล ผู้ป่วยปลอดภัยไม่พบภาวะแทรกซ้อนจากฤทธิ์ของยาที่ใช้ในการรักษา

เกณฑ์การประเมินผล

ผู้ป่วยไม่พบภาวะแทรกซ้อนจากฤทธิ์ของยาที่ใช้ในการรักษา ได้แก่ ง่วงซึมมาก เดินเซ สับสน ปากแห้ง หัวใจเต้นเร็ว ความดันโลหิตต่ำ

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย เช่น ง่วงซึม เดินเซ
2. อธิบายให้ผู้ป่วยทราบถึงอาการข้างเคียงของยาจิตเวชที่อาจเกิดขึ้น ได้แก่ ง่วงนอน เวียนศีรษะ มึนงง คลื่นไส้ อาเจียน ท้องผูก ปากแห้ง เป็นต้น
3. ดูแลให้ได้รับยาตามแผนการรักษา และสังเกตอาการข้างเคียงจากการใช้ยา
4. แนะนำให้ดื่มน้ำอย่างน้อยวันละ 6-8 แก้ว ใช้ลิปสติกมันทาริมฝีปาก รับประทานผัก ผลไม้ ที่มีกากใย
5. แนะนำให้ผู้ป่วยเปลี่ยนอิริยาบถบ้าง ระวังการเกิดอุบัติเหตุ
6. ประเมินสัญญาณชีพ หากพบอาการผิดปกติให้รีบรายงานแพทย์ทันที เพื่อพิจารณาปรับแผนการรักษา

การประเมินผล

ผู้ป่วยได้รับยาตามแผนการรักษา มีอาการข้างเคียงที่ไม่พึงประสงค์จากการรับประทานยาทางจิตเวชที่ไม่รุนแรง ได้แก่ มีอาการง่วงนอนมากในเวลากลางวัน มึนศีรษะ

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 5 สัมพันธภาพในครอบครัวบกพร่อง

ข้อมูลสนับสนุน

S : ผู้ป่วยบอกว่า ภรรยาแสดงท่าที่ไม่เต็มใจดูแลช่วยเหลือ หรือบางครั้งให้การดูแลที่รุนแรง เช่น จับแขนดึงแรง กระชากแรงๆ มีลูก 2 คนไม่ค่อยมาหามาเยี่ยม

S : ภรรยาบอกว่า เวลาผู้ป่วยหงุดหงิด ไม่พอใจ มักทำร้ายตน

O : ผู้ป่วยอาศัยอยู่บ้านกับภรรยา 2 คน

วัตถุประสงค์การพยาบาล เพื่อให้สัมพันธภาพในครอบครัวดีขึ้น ผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือดูแลที่เหมาะสม

เกณฑ์การประเมิน

1. ผู้ป่วยและครอบครัว เข้าใจพูดคุยกันดีขึ้น
2. ผู้ป่วยรู้สึกปลอดภัยและเชื่อมั่นในครอบครัว สีหน้าคลายกังวล

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินความรู้สึกระหว่างผู้ป่วยและญาติที่มีต่อกัน
2. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติได้พูดคุยระบายความรู้สึก และแสดงความเข้าใจกันและกระตุ้นการมีส่วนร่วมในครอบครัว
3. สะท้อนคิดและสร้างความเข้าใจในสถานภาพทางครอบครัว สนับสนุนให้ผู้ป่วยมีทักษะในการทำความเข้าใจกับปัญหา และดูแลด้านจิตใจของตนเองอย่างเหมาะสม
4. สังเกตสีหน้าของผู้ป่วยและญาติหลังให้คำปรึกษา และพฤติกรรมระหว่างผู้ป่วยและญาติ

การประเมินผล

1. ลูกชายมาเยี่ยมผู้ป่วยขณะรักษาตัวในโรงพยาบาล ลูกที่อยู่ต่างประเทศโทรมาสอบถามอาการของผู้ป่วยเป็นระยะ และภรรยามีการวางแผนดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับไปอยู่บ้าน
2. ผู้ป่วยมีสีหน้าคลายกังวล มีทัศนคติที่ดีต่อครอบครัว คิดว่าการที่ภรรยาช่วยเหลืออาจมีลักษณะรุนแรงเนื่องจากผู้ป่วยมีรูปร่างใหญ่กว่าภรรยาจึงต้องออกแรงมาก ต่อไปจะพยายามช่วยเหลือตนเองให้มากขึ้น

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 6 แบบแผนการนอนเปลี่ยนแปลง

ข้อมูลสนับสนุน

S : ผู้ป่วยบอกว่ากลางคืนนอนไม่ค่อยหลับ หลับยาก ตื่นแล้วหลับต่อลำบาก

O : ขณะอยู่โรงพยาบาล ผู้ป่วยสีหน้าอ่อนเพลียไม่สดชื่น จับหลับในช่วงกลางวัน

วัตถุประสงค์การพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยนอนหลับได้อย่างเพียงพอ

เกณฑ์การประเมิน นอนหลับได้ตามปกติ อย่างน้อยวันละ 6-8 ชั่วโมง

กิจกรรมการพยาบาล

1. รับฟังผู้ป่วยด้วยความเข้าใจ ประเมินแบบแผนการนอน ค้นหาสาเหตุของการนอนไม่หลับ นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ร่วมกันวางแผนกับผู้ป่วย เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม
2. แนะนำให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามหลักสุขบัญญัติเพื่อการนอนหลับ (sleep hygiene) เช่น
 - ตื่นนอนให้เป็นเวลา เข้านอนให้เป็นเวลาทุกวัน
 - มีกิจกรรมผ่อนคลายก่อนเข้านอน เช่น อ่านหนังสือเบาๆ 10 นาที สวดมนต์หรือนั่งสมาธิ
 - ถากกลับไปอยู่บ้าน งดกาแฟ ชา ก่อนเวลาเข้านอน 6 ชั่วโมง
 - ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ
 - ไม่นอนหลับในช่วงกลางวันมากเกินไปเพราะจะทำให้ไม่่วงในตอนกลางคืน
3. ดูแลให้นอนหลับพักผ่อนโดยจัดสิ่งแวดล้อมให้สงบ ลดสิ่งกระตุ้นรบกวนที่อาจส่งผลทำให้นอนไม่หลับ
4. เมื่อให้การดูแลและปฏิบัติตามแผนการพยาบาลข้างต้นแล้วไม่ดีขึ้นรายงานแพทย์เพื่อปรับแผนการรักษา ดูแลให้ได้รับยาช่วยหลับตามแผนการรักษาของแพทย์

การประเมินผล

ผู้ป่วยไม่บ่นนอนไม่หลับ นอนหลับได้นานมากขึ้นประมาณ 5-6 ชั่วโมง

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 7 เตรียมความพร้อมก่อนจำหน่าย

ข้อมูลสนับสนุน

S : ภรรยาสอบถามว่า ถ้าผู้ป่วยกลับบ้านตนเอง จะโดนทำร้ายร่างกายอีกหรือไม่
วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติมีความรู้ความเข้าใจในการเตรียมตัวกลับไปอยู่บ้าน

เกณฑ์การประเมิน ผู้ป่วยและญาติมีความเข้าใจในการเตรียมตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้าน

กิจกรรมการพยาบาล

1. วางแผนการจำหน่าย ตามแผนการจำหน่ายตามหลัก D METHOD⁹

D Diagnosis ให้ความรู้เรื่องโรค สาเหตุ อาการ การปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง

M Medicine แนะนำการใช้ยาที่ตนเองได้รับอย่างละเอียด สรรพคุณของยา ขนาด วิธีใช้ ข้อควรระวังการใช้ยา ตลอดจนการสังเกตภาวะแทรกซ้อน รวมทั้งข้อห้ามการใช้ยาด้วย

E Environment /Environment การจัดการสิ่งแวดล้อมที่บ้านให้เหมาะสมกับภาวะสุขภาพทางกายและจิตใจ

T Treatment ทักษะที่เป็นตามแผนการรักษา รวมถึงการเฝ้าสังเกตอาการตนเองและแจ้งให้พยาบาลทราบ อาการตนเองและการปรึกษาแพทย์หรือการมาก่อนหน้า

H Health การส่งเสริม ฟันฟูสุขภาพทางด้านร่างกายและจิตใจ ตลอดจนการป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ

O Out patient การมาตรวจตามนัด การติดต่อขอความช่วยเหลือจากสถานพยาบาลใกล้บ้าน ในกรณีเกิดภาวะฉุกเฉิน ตลอดจนการส่งต่อผู้ป่วยให้ได้รับการดูแลต่อเนื่อง

D Diet การเลือกรับประทานอาหารเหมาะสมกับโรค หลีกเลี่ยงหรืองดอาหารที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ

2. ประเมินความรู้ความเข้าใจของผู้ป่วยและญาติก่อนจำหน่าย

การประเมินผล

ผู้ป่วยและญาติบอกว่าเข้าใจคำแนะนำและมีความพร้อมเมื่อกลับไปอยู่บ้าน

สรุปกรณีศึกษา

ผู้ป่วยชายไทย อายุ 66 ปี มีประวัติโรคซึมเศร้า โรคหลอดเลือดสมอง เข้ารับการรักษาด้วย 9 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล ญาตินำส่งให้ข้อมูลว่ามีอาการเครียดสะสมจากการช่วยเหลือตนเองได้น้อย วันหนึ่งหงุดหงิดกรรยาพูดไม่เข้าหู ใช้มีดฟันกรรยากรรยาหลบหนีใช้ไม้ถูพื้น ตีที่ศีรษะและแขนผู้ป่วย อาการแรกรับที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน รู้สึกตัวดี มีสีหน้าเครียด อุณหภูมิ 36.5 C° ความดันโลหิต 127/69 mmHg ชีพจร 64 bpm อัตราการหายใจ 18 bpm O₂sat 98% ประเมิน 2Q = positive 9Q = 23 คะแนน 8Q = 27 คะแนน BPRS = 70 คะแนน OAS = 3 คะแนน ได้รับการวินิจฉัย F322 Depressive episode – Severe depressive without psychotic symptoms ให้การรักษาตามแนวทาง suicidal precaution และ Violent behavior ได้รับยา Sertraline (50) 1x2 pc, Quetiapine (25) 1x hs, Trazodone(50) 1xhs, Sod.Valproate (500) 1x1 pc(เย็น), Lorazepam(1) 1xhs, Hadol (0.5) 1x2 pc ร่วมกับการทำจิตบำบัด วันที่ 13 พ.ค. 2566 ปรึบยา Quetiapine (25) 2 x hs วันที่ 14 พ.ค. 2566 ปรึบยา Quetiapine (25) 1 x 1 pc (เช้า), 2 x hs วันที่ 15 พ.ค. 2566 ปรึบยา Quetiapine (25) 2 x1 pc (เช้า), 2x hs, Off Hadol ระหว่างรับไว้ในการดูแลผู้ป่วยมีปัญหาเสี่ยงต่อการทำร้ายตนเองซ้ำ มีความภาคภูมิใจในตนเองต่ำเนื่องจากการรับรู้ตนเอง และอัตมโนทัศน์ในทางลบ การเผชิญปัญหาและความเครียดไม่เหมาะสม เสี่ยงต่อการเกิดอาการข้างเคียงจากยาจิตเวช เนื่องจากได้รับยาที่มีผลต่อระบบประสาท มีสัมพันธภาพในครอบครัวบกพร่อง แบบแผนการนอนเปลี่ยนแปลง และให้การส่งเสริมการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ก่อนจำหน่าย ปัญหาต่าง ๆ ได้รับการแก้ไข ผู้ป่วยสีหน้าสดชื่นขึ้น พูดคุยกับภรรยา ไม่มีท่าทางหงุดหงิด ไม่มีความคิดอยากตายหรืออยากทำร้ายผู้อื่น แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้ ยาที่ได้รับก่อนกลับบ้าน Sertraline (50) 1x2 pc, Sod.Valproate (500) 1x1 pc (เย็น), Trazodone (50) 1xhs, Lorazepam (1) 1xhs, Quetiapine (25) 2x1 pc (เช้า); 2xhs, Hadol (0.5) 1x2 pc ส่งต่อข้อมูลการดูแลให้กับทีมสาธารณสุขในพื้นที่ รวมระยะเวลาการรักษาตัว 6 วัน

วิจารณ์

กรณีศึกษาผู้ป่วยรายนี้เป็นผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ซึ่งเป็นกลุ่มโรคความผิดปกติทางอารมณ์ที่มีลักษณะเศร้าเด่นชัด กอปรกับผู้ป่วยมีโรคประจำตัวหลอดเลือดสมอง ส่งผลให้มีความผิดปกติในเรื่องของพฤติกรรมความคิด การแสดงออก และการจัดการอารมณ์ที่ไม่เหมาะสม ทำให้ผู้ป่วยรายนี้มีพฤติกรรมแตกต่างจากผู้ป่วยโรคซึมเศร้าทั่วไป จากสถิติการเข้ารับบริการของผู้ป่วยโรคซึมเศร้ารุนแรงโรงพยาบาลกำแพงเพชร ปี 2563 - 2566 ที่แผนกผู้ป่วยนอก มีจำนวน 585, 569, 649 และ 794 ราย ตามลำดับ ในจำนวนนี้ได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยใน จำนวน 94,82,102 และ 126 รายตามลำดับ โดยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ซึ่งโรงพยาบาลกำแพงเพชร ไม่มีหอผู้ป่วยในการดูแลให้การพยาบาลผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านพฤติกรรมความรุนแรงโดยเฉพาะ พยาบาลจิตเวชจึงมีบทบาทสำคัญตั้งแต่กระบวนการคัดกรอง การวินิจฉัย การให้การช่วยเหลือพยาบาล ตลอดจนการฟื้นฟู

โดยพยาบาลควรมีความรู้ความเข้าใจ ในการนำเครื่องมือคัดกรอง เช่น 2Q, 9Q, 8Q, BPRS, OAS มาใช้ มีความรู้ความเข้าใจในอาการและอาการแสดงของโรค การประเมิน ความรุนแรง ประกอบการตัดสินใจ ในการรายงานแพทย์อย่างรวดเร็วและทันเวลา การใช้กระบวนการทางการพยาบาล และการวางแผนการดูแล ร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วย เพื่อให้การพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพและสามารถป้องกันเหตุความรุนแรงจากผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงได้อย่างทันท่วงที ผู้ป่วยและบุคคลรอบข้างปลอดภัย ลดอัตราการเสียชีวิต

ข้อเสนอแนะ

1. พยาบาลควรรู้ความสำคัญในการพัฒนาองค์ความรู้ แนวทางปฏิบัติในการพยาบาลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง ตั้งแต่การคัดกรอง การวินิจฉัย การปฏิบัติตามแนวทาง การดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงอย่างเคร่งครัด มีความรู้ในการใช้เครื่องมือแบบประเมินที่เหมาะสม
2. เพิ่มทักษะความรู้ทางด้านการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงแก่บุคลากร
3. ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในควรได้รับการดูแลจากพยาบาลเฉพาะทางจิตเวชในการประเมินอาการ สังเกตอาการอย่างใกล้ชิดตลอดระยะเวลาการรักษาและควรมีหอผู้ป่วยสำหรับดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้โดยเฉพาะ เพื่อช่วยลดทัศนคติด้านลบจากญาติและผู้ป่วยทางกายที่มีต่อผู้ป่วยจิตเวช
4. ร่วมพัฒนาศักยภาพกับเครือข่ายบริการสุขภาพในจังหวัดในด้านความรู้ วิชาการ ทักษะในการประเมินการพยาบาล การดูแลรักษา ระบบส่งต่อผู้ป่วย ควรนำข้อมูลที่ได้อาจการประเมินของแต่ละวิชาชีพมาร่วมพูดคุยปรึกษาหารือ เพื่อลดระยะเวลาในการสืบค้นข้อมูลเชิงวิชาชีพ ได้เห็นความยุ่งยากซับซ้อนของปัญหา เพื่อวางแผนร่วมกันในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยรายนี้ได้อย่างรวดเร็ว การสื่อสาร ประสานงานและ การส่งกลับข้อมูล
5. การส่งเสริมป้องกันโดยการให้ความรู้ในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงและส่งเสริมให้ชุมชนมีส่วนร่วม โดยการให้ความรู้ ความเข้าใจ เฝ้าระวังและสร้างความตระหนักในการดูแลตนเอง เพื่อป้องกันการเกิดเหตุการณ์ก่อความรุนแรง และการเข้าถึงบริการที่รวดเร็วจะสามารถลดความรุนแรง และเสียชีวิตได้

บทสรุป

ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเป็นกลุ่มโรคความผิดปกติทางอารมณ์ ซึ่งเกิดจากความผิดปกติของสารเคมีในสมองถือเป็นโรคทางด้านจิตเวชที่พบมากเป็นอันดับต้นๆของประเทศไทย หากอาการซึมเศร้ารุนแรง ผู้ป่วยอาจมีความคิดการฆ่าตัวตายได้มากกว่าคนทั่วไปถึง 20 เท่า ซึ่งส่งผลกระทบต่อตนเองครอบครัวและสังคม ดังนั้นผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจึงควรจำเป็นต้องได้รับการประเมิน คัดกรองและให้การดูแลรักษาอย่างทันท่วงที เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาอย่างเหมาะสม ปลอดภัยจากพฤติกรรมความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง ลดอัตราการเสียชีวิต ป้องกันไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อน

เอกสารอ้างอิง

1. พญาไท 1. โรคซึมเศร้า โรคฮิตหรือแค่คิดไปเอง. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 16 ส.ค. 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.phyathai.com/th/article/2876-โรคซึมเศร้า โรคฮิตหรือแค่คิดไปเอง>
2. สุชาติดา แซ่ลิ้ม. ความชุกและปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในอำเภอเมือง จังหวัดระนอง. วารสารวิชาการ แพทย์เขต 11. 2562;33(1):193-202.
3. ปิติคุณ เสดะประะ, ณัฐภกุล ไชยสงคราม. สถานการณ์ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2562. วารสาร ศูนย์อนามัยที่ 9. 2565;16(3):1070-84.
4. Health Data Center : HDC. กำแพงเพชร : สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกำแพงเพชร, 2566.
5. กรมสุขภาพจิต, กระทรวงสาธารณสุข. เป็ดสถิติโรคซึมเศร้ากับสังคมไทยภัยเงียบทางอารมณ์ของคนยุคใหม่. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 16 ส.ค. 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://dmh.go.th/news-dmh/view.asp?id=31459>



6. วัฒนาภรณ์ พิบูลอาลักษณ์. ปัจจัยเสี่ยงและลักษณะแสดงออกที่มีความสัมพันธ์กับการแสดงอาการรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวช สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา. วารสารสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา. 2555;6(2):10-9.
7. กรมสุขภาพจิต, กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงสำหรับสถาบัน/โรงพยาบาล สังกัดกรมสุขภาพจิต. กรุงเทพฯ: พรอสเพอริสพลัส, 2563.
8. เอกอุมา อิ่มคำ. การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช : การประยุกต์ใช้กรณีลือกสรร (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2564.
9. ยาใจ สิทธิมงคล, พวงเพชร เกสรสมุทร, นพพร ว่องสิริมาศ, อติตยา พรชัยเกตุ โอว ยอง. การพยาบาลจิตเวชศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: สแกนอาร์ต; 2561.

Nursing Care of Patients with Upper Gastrointestinal Hemorrhage and Shock : A Case Study

Nukate Kittikajohn, Dip in N.EQU BN.*

Abstract

Introduction : Gastrointestinal Hemorrhage in the upper digestive tract can result in significant blood and fluid loss, often leading to a relatively high mortality rate. Patients often arrive at the hospital in critical condition, presenting with symptoms such as vomiting fresh blood or passing melena. The role of emergency room nurses in triage, assessment, vigilance, and rapid response in managing life-threatening conditions is crucial and can significantly increase the chances of survival.

Objectives : To provide efficient nursing care for patients with gastrointestinal hemorrhage.

Case Study : A 65-year-old Thai male patient was admitted to the hospital with a history of vomiting fresh blood and passing melena for one day. Upon arrival, he was weak, pale, diaphoretic. His blood pressure was 79/54 mmHg, mean arterial pressure was 62 mmHg, heart rate was 128 beats per minute, respiratory rate was 24 breaths per minute, and his body temperature was 36.4 degrees Celsius. The capillary refill time was delayed (>3 seconds), and the oxygen saturation in arterial blood was 92%. The physician diagnosed upper gastrointestinal hemorrhage with shock due to blood and fluid loss and assessed the patient using the KPH UGIH SEVERITY SCORE 2014, which yielded a score of >16, indicating a severe condition. The critical nursing issue was managing shock resulting from blood and fluid loss in the upper digestive tract that affect many risks such as inadequate oxygenation due to anemia from gastrointestinal hemorrhage, and the adverse effects of transfusion reactions. Moreover, the patient and their family were anxious about the illness, making it a challenge to transfer the patient safely. Therefore, the crucial role of the nurse: monitoring shock from the initial assessment, searching the risk factors in the patient's medical history, medication history, preliminary physical examination, laboratory test results, and clinical symptoms could help to assess and prevent shock promptly and safely transfer the patient to a higher-capacity hospital. Until arriving at the destination hospital, the patient's condition improved, vital signs returned to normal, and oxygen saturation in red blood cells was 98%. The physician administered fluid and blood component transfusion. Endoscopy revealed gastritis, and the CLO test was positive. The patient received treatment with proton pump inhibitors (PPI) and H. pylori eradication therapy, resulting in a full recovery, allowing him to return home. The entire treatment duration was six days.

Conclusion : This case study illustrates the close monitoring and effective management of critically ill patients, resulting in safe patient transfer. Nurses must possess high-level skills, knowledge, and expertise in caring for patients with upper gastrointestinal hemorrhage and shock. This case study can serve as a guideline for nursing care of patients with gastrointestinal hemorrhage and shock in the future.

Keywords : Upper gastrointestinal hemorrhage, nursing care for shock."

* Professional nurse Nursing work for emergency accident patients and forensic medicine Klonglan Hospital

การพยาบาลผู้ป่วยเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นที่มีภาวะช็อก : กรณีศึกษา

หนูเขตร์ กิตติขจร, ป.พย.*

บทคัดย่อ

บทนำ: ภาวะเลือดออกในระบบทางเดินอาหารส่วนต้น เป็นสาเหตุให้ร่างกายมีการสูญเสียเลือดและน้ำอย่างมาก ส่งผลให้มีอัตราการเสียชีวิตค่อนข้างสูง โดยมักจะเสียชีวิตในช่วงแรกที่มาโรงพยาบาล ผู้ป่วยจะมาโรงพยาบาลด้วยภาวะฉุกเฉินจากอาการอาเจียนเป็นเลือดสด หรือถ่ายดำ บทบาทพยาบาลห้องฉุกเฉิน โดย คัดแยก ประเมิน เฝ้าระวัง และแก้ไขภาวะคุกคามชีวิตที่เหมาะสมและทันเวลา จะเพิ่มโอกาสการรอดชีวิตได้มากขึ้น

วัตถุประสงค์: เพื่อให้การพยาบาลผู้ป่วยเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นที่มีภาวะช็อกได้อย่างมีประสิทธิภาพ

กรณีศึกษา : ผู้ป่วยชายไทย อายุ 65 ปี มาโรงพยาบาลด้วยอาเจียนเป็นเลือดสด ถ่ายเป็นเลือดเก่า 1 วันก่อนมา แรกรับมีอาการอ่อนเพลียหน้าซีด เหงื่อออกตัวเย็น ระดับความดันโลหิต 79/54 มิลลิเมตรปรอท ความดันเลือดแดงเฉลี่ย 62 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 128 ครั้ง/นาที เบาลើว อัตราการหายใจ 24 ครั้ง/นาที อุณหภูมิร่างกาย 36.4 องศาเซลเซียส การคืนกลับของเลือดในหลอดเลือดฝอยซ้ำ >3 วินาที ระดับออกซิเจนในเลือดแดง 92% แพทย์วินิจฉัยว่า มีภาวะเลือดออกทางเดินอาหารส่วนต้น ร่วมกับมีภาวะช็อกจากการเสียเลือดและน้ำ ประเมินแบบ KPH UGHI SEVERITY SCORE 2014 ได้ >16 คะแนน ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีความรุนแรงมาก ปัญหาทางการพยาบาลที่สำคัญ คือ มีภาวะช็อกจากการเสียเลือดและน้ำจากเลือดออกในระบบทางเดินอาหารส่วนต้น เสี่ยงต่อการได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอเนื่องจากมีภาวะช็อคจากการสูญเสียเลือดในทางเดินอาหาร และเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับเลือด ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับความเจ็บป่วย เสี่ยงต่อการเกิดอาการทรุดลงขณะส่งต่อ ดังนั้นบทบาทที่สำคัญของพยาบาล คือ การเฝ้าระวังภาวะช็อก ตั้งแต่กระบวนการประเมินปัญหา โดยการค้นหาความเสี่ยงจากประวัติการเจ็บป่วยในอดีต ประวัติการได้รับยา การตรวจร่างกายเบื้องต้น ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ อาการแสดงทางคลินิก จะช่วยให้พยาบาลประเมิน และให้การพยาบาลป้องกันการเกิดภาวะช็อกได้อย่างรวดเร็ว และส่งต่อผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่าได้อย่างปลอดภัย เมื่อไปถึงโรงพยาบาลปลายทาง ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ ระดับค่าออกซิเจนในเม็ดเลือดแดง 98% แพทย์ได้ให้การรักษาโดยให้สารน้ำและเลือดเพิ่มอีก 2 ยูนิต ทำการส่องกล้อง พบว่า มี Gastritis และ CLO test ให้ผลบวก จึงรักษาด้วยการให้ยาในกลุ่ม PPI และ HP eradication จนผู้ป่วยหายเป็นปกติ สามารถกลับบ้านได้ รวมระยะเวลาการรักษาตัวทั้งหมด เป็นเวลา 3 วัน

สรุป : กรณีศึกษาแสดงให้เห็นถึงกระบวนการดูแลผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะวิกฤตอย่างใกล้ชิด และได้รับการส่งต่ออย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัย พยาบาลต้องมีทักษะ ความรู้ ความชำนาญอย่างสูงในการดูแลผู้ป่วยเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นที่มีภาวะช็อก จากกรณีศึกษาครั้งนี้สามารถนำไปเป็นแนวทางในการพยาบาลผู้ป่วยเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นที่มีภาวะช็อกต่อไป

คำสำคัญ : ภาวะเลือดออกทางเดินอาหารส่วนต้น การพยาบาลภาวะช็อกจากการเสียเลือด

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ งานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลคลองลาน

บทนำ

โรคระบบทางเดินอาหารเป็นปัญหาสุขภาพที่พบบ่อย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในวัยผู้ใหญ่ ในปี ค.ศ. 2018 ศูนย์ควบคุมและป้องกันโรค (Centers for Disease Control and Prevention) ในสหรัฐอเมริการายงานว่าผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเกิดแผลและเลือดออกของระบบทางเดินอาหารพบประมาณ 14.8 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 5.91¹ หรือพบ 80-150 ต่อประชากรแสนคน มีอัตราการเสียชีวิตระหว่างร้อยละ 2 - 15 ภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นเฉียบพลัน เป็นภาวะฉุกเฉินสำคัญที่ผู้ป่วยต้องได้รับการช่วยเหลือทันที² ปัจจัยการเกิดภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นหรือการมีเลือดออกซ้ำส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมโดยเฉพาะการดื่มสุรา พฤติกรรมการใช้ยาแก้ปวดหรือยาต้านการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ (NSAIDs)³ ทั้งนี้เกิดจากการขาดความรู้ และความตระหนักรู้ในการปฏิบัติที่เหมาะสม ส่งผลให้ผู้ป่วยเข้าออกโรงพยาบาลบ่อยครั้ง⁴ ข้อมูลจากกองยุทธศาสตร์และแผนงานสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ในปี พ.ศ. 2562 - 2564 พบว่ามีจำนวนผู้ป่วยที่เป็นแผลกระเพาะอาหารและลำไส้เล็กส่วนต้น 41,537, 39,419 และ 41,861 คิดเป็นอัตรา 63.63, 63.99 และ 60.46 ต่อประชากรแสนคน เกิดในเพศชายมากกว่าเพศหญิง มากกว่าครึ่งหนึ่งเกิดในผู้ที่มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป⁵⁻⁶ โดยมีอัตราการเสียชีวิตคิดเป็นร้อยละ 1.2, 0.9 และ 1.1 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ⁷

ผู้ป่วยเลือดออกในทางเดินอาหารจะมาโรงพยาบาลด้วยอาการเฉียบพลัน ได้แก่ อาเจียนเป็นเลือด สีของอาเจียนจะเป็นสีแดงหรือเป็นเลือดสด หากเกิดอาการอาเจียนหลังจากที่มีเลือดออกทันที หรือหากมีเลือดออกแล้วผ่านเข้าไปในระบบทางเดินอาหารจะมีอาการถ่ายดำออกทางทวารหนัก มีลักษณะเหนียว มันและมีกลิ่นเฉพาะตัวเนื่องจากสารฮีมาติน การมีเลือดออกจากระบบทางเดินอาหารที่รุนแรง ส่งผลกระทบทำให้เกิดภาวะช็อกจากการเสียเลือดและน้ำ ซึ่งเป็นอันตรายที่ทำให้เสียชีวิตได้ การรักษาพยาบาลในระยะเฉียบพลัน มุ่งเน้นการช่วยเหลือเพื่อป้องกันและแก้ไขภาวะช็อก โดยให้สารน้ำและส่วนประกอบของเลือดเพื่อทดแทนเลือดและน้ำที่สูญเสียไป การใส่สายยางทางจมูก และการล้างกระเพาะอาหาร จากนั้นจะพิจารณารักษาปัญหาตามพยาธิสภาพที่ทำให้มีเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้น

จากสถิติรายงานประจำปี 2563, 2564, 2565 ของการให้บริการโรงพยาบาลคลองลาน พบผู้ป่วยเลือดออกในทางเดินอาหารจำนวน 67, 75 และ 76 ราย ตามลำดับ โดยเป็นผู้ป่วยเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นที่มีภาวะช็อก มีจำนวน 21, 26, 28 ราย หรือคิดเป็นร้อยละ 31.34, 34.66 และ 36.84 ตามลำดับ และเป็น 5 ลำดับแรกของผู้ป่วยวิกฤติในห้องฉุกเฉิน⁸ จากการทบทวนเวชระเบียนในปี 2565 พบผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้น 76 ราย ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิง อายุมากกว่า 60 ปี ขึ้นไป ยังพบว่าผู้ป่วยมีประวัติดื่มสุราและสูบบุหรี่เป็นส่วนใหญ่ร่วมกับการใช้ NSAIDs / ยาแก้ปวดบเทาพยาบาลห้องฉุกเฉิน โดยคัดแยก ประเมิน เฝ้าระวัง และแก้ไขภาวะคุกคามชีวิตที่เหมาะสมและทันเวลา จะช่วยให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะวิกฤติ เพิ่มโอกาสการรอดชีวิตได้มากขึ้น การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อให้การพยาบาลผู้ป่วยเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นที่มีภาวะช็อกได้อย่างมีประสิทธิภาพ

กรณีศึกษา

ผู้ป่วยชาย อายุ 65 ปี สัญชาติไทย ศาสนาพุทธ

อาการสำคัญ

หน้ามืดเป็นลม เวียนศีรษะ ใจสั่น มีอาการปวดท้อง 3 ชั่วโมงก่อนมา

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน

1 วันก่อน มีอาเจียนเป็นเลือดสด 10 ครั้ง รวมกันประมาณ 1 กระโถน ถ่ายเป็นเลือดเก่า 5 ครั้งปริมาณมาก ไม่ได้ไปรักษาที่ไหน 3 ชั่วโมงก่อนมา หน้ามืดเป็นลม เวียนศีรษะ ใจสั่น มีอาการปวดท้อง จึงมาโรงพยาบาล

การวินิจฉัยโรค : Upper Gastrointestinal Hemorrhage with Shock

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต

ผู้ป่วยมีโรคประจำตัว เป็นความดันโลหิตสูง และไขมันในเส้นเลือด เป็นเวลา 14 ปี รักษาที่โรงพยาบาลคลองลานสม่ำเสมอ ไม่ขาดยา และดื่มสุราเป็นเวลา 10 ปีทุกวัน วันละครั้งถึง 1 ขวด ถ้ามีอาการปวดเมื่อยตามตัวจะซื้อยาชุดมารับประทานเองเป็นประจำ

การประเมินสภาพร่างกายตามระบบ

รูปร่างทั่วไป	รูปร่างสมส่วน น้ำหนัก 70 กิโลกรัม ส่วนสูง 166 เซนติเมตร BMI =25.40 kg/m ²
สัญญาณชีพ	ความดันโลหิต 79/54 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 128 ครั้งต่อนาที เบาเร็ว อัตราการหายใจ 24 ครั้งต่อนาที อุณหภูมิร่างกาย 36.4 องศาเซลเซียส ระดับออกซิเจนในเลือดแดง 92%
ระบบประสาท	รู้สึกตัวดี ตอบคำถามได้ ไม่สับสน รับรู้เวลา สถานที่บุคคล E4M6V5 GCS=15 กะเนน pupil 3 มิลลิเมตร ทำปฏิกิริยาต่อแสงเท่ากันทั้งสองข้าง
ผิวหนัง	ผิวหนังแดง เย็นชื้น ไม่มีผื่นหรือจุดจ้ำเลือด มีหน้าซีด มีเหงื่อแตกบริเวณใบหน้า ไม่มีรอยแผลผ่าตัดตามร่างกาย
ศีรษะและใบหน้า	ผมสั้นสีขาว ตา 2 ข้าง สมมาตรกัน เปลือกตาซีดทั้ง 2 ข้าง ริมฝีปากซีด เยื่อช่องปากซีด อ้าปากได้ปกติ ศีรษะไม่มีบาดแผล ไม่ปวดคอ มองเห็นชัด ไบหู จมูก ลักษณะภายนอกปกติ คลำไม่พบก้อนบริเวณต่อมหน้าเหลือง
ทรวงอกและการหายใจ	ทรวงอกรูปร่างปกติสมมาตรกัน หน้าอกเคลื่อนไหวเท่ากันทั้ง 2 ข้าง หายใจเร็ว เล็กน้อย อัตราการหายใจ 24 ครั้งต่อนาที เสียงการหายใจเท่ากันทั้ง 2 ข้าง คลำไม่พบ Subcutaneous emphysema
หัวใจและหลอดเลือด	การคืนกลับของเลือดในหลอดเลือดฝอยช้า >3 วินาที ไม่มีเส้นเลือดที่คอโป่ง
ช่องท้องและทางเดินอาหาร	บริเวณหน้าท้องกดเจ็บ ท้องอืด ลำไส้เคลื่อนไหวได้เล็กน้อย ไม่มีตับและม้ามโต
ระบบทางเดินปัสสาวะ	ไม่พบบาดแผลบริเวณท้องน้อย กระเพาะปัสสาวะไม่โป่งตึง ไม่มีประวัติปัสสาวะขัด ไม่สะดวก
ระบบอวัยวะสืบพันธุ์	อวัยวะสืบพันธุ์ภายนอกปกติ ไม่มีบาดแผล
ระบบกล้ามเนื้อและกระดูก	ไม่มีแขนขาอ่อนแรง เคลื่อนไหวได้ปกติ ไม่มีการอักเสบของข้อและกล้ามเนื้อ
สภาพด้านจิตใจและสังคม	สีหน้า แววตาวิตกกังวล กังวลกับเลือดที่ออก

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่สำคัญ

ผลการเอกซเรย์ : CXR no infiltration
Hematocrit 14% (36 - 46%)
Hb 4.6 g/dl (13 - 17 g/dl)

การดำเนินของโรคขณะรับไว้ดูแล

วันที่ 17 สิงหาคม 2566

เวลา 19.25 น. แกรับผู้ป่วยรู้สึกตัวดี มีอาการอ่อนเพลียหน้าซีด เหงื่อออกตัวเย็น ความดันโลหิต 79/54 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 128 ครั้งต่อนาที เบาเร็ว อัตราการหายใจ 24 ครั้งต่อนาที อุณหภูมิร่างกาย 36.4 องศาเซลเซียส ระดับออกซิเจนในเลือดแดง 92% การคืนกลับของเลือดในหลอดเลือดฝอยช้า >3 วินาที คัดแยกผู้ป่วยได้ระดับฉุกเฉินวิกฤต รายงานแพทย์ทราบ ดูแลให้สารละลายโซเดียมคลอไรด์ทางหลอดเลือดดำอย่างรวดเร็ว ให้ได้รับสารละลาย 1,000 มิลลิลิตร ใส่สายสวนทางจมูกร่วมกับสวนล้างด้วยน้ำ ได้สั่งคัดหลังเป็นเลือดสด 100 มิลลิลิตร ดูแลให้ออกซิเจนทางจมูก เปิด 3 ลิตรต่อนาที ดูแลให้ยา Omeprazole 80 mg ทางหลอดเลือดดำ ใส่สายสวนปัสสาวะ ได้ปัสสาวะสีเหลืองเข้ม

เวลา 19.40 น. ผู้ป่วยอ่อนเพลีย หน้าซีด ความดันโลหิต 81/51 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 112 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 24 ครั้งต่อนาที สายสวนทางจมูกร่วมกับสวนล้างด้วยน้ำ 2,000 มิลลิลิตร ยังมีสิ่งคัดหลั่งสีแดงออกมามาก ระดับออกซิเจนในเลือดแดง 97% ความเข้มข้นของเลือด (Hct) 14% ฮีโมโกลบิน 4.6 g/dl ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับเลือดกรุ๊ป O lower titer 1 ยูนิต ทันที ตามแผนการรักษา

เวลา 20.00 น. ความดันโลหิต 89/51 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 108 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 24 ครั้งต่อนาที หลังได้รับสารละลายโซเดียมคลอไรด์ 1,000 มิลลิลิตร ต่อด้วยอัตรา 100 ml/hr

เวลา 20.30 น. สายสวนทางจุกพร้อมกับสวนล้างด้วยน้ำต่ออีก 1,000 มิลลิลิตร ยังมีสิ่งคัดหลั่งสีแดงออกมาตลอด ความดันโลหิต 85/53 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 109 ครั้งต่อนาที เบาเร็ว อัตราการหายใจ 22 ครั้งต่อนาที ดูแลให้สารละลายโซเดียมคลอไรด์ทางหลอดเลือดดำอย่างรวดเร็ว ให้ได้รับสารละลาย 1,000 มิลลิลิตร

เวลา 21.00 น. ความดันโลหิต 81/56 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 107 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 22 ครั้งต่อนาที ดูแลให้ยา Norepinephrine 4 มิลลิกรัม ในสารละลาย 5% DW 100 มิลลิลิตร ขนาด 3 - 4 มิลลิลิตร/ชั่วโมง เพื่อเพิ่มระดับความดันโลหิต

เวลา 21.20 น. ความดันโลหิต 100/62 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 100 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ระดับออกซิเจนในเลือดแดง 97% แต่ยังมีสิ่งคัดหลั่งสีแดงออกมาตลอดทางสายสวนจุก แพทย์จึงตัดสินใจส่งผู้ป่วยไปโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า และได้ประสานงานกับโรงพยาบาลที่รับส่งต่อ ส่งผู้ป่วยด้วยรถพยาบาลที่มีระบบแพทย์ทางไกล เผื่อระวังอาการเปลี่ยนแปลงขณะส่งต่อโดยพยาบาล 2 คน

เวลา 22.20 น. ผู้ป่วยถึงโรงพยาบาลที่รับส่งต่อด้วยความปลอดภัย ความดันโลหิต 110/61 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 100 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ระดับออกซิเจนในเลือดแดง 98% ขณะส่งต่อเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ ใช้เวลาทั้งหมด 2 ชั่วโมง 45 นาที

การวางแผนการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1 มีภาวะช็อกจากการเสียเลือดและน้ำจากเลือดออกในระบบทางเดินอาหารส่วนต้น

ข้อมูลสนับสนุน

- มีประวัติ อาเจียนเป็นเลือดสด 10 ครั้ง รวมกันประมาณ 1 กระโถน
- ผิวดำแดง เย็นชื้น หน้าซีด มีเหงื่อแตกบริเวณใบหน้า เปลือกตาซีดทั้ง 2 ข้าง ริมฝีปากซีด เย็บช่องปากซีด
- ความเข้มข้นของเลือด (Hct) 14%
- ความดันโลหิต 79/54 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 128 ครั้งต่อนาที เบาเร็ว อัตราการหายใจ 24 ครั้งต่อนาที ระดับออกซิเจนในเลือดแดง 92%

วัตถุประสงค์การพยาบาล

เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะช็อกจากการเสียเลือดและน้ำ

เกณฑ์การประเมินผล

1. สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ ได้แก่ ความดันโลหิต 100/60 – 130/90 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 60-100 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 18 -20 ครั้งต่อนาที
2. ไม่มีอาการกระสับกระส่าย เหงื่อออก ตัวเย็น
3. ระดับออกซิเจนในเลือดแดง มากกว่า 95 %
4. ปัสสาวะออกมากกว่า 30 ซีซีต่อชั่วโมง

กิจกรรมการพยาบาล

1. วัดและบันทึกสัญญาณชีพ ตลอดจนระดับความรู้สึกตัว เพื่อประเมินอาการเปลี่ยนแปลงซึ่งอาจบ่งชี้ถึงภาวะช็อก เช่น ระดับความรู้สึกตัวผิดปกติ กระสับกระส่าย ชีพจรเบาเร็ว หายใจหอบถี่ ความดันโลหิตต่ำลง ปลายมือปลายเท้าเย็น
2. ดูแลผู้ป่วยได้รับ IV fluid คือ 0.9% NSS 1,000 ml load 2,000 ml then 100 ml/hr ตามแผนการรักษาของแพทย์ เพื่อเพิ่มปริมาณสารน้ำในระบบไหลเวียนโลหิต แก้ไขภาวะช็อก
3. ดูแลผู้ป่วยในการใส่สาย Nasogastric tube ทำ gastric cooling lavage เพื่อประเมินภาวะเลือดออกในกระเพาะอาหาร และลำไส้ส่วนต้น หลัง Lavage 3,000 cc not clear มี content เป็นเลือดอยู่
4. ดูแลให้ผู้ป่วยงดน้ำ งดอาหารทุกชนิดทางปาก เพื่อลดการทำงานของกระเพาะอาหารและลำไส้ ซึ่งถ้ามีการทำงานของกระเพาะและลำไส้มากขึ้น อาจทำให้เลือดออกมากขึ้นได้

5. ดูแลให้ยาตามแผนการรักษาของแพทย์ เพื่อลดการหลังกรดในกระเพาะอาหาร ซึ่งการที่ร่างกายหลังกรดมากอาจทำให้เกิดแผล และมีเลือดออกมากขึ้นได้ เนื่องจากมีการทำลายของเนื้อเยื่อบุกระเพาะอาหารลำไส้ ยาที่ผู้ป่วยได้รับ คือ Omeprazole 80 mg IV stat ในขณะที่ให้ยาและหลังให้ยาควรคอยสังเกตอาการผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด เพื่อให้ความช่วยเหลือในผู้ป่วยรายนี้ ไม่มีมีผื่นขึ้น หรืออาการปวดศีรษะ ที่อาจเกิดขึ้นได้จากฤทธิ์ข้างเคียงยาหรืออาการแพ้ยา
6. ดูแลให้ได้รับยา Norepinephrine 4 mg ใน 5% DW 100 ml IV drip 3 – 40 ml/hr ตามแผนการรักษา
7. สังเกตลักษณะสี และปริมาณของสารคัดหลั่งจาก Nasogastric tube ถ้ายังมีสีน้ำตาลเนื้อหรือลิ่มเลือด หรือเป็นเลือดสดๆ จะเป็นข้อบ่งชี้ว่ายังมีเลือดออกในกระเพาะอาหารและลำไส้อยู่ บางครั้งอาจมีถ่ายอุจจาระเป็นสีดำก็ได้
8. บันทึกจำนวนสารน้ำเข้าออกของร่างกาย ถ้าปัสสาวะออกน้อยกว่า 30 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง (0.5 cc/kg/hr) หรือไม่ออกเลย แสดงว่ามีอาการช็อกให้รีบรายงานแพทย์
9. ประเมินสัญญาณชีพซ้ำทุก 5 นาที ประเมินการเสียเลือด ระดับความรู้สึกตัว เมื่อผู้ป่วยมีอาการกระสับกระส่าย สับสน หรือซึมลง แสดงว่าอาจมีภาวะพร่องออกซิเจนหรือช็อกจากการเสียเลือด

ประเมินผลการพยาบาล

1. ผู้ป่วยสัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ ความดันโลหิต 100/62 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 100 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ไม่เกิดภาวะช็อก
2. ไม่มีอาการกระสับกระส่าย เหงื่อออก ตัวเย็น
3. ระดับออกซิเจนในเลือดแดง = 97 %
4. ปัสสาวะสีเหลืองเข้ม 400 ml ภายใน 2 ชั่วโมง

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2 เสี่ยงต่อการได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอเนื่องจากมีภาวะช็อคจากการสูญเสียเลือดในทางเดินอาหาร

ข้อมูลสนับสนุน

- ผู้ป่วยบอกว่า มีอาการเวียนศีรษะ หน้ามืด
- เปลือกตาซีดทั้ง 2 ข้าง ริมฝีปากซีด เยื่อบุช่องปากซีด
- ความเข้มข้นของเลือด 14% ฮีโมโกลบิน 4.6 g/dl
- การคืนกลับของเลือดในหลอดเลือดฝอยช้า >3 วินาที
- ระดับออกซิเจนในเลือดแดง 92%

วัตถุประสงค์การพยาบาล

เพื่อให้ร่างกายได้รับออกซิเจนเพียงพอ

เกณฑ์การประเมินผล

1. สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ ได้แก่ ความดันโลหิต 100/60 – 130/90 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 60-100 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 18 -20 ครั้งต่อนาที
2. รู้สึกตัวดี ไม่มีอาการกระสับกระส่าย ปลายมือปลายเท้าไม่มีเขียวคล้ำ
3. ระดับออกซิเจนในเลือดแดง มากกว่า 95 %
4. การคืนกลับของเลือดในหลอดเลือดฝอยช้า <2 วินาที

กิจกรรมการพยาบาล

1. แจ้งให้ผู้ป่วยทราบถึงเหตุผล ที่ต้องให้ออกซิเจนตามแผนการรักษา เพื่อให้ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการให้ออกซิเจน
2. ดูแลให้ออกซิเจนตามแผนการรักษา O2 cannular 3 lit/min โดยดูเตม้น้ำในกระป๋องออกซิเจนตามระดับที่เหมาะสม ไม่ให้น้ำในกระป๋องออกซิเจนมากหรือน้อยจนเกินไป และเปิดออกซิเจนไม่เกิน 3 lit/min
3. Monitor oxygen saturation เพื่อประเมินการได้รับออกซิเจนของผู้ป่วย ให้ระดับออกซิเจนในเลือดแดง > 95 %
4. ให้ผู้ป่วยนอนศีรษะสูง เพื่อช่วยให้ปอดขยายตัวได้เต็มที่
5. ดูแลให้เลือด Group O low titer อย่างเร่งด่วนตามแผนการรักษาของแพทย์

6. วัดและบันทึกสัญญาณชีพและอาการแสดงต่างๆ ของผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดทุก 1 ชั่วโมง เพื่อสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงและภาวะพร่องออกซิเจน
7. ดูแลการให้สารน้ำ คือ 0.9% NSS 1,000 ml load 2,000 ml then 100 ml/hr เพื่อเพิ่มการไหลเวียนของโลหิตตามแผนการรักษาของแพทย์

ประเมินผลการพยาบาล

1. ความดันโลหิต 100/62 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 100 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที
2. ระดับความรู้สึกตัวดี พูดคุยรู้เรื่อง ปลายมือปลายเท้าไม่มีเขียวคล้ำ
3. ระดับออกซิเจนในเลือดแดง 97%
4. การคืนกลับของเลือดในหลอดเลือดฝอยช้า <2 วินาที

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 3 มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับเลือด

ข้อมูลสนับสนุน

- ผู้ป่วยได้รับเลือด Group O low titer

วัตถุประสงค์การพยาบาล ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับเลือด

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยไม่มีอาการไข้หนาวสั่น แน่นหน้าอก มีผื่นแดง คันตามตัว
2. สัญญาณชีพ ได้แก่ ความดันโลหิต 100/60 – 130/90 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 60 - 100 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 18 - 20 ครั้งต่อนาที

กิจกรรมการพยาบาล

1. แจ้งให้ผู้ป่วยทราบว่าต้องมีการให้เลือดตามแผนการรักษาของแพทย์
2. เจาะเลือด Clotted blood จำนวน 5 – 10 มิลลิลิตร สำหรับส่งธนาคารเลือดเพื่อตรวจหมู่เลือด (Typing) และ Cross-Matching เวลาเจาะเลือดผู้ป่วย ต้องตรวจดู ชื่อ นามสกุล ของผู้ป่วยให้ถูกต้อง และถาม ชื่อ นามสกุล ผู้ป่วยอีกครั้งเพื่อให้แน่ใจก่อนจะเจาะเลือด
3. ส่งเลือดพร้อมใบขอเลือด ไปที่ห้องตรวจปฏิบัติการเทคนิคทางการแพทย์
4. ก่อนให้เลือดต้องมีการ ตรวจสอบ ชื่อ -สกุล ผู้ป่วยอีกครั้งว่าตรงกันหรือไม่ และมีการวัดสัญญาณชีพก่อนให้เลือด
5. ดูแลการให้ Blood Group O lower titer 1 ยูนิต ทันที
6. เตรียมอุปกรณ์ และยาแก้แพ้ ในกรณีที่ผู้ป่วยมีอาการแพ้เลือด
7. วัดและบันทึกสัญญาณชีพและอาการแสดงต่างๆ ของผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดระหว่างให้เลือด ถ้าพบความผิดปกติให้หยุดให้เลือดและรายงานแพทย์ทันที
8. สังเกตอาการผิดปกติต่างๆ ระหว่างที่ผู้ป่วยได้รับเลือด เช่น อาการไข้หนาวสั่น หายใจเหนื่อยหอบ แน่นหน้าอก ชักหมดสติ ผื่นคันตามตัว

ประเมินผลการพยาบาล

1. ผู้ป่วยไม่มีอาการไข้ หนาวสั่น ไม่แน่นหน้าอก ไม่มีผื่นคันตามตัว
2. ความดันโลหิต 100/62 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 100 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ 4 ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย

ข้อมูลสนับสนุน

- ผู้ป่วยและญาติซักถามถึงการรักษาของแพทย์และอาการของผู้ป่วย
- ผู้ป่วยและญาติมีสีหน้า แหวงตาวิตกกังวล

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจและยอมรับพยากรณ์ของโรคและแนวทางการรักษา
2. เพื่อลดความวิตกกังวลผู้ป่วยและญาติ

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยและญาติ มีความรู้ความเข้าใจพยากรณ์ของโรคและแนวทางการรักษา
2. ผู้ป่วยและญาติลดความวิตกกังวลลง ผู้ป่วยมีสีหน้าสดชื่นขึ้น ให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล

กิจกรรมพยาบาล

1. สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยและญาติ ประเมินการรับรู้การดำเนินโรค
2. อธิบายถึงสาเหตุและเหตุผลที่ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการรักษาและส่งต่อไปยัง รพ.ที่มีศักยภาพที่สูงกว่า คือ ผู้ป่วยมีภาวะช็อกจากเลือดออกจากระเพาะอาหารจำนวนมาก ทำให้สัญญาณชีพเปลี่ยนแปลง ซึ่งอาจเป็นอันตรายต่อชีวิตได้ ขณะนี้ผู้ป่วยได้รับการดูแลเบื้องต้นที่เหมาะสมเพื่อป้องกันความเสี่ยงต่อชีวิตของผู้ป่วยไว้ได้ แต่ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการรักษาสาเหตุที่มีภาวะเลือดออก ที่โรงพยาบาลที่มีความพร้อมทั้งแพทย์ เครื่องมือทางการแพทย์และบุคลากรอย่างเร่งด่วน หากล่าช้าผู้ป่วยอาจเกิดภาวะทรุดลงที่ส่งผลต่อชีวิตได้
3. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติ มีโอกาสซักถามหรือระบายความเครียด ความวิตกกังวลต่างๆ ให้ความเป็นกันเอง เพื่อให้ความเชื่อมั่นและไว้วางใจในตัวพยาบาล
4. ปลอบโยน ให้กำลังใจผู้ป่วยและญาติ เพื่อให้เกิดความมั่นใจในแผนการรักษาของแพทย์ และการดูแลขณะส่งต่อโดยพยาบาลที่มีสมรรถนะ

การประเมินผล

1. ผู้ป่วยและญาติ ยอมรับและเข้าใจการดำเนินโรคและยอมรับแผนการรักษาของแพทย์
2. ผู้ป่วยและญาติ ลดความวิตกกังวล มีสีหน้าผ่อนคลายขึ้น ให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 5 เสี่ยงต่อการเกิดอาการทรุดลงขณะส่งต่อ

ข้อมูลสนับสนุน

- ผู้ป่วยมีอาการอาเจียนเป็นเลือด NG lavage 3,000 cc not clear ยังมีสิ่งคั่งหลังสีแดงไหลตลอด
- ผู้ป่วยได้รับ Norepinephrine 4 mg ใน 5% DW 100 ml IV drip 3 – 40 ml/hr

วัตถุประสงค์การพยาบาล

เพื่อป้องกันการเกิดอาการทรุดขณะส่งต่อ

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยถึงโรงพยาบาลด้วยความปลอดภัย ไม่มีอาการทรุดลงขณะส่งต่อ
2. สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ ได้แก่ ความดันโลหิต 100/60 – 130/90 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 60 - 100 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 18 -20 ครั้งต่อนาที
3. ปัสสาวะมีจำนวนมากกว่า 30 cc/hr

กิจกรรมการพยาบาล

ก่อนการเคลื่อนย้าย

1. ประเมินอาการผู้ป่วย สัญญาณชีพ และระดับความรู้สึกตัว
2. เตรียมยาช่วยชีวิตฉุกเฉิน และอุปกรณ์ต่าง ๆ ที่สำคัญในการช่วยชีวิต เช่น เครื่อง Telemedicine, Auto CPR
3. มีการประสานงานก่อนการส่งต่อ กับโรงพยาบาลปลายทาง เกี่ยวกับอาการผู้ป่วย และการรักษาที่ให้เบื้องต้น โดยใช้หลัก ISBAR รวมไปถึงเอกสารในการส่งตัวให้พร้อม
4. เตรียมรถและพยาบาลให้พร้อม โดยมีพยาบาลสองคน ที่มีประสบการณ์ในการช่วยฟื้นคืนชีพในการนำส่งผู้ป่วย

ขณะเคลื่อนย้าย

1. ดูแลผู้ป่วยตามหลัก ABCD

Airway : ดูแลไม่ให้มีสารคัดหลั่งในปากหรือจมูก เพื่อป้องกันการสำลัก

Breathing : ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจน cannular 3 lit/min ตามแผนการรักษา และนอนท่าศีรษะสูง เพื่อช่วยในการขยายตัวของปอดได้ดีขึ้น

Circulation : ดูแลให้ได้รับสารน้ำ 0.9% NSS 1,000 ml อัตรา 100 ml/hr ตามแผนการรักษา จัดบันทึกปริมาณของสิ่งคัดหลั่ง ที่ออกมาจากสายสวนทางจมูก ว่ามีปริมาณเพิ่มขึ้นเท่าไร

Drug : ดูแลให้ได้รับยา Norepinephrine 4 mg ใน 5% DW 100 ml IV drip 3–40 ml/hr โดยใช้เครื่องปรับหยดสารละลายอัตโนมัติ

2. มีระบบ consult ระหว่างส่งต่อ เมื่อเกิดภาวะฉุกเฉิน หรือภาวะช็อกซ้ำ

3. ติดเครื่องติดตามสัญญาณชีพ ความดันโลหิต ชีพจร อัตราการหายใจ และระดับความรู้สึกตัวทุก 5-15 นาที

4. บันทึกอาการ และ อาการแสดงของผู้ป่วย การแก้ไข ผลการแก้ไข ขณะอยู่บนรถส่งต่อในแบบบันทึกการส่งต่อ

หลังการเคลื่อนย้าย

1. ประเมินความพร้อมของผู้ป่วยก่อนการเคลื่อนย้ายลงจากรถไฟเฟอร์ เช่น ระดับความรู้สึกตัว สัญญาณชีพ ค่าออกซิเจนในเม็ดเลือดแดง

2. ตรวจเช็ค สารน้ำ และยาที่ผู้ป่วยได้รับ ไม่มีการบวม หรือ เลื่อนหลุดขณะเคลื่อนย้าย

3. ส่งต่อข้อมูล อาการผู้ป่วย และเอกสารของผู้ป่วยให้กับโรงพยาบาลปลายทาง

ประเมินผลการพยาบาล

1. ผู้ป่วยปลอดภัย ไม่มีอาการทุลงขณะส่งต่อ

2. ผู้ป่วยสัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ ความดันโลหิต 100/62 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 100 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที

3. ปัสสาวะสีเหลืองเข้ม จำนวน 400 ml ภายใน 2 ชั่วโมง

สรุปกรณีศึกษา

ผู้ป่วยชายไทย อายุ 65 ปี เข้ารับการรักษาที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน ด้วยอาการสำคัญ อาเจียนเป็นเลือดสดและถ่ายเป็นเลือดเก่า มีภาวะช็อกจากการเสียเลือดและน้ำร่วมด้วย บทบาทของพยาบาลในห้องฉุกเฉิน คือ การคัดแยก และประเมินคัดกรองอย่างรวดเร็วและถูกต้อง Nasogastric lavage เพื่อประเมินความรุนแรงของภาวะเลือด โดยสังเกตลักษณะสี และปริมาณของสารคัดหลั่ง รายงานแพทย์ให้การรักษาให้การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะช็อกจากการเสียเลือดและน้ำ โดยการให้สารน้ำและเลือดอย่างเร่งด่วน ให้ยา Omeprazole 80 mg IV stat เพื่อแก้ไขภาวะวิกฤต ไม่เกิดภาวะช็อกนาน การดูแลด้านจิตใจของผู้ป่วยและญาติที่เผชิญกับภาวะวิกฤตของชีวิตให้คลายความวิตกกังวล จากการประเมิน KPH UGIH SEVERITY SCORE 2014 พบว่าเป็นกลุ่มที่มีความรุนแรงมาก จำเป็นต้องส่งต่ออย่างเร่งด่วนเพื่อให้ได้รับการรักษาที่เหมาะสมต่อไป การเฝ้าระวังและดูแลขณะส่งต่ออย่างใกล้ชิด จนผู้ป่วยถึงโรงพยาบาลที่รับส่งต่อด้วยความปลอดภัย ไม่เกิดอาการทุลง ระยะเวลาตั้งแต่รับดูแลผู้ป่วยจากโรงพยาบาลคลองลานถึงโรงพยาบาลกำแพงเพชร ใช้เวลา 2 ชั่วโมง 45 นาที

วิจารณ์และข้อเสนอแนะ

ภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นที่มีภาวะช็อกร่วมด้วย เป็นภาวะฉุกเฉินพบได้บ่อยในห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน ซึ่งอาจส่งผลให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้จากการเสียเลือดอย่างรวดเร็ว ในกรณีศึกษานี้ ผู้ป่วยมีสัญญาณชีพไม่คงที่ และมีโอกาสเกิดภาวะทุลงที่เป็นอันตรายต่อชีวิตได้ หากไม่ได้รับการแก้ไขภาวะเร่งด่วน พยาบาลได้ใช้ความชำนาญในการให้การดูแลผู้ป่วยตั้งแต่การคัดแยก ประเมิน เฝ้าระวังภาวะเลือดออกภายใน และแก้ไขภาวะคุกคามชีวิตได้เหมาะสมและทันเวลา รวมถึงการประสานส่งต่อที่ถูกต้องรวดเร็ว ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะช็อกและรอดชีวิตได้ จึงมีข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนาต่อไปนี้

1. นำกรณีศึกษามาทบทวนร่วมกับทีม
2. พัฒนาแนวทางในการดูแลผู้ป่วยเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นที่มีภาวะซีด
3. พัฒนาสมรรถนะพยาบาลให้มีทักษะในการประเมิน และให้การพยาบาล ผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะซีดด้วยความถูกต้องและรวดเร็ว เพื่อลดอัตราการเสียชีวิตได้

สรุป

ภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นที่มีภาวะซีดร่วมด้วย นับเป็นภาวะวิกฤตที่เสี่ยงอันตรายถึงชีวิต บทบาทพยาบาลห้องฉุกเฉินโรงพยาบาลชุมชน ต้องมีการประเมินที่รวดเร็ว การพยาบาลในห้องฉุกเฉินอย่างเร่งด่วนและมีประสิทธิภาพ รวมถึงมีการประสานงานส่งต่อที่ดี จะช่วยให้ผู้ป่วยปลอดภัยรอดชีวิตได้

เอกสารอ้างอิง

1. Centers for Disease Control and Prevention. National Center for Health Statistics. [Online]. 2018 [cited 2023 September 15]. Available from: <https://www.cdc.gov/nchs/fastats/digestive-diseases.htm>.
2. บุษยรัตน์ ลอยศักดิ์, วัลภา คุณทรงเกียรติ, ภาวนา กิรติยวงศ์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้นซ้ำ. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา. 2559 มกราคม-มีนาคม; 24(1): 51-64.
3. Fletcher EH, Johnston DE, Fisher CR, Koerner RJ, Newton JL, Gray CS. Systematic review: Helicobacter pylori and the risk of upper gastrointestinal bleeding risk in patients taking aspirin. *Alimentary pharmacology&Therapeutic*. 2010 October; 32(7):831-9.
4. Chapman W, Siau K, Thomas F, Ernest S, Begum S, Iqbal T, Bhala N. Acute upper gastrointestinal bleeding: a guide for nurses. *British journal of nursing*. 2019 January; 28(1):53-9.
5. กลุ่มดิจิทัลสุขภาพ กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. สรุปรายงานการป่วย พ.ศ. 2563. [อินเทอร์เน็ต]. 2564. [เข้าถึงเมื่อ 15 กันยายน 2566]. เข้าถึงได้จาก:http://spd.moph.go.th/wp-content/uploads/2023/24/ill_2020_full_27092021-V2.pdf
6. กลุ่มดิจิทัลสุขภาพ กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. สรุปรายงานการป่วย พ.ศ. 2564. [อินเทอร์เน็ต]. 2565. [เข้าถึงเมื่อ 15 กันยายน 2566]. เข้าถึงได้จาก:https://spd.moph.go.th/wp-content/uploads/2023/04/ill_2021_full_280921_V2-64.pdf
7. กลุ่มข้อมูลข่าวสารสุขภาพ กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข. สถิติสาธารณสุข ปี 2564. นนทบุรี: กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข; 2565.
8. ศูนย์ข้อมูลโรงพยาบาลคลองลาน. ข้อมูลผู้ป่วยเลือดออกในทางเดินอาหาร ปี 2563-2566. [ฐานข้อมูล HOSxP]. 2566. [เข้าถึงเมื่อ 15 กันยายน 2566]. เข้าถึงได้จาก:HOSxP SQL Query.

Nursing Care of Patients with Acute Myocardial Infarction Combined with Cardiogenic Shock : A Case Study

Saichon Janpophan, D.N.S.*

Abstract

Introduction : Acute Myocardial Infarction (AMI) is a life-threatening emergency condition that often leads to severe and life-threatening complications. It is one of the leading causes of death in Thailand. Nurses play a critical role in the healthcare team by assessing, monitoring, and providing timely nursing care to help reduce mortality rates and potential complications in AMI patients.

Objective : To provide nursing guidelines for patients with acute myocardial infarction combined with cardiogenic shock.

Case Study : A 66-year-old Thai male patient sought treatment at the Accident and Emergency Department of Saitongwattana Hospital. He presented with symptoms of dyspnea, pallor, and cold sweats. Initial examination indicated a stable level of consciousness, blood pressure of 50/20 mmHg, heart rate of 40 beats per minute, and an electrocardiogram (ECG) showing ST-segment elevation in leads II, III, and aVF. A preliminary diagnosis of ST-segment elevation myocardial infarction (STEMI) involving the inferior wall with cardiogenic shock was made. He was urgently transferred to Kamphaeng Phet Hospital through the Fast Track STEMI pathway and received Streptokinase to dissolve the blood clot, 0.9% normal saline solution (NSS) 500 ml to manage cardiogenic shock, Atropine, Dopamine (2:1) via an intravenous line, and a transcutaneous pacing during the transfer. Key nursing problems for this patient included 1. Have cardiogenic shock 2. inadequate oxygen supply to the tissues due to a decreased cardiac output 3. the risk of complications from thrombolytic therapy 4. patient and family anxiety 5. discomfort related to the temporary transcutaneous pacemaker 6. the potential for deteriorating condition during transfer. The patient was safely transferred without complications from Saitongwattana Hospital to Kamphaengphet Hospital within a 2-hour time frame. He was subsequently transferred to Srisawan Hospital for a Coronary Angiogram (CAG) and Percutaneous Coronary Intervention (PCI).

Conclusions : Nursing care for patients with acute myocardial infarction complicated by cardiogenic shock requires skills, knowledge, and the ability to provide rapid and effective care. This includes monitoring for potential complications and proficiency in performing procedures and using essential equipment to help patients recover from life-threatening conditions, from the Accident and Emergency Department to high-capacity hospitals.

Keywords : Nursing Care of Acute Myocardial Infraction, Cardiogenic Shock

*Register nurse, Professional level, Department of Emergency, Saithongwattana Hospital

การพยาบาลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันร่วมกับภาวะช็อกจากเหตุหัวใจ : กรณีศึกษา

สายชล จันปอภาร, ป.พ.ส.*

บทคัดย่อ

บทนำ : โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน เป็นภาวะวิกฤติที่เป็นอันตรายต่อชีวิต มักมีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงและคุกคามชีวิต เป็นสาเหตุการตายระดับต้นๆ ของประเทศไทย พยาบาลเป็นผู้มีบทบาทสำคัญในทีมสุขภาพในการประเมินคัดกรองการแพ้ระวัง และให้การดูแลรักษาพยาบาลที่ทันเวลา เพื่อช่วยลดอัตราการเสียชีวิตและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นผู้ป่วย

วัตถุประสงค์ : เพื่อเป็นแนวทางในการพยาบาลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันร่วมกับภาวะช็อกจากเหตุหัวใจ

กรณีศึกษา : ผู้ป่วยชายไทย อายุ 66 ปี เข้ารับการรักษาที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลทรายทองวัฒนา ด้วยอาการเป็นลม หน้ามืด และมีเหงื่อออกตัวเย็น ตรวจร่างกายเบื้องต้นระดับความรู้สึกตัวปกติ ความดันโลหิต 50/20 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 40 ครั้ง/นาที ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ พบ ST Segment Elevated ตำแหน่ง II, III, aVF แพทย์ให้การวินิจฉัยเบื้องต้น STEMI inferior wall with cardiogenic shock จึงปรึกษาอายุรแพทย์โรงพยาบาลกำแพงเพชร ตามระบบช่องทางด่วน (Fast Track STEMI) ให้ยาละลายลิ่มเลือด Streptokinase และรักษาภาวะ cardiogenic shock โดยการให้ 0.9% NSS load 500 ml และให้ยา Atropine, Dopamine (2:1) ทางเส้นเลือดดำ และติด transcutaneous pacing ขณะส่งต่อ ปัญหาการพยาบาลที่สำคัญของผู้ป่วยรายนี้คือ 1. มีภาวะช็อกจากเหตุหัวใจ 2. เนื้อเยื่อได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอเนื่องจากปริมาตรเลือดที่หัวใจส่งออกต่อเวลาที่ลดลง 3. เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนจากการให้ยาละลายลิ่มเลือด 4. ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรค 5. ไม่สุขสบายเนื่องจากปวดบริเวณตำแหน่งที่ใส่เครื่องกระตุ้นหัวใจชนิดชั่วคราวทางผิวหนัง 6. เสี่ยงต่ออาการทรุดลงขณะส่งต่อ หลังให้การพยาบาลที่ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินจนกระทั่งส่งต่อถึงหอผู้ป่วยหนักโรงพยาบาลกำแพงเพชร ผู้ป่วยปลอดภัย ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ระยะเวลาตั้งแต่ผู้ป่วยมาห้องฉุกเฉินโรงพยาบาลทรายทองจนถึงหอผู้ป่วยหนักโรงพยาบาลกำแพงเพชร รวม 2 ชั่วโมง ติดตามผู้ป่วยต่อเนื่องพบส่งต่อโรงพยาบาลศรีสวรรค์ เพื่อรับการฉีดสี (Coronary Angiogram: CAG) และการสวนหัวใจขยายหลอดเลือด(Percutaneous Coronary Intervention: PCI) ต่อไป

สรุปผลกรณีศึกษา : การพยาบาลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่มีภาวะช็อกจากเหตุหัวใจ พยาบาลต้องมีทักษะ ความรู้ ความสามารถในการให้การพยาบาลที่รวดเร็วและมีประสิทธิภาพ เผื่อระวังภาวะแทรกซ้อน รวมทั้งทักษะในการทำหัตถการและใช้เครื่องมือสำคัญ เพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยให้พ้นภาวะวิกฤติที่คุกคามชีวิต ที่ห้องฉุกเฉินจนกระทั่งได้รับการส่งต่อจนถึงโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงต่อไป

คำสำคัญ : การพยาบาลกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ภาวะช็อกจากเหตุหัวใจ

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ งานการพยาบาลอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลทรายทองวัฒนา

บทนำ

ภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (Acute Coronary Syndrome : ACS) หมายถึง กลุ่มอาการที่มีลักษณะบ่งชี้ถึงภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดอย่างรุนแรงและเฉียบพลัน โดยสาเหตุจากหลอดเลือดแดงโคโรนารีอุดตันแบบสมบูรณ์หรือเกือบสมบูรณ์ จากการแตกของคราบไขมันร่วมกับมีลิ้มเลือดอุดตัน จากภาวะของหลอดเลือดที่เสื่อมสภาพและแข็งตัว (atherosclerosis) ทำให้มีเลือดไหลเวียนไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจลดลงอย่างมากหรือหยุดชะงักทันที โดยมีปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญ ได้แก่ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ภาวะไขมันในเลือดสูง การสูบบุหรี่ ภาวะอ้วน ออกกำลังกายน้อย เป็นต้น อาการสำคัญ คือ เจ็บหน้าอกรุนแรงคล้ายของหนักมาทับ หรือเจ็บขณะพักนานกว่า 15 - 20 นาที และอาจมีอาการอื่นร่วมด้วย เช่น เหงื่อออก หน้ามืด เป็นลม คลื่นไส้ อาเจียน และยังมีผู้ป่วยประมาณร้อยละ 30 ที่มาด้วยอาการเจ็บหน้าอกไม่ชัดเจน เช่น ผู้ป่วยเบาหวาน ผู้สูงอายุ เป็นต้น¹² ภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันแบ่งเป็น 2 กลุ่มใหญ่ ๆ คือ 1. Non ST- elevation acute coronary syndrome ซึ่งมี 2 ชนิด ได้แก่ Unstable angina (UA) และ Non ST-elevation myocardial infarction (NSTEMI) ซึ่งทั้ง 2 ชนิด คลื่นไฟฟ้าหัวใจไม่มี ST segment elevation โดย NSTEMI จะมีผลตรวจ cardiac marker ในกระแสเลือดเป็นบวก ส่วน UA ผลจะเป็นลบ 2. ST- elevation acute coronary syndrome ได้แก่ กลุ่มที่คลื่นไฟฟ้าหัวใจมี ST segment elevation ร่วมกับ cardiac marker ให้ผลบวก ซึ่งอาการมักจะรุนแรงและอาจเสียชีวิตได้ ควรรับรักษาโดยไม่ต้องรอผล cardiac marker¹² โดยเฉพาะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (acute inferior wall myocardial infarction) ร้อยละ 90 เกิดการอุดตันของเส้นเลือด right coronary artery (RCA) และร้อยละ 10 เกิดจากเส้นเลือด left circumflex (LCx) ทำให้การไหลเวียนเลือดที่ไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจบริเวณผนังด้านล่างลดลงทำให้เกิดภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ ในตำแหน่งที่เกิด AV block ภายใน AV node จึงทำให้เกิด intranodal block ส่งผลให้อัตราการเต้นของหัวใจ < 40 ครั้ง/นาที ส่งผลให้ปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจในหนึ่งนาทีลดลง ทำให้มีอาการหน้ามืด เป็นลมหมดสติไปชั่วคราว 1 - 2 นาที จากการไหลเวียนเลือดที่ลดลงลงชั่วคราวอย่างเฉียบพลัน ถ้าหาก SBP < 90 มิลลิเมตรปรอท นานเกิน 30 นาที ร่วมกับมีอาการกระสับกระส่าย ตัวซีดเย็น capillary refilling >3 วินาที ปัสสาวะออกน้อยกว่า 30 ml/hr (end organ hypoperfusion) ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจพบ ST segment elevation สาเหตุเกิดมักเกิดจากภาวะช็อกจากเหตุหัวใจ (cardiogenic shock) ซึ่งส่วนใหญ่ร้อยละ 80 เกิดจากหัวใจห้องล่างซ้ายล้มเหลวที่เกิดจากกล้ามเนื้อหัวใจห้องล่างซ้ายตายเป็นบริเวณกว้างมากกว่าร้อยละ 40⁵

เป้าหมายสำคัญของการรักษาผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน คือ การรักษาด้วยการเปิดหลอดเลือดหัวใจที่อุดตัน (Reperfusion therapy) โดยเร็วที่สุด ซึ่งเป็นการรักษาที่ต้องแข่งกับเวลาเพื่อให้กล้ามเนื้อหัวใจได้รับเลือดไปเลี้ยงอย่างเพียงพอ ซึ่งมีผลต่อการลดขนาดการตายของกล้ามเนื้อหัวใจและลดความรุนแรงของโรค ปัจจุบันการเปิดหลอดเลือดหัวใจมีด้วยกัน 3 วิธี คือ 1. Pharmacological reperfusion ได้แก่การให้ยาละลายลิ่มเลือด (fibrolytic drugs) เช่น streptokinase เป็นทางเลือกในการเปิดหลอดเลือดหัวใจ ในกรณีไม่สามารถทำหัตถการเปิดหลอดเลือดหัวใจได้ภายในเวลามาตรฐาน 2. Mechanical reperfusion (Percutaneous Coronary Intervention: PCI) เป็นการเปิดหลอดเลือดด้วยบอลลูนหรือขดลวดค้ำยัน เป็นการเปิดหลอดเลือดที่แนะนำให้ทำในผู้ป่วยทุกราย ถ้าสามารถทำได้และไม่มีข้อห้าม 3. การผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจ (Coronary Artery Bypass Graft : CABG)^{12,34} ซึ่งการเปิดหลอดเลือดด้วยวิธีใดนั้นขึ้นอยู่กับศักยภาพของโรงพยาบาลแต่ละแห่งและความรุนแรงของโรค เนื่องจากระบบบริการสุขภาพของไทย ยังมีข้อจำกัดในการเปิดหลอดเลือดด้วยวิธี Primary PCI ระบบช่องทางด่วน (Fast Track) จึงมีความจำเป็นและสำคัญมากในการรักษาผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาแบบเฉพาะเจาะจงได้อย่างรวดเร็วเพื่อลดอัตราการตายของผู้ป่วย วิทยาลัยพยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการคัดกรอง ประเมินอาการ มีทักษะการดูแลผู้ป่วยวิกฤตและให้ยาที่มีความเสี่ยงสูง เฝ้าระวัง ป้องกัน แก้ไขภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยในขณะเข้ารับการรักษา รวมถึงการประสานงานเพื่อเข้าถึงระบบช่องทางด่วน (Fast Track) ได้อย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ

ข้อมูลสถิติโรงพยาบาลทรายทองวัฒนา ปีงบประมาณ 2564, 2565, 2566 มีผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (STEMI) จำนวน 6, 2, 2 ราย พบว่า มีภาวะช็อกจากหัวใจ (cardiogenic Shock) ร่วมด้วย ร้อยละ 0, 50, 0 ตามลำดับ⁶ เนื่องจากโรงพยาบาลทรายทองวัฒนาไม่สามารถส่งต่อผู้ป่วยไปโรงพยาบาลที่ศักยภาพในการเปิดหลอดเลือดด้วยวิธี primary PCI ได้ภายใน 120 นาที จึงเข้าช่องทางด่วน Fast Track STEMI เพื่อเปิดหลอดเลือดหัวใจด้วยวิธีการให้ยาละลายลิ่มเลือดก่อน โดยพบว่าอัตราการได้รับยาละลายลิ่มเลือด Streptokinase ร้อยละ 100, 100, 50 ตามลำดับ และไม่พบผู้ป่วยเสียชีวิตหลังได้รับยาละลายลิ่มเลือด Streptokinase การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นแนวทางในการพยาบาลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันร่วมกับภาวะช็อกจากเหตุหัวใจ

กรณีศึกษา

ชายไทย อายุ 66 ปี สัญชาติไทย ศาสนาพุทธ การศึกษามัธยมศึกษาตอนต้น อาชีพรับจ้าง
อาการสำคัญ

เป็นลม หน้ามืด เหงื่อออกตัวเย็นก่อนมา 30 นาที ก่อนมาโรงพยาบาล

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน

30 นาทีก่อนมา ขณะกำลังตัดกล้วยอยู่ มีอาการเป็นลม หน้ามืด มีเหงื่อออกตัวเย็น ญาติจึงนำส่งโรงพยาบาล

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต

ปฏิเสธโรคประจำตัวและแพ้ยา ปฏิเสธการดื่มสุรา สูบบุหรี่วันละประมาณ 5 - 6 มวน หยุดสูบบุหรี่ประมาณ 2 ปี

การประเมินสภาพร่างกายตามระบบ

รูปร่างทั่วไป : รูปร่างสมส่วน น้ำหนัก 71 กิโลกรัม ส่วนสูง 180 เซนติเมตร

สัญญาณชีพ : อุณหภูมิ 36.8 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 40 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 50/20 มิลลิเมตรปรอท

ระบบประสาท : รู้สึกตัวดี ตอบคำถามได้ เคลื่อนไหวแขนขาได้ปกติ

ผิวหนัง : ผิวขาว ไม่มีภาวะสูญเสียความยืดหยุ่นของผิวหนัง (Skin turgor) ผิวหนังเย็น ปลายมือ ปลายเท้าเย็น ชีต ไม่มีจ้ำเลือด

ศีรษะและใบหน้า : ผมสั้นสีดำ ศีรษะไม่มีบาดแผล ตา 2 ข้างมองเห็นปกติ เปลือกตาทั้ง 2 ข้างไม่ซีด ไม่บวม ใบหู จมูก ปาก ลักษณะภายนอกปกติ

ทรวงอกและทางเดินหายใจ : ทรวงอกรูปร่างปกติ หายใจสม่ำเสมอ อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที เสียงการหายใจปกติ ฟังเสียงปอดปกติ

หัวใจและหลอดเลือด : การเต้นของหัวใจสม่ำเสมอ อัตราการเต้นของหัวใจ 40 ครั้ง/นาที ไม่มีเส้นเลือดที่คอโป่งพอง ค่าออกซิเจนปลายนิ้ว 91% capillary refilling > 2 sec

ช่องท้องและทางเดินอาหาร : บริเวณหน้าท้องกดไม่เจ็บ ไม่มีอาการคลื่นไส้อาเจียน

กล้ามเนื้อและกระดูก : โครงสร้างร่างกายปกติ แขน ขาไม่ผิดปกติ

ระบบทางเดินปัสสาวะ : กระเพาะปัสสาวะไม่โป่งตึง

ระบบอวัยวะสืบพันธุ์ : อวัยวะสืบพันธุ์ภายนอกปกติ

สภาพจิตใจ : สีหน้าวิตกกังวลไม่สุขสบาย กังวลเรื่องการรักษา

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

ผลการตรวจ Troponin I ปกติ (negative) และผลการตรวจ Electrolyte ปกติ Na 141.4 mmol/L, K 4.10 mmol/L, Cl 104.8 mmol/L, CO₂ 21.1 mmol/L, DTX 153 mg%

ผลเอกซเรย์ CXR : no infiltration

การวินิจฉัย : STEMI inferior wall with cardiogenic shock

สรุปการดำเนินโรคที่สำคัญขณะรับไว้ในการดูแล

เวลา 11.43 น. แกรับรู้สึกตัวดี เหงื่อออกตัวเย็น ปลายมือ ปลายเท้าเย็น ชีต ไม่เจ็บหน้าอก ความดันโลหิต 50/20 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 40 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ค่าออกซิเจนปลายนิ้ว 91% DTX 153 mg%

เวลา 11.45 น. EKG 12 lead รายงานแพทย์ และ Monitor EKG และสัญญาณชีพ

เวลา 11.46 น. แพทย์เวรตรวจเยี่ยมการและปรึกษา Fast Track STEMI เจาะเลือด และ on 0.9% NSS load 500 ml then 80 ml/hr ให้ออกซิเจน canular 3 LPM ใส่สายสวนปัสสาวะ ปัสสาวะออกคาสาย

เวลา 11.51 น. อายุรแพทย์โรงพยาบาลกำแพงเพชรสั่งให้ยาละลายลิ่มเลือด Streptokinase ทางหลอดเลือดดำ และแพทย์ให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับการได้ยาละลายลิ่มเลือด

เวลา 11.53 น. ASA 300 mg เคี้ยว Colpidogrel 75 mg 4 tab กิน วัดความดันโลหิต 4 รยางค์ ชักประวัติข้อห้ามในการให้ยาละลายลิ่มเลือด และญาติลงชื่อยินยอมการให้ยาละลายลิ่มเลือด

เวลา 12.10 น. รู้สึกตัวดี ไม่เจ็บหน้าอก ให้ยา Streptokinase ตามแผนการรักษา ความดันโลหิต 70/40 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 42 ครั้ง/นาที

เวลา 12.15 น. รู้สึกตัวดี ชีพจรรยังช้า ไม่เจ็บหน้าอก ดูแลให้ยา Atropine, Dopamine (2:1) ตามแผนการรักษาของแพทย์

เวลา 12.30 น. รู้สึกตัวดี ความดันโลหิต 127/67 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 42 ครั้ง/นาที ช่วยเหลือแพทย์ในการทำ transcutaneous pacing fix mode อัตรา 60 ครั้ง/นาที กระแสไฟ 80 มิลลิแอมแปร์

เวลา 12.45 น. ส่งต่อโรงพยาบาลกำแพงเพชร รู้สึกตัวดี ไม่เจ็บหน้าอก ความดันโลหิต 120/77 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 60 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที

เวลา 13.35 น. ถึงหอผู้ป่วยหนักโรงพยาบาลกำแพงเพชร ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ไม่เจ็บหน้าอก ผิวน้ำอุ่นชื้น ไม่มีเลือดออกตามไรฟัน ความดันโลหิต 130/78 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 60 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ออกซิเจนปลายนิ้ว 98% ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนระหว่างดูแลและส่งต่อ รวมระยะเวลาตั้งแต่ผู้ป่วยมาห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินจนถึงหอผู้ป่วยหนักโรงพยาบาลกำแพงเพชรประมาณ 2 ชั่วโมง

การวางแผนการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1 มีภาวะช็อกจากเหตุหัวใจเนื่องจากกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

ข้อมูลสนับสนุน

S :-

- O : - ความดันโลหิต 50/20 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 40 ครั้ง/นาที MAP 60 mmHg
- คลื่นไฟฟ้าหัวใจแสดงถึงการขาดเลือดที่ Inferior wall (EKG: ST elevation II, III, aVF)
- เหงื่อออก ตัวเย็น ปลายมือ ปลายเท้าเย็น ชีต capillary refilling time > 2 sec
- ปัสสาวะออกคาสาย

วัตถุประสงค์

ผู้ป่วยไม่มีภาวะช็อกจากเหตุหัวใจ

เกณฑ์การประเมินผล

1. ไม่มีอาการเหงื่อออก ตัวเย็น ระดับความรู้สึกตัวไม่เปลี่ยนแปลง
2. ผิวน้ำอุ่น ชุ่มชื้น ไม่ซีด ไม่เขียวคล้ำ capillary refilling time < 2 sec
3. ออกซิเจนปลายนิ้ว $\geq 90\%$ MAP > 65 mmHg
4. ปริมาณปัสสาวะ > 30 ml/hr

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินอาการ อาการแสดง สัญญาณชีพ ออกซิเจนปลายนิ้ว คัดแยกระดับความรุนแรงเป็น level 1 และจัดให้ผู้ป่วยอยู่ใน zone resuscitation
2. ทำ Primary Survey เพื่อประเมินหาภาวะคุกคามชีวิต (Life threatening condition) ตามหลักการของ A B C D และตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ 12 lead พร้อมทั้ง monitor EKG รายงานแพทย์เวรทราบตามแบบ ISBAR
3. เฝ้าสังเกตการเปลี่ยนแปลงของ EKG ในจอ monitor อย่างใกล้ชิด
4. ประเมินและบันทึก ระดับความรู้สึกตัว สัญญาณชีพและ ออกซิเจนปลายนิ้วทุก 5 นาที ถ้าออกซิเจนปลายนิ้ว $\leq 90\%$ รายงานแพทย์ทันที
5. ดูแลการได้รับยา Atropine และ Dopamine ซึ่งเป็นยากระตุ้นความดันโลหิตตามแผนการรักษาควบคู่กับการให้ 0.9% NSS 1,000 ml load 500 ml then 80 ml/hr ปรับขนาดยาตามแผนการรักษาเพื่อกระตุ้นให้ MAP > 65 mmHg โดยปรับยาทุก 5 นาที โดยพิจารณาจากความดันโลหิต ประเมินความดันโลหิตทุก 5 นาที ในขณะที่มีการให้ยาหรือปรับยา

6. ดูแลเตรียมผิวหนัง และช่วยแพทย์ติด transcutaneous pacing fix mode ที่อัตราการเต้นของหัวใจ 60 ครั้ง/นาที กระแสไฟฟ้า 80 มิลลิแอมแปร์ และติดตามให้ทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ ประเมินโดยการจับชีพจรบริเวณขาหนีบ เพื่อหลีกเลี่ยงการรบกวนจากการปล่อยกระแสไฟฟ้า

7. ติดตามการไหลของปัสสาวะเพื่อประเมิน end organ hypo perfusion ปัสสาวะต้องออกอย่างน้อย 30 ml/hr.

8. เตรียมยาและอุปกรณ์ต่างที่สำคัญในการช่วยชีวิตให้มีความพร้อมเพื่อการช่วยเหลือ

การประเมินผล

1. ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ไม่มีเหงื่อออกตัวเย็น
2. ผิวหนังอุ่นขึ้น ไม่ซีด ไม่เขียว capillary refilling < 2 sec
3. ออกซิเจนปลายนิ้ว 98% MAP 95 mmHg
4. ปัสสาวะออกประมาณ 50 ml

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2 เสี่ยงต่อภาวะเนื้อเยื่อได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอ เนื่องจากปริมาณเลือดที่หัวใจส่งออกก่อนที่ลดลงจากการอุดตันของหลอดเลือดหัวใจ

ข้อมูลสนับสนุน

S :-

- O :- ความดันโลหิต 50/20 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 40 ครั้ง/นาที
- ปลายมือ ปลายเท้าเย็น ชีด capillary refilling time > 2 sec
 - ค่าออกซิเจนปลายนิ้ว 91%
 - ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ 12 lead พบ ST segment elevated lead II, III, aVF

วัตถุประสงค์

ผู้ป่วยไม่มีภาวะเนื้อเยื่อได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอ

เกณฑ์การประเมินผล

1. ระดับความรู้สึกตัวไม่เปลี่ยนแปลง
2. ผิวหนังอุ่น ชุ่มชื้น ไม่ซีด ไม่เขียวคล้ำ capillary refilling time < 2 sec
3. ออกซิเจนปลายนิ้ว \geq 95%

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินอาการและอาการแสดงของเนื้อเยื่อได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอ เช่น ลักษณะสีผิวหนัง สีเล็บ ระดับความรู้สึกตัว ค่าออกซิเจนปลายมือ จำนวนปัสสาวะที่ออก เป็นต้น
2. ให้ออกซิเจนตามแผนการรักษา คือ canular 3 LPM
3. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยา Streptokinase เพื่อเปิดหลอดเลือด และ Dopamine (2:1) กระตุ้นการทำงานของหัวใจตามแผนการรักษา เพื่อให้หัวใจทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ
4. เฝ้ารวังและติดตามสัญญาณชีพ ค่าออกซิเจนปลายนิ้ว ทุก 5 นาที
5. ประเมินลักษณะของผิวหนัง ความเย็นชื้นและสีผิว คลำชีพจรส่วนปลาย สังเกตอาการปวดบวมเนื่องจากการกำซาบเลือดของอวัยวะส่วนปลายที่ลดลง ผิวหนังจะเย็น เย็นซีดหรือขึ้น เขียวคล้ำ
6. จัดทำกึ่งนั่งกึ่งนอนให้ผู้ป่วย เนื่องจากการจัดท่าที่เหมาะสมจะช่วยบรรเทาความเมื่อย และรู้สึกสบายทำศีรษะสูงจะลดปริมาณเลือดที่ไหลกลับเข้าสู่หัวใจ ลดภาระงานของหัวใจ

การประเมินผล

1. ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ไม่มีเหงื่อออกตัวเย็น ไม่สับสน
2. ผิวหนังอุ่นขึ้น ไม่ซีด ไม่เขียว capillary refilling < 2 sec
3. ออกซิเจนปลายนิ้ว 98%

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 3 เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนจากการให้ยาละลายลิ่มเลือด

ข้อมูลสนับสนุน

S : -

- O : - ผลการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจพบ ST segment elevated ตำแหน่ง II, III, aVF
- แพทย์มีแผนการรักษาให้ Streptokinase 1.5 ล้านยูนิต ทางหลอดเลือดดำ

วัตถุประสงค์

เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนของการได้รับยาละลายลิ่มเลือด

เกณฑ์การประเมินผล

1. ไม่มีภาวะแทรกซ้อนด้าน EKG Arrhythmias เช่น PVC, VT, VF
2. ไม่มีภาวะแทรกซ้อนด้าน Allergic reaction เช่น Hypotension ,Rash, Fever, Nausea, Vomiting
3. ไม่มีภาวะแทรกซ้อนด้าน Bleeding เช่น GI bleeding, Brain hemorrhage, Bleeding per gum เป็นต้น
4. สัญญาณชีพ และ ระดับความรู้สึกตัวปกติ

กิจกรรมการพยาบาล

ก่อนให้ยาละลายลิ่มเลือด

1. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติได้ซักถามข้อมูลกับแพทย์ ก่อนตัดสินใจรับยาละลายลิ่มเลือดเพื่อให้ผู้ป่วยและญาติลดความวิตกกังวล
2. ประเมินข้อห้ามในการได้รับยาละลายลิ่มเลือด และวัดความดันโลหิต 4 หมายพร้อมรายงานแพทย์
3. ให้ผู้ป่วยหรือญาติลงนามยินยอมรับการรักษาโดยการให้ยาละลายลิ่มเลือด
4. วัดสัญญาณชีพโดย Patient Monitor ทุก 5 นาที และประเมินระบบประสาท

ขณะให้ยาละลายลิ่มเลือด

5. ให้ยาละลายลิ่มเลือด Streptokinase 1.5 ล้านยูนิต ผสมใน 0.9% NSS 100 ml. ทางหลอดเลือดดำผ่านสายผ่าน Infusion pump อัตรา 100 ml/hr.
6. เฝ้าระวังและสังเกตคลื่นไฟฟ้าหัวใจ อย่างใกล้ชิดเนื่องจากอาจเกิดภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะได้
7. Monitor EKG ตั้งแต่เริ่มให้ยา Streptokinase นาทีแรก จนกระทั่งยาหมด
8. ประเมินสัญญาณชีพและระดับความรู้สึกตัว ทุก 5 นาที
9. ดูแลให้สารน้ำ 0.9%NSS 1,000 ml iv drip 80 ml/hr.
10. ดูแลให้ได้รับยากระตุ้นความดันโลหิต Dopamine (2:1) เริ่มต้นที่ 10 microdrop/min และปรับยาทุก 5 นาที ตามความดันโลหิต จนกว่าค่าความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัว > 90 มิลลิเมตรปรอท
11. ดูแลให้ O2 canular 3 LPM ให้ออกซิเจนปลายนิ้ว > 90%
12. สังเกตผิวหนังว่ามีจุดจ้ำเลือดหรือผื่นขึ้นหรือไม่ และสังเกตว่ามีอาการเลือดออกตามไรฟัน อาการปวดท้อง คลื่นไส้ อาเจียนหรือไม่ ถ้ามีอาการดังกล่าวรายงานแพทย์ทันที

การประเมินผล

1. ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ไม่มีจ้ำเลือดและผื่นตามร่างกาย ไม่มีเลือดออกตามไรฟัน ไม่คลื่นไส้ อาเจียน
2. ความดันโลหิตอยู่ในช่วง 120-135/78-82 มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นของหัวใจ 60 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจอยู่ในช่วง 16-20 ครั้ง/นาที

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 4 ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการและภาวะโรคที่คุกคามชีวิต

เนื่องจากขาดความรู้เรื่องโรคและความเจ็บป่วย

ข้อมูลสนับสนุน

S : - ญาติสอบถามว่าต้องรักษาอย่างไร

O : - ผู้ป่วยและญาติสีหน้าวิตกกังวล

วัตถุประสงค์

เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจเรื่องการดำเนินของโรค แผนการรักษา และการปฏิบัติตน

เกณฑ์การประเมินผล

ผู้ป่วยและญาติเข้าใจและให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล

กิจกรรมการพยาบาล

1. สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย/ญาติ ด้วยวาจาที่สุภาพ อ่อนโยน ทำทางเป็นมิตร
2. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติได้สอบถามแพทย์เรื่องพยาธิสภาพ การดำเนินของโรค แนวทางการรักษาพยาบาล และความจำเป็นของการส่งต่อเพื่อรับการรักษาที่ต่อเนื่อง
3. อธิบายผู้ป่วยและญาติก่อนให้การพยาบาลทุกครั้ง ด้วยข้อมูลที่ชัดเจนและเข้าใจง่าย
4. ให้ข้อมูลผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับการดำเนินโรค การรักษาพยาบาล อาการ และอาการแสดง เป็นระยะๆ หรือเมื่อมีอาการเปลี่ยนแปลง
5. นำบัตรการได้รับยาละลายลิ่มเลือด Streptokinase ให้ญาติและอธิบายข้อห้ามใช้ยาละลายลิ่มเลือดซ้ำภายในระยะเวลา 1 ปี เพราะมีการสร้าง streptokinase antibody ขึ้นอาจลดประสิทธิภาพของยาและอาจเกิดปฏิกิริยาการแพ้ได้ และลง Pop - up ในโปรแกรม Hosxp

การประเมินผล

ผู้ป่วย/ ญาติยอมรับและให้ความร่วมมือในการรักษา และลงนามยินยอมรับการรักษาโดยการให้ยาละลายลิ่มเลือด Streptokinase

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 5 ผู้ป่วยไม่สุขสบายเนื่องจากปวดตำแหน่งที่ติดเครื่องกระตุ้นหัวใจชนิดชั่วคราวทางผิวหนัง

ข้อมูลสนับสนุน

- S : - ผู้ป่วยบอกรเจ็บ
O : - ผู้ป่วยแสดงสีหน้าเจ็บปวดขณะเครื่องกระตุ้นหัวใจปล่อยกระแสไฟฟ้า
- Pain score 8 / 10 คะแนน

วัตถุประสงค์

ผู้ป่วยมีอาการปวดลดลง และมีความสุขสบาย

เกณฑ์การประเมินผล

1. pain score < 3 คะแนน หรือลดลงอย่างน้อย 2 ระดับ
2. ผู้ป่วยสามารถพักได้ และมีสีหน้าสดชื่น

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินลักษณะอาการ และระดับคะแนนความปวดแบบ numeric scale (PS 0-10) โดยระดับ 0 หมายถึงไม่ปวดเลยและระดับคะแนน 10 หมายถึงปวดมากที่สุด
2. ให้การตอบสนองต่อความเจ็บปวดทันทีโดยตรวจสอบบริเวณผิวหนัง ช่วยผู้ป่วยจัดท่าให้สุขสบาย เพื่อให้ผู้ป่วยลดความวิตกกังวล และสามารถจัดการความเจ็บปวดได้อย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น
3. รายงานอาการปวดให้แพทย์ทราบเพื่อพิจารณาให้ยาแก้ปวด
4. บริหารยาแก้ปวดตามแผนการรักษา ได้แก่ Diazepam 10 mg และ Pethidine 25 mg ทางหลอดเลือดดำและประเมินอาการปวดหลังให้ยา
5. จัดทำผู้ป่วยให้สุขสบาย และตรวจดูผิวหนังบริเวณที่ติด transcutaneous pacing
6. ประเมินลักษณะอาการ และระดับคะแนนความปวดทุก 30 นาที

การประเมินผล

1. ผู้ป่วยแสดงสีหน้าเจ็บปวดลดลง พักได้
2. Pain score เหลือ 4 / 10 คะแนน

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 6 เสี่ยงต่ออาการทรุดลงขณะส่งต่อเนื่องจากผู้ป่วยมีระดับความรุนแรง level 1 และระยะทางห่างไกลจากโรงพยาบาลปลายทาง

ข้อมูลสนับสนุน

S : -

- O : - ผู้ป่วยเป็นผู้ป่วยระดับความรุนแรงเป็น level 1 (Resuscitation)
- ผู้ป่วยมีภาวะ cardiogenic shock

วัตถุประสงค์

เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยขณะส่งต่อ

เกณฑ์การประเมินผล

ผู้ป่วยไม่ทรุดลง โดยมีระดับความรู้สึกตัวและสัญญาณชีพคงที่ จนกระทั่งถึงโรงพยาบาลปลายทาง

กิจกรรมการพยาบาล

ก่อนเคลื่อนย้าย

1. ประเมินความพร้อมของผู้ป่วยได้แก่ระดับความรู้สึกตัว สัญญาณชีพ จำนวนปัสสาวะ การทำงานของ transcutaneous pacing และยาที่ผู้ป่วยได้รับ เพื่อประเมินอาการก่อนย้ายและรายงานแพทย์เพื่อตัดสินใจเคลื่อนย้าย
2. การประสานงานและส่งต่อข้อมูลไปยังสถานพยาบาลปลายทาง โดยระบบ Three refer การสื่อสารผ่าน ทาง Line STEMI Fast Track และประสานงานการส่งต่อทางโทรศัพท์ที่หือผู้ป่วยวิกฤต โดยใช้เทคนิค ISBAR
3. การเตรียมความพร้อมก่อนส่งต่อประกอบด้วยการ
 - เตรียมความพร้อมของบุคลากร โดยมีพยาบาลส่งต่อ 2 คนที่ผ่านการอบรม ACLS พยาบาลหัวหน้าทีมเป็นพยาบาลงานอุบัติเหตุฉุกเฉินที่มีประสบการณ์สูง
 - เตรียมเครื่องมืออุปกรณ์ช่วยชีวิต รถพยาบาล ยาและเวชภัณฑ์ต่างๆ เช่น EKG monitor เครื่อง defibrillator ปริมาณออกซิเจน หมายเลขโทรศัพท์ที่ใช้ขอคำปรึกษาขณะส่งต่อ
 - เตรียมใบ Refer ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ และผลการตรวจ X-ray
4. Identify ผู้ป่วยโดยสอบถามชื่อ - สกุล ผู้ป่วยทุกครั้งก่อนบันทึกข้อมูลลงใบ Refer และแบบบันทึกทางการพยาบาลเพื่อการส่งต่อที่ครบถ้วน
5. ตรวจสอบตำแหน่งให้ยาและสารน้ำไม่บวม พลาสเตอร์ติดแน่น ไม่หลุดง่าย
6. เตรียมญาติโดยการให้ข้อมูลการเจ็บป่วย แผนการรักษา เหตุผลความจำเป็นในการส่งต่อ และเปิดโอกาสให้ญาติมีส่วนร่วมในการตัดสินใจส่งต่อ
7. เคลื่อนย้ายผู้ป่วยขึ้นรถส่งต่อด้วยความนุ่มนวล และให้ออกซิเจนตลอดการเคลื่อนย้าย

ขณะเคลื่อนย้าย

8. เฝ้าระวัง ติดตามประเมินสัญญาณชีพ อาการเจ็บแน่นหน้าอก อาการเหนื่อย ลักษณะคลื่นไฟฟ้าหัวใจโดยการ On EKG Monitor Mobile ทุก 15 นาที จนกระทั่งถึงโรงพยาบาลกำแพงเพชร และรายงานแพทย์ซ้ำเมื่อมีอาการเปลี่ยนแปลงของสัญญาณชีพ คลื่นไฟฟ้าหัวใจ อาการเจ็บหน้าอก
9. เฝ้าระวังอาการและอาการแสดงของภาวะพร่องออกซิเจน (hypoxia) และอาการแสดงของภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น ได้แก่ ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ ภาวะ Cardiogenic shock และภาวะหัวใจล้มเหลว
10. ติดตามเฝ้าระวังผลข้างเคียงและภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาลดลิ่มเลือด เช่น ความดันโลหิตต่ำ อาการแพ้ยา ภาวะเลือดออกผิดปกติ โดยการประเมินสังเกตอาการ สัญญาณชีพ ระดับความรู้สึกตัวและการตรวจทางระบบประสาท โดยใช้ Glasgow coma scale ทุก 15 นาทีจนกระทั่งถึงโรงพยาบาลกำแพงเพชร
11. ติดตามเฝ้าระวังอาการเลือดออกในอวัยวะที่สำคัญ เช่น เลือดออกในสมอง ทุก 15 นาทีใน 1 ชั่วโมงแรก โดยการเฝ้าระวังอาการทางระบบประสาท (Neurological signs) ประเมินสัญญาณชีพ เนื่องจากการละลายลิ่มเลือดจากฤทธิ์ของยาออกฤทธิ์ทั้งร่างกาย

12. บันทึกอาการ อาการแสดง สัญญาณชีพ การแก้ไข ผลการแก้ไข ของผู้ป่วยขณะอยู่บนรถส่งต่อในแบบบันทึกการส่งต่อ
13. ดูแลกำกับพนักงานขับรถให้ปฏิบัติตามกฎจราจรความเร็วไม่เกิน 90 กิโลเมตร/ชั่วโมง

หลังการเคลื่อนย้าย

14. ประเมินความพร้อมและความปลอดภัยของผู้ป่วยก่อนส่งมอบผู้ป่วยกับหอผู้ป่วยวิกฤตโรงพยาบาลกำแพงเพชร เช่น ระดับความรู้สึกตัว สัญญาณชีพ ค่าออกซิเจนปลายนิ้ว จำนวนปัสสาวะที่ออก เป็นต้น
15. ส่งผู้ป่วยพร้อมข้อมูลการเจ็บป่วย การดูแลรักษาเบื้องต้นในโรงพยาบาลต้นทาง อาการเปลี่ยนแปลง และการดูแลรักษา ระหว่างการส่งต่อ เอกสารต่างๆ ให้พยาบาลหอผู้ป่วยวิกฤต
16. หอผู้ป่วยวิกฤตรับมอบผู้ป่วยและเอกสารแลข้อมูล พร้อมทั้งประเมินคุณภาพการดูแลระหว่างส่งต่อ
17. ติดตามผลการรักษาผู้ป่วยครบ 24 ชั่วโมงเพื่อประเมินผลการรักษา

การประเมินผล

1. ผู้ป่วยปลอดภัย ไม่เกิดภาวะทรุดลงขณะส่งต่อ
2. ระดับความรู้สึกตัวปกติ สัญญาณชีพความดันโลหิตอยู่ในช่วง 120 -135 / 78 – 82 มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นของหัวใจ 60 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจอยู่ในช่วง 16 – 20 ครั้ง/นาที

สรุปกรณีศึกษา

ชายไทย อายุ 66 ปี เข้ารับการรักษาที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลทรายทองวัฒนา ด้วยอาการสำคัญ เป็นลม หน้ามืด และมีเหงื่อออกตัวเย็น ตรวจร่างกายเบื้องต้น ระดับความรู้สึกตัวปกติ ความดันโลหิตต่ำ ซีพจรเต้นช้า ไม่มีอาการเจ็บแน่นหน้าอก ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจและรายงานแพทย์พบ ST segment elevated ตำแหน่ง II, III, aVF แพทย์ให้การวินิจฉัยเบื้องต้น STEMI inferior wall with cardiogenic shock จึงปรึกษาอายุรแพทย์โรงพยาบาลกำแพงเพชร ตัดสินใจให้ยาละลายลิ่มเลือด Streptokinase หลังจากไม่มีข้อห้ามในการให้ และแก้ไขภาวะ Cardiogenic shock โดยการให้ 0.9% NSS load 500 ml Atropine 1 mg ทางหลอดเลือดดำ Dopamine (2:1) ปัญหาสำคัญของผู้ป่วย คือ มีภาวะ cardiogenic shock ทำให้ปริมาตรเลือดที่ออกจากหัวใจลดลงเนื่องจากประสิทธิภาพการบีบตัวของกล้ามเนื้อหัวใจลดลงจากการอุดตันอย่างสมบูรณ์ที่หลอดเลือดหัวใจ การดูแลรักษาพยาบาลให้มีประสิทธิภาพต้องมีแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจน พยาบาลจึงมีบทบาทที่สำคัญมากในทีมการรักษา การตระหนักและประเมินคัดกรองผู้ป่วยอย่างถูกต้องตั้งแต่แรกเริ่ม การมีทักษะอ่านและรายงานผล EKG ได้รวดเร็วของพยาบาล ช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่รวดเร็วและทันเวลา รวมถึงการดูแลต่อเนื่อง ประเมินซ้ำ ติดตามเฝ้าระวัง(Monitoring) อาการและอาการเปลี่ยนแปลงผลข้างเคียงจากการให้ยาที่มีความเสี่ยงสูง และภาวะแทรกซ้อนต่างๆ การช่วยเหลือในภาวะวิกฤตได้ทันท่วงที เฝ้าระวังอาการไม่ให้ทรุดลง เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย ดูแลด้านจิตใจเพื่อลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยและญาติ รวมถึงการประสานส่งต่อตามระบบช่องทางด่วน (Fast Track STEMI For SK) ที่โรงพยาบาลกำแพงเพชร และได้ติดตามผู้ป่วยต่อเนื่องพบว่าถูกส่งรักษาต่อโรงพยาบาลศรีสวรรค์ เพื่อการฉีดสีหลอดเลือดหัวใจ (Coronary Angiogram : CAG) และการสวนหัวใจขยายหลอดเลือด (Percutaneous Coronary Intervention : PCI)

วิจารณ์และข้อเสนอแนะ

จากกรณีศึกษา ผู้ป่วยมาโรงพยาบาลด้วยอาการหน้ามืดเป็นลม ซึ่งเกิดจากภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน และมีภาวะแทรกซ้อนในระยะวิกฤต คือ cardiogenic shock พยาบาลได้ทำการประเมินและคัดกรองเบื้องต้นและรายงานแพทย์ทันที ให้การรักษาตามแนวทาง STEMI Fast Track for SK ของโรงพยาบาลกำแพงเพชร สามารถตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจและรายงานแพทย์และแพทย์แปลผลได้ใน 8 นาที และให้ยาละลายลิ่มเลือดได้ภายใน 27 นาที (ตั้งแต่ผู้ป่วยมาถึงห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินจนได้รับยาละลายลิ่มเลือด)ตามมาตรฐานการรักษากล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ร่วมกับการแก้ไขภาวะ cardiogenic shock ควบคู่กันไป ตามคำแนะนำของอายุรแพทย์โรงพยาบาลกำแพงเพชร โดยการให้สารน้ำ ยากระตุ้นการทำงานของหัวใจ รวมทั้งการทำ transcutaneous pacing ดูแลให้การพยาบาลในระยะวิกฤตและดูแลต่อเนื่องจนส่งรักษาต่อ หากไม่มีแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจน การประเมินคัดกรอง การวินิจฉัย การเฝ้าระวัง และดูแลรักษาพยาบาลที่ล่าช้า อาจส่งผลให้ผู้ป่วยเสียชีวิตจากโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันได้ จึงมีข้อเสนอแนะการพัฒนาการดูแล ดังนี้

1. ควรพัฒนาสมรรถนะพยาบาลงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินอย่างต่อเนื่อง ให้ตระหนักและมีความรู้ ความเข้าใจเรื่องโรค และภาวะแทรกซ้อน เพื่อสามารถประเมิน คัดกรอง ชักประวัติที่สงสัยมีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันตามหลัก OPQRST ได้ และพัฒนาทักษะในด้านการอ่านและแปลผล EKG เบื้องต้น
2. การบริหารยาละลายลิ่มเลือดและยาความเสี่ยสูง การเฝ้าระวังและให้การพยาบาลผู้ป่วยภาวะวิกฤติโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน เช่น cardiogenic shock
3. การทำหัตถการสำคัญในการช่วยชีวิตผู้ป่วย ที่พบได้น้อยครั้งทำให้ขาดความชำนาญและการดูแลขณะทำหัตถการ เช่น transcutaneous pacing ควรมีการทบทวนและฝึกทักษะอย่างสม่ำเสมอเช่นเดียวกับหัตถการสำคัญอื่นๆ
4. ควรทบทวนการปฏิบัติตามระบบช่องทางด่วน (Fast Track STEMI for SK) อย่างต่อเนื่องทุกราย เพื่อค้นหาปัญหาและแนวทางการพัฒนา

สรุป

ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (STEMI) ต้องได้รับการค้นหาอาการที่แสดงถึงความผิดปกติ การวินิจฉัยที่ถูกต้องตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ามาที่งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน จึงจะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่รวดเร็วและทันเวลา พยาบาลห้องฉุกเฉินมีบทบาทสำคัญในการคัดกรอง ประเมิน ผู้ป่วยอย่างถูกต้อง รวดเร็ว แก้ไขภาวะวิกฤต ติดตามเฝ้าระวังได้ทันที่ส่งผลให้ผู้ป่วยผู้ป่วยพ้นจากภาวะวิกฤติและภาวะแทรกซ้อนที่คุกคามชีวิต

เอกสารอ้างอิง

1. Mahidol University. คู่มือการพยาบาลผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่ได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจด้วยบอลลูนผ่านทางหลอดเลือดแดงที่ข้อมือ. [online]. 2015. [cited 2023 Oct 12]. Available from: <https://www2.si.mahidol.ac.th/division/nursing/sins/attachments/article/217/>.
2. สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย. แนวเวชปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน พ.ศ. 2563. กรุงเทพฯ : เนคสเทป ดีไซน์ ; 2563.
3. ศิริอร สินธุ. ช่องทางด่วนการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน. กรุงเทพฯ : วัฒนาการพิมพ์ ; 2565.
4. อนุแสง จิตสมเกษม. ภาวะช็อกจากเหตุหัวใจ. วารสารเวชบำบัดวิกฤต. 2560; 25(2):10-25.
5. กรมการแพทย์ สถาบันทรวงอก. สรุปการบริหารจัดการข้อมูล Thai ACS Registry. [online]. 2021-2023. [cited 2023 May 10]. Available from : [http:// www.ncvdt.org/](http://www.ncvdt.org/).
6. งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลทรายทองวัฒนา. สถิติข้อมูลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน. กำแพงเพชร: โรงพยาบาล; 2564-2566.
7. ทิพย์สุดา พรหมดนตรี, จินตนา คำเกลี้ยง. ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ในวัยผู้ใหญ่ตอนต้น: การทบทวนวรรณกรรมแบบบูรณาการ. Songklanagarind Journal of Nursing. 2021;41(3):99-108.
8. Bönner F, Jung C, Polzin A, Erkens R, Dannenberg L, Ipek R, et al. SYSTEMI - systemic organ Communication in STEMI: design and rationale of a cohort study of patients with ST-segment elevation myocardial infarction. BMC Cardiovasc Disord. 2023;23(1):

Nursing care for relieve symptom in Cholangiocarcinoma patients with chemotherapy : A Case Study

Nattawuth Sudkaew, M.N.S.*

Abstract

Introduction : The goal of palliative chemotherapy is to stop the progression of the disease. Nursing care for cancer patients at this stage. Therefore, it is important to focus on prevention and management of side effects from chemotherapy drugs. Nurses play an important role in providing nursing care to patients, including continuous monitoring and supervision. Since starting treatment until the end of treatment, so that patients can receive complete medical treatment and be able to take care of themselves during every stage of treatment. Reduce suffering from complications and have a good quality of life.

Objective : To provide guidelines for providing nursing care to patients giving chemotherapy to relieve symptoms in patients with advanced cholangiocarcinoma

Case study : Thai man, 65 years old, has a habit of eating raw food, drink alcohol and smoke every day. 2 months ago, had a fever in the evening, eyes were yellow. Diagnosed from CT found that the cholangiocarcinoma had spread to the liver. Unable to undergo with surgery, on PTBD at left abdomen. Refer patient for further treatment at the Tumor clinic to receive chemotherapy to relieve symptoms. At first, the figure was quite thin. Patient feel tired when walking. The eyes are still yellow, can communicate normally, normal vital signs checking, no fever, a bile drainage by PTBD from the left side of the abdomen, covered with gauze, normal bile flow of 300 cc per day. Throughout admission, patients can receive chemotherapy for the specified period of time. Give a total of 3 rounds of chemotherapy, 2 days each. Nursing diagnoses include : 1. Patients and relatives are worried, due to lack of knowledge and understanding about conduct before receiving chemotherapy 2. Risk of complications while giving chemotherapy 3. Risk of side effects after receiving chemotherapy. 4. Have oral mucosa inflammation 5. The patient has nausea and vomiting. 6. There is insufficient knowledge in taking care of the bile drainage tube. 7. There is acute pain due to spasm of the bile duct from inflammation, infection, or blockage of the bile duct. 8. Lack of knowledge about taking care of yourself at home. Before discharge, it was found that the patient had no complications from chemotherapy, no hypersensitivity, decreased jaundice slight nausea. There is still a slight inflammation of the oral mucosa but eat normally and normal bowel movement.

Conclusion : Nursing care of patients giving chemotherapy to relieve symptoms in patients with advanced Cholangiocarcinoma. The goal is to reduce side effects caused by chemotherapy. Nurses therefore play a very important role in caring for patients before, during and after giving chemotherapy. Problem assessment and nursing care in this case study, It will be a guideline for effective care for patients with advanced Cholangiocarcinoma.

Keyword : cholangiocarcinoma, Nursing care of chemotherapy patients

*Registered nurse, Kamphaeng Phet Hospital

การพยาบาลผู้ป่วยให้เคมีบำบัดเพื่อบรรเทาอาการในผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี : กรณีศึกษา

ณัฐวุฒิ สูดแก้ว, พย.ม.*

บทคัดย่อ

บทนำ : การให้ยาเคมีบำบัดแบบประคับประคอง มีเป้าหมายเพื่อยับยั้งการดำเนินของโรค การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งในระยนี้จึงมุ่งเน้นการป้องกันและการจัดการผลข้างเคียงจากยาเคมีบำบัดเป็นสำคัญ พยาบาลเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการให้การพยาบาลผู้ป่วย รวมทั้งการติดตามดูแลอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่เริ่มเข้าการรักษา จนกระทั่งสิ้นสุดการรักษา เพื่อให้ผู้ป่วยได้เข้ารับการรักษายาอย่างครบถ้วน และสามารถดูแลตัวเองได้ในทุกระยะที่ได้รับการรักษา ลดความทุกข์ทรมานจากภาวะแทรกซ้อนและมีคุณภาพชีวิตที่ดีตามอัตรภาพ

วัตถุประสงค์ : เพื่อให้การพยาบาลผู้ป่วยให้เคมีบำบัดเพื่อบรรเทาอาการในผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี

กรณีศึกษา : ชายไทย อายุ 65 ปี มีพฤติกรรมชอบรับประทานอาหารดิบ ดื่มสุรา และสูบบุหรี่ทุกวัน 2 เดือนก่อน มีอาการไข้ช่วงเย็น ตัวตาเหลือง ตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ วินิจฉัยเป็นมะเร็งท่อน้ำดีกระจายไปที่ตับ ไม่สามารถผ่าตัดได้ จึงได้ใส่ท่อระบายน้ำดี และส่งมารักษาต่อที่คลินิกโรคมะเร็งให้เคมีบำบัดเพื่อบรรเทาอาการ แรกเริ่ม รูปร่างค่อนข้างผอม เดินได้อ่อนเพลีย ตัวต่ายเหลือง สีสารได้ปกติ สัญญาณชีพปกติ ไม่มีไข้ มีสายระบายน้ำดีต่อออกมาจากหน้าท้องด้านซ้าย ปิดก๊อชไว้ น้ำดีไหลปกติ 300 ซีซีต่อวัน ตลอดการรับไว้ดูแลผู้ป่วยสามารถรับยาเคมีบำบัดได้ตามระยะเวลาที่กำหนด ให้ยาเคมีบำบัดทั้งหมด 3 รอบ รอบละ 2 วัน ข้อวินิจฉัยการพยาบาล ได้แก่ 1. ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวล เนื่องจากขาดความรู้ความเข้าใจ เกี่ยวกับการปฏิบัติตัว ก่อนการรับยาเคมีบำบัด 2. เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนขณะให้ยาเคมีบำบัด 3. เสี่ยงต่อการเกิดผลข้างเคียงหลังได้รับยาเคมีบำบัด 4. มีภาวะเยื่อช่องปากอักเสบ 5. ผู้ป่วยมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน 6. มีความรู้ไม่เพียงพอต่อการดูแลสายระบายน้ำดี 7. มีอาการปวดเจ็บพลันเนื่องจากการหดเกร็งของท่อน้ำดีจากการอักเสบติดเชื้อหรืออุดตันของท่อน้ำดี 8. ขาดความรู้ในการดูแลตนเองที่บ้านก่อนจำหน่าย พบว่า ผู้ป่วยไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากยาเคมีบำบัด ไม่มีภาวะภูมิไวเกิน ภาวะตัวตาเหลืองลดลง คลื่นไส้เล็กน้อย ยังมีภาวะเยื่อในช่องปากอักเสบเล็กน้อย รับประทานอาหารได้ตามปกติ การขับถ่ายปกติ

สรุปผลกรณีศึกษา : การพยาบาลผู้ป่วยให้เคมีบำบัดเพื่อบรรเทาอาการในผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี มีเป้าหมายเพื่อลดผลข้างเคียงที่เกิดจากยาเคมีบำบัด พยาบาลจึงมีบทบาทที่สำคัญอย่างยิ่งในการดูแลผู้ป่วย การประเมินปัญหาและให้การพยาบาลเพื่อบรรเทาอาการและยืดชีวิตผู้ป่วย กรณีศึกษานี้ จะเป็นแนวทางในการให้การพยาบาลผู้ป่วยให้เคมีบำบัดเพื่อบรรเทาอาการในผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

คำสำคัญ : มะเร็งท่อน้ำดี การพยาบาลผู้ป่วยให้เคมีบำบัดเพื่อบรรเทาอาการ

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลกำแพงเพชร

บทนำ

โรคมะเร็งท่อน้ำดี (cholangiocarcinoma) เป็นมะเร็งชนิดหนึ่งที่เป็นสาเหตุการตายอันดับต้นๆ ของโรคมะเร็งทุกชนิดในประเทศไทย โดยพบในผู้ชาย 135 คนต่อประชากร 100,000 คน และในผู้หญิง 48 คน ต่อประชากร 100,000 คน^{1,2} มะเร็งชนิดนี้อาจเกิดได้จากหลายปัจจัย ได้แก่ อายุ การติดเชื้อพยาธิใบไม้ในตับ การรับประทานปลาน้ำจืดแบบดิบๆ มีประวัติครอบครัวเป็นมะเร็ง และการดื่มสุรา^{3,4} มักมาพบแพทย์เมื่ออยู่ในระยะลุกลาม เนื่องจากจะไม่มีอาการผิดปกติในระยะแรก ปัจจุบันการรักษาด้วยเคมีบำบัดในผู้ป่วยมะเร็งเป็นแนวทางเพื่อยับยั้งการดำเนินของโรค⁵ อย่างไรก็ตามยาเคมีบำบัดก็มีผลข้างเคียง ซึ่งขึ้นกับชนิด ชุมของยา ขนาด และระยะเวลาที่ใช้ อาการที่พบได้บ่อย คือ เบื่ออาหาร อ่อนล้า ไม่มีแรง คลื่นไส้ อาเจียน เยื่อบุช่องปากอักเสบ เลือดออกง่าย ผิวหนังแห้งคัน มีโอกาสติดเชื้อง่าย แขนขาอ่อนแรง และชาปลายมือเท้า ทำให้ผู้ป่วยไม่สุขสบายและทุกข์ทรมานตลอดการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด ผู้ป่วยมะเร็งที่ต้องได้รับยาเคมีบำบัด ต้องการการดูแลเพื่อบรรเทาอาการ ความทุกข์ทรมานจากภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ทั้งที่เกิดจากพิษของยา^{5,7}

จากสถิติการเจ็บป่วยด้วยมะเร็งท่อน้ำดี ที่มารับบริการในโรงพยาบาลกำแพงเพชร ในปี 2564 - 2566 พบผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีจำนวน 54 ราย 53 ราย และ 69 ราย ตามลำดับ ร้อยละ 90 ซึ่งเป็นระยะที่โรคลุกลามไม่สามารถรักษาโดยการผ่าตัดได้ ดังนั้นแนวทางการรักษาผู้ป่วยกลุ่มนี้จึงเป็นการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดแบบประคับประคอง มีเป้าหมายของการรักษาเพื่อยับยั้งการลุกลามของโรค อย่างไรก็ตามผลข้างเคียงที่เกิดขึ้นจากยาเคมีบำบัดทำให้เกิดความทุกข์ทรมาน ได้แก่ ภาวะคลื่นไส้ อาเจียน ภาวะที่เม็ดเลือดขาวเม็ดเลือดแดง และเกล็ดเลือดต่ำ ภาวะการอักเสบของกระเพาะปัสสาวะและไต เป็นต้น พยาบาลเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วย โดยเฉพาะการพยาบาลในช่วงที่ผู้ป่วยได้รับยาเคมีบำบัด การให้ความรู้ต่างๆ เพื่อพัฒนาทักษะความสามารถในการดูแลตนเอง การป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจากยาเคมีบำบัด ให้การสนับสนุนทั้งทางร่างกายและจิตใจ การติดตามดูแลอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่เริ่มเข้าการรักษา จนกระทั่งสิ้นสุดการรักษา เพื่อให้ผู้ป่วยได้เข้ารับการรักษายาอย่างครบถ้วน และมีคุณภาพชีวิตที่ดี⁸⁻¹¹

คลินิกโรคมะเร็ง (Tumor clinic) กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก เป็นหน่วยงานหนึ่งในการให้บริการการรักษามะเร็ง มีหน้าที่ในการให้บริการตรวจรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็งด้วยยาเคมีบำบัดที่มีมาตรฐานตามวิชาชีพ และมีการส่งต่อผู้ป่วยไปยังสถานบริการอื่นๆ อย่างเป็นระบบ โดยมีเป้าหมายให้ผู้รับบริการมีความพึงพอใจ ยึดหลักประเด็นคุณภาพที่สำคัญ ได้แก่ ความรวดเร็ว ความถูกต้อง และปลอดภัย การดูแลแบบองค์รวมและต่อเนื่อง โดยเน้นการบริหารจัดการความเสี่ยง การตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการ การศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อให้การพยาบาลผู้ป่วยให้เคมีบำบัดเพื่อบรรเทาอาการในผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี

กรณีศึกษา

ชายไทย อายุ 65 ปี สิทธิการรักษา บัตรประกันสุขภาพ

อาการสำคัญ

แพทย์นัดมาเริ่มให้ยาเคมีบำบัด

ประวัติเจ็บป่วยในปัจจุบัน

2 เดือนก่อนมา ผู้ป่วยมีอาการ ตัวตาเหลือง อ่อนเพลีย น้ำหนักลด มีไข้ตอนเย็นทุกวัน ไปตรวจที่คลินิกเอกชน ได้รับการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ พบว่าเป็นมะเร็งท่อน้ำดีระยะลุกลาม จึงกลับมาเข้ารับการรักษาตามอาการที่โรงพยาบาลชุมชน

1 เดือนก่อนมา โรงพยาบาลชุมชนส่งมารักษาต่อที่โรงพยาบาลกำแพงเพชร ด้วยอาการอ่อนเพลีย ไม่มีแรง ตัวและตาเหลืองมากขึ้น เบื่ออาหาร มีไข้ช่วงเย็น แพทย์สั่งตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ซ้ำ และวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งท่อน้ำดีกระจายไปตับ พร้อมทั้งประเมินแนวทางการรักษา ไม่สามารถรักษาด้วยการผ่าตัดได้ ตัดสินใจร่วมกันกับผู้ป่วยให้การรักษาแบบประคับประคอง โดยใส่สายระบายน้ำดี และนัดให้เคมีบำบัดเพื่อบรรเทาอาการ

วันนี้มาตามนัดที่คลินิกโรคมะเร็ง

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต

ผู้ป่วยไม่มีโรคประจำตัว ไม่เคยผ่าตัด ไม่เคยแพ้ยารักษา

ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว

ไม่มีประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งในครอบครัว



การประเมินสภาพร่างกายตามระบบเมื่อแรกรับ

รูปร่างทั่วไป : รูปร่างค่อนข้างผอม น้ำหนัก 45 กิโลกรัม ส่วนสูง 160 เซนติเมตร

สัญญาณชีพ : สัญญาณชีพปกติ

ระบบประสาท : การรับรู้เป็นปกติ

ผิวหนัง : ผิวแห้ง

ศีรษะและใบหน้า : รูปร่าง ลักษณะทั่วไปเป็นปกติ ตาเหลือง

ทรวงอกและทางเดินหายใจ : ปกติ

หัวใจและหลอดเลือด : การเต้นของหัวใจปกติ สม่ำเสมอ ไม่มีเส้นเลือดที่คอโป่งพอง

ช่องท้องและทางเดินอาหาร : มีสายระบายน้ำดีอยู่บริเวณหน้าท้องด้านซ้าย ปิดด้วยก๊อช

สภาพจิตใจ : สิ้นหวังวิตกกังวลเล็กน้อยเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและแนวทางการรักษา

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่สำคัญ

รายการสิ่งส่งตรวจ	ค่าปกติ	27 ก.พ. 66	28 มี.ค. 66	12 มิ.ย. 66	05 ก.ค. 66
FBS	74-106 mg/dL	141	-	-	-
Total cholesterol	<200mg/dL	395	-	-	-
Triglyceride	< 150mg/dL	278	-	-	-
HDL-C	40-60mg/dL	19	-	-	-
LDL-C	< 130mg/dL	119	-	-	-
Albumin	3.5-5 g/dL		3.5	2.8	2.6
Globulin	2.5-3.2 gm%	3.9	3.8	4.4	4.9
TB	0.1-15 mg%	17.6	6.2	2.0	1.3
DB	0-0.5 mg%	11.7	2.9	0.9	0.8
ALP	0-35	938	355	401	504
Potassium	3.5-5.3mmol/L	2.92	-	-	-
PT	9.6-12 sec	-	12.6	-	-
INR		-	1.16	-	-
Hct	31-43%	-	-	23.3	32.1

อาการสำคัญขณะที่รับไว้ในความดูแล

Visit ที่ 1 วันที่ 12 มิถุนายน 2566 : มาตามนัดคลินิกโรคมะเร็ง ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี รูปร่างค่อนข้างผอม พอดีนได้ด้วยตนเอง พุดคุยสื่อสารได้รู้เรื่อง บุตรชายเป็นผู้ดูแล ตาเหลืองเล็กน้อย ใส่ท่อระบายน้ำดี (PTBD) ที่หน้าท้องด้านซ้าย รอยเจาะที่หน้าท้องด้านซ้ายปิดก๊อชไว้ไม่ซึม น้ำดีไหลดี แพทย์ชี้แจงแนวทางการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด และนัดติดตามอาการ 1 สัปดาห์

Visit ที่ 2 วันที่ 3 กรกฎาคม 2566 : มาตามนัด เพื่อรับยาเคมีบำบัด รอบที่ 1 ครั้งที่ 1 รู้สึกตัวดี พุดคุย สื่อสารได้ปกติ ใส่ท่อระบายน้ำดี (PTBD) ไว้ที่หน้าท้องด้านซ้าย รอยเจาะยังซึม มีอาการปวดเล็กน้อย น้ำดีไหลปกติ ญาติทำแผลให้ทุกวัน แพทย์สั่งยาเคมีบำบัด protocol Cisplatin + Gemcitabine cycle 1/8 day 1

Visit ที่ 3 วันที่ 17 กรกฎาคม 2566 : มาตามนัด เพื่อรับยาเคมีบำบัด รอบที่ 1 ครั้งที่ 2 รู้สึกตัวดี ช่วยเหลือตนเองได้ พุดคุยสื่อสารได้ปกติ ให้ข้อมูลว่าเริ่มมีอาการเจ็บภายในช่องปากเล็กน้อย รับประทานอาหารได้ ใส่สายระบายน้ำดีไว้ที่หน้าท้องด้านซ้าย ซึมเล็กน้อย น้ำดีไหลปกติ ญาติทำแผลให้ทุกวัน ส่งตรวจเลือดทางห้องปฏิบัติการ แพทย์สั่งยาเคมีบำบัด protocol Cisplatin + Gemcitabine cycle 1/8 day 8

Visit ที่ 4 วันที่ 7 สิงหาคม 2566 : มาตามนัด เพื่อรับยาเคมีบำบัด รอบที่ 2 ครั้งที่ 1 รู้สึกตัวดี พุดคุย สื่อสารได้ปกติ สัญญาณชีพปกติ รับประทานอาหารได้มากขึ้น อาการตัวตาเหลืองเริ่มจางลง ยังมีอาการเจ็บในช่องปากหลังได้รับยาเคมีบำบัดเล็กน้อย ใส่สายระบายน้ำดีไว้ที่หน้าท้องด้านซ้าย น้ำดีไหลเล็กน้อย วันละ 200 ซีซี ส่งตรวจเลือดทางห้องปฏิบัติการ แพทย์สั่งยาเคมีบำบัด protocol Cisplatin + Gemcitabine cycle 2/8 day 1 ผู้ป่วยเริ่มมีอาการเจ็บในช่องปากเล็กน้อย เริ่มมีอาการเบื่ออาหารหลังได้รับยา

Visit ที่ 5 วันที่ 21 สิงหาคม 2566 : มาตามนัดเพื่อรับยาเคมีบำบัด รอบที่ 2 ครั้งที่ 2 แพทย์สั่งยาเคมีบำบัด protocol Cisplatin + Gemcitabine cycle 2/8 day 8 ผู้ป่วยยังมีอาการเจ็บในช่องปาก และมีภาวะคลื่นไส้ อาเจียนหลังได้รับยา 3 วัน

Visit ที่ 6 วันที่ 4 กันยายน 2566 : มาตามนัดเพื่อรับยาเคมีบำบัด รอบที่ 3 ครั้งที่ 1 แพทย์สั่งยาเคมีบำบัด protocol Cisplatin + Gemcitabine cycle 3/8 day1 ผู้ป่วยยังมีอาการเจ็บในช่องปาก เบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียนหลังได้รับยาเล็กน้อย

ก่อนจำหน่ายผู้ป่วย พบว่าผู้ป่วยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงจากยาเคมีบำบัด ไม่เกิดภาวะภูมิไวเกิน ตัวและตาไม่เหลือง ยังมีอาการเจ็บในช่องปากเล็กน้อย แต่สามารถรับประทานอาหารได้ตามปกติ การระบายน้ำดีทางท่อระบายเป็นไปอย่างปกติ ไม่มีอาการแสดงของการติดเชื้อ ไม่มีไข้ การขับถ่ายปกติ สามารถมารับยาเคมีบำบัดตามนัดได้ปกติ

การวางแผนการพยาบาล

ผู้ป่วยมีปัญหาทางการพยาบาลที่สำคัญในช่วงระยะเวลาที่ศึกษา ดังนี้
วินิจฉัยการพยาบาลที่ 1 ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวล เนื่องจากขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตัว ก่อนการรับยาเคมีบำบัด
ข้อมูลสนับสนุน

- S : ผู้ป่วย/ญาติ ถามว่า “ก่อนให้ยาเคมีบำบัดจะต้องปฏิบัติตัวอย่างไร”
- O : ผู้ป่วยได้รับยาเคมีบำบัดเป็นครั้งแรก

เป้าหมายการพยาบาล

1. มีความรู้ในการปฏิบัติตัวก่อนรับยาเคมีบำบัด
2. ผู้ป่วยและญาติคลายความวิตกกังวล

วัตถุประสงค์

เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ที่เพียงพอในการดูแลตนเองก่อนการรับยาเคมีบำบัด

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยและญาติบอกว่า คลายความวิตกกังวลลง หรือสบายใจขึ้น สีหน้ายิ้มแย้ม สดชื่นขึ้น
2. ได้รับยาเคมีบำบัดเป็นไปตามแผนการรักษา

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินสภาพจิตใจของผู้ป่วย ประเมินทัศนคติของผู้ป่วยต่อการรักษา ประเมินวิตกกังวล การยอมรับการรักษา การเผชิญปัญหาของผู้ป่วย บทบาทและสัมพันธภาพในครอบครัว ทั้งนี้เพื่อประเมินความพร้อมในการรักษาของผู้ป่วย
2. รับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาลตามระยะเวลาของการให้เคมีบำบัดเพื่อให้ผู้ป่วยได้ปรับตัวเองให้เข้ากับสภาพแวดล้อมได้อย่างดี
3. ให้การต้อนรับที่อบอุ่น สร้างความเชื่อถือว่าไว้วางใจ ความรู้สึกเชื่อถือว่าไว้วางใจที่ผู้ป่วยมีต่อพยาบาล จะช่วยทำให้เกิดความร่วมมือที่ดีต่อไป
4. ประเมินความรู้ความเข้าใจต่อโรคที่เป็นอยู่ และการรักษาที่จะได้รับ
5. อธิบายจุดประสงค์ของการให้เคมีบำบัด การปฏิบัติตัวก่อน ขณะ และหลังการได้รับเคมีบำบัด
6. ปลอบโยน ประคับประครอง ให้กำลังใจและสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีความอดทนต่อการรักษาพยาบาล
7. ดูแลผู้ป่วยด้วยความเต็มใจไม่ทอดทิ้งผู้ป่วย และสนับสนุนให้ญาติมีส่วนช่วยประคับประครองจิตใจผู้ป่วย โดยแสดงความสนใจและให้กำลังใจมาเยี่ยมอย่างสม่ำเสมอ
8. สังเกต ค้นหาปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยพร้อมกับให้ความช่วยเหลือตามความเหมาะสม

9. ให้ออกาสผู้ป่วยได้บอกเล่าหรือระบายความรู้สึกของตนเอง
10. แนะนำกิจกรรมให้ทำ เช่น ฟังเพลง เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยผลิตเฟลินและลิ้มความทุกข์ทรมานต่าง ๆ
11. จัดให้ผู้ป่วยเข้ากลุ่มสนทนา เพื่อเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยพัฒนาสัมพันธภาพระหว่างบุคคล เป็นการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกัน
12. ตอบคำถามแก่ผู้ป่วยตามความเป็นจริง ตลอดจนให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องแก่ผู้ป่วยและญาติ
13. ส่งเสริมพฤติกรรมกรรมการปรับตัวของผู้ป่วย ได้แก่ การอธิบายให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรค และผลของยาที่มีต่อร่างกาย เป็นต้น เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและบทบาทไปในทางที่ดี โดยผู้รับรู้เกี่ยวกับตนเองมองเห็นคุณค่าของตนเอง

การประเมินผล

ผู้ป่วยและญาติ มีความวิตกกังวลลดลงอย่างมาก

ผู้ป่วยและญาติ มีความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนให้ยาเคมีบำบัด

วินิจฉัยการพยาบาลที่ 2 เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนขณะให้ยาเคมีบำบัด

ข้อมูลสนับสนุน

S :

O : พยาบาลให้ยาเคมีบำบัด

ผู้ป่วยมารับยาเคมีบำบัดตามนัด

วัตถุประสงค์ : ไม่เกิดอาการผื่นตกสะเก็ดและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นระหว่างการให้ยาเคมีบำบัด

เกณฑ์การประเมินผล : ผู้ป่วยไม่มีอาการผื่นตกสะเก็ดขณะให้ยาเคมีบำบัด

กิจกรรมการพยาบาล

1. ดูแลเรื่องเตียง จัดเตรียมอุปกรณ์ต่างๆ ให้ครบถ้วน
2. ตรวจสอบความถูกต้องของ protocol ยาเคมีบำบัด ชักประวัติเกี่ยวกับอาการแพ้ยา
3. ดูแลวัดสัญญาณชีพ สังเกตอาการ อาการแสดงต่างๆ ของผู้ป่วย
4. อธิบายขั้นตอนการให้ยาเคมีบำบัดให้กับผู้ป่วยและญาติ ได้แก่
 - 4.1 การให้สารน้ำ
 - 4.2 การให้ยาป้องกันผลข้างเคียง (pre-medication)
 - 4.3 ก่อนการให้ยาเคมีบำบัด พยาบาลต้องตรวจสอบชื่อ-สกุลให้ถูกต้องทั้งที่ตัวผู้ป่วย และฉลากที่ขวดยาเคมีบำบัด
5. เตรียมยาที่สำคัญและอุปกรณ์ต่างๆ ในการช่วยฟื้นคืนชีพ เช่น adrenaline, piriton, Aminophylline, hydrocortisone รวมไปถึงการเตรียมอุปกรณ์ให้ออกซิเจน และเครื่องดูดเสมหะให้พร้อม เป็นต้น
6. ตรวจสอบหลอดเลือดดำให้เหมาะสมกับการให้สารน้ำ ยึดอุปกรณ์ให้แน่นหนา และทดสอบการรั่วไหลออกนอกหลอดเลือดทุกครั้ง
7. ขณะกำลังให้ยาเคมีบำบัด ต้องระมัดระวังบริเวณที่ให้ยา หลีกเลี่ยงการกระทบกระเทือน หรือระมัดระวังการเคลื่อนไหวตำแหน่งที่ให้ยา ให้ผู้ป่วยร่วมประเมินอาการผื่นตกสะเก็ด เช่น บวม แดง หรือปวด ต้องรายงานให้พยาบาลทราบเนื่องจากถ้ายารั่วออกนอกเส้นเลือดจะทำให้เกิดเป็นแผลบริเวณฉีดยาซึ่งต้องหยุดยาทันที และเปลี่ยนตำแหน่งฉีดยาใหม่
8. ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับอาการผื่นตกสะเก็ดระหว่างให้ยาเคมีบำบัด เช่น มีผื่นขึ้นตามตัว หายใจเหนื่อยหอบ และแน่นหน้าอก ถ้ามีอาการต้องรีบรายงานให้พยาบาล
9. ดูแลให้ผู้ป่วยอมน้ำแข็งในระหว่างการรับยาเคมีบำบัด เพื่อลดอาการเยื่อช่องปากอักเสบ

การประเมินผล

ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนขณะได้รับยาเคมีบำบัด

วินิจฉัยการพยาบาลที่ 3 เสี่ยงต่อการเกิดผลข้างเคียงหลังได้รับยาเคมีบำบัด

ข้อมูลสนับสนุน

S : ผู้ป่วย/ญาติ ถามว่า “ หลังให้ยานานเท่าไรจึงจะมีผลข้างเคียง ”

O : แพทย์สั่งยาเคมีบำบัด

ผู้ป่วยมารับยาเคมีบำบัดตามนัด

วัตถุประสงค์ : เพื่อให้ผู้ป่วยไม่เกิดอาการผิดปกติหลังได้รับยาเคมีบำบัด

เกณฑ์การประเมินผล : ไม่เกิดผลข้างเคียงหลังจากได้รับยาเคมีบำบัด

กิจกรรมการพยาบาล

- ประเมินความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับผลข้างเคียงที่จะเกิดขึ้นภายหลังได้รับยาเคมีบำบัด
- อธิบายให้ผู้ป่วยทราบถึงผลข้างเคียงจากยาเคมีบำบัดที่ได้รับหลังรับยาไปแล้ว 72 ชั่วโมง ดังนี้ ภาวะการอักเสบของกระเพาะปัสสาวะและไต อาการเบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน ไม่ได้กลิ่นรสอาหาร ภาวะไขกระดูกถูกกด ทำให้เกิดเม็ดเลือดขาวเม็ดเลือดแดง และเกล็ดเลือดในเลือดต่ำ
- แนะนำให้ผู้ป่วยดูแลตนเองเพื่อป้องกันการติดเชื้อ จากภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำ ดังนี้
 - แนะนำให้รับประทานอาหารที่สุกสะอาด ทำเสร็จใหม่ ๆ ลดผักสดและผลไม้สดที่มีเปลือกบาง ของหมักดอง
 - แนะนำให้หลีกเลี่ยงการเกา หรือการทำให้เกิดผิวหนังเป็นแผลต็ดเล็บให้สั้นอยู่เสมอ รู้จักตรวจผิวหนังของตนเองทุกวัน และรายงานสิ่งผิดปกติที่เกิดขึ้นทันทีที่พบ
 - แนะนำเรื่องการดูแลความสะอาดร่างกายโดยอาบน้ำอย่างน้อยวันละ 1 ครั้ง
 - แนะนำเรื่องการรักษาความสะอาดช่องปากและฟัน โดยให้บ้วนปากด้วยน้ำเกลือทุก 1-2 ชั่วโมง ควรแปรงฟันอย่างถูกวิธีทุกครั้งหลังรับประทานอาหารและก่อนนอน
 - แนะนำให้ล้างมือบ่อย ๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งก่อนรับประทานอาหารและหลังเข้าห้องน้ำ
 - อธิบายทำความเข้าใจความสะอาดบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์และทวารหนักทุกครั้งหลังอุจจาระและปัสสาวะ กัดชักโครกอย่างน้อย 2 ครั้ง
- แนะนำให้ผู้ป่วยดูแลตนเองเพื่อป้องกันการภาวะซีด จากภาวะเม็ดเลือดแดงต่ำ ดังนี้
 - อธิบายให้ผู้ป่วย ทราบระหว่างการให้ยาเกี่ยวกับอาการอ่อนเพลียหรือภาวะซีด เนื่องจากเคมีบำบัดไปกดการทำงานของไขกระดูก ทำให้การสร้างเม็ดเลือดแดงลดลง
 - ประเมินภาวะซีดจากอาการและอาการแสดงของผู้ป่วย ได้แก่ อาการเวียนศีรษะ หายใจ ตื่น หอบ ง่วงซึม อ่อนเพลีย มีอาการซีดตามปลายมือ ปลายเท้า เยื่อบุตา มีเสียงในหู หรือความดันโลหิตต่ำขณะเปลี่ยนท่า (postural hypotension)
 - แนะนำ ส่งเสริมให้ร่างกายได้รับสารอาหารเพื่อช่วยเพิ่มการสร้างเม็ดเลือดแดง โดยให้อาหารเพิ่มโปรตีน ธาตุเหล็กและวิตามินซี
 - เจาะเลือดเพื่อส่งตรวจหาค่าเม็ดเลือดแดงตามแผนการรักษา และรายงานให้แพทย์ทราบเมื่อฮีโมโกลบินต่ำกว่า 10 กรัมเปอร์เซ็นต์ ซึ่งแพทย์อาจพิจารณาให้ออกซิเจนหรือให้เลือดตามความเหมาะสม
- แนะนำให้ผู้ป่วยดูแลตนเองเพื่อป้องกันการภาวะเลือดออกง่าย จากภาวะเกล็ดเลือดต่ำ ดังนี้
 - ติดตามอาการ และอาการแสดงของภาวะนี้ ได้แก่ เลือดออกตามไรฟันและเหงือก มีจ้ำหรือรอยช้ำตามตัว จุดแดงๆ ตามผิวหนัง มีผื่นแดง ๆ ตามตัวหรือขา อุจจาระเป็นสีดำ หรือมีเลือดในปัสสาวะ อุจจาระ หรืออาเจียนออกมาเป็นสีดำ
 - ประเมินผู้ป่วยได้รับสารละลายทางหลอดเลือดดำ หมั่นสังเกตบริเวณที่แทงเข็มว่ามี hematoma formation หรือมีเลือดซึมออกมาหรือไม่ ภายหลังดึงเข็มออกมาแล้วเช็ดด้วยแอลกอฮอล์ควรใช้สำลีแห้งปราศจากเชื้อกดบริเวณนี้นาน 10 นาที
- แนะนำผู้ป่วยในการป้องกันการภาวะอักเสบของกระเพาะปัสสาวะ และไตอักเสบ
 - แนะนำให้ผู้ป่วยดื่มน้ำให้เพียงพอ อย่างน้อย 3,000 ซีซีต่อวัน

6.2 ให้ผู้ป่วยสังเกตอาการผิดปกติของระบบทางเดินปัสสาวะ เช่น ปัสสาวะแสบขัด กระปรีกระปรอย มีเลือดปน สีปัสสาวะเปลี่ยนไป

7. พยาบาลจะต้องล้างมือทุกครั้งก่อนและหลังให้การพยาบาล และยึดหลัก aseptic technique อย่างเคร่งครัดในการให้การพยาบาล นอกจากนี้บุคลากรที่ให้การดูแลควรมีสภาพแข็งแรง ไม่มีภาวะติดเชื้อใด ๆ

การประเมินผล

ไม่เกิดผลข้างเคียงหลังได้รับยาเคมีบำบัด

วินิจฉัยการพยาบาลที่ 4 มีภาวะเยื่อช่องปากอักเสบ

ข้อมูลสนับสนุน

S : ผู้ป่วยบอกว่า “มีอาการเจ็บในช่องปากเล็กน้อย ไม่รับประทานอาหารหลังได้รับยาเคมีบำบัดไปแล้ว 2-3 วัน ”

O : มีภาวะเยื่อช่องปากระดับ 2

วัตถุประสงค์ : ลดระดับเยื่อช่องปากอักเสบ

เกณฑ์การประเมินผล

1. ไม่พบแผลหรือไม่มีการอักเสบ บวม แดง เลือดออก ผื่นขาวในช่องปาก เช่น กระพุ้งแก้ม ลิ้น เพดานปาก
2. ผู้ป่วยรับประทานอาหารและน้ำไปตามปกติ

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินสภาพช่องปากของผู้ป่วยโดยใช้เกณฑ์ WHO guideline for oral mucositis โดยประเมินตำแหน่งลักษณะแผล ระดับความเจ็บปวด มีการติดเชื้อหรือไม่ รวมทั้งความสามารถในการรับประทานอาหาร พบว่าผู้ป่วยมีเยื่อช่องปากอักเสบ ระดับ 1 - 2

2. แนะนำวิธีการดูแลกรณีเยื่อช่องปากเยื่อช่องปากอักเสบ ระดับ 1 - 2 แนะนำให้แปรงฟันอย่างถูกวิธี วันละ 4 ครั้ง หลังอาหารเช้า กลางวัน เย็น และก่อนนอน ใช้แปรงสีฟันที่มีขนแปรงอ่อนนุ่ม ใช้ยาสีฟันที่มีส่วนผสมของฟลูออไรด์ แนะนำให้บ้วนปากด้วย NSS ทุก 2 ชั่วโมง นาน 30 วินาที ห้ามใช้ไหมขัดฟัน แนะนำให้อมน้ำแข็งทุก 2 ชั่วโมง นานครั้งละ 5 นาที เพื่อบรรเทาอาการปวดในช่องปาก และประเมินสภาพช่องปากวันละ 2 ครั้ง

3. ให้หลีกเลี่ยงน้ำยาล้างปากที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ เพราะฤทธิ์ของแอลกอฮอล์จะทำลายเยื่อในช่องปาก ทำให้มีอาการปวดมากขึ้น

4. แนะนำให้ดื่มน้ำให้เพียงพออย่างน้อยวันละ 3,000 ซีซี ช่วยรักษาความชื้นในช่องปาก

5. หลีกเลี่ยงอาหารที่ร้อนจัด รสจัด งดสูบบุหรี่ งดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

6. แนะนำอาหารที่อาหารอ่อน เคี้ยวง่าย กลืนง่าย เช่น ปลา ซุปต่างๆ โจ๊ก เป็นต้น

7. ประเมินสภาพเยื่อในช่องปาก ถ้าหากมีอาการรุนแรง มีแผลเพิ่มมากขึ้น มีอาการเจ็บปวดรุนแรงขึ้น หรือมีการติดเชื้อในช่องปาก ควรรีบแจ้งให้พยาบาลทราบทันที

8. แนะนำวิธีการป้องกันการเกิดเยื่อช่องปากอักเสบคือการอมน้ำแข็งในระหว่างให้ยาเคมีบำบัด จะช่วยลดอาการได้

เกณฑ์การประเมินผล

ผู้ป่วยยังมีภาวะเยื่อในช่องปากอักเสบ ระดับ 2

วินิจฉัยการพยาบาลที่ 5 ผู้ป่วยมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน

ข้อมูลสนับสนุน

S : ผู้ป่วยบอกว่า “ มีอาการคลื่นไส้ อาเจียนหลังให้ยา 2 วัน ”

O : ผู้ป่วยได้รับยาเคมีบำบัด

ผู้ป่วยตัวตาเหลือง มีภาวะน้ำตื้น

วัตถุประสงค์ : อาการคลื่นไส้ อาเจียนลดลง

เป้าหมายการพยาบาล : ไม่เกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียน รับประทานอาหารได้มากขึ้น

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยบอกว่าอาการคลื่นไส้ อาเจียนลดลง
2. รับประทานอาหารได้เพิ่มขึ้น น้ำหนักไม่ลดลง

กิจกรรมการพยาบาล

1. บันทึกอุปนิสัยการบริโภคอาหารของผู้ป่วย
2. แนะนำให้ดูแลความสะอาดของปากและฟันโดยใช้แปรงฟัน หรือใช้น้ำยาบ้วนปากก่อน และหลังรับประทานอาหาร และก่อนนอน น้ำยาที่เหมาะสมสำหรับสุขอนามัยของช่องปาก ได้แก่ special mouth wash หรือ normal saline โดยใช้เกลือแกง 1 ช้อนผสมน้ำ 1 แก้ว
4. ให้ความรู้เกี่ยวกับการรับประทานอาหารเพื่อป้องกันเยื่อช่องปากอักเสบ ดังนี้
 - 4.1 แนะนำให้รับประทานอาหารให้ครบถ้วนก่อนได้รับยา 2 - 4 ชั่วโมง ภายหลังจากได้รับยาควรรับประทานอาหารครั้งละน้อยแต่บ่อยครั้ง อย่าให้ท้องว่าง หลีกเลี่ยงการดื่มน้ำขณะรับประทานอาหาร เพื่อช่วยไม่ให้กระเพาะอาหารแน่น รับทานอาหารช้าๆ และเคี้ยวให้ละเอียดเพื่อจะย่อยได้ดีขึ้น หลีกเลี่ยงอาหารรสจัด อาหารทอดด้วยน้ำมัน และอาหารประเภทมันมาก ๆ อาหารที่รับประทานควรเป็นอาหารอ่อน ย่อยง่าย จัดให้น้ำรับประทาน และเป็นอาหารที่ผู้ป่วยชอบ หากมีอาการคลื่นไส้แนะนำให้รับประทานอาหารแห้ง ๆ เช่น ขนมปังกรอบ เป็นต้น
 - 4.2 ให้คำแนะนำก่อนได้รับยาเคมีบำบัด ควรรับประทานอาหารแห้ง ๆ เช่น ขนมปังกรอบ ซึ่งจะช่วยให้มีอาการคลื่นไส้ น้อยลง โดยเฉพาะเวลาเช้า
 - 4.3 แนะนำให้ผู้ป่วยดื่มน้ำให้เพียงพอ พยายามดื่มเครื่องดื่มที่เย็นและไม่หวานจัด เช่น น้ำส้มคั้น น้ำกระเจียบ น้ำบิว น้ำสับปะรด และน้ำเก๊กฮวย เป็นต้น
5. ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยาแก้คลื่นไส้ อาเจียนตามแผนการรักษา ควรให้ยาแก้อาเจียนก่อนให้ยาเคมีบำบัด และภายหลังการให้ยาอาจจะให้เป็นครั้งคราวเมื่อจำเป็นหรือ 3 เวลาหลังอาหาร ที่นิยมใช้คือยาในกลุ่ม serotonin antagonist เช่น ondansetron
6. ให้ผู้ป่วยได้พัก ถ้ามีอาการอาเจียนเกิดขึ้นควรบ้วนปากด้วยน้ำอุ่นบ่อย ๆ อยู่เป็นเพื่อนผู้ป่วยและให้กำลังใจผู้ป่วยในทางที่ดี ให้การช่วยผู้ป่วยด้วยเทคนิคอื่น ๆ เช่น เทคนิคการผ่อนคลาย
7. บันทึกอาหารและน้ำที่ผู้ป่วยได้รับ และอาการคลื่นไส้ อาเจียน ลักษณะการอาเจียนและสิ่งที่ออกมาจากอาเจียน

ประเมินผล

1. ผู้ป่วยบอกว่าอาการคลื่นไส้ อาเจียนลดลง
2. รับประทานอาหารได้เพิ่มขึ้น น้ำหนักไม่ลดลง

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 6 มีความรู้ไม่เพียงพอต่อการดูแลสายระบายน้ำดี

ข้อมูลสนับสนุน

- S : ผู้ป่วย/ญาติ ตามว่า “มีการซึมของก๊อชที่พันรอบรอยเจาะสายระบายน้ำดี และน้ำดีไม่ไหลลงถุง”
O : ใส่สายระบายน้ำดีบริเวณหน้าท้องด้านซ้าย

เป้าหมายการพยาบาล : ผู้ป่วยและญาติสามารถดูแลท่อระบายน้ำดีได้ถูกต้อง

วัตถุประสงค์ : เพื่อให้การทำงานของสายระบายน้ำดีมีประสิทธิภาพ

เกณฑ์การประเมินผล : น้ำดีสามารถไหลลงถุงเก็บได้ตามปกติ

กิจกรรมการพยาบาล

1. สังเกตอาการและอาการแสดงของการติดเชื้อที่ผิวหนังรอบ ๆ ท่อระบายน้ำดี ว่ามีการอักเสบ ปวด บวม แดง ร้อน สิ่งคัดหลั่งที่ออกจากแผลหรือไม่ ป้องกันการรั่วซึมของน้ำดีที่อาจจะคาบเคืองต่อผิวหนัง
2. แนะนำให้สังเกตและบันทึกปริมาณ สีของน้ำดีที่ออกจากท่อระบาย
3. แจ้งพยาบาลให้ทราบทันที หากมีความผิดปกติ ได้แก่ น้ำดีมีปริมาณลดลง น้ำดีมีกลิ่นผิดปกติ หรือเป็นหนอง

4. อธิบายให้ผู้ป่วยจัดให้ท่อระบายน้ำดีต่อลงถุงและให้ถุงอยู่ต่ำกว่าแผล เนื่องจากระบบการไหลใช้หลักแรงดึงดูดโลก ทำให้น้ำดีระบายได้ดี และเพื่อป้องกันการไหลย้อนกลับของน้ำดี

5. สอนญาติ ทำความสะอาดแผลรอบสายระบายน้ำดีทุกวันเพื่อป้องกันการติดเชื้อ - ดูแลไม่ให้หัก พับ งอ ระวังการดึงรั้ง เลื่อนหลุด เพื่อให้ น้ำดีระบายได้ดีและ ป้องกันการเลื่อนหลุดของสายระบายน้ำดี

ประเมินผล

น้ำดีสามารถไหลลงถุงเก็บได้ปกติ

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 7 มีอาการปวดเฉียบพลันเนื่องจากการหดเกร็งของท่อน้ำดีจากการอักเสบ ติดเชื้อ หรือการอุดตันของท่อน้ำดี

ข้อมูลสนับสนุน

S : ผู้ป่วย/ญาติ ถามว่า “รู้สึกปวดท้องบางครั้ง”

O : ระดับการเจ็บปวดระดับ 3

วัตถุประสงค์ : เพื่อให้ผู้ป่วยมีอาการปวดท้องลดลง

เกณฑ์การประเมินผล

ระดับความรุนแรงของการปวดน้อยกว่า 3

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินลักษณะการปวด ตำแหน่ง ระดับความรุนแรงของการปวด อาการไม่สุขสบาย อื่นๆ และความต้องการความช่วยเหลือเพื่อบรรเทาความไม่สุขสบาย
2. แนะนำให้นอนท่าศีรษะสูง 45-60 องศาเพื่อลดแรงดันของกระบังลมต่อบริเวณที่อักเสบและช่วยไหลลดอาการปวด
3. ดูแลให้ยาแก้ปวดท้อง Losec 1x2 หลังอาหาร ตามแผนการรักษา
4. สอนการใช้เทคนิคการควบคุมความปวดด้วยวิธีอื่น ๆ ร่วมกับการให้ยาเพื่อให้ผู้ป่วยเลือกใช้ตาม ความพอใจ ได้แก่ การหายใจเข้า และลึกเพื่อลดการหดเกร็งของกล้ามเนื้อและลด ความเจ็บปวด การจินตนาการเป็นภาพ (visual imagery and distraction) เพื่อเบี่ยงเบนความสนใจจากความเจ็บปวด การดูทีวีหรือหนังสือที่ชอบ การอ่านหนังสือ ฟังดนตรีหรือการคุยกับคนในครอบครัว

การประเมินผล

ผู้ป่วยสีหน้าสดชื่น ไม่ปวดท้อง

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 8 ขาดความรู้ในการดูแลท่อระบายน้ำดี และการปฏิบัติตัวในระหว่างที่อยู่ที่บ้าน

ข้อมูลสนับสนุน

S : ผู้ป่วย/ญาติ ถามว่า “จะต้องดูแลท่อระบายน้ำดีอย่างไรเมื่อกลับไปอยู่บ้าน”

O : ตรวจสอบสีหน้าของผู้ป่วย/ญาติ แสดงความวิตกกังวล

เป้าหมายการพยาบาล : ท่อระบายน้ำดีสามารถระบายน้ำดีได้อย่างเป็นปกติ

วัตถุประสงค์การพยาบาล ผู้ป่วยมีความรู้ในการดูแลท่อระบายน้ำดี และการปฏิบัติตัวที่บ้าน

เกณฑ์การประเมินผล

ผู้ป่วยสามารถตอบคำถามหรือบอกเกี่ยวกับการดูแลตนเอง เรื่องความผิดปกติของระบบน้ำดี การดูแลแผล การรับประทานอาหารและอาหาร การออกกำลังกาย การจัด สิ่งแวดล้อม การมาตรวจตามนัดและอาการผิดปกติที่ต้องมาก่อนนัด

การปฏิบัติการพยาบาล

1. วางแผนร่วมกับผู้ป่วย และญาติ เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพเมื่อกลับบ้าน เนื่องจากผู้ป่วยรายนี้ไม่ได้รับการผ่าตัดรักษา แนวทางการรักษาเป็นการให้ยาเคมีบำบัดเพื่อบรรเทาอาการ แนะนำการดูแลตนเองเกี่ยวกับอาหาร กิจกรรมที่ควรงด การสังเกต อาการผิดปกติที่ควรมาพบแพทย์ เช่น การติดเชื้อทางเดินน้ำดี

2. อธิบายให้ทราบจุดประสงค์ของการดูแลต่อระยะบำบัดน้ำดี
 - แนะนำการรักษาความสะอาดผิวหนังรอบท่อระบายน้ำดีด้วยน้ำเกลือปราศจากเชื้อทุกวัน และสังเกตผิวหนังรอบสายระบายว่ามีลักษณะผิดปกติ บวมแดง มีหนอง ผิดปกติควรกลับมาพบแพทย์
 - ให้น้ำออกจากถุงรองรับวันละ 1 ครั้ง และให้เช็ดด้วยแอลกอฮอล์ก่อนและหลังเทน้ำดีออกจากของถุง
 - วางถุงรองรับน้ำดีต่ำกว่าตัวเสมอ
 - แนะนำให้บันทึกลักษณะ สี จำนวนของน้ำดีที่ไหลออกในแต่ละวัน และนำผลการบันทึก มาให้แพทย์ดูเมื่อมาพบแพทย์ตามนัด
 - แนะนำให้ทำความสะอาดแผลที่อนามัยใกล้บ้านวันละ 1 ครั้ง
3. แนะนำเรื่องการรับประทานอาหาร ควรรับประทานอาหารที่มีไขมันต่ำในระยะแรกหลัง ผ่าตัด หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารทอด มัน ครีมน นม เนย มาร์การีน ถั่ว ช็อกโกแลต โดยค่อยๆปรับเพิ่ม ไขมันที่เลี่ยนถ้าไม่มีอาการแน่นท้อง
4. อธิบายให้ผู้ป่วยทราบความสำคัญของการมาพบแพทย์ตามนัด และมาตามนัดทุกครั้ง
5. ให้ความสอถามสิ่งทีผู้ป่วยและครอบครัววิตกกังวล ให้ข้อมูลจัดหาเอกสารหรือข้อมูล เกี่ยวกับการปฏิบัติตน เพื่อนำไปทบทวนและเป็นแนวทางในการดูแลตนเองที่บ้าน

การประเมินผล

ผู้ป่วยและญาติรับรู้ เข้าใจแนวทางในการดูแล

สรุปกรณีศึกษา

จากกรณีศึกษาผู้ป่วยชายไทย อายุ 65 ปี โรงพยาบาลชุมชนส่งตัวมารักษาต่อ แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งท่อน้ำดี กระจายไปตับ ทีไม่สามารถรักษาด้วยการผ่าตัดได้ นัดนอนโรงพยาบาลเพื่อใส่ท่อระบายน้ำดี จากนั้นส่งมารักษาต่อที่คลินิก โรคมะเร็งเพื่อรับยาเคมีบำบัด แรกรับพบว่า รูปร่างค่อนข้างผอม ยังเดินได้เอง อ่อนเพลีย ตัวตายังเหลือง หายใจไม่หอบ ยังสื่อสารได้ปกติ สัญญาณชีพแรกรับปกติ ไม่มีไข้ มีสายระบายน้ำดีต่อออกมาจากหน้าท้องด้านซ้าย ปิดก๊อชไว้ซีมี ๆ เล็กน้อย น้ำดีไหลปกติ ประมาณ 300-400 ซีซี มีอาการเจ็บๆตื้อๆรอบๆแผล แพทย์สั่งแผนการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด protocol Cisplatin + Gemcitabine 8 รอบ ตลอดการรับไว้ดูแลผู้ป่วยสามารถมารับยาเคมีบำบัดได้ตามระยะเวลาที่กำหนด ให้อาเคมีบำบัดทั้งหมด 3 รอบรอบละ 2 วัน ก่อนจำหน่าย พบว่า ผู้ป่วยไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากยาเคมีบำบัด ไม่มีภาวะภูมิไวเกิน ภาวะตัวตาเหลืองลดลง คลื่นไส้เล็กน้อย ยังมีภาวะเยื่อในช่องปากอักเสบเล็กน้อย รับประทานอาหารได้ตามปกติ การขับถ่ายเป็นปกติ

วิจารณ์

จากกรณีศึกษา แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยให้เคมีบำบัดเพื่อบรรเทาอาการในผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี มุ่งเน้นในการ ลดความทุกข์ทรมานที่เกิดขึ้นจากผลข้างเคียงของยาเคมีบำบัด และยับยั้งการดำเนินของโรค ซึ่งมีความเสี่ยงสูงก่อให้เกิดอันตรายต่อชีวิตและอาจทำให้เสียชีวิตได้ พยาบาลจึงมีบทบาทที่สำคัญอย่างยิ่งในการดูแลผู้ป่วย ป้องกัน ภาวะแทรกซ้อน และผลข้างเคียงที่อาจจะเกิดขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถฟื้นฟูร่างกายให้เป็นปกติ มีความรู้ความเข้าใจในการ ปฏิบัติตัว และมาตรวจตามนัดรับยาอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอจนครบการรักษา

ข้อเสนอแนะ

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล พยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด จำเป็นต้องอาศัยความรู้ ความชำนาญ ทักษะในการบริหารยา เฝ้าระวังอาการผิดปกติจากการได้รับยาเคมีบำบัด ตลอดจนการดูแลผู้ป่วยทางด้าน จิตใจ พยาบาลควรทบทวนองค์ความรู้อย่างสม่ำเสมอ
2. ด้านหน่วยงาน ควรจัดทำคู่มือการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด
3. ด้านการวิจัย ควรทำการศึกษาวิจัยแนวทางหรือนวัตกรรม การดูแลป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการ ได้รับยาเคมีบำบัด เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

เอกสารอ้างอิง

1. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข. สถิติสาธารณสุข. (2020) [cite 2523 Oct 09], Available from: https://r8way.moph.go.th/r8wayNewadmin/page/upload_file/20220321081244.pdf
2. สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. ทะเบียนมะเร็งระดับโรงพยาบาล 2563;49-53.
3. ศักดิ์ชัย กามโร, รุจิรา ดวงสงค์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดีของญาติผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีในจังหวัดขอนแก่น. The Journal of Baromarajonani College of Nursing, Nakhonrachsim 2016 ; 22: 9-14.
4. สุชาลีนี คำหลวง, ปณัฐพร กิ่งแก้ว และยศ ตีระวัฒนานนท์. การคัดกรองโรคมะเร็งท่อน้ำดีในประเทศไทย.วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข 2556; 7: 421-430.
5. เบญจมาศ ปรีชาคุณ, น้ำอ้อย ภักดีวงศ์, ศิริกร ก้องวัฒนะกุล, แสงระวี แทนทอง, พรพิมล เลิศพานิช, ชนิตฐา หาญประสิทธิ์คำ. ประสิทธิภาพอาการและการจัดการอาการของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามและญาติผู้ดูแล. วารสารพยาบาลและสุขภาพ สสอท 2562; 1: 50-56.
6. พรพิมล เลิศพานิช, อัมภาพร นามวงศ์พรหม และน้ำอ้อย ภักดีวงศ์. ประสิทธิภาพอาการ และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่ได้รับยาเคมีบำบัด สมาคมสถาบันอุดมศึกษาเอกชนแห่งประเทศไทย 2560; 6: 45-55.
7. น้ำอ้อย ภักดีวงศ์, มณเฑียร เหมือนจันทร์, จุฬาลักษณ์ อินทะนิล, วราภรณ์ แก้วสุข. ความต้องการความรู้และการสนับสนุนของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่ได้รับเคมีบำบัดแบบประคับประคอง: บทบาทพยาบาล. วารสารการพยาบาลและสุขภาพ สสอท 2565; 4: 1-68.
8. Satsawat Chansittichok, Parinya Chamnan, Poowanai Sarkhampee, Nithi Lertsawatvicha, Pim Voravisutthikul, Paiwan Wattanarath. Survival of Patients with Cholangiocarcinoma Receiving Surgical Treatment in an O.viverrini Endemic Area in Thailand: A Retrospective Cohort Study. Asian Pacific Journal of Cancer Prevention 2020; 21: 903-909.
9. ดนัย ดุสรักษ์. การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็ง. วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีราช : โรงพิมพ์แดเน็กซ์อินเตอร์คอร์-ปอเรนซ์; 2560.
10. สุประภษณี ศรีชะเกตุ. การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีที่มีภาวะสายน้ำดีอุดตัน. วารสารการพยาบาล สุขภาพและสาธารณสุข. 2565; 1: 54-65.
11. เพลินพิศ ธรรมนิภา. คู่มือการพยาบาล การบริหารยาเคมีบำบัดสำหรับผู้ป่วยมะเร็งรังไข่. งานการพยาบาล สุนิตศาสตร์-นรีเวชวิทยา ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล. 2558; 27-58



Nursing care for HIV-infected patients with pulmonary tuberculosis : Case studies in Primary and Holistic Care Department

Suwarat Thammawut, D.N.S.*

Abstract

Introduction : Pulmonary tuberculosis is an opportunistic infectious disease that is common in people who infected with HIV. It is a cause of death and can spread to others people. If patient received systematical and continuous care, treatment will be successful and the patient can live with others people without spreading the virus.

Objectives : To provide nursing care guideline for HIV-infected patients with pulmonary tuberculosis in primary and holistic health care department.

Case study : Thai male patient is 49 years old who infected HIV virus. He receives antiretroviral drugs since 2013 continuously. His CD4 level decreased from 447 to 299 cells/ml. He had fever, cough, shortness of breath and weight loss. Sputum examination found mycobacterium tuberculosis organism. He was referred back from Kamphaeng Phet Hospital to Phran Kratai Hospital for receive medicine to treat pulmonary tuberculosis and continue receiving antiviral drug. After patient received treatment, multidisciplinary team found problem in treatment period that are 1. Tuberculosis may spread the infection to others people due to lack of knowledge about preventing the spread of TB infection. 2. Patients are malnutrition stage and lack of receive enough nutrients. 3. Patients and relatives are worried about the symptoms, behavior and lifestyle appropriate to the disease. After receiving treatment for 14 days, patient was discharge from Phran Kratai Hospital. There was a follow-up home visit with the multidisciplinary team. Problems were found that 1. Patient prone to missing continuous treatment due to Lack of encouragement for treatment. 2. Their sense of self-worth has decreased due to illness and their role was changed from a leader to a dependent person and lack of income. Multidisciplinary team coordinate with the community health network for continuous patient care. After taking the medicine for 6 months, sputum test results did not find tuberculosis. Doctors discharge from tuberculosis clinics and make appointments at antiretroviral clinics to receive regular medication and ongoing care.

Conclusion : Nursing care of HIV-infected patients with pulmonary tuberculosis to keep patients safe from complications, continuous treatment for patient can't spread disease to other people. Nurses must use their expertise in caring for patients using the nursing process and holistic patient-centered care, collaborate with a multidisciplinary team and provide ongoing care referrals to community health networks to enable patients to take care of themselves. Live happily with family and society.

Key word : Nursing care for HIV infected patient, pulmonary tuberculosis

*Registered nurse, Primary and Holistic Care Department Pran Kra Tai Hospital

การพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีที่มีวัณโรคปอดเป็นโรคร่วม : กรณีศึกษาในงานปฐมภูมิและองค์รวม

สุวรรรัตน์ ธรรมวุฒิ, ป.พ.ส.*

บทคัดย่อ

บทนำ : วัณโรคปอดเป็นโรคติดเชื้อฉวยโอกาสที่พบได้บ่อยในผู้ติดเชื้อเอชไอวี และเป็นสาเหตุนำไปสู่การเสียชีวิตและสามารถแพร่กระจายเชื้อไปสู่ผู้อื่นได้ หากได้รับการรักษาพยาบาลอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง จะส่งผลให้การรักษาประสบความสำเร็จ ผู้ป่วยปลอดภัย ใช้ชีวิตร่วมกับผู้อื่นได้ โดยไม่แพร่กระจายเชื้อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อเป็นแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีที่มีวัณโรคปอดเป็นโรคร่วมในงานปฐมภูมิและองค์รวม

กรณีศึกษา : ผู้ป่วยชายไทยอายุ 49 ปี ติดเชื้อเอชไอวี เข้าร่วมโครงการรับยาต้านไวรัสตั้งแต่ปี 2556 รับยาต้านไวรัสต่อเนื่อง ระดับ CD4 ลดลงจาก 447 เหลือ 299 cells/ml มาด้วยอาการ ไข้ ไอ หายใจเหนื่อยหอบ น้ำหนักลดลง ตรวจเสมหะพบเชื้อวัณโรค ถูกส่งตัวกลับจากโรงพยาบาลกำแพงเพชรเพื่อให้ยารักษาวัณโรคและรับยาต้านไวรัสต่อที่โรงพยาบาลพรานกระต่าย จากการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยหลังเข้ารับการรักษา ได้ประเมินภาวะสุขภาพและการวางแผนการพยาบาลร่วมกับทีมรักษาพยาบาล พบปัญหาในระหว่างเข้ารับการรักษา คือ 1. อาจแพร่กระจายเชื้อสู่ผู้อื่นได้เนื่องจากขาดความรู้เรื่องการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรค 2. มีภาวะพร่องโภชนาการได้รับสารอาหารไม่เพียงพอ 3. ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวลต่อโรค อาการ การปฏิบัติตัว และการดำรงชีวิตให้เหมาะสมกับโรค หลังรับการรักษาครบ 14 วัน แพทย์อนุญาตให้กลับบ้าน มีการติดตามเยี่ยมบ้านร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ พบปัญหา คือ 1. เสี่ยงต่อการขาดการรักษาที่ต่อเนื่อง ขาดกำลังใจในการรักษา 2. ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลงจากการเจ็บป่วยและบทบาทจากผู้นำเป็นผู้พึ่งพาและขาดรายได้ โดยมีการประสานงานกับเครือข่ายสุขภาพในชุมชนเพื่อการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง หลังรับประทานยาครบ 6 เดือน ผลตรวจเสมหะไม่พบเชื้อวัณโรค แพทย์จำหน่ายจากคลินิกวัณโรค และนัดเข้าคลินิกยาต้านไวรัสเพื่อรับยาอย่างสม่ำเสมอและดูแลอย่างต่อเนื่อง

สรุป : การพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีที่มีวัณโรคปอดเป็นโรคร่วม เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนรับประทานยาต่อเนื่อง ไม่แพร่กระจายเชื้อสู่ผู้อื่น พยาบาลต้องใช้ความรู้ความชำนาญในการดูแลผู้ป่วยโดยใช้กระบวนการพยาบาลและการดูแลแบบองค์รวมโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพและส่งต่อการดูแลอย่างต่อเนื่องไปยังเครือข่ายสุขภาพในชุมชนเพื่อให้ผู้ป่วยดูแลตนเองได้ อยู่ร่วมกับครอบครัวและสังคมได้อย่างมีความสุข

คำสำคัญ : การพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี วัณโรคปอด

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม โรงพยาบาลพรานกระต่าย

บทนำ

โรคเอดส์เป็นปัญหาสำคัญของประเทศไทยและทั่วโลก ที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพประชาชน การพัฒนาสังคม เศรษฐกิจและความมั่นคงของประเทศ ปัจจุบันยังไม่มียารักษาให้หายขาดได้ ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะเสียชีวิตด้วยโรคติดเชื้อฉวยโอกาส ซึ่งโรคที่พบบ่อยที่สุดของผู้ป่วยเอดส์และเป็นสาเหตุการตายมากที่สุดในประเทศไทย คือ วัณโรค ผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวีมีความเสี่ยงในการเกิดวัณโรคสูงถึง 113 เท่า และมีความเสี่ยงมากขึ้นในกลุ่มที่เป็นเอดส์ถึง 170 เท่า วัณโรคมีผลเร่งให้การดำเนินโรคจากผู้ติดเชื้อเอชไอวีลุกลามเข้าสู่ระยะเอดส์เร็วขึ้น มีโอกาสป่วยเป็นโรคติดเชื้อฉวยโอกาสมากขึ้น¹ การติดเชื้อเอชไอวีจึงเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่สุดต่อการเกิดวัณโรค ดังนั้นวัณโรคและเอชไอวีจึงมีความสัมพันธ์และมีผลกระทบซึ่งกันและกัน การติดเชื้อเอชไอวีทำให้การป่วยวัณโรคลุกลามขึ้น ทั้งผู้ที่เริ่มได้รับเชื้อวัณโรคและผู้ที่ได้รับเชื้อวัณโรคระยะแฝง สาเหตุจากระบบภูมิคุ้มกันในร่างกายอ่อนแอลง โอกาสที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีจะป่วยเป็นวัณโรคสูงถึงร้อยละ 10 นอกจากนี้ยังทำให้เพิ่มการป่วยเป็นวัณโรคซ้ำ (Recurrent tuberculosis) สาเหตุจากการลุกลามของเชื้อวัณโรคเดิมหรือการรับเชื้อวัณโรคใหม่เข้าไปในร่างกาย ซึ่งมีผลกระทบต่อระดับวิทยาและการควบคุมวัณโรคที่ซับซ้อนมากขึ้น² ปัจจัยสำคัญต่อการเกิดวัณโรค คือ ผู้ป่วยที่มี CD4 < 200 cells/mm จะมีโอกาสเกิดวัณโรค และมีการติดเชื้อแบบแพร่กระจายสูงขึ้น ตอบสนองต่อการรักษาลดลง ส่งผลให้ต้องขยายระยะเวลาในการรักษานานขึ้น เกิดผลข้างเคียงที่รุนแรงจากยารักษาวัณโรคได้บ่อยขึ้น เช่น ฝื่นแพ้ยาแบบรุนแรง และตับอักเสบรวมถึงมีผลข้างเคียงที่ทับซ้อนกับยาต้านเอชไอวีอีกด้วย³

โครงการร่วมเอดส์แห่งสหประชาชาติ (UNAIDS) ได้คาดการณ์ผู้ติดเชื้อเอชไอวีทั่วโลก ปี พ.ศ. 2565 จำนวน 38.4 ล้านคน เป็นผู้ป่วยรายใหม่ 1.5 ล้านคน มีผู้เสียชีวิต 650,000 คน และพบผู้ป่วยวัณโรคที่ติดเชื้อเอชไอวีทั่วโลก 7.87 แสนคน คิดเป็นร้อยละ 10 ของผู้ป่วยวัณโรคทั้งหมด เสียชีวิตปีละ 2.14 แสนคน จากการคาดการณ์ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่เป็นวัณโรคขององค์การอนามัยโลก ปี 2563 - 2565 จำนวน 11,000, 9,980 และ 8,900 ราย จากรายงานความก้าวหน้าของประเทศไทยในการยุติปัญหาเอดส์ พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาทั้งเอชไอวีและวัณโรค จำนวน 5,560, 4,625 และ 4,689 ราย คิดเป็นร้อยละ 50.5, 46.6 และ 52.7 รายตามลำดับ⁴ จังหวัดกำแพงเพชรพบผู้ติดเชื้อเอชไอวีและเป็นวัณโรคร่วมด้วย ปี 2564 - 2566 จำนวน 37, 47 และ 42 ราย อำเภอพรานกระต่าย พบ จำนวน 2, 2 และ 4 รายตามลำดับ⁵ และอัตราการสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรค ปี 2563 - 2565 ร้อยละ 88.00, 79.41 และ 80.95⁶ ซึ่งผลงานยังไม่ได้ตามเป้าหมาย ร้อยละ 85.00 ปัญหาวัณโรคและเอชไอวีจึงจำเป็นต้องมีการผสมผสาน ทำงานร่วมกัน เพื่อให้เกิดการดำเนินงานที่ประสบผลสำเร็จและยั่งยืน

การติดเชื้อเอชไอวีเป็นปัจจัยหลักที่สำคัญที่ส่งผลให้วัณโรคเพิ่มขึ้น เพราะมีโอกาสป่วยเป็นวัณโรคสูงถึง 26 เท่า เนื่องจากภูมิคุ้มกันต่ำ การเข้าถึงระบบบริการของรัฐล่าช้า เป็นโรคที่สังคมรังเกียจ ผู้ป่วยไม่กล้าเข้ามารับบริการ ปกปิดไม่ให้ผู้อื่นรับทราบ รวมถึงกลุ่มผู้ต้องขังที่เพิ่งพ้นโทษ กลุ่มแรงงานข้ามชาติ กลุ่มแรงงานที่ต้องเคลื่อนย้ายอยู่บ่อยๆ การรักษาต้องใช้เวลานาน ผลกระทบที่ส่งผลกระทบต่อการรักษา คือ ปัจจัยทางจิตสังคมและเศรษฐกิจของผู้ป่วย อาจทำให้ขาดความต่อเนื่องหรือขาดการรักษา รู้สึกเบื่อหน่าย ท้อแท้ต่อการกินยา เกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการกินยา⁶ การดูแลผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีที่มีวัณโรคปอดเป็นโรคร่วม มีความยุ่งยากซับซ้อน จึงมีการนำกระบวนการพยาบาลมาใช้ตั้งแต่การคัดกรอง การรักษา การพยาบาล และการป้องกัน การแพร่กระจายเชื้อ ซึ่งพยาบาลผู้ดูแลจะต้องมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับพยาธิสภาพของการเกิดโรค ให้การพยาบาลได้อย่างเหมาะสม ประเมินปัญหาและให้คำแนะนำผู้ป่วยและญาติ ในการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง และประสานงานกับทีมสุขภาพเพื่อติดตาม การดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง ป้องกันและควบคุมโรคไม่ให้เกิดการแพร่กระจายเชื้อในชุมชน ช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม มีสุขภาพที่ดี กลับไปดำเนินชีวิตได้อย่างปกติกับครอบครัว กรณีศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีที่มีวัณโรคปอดเป็นโรคร่วมในงานปฐมภูมิและองค์รวม

กรณีศึกษา

ชายไทย อายุ 49 ปี สัญชาติไทย ศาสนาพุทธ

อาการสำคัญ

ส่งตัวกลับจากโรงพยาบาลกำแพงเพชร เพื่อให้ยาต่อ

ประวัติเจ็บป่วยในปัจจุบัน

ติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่ปี 2556 รับประทานไวรัสที่โรงพยาบาลพรานกระต่ายอย่างต่อเนื่อง แต่รับประทานยาไม่ตรงเวลาหรือลืมรับประทานยาเป็นบางมื้อ ประวัติการเจาะ CD4 ปี 2562=339 cells/ml ปี 2564=429 cells/ml ปี 2565=447 cells/ml ปี 2566=299 cells/ml

1 เดือนก่อนมา มีไข้ ไอมีเสมหะสีเหลือง หายใจเหนื่อยหอบ อ่อนเพลีย น้ำหนักลดลง 5 กิโลกรัมใน 3 เดือน

4 วันก่อนมามีไข้ ไอ หายใจเหนื่อยหอบมากขึ้น มารับการรักษาที่โรงพยาบาลพรานกระต่าย แพทย์ส่งรักษาต่อที่โรงพยาบาลกำแพงเพชร ด้วย Severe sepsis suspected cause from pneumonia UD HIV infection ได้รับการวินิจฉัย Pneumonia sepsis with pulmonary TB ส่งกลับมาโรงพยาบาลพรานกระต่าย เพื่อให้ยา Piperacillin+Tazobactam 4.5 g. IV q 8 hr. และเริ่มยารักษาวัณโรคสูตร 2HRZE/4HR ต่อเนื่อง

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต

ปฏิเสธการแพ้ยา ปฏิเสธการผ่าตัด

แผนการดำเนินชีวิต

ผู้ป่วยอาชีพรับจ้าง ภรรยาคนแรกแยกทางกัน อยู่กับภรรยาคนที่สองมา 2 ปีแล้ว (ตรวจ anti-HIV=negative)

การประเมินสภาพร่างกายตามระบบ

รูปร่างทั่วไป : รูปร่างผอม น้ำหนัก 44 กิโลกรัม ส่วนสูง 160 เซนติเมตร BMI=17.18

สัญญาณชีพ : อุณหภูมิ 38.1 องศาเซลเซียส ชีพจร 100 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 120/76 มิลลิเมตรปรอท อัตราการหายใจ 24 ครั้ง/นาที ค่า Oxygen saturation 95%

ระบบประสาท : รู้สึกตัวดี ตอบคำถามได้ พูดคุยได้ การรับรู้เวลา สถานที่ บุคคล E4M6V5 GCS= 15 ค่ะแน pupil 3 min Reactive to light both eyes

ผิวหนัง : ผิวสองสี ไม่มีจ้ำเลือด ไม่มีผื่น ไม่มี Skin turgor

ศีรษะและใบหน้า : ผมสั้นสีดำ ศีรษะไม่มีบาดแผล คลำไม่พบก้อนบริเวณต่อมน้ำเหลือง ตา 2 ข้างสมมาตรกัน มองเห็นปกติ ไบหู จมูก ปาก ลักษณะภายนอกปกติ

ทรวงอกและทางเดินหายใจ : ทรวงอกรูปร่างปกติสมมาตรกัน หายใจเหนื่อยหอบ crepitation both lung

หัวใจและหลอดเลือด : การเต้นของหัวใจปกติ สม่ำเสมอ ไม่มีเส้นเลือดที่คอโป่งพอง

ช่องท้องและทางเดินอาหาร : บริเวณหน้าท้องไม่เจ็บ ไม่มีแข็งตึง ท้องไม่อืด

กล้ามเนื้อและกระดูก : โครงสร้างร่างกายปกติ

ระบบทางเดินปัสสาวะ : ขับถ่ายปัสสาวะได้ตามปกติ ปัสสาวะสีเหลืองเข้มเล็กน้อยไม่มีเลือด กระเพาะปัสสาวะ ไม่โป่งตึง

ระบบอวัยวะสืบพันธุ์ : อวัยวะสืบพันธุ์ภายนอกปกติ

สภาพจิตใจ : สิ้นหวังวิตกกังวล มีคำพูดที่บอกถึงความกลัวเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและกังวลเรื่องการรักษา

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่สำคัญ

ตรวจเสมหะ AFB positive 3+ CXR : seen bilat reticulonodular IF marked at both middle lung zone

ผลตรวจ CBC: 19 เมษายน 2566 Hct 26.1% Hb 8.4 g/dl WBC 13,130 cell/mm³

ผลตรวจ CBC: 30 เมษายน 2566 Hct 29.0% Hb 8.6 g/dl WBC 7,720 cell/mm³

ตรวจElectrolytes: 30 เมษายน 2566 Na 133.3 mmol/L K 3.39 mmol/L Cl 100.1 mmol/L TCO2 26.8 mmol/L

สรุปการดำเนินโรคขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

19 เมษายน 2566 ติดตามเยี่ยมครั้งแรก หลังคลินิกวัณโรคได้รับแจ้งจากตึกผู้ป่วยในว่ามีผู้ป่วยวัณโรคเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล ได้ติดตามเยี่ยมเพื่อขึ้นทะเบียนรักษาวัณโรค ประเมินภาวะสุขภาพและการวางแผนการพยาบาลร่วมกับทีมรักษาพยาบาล พบผู้ป่วยชายอายุ 49 ปี นอนอยู่ในห้องแยกโรค แพทย์ให้ยารักษาวัณโรค Isoniazid (100 mg) 3 เม็ดวันละครั้งก่อนนอน RIFAMPICIN (450 mg) 1 เม็ด วันละครั้งก่อนนอน Pyrazinamide (500mg) 2 เม็ดครั้งวันละครั้งก่อนนอน Ethambutol (400 mg)

2 เม็ด วันละครั้งก่อนนอน ยาต้านไวรัส TDF/ Lamivudine/ Dolutegravir (300/300/50 mg) 1 เม็ด วันละครั้งเวลา 20.00 น. Dolutegravir (50 mg) วันละครั้งเวลา 08.00 น. Co-trimoxazole tab. (400+80 mg) 2 เม็ดวันละ 1 ครั้งหลังอาหารเช้า ยา Piperacillin + Tazobactam 4.5 g. IV q 8 hr.

21 เมษายน 2566 ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยครั้งที่ 2 เพื่อติดตามอาการ และประเมินอาการหลังจากได้รับยาวัณโรค วันที่ 2 ผู้ป่วยมีอาการเบื่ออาหาร รับประทานอาหารได้น้อย ไม่มีอาการหุ้อ ไม่มีอาการคันตามร่างกาย ไม่มีผื่น ผู้ป่วยมีอาการไอ มีเสมหะเหนียวข้น หายใจเหนื่อยเวลาไอบ่อยๆ อัตราการหายใจ 20 - 24 ครั้งต่อนาที อุณหภูมิ 37.0 - 38.0 องศาเซลเซียส ความดันโลหิต 100/60 - 110/60 มิลลิเมตรปรอท ปริมาณออกซิเจนในเลือด 96 - 98% มีภาวะทุพโภชนาการ น้ำหนัก 44 กิโลกรัม BMI 17.18

30 เมษายน 2566 ติดตามเยี่ยมร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อวางแผนการจำหน่าย การเยี่ยมบ้าน แผนการดูแล ต่อเนื่องในชุมชน ผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองได้ หายใจเหนื่อยเล็กน้อยหลังอาการไอ เบื่ออาหาร รับประทานอาหารได้น้อย ไม่มีอาการหุ้อ ไม่มีอาการคันตามร่างกาย ไม่มีผื่น อุณหภูมิ 37.2 - 37.8 องศาเซลเซียส ชีพจร 90 - 98 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 22 - 24 ครั้ง/นาที ค่า Oxygen saturation 96 - 98% ความดันโลหิต 100/68 - 115/85 มิลลิเมตรปรอท Lung crepitation RLL ตรวจ Electrolytes : K 3.39

3 พฤษภาคม 2566 ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยเพื่อให้คำแนะนำก่อนกลับบ้าน ประเมินอาการทั่วไป ผู้ป่วยมีสีหน้าสดชื่น อาการอ่อนเพลียน้อยลง ไม่มีคลื่นไส้อาเจียน นัดมาคลินิกวัณโรคครั้งต่อไป วันที่ 6 กรกฎาคม 2566 เพื่อรับยาและติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่อง รวมระยะที่นอนรักษาในโรงพยาบาล 14 วัน

12 พฤษภาคม 2566 ติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยครั้งที่ 1 ร่วมกับทีมสหสาขาเพื่อประเมินสภาพแวดล้อมที่บ้าน และติดตามดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง พบผู้ป่วยอาศัยอยู่กับภรรยา บุตรสาว ครอบครัวสนใจดูแลผู้ป่วยเป็นอย่างดี ผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองได้ สัญญาณชีพปกติ มีอาการอ่อนเพลียน้อย ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เอง ไม่มีอาการหอบเหนื่อย ไอแห้งๆ นานๆ ครั้ง เบื่ออาหาร ขับถ่ายปกติ ไม่มีท้องผูก ไม่พบอาการข้างเคียงจากยารักษาวัณโรค

6 กรกฎาคม 2566 ผู้ป่วยมาตรวจตามนัดที่คลินิกวัณโรค สีหน้าสดชื่นขึ้น สัญญาณชีพปกติ น้ำหนักเพิ่มขึ้นเป็น 46 กิโลกรัม ผลตรวจ AFB not found ตรวจ LFT ผลปกติ

18 สิงหาคม 2566 ติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยครั้งที่ 2 ร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ ผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองได้ดี กังวลว่า ภรรยาจะติดเชื้อไอวีจากตน รู้สึกท้อแท้กับการประทุษยาจำนวนมากและการรักษาโรคร้ายที่ยาวนานแต่ไม่ขาดยา เนื่องจาก อสม. และภรรยาเป็นผู้กำกับกับการรับประทานยา ไม่พบอาการข้างเคียงจากยารักษาวัณโรค รับประทานอาหารได้มากขึ้น

19 ตุลาคม 2566 ผู้ป่วยมาตรวจตามนัดที่คลินิกวัณโรคหลังรับประทานยาครบ 6 เดือนตรวจ AFB not found แพทย์จำหน่ายจากคลินิกวัณโรค และนัดเข้าคลินิกยาต้านไวรัสเพื่อรับยาอย่างสม่ำเสมอและดูแลอย่างต่อเนื่อง

ปัญหาของผู้ป่วยและบทบาทของพยาบาลในการดูแล

ระยะที่ 1. ระหว่างเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

- ปัญหาที่ 1 อาจแพร่กระจายเชื้อให้ผู้อื่นได้ เนื่องจากขาดความรู้เรื่องการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรค
- ปัญหาที่ 2 มีภาวะพร่องโภชนาการได้รับสารอาหารไม่เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย
- ปัญหาที่ 3 ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวลต่อโรค อาการ การปฏิบัติตัว และการดำรงชีวิตให้เหมาะสมกับโรค

ระยะที่ 2. ระหว่างติดตามเยี่ยมบ้าน

- ปัญหาที่ 1 เสี่ยงต่อการขาดการรักษาที่ต่อเนื่อง เนื่องจากขาดกำลังใจในการรักษา
- ปัญหาที่ 2 ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลงจากการเจ็บป่วยและบทบาทจากผู้นำเป็นผู้พึ่งพาและขาดรายได้

ระยะที่ 1 ระหว่างเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

การวางแผนการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1 อาจแพร่กระจายเชื้อให้ผู้อื่นได้ ขาดความรู้เรื่องการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อไวรัสโรค

ข้อมูลสนับสนุน

S : " คนอื่นจะติดโรคใหม่ "

O : ผู้ป่วยไม่ทราบวิธีการดูแลตนเองและการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อไวรัสโรคสู่ผู้อื่นได้

วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลตนเอง และการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อไวรัสโรคสู่ผู้อื่นและชุมชน

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยและญาติสามารถบอกวิธีการดูแลตนเองและการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อไวรัสโรคสู่ผู้อื่นและชุมชนได้
2. ตรวจจับการตรวจวัดโรคผู้สัมผัสร่วมบ้านด้วยการเอกซเรย์ปอดผลปกติ
3. การทดสอบ IGRA ยังไม่พบการติดเชื้อไวรัสโรคแฝง

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินความรู้ความเข้าใจของผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับโรค ให้ข้อมูลและแนะนำความรู้เรื่องโรคปอด เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติเกิดทัศนคติที่ดีในการรักษา การดูแลตนเอง และการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อสู่ผู้อื่น
2. นิเทศติดตามการปฏิบัติตามแนวทางการเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาลขณะผู้ป่วยรับการรักษาในโรงพยาบาล เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรค
3. แนะนำให้ความรู้การปฏิบัติตัวแก่ผู้ป่วยและญาติเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรคทั้งขณะอยู่ในโรงพยาบาล และสามารถนำไปปฏิบัติที่บ้านได้อย่างถูกต้อง เช่น การใช้หน้ากากอนามัย การล้างมือ การจัดสภาพแวดล้อมในบ้าน การแยกผู้ป่วยแยกของใช้ การทำลายเชื้อ การกำจัดขยะ เป็นต้น
4. ส่งเสริมการรับประทานยารักษาวัณโรคครบชนิดและถูกขนาดยา ติดต่อกันประมาณ 6 เดือน ซึ่งให้เห็นถึงความสำคัญของการรับประทานยาต่อเนื่อง ให้ข้อมูลอาการไม่พึงประสงค์จากยาและการจัดการอาการรบกวน เพื่อป้องกันการหยุดยาระหว่างการรักษาและการดื้อยา อธิบายผลดีของการมาตรวจตามนัดและอาการผิดปกติที่ควรมาพบแพทย์
5. ประสานเครือข่ายสุขภาพที่เกี่ยวข้องเพื่อส่งต่อการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน ในเรื่องความรู้เกี่ยวกับโรค การแพร่กระจายเชื้อ การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ การรับประทานยาต่อเนื่อง การมาตรวจตามนัด
6. ให้พยาบาลและบุคคลใกล้ชิดในครอบครัวทุกคน มาตรวจเสมหะ เพื่อค้นหาเชื้อไวรัสโรคในผู้สัมผัสโรคร่วมบ้าน

การประเมินผล

1. ผู้ป่วยและญาติได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับโรควัณโรคปอด การดูแลตนเอง และการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อสู่ผู้อื่น เข้าใจดี สามารถปฏิบัติตนได้ถูกต้อง
2. ตรวจจับการตรวจวัดโรคผู้สัมผัสร่วมบ้านด้วยการเอกซเรย์ปอดผลปกติ
3. ตรวจจับการตรวจวัดโรคผู้สัมผัสร่วมบ้านด้วยการทดสอบ IGRA ยังไม่พบการติดเชื้อ

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2 มีภาวะพร่องโภชนาการได้รับสารอาหารไม่เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย

ข้อมูลสนับสนุน

S : " เพลีย ไม่อยากกินข้าว "

O : ร่างกายอ่อนเพลีย น้ำหนักลด BMI 17.18

วัตถุประสงค์

เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับสารอาหารที่มีประโยชน์อย่างเพียงพอ

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้มากขึ้นไม่มีอาการอ่อนเพลีย
2. มีน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประสานฝ่ายโภชนาการ เพื่อประเมินภาวะโภชนาการ เนื่องจากผู้ป่วยวัณโรคมีน้ำหนักตัวต่ำกว่ามาตรฐาน ติดตามภาวะโภชนาการในระหว่างการรักษาด้วยยารักษา เมื่อกลับสู่ชุมชนประสานเครือข่ายสุขภาพติดตามภาวะโภชนาการ และประเมินน้ำหนักเป็นระยะ

2. แนะนำให้ผู้ป่วยได้รับสารอาหารที่เพียงพอ ประกอบด้วยอาหารหลัก 5 หมู่ เพื่อช่วยให้ร่างกายแข็งแรง มีภูมิคุ้มกันต่อสู้กับวัณโรค ป้องกันภาวะน้ำหนักลดลงมากกว่าปกติ เน้น เนื้อสัตว์ต่างๆ นม ไข่ เต้าหู้ เพราะร่างกายต้องการโปรตีนเสริมสร้างภูมิคุ้มกันต้านทาน หลีกเลียงของทอด ของมัน กะทิ น้ำมันที่กรดไขมันอิ่มตัวสูงเช่นน้ำมันปาล์ม น้ำมันมะพร้าว อาหารมีแก๊สสูง ของดอง ถั่ว น้ำอัดลม อาหารสำเร็จรูป เป็นต้น งดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ งดสูบบุหรี่ ประเมินการรับประทานอาหาร และให้บ้วนปากทุกครั้งหลังรับประทานอาหาร เน้นให้รับประทานอาหารให้ครบทุกมื้อ

3. สร้างเสริมพลังใจให้ผู้ป่วยทางเศรษฐกิจเนื่องจากผู้ป่วยมีฐานะไม่ดีจึงไม่สามารถหาอาหารมาทดแทนได้ แนะนำหน่วยงานด้านสวัสดิการสังคมเข้าช่วยเหลือ ประสานงานกับท้องถิ่นเพื่อหาทางช่วยเหลือ

4. อธิบายอาการข้างเคียงของการได้รับยาวัณโรคให้แก่ผู้ป่วยและญาติ ว่าทำให้มีอาการคลื่นไส้อาเจียนได้และแนะนำญาติให้สังเกตอาการคลื่นไส้อาเจียน วิงเวียนศีรษะหน้ามืด มีช่องทางการติดต่อกับเจ้าหน้าที่หรือเครือข่ายสุขภาพ เมื่อมีปัญหาเกี่ยวกับยาหรืออาการผิดปกติอื่นๆ

การประเมินผล

1. ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้มากขึ้น สีหน้าสดชื่นไม่มีอาการอ่อนเพลีย
2. มีน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น 2 กิโลกรัม

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 3 ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวลต่อโรค อาการ การปฏิบัติตัว และการดำรงชีวิตที่เหมาะสมกับโรค

ข้อมูลสนับสนุน

S : “มานอนหลายวันแล้วเมื่อไหร่จะหาย”

O : ญาติมีสีหน้าวิตกกังวล สอบถามอาการของผู้ป่วยแนวทางและระยะเวลาการรักษา

วัตถุประสงค์

1. เพื่อคลายความวิตกกังวลของญาติและครอบครัว
2. เพื่อให้ญาติผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล

เกณฑ์การประเมินผล

1. ญาติและครอบครัวมีสีหน้าสดชื่นขึ้น
2. ญาติผู้ป่วยยอมรับฟังและให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินระดับความวิตกกังวลของผู้ป่วยและญาติ โดยสังเกตจากสีหน้า ท่าทาง การมีส่วนร่วมในการดูแล รวมทั้งมีการสร้างสัมพันธภาพด้วยท่าทีที่เป็นมิตร เห็นอกเห็นใจในการดูแลช่วยเหลืออย่างสม่ำเสมอ พร้อมทั้งเปิดโอกาสได้ระบายความรู้สึกต่างๆ รวมทั้งยอมรับท่าทีและปฏิกิริยาที่ตอบสนองต่อความเครียดนั้น

2. ให้กำลังใจและเข้าใจผู้ป่วยและญาติ โดยใช้คำพูดที่สุภาพ ให้การพยาบาลผู้ป่วยอย่างนุ่มนวล เพื่อสนับสนุนให้ผู้ป่วยและญาติสามารถเผชิญกับสิ่งที่ทำให้วิตกกังวล

3. ประสานงานกับแพทย์ผู้ดูแล เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติทราบข้อมูลเกี่ยวกับการสภาวะการเจ็บป่วย การดำเนินของโรค แนวทางการรักษา การดูแลโรคร่วม เปิดโอกาสญาติได้ซักถามเกี่ยวกับข้อมูลการรักษาเพื่อช่วยลดความวิตกกังวลของญาติในขณะที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษา ความก้าวหน้าในการรักษา ให้ข้อมูลการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น และให้ความคาดหวังหรือผลลัพธ์ของการรักษาตามความเป็นจริง

4. ปรึกษากับทีมสหสาขาวิชาชีพ วางแผนการจำหน่ายโดยใช้รูปแบบ D - METHOD เพื่อพัฒนาความรู้ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย วางแผนการเยี่ยมบ้านและประสานงานกับเครือข่ายสุขภาพ ทั้งโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล องค์กรส่วนท้องถิ่น อสม. เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วย แนะนำแหล่งช่วยเหลือในชุมชนแก่ผู้ป่วย และญาติ กรณีเหตุฉุกเฉินที่ต้องการคำปรึกษา

การประเมินผล

1. ญาติและครอบครัวยอมรับ เข้าใจแผนการรักษา และให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาลเป็นอย่างดี
2. ญาติคลายวิตกกังวล มีสีหน้าผ่อนคลายขึ้นรับทราบถึงแหล่งช่วยเหลือในชุมชน

ระยะที่ 2 ระหว่างติดตามเยี่ยมบ้าน

ปัญหาที่ 1 เสี่ยงต่อการขาดการรักษาที่ต่อเนื่อง เนื่องจากขาดกำลังใจในการรักษา

ปัญหาที่ 2 ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลงจากการเจ็บป่วยและบทบาทจากผู้นำเป็นผู้พึ่งพาและขาดรายได้

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1 เสี่ยงต่อการขาดการรักษาที่ต่อเนื่อง เนื่องจากขาดกำลังใจในการรักษา

ข้อมูลสนับสนุน

S : “เมื่อ กินยาเยอะ เมื่อไรจะหาย”

O : มีประวัติรับประทานยาต้านไวรัสไม่ตรงเวลา ลืมรับประทานยาเป็นบางมื้อ

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้ป่วยรับประทานยาต่อเนื่องป้องกันการกลับเป็นซ้ำด้วยโรคเดิม
2. เพื่อให้ผู้ป่วยมีกำลังใจในการรักษาจนหาย

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยและญาติมีสีหน้าสดชื่นขึ้น ยอมรับฟังและให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล
2. ผู้ป่วยมาตามนัด ทานยาต่อเนื่อง จำนวนยาที่เหลือในวันนัดเหมาะสม ไม่พบภาวะผู้ป่วยทานยาขาดเกินซ้ำ

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินระดับความวิตกกังวลของผู้ป่วยและญาติ โดยสังเกตจากสีหน้า ท่าทาง การมีส่วนร่วมในการดูแลรวมทั้งมีการสร้างสัมพันธภาพด้วยท่าทีที่เป็นมิตร เห็นอกเห็นใจในการดูแลช่วยเหลืออย่างสม่ำเสมอ พร้อมทั้งเปิดโอกาสระบายความรู้สึกต่าง ๆ รวมทั้งยอมรับท่าทีและปฏิกิริยาที่ตอบสนองต่อความเครียดนั้น

2. ให้คำปรึกษาผู้ป่วยและญาติเพื่อสร้างแรงจูงใจ และมีเจตคติที่ดีในการรักษาวันโรคและโรคร่วม

3. เสริมพลังญาติที่ดูแลผู้ป่วยและพี่เลี้ยงในการกำกับกับการกินยา (DOT) เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับยาวันโรคอย่างสม่ำเสมอต่อเนื่อง จัดช่องทางการติดต่อระหว่างพยาบาลคลินิกวันโรคกับผู้ป่วย เช่น โทรศัพท์ กลุ่มไลน์ วีดีโอคอล เพื่อติดตามกำกับรับประทานยา รับประทานยาตามนัดหรือค้นหาปัญหาของผู้ป่วย

4. ประสานงานทีมสหสาขาวิชาชีพ ติดตามเยี่ยมบ้านร่วมกันเพื่อดูสิ่งแวดล้อม และติดตามพฤติกรรมสุขภาพที่บ้านผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องเป็นระยะ ให้ข้อมูลช่องทางในการติดต่อกลับเมื่อมีปัญหาสุขภาพและการขอความช่วยเหลือประสานงานกับเครือข่ายสุขภาพ ทั้งโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล องค์กรส่วนท้องถิ่น อสม. ส่งต่อการดูแลสุขภาพของผู้ป่วย การรับประทานยาต้านไวรัสต่อเนื่อง การมาตรวจตามนัด

การประเมินผล

1. ผู้ป่วยและญาติมีสีหน้าสดชื่นขึ้น ยอมรับฟังและให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล
2. ผู้ป่วยมาตามนัดรับยาต่อเนื่อง จำนวนยาที่เหลือในวันนัดเหมาะสม ไม่พบภาวะผู้ป่วยทานยาขาดเกินซ้ำ

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2 ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลงจากการเจ็บป่วยและบทบาทจากผู้นำเป็นผู้พึ่งพาและขาดรายได้

ข้อมูลสนับสนุน

S : " เป็นเอดส์ คนจะรังเกียจไหม ภรรยาจะติดเอดส์หรือเปล่า "

O : ผู้ป่วยเป็นหัวหน้าครอบครัวอาชีพรับจ้าง หลังจากป่วยไม่ได้ทำงาน มีสีหน้าวิตกกังวล ประเมิน 9Q = 12, 8Q = 0

วัตถุประสงค์

1. เพื่อคลายความวิตกกังวลของผู้ป่วยและครอบครัว ให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล
2. เพื่อส่งเสริมความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเอง

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยมีสีหน้าสดชื่นขึ้นยินยอมรับฟังและให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล
2. ประเมิน $9Q < 6$, $8Q=0$
3. ผู้ป่วยพูดถึงตัวเองในทางบวก มีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัว เพื่อนบ้าน หรือเจ้าหน้าที่

กิจกรรมการพยาบาล

1. สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยด้วยท่าทีสุภาพเป็นกันเอง ประเมินสภาพอารมณ์จิตใจ ความวิตกกังวล และความเชื่อของผู้ป่วย เปิดโอกาสให้ซักถามข้อข้องใจ และบอกถึงความรู้สึกที่มีต่อการเจ็บป่วย พุดคุยให้กำลังใจผู้ป่วยและญาติ
2. ให้กำลังใจและสนับสนุนส่งเสริมให้ญาติผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย กล่าวชมให้กำลังใจยอมรับสภาพผู้ป่วย
3. ให้คำปรึกษาแก่ภรรยาเรื่องการให้ยาต้านเอชไอวีเพื่อป้องกันการติดเชื้อก่อนการสัมผัสเชื้อ หรือ PrEP⁷ เนื่องจากผลตรวจ anti-HIV negative การใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งเมื่อมีเพศสัมพันธ์ เพื่อการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อื่น ๆ แนะนำให้มาตรวจหาเชื้อเอชไอวีทุก 6 เดือน
4. การสนทนาสร้างแรงจูงใจและปรึกษาจิตเวช เพื่อจัดการกับอารมณ์ที่เหมาะสม
5. ประสานงานกับเครือข่ายสุขภาพ ทั้งโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หมอครอบครัว อสม. องค์กรส่วนท้องถิ่น เข้ามีส่วนร่วมในการดูแลด้านสุขภาพและด้านเศรษฐกิจสังคม ของผู้ป่วยแนะนำแหล่งช่วยเหลือในชุมชนแก่ผู้ป่วย และญาติ กรณีเหตุฉุกเฉินที่ต้องการคำปรึกษา

การประเมินผล

1. ผู้ป่วยมีสีหน้าสดชื่นยิ้มแย้มพูดคุยมากขึ้น มาตรวจรับยาต้านไวรัสตามนัด
2. ประเมิน $9Q = 5$, $8Q = 0$

สรุปกรณีศึกษา

ผู้ป่วยชายไทย อายุ 49 ปี ติดเชื้อเอชไอวีเข้าร่วมโครงการรับยาต้านไวรัสตั้งแต่ปี 2556 รับยาไม่ต่อเนื่อง มีประวัติการเจาะ CD4 ปี 2565=447 cells/ml 6 มกราคม 2566 = 299 cells/ml ได้รับการส่งต่อจากโรงพยาบาลกำแพงเพชร แพทย์วินิจฉัย Pneumonia sepsis with pulmonary TB เพื่อให้ยาปฏิชีวนะ ยารักษาวัณโรคและยาต้านไวรัสต่อเนื่องตามแผนการรักษา จากการประเมินภาวะสุขภาพอย่างครอบคลุมทุกมิติแบบองค์รวม พบผู้ป่วยมีปัญหาทางการพยาบาลแบ่งเป็น 2 ระยะ คือ ระยะที่ 1 ระหว่างเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ในเรื่องการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ ภาวะพร่องโภชนาการ ความวิตกกังวลต่อโรค อาการ การปฏิบัติตัว และการดำรงชีวิตให้เหมาะสมกับโรค ได้มีการวางแผนการพยาบาลร่วมกับทีมรักษาพยาบาลและปฏิบัติการพยาบาล สอดคล้องกับข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ส่งผลให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน ไม่แพร่กระจายเชื้อสู่ผู้อื่น มีภาวะโภชนาการที่ดีขึ้น มีความรู้และส่งเสริมการดูแลตนเองลดความวิตกกังวลผู้ป่วยและญาติ หลังเข้ารับการรักษาครบ 14 วัน แพทย์จำหน่ายผู้ป่วยจากโรงพยาบาล ได้ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้านร่วมกับสหสาขาวิชาชีพพบปัญหาระยะที่ 2 ในเรื่องขาดกำลังใจในการรักษา รู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลงจากการเจ็บป่วยและบทบาทจากผู้นำเป็นผู้พึ่งพาและขาดรายได้ ได้ประสานกับทีมสุขภาพ และเครือข่ายสุขภาพในชุมชนในการดูแลรักษาพยาบาลทั้งร่างกาย จิตใจอารมณ์ สังคม และติดตามเยี่ยมกำกับกำกับการกินยาอย่างต่อเนื่อง ทำให้ผู้ป่วยรับประทานยาครบถ้วน มีคุณภาพชีวิตที่ดีตามอัตภาพ จากการนัดติดตามหลังรับประทานยาครบ 6 เดือน ผลตรวจ sputum AFB=negative จึงจำหน่ายออกจากคลินิกวัณโรค และผู้ป่วยมาตรวจตามนัดและรับยาต้านไวรัสที่คลินิกยาต้านของโรงพยาบาลพรานกระต่ายอย่างสม่ำเสมอ

วิจารณ์และข้อเสนอแนะ

จากกรณีศึกษาผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีรับยาไม่ต่อเนื่องและมีภาวะทุพโภชนาการ จึงทำให้ร่างกายมีภูมิคุ้มกันที่ลดลง จึงติดเชื้อไวรัสโรคปอดได้ง่าย พยาบาลทั้งในโรงพยาบาลและในชุมชนต้องมีความรู้ความสามารถ มีทักษะอย่างสูงในการให้การพยาบาลผู้ป่วยอย่างครอบคลุมแบบองค์รวมในทุกมิติและเป็นระบบขณะพักรักษาในโรงพยาบาล ส่งผลให้ประสบผลสำเร็จในการรักษาผู้ป่วยปลอดภัย และการประสานงานกับเครือข่ายสุขภาพในชุมชนอย่างชัดเจน ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องจนผู้ป่วยและครอบครัวสามารถปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพตนเองที่บ้านได้ และรับประทานยาอย่างต่อเนื่องทุกวันจนครบตามแผนการรักษา ผู้ป่วยสามารถใช้ชีวิตร่วมกับผู้อื่นได้โดยไม่เกิดการแพร่กระจายเชื้อ เพื่อให้การพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีที่มีวัณโรคปอดเป็นโรคร่วมในงานปฐมภูมิและองค์รวมให้มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลนั้นควรดำเนินการดังนี้

1. พยาบาลผู้รับผิดชอบคลินิกวัณโรค และทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้องทั้งในโรงพยาบาลและเครือข่ายสุขภาพควรกำหนดมาตรการร่วมกันในการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีที่มีวัณโรคปอดเป็นโรคร่วมเป็นกรณีพิเศษ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลรักษา
2. พัฒนาระบบการส่งต่อผู้ป่วยวัณโรคที่ชัดเจนระหว่างโรงพยาบาลกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลใกล้บ้านผู้ป่วย การประสานงานกันอย่างใกล้ชิดระหว่างเจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพในพื้นที่กับพี่เลี้ยงในการกำกับกำกับการกินยา (DOT) ในชุมชน เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับยาวัณโรคอย่างต่อเนื่อง
3. กำหนดแนวทางการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยวัณโรคสำหรับพยาบาล/บุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโดยเฉพาะอย่างยิ่งในระยะแรกของการทำ DOT ควรเยี่ยมบ้านทุกสัปดาห์ ในช่วง 2 เดือนแรกของการรักษา เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการกำกับการกินยา และการจัดการอาการข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นจากยารักษาวัณโรคเพื่อป้องกันการดื้อยาหรือการกลับเป็นวัณโรคซ้ำ

สรุป

วัณโรคปอดเป็นโรคติดเชื้อฉวยโอกาสที่พบได้บ่อยในผู้ติดเชื้อเอชไอวี และเป็นสาเหตุนำไปสู่การเสียชีวิตและสามารถแพร่กระจายเชื้อไปสู่ผู้อื่นได้ พยาบาลจึงมีบทบาทที่สำคัญอย่างยิ่งในการจัดการดูแลผู้ป่วยอย่างเป็นระบบมีประสิทธิภาพ โดยมีการนำกระบวนการพยาบาล และการดูแลแบบองค์รวมโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ให้การดูแลผู้ป่วยร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ ทำให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน สามารถฟื้นฟูร่างกายเป็นปกติ มีความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติตัวทำให้ผู้ป่วยและญาติคลายความวิตกกังวล การได้รับการเตรียมความพร้อมก่อนกลับบ้าน ทำให้เกิดความมั่นใจในการดูแล และสามารถจำหน่ายผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็วตามความเหมาะสม ลดระยะเวลาการอยู่โรงพยาบาลและลดค่าใช้จ่ายในการดูแล การประสานงานกับเครือข่ายสุขภาพในชุมชน เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ เศรษฐกิจและสังคม ทำให้ผู้ป่วยได้รับยาถูกต้องครบถ้วนลดการดื้อยา ไม่แพร่กระจายเชื้อสู่ผู้อื่น มีสุขภาพที่ดีขึ้นสามารถกลับไปดำเนินชีวิตได้อย่างมีความสุขกับครอบครัว

เอกสารอ้างอิง

1. อัญชลี อวิหิงสานนท์, สายรัตน์ นกน้อย, เครือทิพย์ จันทธานีวัฒน์, อรณิชา นิยมศรีสมศักดิ์, รังสิมา โสฬ์เลขา, รอม เหลืองวัฒนพงศ์, และคนอื่นๆ. แนวทางการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีวัณโรคร่วม. กรุงเทพฯ: อักษรกราฟฟิค แอนด์ดีไซน์; 2565.
2. กองวัณโรค กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการควบคุมวัณโรคประเทศไทย พ.ศ. 2564. กรุงเทพฯ : อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์; 2564.
3. สุเมธ องค์กรวรรณดี, ศศิโสภิน เกียรติบูรณากุล, อัญชลี อวิหิงสานนท์, เอกจิตรา สุขกุล, รังสิมา โสฬ์เลขา. แนวทางการตรวจรักษาและป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีประเทศไทย ปี 2560. กรุงเทพฯ: สหมิตรพรินติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง; 2560.
4. กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. ศูนย์รวมข้อมูลสารสนเทศด้านเอชไอวีของประเทศไทย (Program : HIV INFO HUB). [online]. [เข้าถึงเมื่อ 28 กันยายน 2566]. เข้าถึงได้จาก: <http://hivhub.ddc.moph.go.th>.



5. กองวัณโรค กรมควบคุมโรค. โปรแกรมรายงานข้อมูลวัณโรคของประเทศไทย (Tuberculosis Information Program: NTIP). [online]. [เข้าถึงเมื่อ 30 กันยายน 2566]. เข้าถึงได้จาก: <http://ntip,ddc.moph.go.th/UiForm/Login.aspx>.
6. ผลิน กมลวัฒน์, ทศนีย์ มนูญพาณิชย์. คู่มือการให้การปรึกษาในงานวัณโรคและวัณโรคดื้อยา สำหรับบุคลากรสาธารณสุข. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์; 2563.
7. มณฑินี วสันตอุโปภาคาร, ศุภณัฐ จิตติภัทรกร, ชมนาถ มโนไพบูลย์. แนวทางการบริการยาป้องกันการสัมผัสเชื้อเอชไอวี ประเทศไทย ปี 2564. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์; 2564.



Nursing care for pneumonia patients with Severe Sepsis : A Case Study

Kusalin Nakbandit, D.N.S.*

Abstract

Introduction : Pneumonia is a major cause of severe sepsis, is a crisis illness that poses a threat to patients' lives. Nursing plays a crucial role in assessing patients' health status, diagnosing problems, appropriate close monitoring are required to manage patients planning, and efficiently implementing nursing care. coordinating with members of the multidisciplinary team in patient care helps ensure the safety care for the patients in critical conditions.

Objectives : To provide effective nursing care for nursing care for pneumonia patients with Severe Sepsis

Case Study : A 69-year-old Thai woman presented with high fever, difficulty breathing, extreme weakness, and shortness of breath. She had been unwell for six hours before coming to the hospital. Upon admission to the emergency room, her body temperature was 39.5°C, respiratory rate was 24 breaths per minute, O₂ saturation was 92%, blood pressure was 170/80 mmHg, and blood lactate was 5.7 mmol/L. Auscultation revealed lung crepitation sounds, and she was diagnosed pneumonia with severe sepsis. The patient received treatment following the Fast track sepsis protocol and was admitted to the inpatient ward. She received treatment for pneumonia and severe sepsis, including high-flow nasal cannula oxygen, intravenous fluids, antibiotics, electrolyte balance adjustments, and blood pressure management. Nursing issues encountered included three phases: the critical phase, where severe sepsis infection was present; the ongoing phase, where the patient was at risk of complications due to oxygen administration through high-flow nasal cannula; and the patient had high blood pressure and electrolyte imbalances. The patient and family were anxious about the illness and the discharge phase, lacking knowledge and preparedness for managing pneumonia. The patient received standard nursing care for pneumonia patients with Severe Sepsis, experienced no complications, and was discharged after an 11-day hospital stay.

Conclusion : Nursing care for pneumonia patients with Severe Sepsis is crucial to ensure patient safety and prevent complications. Nursing care during the critical phase involves close monitoring, rapid response to changing conditions, and continuous care to help patients return to their normal lives.

Keywords : Pneumonia nursing care, severe sepsis.

*Registered Nurse for inpatient nursing department Klong Klung Hospital

การพยาบาลผู้ป่วยปอดอักเสบที่มีการติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง : กรณีศึกษา

กุศลสิน นาคบัณฑิตย์, ป.พ.ส.*

บทคัดย่อ

บทนำ : ปอดอักเสบ (pneumonia) เป็นสาเหตุสำคัญของการเกิดภาวะการติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง ซึ่งเป็นภาวะวิกฤตเป็นอันตรายต่อชีวิตผู้ป่วย พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการประเมินภาวะสุขภาพความต้องการของผู้ป่วย วินิจฉัยปัญหา ติดตาม เฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงอย่างใกล้ชิด วางแผนและปฏิบัติการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ ประสานงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพ ในการดูแลผู้ป่วย จะช่วยให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะวิกฤตได้

วัตถุประสงค์ : เพื่อให้การพยาบาลผู้ป่วยปอดอักเสบที่มีการติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงอย่างมีประสิทธิภาพ

กรณีศึกษา : หญิงไทย อายุ 69 ปี มีไข้สูง หายใจไม่สะดวก อ่อนเพลียมาก หายใจเหนื่อย 6 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล อาการแรกแรกที่ห้องฉุกเฉิน อุณหภูมิกาย 39.5 องศาเซลเซียส อัตราการหายใจ 24 ครั้งต่อนาที O₂Saturation 92% ความดันโลหิต 170/80 mmHg Blood lactate 5.7 mmol/L ฟังปอดพบเสียงกรอบแกรบ ได้รับการวินิจฉัย Pneumonia with Sever Sepsis ให้การรักษาตามแนวปฏิบัติ Fast track sepsis และ Admit ในหอผู้ป่วยใน ให้การรักษาเรื่องปอดอักเสบและการติดเชื้อในกระแสเลือด โดยให้ออกซิเจนแบบ High Flow Nasal Canular ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ ให้อาปฏิชีวนะ ปรับสมดุลของเกลือแร่ และ ความดันโลหิต ปัญหาทางการพยาบาลที่พบมี 3 ระยะ คือ ระยะวิกฤต ได้แก่ มีการติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง การแลกเปลี่ยนก๊าซที่ปอดลดลงจากปอดอักเสบ ระยะต่อเนื่อง ผู้ป่วยเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนจากได้รับออกซิเจนผสมอากาศอัตราการไหลสูงทางจมูก ผู้ป่วยมีภาวะความดันโลหิตสูง ผู้ป่วยมีภาวะเสียสมดุลของเกลือแร่ในร่างกาย ผู้ป่วยและครอบครัวมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วย และระยะจำหน่าย ผู้ป่วยและครอบครัวขาดความรู้และความพร้อมในการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับโรคปอดอักเสบ ให้การพยาบาลตามมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยปอดอักเสบที่มีการติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง ผู้ป่วยอาการทุเลา ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน แพทย์จำหน่ายกลับบ้าน รวมระยะเวลาอนโรพยาบาล 11 วัน

สรุป : การพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบที่มีการติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง มีความสำคัญที่จะช่วยให้ผู้ป่วยปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน ให้การพยาบาลในระยะวิกฤต โดยเฝ้าระวังติดตามอาการอย่างใกล้ชิด ตอบสนองต่ออาการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว และให้การพยาบาลต่อเนื่องเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถกลับไปดำเนินชีวิตตามปกติได้

คำสำคัญ : การพยาบาลผู้ป่วยปอดอักเสบ การติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ งานการพยาบาลผู้ป่วยในโรงพยาบาลคลองขลุง

บทนำ

ปอดอักเสบ (pneumonia) หมายถึง การอักเสบของเนื้อปอดประกอบไปด้วยถุงลมปอดและเนื้อเยื่อโดยรอบ เนื่องจากมีสารเหลว (Exudate) ร่วออกไปคั่งในพื้นที่ถุงลม (Alveolar space) ปอดอักเสบเป็นสาเหตุการติดเชื้อที่พบได้บ่อยสุด¹ ประมาณร้อยละ 10 - 20 ของผู้ป่วยที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาลเป็นปอดอักเสบชนิดรุนแรง ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีการเสียชีวิตสูงถึงร้อยละ 30-40² พยาธิสภาพของปอดอักเสบจะเริ่มขึ้นภายใน 24 ชั่วโมงหลังการติดเชื้อ และจะแสดงอาการรุนแรงภายใน 4-5 วัน³ สาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากเชื้อแบคทีเรีย เชื้อไวรัส จากการสูดละอองเชื้อโรคเข้าปอด อาการและอาการแสดงจะมาด้วยอาการ ไข้ ไอ เจ็บหน้าอกและหอบเหนื่อย การอักเสบของปอดทำให้การแลกเปลี่ยนก๊าซไม่มีประสิทธิภาพ หากอาการรุนแรงเพิ่มขึ้นจะมีอาการหายใจลำบากซึ่งจัดเป็นภาวะวิกฤตและทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิต อุบัติการณ์การเกิดเพิ่มขึ้นตามอายุ เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงทางโครงสร้างและสรีรวิทยาของระบบการหายใจและระบบภูมิคุ้มกัน ผู้ป่วยอายุมากกว่า 65 ปี ผู้ป่วยมีโรคประจำตัวเดิมเพิ่มอัตราการตายที่สูงขึ้น เช่น มะเร็ง โรคไตวายเรื้อรัง ภาวะหัวใจล้มเหลว โรคตับเรื้อรัง โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคเส้นเลือดสมอง โรคเบาหวาน⁴ ผู้ที่มีภาวะภูมิคุ้มกันต่ำผู้สูงอายุมีโอกาสเกิดโรคแทรกซ้อนจากปอดอักเสบสูงมาก เช่น การติดเชื้อในกระแสเลือด⁵ เกิดพยาธิสภาพหลายอย่างร่วมกันในเวลาเดียวกันทำให้แต่ละอวัยวะต่าง ๆ ทำงานลดลง หากการเผ่าระวัง ดูแลรักษาไม่ทันท่วงที ปอดอักเสบมีอาการรุนแรงเพิ่มขึ้นจะทำให้เกิดการติดเชื้อในกระแสเลือดนำไปสู่การเสียชีวิตได้

เมื่อเกิดการติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง (Severe Sepsis) จะมีการขยายตัวของหลอดเลือดส่วนปลาย (Vasodilatation) การทำงานของเซลล์บุผนังหลอดเลือดผิดปกติ ทำให้มีการรั่วซึมของสารน้ำออกจากหลอดเลือดทั่วตัว ส่งผลให้ร่างกายขาดน้ำที่ไหลเวียนในระบบไหลเวียนเลือด ทำให้ปริมาณเลือดไปแลกเปลี่ยนก๊าซที่ปอดลดลง (Hypoperfusion)¹ แหล่งติดเชื้อหลัก (Source of infection) ในผู้ป่วยส่วนใหญ่คือระบบ ทางเดินหายใจ (ร้อยละ 29.6)⁶ ส่งผลให้เพิ่มระดับความรุนแรงเกิดภาวะการหายใจล้มเหลว เสี่ยงต่อเสียชีวิตสูง พยาบาลต้องมีความรู้และทักษะในการเผ่าระวังประเมินผู้ป่วย โดยใช้สัญญาณเตือนภาวะวิกฤต NEWS (National Early Warning Sing) เป็นเกณฑ์คะแนนที่แม่นยำ มีความเฉพาะเจาะจง พร้อมกับความรู้ในการตรวจจับอาการของโรคที่รุนแรงขึ้น และใช้ได้ทันทีโดยไม่ต้องใช้ห้องปฏิบัติการ⁷ ประกอบด้วย สัญญาณชีพ ระดับออกซิเจน ระดับความรู้สึกตัว นำมาเป็นเครื่องมือในการวางแผนให้การพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพ โดยประคับประคองการหายใจให้ได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ ดูแลให้ได้รับยาปฏิชีวนะอย่างต่อเนื่อง บันทึกปริมาณปัสสาวะเพื่อประเมินการทำงานของไต การเผ่าระวังติดตามอาการเปลี่ยนแปลงและสัญญาณชีพอย่างใกล้ชิด การตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงที่รวดเร็วสื่อสารประสานงานทีมสหสาขาวิชาชีพให้การพยาบาลผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ จัดเตรียมเครื่องมือช่วยเหลือฉุกเฉินให้มีความพร้อมตลอดเวลา นำไปสู่การแก้ไขภาวะวิกฤตได้เหมาะสม โอกาสรอดชีวิตเพิ่มขึ้น พร้อมทั้งวางแผนจำหน่ายเพื่อไม่ให้กลับเป็นซ้ำ

จากข้อมูลสาเหตุการตายของกระทรวงสาธารณสุข สาเหตุจากปอดอักเสบปี 2563, 2564 และ 2565 เป็นอันดับ 1 ของประเทศ จำนวน 20,129, 26,405 และ 33,374 ราย และเป็นอันดับ 1 ของโรงพยาบาลคลองขลุงปี 2563, 2564 และ 2565 จำนวน 11, 8 และ 12 ราย⁸ สาเหตุการป่วยปอดอักเสบที่มีการติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงปี 2565 จำนวน 15 ราย คิดเป็นร้อยละ 16.30 มีภาวะหายใจล้มเหลวได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจส่งไปรักษาต่อโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูง จำนวน 5 ราย คิดเป็นร้อยละ 5.45⁹ ผู้ศึกษาในฐานะพยาบาลผู้ป่วยในมีบทบาทในการให้การพยาบาลผู้ป่วยปอดอักเสบที่มีการติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง จึงเห็นความสำคัญในการศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อให้การพยาบาลผู้ป่วยปอดอักเสบที่มีการติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงอย่างมีประสิทธิภาพ

กรณีศึกษา

หญิงไทย อายุ 69 ปี เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย ศาสนาพุทธ สถานภาพสมรส จบการศึกษาชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 อาชีพทำนา

อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล

มีไข้สูง หายใจไม่สะดวก อ่อนเพลียมาก 6 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล



ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน

1 วันก่อนมาโรงพยาบาล เป็นไข้ ไม่มีน้ำมูก ไม่มีไอ ไม่เจ็บคอ หายใจไม่สะดวกนอนราบไม่ได้ อ่อนเพลีย ขา 2 ข้างไม่ค่อยมีแรง ไม่ได้รักษาที่ไหน

6 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล มีไข้สูง หายใจไม่สะดวก อ่อนเพลียมาก จึงมาโรงพยาบาล

อาการแรกแรกที่ห้องฉุกเฉิน รู้สึกตัว ไม่กระสับกระส่าย กำลังแขนขาปกติ หายใจเหนื่อย อัตราการหายใจ 24 ครั้งต่อนาที O₂Saturation 92% อุณหภูมิร่างกาย 39.5 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 122 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 170/80 mmHg Blood lactate 5.7 mmol/L DTX 226 mg% Breath sound Crepitation right lung On O₂ Mask with bag 10 LPM On Acetated Ringer's 500 ml IV Load then 80ml/hr. Take H/C 2ขวด ให้ Ceftriaxone 2 gram IV drip retained Foley's catheter

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต

เป็นโรคความดันโลหิตสูง ไชมันโนเลือดสูง มา 15 ปี เป็นโรคเบาหวานมา 9 ปี uly ที่โรงพยาบาลคลองขลุงต่อเนื่อง ปฏิเสธแพ้ยา ปฏิเสธการผ่าตัด

การประเมินสภาพร่างกายตามระบบ

รูปร่างทั่วไป	น้ำหนัก 60 กิโลกรัม ส่วนสูง 158 เซนติเมตร ค่า BMI 24.03 น้ำหนักเกิน
สัญญาณชีพ	แรกรับที่ Ward อุณหภูมิร่างกาย 39.6 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 108 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 22 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 165/81 มิลลิเมตรปรอท ค่าความเข้มข้นออกซิเจนในเลือด 98% ขณะ On O ₂ Mask with bag 10 LPM รู้สึกตัวดี ปลายมือปลายเท้าไม่เขียว
ผิวหนัง	ผิวสีน้ำตาล ไม่ซีด ไม่บวม ไม่พบบาดแผลผื่น ไม่มีจ้ำเลือด ตัวย้อน
ศีรษะและใบหน้า	ศีรษะรูปทรงปกติ ผมสั้นสีดำแซมด้วยสีขาว ศีรษะไม่มีบาดแผล ตา 2 ข้างมองเห็นชัดเจน pupil 3 min RTL BE เปลือกตาสีชมพู ใบหู จมูก ปาก ลักษณะภายนอกปกติ
ทรวงอกและการหายใจ	รูปร่างทรวงอกปกติสมมาตรกัน การเคลื่อนไหวของทรวงอกเท่ากันทั้งสองข้าง ฟังปอดได้ยินเสียง Crepitation บริเวณปอดข้างขวา อัตราการหายใจ 22 ครั้งต่อนาที สม่่าเสมอ
หัวใจและหลอดเลือด	อัตราการเต้นของหัวใจ 108 ครั้งต่อนาที เต้นสม่่าเสมอ เสียงหัวใจเต้นปกติ เส้นเลือดดำที่คอ ไม่โป่งพอง ค่าความเข้มข้นออกซิเจนในเลือด 98% ขณะ On O ₂ Mask with bag 10 LPM
ช่องท้องและทางเดินอาหาร	รูปร่างปกติ กดปล่อยไม่เจ็บ ท้องไม่แข็ง ท้องไม่อืด
ระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ	แขนขาสามารถเคลื่อนไหวได้ตามปกติ
ระบบประสาท	รู้สึกตัวดี coma score E4V5M6
ระบบทางเดินปัสสาวะ	ใส่สายสวนปัสสาวะ กระเพาะปัสสาวะไม่โป่งตึง นำปัสสาวะสีเหลืองใสไม่มีตะกอน

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่สำคัญ / ภาพถ่ายรังสี

สิ่งที่ตรวจ	ค่าปกติ	22/6/2566	23/6/2566	24/6/2566	27/6/2566
CBC					
White blood cell	5,000-10,000 Cell/mm3	25,770		18,170	10,970
Segmented Neutrophil	43.7 - 70.9 %	93		88	78
Lymphocyte	20.1 - 44.5 %	3		6	18
Blood chemistry					
K	3.5 - 5.5 mmol/L	3.16	3.20	3.72	
TCO2	22 - 30 mmol/L	20.5	23.6	21.0	
Magnesium	1.6 - 2.6 mg./dl			1.22	1.72



สิ่งที่ตรวจ	ค่าปกติ	22/6/2566	22/6/2566	22/6/2566	23/6/2566
		15.06 น.	17.00 น.	21.00 น.	06.00 น.
Blood lactate	<2 mmol/L	5.7	4.3	3.8	1.4

ภาพถ่ายรังสี

วันที่ 22 มิถุนายน 2566 seen fluid in minor fissure Right Upper Lung

วันที่ 24 มิถุนายน 2566 Progress Right Upper Lung Infiltration

วันที่ 26 มิถุนายน 2566 seen fluid in minor fissure Right Upper Lung ลดลง

วินิจฉัยโรค Pneumonia with Sever Sepsis

สรุปการดำเนินของโรคขณะรับไว้ดูแล

22 มิถุนายน 2566 เวลา 16.30 นาฬิกา แกร็บผู้ป่วยรู้สึกตัวดี อ่อนเพลีย ความดันโลหิต 165/81 mmHg อุณหภูมิ 39.6 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 108 ครั้งต่อนาที หายใจ 22 ครั้งต่อนาที On O₂ Mask with bag 10 LPM ค่าO₂ Saturation 99% on Acetated Ringer's rate 80 cc/hr ได้รับยาปฏิชีวนะ Ceftriaxone 2 gram IV drip Azithromycin 2 tab 2x1 ac จำนวน 5 day ตรวจBlood lactate next 2 hr 4.3 mmol/L ไปเตสซีเอ็ม 3.16 mmol/L รายงานแพทย์ให้ Acetated Ringer's Load 500 ml Elixir KCl 30 ml oral ทุก 4 ชั่วโมง จำนวน 2 ครั้ง แพทย์ Ultrasound IVC ซ้ำ พบปริมาณสารน้ำยังไม่เพียงพอให้ Acetated Ringer's Load 500 ml then rate 80 cc/hr ฟังปอดได้ยิน Crepitation Right lung Intake/Output 3,000 / 550 ml ความดันโลหิต 139/63-160/80 mmHg อุณหภูมิ 38.4 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 96-102 ครั้งต่อนาที หายใจ 22 ครั้งต่อนาที ค่า O₂ Saturation 99%

23 มิถุนายน 2566 อุณหภูมิ 37.5 – 38.1 องศาเซลเซียส หายใจ 20 ครั้งต่อนาที เปลี่ยน O₂ Mask with bag 10 LPM เป็น O₂ Nasal Canular 3 LPM ค่าO₂ Saturation 97-98% Blood lactate 1.4 mmol/L ไปเตสซีเอ็ม 3.20 mmol/L รายงานแพทย์ให้ Elixir KCl 30 ml oral จำนวน 1 dose ความดันโลหิต 178/90 mmHg รายงานแพทย์ให้ยารักษาความดันโลหิตเดิม Losartan 50 mg.2x1 pc Intake/Output 1600/1800 ml

24 มิถุนายน 2566 ผู้ป่วยหายใจเร็วตื่นใช้กล้ามเนื้อหน้าท้องในการหายใจ อัตราการหายใจ 32 ครั้งต่อนาที O₂ Saturation 92% รายงานแพทย์ให้เปลี่ยน O₂ Nasal Canular 3 LPM เป็น On High Flow Nasal Canular 50 LPM FIO₂ 0.4-0.6 % O₂ Saturation 97-98 % อัตราการหายใจ 22-28 ครั้งต่อนาที อุณหภูมิ 38.5 องศาเซลเซียส หยุดยา Ceftriaxone 2 g เปลี่ยนเป็น Meropenem 1 gm. IV ทุก 8 hr. ความดันโลหิต 210/94 mmHg รายงานแพทย์ให้ยา Hydralazine 50 mg. 1 tab oral stat Hydralazine 25 mg. ครั้งละ 2 เม็ด วันละ 3 ครั้งหลังอาหาร ความดันโลหิต 140/80 mmHg ตรวจเลือด Magnesium 1.22 mg/dl แพทย์ให้ 50% MgSO₄ 2 ml + D5W100ml IV drip in 4 hr. วันละ 1 ครั้ง จำนวน 3 วัน

25 มิถุนายน - 30 มิถุนายน 2566 อุณหภูมิ 37.5 - 38 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 88-104 ครั้งต่อนาที หายใจ 22 - 24 ครั้งต่อนาที O₂ Saturation 97- 99 % ปรับลดการทำงานของเครื่อง High Flow Nasal Canular เป็นระยะหยุดการทำงานของเครื่องได้วันที่ 27 มิถุนายน 2566 รวมระยะเวลา 3 วัน เปลี่ยนเป็น On O₂ canular 5 L/min

1 กรกฎาคม ถึง 3 กรกฎาคม 2566 อุณหภูมิ 37-37.5 องศาเซลเซียส หายใจไม่หอบเหนื่อย อัตราการหายใจ 18-20 ครั้งต่อนาที หยุดให้ O₂ canular O₂ Saturation 96-98 % ความดันโลหิต 140/80mmHg จำหน่ายกลับบ้าน 3 กรกฎาคม 2566 รวมระยะเวลาในโรงพยาบาล 11 วัน

การวางแผนการพยาบาล

แบ่งได้ 3 ระยะ ได้แก่ การพยาบาลระยะวิกฤต การพยาบาลระยะดูแลต่อเนื่อง และการพยาบาลระยะวางแผนจำหน่าย สรุปวินิจฉัยทางการพยาบาลดังต่อไปนี้

ระยะวิกฤต

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1 มีการติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง

ข้อมูลสนับสนุน

1. อุณหภูมิร่างกาย 39.6 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 108 ครั้งต่อนาที
2. Blood lactate 5.7 mmol/L WBC 25,770 Cell/mm³ Neutrophil 93%

วัตถุประสงค์ทางการพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากการติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง

เกณฑ์การประเมินผล

1. MAP \geq 65 mmHg. BP \geq 90/60 mmHg อัตราการเต้นของหัวใจ 60-100 ครั้งต่อนาที
2. Blood lactate น้อยกว่า 2 mmol/L
3. ไม่มีอาการแสดงของภาวะ Septic shock ได้แก่ ซึมลง สับสน ตัวลาย (Mottling) ปลายมือปลายเท้าเย็น ปัสสาวะออกน้อยกว่า 0.5 cc/kg. (30 ซีซีต่อชั่วโมง)

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินผู้ป่วยโดยใช้สัญญาณเตือนภาวะวิกฤต NEWS (National Early Warning Sing) ประกอบด้วยอุณหภูมิร่างกาย อัตราการหายใจ ความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัว อัตราการเต้นของหัวใจ ค่าความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือด ระดับความรู้สึกตัว ค่าคะแนน 0-4 แสดงถึงผู้ป่วยยังอยู่ในภาวะปลอดภัยแต่ให้สังเกตประเมินอาการทุก 4 ชั่วโมง ค่าคะแนน 5-6 หรือมีเกณฑ์ข้อใดข้อหนึ่งเท่ากับ 3 คะแนน แสดงถึงผู้ป่วยมีโอกาสเข้าสู่ภาวะวิกฤตให้หาสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยทรุดลงพร้อมแก้ไขเฝ้าระวังสังเกตอาการทุก 1 ชั่วโมง และรายงานแพทย์และหากค่าคะแนนตั้งแต่ 7 ขึ้นไปแสดงถึงผู้ป่วยเข้าสู่ภาวะวิกฤตให้เฝ้าระวังสังเกตอาการอย่างต่อเนื่องทุก 15 นาที และรายงานแพทย์ทันที

2. ประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะ Septic shock ได้แก่ ซึมลง สับสน ตัวลาย (Mottling) ปลายมือปลายเท้าเย็น ปัสสาวะออกน้อย เมื่อพบให้การพยาบาลเบื้องต้นและรายงานแพทย์ทันที

3. ดูแลให้ได้สารน้ำ Acetated Ringer's 500 ml IV อย่างรวดเร็วจำนวน 2 ครั้ง จากนั้นให้ 80 ml/hr. ควบคุมจำนวนหยดของสารน้ำให้ได้ปริมาณครบทุกชั่วโมงอย่างต่อเนื่องตามแผนการรักษาและดูแลตำแหน่งที่ให้สารน้ำหากมีอาการผิดปกติ เช่น ปวดบวมหรือให้ตำแหน่งเดิมครบ 72 ชั่วโมง เปลี่ยนตำแหน่งที่ให้สารน้ำใหม่ทันทีเพื่อป้องกันหลอดเลือดดำอักเสบ

4. ฟังปอด ก่อน/ ขณะ/ หลัง ให้สารน้ำอย่างรวดเร็วเพื่อประเมินภาวะ pulmonary edema

5. เตรียมเครื่อง Ultrasound และช่วยแพทย์ตรวจ IVC เพื่อประเมินความเพียงพอของสารน้ำ

6. ดูแลให้ได้รับยา Ceftriaxone 2 gms. vein drip OD จำนวน 2 วัน เปลี่ยนยาตามแผนการรักษาของแพทย์ Meropenem 1 gm. IV ทุก 8 hr. ดูแลให้ยาปฏิชีวนะใหม่ทันที สังเกตภาวะแทรกซ้อนจากการให้ยา เช่น ปวดบวมแดงบริเวณที่มีการฉีดยา ผื่นคันขึ้นตามตัว ปวดศีรษะ คลื่นไส้อาเจียน ท้องเสีย

7. ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ CBC ผลเพาะเชื้อ เพื่อประเมินผลการดูแลรักษา ถ้าพบผิดปกติรายงานแพทย์ทราบเพื่อแก้ไขปัญหา

8. ตรวจ Blood lactate ซ้ำตามแผนการรักษา หลังจากเจาะครั้งแรก 2 ชั่วโมง และ 6 ชั่วโมง หากพบผลมีค่าเพิ่มขึ้นหรือมากกว่า 4 mmol/รายงานแพทย์

9. บันทึกปริมาณน้ำเข้า/น้ำออกใน 8 ชั่วโมงเพื่อประเมินการทำงานของไต

การประเมินผล

1. MAP 88.33-106.66 mmHg. BP 139/63-160/80 mmHg อัตราการเต้นของหัวใจ 96-102 ครั้งต่อนาที
2. Blood lactate 1.4 mmol/L
3. ไม่มีอาการ ซึมลง สับสน ตัวลาย (Mottling) ปลายมือปลายเท้าเย็น ปัสสาวะออก 75 ซีซีต่อชั่วโมง

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2 การแลกเปลี่ยนก๊าซที่ปอดลดลงจากปอดอักเสบ

ข้อมูลสนับสนุน

1. อัตราการหายใจ 32 ครั้งต่อนาที O₂ Saturation 92 %
2. Breath sound Crepitation right lung
3. ภาพถ่ายรังสีปอดพบ fluid in minor fissure lung crepitation

วัตถุประสงค์ทางการพยาบาล

1. เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ
2. เพื่อลดการติดเชื้อที่ปอด

เกณฑ์การประเมินผล

1. ค่า O₂ Saturation \geq 95 %
2. ไม่มีภาวะพร่องออกซิเจน ได้แก่ ผิวหนังซีด ริมฝีปากเขียวคล้ำ ปลายมือปลายเท้าเขียว วิงเวียนหรือปวดศีรษะ มีเหงื่อออกมาก หายใจเร็วตื่นใจกลัวลมเนื้อ กระสับกระส่าย สับสน มึนงง ซึม
3. อัตราการหายใจ 16 - 20 ครั้งต่อนาที

กิจกรรมการพยาบาล

1. ติดตามประเมินภาวะพร่องออกซิเจน ได้แก่ ผิวหนังซีด ริมฝีปากเขียวคล้ำ ปลายมือปลายเท้าเขียว วิงเวียนหรือปวดศีรษะ มีเหงื่อออกมาก หายใจเร็วตื่นใจกลัวลมเนื้อ กระสับกระส่าย สับสน มึนงง ซึม ประเมินหา สาเหตุของภาวะพร่องออกซิเจนที่เกิดขึ้น เช่น ภาวะของโรครุนแรงขึ้น มีภาวะปอดแฟบ เสมหะเหนียวข้น มีการอุดตันทางเดินหายใจ
2. ประเมินสัญญาณชีพ อาการและอาการแสดงได้แก่รูปแบบการหายใจ การเคลื่อนไหวของทรวงอก ทุก 1 ชั่วโมง และทุก 4 ชั่วโมงเมื่อมีอาการคงที่
3. ดูแลให้ได้รับออกซิเจนและปรับออกซิเจนตามแผนการรักษาและอาการผู้ป่วย โดยเริ่มให้ O₂ Mask with bag 10 LPM อาการทุเลาเปลี่ยนเป็น O₂ Nasal Canular 3 LPM หลังจากนั้นมีอาการหายใจเร็วตื่นใจกลัวลมเนื้อหน้าท้องในการหายใจเปลี่ยนเป็น O₂ High Flow Nasal Canular 50 LPM FIO₂ 0.4 - 0.6 %
4. ตรวจสอบเครื่อง High Flow Nasal Canular การตั้งค่าระดับความเข้มข้นของออกซิเจน (FiO₂) อัตราการไหล (flow rate) ปรับเปลี่ยนตามแผนการรักษา ปรับอุณหภูมิของน้ำในเครื่องทำความชื้น (heated humidifier) ที่อุณหภูมิ 34 องศาเซลเซียส ปรับเพิ่มได้ถึง 37 องศาเซลเซียสหากมีเสมหะเหนียว
5. ตรวจสอบอุปกรณ์ข้อต่อและสายยางไม่ให้หลวมหรือตึงรั้ง และไม่หักพับงอเพื่อป้องกันการรั่ว (Air leak) และการอุดตันการไหลผ่านของออกซิเจน
6. ดูแล circuit ไม่ให้มีหยดน้ำขังขวางการไหลของอากาศ ในขณะที่ใช้งาน High-Flow Nasal Cannula มีการกลั่นตัวเป็นหยดน้ำ (Condense) จากความแตกต่างของอุณหภูมิในสาย circuit และอุณหภูมิห้อง ควรยกสาย circuit ให้สูงเพื่อให้ไอน้ำเข้าสู่ chamber
7. จัดทำอนศิริยะสูง 30-45 องศาเพื่อช่วยให้กระบังลมหย่อนตัวลง ปอดขยายตัวรับออกซิเจนได้มากขึ้น
8. ประเมินเสียงลมหายใจเพื่อประเมินการทำงานของปอดหากมีเสมหะในปอดจะทำให้ได้ยินเสียง rhonchi ให้ผู้ป่วยไอ ขับเสมหะอย่างมีประสิทธิภาพ และวัดค่า O₂ Saturation ตลอดเวลาโดยใช้เครื่องติดตามการทำงานของหัวใจ และสัญญาณชีพ ค่า O₂ Saturation < 95% รายงานแพทย์ทันที
9. เตรียมทีม สถานที่และอุปกรณ์ช่วยเหลือเมื่อเกิดภาวะฉุกเฉินให้มีความพร้อมตลอดเวลา
10. เมื่อผู้ป่วยใช้ High-Flow Nasal Cannula ครบ 48 ชั่วโมง ถ้าไม่มีข้อบ่งชี้ที่จำเป็นในการใช้ สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ ลักษณะของการหายใจ ไม่มีการหายใจหอบเหนื่อย ไม่มีการใช้กล้ามเนื้อทรวงอกหรือหน้าท้องช่วยในการหายใจ พยาบาลประเมินร่วมกับแพทย์ พิจารณาปรับลด FiO₂ < 0.40 ปรับลด total flow rate ทุก 1-4 ชั่วโมง จนเหลือ total flow rate < 25 ลิตรต่อนาที แล้วจึงเปลี่ยนไปใช้ low flow nasal cannula

การประเมินผล

1. ค่า O₂ Saturation 97-98 %
2. ไม่มีภาวะพร่องออกซิเจน ไม่มีอาการผิวหนังซีดริมฝีปากเขียวคล้ำ ปลายมือปลายเท้าเขียว วิงเวียนหรือปวดศีรษะ มีเหงื่อออกมาก หายใจเร็วตื่นใช้กล้ามเนื้อ กระสับกระส่าย สับสน มึนงง ซึม
3. อัตราการหายใจ 20 - 22 ครั้งต่อนาที

ระยะต่อเนื่อง

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 3 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนจากได้รับออกซิเจนผสมอากาศอัตราการไหลสูงทางจมูก

ข้อมูลสนับสนุน ผู้ป่วย On High Flow Nasal Canular 50 LPM FIO₂ 0.4 - 0.6

วัตถุประสงค์ทางการพยาบาล ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการใช้ High Flow Nasal Canular

เกณฑ์การประเมินผล ผู้ป่วยไม่เกิดบาดแผลบริเวณจมูก ท้องไม่อืด

กิจกรรมการพยาบาล

1. อธิบายความสำคัญ และเหตุผลความจำเป็นในการรักษาเพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจและให้ความร่วมมือในการรักษาไม่ดึง nasal prong ออกจากจมูก
2. เลือก nasal cannula ที่มีขนาดระยะห่างระหว่าง nasal prong 2 ข้างพอดี กับรูจมูก และมีขนาดของท่อ nasal prong ประมาณครึ่งหนึ่งของรูจมูก เพื่อให้สะดวกในการระบายก๊าซ คาร์บอนไดออกไซด์ และความดันบวกที่สูงเกินไปออกสู่ภายนอก
3. จัดตำแหน่งของ cannula ให้อยู่บริเวณกึ่งกลาง ใส่สายให้สุดรูจมูก ปลายโค้งคว่ำไปทางด้านหลังของจมูกเพื่อป้องกันการกระคายเคืองต่อโพรงจมูก ให้ออกซิเจนที่มีความร้อนผ่านเข้าสู่ทางเดินหายใจได้สะดวก ความร้อนไม่สะสมบริเวณโพรงจมูก ไม่เกิดการควบแน่นของน้ำ
4. ประเมินอุปกรณ์รัดตรึง (fixation device) ดูแลสายรัด nasal cannula ไม่ให้รัดแน่นหรือหลวมเกินไป ขยับสายรัดเป็นระยะ ทุก 2 - 4 ชั่วโมง เพื่อให้ไม่เกิดการกดทับตลอดเวลา

การประเมินผล

ผู้ป่วยไม่เกิดบาดแผลบริเวณจมูก ท้องไม่อืด

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 4 ผู้ป่วยมีความดันโลหิตสูง

ข้อมูลสนับสนุน ความดันโลหิตสูง 210/94 mmHg

วัตถุประสงค์ทางการพยาบาล ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่อันตรายจากความดันโลหิตสูง

เกณฑ์การประเมินผล

1. ระดับความดันโลหิตไม่เกิน 140/90 mmHg
2. ระดับความรู้สึกตัวปกติ Glasgow Coma Score (GCS) 15คะแนน
3. ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง ได้แก่ แขนขาอ่อนแรง ตาพร่ามัว

กิจกรรมพยาบาล

1. ประเมินระดับความดันโลหิตทุก 1 ชั่วโมงและทุก 4 ชั่วโมงเมื่อมีอาการคงที่ ถ้าพบความดันโลหิตมากกว่า 140/90 mmHg ค้นหาสาเหตุ เช่น ความเครียดและวิตกกังวล ดูแลแก้ไข รายงานแพทย์
2. ประเมินอาการและอาการแสดงของความดันโลหิตสูงเช่น ปวดศีรษะมาก ตาพร่ามัว คลื่นไส้อาเจียน แขนขาอ่อนแรง ถ้าพบรีบรายงานแพทย์
3. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยา Hydralazine 50 mg. 1 tab oral stat สังเกตผลข้างเคียงได้แก่ท้องเสีย ปวดศีรษะ คลื่นไส้อาเจียน มีภาวะหัวใจเต้นเร็ว ความดันโลหิตต่ำ
4. ดูแลให้ผู้ป่วยนอนพักบนเตียง งดกิจกรรมเพื่อลดความดันโลหิต

5. แนะนำจำกัดปริมาณเกลือและโซเดียมในอาหาร บริโภคโซเดียมที่เหมาะสมคิดเป็นเกลือป่นไม่เกินวันละ 1 ช้อนชา (2 กรัม) การเตรียมอาหารไม่ควรเติมเกลือหรือเครื่องปรุงรสที่ทำจากเกลือเช่นซุบก้อน ผงชูรส หลีกเลี่ยงอาหารที่ปรุงสำเร็จที่มีเกลือสูง เช่น ไส้กรอก อาหารกึ่งสำเร็จรูป เพื่อลดปริมาณน้ำในกระแสเลือดลดแรงดันเลือดไปสู่หลอดเลือดหัวใจ

การประเมินผล

1. ระดับความดันโลหิต 140/80 mmHg
2. ระดับความรู้สึกตัวปกติ Glasgow Coma Score (GCS) 15คะแนน
3. กำลังแขนขาปกติ ตาไม่พร่ามัว

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 5 ผู้ป่วยมีภาวะเสียสมดุลของเกลือแร่ในร่างกาย

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผลการตรวจเกลือแร่โปแตสเซียม 3.16 mmol/L แมกนีเซียมต่ำ 1.22 mg/dl
2. ผู้ป่วยอ่อนเพลีย ไม่มีแรง

วัตถุประสงค์ทางการพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยมีภาวะสมดุลของเกลือแร่ในร่างกาย

เกณฑ์การประเมินผล

1. ระดับเกลือแร่อยู่ในเกณฑ์ปกติ โปแตสเซียม 3.5 - 5.5 mmol/L แมกนีเซียม 1.6 – 2.6 mg/dl
2. ไม่มีอาการแสดงระดับเกลือแร่ต่ำ ได้แก่ กล้ามเนื้ออ่อนแรงเกร็ง สั่น กระตุก หรือหดเกร็ง เหน็บชา เป็นตะคริว สับสน เวียนศีรษะอย่างรุนแรง
3. คลื่นไฟฟ้าหัวใจปกติ อัตราการหายใจ 16-20 ครั้งต่อนาที อัตราการเต้นของหัวใจ 60-100 ครั้งต่อนาที

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินอาการและอาการแสดงของผู้ป่วยที่มีภาวะโปแตสเซียมต่ำ ได้แก่ กล้ามเนื้ออ่อนแรงสับสน กระสับกระส่าย ระดับความรู้สึกตัวลดลง ซึม และแมกนีเซียมต่ำ ได้แก่ อ่อนเพลีย สับสน เวียนศีรษะอย่างรุนแรง เหน็บชา เป็นตะคริว กล้ามเนื้ออ่อนแรงเกร็ง สั่น กระตุก หรือหดเกร็ง
2. ประเมินสัญญาณชีพ โดยเฉพาะอัตราการเต้นของหัวใจ สังเกตคลื่นไฟฟ้าหัวใจ หากพบว่ามี T wave สูงกว่าปกติ และมี QRS Complex กว้างผิดปกติ รายงานแพทย์ทราบ
3. ดูแลให้เกลือแร่ตามแผนการรักษา Elixir KCl 30 cc oral ทุก 4 ชั่วโมง จำนวน 2 ครั้ง 50% MgSO₄ 4 ml ผสม 5% DW 100 ml IV drip 4 ชั่วโมง จำนวน 3 วัน ควบคุมการไหลของสารน้ำผ่านเครื่อง Infusion pump เฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์จากยา ได้แก่ ท้องเสีย คลื่นไส้ อาเจียน กดระบบประสาทส่วนกลาง กดระบบการทำงานของกล้ามเนื้อ (deep tendon reflex ลดลง) ระบายน้ำ ร้อน เหงื่อออก มีนงง สับสน
4. ติดตามผลการตรวจเกลือแร่ในเลือดเพื่อประเมินผลการดูแลรักษา
5. แนะนำให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารที่มีเกลือแร่สูง ได้แก่ ถั่วและเมล็ดพืช ผักใบเขียว นม และผลิตภัณฑ์จากนม ก๋วยเตี๋ยว กล้วย มะเขือเทศ หัวปลี

การประเมินผล

1. ระดับเกลือแร่ โปแตสเซียม 3.72 mmol/L แมกนีเซียมปกติ 1.72 mg/dl
2. ระดับความรู้สึกปกติ ไม่มีอาการกล้ามเนื้ออ่อนแรงเกร็ง สั่น กระตุก หรือหดเกร็ง เหน็บชา เป็นตะคริว สับสน เวียนศีรษะอย่างรุนแรง
3. คลื่นไฟฟ้าหัวใจปกติ สัญญาณชีพปกติ ได้แก่ อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที อัตราการเต้นของหัวใจ 60-98 ครั้งต่อนาที

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 6 ผู้ป่วยและครอบครัวมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วย

ข้อมูลสนับสนุนทางการพยาบาล

1. ผู้ป่วยและครอบครัววิตกกังวล และสอบถามเกี่ยวกับอาการผู้ป่วยบ่อยครั้ง
2. ผู้ป่วยบอกไม่เคยได้รับออกซิเจนแบบ High Flow Nasal Canular

วัตถุประสงค์การพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวคลายความวิตกกังวล

เกณฑ์การประเมินผล ผู้ป่วยและครอบครัวบอกว่าคลายวิตกกังวลและให้ความร่วมมือในการรักษา

กิจกรรมพยาบาล

1. สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยและครอบครัวโดยการพูดคุย รับฟังความคิดเห็นและความกังวลใจพร้อมให้ข้อมูลเกี่ยวกับพยาธิสภาพของโรค การดำเนินของโรค แผนการรักษาของแพทย์
2. แจ้งให้ผู้ป่วยและครอบครัวทราบก่อนและหลังให้การพยาบาลทุกครั้งพร้อมทั้งอธิบายเหตุผลในการทำกิจกรรมการพยาบาลต่างๆ
3. แนะนำเทคนิคการผ่อนคลายโดยการหายใจเข้าลึกๆและหายใจออกช้าๆ กลั้นไว้ชั่วครู่แล้วจึงหายใจออก การหายใจแบบนี้จะช่วยให้ออกซิเจนมากขึ้น ทำให้สมองแจ่มใส ร่างกายกระปรี้กระเปร่า
4. ให้ครอบครัวเฝ้าดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดได้ตลอดเวลา มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย แนะนำสังเกตอาการผิดปกติ เช่น หายใจเร็ว กระสับกระส่าย สับสน มึนงง ซึม ให้รีบแจ้งพยาบาล
5. ประสานให้ทีมแพทย์ผู้รักษาให้ข้อมูลเกี่ยวกับการดำเนินของโรคและแนวทางการรักษา
6. ตรวจสอบอาการเป็นระยะ และพูดคุยทักทาย ให้กำลังใจ

ประเมินผล

ผู้ป่วยและครอบครัวคลายวิตกกังวล

ระยะวางแผนจำหน่าย

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 7 ผู้ป่วยและครอบครัวขาดความรู้ในการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับโรคปอดอักเสบ

ข้อมูลสนับสนุน ผู้ป่วยและครอบครัวซักถามการดูแลตนเองเมื่อกลับไปอยู่บ้าน

วัตถุประสงค์การพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับความรู้ สามารถปฏิบัติตัวได้อย่างเหมาะสม

เกณฑ์การประเมินผล ผู้ป่วยและครอบครัวมีความรู้ สามารถตอบคำถามได้ถูกต้อง

กิจกรรมการพยาบาล

วางแผนจำหน่ายตามรูปแบบ D-METHOD และประเมินอาการและอาการแสดง วัตถุประสงค์ก่อนกลับบ้าน

1. D Diagnosis ผู้ป่วยได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคปอดอักเสบ สาเหตุจากการสูดละอองเชื้อโรคเข้าปอด อาการจะมาด้วยอาการ ไข้ ไอ เจ็บหน้าอกและหอบเหนื่อย เมื่อมีอาการดังกล่าวให้รีบมาโรงพยาบาล
2. M Medicine : ผู้ป่วยได้รับยาปฏิชีวนะครบขณะรักษาตัวในโรงพยาบาล ยาที่ได้รับกลับบ้านเกี่ยวกับโรคประจำตัว โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน ไขมันในเลือดสูง แนะนำให้รับประทานยาให้ถูกต้องครบถ้วน อย่างต่อเนื่อง เมื่อมีอาการเจ็บป่วยควรพบแพทย์ไม่ซื้อยารับประทานเอง
3. E Environment : จัดสิ่งแวดล้อมให้อากาศถ่ายเทได้สะดวก สะอาด หลีกเลี่ยงสถานที่แออัด
4. T Treatment : เมื่อเป็นโรคหวัด ควรได้รับการรักษาเพื่อไม่ให้เชื้อโรคลูกกลามไปที่ปอด สังเกตอาการผิดปกติได้แก่ มีไข้ ไอ เจ็บหน้าอก หายใจเหนื่อยหอบ ให้มาพบแพทย์ทันที
5. H Health : การฟื้นฟูสมรรถภาพปอด สอนหายใจที่มีประสิทธิภาพ หายใจเข้าทางรูจมูกช้าๆ ให้เต็มปอด กลั้นลมหายใจ 2 – 3 วินาที แล้วจึงหายใจออกทางปากช้าๆ
6. O Out Patient referral : ให้มาตรวจตามนัดอีก 1 สัปดาห์หลังกลับบ้าน ตรวจเลือดดูระดับน้ำตาล การทำงานของไต ระดับเกลือแร่โดยไม่ต้องงดอาหารและเอกซเรย์ปอด หากมีอาการผิดปกติก่อนนัดให้กลับมาพบแพทย์
7. D Diet : รับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ อาหารย่อยง่าย ลดอาหารมัน ควรเคี้ยวอาหารให้ละเอียดดื่มน้ำชาๆ ตั้งใจกลืนเพื่อป้องกันการสำลักอาหาร

ประเมินผล

ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถตอบคำถามได้ถูกต้อง

สรุปกรณีศึกษา

ผู้ป่วยหญิง อายุ 69 ปี มีโรคประจำตัวเป็นเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ไชมันในเลือดสูง มาโรงพยาบาลด้วย มีไข้สูง หายใจไม่สะดวก อ่อนเพลียมากก่อนมาโรงพยาบาล 6 ชั่วโมง หายใจเหนื่อย อัตราการหายใจ 24 ครั้งต่อนาที O₂Saturation 92 % อุณหภูมิร่างกาย 39.5 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 122 ครั้งต่อนาที Blood lactate 5.7 mmol/L Breath sound Crepitation right lung ภาพถ่ายรังสีปอด พบ Fluid ได้รับการวินิจฉัย Pneumonia with Sever Sepsis ได้รับการรักษาตามแนวทางปอดอักเสบ และการติดเชื้อในกระแสเลือด รักษาในโรงพยาบาลระหว่าง วันที่ 22 มิถุนายน 2566 – 3 กรกฎาคม 2566 รวมวันนอน 11 วัน

ขณะรักษาตัวที่ตึกผู้ป่วยในหญิง ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี มีภาวะออกซิเจนในร่างกายต่ำ O₂Saturation 92 % อัตราการหายใจ หอบเหนื่อย 32 ครั้งต่อนาที เปลี่ยนออกซิเจนเป็น On oxygen High Flow Nasal Canular 50 LPM FIO₂0.4-0.6 T35 °C เปลี่ยนยา ปฏิชีวนะทางหลอดเลือดดำ ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ มีภาวะความดันโลหิตสูง เกลือแร่ โปแตสเซียม และแมกนีเซียมต่ำ ได้รับการรักษาความดันโลหิตสูง และให้เกลือแร่ จนอยู่ในระดับปกติ ปรับลดการทำงานของ oxygen High Flow Nasal Canular และ เปลี่ยนออกซิเจนเป็น O₂ Nasal Canular จนสามารถหยุดการใช้ออกซิเจนได้ O₂Saturation 96-98% หลังการรักษาผู้ป่วยไม่มีไข้ หายใจไม่หอบเหนื่อย ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคปอดอักเสบและการติดเชื้อในกระแสเลือด เพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ และอาการที่ควรรีบมาโรงพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคที่อาจรุนแรงขึ้นได้ มีการนัดติดตามอาการ 1 สัปดาห์

วิจารณ์และข้อเสนอแนะ

จากกรณีศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยปอดอักเสบที่มีการติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง เป็นโรคที่มีพยาธิสภาพรุนแรง ร่วมกับผู้ป่วยเป็นผู้สูงอายุ มีโรคประจำตัวเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไชมันในเลือดสูง พยาบาลต้องมีทักษะที่ดีในการประเมิน เฝ้าสังเกตอาการผู้ป่วย วางแผนให้การพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพ ประสานงานกับสหสาขาวิชาชีพ และการจัดเตรียมอุปกรณ์ ช่วยเหลือฉุกเฉินให้พร้อมใช้งาน ผู้ศึกษาจึงมีข้อเสนอแนะ ดังนี้

1. ปรับปรุงแนวทางและพัฒนาศมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในการพยาบาลผู้ป่วยปอดอักเสบที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงทุกปีเพื่อให้มีแนวทางและสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยได้ตามหลักวิชาการที่ทันสมัย
2. จัดให้มีการนิเทศติดตามการปฏิบัติตามแนวทางเพื่อให้บริการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ

สรุป

โรคปอดอักเสบที่มีการติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง เป็นภาวะวิกฤตของผู้ป่วยส่งผลเกิดการหายใจล้มเหลว เสี่ยงต่อเสียชีวิตสูง การเฝ้าระวังติดตามอาการเปลี่ยนแปลงอย่างใกล้ชิด การตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงที่รวดเร็ว ช่วยให้ผู้ป่วย ปลอดภัยจากภาวะวิกฤตได้ พยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการประเมินผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤตได้ถูกต้องแม่นยำ เพื่อนำมาวางแผน ให้การพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งมีการประสานทีมสหสาขาวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่แรกรับจนจำหน่าย รวมทั้งมีสมรรถนะในการใช้เครื่องให้ออกซิเจนผสมอากาศอัตราการไหลสูงทางจมูกเพื่อประคับประคองการหายใจให้ได้รับออกซิเจน อย่างเพียงพอเพื่อให้ปอดเข้าสู่ระยะฟื้นตัวได้

เอกสารอ้างอิง

1. สุทัศน์ รุ่งเรืองหิรัญญา, รัฐภูมิ ชามพูนท. Respiratory Support in the I.C.U. วารสารเวชบำบัดวิกฤต. 2556. [online]. [เข้าถึงเมื่อ 20 กันยายน 2566]. Available from: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/coc/article/view/253446>
2. อุไร มิตรปราสาท. การพยาบาลผู้ป่วยปอดอักเสบที่มีภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลันร่วมกับมีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด. วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อม. 2563. [online]. [เข้าถึงเมื่อ 20 กันยายน 2566]. Available from: <https://so06.tci-thaijo.org/index.php/hej/article/view/252892>
3. เพชรรุ่ง อัฐรัตน์. การพยาบาลผู้ป่วยปอดอักเสบที่มีภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม. 2562. [online]. [เข้าถึงเมื่อ 20 กันยายน 2566]. Available from: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/MKHJ/article/view/226309>



4. อินทร์ทิวา ยิ้มประสิทธิ์, จุฬณี สังเกตชน. ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมารับการรักษาซ้ำหลังการจำหน่ายในผู้ป่วยโรคปอดอักเสบชุมชนภายหลังจากที่ได้รับการจำหน่ายออกจากแผนกเวชศาสตร์ฉุกเฉิน โรงพยาบาลวชิรพยาบาล. วชิรเวชสารและวารสารเวชศาสตร์เขตเมือง. 2564. [online]. [เข้าถึงเมื่อ 3 ตุลาคม 2566]. Available from: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/VMED/article/view/249068>
5. ณัฐยา ระวิงทอง. การพยาบาลผู้ป่วยปอดอักเสบที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อ. [online]. [เข้าถึงเมื่อ 20 กันยายน 2566]. Available from: <http://www.inb.moph.go.th/MyPDF/14.pdf>
6. ชีโนรส วงศ์ธิดา. การศึกษาประสิทธิภาพจากการการใช้สัญญาณเตือนภาวะวิกฤตในการคัดกรองผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาลชุมชน. วารสารระบบบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว. 2563. [online]. [เข้าถึงเมื่อ 23 ตุลาคม 2566]. Available from: <https://so03.tci-thaijo.org/index.php/PCFM/article/view/245313>
7. Usman OA, Usman AA, Ward MA. Comparison of SIRS, qSOFA, and NEWS for the early identification of sepsis in the Emergency Department. American Journal of Emergency Medicine. [Internet]. 2019 Aug [cited 2023 Oct 28];37(8):1490–7. Available from: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=137824892&site=ehost-live>
8. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกำแพงเพชร . HDC on count. [online]. [เข้าถึงเมื่อ 3 ตุลาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://kpo.moph.go.th/webkpo>
9. ศูนย์ข้อมูลโรงพยาบาลคลองขลุง. ข้อมูลผู้ป่วยปอดอักเสบ ปี 2563-2566. [ฐานข้อมูลHOSxP]. 2566. [เข้าถึงเมื่อ 2 กันยายน 2566]. เข้าถึงได้จาก: HOSxP SQL Query.



End-of-Life Care Nursing for End-Stage Renal Disease Patients : A Case study

Katesirin Phalert, B.N.S*

Abstract

Introduction : End-of-life care for end-stage renal disease (ESRD) patients opting for palliative treatment requires the adaptation of a constrained care approach. This is crucial in providing patients and families the opportunity to participate in advance care planning, ensuring a peaceful passing for the patient.

Objective : This study aims to establish a guideline for delivering constrained care nursing to end-stage renal disease patients in their final stages.

Case study : The case involves a 70-year-old married male, a non-working individual with chronic kidney disease (CKD) stage 5, diabetes (DM), and hypertension (HT). His daughter primarily cares for him. Despite a referral to consult on kidney replacement therapy, the patient declined due to physical unpreparedness. The medical advice suggested constrained care at a local hospital. Initial Patient Performance Status (PPS) evaluation revealed 50%. A family meeting was conducted to plan advance care. Nursing issues encountered included respiratory distress due to fluid overload, weakness from anemia and reduced food intake, discomfort from abdominal pain and body aches, family incapacity to manage disease-related symptoms, and emotional distress due to the patient's terminal condition. The nursing care provided followed palliative standards, relieving the patient's suffering until a peaceful end, spanning 128 days.

Conclusion : Nursing in end-of-life care plays a pivotal role in the palliative management of end-stage renal disease patients. Collaborating with interdisciplinary teams, from assessment to prioritizing issues, addressing physical and emotional needs, allows patients to access services from the outset, aiding their transition into end-of-life phases appropriately.

Keywords : Palliative nursing, End stage chronic kidney disease

* Professional nurse Nursing work for Outpatient work Bueng Samakkhi Hospital, Kamphaeng Phet Province

การพยาบาลแบบประคับประคองในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย : กรณีศึกษา

เกษศิริรินทร์ ผาเลิศ, พย.บ.*

บทคัดย่อ

บทนำ : การพยาบาลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่เลือกการรักษาแบบประคับประคอง จำเป็นต้องนำแนวคิดการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองมาปรับใช้ในเพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมวางแผนดูแลล่วงหน้าและให้ผู้ป่วยเสียชีวิตอย่างสงบ

วัตถุประสงค์ : เพื่อเป็นแนวทางในการให้การพยาบาลแบบประคับประคองในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย

กรณีศึกษา : ผู้ป่วยเพศชาย อายุ 70 ปี สถานภาพสมรสคู่ ไม่ได้ประกอบอาชีพ บุตรสาว เป็นผู้ดูแลหลัก มีโรคประจำตัว DM , HT , CKD stage 5 รักษาต่อเนื่องที่โรงพยาบาลบึงสามัคคี เคย refer ไปโรงพยาบาลกำแพงเพชร พบอายุรแพทย์เพื่อปรึกษาเรื่องการบำบัดทดแทนไต แต่ผู้ป่วยไม่สามารถทำได้เนื่องจากความไม่พร้อมของร่างกาย และผู้ป่วยปฏิเสธที่จะให้การรักษาแบบบำบัดทดแทนไต แพทย์แนะนำให้รักษาดูแลแบบประคับประคองที่โรงพยาบาลใกล้บ้าน แรกเริ่มประเมินผู้ป่วย PPS= 50 % มีการประสานทีมและนัดญาติทำ Family meeting มีแผนการดูแลล่วงหน้า (ACP) พบปัญหาทางการพยาบาล ได้แก่ 1.มีอาการหายใจเหนื่อยจากภาวะน้ำเกินในร่างกายเนื่องจากไตทำงานได้ลดลง 2.ผู้ป่วยอ่อนเพลียเนื่องจากภาวะซีดและรับประทานอาหารได้น้อยลง 3.ผู้ป่วยไม่สุขสบายจากอาการปวดจุกแน่นท้อง และปวดตามร่างกาย 4.ญาติขาดความสามารถในการจัดการกับอาการต่างๆ ที่เป็นผลจากพยาธิสภาพของโรค และ 5.ญาติมีภาวะเศร้าโศกเสียใจเนื่องจากผู้ป่วยเข้าสู่วาระสุดท้ายของชีวิต ผลลัพธ์ของการดูแลผู้ป่วยได้รับการดูแลตามมาตรฐานการพยาบาลแบบประคับประคองในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายทำให้ผู้ป่วยได้รับการบรรเทาจากอาการเจ็บป่วยและความทุกข์จากภาวะของโรค จนผู้ป่วยเสียชีวิตอย่างสงบ รวมระยะเวลาที่ให้การดูแล 128 วัน

สรุปผลกรณีศึกษา : บทบาทพยาบาลผู้ป่วยนอกเป็นส่วนที่สำคัญในการพยาบาลแบบประคับประคองในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายร่วมกับสหสาขาวิชาชีพ นับตั้งแต่การประเมิน การคัดกรอง จัดลำดับความรุนแรงของปัญหา การให้การพยาบาลทางด้านร่างกายและจิตใจ ซึ่งจะช่วยให้อุปการะสามารถเข้าถึงบริการตั้งแต่แรก และสามารถปรับตัวยอมรับเมื่อเข้าสู่ช่วงการเปลี่ยนผ่านสู่ระยะท้ายอย่างเหมาะสม

คำสำคัญ : การพยาบาลแบบประคับประคอง, โรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ งานการพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลบึงสามัคคี จังหวัดกำแพงเพชร

บทนำ

โรคไตเรื้อรัง (Chronic Kidney Disease) เป็นโรคที่พบบ่อยและเป็นปัญหาด้านสาธารณสุขของประเทศไทย เป็นโรคเรื้อรังที่รักษาไม่หายขาด จำเป็นต้องรักษาอย่างต่อเนื่อง และมีค่าใช้จ่ายที่สูงมากโดยเฉพาะเมื่อเข้าสู่ไตเรื้อรังระยะสุดท้าย (End Stage Renal Disease : ESRD) จะมีผลกระทบต่อผู้ป่วยและครอบครัว ทั้งในด้านระยะเวลาการรอดชีพ คุณภาพชีวิต ชีวิตความเป็นอยู่ การเงิน ผลกระทบจากการรักษา อาการทางกาย และ จิตใจ¹ การรักษาโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย^{2,3} ประกอบด้วย 1) การบำบัดทดแทนไต และ 2) การรักษาแบบประคับประคอง การรักษาแบบประคับประคอง (Palliative care) เป็นแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มีความเจ็บป่วยในระยะสุดท้าย โดยมีเป้าหมายเพื่อลดภาวะแทรกซ้อน ควบคุมอาการทุกข์ทรมานที่เกิดขึ้นจากภาวะไตวาย และพยายามคงสภาพการทำงานของไตในส่วนที่เหลือ โดยผู้ป่วยกลุ่มนี้จะมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนและจะเข้าสู่ระยะสุดท้ายได้เร็วกว่าผู้ป่วยที่รักษาด้วยการบำบัดทดแทนไต ความรุนแรงของอาการจะมากกว่าเนื่องจากร่างกายไม่สามารถขับของเสียออกจากร่างกายได้ การรักษาแบบประคับประคองจะเป็นการตัดสินใจและการวางแผนร่วมกันระหว่างผู้ป่วย ญาติ และบุคลากรทางการแพทย์ และรูปแบบการดูแลผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้าย⁴ ที่รักษาแบบประคับประคองจะเน้นการส่งเสริมการดูแลตนเองและผู้อื่น ดังนั้นเมื่อผู้ป่วยและครอบครัวตัดสินใจเลือกการรักษาแบบประคับประคองต้องได้รับคำแนะนำและการดูแลสนับสนุนจากสหสาขาวิชาชีพที่เหมาะสม

จากข้อมูลสถิติผู้ป่วยของโรงพยาบาลบึงสามัคคี ในปี พ.ศ. 2563-2565 มีจำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่รับบริการ จำนวน 13, 17 และ 21 รายตามลำดับ ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น และจำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ปฏิเสธการบำบัดทดแทนไต (Renal Replacement Therapy) และเลือกการรักษาแบบประคับประคองคิดเป็น 52.6, 27.6 และ 17.5 ตามลำดับ⁵ และผลทบทวนพบว่าแนวการพยาบาลแบบประคับประคองในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายยังไม่เป็นแนวทางเดียวกัน ทำให้ผู้ป่วยยังไม่ได้รับการประเมินปัญหาและวางแผนการพยาบาล

ทักษะความเชี่ยวชาญของพยาบาลในการดูแลแบบประคับประคองมีความสำคัญ เนื่องจากต้องประเมินปัญหาผู้ป่วยและครอบครัวที่ครอบคลุมทุกมิติในการดูแลร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ และมีการประยุกต์โดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ให้การปฏิบัติการพยาบาลที่เหมาะสมกับความต้องการของผู้ป่วย ด้วยเหตุผลที่กล่าวมา ผู้ศึกษาจึงสนใจการพยาบาลแบบประคับประคองในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย จำนวน 1 รายและได้นำกระบวนการพยาบาลมาใช้ในการดูแลผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ถูกต้องครอบคลุม และต่อเนืองตามมาตรฐานการดูแลที่ดีที่สุดที่เป็นแนวทางเดียวกัน อันก่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดแก่ผู้ป่วยและครอบครัวต่อไป การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นแนวทางในการให้การพยาบาลแบบประคับประคองในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย

กรณีศึกษา

ผู้ป่วยเพศชาย อายุ 70 ปี สถานภาพสมรสคู่ ไม่ได้ประกอบอาชีพ บุตรสาว เป็นผู้ดูแลหลัก

อาการสำคัญ

ปวดจุกท้อง หายใจเหนื่อย 4 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน ผู้ป่วยเป็น CKD stage 5 รักษาต่อเนื่องที่โรงพยาบาลบึงสามัคคี

1 เดือนได้ refer ไปโรงพยาบาลกำแพงเพชร พบอายุรแพทย์เพื่อปรึกษาเรื่องการบำบัดทดแทนไต แต่ผู้ป่วยไม่สามารถทำได้เนื่องจากความไม่พร้อมของร่างกาย และผู้ป่วยปฏิเสธที่จะให้การรักษาแบบบำบัดทดแทนไต แพทย์แนะนำให้รักษาตามอาการ รับประทานยารักษาประจำตัว และให้การดูแลแบบประคับประคองที่โรงพยาบาลใกล้บ้าน

2 วันก่อนมาโรงพยาบาล มีอาการปวดทั่วท้องเป็นพักๆ

4 ชั่วโมงก่อนมีอาการปวดท้องมากขึ้นและมีหายใจเหนื่อยจึงนำส่งโรงพยาบาล

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต

ผู้ป่วยมีโรคประจำตัว DM และ HT รับการรักษาต่อเนื่องที่โรงพยาบาลบึงสามัคคี มา 20 ปี โดยเป็นผู้ป่วยกลุ่ม Un control และเริ่มป่วยเข้าสู่ระยะ CKD stage 3 เมื่อปี พ.ศ. 2560 เข้ารับการรักษาที่คลินิกชะลอไตเสื่อมของโรงพยาบาลบึงสามัคคีอย่างต่อเนื่อง ปฏิเสธการแพทย์และสารเคมี ปฏิเสธการสูบบุหรี่ และการดื่มสุรา



การประเมินสภาพร่างกายตามระบบ

รูปร่างทั่วไป : รูปร่างผอม น้ำหนัก 45 กิโลกรัม สูง 155 เซนติเมตร BMI= 18.72 kg/m²

สัญญาณชีพ : BT= 37.1 °C ,PR= 102/min regular ,RR= 20/min, BP= 140 /80 mmHg.

ระบบประสาท : พูดคุย ตอบคำถามได้ ไม่สับสน E4M6V5 GCS=15 คะแนน pupil 3 min React both eyes

ผิวหนัง : ผิวสองสี ไม่มีฟกช้ำ ไม่มีผื่นคัน ผิวแห้ง mild skin turgor

ศีรษะและใบหน้า : ผมสีขาวย แขนงสีดำ ศีรษะไม่มีบาดแผล ตา 2 ข้างสมมาตรกัน บอกรวมมองเห็นแต่ไม่ชัด เปลือกตาไม่ซีดทั้ง 2 ข้าง ไบฮู จมูก ปาก มีแก้มตอบ อ้าปากหุบปากได้ปกติ กัมเมย และเอี้ยวศีรษะได้

ทรวงอกและการหายใจ : หายใจสม่ำเสมอ 18-20 ครั้งต่อนาที ค่า O₂ sat room air 97 %

หัวใจและหลอดเลือด : ชีพจร 100-102 ครั้ง/นาที regular ไม่มีเส้นเลือดที่คอโป่ง

ช่องท้องและทางเดินอาหาร : คล้ำทั่วหน้าท้องอืดเล็กน้อย pain score 5 คะแนน เมื่อกดแน่นตึงบริเวณชายโครงด้านขวา การเคลื่อนไหวของลำไส้ปกติ ถ่ายอุจจาระปกติ

ระบบอวัยวะสืบพันธุ์ : ปกติ

ระบบกล้ามเนื้อและกระดูก : เท้าบวม pitting edema+1 กล้ามเนื้อขา 2 ข้างอ่อนข้ำงลีบ ช่วยเหลือตัวเองได้บนเตียง

การประเมินสภาพจิตใจและสังคม : มีสีหน้าไม่สุขสบาย อ่อนเพลีย มีบุตรสาวดูแลให้ความช่วยเหลือ

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่สำคัญ

รายการ	ค่าปกติ	2 ก.ย. 65	20 ต.ค. 65
CBC :			
- WBC	5-10 x 10 ³ cell/mm ²	9,800	12,000
- RBC	4.0 -5.5 x 10 ⁶ cell/mm ³	340,000	320,000
- HCT	37-47%	21	18
- Neutrophil	43.7-70.9 %	84	79
- Hemoglobin	12-16 mg%	7.13	8.19
- Platelet count	1.5-4 x 10 ⁶ cell/mm ³	173,000	180,000
Biochemistry			
- Cr	0.51-0.95 mg/dl	9.12	11.12
- eGFR	>90 cc/min/1.7m	8.40	10.2
Electrolyte			
- Na	135-148 mEq/L	129	132.1
- K	3.7-5.3 mEq/L	3.42	4.02
- Cl	95-105mEq/L	103.8	101
- CO2	25-32mEq/L	24.8	25.5
Chest X-ray PA Upright	normal	Mild pulmonary congestion	

การวินิจฉัยโรค : ESRD with Pulmonary edema Underlying DM type2,HT

การดำเนินของโรคขณะรับไว้ในความดูแล

วันที่ 31 กรกฎาคม 2565 มาด้วยอาการปวดท้องน้อย ปัสสาวะออกน้อย แพทย์ตรวจเยื่ยมอาการให้ retained foley's cath พบ residual urine 100 ml และให้ Lasix 250 mg. IV แพทย์พิจารณา admit แต่ญาติขอกลับไปดูแลที่บ้านเนื่องจากไม่มีใครดูแล จึงแนะนำอาการผิดปกติที่ต้องมา โรงพยาบาลและการปฏิบัติตัว โดยเฉพาะเรื่องการจำกัดน้ำดื่ม < 800 ml/day

วันที่ 10 สิงหาคม 2565 มาด้วยเวียนศีรษะ บ้านหมุน อ่อนเพลีย และปวดจุกท้อง เจาะ Dtx = 180 mg% แพทย์ตรวจเย็บมอการให้ Omeprazole 20 mg IV และ Dimen 50 mg IM อาการทุเลาจึงจำหน่ายและแนะนำถ้ามีอาการอีกให้มาพบแพทย์ที่ OPD ในวันรุ่งขึ้น

วันที่ 28 สิงหาคม 2565 มารับบริการที่ CKD clinic ของ โรงพยาบาลผู้ป่วยมาเจาะเลือดตามนัด FBS= 198 mg% แต่ไม่ได้รอตรวจ ญาติแจ้งว่านั่งรอนานแล้วจะปวดท้อง ญาติจึงรพพบแพทย์และรับยาแทน โดยมีแผนการรักษาตามแผนการรักษาของอายุแพทย์ โรงพยาบาลกำแพงเพชร

วันที่ 2 กันยายน 2565 ผู้ป่วยมาด้วยอาการจุกแน่นท้อง หายใจเหนื่อย 4 ชั่วโมง ก่อนมาโรงพยาบาล แพทย์วินิจฉัย ESRD with Pulmonary edema ประเมิน PPS score 50 % ขณะผู้ป่วยนอนพักรักษาในโรงพยาบาลได้รับการประสานงานร่วมกับทีม Palliative ในการทำ Advance care plan กับผู้ป่วยและญาติ ผู้ป่วยนอนพักรักษา 9 วันและนัดติดตามอาการที่ CKD clinic วันที่ 20 ตุลาคม 2566 หลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลได้ติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ จำนวน 2 ครั้ง ก่อนมาพบแพทย์ตามนัด บุตรสาวสามารถทำหน้าที่ ดูแลผู้ป่วยได้อย่างดี สามารถจัดการกับอาการ เปลี่ยนแปลงต่าง ๆ เช่น อาการอ่อนเพลีย คลื่นไส้ อาเจียน อาการปวด อาการไม่สุขสบาย ของผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสมตรงความต้องการของผู้ป่วย

วันที่ 20 ตุลาคม 2565 ผู้ป่วยมาด้วยอาการ หายใจเหนื่อย 2 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล ESRD with Anemia แพทย์ให้นอนพักรักษาที่โรงพยาบาล เพื่อแก้ไขอาการอ่อนเพลียจากภาวะซีด และรับประทานอาหารได้น้อย ประเมิน PPS score 40% นอนพักรักษาในโรงพยาบาล 3 วัน และนัดติดตามที่ CKD clinic วันที่ 5 มกราคม 2565

วันที่ 5 มกราคม 2565 ญาติรับยาโรคประจำตัวแทน ญาติแจ้งว่าผู้ป่วยมีอาการซึมลง รับประทานอาหารได้ 2 - 3 คำ ไม่สามารถมาตรวจตามนัดที่โรงพยาบาลได้ จึงมารับยาแทน

วันที่ 6 มกราคม 2566 ทีมลงเยี่ยมบ้านผู้ป่วยมีอาการซึม ตอบสนองเล็กน้อย ประเมิน PPS 20% ดำเนินตามแผน ACP กับครอบครัวที่ผู้ป่วยได้ประสงค์ไว้ คือ ผู้ป่วยปฏิเสธการใส่ท่อและใช้เครื่องช่วยหายใจ ปฏิเสธการส่งรักษาต่อขอเสียชีวิตที่บ้าน ญาติโทรมาแจ้งว่าผู้ป่วยเสียชีวิตอย่างสงบวันที่ 8 มกราคม 2566

การวางแผนการพยาบาล

ได้นำกรอบแนวคิดเกี่ยวกับแบบแผนสุขภาพทั้ง 11 แบบแผนของ Gordon^o มาเป็นแนวทางในการประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วย ให้ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ ดังนี้

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 1 มีอาการหายใจเหนื่อยจากภาวะน้ำเกินในร่างกายเนื่องจากไตทำงานได้ลดลง

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยบอกหายใจเหนื่อย อัตราการหายใจ 24 ครั้ง/นาที O₂ sat room air > 97%
2. ฟังปอดพบ Fine Crepitation both Lung ขาและเท้าบวม pitting edema+1
3. Pt. เป็น CKD stage 5 eGFR = 8.40 cc/min/1.7m และ Hb=7.13%, Hct = 23%

วัตถุประสงค์การพยาบาล ผู้ป่วยทุเลาอาการหายใจเหนื่อย

เกณฑ์การประเมินผล

1. หายใจปกติ 18 - 24 ครั้ง/นาที ชีพจร 80 - 100 ครั้ง/นาที BP 120-140 / 70-90 mmHg O₂ sat room air > 95%
2. ผิวหนัง เล็บ ริมฝีปาก สีปกติ ไม่มีม่วงเขียว
3. ปริมาณน้ำเข้า-ออกของร่างกายสมดุล
4. อาการบวมลดลง

กิจกรรมการพยาบาล

1. ขณะมารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก ให้การพยาบาลดังนี้
 - จัดให้ผู้ป่วยนอนบนเปลรอตรวจที่สามารถมองเห็นได้ชัดเจน และจัดเตรียม รถ Emergency ให้ใกล้และพร้อมใช้
 - จากการคัดกรองเป็นผู้ป่วยประเภท urgent ดูแลรักษาพยาบาลและได้รับการตรวจรักษาภายใน 30 นาที

- ติดตามประเมินอาการด้วยสัญญาณชีพและซักถามทุก 15 - 30 นาที
- แนะนำญาติให้แจ้งอาการผิดปกติแก่เจ้าหน้าที่ทันที ได้แก่ เหนื่อยหอบ เหงื่อออก ตัวเย็น เป็นต้น
- 2. เมื่อจำหน่ายแนะนำญาติในการดูแลให้ยาขับปัสสาวะ 40 mg ครั้งละ 5 เม็ด วันละ 3 เวลา หลังอาหาร เข้า กลางวัน เย็น ตามแผนการรักษาของแพทย์
- 3. อธิบายผู้ป่วยและญาติถึงกลไกของโรคที่ทำให้เกิดภาวะหายใจเหนื่อย
- 4. แนะนำจำกัดอาหารที่มีโซเดียม เพราะจะทำให้ผู้ป่วยเกิดอาการกระหายน้ำจึงดื่มน้ำในปริมาณมาก ทำให้มีการคั่งของน้ำ คือปริมาณโซเดียมไม่เกิน 2,000 มิลลิกรัมต่อวันหรือเกลือไม่เกินวันละ 1 ช้อนชา หรือน้ำปลาได้ไม่เกินวันละ 3 ช้อนชา ควรหลีกเลี่ยงอาหารที่มีโซเดียมสูง เช่น เครื่องปรุงรส ผงชูรส อาหารหมักดอง อาหารสำเร็จรูป อาหารแปรรูป อาหารกระป๋อง อาหารตากแห้ง ขนมขบเคี้ยวต่างๆ และอาหารอื่น ๆ ที่มีส่วนประกอบของผงฟู เป็นต้น
- 5. แนะนำน้ำดื่มสะอาด ไม่ควรเป็นน้ำแร่หรือเครื่องดื่มเกลือแร่ เนื่องจากในน้ำแร่ เครื่องดื่มเกลือแร่ หรือน้ำผลไม้บรรจุ มีแร่ธาตุต่างๆ ผสมอยู่มากทำให้เกิดภาวะโซเดียม โพแทสเซียม แคลเซียมฟอสเฟตสูงในร่างกายได้
- 6. ให้อาบน้ำควบคุมจำกัดน้ำ บันทึกปริมาณน้ำดื่มและปัสสาวะ โดยพิจารณาจากปริมาณของปัสสาวะที่ออกมาใน 1 วันที่ผ่านมามากกับ 500 มิลลิลิตร เช่น เมื่อวานปัสสาวะออกมา 800 มิลลิลิตร ให้บวกอีก 500 มิลลิลิตร เพราะฉะนั้นผู้ป่วยควรได้รับน้ำประมาณ 1.5 ลิตรต่อวัน
- 7. แนะนำญาติเรื่องการพักผ่อนให้เพียงพอ โดยวางแผนการทำกิจกรรมและรู้วิธีสงวนพลังงาน เช่น การใช้อุปกรณ์ช่วยเดิน ควรให้ผู้ป่วยพักชั้นล่างใกล้ห้องน้ำ เป็นต้น
- 8. แนะนำญาติโดยการเปิดพัดลมเป่าเบาๆ ให้เย็น และจัดสภาพห้องให้มีการระบายอากาศที่ดี และจัดทำของผู้ป่วยให้สุขสบาย เช่น การจัดท่านอนศีรษะสูง นอนตะแคง
- 9. แนะนำการทำความสะอาดช่องปาก เนื่องจากอาการเหนื่อยหอบ ทำให้ปากแห้งและเกิดการติดเชื้อได้ง่าย และการดูแลแบบผสมผสาน เช่น การทำสมาธิ การฝึกหายใจ การใช้จินตนาการบำบัดให้ผู้ป่วยรู้สึกผ่อนคลาย เป็นต้น

การประเมินผล

จากการโทรติดตามหลังจำหน่าย วันที่ 16 กันยายน และ 30 กันยายน 2565

- ผู้ป่วยบอกว่าเหนื่อยน้อยลง จะเหนื่อยมากขึ้นตอนไปเข้าห้องน้ำ
- จากบันทึกของผู้ดูแลปริมาณน้ำเข้า-ออกของร่างกาย พบว่า ปริมาณน้ำออกจากร่างกายน้อยกว่าเข้าเฉลี่ย

100 - 200 มิลลิลิตร/วัน

- อาการบวมตามร่างกายลดลง

วันที่ 20 ตุลาคม 2565

- ผู้ป่วยหายใจปกติ 18 - 24 ครั้ง/นาที ชีพจร 80 - 100 ครั้ง/นาที BP 120-140/70-90 mmHg O₂ sat room air > 95% และไม่มีภาวะ cyanosis O₂ Sat room air 97%

- จากบันทึกของผู้ดูแลปริมาณน้ำเข้า-ออกของร่างกายพบว่า ปริมาณน้ำออกจากร่างกายน้อยกว่าเข้าเฉลี่ย

100 - 200 มิลลิลิตร/วัน

- มีอาการบวมที่หลังเท้าเล็กน้อย

วันที่ 6 มกราคม 2566 ที่มลงเยี่ยมบ้าน

- ผู้ป่วยมีอาการซึม ตอบสนองเล็กน้อย ประเมิน PPS 20% ผู้ป่วยหายใจ 24 - 26 ครั้ง/นาที ชีพจร 70 - 80 ครั้ง/นาที BP 90 - 100/60 - 80 mmHg O₂ sat room air 90 - 92%

- ญาติไม่สามารถบันทึกปริมาณน้ำเข้า-ออกได้
- มีอาการบวมที่ขาและหลังเท้า Pitting edema +2

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 2 ผู้ป่วยอ่อนเพลียเนื่องจากภาวะซีดและรับประทานอาหารได้น้อยลง ข้อมูลสนับสนุน

1. Pt. เป็น CKD stage 5, eGFR = 8.40 cc/min/1.7m และ Hb=7.13% Hct = 23%
2. ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้น้อย เบื่ออาหาร คลื่นไส้

วัตถุประสงค์การพยาบาล ผู้ป่วยได้รับสารอาหารที่เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย และเหมาะสมกับภาวะโรค
เกณฑ์การประเมินผล.

1. รับประทานอาหารได้อย่างเหมาะสมกับสภาพเจ็บป่วย
2. ผู้ป่วยไม่มี/ทุเลาอาการเบื่ออาหาร คลื่นไส้

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินภาวะซีด เช่น อาการเหนื่อย อ่อนเพลีย ของผู้ป่วย และอาการหายใจหอบเหนื่อย ริมฝีปาก ผิวหนัง
2. แนะนำการรับประทานยา Folic acid (5mg) 1 เม็ดหลังอาหารเช้า และ Feso4 (20 mg) 1 เม็ด หลังอาหาร เข้า กลางวัน เย็น
อย่างต่อเนื่อง
3. แนะนำญาติจัดหาอาหารที่ผู้ป่วยต้องการรับประทาน หรืออาหารตามความสามารถในการรับประทานของผู้ป่วย
เป็นอาหารที่มีโปรตีนสูง หลีกเลี่ยงอาหารหนัก อาหารทอด เครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของคาร์บอนเนต
4. ให้รับประทานอาหารทีละน้อยๆ แต่บ่อยครั้งและรับประทานอาหารที่มีน้ำน้อย เช่น โจ๊ก โดยรับประทานอาหารที่
อุณหภูมิปกติ เพราะอาหารที่ร้อนหรืออุ่น จะทำให้เกิดคลื่นกระตุ่นอาการคลื่นไส้อาเจียนได้
5. แนะนำกิจกรรมที่ทำให้ผู้ป่วยผ่อนคลาย เช่น ฟังเพลง ดูรายการโทรทัศน์ที่ผู้ป่วยชอบหรือสนใจ
6. ดูแลท่าความสะอาดช่องปาก ด้วยน้ำเกลือหรือน้ำเปล่า อย่างน้อยทุก 2 ชั่วโมง หากผู้ป่วยมีอาการปากแห้ง ให้ผู้ป่วย
อมน้ำแข็งก้อนเล็ก เพื่อช่วยกระตุ้นการหลั่งของน้ำลาย หรือทำให้ช่องปากชุ่มชื้น และลดความเหนียวของน้ำลาย
7. จัดทำนั่งศีรษะสูงทุกครั้ง que ผู้ป่วยรับประทานอาหาร งดการพูดคุยระหว่างรับประทานอาหาร เพื่อป้องกันการสำลัก และ
หลังรับประทานอาหารจัดทำนั่งกึ่งนอนพิงศีรษะสูงอย่างน้อย 2 ชั่วโมง
8. หากมีภาวะคลื่นไส้มากควรปรึกษาแพทย์ เพื่อพิจารณาใส่สายยางให้อาหารทางจมูก
9. อธิบายให้ครอบครัวเข้าใจถึงการที่ผู้ป่วยกำลังเข้าสู่ระยะสุดท้ายของชีวิต ความอยากอาหารของผู้ป่วยจะลดลง และ
ผู้ป่วยกำลังเสียชีวิตจากตัวโรคไม่ใช่ขาดสารอาหาร การกระแ่นเคຍยให้กินอาหารอาจส่งผลให้เกิดการสำลัก และทำให้ผู้ป่วย
มีอาการแ่ยลงได้ และการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำในผู้ป่วยที่อวัยวะล้มเหลวและกำลังจะเสียชีวิต นั้นไม่เกิดประโยชน์
และยังเป็นเหตุทำให้ร่างกายเกิดภาวะน้ำเกิน แขนขาบวม น้ำท่วมปอดทำให้มีอาการหายใจเหนื่อยมากขึ้น

การประเมินผล

จากการโทรติดตามหลังจำหน่าย วันที่ 16 กันยายน และ 30 กันยายน 2565

- ญาติบอกว่ายังมีคลื่นไส้ เล็กน้อย แต่รับประทานอาหารได้มากขึ้น

วันที่ 20 ตุลาคม 2565

- มีอาการอ่อนเพลีย คลื่นไส้ ไม่อาเจียน รับประทานอาหารได้บ้างมี

วันที่ 6 มกราคม 2566 ที่มลงเยี่ยมบ้าน

- ผู้ป่วยมีอาการซึม ตบสนองเล็กน้อย ประเมิน PPS 10-20% ญาติให้นมและอาหารเหลวจิบผ่านหลอดน้ำดื่มให้ผู้ป่วย ไม่มีการสำลัก

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 3 ผู้ป่วยไม่สุขสบายจากอาการปวดจุดแน่นท้อง และปวดตามร่างกาย

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยบ่นปวด และแน่นอึดท้อง
2. ญาติบอกว่าผู้ป่วยไม่ถ่ายอุจจาระมา 3 วัน
3. ผู้ป่วยมีสีหน้าหงุดหงิด และเจ็บปวด
4. ประเมินpain score = 6 - 8

วัตถุประสงค์การพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยทุเลาอาการปวด สุขสบาย และพักผ่อนได้

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยนอนพักได้มากขึ้น ไม่ทุรนทุราย
2. คะแนน pain score ลดลงจาก 6 -8 เป็น 4 -5 คะแนน

กิจกรรมการพยาบาล

1. อธิบายสาเหตุของโรคที่ทำให้เกิดอาการปวดและค้นหาสาเหตุของอาการปวดที่เกิดขึ้นร่วมกับผู้ป่วยและญาติ เพื่อหาวิธีจัดการอาการปวด
2. แนะนำผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับการใช้ยาที่ได้จาก โรงพยาบาล คือ Milk of Magnesia รับประทานครั้งละ 2 ช้อนโต๊ะ หลีกเลี่ยงการใช้จ่ายเกินความจำเป็น ไม่ควรรับประทานยาต่อเนื่องเป็นประจำหรือใช้ในปริมาณมาก เพราะอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนได้
3. แนะนำอาหารที่มีเส้นใยประเภทที่ละลายได้ง่าย เช่น ผัก ผลไม้ และข้าวกล้องเป็นต้น เพราะจะช่วยให้อุจจาระมีขนาดใหญ่นุ่ม ขับถ่ายได้สะดวกขึ้น
4. แนะนำการใช้ยาเพื่อลดอาการเจ็บปวดตามสมควร กรณีอาการปวดไม่รุนแรง สามารถใช้ยาแก้ปวดทั่วไป เช่น พาราเซตามอล แต่ถ้าอาการไม่ทุเลาหรือมีอาการปวดรุนแรงให้ผู้ป่วยรับประทาน Tramal (50 mg) ครั้งละ 1 เม็ด รับประทานทุก 6-8 ชั่วโมง ตามแผนการรักษาของแพทย์
5. หากผู้ป่วยไม่สามารถรับประทานยาได้ ให้มาพบแพทย์เพื่อปรึกษาการใช้ยาแก้ปวดรูปแบบอื่น
6. แนะนำการนวดและการสัมผัส เพราะการสัมผัสมือหรือลูบแขนผู้ป่วยอย่างอ่อนโยน ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกสบายผ่อนคลาย การนวดช่วยให้กล้ามเนื้อที่ยึดเกร็งได้คลาย เมื่อกกล้ามเนื้อคลาย ความเจ็บปวดจะบรรเทา แต่ต้องระวังไม่นวดบริเวณที่ปวด
7. อธิบายญาติเรื่องการจัดการความเจ็บปวดในระยะสุดท้ายของชีวิต ความรู้สึกเจ็บปวดต่างๆ จะลดลง เพราะระบบประสาททำงานไม่ดี การรับรู้และความเจ็บปวดจะน้อยลงจนไม่รู้สึก อาจไม่จำเป็นต้องใช้ยาแก้ปวด

การประเมินผล

จากการติดตามหลังจำหน่าย วันที่ 16 กันยายน และ 30 กันยายน 2565

- ผู้ป่วยนอนพักได้มากขึ้น คะแนน pain score ลดลงจาก 6 -8 เป็น 4 -5 คะแนน
- ญาติบอกว่ายังมีแน่นท้องและบ่นปวดบ้าง แต่หลังกินยาอาการทุเลา

วันที่ 20 ตุลาคม 2565

- ญาติบอกว่ามีอาการไม่ถ่ายอุจจาระมา 3 วันหลังกินยาของโรงพยาบาลยังไม่ถ่าย จึงไปซื้อ Unison มาสวนอุจจาระ หลังสวนทุเลาอาการปวดแน่นท้อง ส่วนอาการปวดตามร่างกายมีบ้าง แต่กินยาพาราเซตามอลก็ดีขึ้น

วันที่ 6 มกราคม 2566 ที่มลงเยี่ยมบ้าน

- ผู้ป่วยมีอาการซึม ตอบสนองเล็กน้อย ประเมิน PPS 10- 20%

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 4 ญาติขาดความสามารถในการจัดการกับอาการต่างๆที่เป็นผลจากพยาธิสภาพของโรค

ข้อมูลสนับสนุน

1. ญาติถามว่า "ต่อไปจะดูแลยังไง ดูแล้วน่าจะมาโรงพยาบาลบ่อยๆ "
2. บุตรสาวที่ดูแลมีสีหน้าวิตกกังวล บอกว่า " ก็ดูแลกันไปเท่าที่ไหว เพราะตอนนี้พ่อล้างไตไม่ได้ แล้วอีกอย่างพ่อไม่อยากเจ็บปวดทรมานอีก "
3. ประเมิน PPS Scale = 50 %

วัตถุประสงค์การพยาบาล

1. เพื่อให้ผู้ป่วยมีอาการทุเลาตามสภาพอาการของผู้ป่วย
2. เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติยอมรับสภาวะโรค/มีความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองได้อย่างเหมาะสม
3. เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการจัดการกับอาการรบกวนต่างๆ อย่างเหมาะสมและเตรียมความพร้อมให้ผู้ป่วยและครอบครัวเข้าสู่กระบวนการดูแลแบบประคับประคอง

4. เพื่อให้ผู้ป่วย และครอบครัวเข้าใจถึงการดำเนินของโรคเมื่อถึงระยะสุดท้าย และร่วมตัดสินใจวางแผนดูแลล่วงหน้า (advance care plan)

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยและครอบครัวมีความรู้และความเข้าใจ สามารถตอบได้ในสภาวะโรคของผู้ป่วยที่เป็นอยู่
2. มีแผนการดูแลล่วงหน้า (advance care plan)
3. ญาติสามารถทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยได้ และสามารถจัดการกับอาการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ของผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสมตรงความต้องการของผู้ป่วย

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินการรับรู้เกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่ของผู้ป่วยและญาติ และความสามารถในการดูแลตนเอง รวมทั้งความพร้อมในการดูแลต่อเองที่บ้าน
2. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้แสดงความรู้สึกสับสนสิ่งที่ซับซ้อนใจ ความกังวล พุดคุยความหวังเกี่ยวกับการเจ็บป่วยให้กำลังใจ สนับสนุนให้ผู้ป่วยและญาติมีความหวังตามที่เป็นจริง ช่วยเหลือให้ปรับตัวกับความรู้สึกสูญเสียและเศร้า
3. ประเมินอาการและอาการแสดงตามพยาธิสภาพของโรค และอาการรบกวนต่างๆ และให้คำปรึกษาเกี่ยวกับอาการและการดำเนินของโรค
4. อธิบายวิธีการจัดการกับอาการรบกวนต่างๆ แก่ผู้ป่วยและญาติ เพื่อลดอาการไม่สุขสบายและจัดการกับอาการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น เช่น อาการปวด หายใจเหนื่อย หรืออ่อนเพลีย เป็นต้น
5. ให้คำปรึกษาผู้ป่วยและครอบครัว เรื่องการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลในวาระสุดท้าย ในกรณีผู้ป่วยมีอาการหนัก ได้แก่ การช่วยฟื้นคืนชีพ การใส่ท่อและเครื่องช่วยหายใจ การเลือกสถานที่ในการดูแลผู้ป่วย และเลือกสถานที่ถึงแก่กรรม
6. นัดติดตามอาการและนัดเข้า CKD clinic และให้เบอร์โทรฉุกเฉินเป็นช่องทางในการติดต่อและปรึกษา

การประเมินผล

จากการโทรติดตามหลังจำหน่าย วันที่ 16 กันยายน และ 30 กันยายน 2565

- ญาติบอกว่ายังมีความกังวลในการดูแลผู้ป่วยอยู่บ้าง
- ญาติสามารถบอกวิธีการจัดการอาการต่างๆของผู้ป่วยได้ตรงความต้องการของผู้ป่วย

วันที่ 20 ตุลาคม 2565

- ญาติมีความรู้และความเข้าใจ สามารถตอบสภาวะของโรคและอาการของผู้ป่วยที่เป็นอยู่ได้มากขึ้น
- ผู้ป่วยและญาติยอมรับการดำเนินของโรคและมีแผนการดูแลล่วงหน้า (advance care plan) ที่ชัดเจนขึ้น ซึ่งผู้ป่วยปฏิเสธการรักษาทางการแพทย์เพื่อยื้อชีวิตเมื่อเข้าสู่วาระสุดท้าย และผู้ป่วยมอบหมายให้บุตรสาวทำหน้าที่ตัดสินใจแทน กรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถสื่อสารกับผู้อื่นได้ตามปกติ

วันที่ 6 มกราคม 2566 ที่มลงเยี่ยมบ้าน

- ผู้ป่วยมีอาการซึม ตอบสนองเล็กน้อย ประเมิน PPS 10-20% ญาติตัดสินใจตามความประสงค์ของผู้ป่วย

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 5 ญาติมีภาวะเศร้าโศกเสียใจเนื่องจากผู้ป่วยเข้าสู่วาระสุดท้ายของชีวิต

ข้อมูลสนับสนุน

1. บุตรให้ประวัติว่า ผู้ป่วยอาการซึมลง รับประทานอาหารได้ 2-3 คำ
2. บุตรปรึกษาว่า ถ้าพ่อมาไม่ไหวแล้วก็อาการแย่งกว่านี้ จะให้พ่อไปอย่างสงบที่บ้านตามที่พ่อต้องการได้ไหม
3. ข้อมูลจากการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยมีอาการซึม ตอบสนองเล็กน้อย ประเมิน PPS 20% ผู้ป่วยผู้ป่วยมีอาการซึม ตอบสนองเล็กน้อย ประเมิน PPS 20% ผู้ป่วยหายใจ 24-26 ครั้ง/นาที ชีพจร 70-80 ครั้ง/นาที BP 90-100/60-80 mmHg O₂ sat room air 90-92%

วัตถุประสงค์การพยาบาล เพื่อให้ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยในการเผชิญภาวะระยะสุดท้ายของชีวิตได้ดีที่สุด

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ดูแลเข้าใจถึงการดำเนินของโรคเมื่อถึงระยะสุดท้าย และร่วมตัดสินใจวางแผนดูแลล่วงหน้า (advance care plan) ที่จะทำให้ผู้ป่วยผ่อนคลายทุกข์และจากไปอย่างสงบ
2. คะแนนความพึงพอใจบริการของครอบครัว มากกว่าร้อยละ 80

กิจกรรมการพยาบาล

1. เยี่ยมบ้านเพื่อประเมินอาการและเจาะประเด็นที่เป็นเป้าหมายและแผนการดูแลล่วงหน้า (ACP) เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวตัดสินใจเลือกการดูแลรักษาที่เหมาะสมเมื่อเข้าสู่ระยะสุดท้ายของชีวิต โดย
 - ทบทวน เป้าหมายการรักษา และชี้ให้เห็นถึงสภาวะของผู้ป่วยที่ถดถอยลงไม่สามารถแก้ไขให้กลับมาเหมือนเดิมได้ และอาการของผู้ป่วยที่ต้องได้รับการจัดการอาการเพิ่มเติม
 - ประเมินการรับรู้ของครอบครัว เกี่ยวกับการดูแลให้ผู้ป่วยสุขสบายในระยะสุดท้าย
 - ประเมินความตระหนักของครอบครัวเกี่ยวกับสถานการณ์ปัจจุบันที่ผู้ป่วยกำลังเข้าสู่การเสียชีวิต
 - สอบถามถึงความรู้สึก ความกังวลของครอบครัว หากพบว่ามีควมวิตกกังวลหรือ เครียดมาก ควรปรึกษาทีมสหสาขาวิชาชีพเข้ามาให้การดูแลเพิ่มเติม
 - การแจ้งระยะเวลาในการเสียชีวิตอาจมีความแตกต่างในผู้ป่วยแต่ละราย ให้แจ้งเป็นช่วงเวลา ไม่สามารถระบุเวลาที่แน่นอนได้ เช่น คาดว่ามีเวลาเป็นหลักชั่วโมงหรือวัน

การประเมินผล

1. ญาติและครอบครัวเข้าใจถึงการดำเนินของโรคเมื่อถึงระยะสุดท้าย และร่วมตัดสินใจวางแผนดูแลล่วงหน้า (advance care plan) ที่จะทำให้ผู้ป่วยผ่อนคลายทุกข์และจากไปอย่างสงบ
2. ดำเนินตามแผน ACP กับครอบครัวที่ผู้ป่วยได้ประสงค์ไว้คือ ผู้ป่วยปฏิเสธการใส่ท่อและใช้เครื่องช่วยหายใจ ปฏิเสธการส่งรักษาต่อขอเสียชีวิตที่บ้าน
3. ญาติโทรมาแจ้งว่าผู้ป่วยเสียชีวิตอย่างสงบวันที่ 8 มกราคม 2566
4. คะแนนความพึงพอใจบริการของครอบครัว ร้อยละ 91

สรุปกรณีศึกษา

ผู้ป่วยเพศชาย อายุ 70 ปี สถานภาพสมรสคู่ ไม่ได้ประกอบอาชีพ บุตรสาวเป็นผู้ดูแลหลัก มีโรคประจำตัว DM, HT, CKD stage 5 รักษาต่อเนื่องที่โรงพยาบาลบึงสามัคคี refer ไปโรงพยาบาลกำแพงเพชร พบอายุรแพทย์เพื่อปรึกษาเรื่องการบำบัดทดแทนไต แต่ผู้ป่วยไม่สามารถทำได้เนื่องจากความไม่พร้อมของร่างกาย และผู้ป่วยปฏิเสธที่จะให้การรักษาแบบบำบัดทดแทนไต แพทย์แนะนำให้รักษาดูแลแบบประคับประคองที่โรงพยาบาลใกล้บ้าน ซึ่งผู้ป่วยเข้ารับการรักษาแบบประคับประคองที่โรงพยาบาลบึงสามัคคี ตั้งแต่วันที่ 2 กันยายน 2565 ถึงวันที่ 8 มกราคม 2566 ได้มีการวางแผนการดูแลร่วมกับญาติและครอบครัว เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลตามมาตรฐานการพยาบาลแบบประคับประคองในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย ผลลัพธ์ทำให้ผู้ป่วยได้รับการบรรเทาจากอาการเจ็บป่วยและความทุกข์จากภาวะของโรค จนผู้ป่วยเสียชีวิตอย่างสงบ

วิจารณ์และข้อเสนอแนะ

พยาบาลผู้ป่วยนอกมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง การพยาบาลครอบคลุม ทางด้านร่างกาย และจิตใจ แต่ด้วยสภาวะของโรคและปัญหาความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว และความแตกต่างกันของความเชื่อ ประเพณีและวัฒนธรรมในแต่ละศาสนา⁷⁻⁹ จึงควรมีการพัฒนาสมรรถนะเกี่ยวกับบทบาทของพยาบาล ในการดูแลแบบประคับประคองอย่างครอบคลุมและเป็นองค์รวม เพื่อให้การพยาบาลเป็นไปด้วยความเรียบร้อย และบริหารจัดการได้ตามความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว และอาจนำมาบูรณาการให้เหมาะสมเฉพาะผู้ป่วยและครอบครัวแต่ละราย

สรุป

การพยาบาลแบบประคับประคองในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย เป็นการดูแลที่ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ความชำนาญและทักษะการพยาบาลขั้นสูง ในการจัดระบบการดูแลให้มีประสิทธิภาพ ทั้งการประสานงานทีมสหสาขาวิชาชีพ การบูรณาการหลักฐานเชิงประจักษ์และผลการวิจัยทางการพยาบาล เพื่อมุ่งเน้นผลลัพธ์การดูแลที่ลดความทุกข์ทรมาน และสร้างคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยในวาระสุดท้าย จากกรณีศึกษาพบว่าพยาบาลควรสร้างความเข้าใจ ผึกทักษะญาติและครอบครัวของผู้ป่วย ให้สามารถมีส่วนร่วมดูแล ตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย รวมถึงการจัดการดูแลในครอบครัวและตัดสินใจเตรียมพร้อมสำหรับระยะสุดท้ายของชีวิตร่วมกับผู้ป่วย¹⁰⁻¹²

เอกสารอ้างอิง

1. สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย. คำแนะนำสำหรับการดูแลรักษาโรคไตเรื้อรังแบบองค์รวมชนิดประคับประคอง พ.ศ. 2560. กรุงเทพฯ: ทาเคดา (ประเทศไทย); 2560.
2. สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย. คำแนะนำสำหรับการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต พ.ศ. 2558. กรุงเทพฯ: ทาเคดา (ประเทศไทย); 2558.
3. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. คำแนะนำสำหรับการดูแลรักษาโรคไตเรื้อรังแบบองค์รวม ชนิด ประคับประคอง. กรุงเทพฯ: เท็กซ์แอนด์เจอร์นัล พับลิเคชั่น; 2560.
4. พรรณนิภา ต้นสุวรรณค์, ทวี ศิริวงศ์. การดูแลผู้ป่วยโรคไตระยะสุดท้ายด้วยวิธีประคับประคอง. ใน: ทวี ศิริวงศ์, บรรณาธิการ. คู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม/การรักษาแบบประคับประคอง. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2559. หน้า 65-87.
5. คลังข้อมูลสุขภาพ. ข้อมูลตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุขประจำปีงบประมาณ 2565. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 5 กันยายน 2566]. เข้าถึงได้จาก : <http://hdcservice.moph.go.th>.
6. อ้อยเกิดมงคล. การพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อรุนแรงในกระแสโลหิตและภาวะช็อกจากการติดเชื้อที่มีภาวะ คุกคามต่อชีวิต โดยนำแนวคิดและแบบแผนสุขภาพตามทฤษฎีทางการพยาบาลของกอร์ดอน ทฤษฎีทางการพยาบาลของโอเร็มมาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยของโรงพยาบาลศรีสังวาล. วารสารลานนาพับบลิคเฮลท์. 2560;11(2):44-51.
7. กิตติกร นิลมานัต. การดูแลระยะสุดท้ายของชีวิต. สงขลา: ออเรนจ์มีเดีย; 2556.
8. สุวัฒน์ ธนกรณวัฒน์, พิมพินภา แซ่ไชว, จิรารัตน์ ไกรราช. การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชน. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2558.
9. ศรีนยา พลสิงห์ชาญ. การปรับตัวของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่รักษาด้วยการล้างไตทางช่องท้องแบบถาวร. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2558.
10. กัลป์หา โซสิวสกุล. การดูแลแบบองค์รวมชนิดประคับประคองในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะท้ายที่รักษาแบบไม่ล้างไต: กรณีศึกษา. วารสารสภาการพยาบาล. 2563;35(4):5-17.
11. สมาคมบริบาลผู้ป่วยระยะท้าย. การประชุมวิชาการสมาคมบริบาลผู้ป่วยระยะท้ายหัวข้อ Palliative Care in End-Stage Renal Disease. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 5 กันยายน 2566]. เข้าถึงได้จาก: http://www.thaps.or.th/wpcontent/uploads/2017/07/Proposal-THAPS-Conf-2017_PC-in-End-Stage-Renal-Disease-1.pdf
12. จิตรา ลิ้มอำนวยลาภ. การพยาบาลผู้ป่วยโรคไตแบบประคับประคอง. ใน : ศิริรัตน์ อนุตระกูลชัย, ชลธิป พงศ์สกุล, บรรณาธิการ. Quality Initiative in renal care. ขอนแก่น: คลังน่านาวิทยา. หน้า 145 -51.



Nursing Care for Patients with Spinal Stenosis : Case Study in Outpatient Department

Yuwadee Saithong, B.N.S.*

Abstract

Introduction : Spinal stenosis is a dangerous spinal ailment. Without proper treatments, it may cause serious complications such as muscle weakness, the lack of ability to control bowel movement, and paralysis. For the patients' safety and opportunity to return to activities of daily living, it is mandatory for outpatient nurses to assist physicians with examination, provide preoperative advice, follow up, promote wound healing and postoperative recovery.

Objective : To support effective outpatient nursing care for patients with spinal stenosis

Case study : A female Thai patient, 68, arrived the hospital with severe lower back pain, hip pain that radiated down both legs, numbness from both legs to tip of toes, and the inability to fully bend her ankles. The patient had to stay on bed due to the inability to sit up straight and to stand. The physician had her on the magnetic resonance imaging (MRI) in order to examine her spine before diagnosed her with the spinal stenosis. The patient received a laminectomy L3-5 and posterior lateral fusion with pedicular screws L3-5. After 8 days of the operation, the patient tried walking with a cane and fell, causing the right side of torso to hit the ground. She had her body examined with the doctor ahead of the follow-up appointment date and was diagnosed with seroma at wound. The patient, then received a debridement with suture wound. The outpatient nursing issue of this case could be sorted into 2 phases. Phase 1: Preoperative, when the patient lacks understanding of the procedure for receiving services at the orthopedic clinic, the patient suffered from the lower back pain, worried about her condition. This phase also includes the preparation before and after the operation. Phase 2: Postoperative, when the patient failed to follow the correct postoperative instruction, resulted in her crashing on the ground. The inflammation of tissue was found in the surgical wound from the fall which shows how the patient was lack of knowledge of physical rehabilitation and self-care. The main features of nursing include the assessment of changes in patient's symptoms according to the pathology of the disease, pain relief, preoperative and postoperative self-preparation, reduction of surgery wound tissue inflammation, physical rehabilitation, and providing knowledge in self-care, which ultimately resulting in the patient's safety and ability to return to activities of daily living.

Conclusion : Nursing care for patients with spinal stenosis requires a high level of skills, knowledge, and profession in order to effectively provide care patients in both preoperative and postoperative phases, resulting in their safety, recovery, and ability to return to normal routine.

Keyword : Spinal stenosis, Laminectomy, Outpatient nursing care

*Register nurse, Professional level, Kamphaeng Phet Hospital

การพยาบาลผู้ป่วยโรคโพรงกระดูกสันหลังตีบแคบ : กรณีศึกษาแผนกผู้ป่วยนอก

ยุวดี สายทอง, พย.บ.*

บทคัดย่อ

บทนำ : โรคโพรงกระดูกสันหลังตีบแคบ เป็นโรคอันตรายสำคัญของกระดูกสันหลัง หากไม่ได้รับการรักษา อาจทำให้เกิดความรุนแรงต่อร่างกาย เช่น กล้ามเนื้ออ่อนแรง ความคุมการขับถ่ายไม่ได้ จนถึงเป็นอัมพาตได้ บทบาทพยาบาลผู้ป่วยนอกในการช่วยแพทย์ตรวจ ให้คำปรึกษาแนะนำในระยะก่อนผ่าตัด รวมถึงติดตามต่อเนื่อง ส่งเสริมการหายของแผลและการฟื้นฟูสภาพในระยะหลังผ่าตัด จะทำให้ผู้ป่วยปลอดภัยและสามารถกลับมาใช้ชีวิตประจำวันได้

วัตถุประสงค์ : เพื่อให้การพยาบาลผู้ป่วยโพรงกระดูกสันหลังตีบแคบในแผนกผู้ป่วยนอกอย่างมีประสิทธิภาพ

กรณีศึกษา : ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 68 ปี มาโรงพยาบาลด้วยอาการปวดหลังช่วงเอวมาก ปวดสะโพกร้าวลงขา 2 ข้าง ซากขา 2 ข้างถึงปลายเท้า กระดกข้อเท้า 2 ข้างไม่ได้เต็มที่ ลูกนั่งยืนเดินไม่ไหวต้องนอนบนรถนอน แพทย์ได้ส่งตรวจกระดูกสันหลังด้วยเครื่องสแกนแม่เหล็กไฟฟ้า (MRI) และการวินิจฉัยว่าเป็นโรคโพรงกระดูกสันหลังตีบแคบ (Spinal stenosis) ได้รับการผ่าตัด Laminectomy L3-5 and Posterior lateral fusion with Pedicular screws L3-5 หลังผ่าตัดได้ 8 วัน ผู้ป่วยเดินใช้ไม้เท้าช่วยเดิน แล้วเสียหลักล้ม ล้มตัวข้างขวากระแทกพื้นบ้าน เข้ารับการตรวจก่อนนัด แพทย์วินิจฉัย Seroma at wound ทำการผ่าตัด Debridement with suture wound ปัญหาการพยาบาลในแผนกผู้ป่วยนอก แบ่งเป็น 2 ระยะ คือ ระยะที่ 1 ก่อนผ่าตัด ผู้ป่วยขาดความเข้าใจในขั้นตอนการรับบริการที่คลินิกศัลยกรรมกระดูก มีอาการปวดหลังช่วงเอววิตกกังวลกับสภาพการเจ็บป่วยของตนเอง และการเตรียมความพร้อมก่อนและหลังผ่าตัด ระยะที่ 2 ติดตามหลังผ่าตัด ผู้ป่วยขาดการปฏิบัติตามคำแนะนำหลังผ่าตัดอย่างถูกต้องทำให้เดินหกล้ม มีการอักเสบของเนื้อเยื่อแผลผ่าตัดจากการหกล้ม และขาดความรู้ในการฟื้นฟูสภาพร่างกายและการดูแลตนเอง การพยาบาลที่สำคัญ คือ การประเมินอาการเปลี่ยนแปลงผู้ป่วยตามพยาธิสภาพของโรค การดูแลช่วยเหลือบรรเทาอาการปวด การเตรียมความพร้อมก่อนและหลังผ่าตัด การลดการอักเสบของเนื้อเยื่อแผลผ่าตัด การฟื้นฟูสภาพร่างกาย และการให้ความรู้ในการปฏิบัติตัว ผลลัพธ์ของการรักษาพยาบาล คือ ผู้ป่วยปลอดภัยสามารถกลับมาใช้ชีวิตประจำวันได้

สรุป : การพยาบาลผู้ป่วยโรคโพรงกระดูกสันหลังตีบแคบ โดยใช้ทักษะ ความรู้ ความชำนาญอย่างสูงในการดูแลผู้ป่วยก่อนผ่าตัด และติดตามหลังผ่าตัด ทำให้ผู้ป่วยปลอดภัย และฟื้นฟูสุขภาพจนสามารถกลับมาใช้ชีวิตประจำวันได้ กรณีศึกษานี้สามารถนำไปเป็นแนวทางในการพยาบาลผู้ป่วยโรคโพรงกระดูกสันหลังตีบแคบในแผนกผู้ป่วยนอกได้

คำสำคัญ : โรคโพรงกระดูกสันหลังตีบแคบ การผ่าตัดกระดูกสันหลัง การพยาบาลผู้ป่วยในแผนกผู้ป่วยนอก

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลกำแพงเพชร

บทนำ

โรคโพรงกระดูกสันหลังตีบแคบ (Spinal stenosis) หมายถึง ภาวะที่มีการตีบแคบตัวลงของช่องโพรงกระดูกสันหลัง (spinal canal) ภาวะนี้อาจเกิดการตีบแคบของกระดูกสันหลังบางส่วนเพียงระดับเดียวหรือหลายระดับก็ได้ การลดลงของเส้นผ่าศูนย์กลาง ของช่องโพรงกระดูกสันหลังอาจเกิดจาก กระดูกหนาตัวขึ้น เอ็นหนาตัวขึ้น หมอนรองกระดูกสันหลังเคลื่อน กระดูกสันหลังเสื่อม¹ หรือมีภาวะดังกล่าวร่วมกัน จากพยาธิสภาพ กระดูกสันหลังเป็นกระดูกแกนกลางของร่างกาย เป็นแนวตั้งอยู่ระหว่างกะโหลกศีรษะกับกระดูกเชิงกรานทำหน้าที่ป้องกันไขสันหลัง และรากประสาทจากภัยอันตรายต่างๆ ช่วยเคลื่อนไหวและให้ความมั่นคงทางโครงสร้างแก่ร่างกายเป็นแหล่งต้นกำเนิดของเม็ดเลือดและสะสมแร่ธาตุ การเกิดโพรงกระดูกสันหลังตีบแคบเกิดได้ 2 สาเหตุ คือ เป็นตั้งแต่กำเนิดจากความผิดปกติของโครงสร้างกระดูกสันหลังและเกิดจากความเสื่อมของกระดูกสันหลังที่เป็นสาเหตุที่พบมากกว่า การเสื่อมของอวัยวะในกระดูกสันหลังและการทำหน้าที่ที่ย่ำแย่จนเกิดภาวะกระดูกสันหลังเสื่อม สัมพันธ์กับการเสื่อมของหมอนรองกระดูกสันหลัง จนนำไปสู่กระดูกสันหลังเคลื่อน ส่งผลให้โพรงกระดูกสันหลังตีบแคบ จนเกิดการกดเบียดเส้นประสาทไขสันหลัง² ทำให้มีอาการปวดหลังปวดร้าวไปขาได้ทั้งข้างเดียวและสองข้าง อาการชาขา กล้ามเนื้อลีบอ่อนแรง ควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ และรุนแรงถึงเป็นอัมพาตได้³ ปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรคโพรงกระดูกสันหลังตีบแคบ คือ ผู้ที่มีอายุมากกว่า 50 ปีขึ้นไป การบาดเจ็บบริเวณกระดูกสันหลังจากอุบัติเหตุ โรคทางพันธุกรรมที่มีผลต่อการพัฒนากระดูก การใช้งานและกิจกรรมที่ทำเป็นประจำเช่น การยกของผิดท่า การนั่งทำงานด้วยอริยาบถที่ไม่ถูกต้อง การมีน้ำหนักตัวมากเกินไป เป็นต้น จากสถิติทั่วโลก มีผู้มีปัญหาเกี่ยวกับประสาทไขสันหลัง ประมาณ 250,000 - 500,000 รายปี⁴ ดังนั้น เป้าหมายหลักของการรักษาเพื่อช่วยลดความเจ็บปวดทุกข์ทรมาน พื้นฟูสมรรถนะร่างกาย ป้องกันการหวนกลับคืนมาของโรค และเก็บรักษาหรือถนอมอวัยวะส่วนนั้นไว้โดยคาดหวังว่าผลของการรักษาจะดีขึ้นแต่ถ้าอาการไม่ดีขึ้น การผ่าตัดกระดูกสันหลัง(Laminectomy) จะเป็นวิธีการรักษาที่สำคัญ

การผ่าตัดกระดูกสันหลัง (Laminectomy) คือการผ่าตัดรักษากระดูกสันหลังกดทับเส้นประสาทด้วยการขยายช่องทางออกของเส้นประสาทจากด้านหลัง เป็นการผ่าตัดดักกระดูกลามิना (Lamina)⁵ ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของกระดูกสันหลังที่กดทับออก การผ่าตัดจะช่วยคลายการกดทับรากประสาททำให้มีอาการปวดหลังและชาขาลดลง การผ่าตัดกระดูกสันหลังเป็นการผ่าตัดใหญ่ที่มีความหมายและสำคัญต่อชีวิตของผู้ป่วย ดังนั้นบทบาทของพยาบาลผู้ป่วยนอกจึงมีความสำคัญ ในการให้คำปรึกษาและแนะนำในระลอกก่อนผ่าตัดทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ⁶ ทำให้ผู้ป่วยมีความพร้อมในการผ่าตัด ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรงภายหลังได้รับการผ่าตัดได้ รวมถึงการติดตามต่อเนื่อง ส่งเสริมการหายของแผลและการฟื้นฟูสภาพในระยะหลังผ่าตัด ให้คำแนะนำการสร้างความแข็งแรงของกล้ามเนื้อและข้อโดยเฉพาะกล้ามเนื้อหลังและขา ซึ่งมีความจำเป็นต่อความมั่นคงในการทรงตัวช่วยรับน้ำหนักโดยใช้เวลา ประมาณ 3 - 6 เดือน หรือเป็นปี ซึ่งควรปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง จะทำให้ผู้ป่วยปลอดภัย และสามารถกลับมาใช้ชีวิตประจำวันได้

จากสถิติโรงพยาบาลกำแพงเพชร มีผู้ป่วยที่เข้ามารับการรักษาด้วยอาการโรคโพรงกระดูกสันหลังตีบแคบที่แผนกผู้ป่วยนอก ในปี 2564, 2565, 2566 เป็นจำนวน 2,459 ,2,544 ,3,280 ราย/ปี และมีจำนวนผู้ป่วยเข้ารับการผ่าตัดกระดูกสันหลัง เป็นจำนวน 100, 181, 276 ราย/ปี ซึ่งมีแนวโน้มสูงขึ้นทุกปี พยาบาลเป็นผู้ที่มีความสำคัญในทีมสุขภาพที่ต้องให้การดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด ประเมินอาการเปลี่ยนแปลงผู้ป่วยโรคโพรงกระดูกสันหลังตีบแคบ การดูแลช่วยเหลือบรรเทาอาการปวด การดูแลผู้ป่วยก่อนผ่าตัด และ การฟื้นฟูสภาพร่างกายหลังผ่าตัด กรณีศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อให้การพยาบาลผู้ป่วยโพรงกระดูกสันหลังตีบแคบในแผนกผู้ป่วยนอกอย่างมีประสิทธิภาพ

กรณีศึกษา

หญิงไทย อายุ 68 ปี เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย ศาสนาพุทธ

อาการสำคัญ

ปวดหลังช่วงเอว ปวดสะโพกร้าวลงขา 2 ข้าง ชาขา 2 ข้าง 1 สัปดาห์ก่อนมาโรงพยาบาล

ประวัติเจ็บป่วยในปัจจุบัน

1 ปีก่อนมา ปวดหลังช่วงเอว ร้าวลงขา 2 ข้าง เดินได้เอง รักษาคลินิก

2 เดือนก่อนมา ขณะนั่งทำงาน กำลังลุกขึ้นยกถาดใส่ผัก แล้วปวดเสียวหลังช่วงเอว ปวดหลังร้าวลงขา 2 ข้างมาก



ชาขา 2 ข้าง นั่งนานยืนนานไม่ไหว เดินไม่ค่อยไหวจะปวดหลังมากขึ้น เดินใช้ไม้เท้าช่วยระยะไกลๆ กลั้นปัสสาวะได้ รักษาคลินิก 1 สัปดาห์ก่อนมา ปวดหลังช่วงเอวมากขึ้น ปวดสะโพกร้าวลงขา 2 ข้าง ชาขา 2 ข้างถึงปลายเท้า กระดกข้อเท้า 2 ข้างไม่ได้เต็มที่ ลูกนั่งยืนเดินไม่ไหว ต้องอยู่ท่านอนตลอด กลั้นปัสสาวะได้ จึงมารักษาที่โรงพยาบาลกำแพงเพชร

ประวัติเจ็บป่วยในอดีต : ผู้ป่วยมีโรคเบาหวาน และ ความดันโลหิตสูง เป็นมา 30 ปีรักษาต่อเนื่อง

การประเมินสภาพร่างกาย

รูปร่างทั่วไป : รูปร่างท้วม น้ำหนัก 61 กิโลกรัม ส่วนสูง 148 เซนติเมตร BMI = 27.8

สัญญาณชีพ : อุณหภูมิร่างกาย 36.8 องศาเซลเซียส ชีพจร 96 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 22 ครั้ง/นาที

ความดันโลหิต 131/71 มิลลิเมตรปรอท

ระบบประสาท : รู้สึกตัวดี มีอาการชาขา 2 ข้างถึงปลายเท้า ชาไปด้านหน้าตันทขา ชาด้านข้างของขาที่อ่อนล้า ชาด้านในของปลายเท้าถึงหลังเท้า

ผิวหนัง : ผิวสีขาวเหลือง ผิวหนังไม่มีจ้ำเลือด ปลายมือปลายเท้าไม่ซีด

ศีรษะและใบหน้า : ผมนั้นสีดำมีผมหงอกแซม ตา 2 ข้างสมมาตร การมองเห็นปกติ หูได้ยินเสียงปกติ

คอ จมูก ไบหู และปาก มีลักษณะภายนอกปกติ หน้านิ้วคิ้วมวด

ทรวงอกและการหายใจ : ทรวงอกรูปร่างปกติสมมาตรกัน จังหวะหายใจสม่ำเสมอ เสียงปอดปกติ

ระบบไหลเวียนเลือด : จังหวะการเต้นของหัวใจสม่ำเสมอ ไม่ซีด

ช่องท้องและทางเดินอาหาร : บริเวณท้องกดไม่เจ็บ ท้องไม่อืด

ระบบทางเดินปัสสาวะ : สามารถขับถ่ายได้ปกติ กลั้นปัสสาวะได้

ระบบสืบพันธุ์ : เต้านมปกติ อวัยวะเพศภายนอกปกติ

กล้ามเนื้อและกระดูก : ปวดหลังช่วงเอวมาก เขยียดหลังตรงไม่ได้ จะอยู่ท่านอนตะแคงงอเข่าเล็กน้อย Mortor power grade 3 ทั้ง 2 ข้าง

สภาพจิตใจ : สิ้นหวังวิตกกังวล กังวลและกลัวเรื่องการผ่าตัด

การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

28/02/65 แพทย์ส่งตรวจ MRI ผลการตรวจ

-L3-4 Bulging disc with posterior disc extrusion and bilateral facet joint hypertrophy cause severe spinal canal stenosis and compression of bilateral L4 traversing nerve roots. Some degree of right L3 exiting nerve root compression is observed. Impingement of left L3 exiting nerve root is noted.

-L4-5 Bulging disc with posterior disc extrusion ,ligamentum flavum hypertrophy and bilateral facet joint hypertrophy cause severe spinal canal stenosis and compression of bilateral L5 traversing nerve roots. Impingement of bilateral L4 exiting nerve roots is also noted.

09/05/65 แพทย์ส่งตรวจ CRP= Negative, ESR=↑82 mm/Hr (ค่าปกติ 0-20 mm/Hr)

06/10/65 แพทย์ส่งตรวจ CRP= Negative, ESR=↑41 mm/Hr (ค่าปกติ 0-20 mm/Hr)

สรุปการดำเนินโรคขณะรับไว้ดูแล

Visit ที่ 1 03/02/65 วันแรกรับ ผู้ป่วยมาตรวจด้วยอาการปวดหลังช่วงเอวมาก ปวดสะโพกร้าวลงขา 2 ข้าง ชาขา 2 ข้างถึงปลายเท้า กระดกข้อเท้า 2 ข้างไม่ได้เต็มที่ ลูกนั่งยืนเดินไม่ไหว ต้องนอนบนรถนอนกลั้นปัสสาวะได้ อุณหภูมิร่างกาย 36.2 องศาเซลเซียส ชีพจร 92 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 131/71 มิลลิเมตรปรอท Mortor power grade 3 ขาทั้ง 2 ข้าง Numeric rating score = 7 (ในท่านอน) แพทย์ส่งตรวจเอกซเรย์ วินิจฉัยว่าเป็นโรคกระดูกสันหลังเคลื่อน (Spondylolisthesis) และส่งเจาะเลือดตรวจ BUN Creatinine เพื่อนำผลเลือดไปพิจารณาความพร้อมของร่างกายก่อนเข้ารับการรักษาด้วยเครื่องสนามแม่เหล็กไฟฟ้า (MRI) และนัดติดตามอาการอีก 1 เดือน

Visit ที่ 2 03/03/65 ผู้ป่วยมาติดตามอาการ ยังมีอาการปวดหลังช่วงเอวมาก ปวดสะโพกร้าวลงขา 2 ข้าง ซาซา 2 ข้างถึงปลายเท้า กระดกข้อเท้า 2 ข้างไม่ได้เต็มที่ ลูกนั่งยืนเดินไม่ไหว มาด้วยรถนอน กลั้นปัสสาวะได้ อุณหภูมิร่างกาย 36.5 องศาเซลเซียส ชีพจร 77 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 189/107 มิลลิเมตรปรอท จากการสอบถามผู้ป่วยให้ประวัติว่าล้มรับประทานยามา และยาใกล้หมด แนะนำญาตินำยามาให้ทานเนื่องจากบ้านอยู่ใกล้โรงพยาบาล ความดันโลหิต 142/80 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 77 ครั้ง/นาที (วัดซ้ำหลังทานยาครึ่งชั่วโมง) Mortor power grade 3 ขาทั้ง 2 ข้าง Numeric rating score = 6 (ในท่านอน) แพทย์อ่านผลการตรวจเครื่องสแกนแม่เหล็กไฟฟ้า (MRI) วินิจฉัยว่าเป็น โรคโพรงกระดูกสันหลังตีบแคบ (Spinal stenosis) วางแผนการผ่าตัด Laminectomy L3-5 and Posterior lateral fusion with Pedicular screws L3-5 มีการเตรียมเจาะเลือดตรวจ Blood group เพื่อหาญาติมาบริจาคโลหิต และรับยา Amlodipine 5 mg รับประทาน 2 เม็ดหลังอาหารเช้า และนัดนอนโรงพยาบาลวันที่ 23/04/65

Visit ที่ 3 23/04/65 ผู้ป่วยมาทำเรื่องนอนโรงพยาบาลตามนัด รับการผ่าตัด Laminectomy L3-5 and Posterior lateral fusion with Pedicular screws L3-5 วันที่ 25 /04/65 จำหน่ายผู้ป่วยวันที่ 28/04/65

Visit ที่ 4 03/05/65 ผู้ป่วยมาตรวจก่อนนัด ผู้ป่วยให้ประวัติว่า 1 วันก่อนมาโรงพยาบาล ขณะเดินเข้าห้องน้ำ ใช้ไม้เท้าช่วยเดินแล้วเสียหลักล้ม ลำตัวข้างขวากระแทกพื้น ปวดหลังช่วงเอว แผลผ่าตัดมีน้ำเหลืองซึม นั่งยืนเดินไม่ไหวจะปวดหลังมากขึ้น ไปรักษาคลินิกแพทย์ฉีดยาแก้ปวด แพทย์แนะนำให้มาตรวจที่โรงพยาบาลกำแพงเพชรวันนี้ อุณหภูมิร่างกาย 36.2 องศาเซลเซียส ชีพจร 61 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 129/66 มิลลิเมตรปรอท Mortor power grade 4 ขาทั้ง 2 ข้าง Numeric rating score = 6 (ในท่านอน) แพทย์ให้นอนที่โรงพยาบาล วินิจฉัย Seroma at wound รักษาด้วยการผ่าตัด Debridement c suture wound วันที่ 04/05/65, แพทย์สั่งเจาะเลือดตรวจ CRP= Negative, ESR= 82 mm/Hr (สูงเกินเกณฑ์) วันที่ 09/05/65, แพทย์จำหน่ายผู้ป่วยวันที่ 12/05/65

Visit ที่ 5 02/06/65 ผู้ป่วยมาติดตามอาการ ทุกอาการปวดหลังช่วงเอว ทุกอาการปวดสะโพกร้าวลงขา 2 ข้าง ทำแผลผ่าตัดหลังที่คลินิก แผลผ่าตัดหลังไม่ซึม ยังมีอาการซาซา 2 ข้างถึงปลายเท้า กระดกข้อเท้าได้ กลั้นปัสสาวะได้ ใส่อุปกรณ์เครื่องพยุงเวลานั่งยืนเดิน เดินใช้ walker ช่วย อุณหภูมิร่างกาย 36.4 องศาเซลเซียส ชีพจร 86 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 166/82 มิลลิเมตรปรอท Mortor power grade 4 ขาทั้ง 2 ข้าง Numeric rating score = 4 แพทย์ให้ตัดไหม แผลผ่าตัดหลังดีดี รับยา Ciprofloxacin 250 mg รับประทาน 2 เม็ด หลังอาหารเช้า - เย็น และนัดติดตามอาการอีก 2 เดือน

Visit ที่ 6 04/08/65 ผู้ป่วยมาติดตามอาการ อาการดีขึ้น แผลผ่าตัดหลังดีดี ไม่ปวดหลังช่วงเอว ทุกอาการปวดสะโพกร้าวลงขา 2 ข้าง ยังอาการซาซา 2 ข้างถึงปลายเท้า กระดกข้อเท้าได้ นั่งนานยืนนานได้ดีขึ้น เดินใช้ไม้เท้าช่วย อุณหภูมิร่างกาย 36.2 องศาเซลเซียส ชีพจร 82 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 125/71 มิลลิเมตรปรอท Mortor power grade 5 ขาทั้ง 2 ข้าง Numeric rating score = 3 แพทย์สั่งยา Clindamycin 300 mg รับประทาน 1 เม็ดหลังอาหารเช้า - กลางวัน - เย็น Ciprofloxacin 250 mg รับประทาน 2 เม็ด หลังอาหารเช้า - เย็น และนัดติดตามอาการอีก 2 เดือน

Visit ที่ 7 06/10/65 ผู้ป่วยมาติดตามอาการ อาการดีขึ้น ไม่ปวดหลังช่วงเอว ไม่ปวดสะโพก ยังปวดขาท่อนล่าง 2 ข้าง ซาซาท่อนล่าง 2 ข้างถึงปลายเท้า กระดกข้อเท้าได้ นั่งนานยืนนานได้ดีขึ้น เดินใช้ไม้เท้าช่วย อุณหภูมิร่างกาย 36.2 องศาเซลเซียส ชีพจร 89 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 147/84 มิลลิเมตรปรอท Mortor power grade 5 ขาทั้ง 2 ข้าง Numeric rating score = 2-3 แพทย์สั่งเจาะ ESR=41 (ลดลง) CRP= Negative และนัดติดตามอาการอีก 2 เดือน

Visit ที่ 8 29/12/65 ผู้ป่วยมาติดตามอาการ อาการดีขึ้น ไม่ปวดหลังช่วงเอว ไม่ปวดสะโพก ปวดขาท่อนล่าง 2 ข้างน้อยลง ซาซาท่อนล่าง 2 ข้างน้อยลง ยังซาปลายเท้า 2 ข้าง กระดกข้อเท้าได้ นั่งนานยืนนานได้ดีขึ้น เดินใช้ไม้เท้าช่วยพยุงเดิน เดินได้คล่องขึ้น อุณหภูมิร่างกาย 36.2 องศาเซลเซียส ชีพจร 86 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 159/86 มิลลิเมตรปรอท Mortor power grade 5 ขาทั้ง 2 ข้าง Numeric rating score = 1 - 2 และนัดติดตามอาการอีก 2 เดือน

Visit ที่ 9 23/03/66 ผู้ป่วยมาติดตามอาการ อาการดีขึ้นมาก ไม่ปวดหลังช่วงเอว ไม่ปวดขา ไม่ซาซา 2 ข้าง มีซาปลายเท้าเล็กน้อย กระดกข้อเท้าได้ นั่งนานยืนนานได้ เดินได้เอง ใช้ไม้เท้าช่วยเวลาเดินไกลๆ อุณหภูมิร่างกาย 37 องศาเซลเซียส ชีพจร 92 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 148/67 มิลลิเมตรปรอท Mortor power grade 5 ขาทั้ง 2 ข้าง Numeric rating score = 0 แพทย์นัดติดตามอาการอีก 6 เดือน

การวางแผนการพยาบาล

แบ่งการพยาบาลเป็น 2 ระยะ โดยแบ่งตามการดูแลที่คลินิกศัลยกรรมกระดูก แผนกผู้ป่วยนอก

ระยะก่อนผ่าตัด

ปัญหาที่ 1 ผู้ป่วยขาดความเข้าใจในขั้นตอนการรับบริการที่คลินิกศัลยกรรมกระดูก

ข้อมูลสนับสนุน

1. ญาติแจ้งว่า “ ผู้ป่วยปวดหลังอยู่บนรถนอน ฟังเข้ามาตรวจ จะรอตรวจนานไหม ”
2. ผู้ป่วยบอก “ เป็นครั้งแรกที่มาตรวจที่คลินิกศัลยกรรมกระดูก และช่วยเหลือตัวเองไม่ค่อยได้ ”

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจและปฏิบัติตามขั้นตอนการรับบริการที่คลินิกศัลยกรรมกระดูก
2. เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัยในระยะก่อนตรวจ ขณะตรวจ และหลังก่อนตรวจรักษา

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยเข้าใจและปฏิบัติตามขั้นตอนการรับบริการที่คลินิกศัลยกรรมกระดูก
2. ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัยในระยะก่อนตรวจ ขณะตรวจ และหลังการตรวจรักษา

กิจกรรมการพยาบาล

1. สร้างสัมพันธที่ดีกับผู้ป่วย และครอบครัว สร้างความมั่นใจ ตลอดจนความรู้สึกปลอดภัย โดยให้ความสนใจผู้ป่วย ทักทายผู้ป่วยอย่างสุภาพ เพื่อให้เกิดความสัมพันธภาพที่ดีและไว้วางใจพยาบาล
2. ประเมินอาการผู้ป่วยแรกที่คลินิก เพื่อคัดกรองแยกประเภทผู้ป่วยที่รอเข้ารับการตรวจ และเพื่อประเมินความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นขณะรอรับการตรวจ เนื่องจากผู้ป่วยมีอาการปวดหลังมาก ไม่สามารถนั่งได้ ต้องนอนบนรถนอน หน้านิ้วคิ้วขมวด ขา 2 ข้างอ่อนแรง จากการประเมินได้จัดให้ผู้ป่วยเข้ารับการตรวจในช่องทางด่วนของคลินิก
3. ซักประวัติผู้ป่วย เพื่อรวบรวมข้อมูลตามกระบวนการพยาบาล โดยใช้คำถามที่เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้เล่าอาการเจ็บป่วยของตน สรุปให้ผู้ป่วยฟังถึงข้อมูลที่ได้รับว่าถูกต้องไหม ต้องการเพิ่มข้อมูลใด
4. ช่วยเหลือแพทย์ทำการตรวจร่างกายผู้ป่วย เพื่อการประเมินวินิจฉัยปัญหาภาวะความยุ่งยากซับซ้อนของโรค โดยช่วยแพทย์จัดทำผู้ป่วยเพื่อตรวจกำลังของกล้ามเนื้อ การตรวจการรับรู้ความรู้สึกของผิวหนัง และการตรวจระบบประสาทอัตโนมัติของผู้ป่วย และแนะนำการพลิกตะแคงตัวที่ถูกต้องเพื่อไม่ทำให้ปวดหลังมากขึ้นขณะตรวจร่างกาย
5. ให้คำแนะนำหลังการตรวจรักษา โดยอธิบายให้ผู้ป่วยและญาติ ให้ทราบแนวทางการรักษาของแพทย์ที่ผู้ป่วยจะได้รับการรักษาขั้นต่อไป คือ การตรวจเครื่องสแกนแม่เหล็กไฟฟ้า (MRI) เพื่อช่วยในการวินิจฉัยวางแผนการรักษาของแพทย์ โดยฟังผลตรวจในนัดครั้งต่อไป และแนะนำการดูแลตนเองที่บ้านตามแผนการรักษาของแพทย์
6. นัดหมายวัน และเวลาติดตามผลการตรวจรักษาครั้งต่อไป พร้อมอธิบายข้อมูล การเตรียมตัว และเอกสารที่ต้องนำมาโรงพยาบาล เช่น ผลตรวจเครื่องสแกนแม่เหล็กไฟฟ้า (MRI) เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเข้ารับการตรวจรักษาในครั้งต่อไปตามขั้นตอนอย่างรวดเร็ว

ประเมินผล : ผู้ป่วยเข้าใจและให้ความร่วมมือปฏิบัติตามขั้นตอนการรับบริการที่คลินิกศัลยกรรมกระดูกได้อย่างดี

ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างปลอดภัยขณะรับการตรวจรักษาที่คลินิกศัลยกรรมกระดูก

ปัญหาที่ 2 ผู้ป่วยไม่สุขสบายเนื่องจากปวดหลังบริเวณบั้นเอว ปวดร้าวและชาขา

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยสีหน้าแสดงความเจ็บปวด หน้านิ้วคิ้วขมวด
2. ไม่สามารถนั่งได้ ถ้านั่งจะร้องปวดมากขึ้น
3. Numeric rating score (NRS) = 6-7 (ในท่านอน) Numeric rating score (NRS) = 8-9 (ในท่านั่ง)

วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ป่วยทุเลาอาการปวดบริเวณบั้นเอว ปวดร้าวและชา

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยไม่มีสีหน้าแสดงความเจ็บปวด
2. Numeric rating score (NRS) น้อยกว่า 5

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินระดับความปวด โดยประเมินอาการปวดแบบตัวเลข (Numeric rating scale) และประเมินอาการปวดแบบใบหน้า (Face pain scale) ร่วมกับการประเมินความปวดจากพฤติกรรมของผู้ป่วยจากการแสดงออกทางพฤติกรรม ขณะรอตรวจ และขณะทำกิจกรรม พบผู้ป่วยมีระดับความปวดมากกว่า 5 หน้านี้คือขมวด
2. แนะนำการจัดทำนอนที่ลดอาการปวดหลัง ในท่านอนหงายใช้หมอนรองใต้เข่า 1 ใบ ให้ข้อเข่า และสะโพกงอเล็กน้อย ช่วยกล้ามเนื้อต้นขาด้านหลัง กล้ามเนื้อหลัง และหน้าท้องผ่อนคลาย สำหรับท่านอนตะแคง ใช้หมอนรองใต้ขาบนและใช้หมอนพุงทางด้านหลังตามแนวความยาวของหลัง เพื่อลดความตึงของกล้ามเนื้อหลัง เวลาพลิกตะแคงตัวให้พลิกไปทั้งตัวไม่ให้หลังบิด การลุกจากที่นอนให้ลุกช้าๆ ให้ใช้เท้าตะแคงก่อน แล้วใช้ข้อศอกยันพื้นลุกขึ้น ถ้าจะนอนให้ใช้วิธีตะแคงตัวนอนลง
3. แนะนำหลีกเลี่ยงท่าทางที่ทำให้ปวดหลังมากขึ้น เช่น ท่าใช้หลังก้มลงหยิบของ การบิดเอว การหลีกเลี่ยงการนั่งนาน
4. แนะนำการหายใจเข้าออกลึกๆ ช้าๆ และสม่ำเสมอ เพื่อผ่อนคลายกล้ามเนื้อ และการประคบร้อน ช่วยลดการปวดเกร็งของกล้ามเนื้อ เพิ่มความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อให้ผ่อนคลาย ประคบครั้งละ 15 - 20 นาที วันละ 2 - 3 ครั้ง
5. แนะนำการรับประทานยาบรรเทาปวดตามแผนการรักษาของแพทย์ และสังเกตอาการข้างเคียงของยาเช่น ง่วงซึม วิงเวียน ปวดศีรษะ ผื่นคัน ปากบวม ควรรีบมาพบแพทย์ก่อนนัด

ประเมินผล

ก่อนผ่าตัด ผู้ป่วยทุเลาอาการปวด Numeric rating score (NRS) = 5 ในท่านอน แต่ยั้งนี้ไม่ได้จะปวดหลังมากขึ้น

ปัญหาที่ 3 วิดกกังวลเกี่ยวกับสภาพการเจ็บป่วยของตนเองและการรักษาที่ได้รับ

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยมีสีหน้าแสดงความกังวล
2. ซักถามเกี่ยวกับความเจ็บป่วยว่า “กระดูกหลังแย่มากไหม” “ผ่าตัดแล้วเดินได้ไหม”

วัตถุประสงค์ : เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับโรคโพรงกระดูกสันหลังตีบแคบ และคลายความวิตกกังวล

เกณฑ์การประเมินผล : ผู้ป่วยแสดงสีหน้าคลายความกังวล และตอบคำถามเกี่ยวกับโรคโพรงกระดูกสันหลังตีบแคบได้ถูกต้อง

กิจกรรมการพยาบาล

1. พูดคุยให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึกเกี่ยวกับความกลัว ความวิตกกังวลที่มีต่อสุขภาพของผู้ป่วย เป็นผู้รับฟังที่ดี ยอมรับการแสดงออกของผู้ป่วยต่อปัญหาการเจ็บป่วย พร้อมให้เวลาผู้ป่วยในการยอมรับอาการเจ็บป่วย พร้อมให้ความร่วมมือในการรักษา
2. อธิบายสาเหตุของโรคโพรงกระดูกสันหลังตีบแคบ การดำเนินของโรค ขั้นตอนการรักษาพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับ และความจำเป็นในการผ่าตัดหลังโดย เปิดโอกาสให้ซักถามเพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจและปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง
3. ให้ผู้ป่วยได้พูดคุยกับผู้ป่วยที่เคยผ่าตัดหลังแบบเดียวกัน ซึ่งประสพผลดีของการรักษา เพื่อคลายความวิตกกังวล และสร้างให้ผู้ป่วยมั่นใจในการรักษา ระหว่างรอตรวจที่คลินิก

ประเมินผล : ผู้ป่วยมีสีหน้าคลายกังวล มีความมั่นใจในการรักษาด้วยการผ่าตัดหลัง และตอบคำถามเกี่ยวกับโรคโพรงกระดูกสันหลังตีบแคบได้ถูกต้อง

ปัญหาที่ 4 ผู้ป่วยขาดความรู้ในการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัดกระดูกสันหลัง

ข้อมูลสนับสนุน :

1. แพทย์วางแผนการผ่าตัด Laminectomy L3-5 c PLE PDS L3-5 วันที่ 25/04/65
2. ผู้ป่วยถาม “ต้องเตรียมอะไรบ้างก่อนผ่าตัด” “ต้องหาคนดูแลหลังผ่าหลายวันไหม”
3. ผู้ป่วยมีโรคประจำตัว เบาหวาน ความดันโลหิตสูง

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเตรียมผู้ป่วยก่อนการผ่าตัดกระดูกสันหลัง
2. เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ในปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัดกระดูกสันหลัง

เกณฑ์การประเมินผล : ผู้ป่วยสามารถตอบคำถามการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังได้

กิจกรรมการพยาบาล

ให้คำแนะนำและสอนการปฏิบัติตัวในระยะก่อนผ่าตัด

1. แนะนำการงดยา Aspirin 81 mg ก่อนผ่าตัด 7 วัน ในวันที่ 18/04/65 และรับประทานยารักษาโรคประจำตัว โรคความดันโลหิตสูง Amlodipine 5 mg รับประทาน 2 เม็ดหลังอาหารเช้า และโรคเบาหวาน Glipizide 5 mg รับประทาน 1 เม็ด ก่อนอาหารเช้า และ Metformin 500 mg รับประทาน 2 เม็ดหลังอาหารเช้า-เย็นอย่างต่อเนื่อง เพื่อควบคุมความดันโลหิต และระดับน้ำตาลในเลือด ให้พร้อมก่อนผ่าตัด
2. แนะนำให้สำรวจและกำจัดแหล่งเชื้อโรคในร่างกาย เช่น เหงือกอักเสบ ฟันผุ มีผื่นแดง ตุ่มพุงพองที่ผิวหนังให้รับการรักษา ก่อนผ่าตัด
3. อธิบายเกี่ยวกับการเตรียมร่างกายให้พร้อมก่อนผ่าตัด เช่น การทำความสะอาด ผม เล็บ การพักผ่อนให้เพียงพอ และการบำรุงร่างกายให้แข็งแรง
4. แนะนำการใช้หมอนข้าง เวลานอนตะแคงเพื่อลดการปวดหลัง และการอธิบายการพลิกตะแคงตัวให้พลิกไปทั้งตัว เพื่อไม่ให้บิดเอว ลดอาการปวดหลัง
5. แนะนำการเตรียมความพร้อมเกี่ยวกับอุปกรณ์ และสิ่งแวดล้อมที่บ้าน ได้แก่ ไข่เตียงนอนสูงที่นอนแน่น การปรับส้วม ให้เป็นส้วมโถนั่ง หรือการเตรียมเก้าอี้สุขภัณฑ์ที่มีช่องตรงกลางแล้ววางคร่อมส้วมซิมแบบนั่งยองๆ ควรปรับพื้นทางเดินในบ้าน ให้โล่ง ไม่มีสิ่งกีดขวางระหว่างเดิน เนื่องจากผู้ป่วยต้องใช้เครื่องช่วยพยุงเดินเป็นแบบโครงโลหะ 4 ขา (Walker) อย่างน้อย 1 เดือน หลังผ่าตัด สำหรับเข้าห้องน้ำและทางเดินควรมีราวยึดเกาะ พื้นห้องน้ำควรมีแผ่นรองกันลื่น เพื่อป้องกันหกล้ม
6. แนะนำการเตรียมผู้ดูแลหลังผ่าตัด (Care giver) โดยให้ดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดจนออกจากโรงพยาบาล 2 สัปดาห์แรกหรือจนกว่าผู้ป่วยสามารถเดินและทำกิจวัตรประจำวันได้ดีแล้ว

ประเมินผล

ผู้ป่วยมีความพร้อมในการรับการผ่าตัดกระดูกสันหลัง สามารถตอบคำถามการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัดกระดูกสันหลังได้

ระยะติดตามหลังผ่าตัด

ปัญหาที่ 5 ผู้ป่วยขาดการปฏิบัติตามคำแนะนำหลังผ่าตัดอย่างถูกต้องทำให้เดินหกล้ม

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยมารับการตรวจก่อนนัด เนื่องจากหลังผ่าตัด 8 วัน ขณะที่ผู้ป่วยเดินไปห้องน้ำ ใช้ไม้เท้าช่วยเดิน แล้วเสียหลักล้ม
2. ผู้ป่วยบอก “ใช้ไม้เท้าช่วยเดิน ไม่คิดว่าจะล้ม”
3. จากการสอบถามผู้ดูแลผู้ป่วยไม่ได้อยู่ในขณะเกิดเหตุ ญาติบอกว่า “ปกติมีคนดูแล จะเดินใช้ walker แต่ครั้งนี้เดินเองคนเดียว”

วัตถุประสงค์ : ผู้ป่วยปฏิบัติตามคำแนะนำหลังผ่าตัดได้อย่างถูกต้อง ผู้ป่วยตอบคำถามเกี่ยวกับความสำคัญของการปฏิบัติตามคำแนะนำหลังผ่าตัดได้ถูกต้อง

เกณฑ์การประเมินผล : ผู้ป่วยมีความรู้และความเข้าใจ ในปฏิบัติตามคำแนะนำหลังผ่าตัดได้อย่างถูกต้อง

กิจกรรมการพยาบาล

1. เปิดโอกาสให้ผู้ผู้ป่วยได้อธิบายถึงเหตุการณ์ที่ทำให้การหกล้ม ยอมรับการแสดงออกของผู้ป่วยต่อความผิดพลาดในการดูแลตนเองหลังผ่าตัด พร้อมให้เวลาผู้ป่วยทำความเข้าใจถึงความสำคัญของการปฏิบัติตามคำแนะนำหลังผ่าตัดอย่างถูกต้องเพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย
2. แนะนำใช้เครื่องช่วยพยุงเดินเป็นแบบโครงโลหะ 4 ขา (Walker) 1 เดือนแรกหลังผ่าตัดหรือตามแพทย์สั่ง เนื่องจากการทรงตัวหลังผ่าตัดกล้ามเนื้อหลังยังไม่แข็งแรงถ้าใช้อุปกรณ์ช่วยเดินที่ไม่มั่นคงอาจทำให้เกิดการพลัดตกหกล้มขณะเดินได้

3. เน้นย้ำการเตรียมผู้ดูแลหลังผ่าตัด (Care giver) โดยให้ดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดจนออกจากโรงพยาบาล 2 สัปดาห์แรกหรือจนกว่าผู้ป่วยสามารถเดินและทำกิจวัตรประจำวันได้ดีแล้ว

4. แนะนำผู้ป่วยหลังผ่าตัดถ้าต้องการทำกิจกรรมที่มีการเคลื่อนย้ายร่างกาย แต่ผู้ดูแลผู้ป่วยไม่ได้อยู่ด้วย แนะนำให้เตรียมอุปกรณ์ส่งสัญญาณเรียก เพื่อขอความช่วยเหลือในการทำกิจกรรม เช่น กระดิ่ง นกหวีด เป็นต้น

ประเมินผล
ผู้ป่วยยืนยันว่าจะปฏิบัติตามคำแนะนำหลังผ่าตัดและตอบคำถามการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดได้ถูกต้อง

ปัญหาที่ 6 มีการอักเสบของเนื้อเยื่อแผลผ่าตัดหลังจากการหกล้ม

ข้อมูลสนับสนุน :

1. หลังผ่าตัด 8 วัน ผู้ป่วยให้ประวัติ ขณะเดินไปห้องน้ำ ใช้ไม้เท้าช่วยเดิน แล้วเสียหลักล้ม ลำตัวข้างขวากระแทกพื้น แผลผ่าตัดมีน้ำเหลืองซึม
2. แพทย์ทำการผ่าตัดครั้งที่ 2 Dx Seroma at wound S/P Debridement with suture wound วันที่ 04/05/65
3. ผู้ป่วยมีโรคประจำตัว เบาหวาน
4. ผล ESR = 82 , CRP = Negative (09/05/65)

วัตถุประสงค์ : เพื่อลดการอักเสบของเนื้อเยื่อแผลผ่าตัดหลัง

เกณฑ์การประเมินผล :

1. แผลผ่าตัดไม่บวมแดง ไม่มีไข้ ไม่มีน้ำเหลืองซึม
2. ผลตรวจ ESR CPR ปกติ

กิจกรรมการพยาบาล :

1. แนะนำผู้ป่วยสังเกตบริเวณแผลผ่าตัดหลัง ถ้ามีอาการปวด บวม แดง อุ่น มีสิ่งขี้ขี้บหลังออกจากแผลผ่าตัด ให้มาตรวจก่อนนัด
2. แนะนำทานยาปฏิชีวนะ Clindamycin 300 mg รับประทาน 1 เม็ดหลังอาหาร เข้า-กลางวัน-เย็น Ciprofloxacin 250 mg รับประทาน 2 เม็ด 2 เวลาหลังอาหารเข้า-เย็น ตามแผนการรักษาของแพทย์
3. แนะนำทานยารักษาโรคเบาหวาน Glipizide 5 mg รับประทาน 1 เม็ดก่อนอาหาร เข้าและ Metformin 500 mg รับประทาน 2 เม็ดหลังอาหาร เข้า- เย็น ตามแผนการรักษาของแพทย์อย่างต่อเนื่อง เพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้ปกติ จะทำให้การเลือดไหลเวียนบริเวณแผลได้ดีขึ้น ช่วยในการหายของบาดแผล
4. ให้การพยาบาลด้วยเทคนิคสะอาดปราศจากเชื้อเมื่อมาทำแผลผ่าตัดและตัดไหม
5. แนะนำการรับประทานอาหารที่ส่งเสริมการหายของบาดแผล เช่น อาหารที่มีโปรตีนสูง ช่วยในการสร้างเนื้อเยื่อ เช่น เนื้อปลา ไช้ขาว ไข่ขาว ธัญพืช และถั่วต่างๆ และทานสารอาหารที่มีวิตามินสูง เช่น ผักต่างๆ ช่วยทำให้แผลสมานหายเร็ว ลดการบวมซ้ำ อักเสบของร่างกาย เน้นเลือกรับประทานผลไม้ ที่รสชาติไม่หวานมาก เหมาะกับผู้ป่วยเบาหวาน เช่น ชมพู ฝรั่ง แอปเปิ้ล แก้วมังกรเนื้อขาว

ประเมินผล

ผู้ป่วยไม่มีการอักเสบของเนื้อเยื่อแผลผ่าตัดหลัง ผลตรวจเลือด ESR= 41 (ลดลง) CRP= Negative (06/10/65)

ปัญหาที่ 7 ขาดความรู้เกี่ยวกับการฟื้นฟูสภาพร่างกายและการดูแลตนเอง

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยบอกว่า “หลังผ่าตัดยังตั้งหลัง” “จะก้มหลังได้ไหม”
2. สอบถามเรื่อง การกายบริหารและกิจกรรมที่ไม่ควรทำหลังผ่าตัดยังตอบไม่ถูกต้อง

วัตถุประสงค์ : เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับฟื้นฟูสภาพร่างกายและการดูแลตนเอง

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยสามารถบอกท่ากายบริหารกล้ามเนื้อท้องและหลังได้อย่างถูกต้อง
2. สามารถบอกถึงกิจกรรมที่ไม่ควรทำหลังผ่าตัดได้อย่างถูกต้อง

กิจกรรมการพยาบาล

1. การแนะนำการกายบริหารร่างกายอย่างเนื่องหลังผ่าตัด เพื่อให้กล้ามเนื้อท้องและหลังมีความแข็งแรง ช่วยลดแรงกดที่กระดูกสันหลังและทำให้ผู้ป่วยเจ็บน้อยลง โดยแต่ละท่าจะทำไม่นานไม่เกิน 30 นาที หรือทำแต่ละท่าเท่าที่ทำได้ ขณะทำต้องไม่เจ็บหลังและระวังอย่าให้หลังแอ่นหรืองอหลังมากเกินไป โดยมีท่าบริหารเพื่อยืดกล้ามเนื้อหลังผ่าตัดที่แนะนำในแผนกผู้ป่วยนอกดังนี้

1.1 ทำยืดหลังส่วนล่าง นอนหงาย งอเข่า งอสะโพกที่ละข้าง ให้มีความรู้สึกตึงบริเวณหลัง ค้างไว้ 5 - 10 วินาที จากนั้นให้ทำสลับข้าง

1.2 ทำยืดกล้ามเนื้อหลังส่วนล่าง นอนหงายชันขา 2 ข้าง บิดขาไปด้านเดียวกัน ค้างไว้ 5 - 10 วินาที จากนั้นทำสลับขาซ้าย

1.3 ทำยืดหลังส่วนล่าง นอนหงายยกขาไขว้ตรงข้ามพร้อมกับบิดลำตัวไปพร้อมกัน ค้างไว้ 5 - 10 วินาที จากนั้นทำสลับข้าง

1.4 ทำยืดกล้ามเนื้อต้นขาด้านหลัง นอนหงายยกขาสูงที่ละข้าง ค้างไว้ 5 - 10 วินาที

1.5 ทำเพิ่มความแข็งแรงให้กับกล้ามเนื้ออกและกล้ามเนื้อแกนกลางลำตัว นอนหงายวางแขนราบกับเตียง ยกสะโพก ยกกันขึ้นให้พื้นเตียง ค้างไว้ 5 - 10 วินาที

2. แนะนำกิจกรรมที่ไม่ควรทำหลังผ่าตัด เช่น กิจกรรมที่ต้องก้มหลังสุดหรือแอ่นหลังสุด, การก้มหลังเก็บของ ยกของให้ใช้วิธีย่อเข่าแทน ควรเว้นการยกของหนักมากเกินไป ไม่ควรอยู่ในที่ที่มีการสั่นสะเทือน ไม่ควรนั่งนานๆ โดยเฉพาะที่นั่งที่อ่อนนุ่ม ทำให้หลังโค้งงอ ควรหาโอกาสเดินเปลี่ยนอิริยาบถทุก 1 ชม

3. แนะนำใส่อุปกรณ์พยุงกระดูกสันหลังไว้ 1 - 2 เดือนหลังผ่าตัด หรือตามแพทย์สั่ง

ประเมินผล

ผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับฟื้นฟูสภาพร่างกายและการดูแลตนเองได้อย่างถูกต้อง

สรุปกรณีศึกษา

ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 68 ปี มีประวัติเป็นโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวาน เข้ารับการรักษาด้วยอาการปวดหลังช่วงเอวมาก ปวดสะโพกร้าวลงขา 2 ข้าง ซาขา 2 ข้างถึงปลายเท้า กระดกข้อเท้า 2 ข้างไม่ได้เต็มที่ ลูกนั่งยืนเดินไม่ไหว ต้องนอนบนรถนอน มารักษาที่โรงพยาบาลกำแพงเพชร ส่งตรวจกระดูกสันหลังด้วยเครื่องสแกนแม่เหล็กไฟฟ้า (MRI) แพทย์วินิจฉัย โพรงกระดูกสันหลังตีบแคบ (Spinal stenosis) ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัด Laminectomy L3-5 and Posterior lateral fusion with Pedicular screws L3-5 หลังผ่าตัด 8 วัน ผู้ป่วยเดินใช้ไม้เท้าช่วย แล้วเสียหลักล้ม ลำตัวข้างขวา กระแทกพื้นที่บ้าน เข้ามารักษาที่โรงพยาบาลกำแพงเพชรก่อนนัด แพทย์วินิจฉัย Seroma at wound S/P Debridement with suture wound ผู้ป่วยได้รับการรักษาและการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ มีประเมินอาการเปลี่ยนแปลงผู้ป่วยตามพยาธิสภาพของโรค การดูแลช่วยเหลือบรรเทาอาการปวด การเตรียมความพร้อมก่อนและหลังผ่าตัด การลดการอักเสบของเนื้อเยื่อแผลผ่าตัด การฟื้นฟูสภาพร่างกาย และการให้ความรู้ในการปฏิบัติตัว ผลลัพธ์ของการรักษาพยาบาลคือ ผู้ป่วยปลอดภัย สามารถกลับมาใช้ชีวิตประจำวันได้ รวมเวลารักษาตัว 1 ปี 1 เดือน

วิจารณ์และข้อเสนอแนะ

โรคโพรงกระดูกสันหลังตีบแคบ หากไม่ได้รับการรักษา อาจทำให้เกิดความรุนแรงต่อร่างกาย จนถึงขั้นพิการได้ พยาบาลจึงมีบทบาทที่สำคัญการประเมินผู้ป่วยและการให้ช่วยเหลือผู้ป่วยที่ถูกต้อง ตามแผนการรักษาตั้งในกรณีศึกษา จะช่วยให้ผู้ป่วยปลอดภัย สามารถกลับมาใช้ชีวิตประจำวันได้ ดังนั้นจึงมีข้อเสนอแนะดังนี้

1. ควรนำกรณีศึกษามาทบทวน ถอดบทเรียน ให้ความสำคัญกับการวางแผนการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อน และหลังผ่าตัด และการเตรียมผู้ดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัด (Care giver)

2. การนำผลลัพธ์ที่ได้มาจากการทบทวน มาปรับปรุงแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสันหลัง (Clinical Nursing Practice Guidelines for Surgical Spine) สำหรับพยาบาลแผนกผู้ป่วยนอก

3. การพัฒนารูปแบบการฟื้นฟูสภาพร่างกายผู้ป่วยระยะติดตามหลังผ่าตัด สำหรับพยาบาลแผนกผู้ป่วยนอก

สรุป

กรณีศึกษาโรคโพรงกระดูกสันหลังตีบแคบ มีการดำเนินของโรคที่ใช้เวลานาน กว่าอาการจะปรากฏชัดขึ้นก็จะส่งกระทบ ผลรุนแรงต่อร่างกาย เช่น กล้ามเนื้อลีบอ่อนแรง ความคุมการขับถ่ายไม่ได้ และรุนแรงถึงเป็นอัมพาตได้ แต่ด้วยกระบวนการพยาบาล ทั้ง 5 ขั้นตอน และการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม ช่วยให้ผู้ป่วยปลอดภัย สามารถฟื้นฟูร่างกายให้เป็นปกติ ญาติผู้ป่วยคลายกังวล และ มีความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านได้อย่างดี

เอกสารอ้างอิง

1. วิชาญ ยิงศักดิ์มงคล.โรคโพรงกระดูกสันหลังตีบแคบบริเวณเอว(Lumbar spinal canal stenosis). [on line]. [เข้าเมื่อ วันที่ 5 ต.ค. 2566]. Available form : <http://ortho2.md.chula.ac.th/phocadownload/data-sheet/Lumbar-spinal-canal-stenosis-Wicharn.pdf>
2. กนกวรรณ พลสา. โรคโพรงกระดูกสันหลังตีบแคบ(Lumbar stenosis). [on line]. [เข้าเมื่อวันที่ 5 ต.ค. 2566]. Available form : https://pt.mahidol.ac.th/ptcenter/knowledge-article/lumbar_stenosis_k-p/
3. อัจฉรา ไชยกุล. การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดขยายช่องทางออกเส้นประสาทกระดูกสันหลัง: กรณีศึกษา 2 ราย. [on line]. [เข้าเมื่อวันที่ 5 ต.ค. 2566]. Available form : http://so03.tci-thaijo.org/2index.php2JMND2article2_view_2516582168648.
4. สายสมร บริสุทธิ์. แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสันหลังสำหรับพยาบาลทั่วไป. กรุงเทพฯ: ธนาเพลส, 2560.
5. โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์. การผ่าตัดกระดูกสันหลังแบบลามิเนกโตมี(Laminectomy). [on line]. [เข้าเมื่อวันที่ 5 ต.ค. 2566]. Available form : <http://www.bumrungrad.com/th/treatments/laminectomy-spinal-decompression-surgery>
6. บุญมี ชุมพล. การพยาบาลผู้ป่วยหมอนรองกระดูกสันหลังส่วนเอวเคลื่อนกดทับเส้นประสาทร่วมกับโพรงกระดูกสันหลังส่วนเอวตีบแคบ โรงพยาบาลมหาสารคาม. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม. 2564;18(1):73-86
7. สมาคมการศึกษาเรื่องความปวดแห่งประเทศไทย. คำแนะนำเวชปฏิบัติในภาวะปวดเหตุพยาธิสภาพประสาท. กรุงเทพฯ: ธนาเพลส; 2563.
8. สิทธิพงษ์ สุทธิอุดม. การบริหารหลังการรักษาสำคัญกับโรคกระดูกสันหลัง. [on line]. [เข้าเมื่อวันที่ 5 ต.ค. 2566]. Available form : <https://www.nakornthon.com/article/detail/>
9. ศศิกรณิศ สันติวรบุตร. ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อคุณภาพการฟื้นตัว หลังผ่าตัดและการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสันหลังส่วนเอว.ในวิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่. มหาวิทยาลัยคริสเตียน, 2561
10. Gilmore SJ, Clelland JA, Davidson M. Physiotherapy management of patient undergoing Spinal surgery. Newzealand Journal of physiotherapy.2016;44:105-12.
11. Katz JN, Zimmerman ZE, Mass H, Marhni MC. Diagnosis and management of lumbar spinal stenosis: a review. JAMA.2022;327(17):1688-99.

Nursing care for patients with chronic pyelonephritis undergoing nephrectomy : A case study

Hathairat Maka, D.N.S.*

Abstract

Introduction : Chronic pyelonephritis is caused by chronic infection and inflammation of the kidneys which, left untreated, can lead to serious life-threatening conditions with spread of infection into the bloodstream. The choice of treatment for chronic pyelonephritis is nephrectomy. The nurse played a crucial role in the surgical treatment, from preparing the patient for surgery to providing quality postoperative care to prevent complications and for the rehabilitation of the patient and appropriate discharge planning

Objective : To prepare a guide for nursing care to patients with chronic pyelonephritis undergoing nephrectomy.

Case study : A 71-year-old Thai female presented with a history of frequent urinary tract infections and a Growing mass on the right back.5 years being before admitted at a community, hospital for which she was referred to Kamphaeng Phet hospital. She was then diagnosed with right perinephric abscess. She underwent open drainage and had an indwelling drainage catheter postoperatively. After regular follow up the catheter was removed. 2 months before admission, patient had right flank pain with oozing discharge from the previous catheter site. The patient was treated with wound care and antibiotics without improvement and was referred to Kamphaeng Phet hospital. At the hospital, a CT scan revealed ruptured xanthogranulomatous pyelonephritis with multiple right renal calculi. She was then scheduled for an open right nephrectomy. The nursing problems in the patient were as follows: 1. Infection in the right flank. 2. Hypokalemia. 3. Patients lack of knowledge on disease, preoperative and postoperative care, and anxiety related to fear of surgery and anesthesia. 4. Risk of hypoxemia due to anemia. 5. Risk of hypovolemic shock due to blood loss postoperatively 6. Proper postoperative pain control. 7. Provide a proper postoperative rehabilitation program. 8. Patient's lack of knowledge on post-discharge care Prior to discharge, the patient was physically comfortable, stress-free, able to ambulate by herself, had regular bowel movements and the wound was clean and closed after removal of stapler pins and Jackson's drain. The patient was discharged on September 20, 2023, after 15 days of hospital stay, and a follow up scheduled after a week of discharge.

Conclusion : With the right care, patients with chronic pyelonephritis undergoing nephrectomy can have a complication-free surgery and hospital stay and be able to get back to their normal lifestyle post-discharge. Therefore, It's important for nurses to know about the care of patients with chronic pyelonephritis undergoing nephrectomy. This case study can be used as a guide for nursing care of patients with chronic pyelonephritis undergoing nephrectomy.

Keywords : chronic pyelonephritis, nephrectomy, pre-post operative nursing care.

*Register nurse, Surgical department, Kamphaeng Phet Hospital

การพยาบาลผู้ป่วยกรวยไตอักเสบเรื้อรังที่ผ่าตัดไตออก : กรณีศึกษา

หทัยรัตน์ มากะ, ป.พส.*

บทคัดย่อ

บทนำ : กรวยไตอักเสบเรื้อรัง เกิดจากการอักเสบเรื้อรังและรุนแรงของกรวยไต หากไม่ได้รับการรักษาที่ถูกต้องและต่อเนื่อง อาจทำให้มีการติดเชื้อเข้าสู่กระแสโลหิตและเป็นอันตรายถึงแก่ชีวิตได้ ศัลยแพทย์ระบบทางเดินปัสสาวะจำเป็นต้องรักษาโดยการตัดไตออก เพื่อยุติการอักเสบติดเชื้อเรื้อรัง พยาบาลมีบทบาทสำคัญตั้งแต่การเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัด การป้องกันภาวะแทรกซ้อนและการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด รวมถึงการวางแผนจำหน่ายที่มีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์ : เพื่อเป็นแนวทางในการให้การพยาบาลผู้ป่วยกรวยไตอักเสบเรื้อรังที่ผ่าตัดไตออก

กรณีศึกษา : หญิงไทย อายุ 71 ปี มีประวัติ 5 ปีก่อนมาโรงพยาบาล ผู้ป่วยมีอาการปัสสาวะบ่อย มีก้อนที่หลังด้านขวาก่อนโตขึ้น ไปรักษาที่โรงพยาบาลชุมชนและส่งตัวมารักษาต่อที่โรงพยาบาลกำแพงเพชร แพทย์วินิจฉัย Right perinephric abscess ทำผ่าตัด Opened Drainage ใส่สายระบายค้างไว้ มาตรวจตามนัดสม่ำเสมอ จนแพทย์ถอดสายระบายออกให้ 2 เดือนก่อนมาผู้ป่วยมีอาการปวดหลังบริเวณซี่ข้างขวา บริเวณแผลผ่าตัดเดิมมีหนองสีเหลืองซึมตลอด ไปรักษาที่โรงพยาบาลชุมชนรักษาโดยการทำแผลและให้ยาปฏิชีวนะอาการไม่ทุเลาจึงส่งตัวมารักษาต่อ ผล Computer scan: abdomen พบ Ruptured xanthogranulomatous pyelonephritis with multiple right renal calculi แพทย์นัดมาผ่าตัด Opened right nephrectomy ปัญหาทางการพยาบาล คือ 1. มีภาวะติดเชื้อบริเวณซี่ข้างขวา 2. ผู้ป่วยมีภาวะโพแทสเซียมในเลือดต่ำ 3. ผู้ป่วยพร่องความรู้เกี่ยวกับโรค การปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด วิตกกังวลกลัวการผ่าตัดและการได้รับยาระงับความรู้สึก 4. เสี่ยงต่อการเกิดภาวะพร่องออกซิเจนจากตัวนำออกซิเจนลดลง 5. เสี่ยงต่อการเกิดภาวะ hypovolemic shock ซ้ำจากการเสียเลือดหลังผ่าตัด 6. ไม่สุขสบายจากการปวดแผลผ่าตัด 7. ส่งเสริมการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด 8. ผู้ป่วยพร่องความรู้ในการดูแลตนเองเมื่อกลับไปอยู่บ้าน ก่อนจำหน่ายผู้ป่วยมีร่างกายแข็งแรง หน้าตาสดชื่น ลูกนั่งและเดินไปห้องน้ำเองได้ ไม่มีภาวะท้องอืดหลังผ่าตัด แผลแห้งดีดีหลัง off stapler และ Jackson's drain แพทย์อนุญาตผู้ป่วยกลับบ้าน วันที่ 20 กันยายน 2566 รวมรักษาตัวในโรงพยาบาล 15 วัน และนัดมาตรวจเพื่อติดตามอาการหลังผ่าตัด 1 สัปดาห์

สรุปกรณีศึกษา : ผู้ป่วยกรวยไตอักเสบเรื้อรังที่ผ่าตัดไตออก ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะวิกฤตหลังผ่าตัด สามารถกลับไปดำเนินชีวิตได้ตามปกติ พยาบาลจึงต้องมีทักษะ ความรู้และความชำนาญอย่างสูงในการดูแลผู้ป่วยกรวยไตอักเสบเรื้อรังที่ผ่าตัดไตออก ที่มีภาวะวิกฤติในระยะหลังผ่าตัด จากกรณีศึกษาครั้งนี้สามารถนำไปเป็นแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยกรวยไตอักเสบเรื้อรังที่ผ่าตัดไตออกได้

คำสำคัญ : การพยาบาลผู้ป่วยกรวยไตอักเสบเรื้อรัง การผ่าตัดไตออก การพยาบาลก่อนและหลังผ่าตัด

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยศัลยกรรม โรงพยาบาลกำแพงเพชร

บทนำ

กรวยไตอักเสบเรื้อรัง (Xanthogranulomatous pyelonephritis) เกิดจากการอักเสบเรื้อรังและรุนแรงของกรวยไต สาเหตุเกิดจากการติดเชื้อของกระเพาะปัสสาวะหรือท่อปัสสาวะ แล้วรักษาไม่หายขาดทำให้การอักเสบติดเชื้อขึ้นไปที่กรวยไต เชื้อแบคทีเรียที่พบบ่อย คือ เชื้อ Escherichia Coli อีกสาเหตุที่สำคัญคือมีการอุดตันของทางเดินปัสสาวะ ได้แก่ การมีนิ่วเขาสัตว์ (staghorn) Xanthogranulomatous pyelonephritis มีการทำลายเนื้อไตทั่วไตและมีหนองเกิดขึ้น หลังจากนั้นไตจะเสื่อมลงและไม่ทำงาน¹⁻⁴ พบในผู้ป่วยอายุระหว่าง 50-70 ปีพบในผู้หญิงมากกว่าผู้ชาย ส่วนใหญ่จะเกิดที่ไตเพียงข้างเดียว ผู้ป่วยจะมาพบแพทย์ด้วยอาการไข้ ปวดหลัง คล้ำไตก่อนบริเวณไต มีการติดเชื้อเป็นๆหายๆ เบื่ออาหาร น้ำหนักลด และตรวจพบนิ่วด้วย จากอุบัติการณ์ของการเกิดโรคไตและกรวยไตอักเสบของประเทศไทยในปี 2562, 2563, 2564 พบผู้ป่วย 929, 847, 883 และมีอัตราการเสียชีวิต คิดเป็นร้อยละ 1.4, 1.3, 1.4ตามลำดับ⁵ จากสถิติจะเห็นได้ว่ากรวยไตอักเสบชนิดนี้พบได้น้อยมาก แต่บางครั้งการวินิจฉัยล่าช้าหรือผู้ป่วยรับการรักษาไม่ต่อเนื่อง หยุดการรักษาเมื่ออาการทุเลาแต่ยังไม่หายขาด จึงส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย คือ มีแผลเรื้อรังและมีหนองไหลซึม ปวดบริเวณซี่ข้างขวา ด้านจิตใจผู้ป่วยวิตกกังวลเนื่องจากรักษามานานไม่หายขาด ขาดความมั่นใจในตัวเอง ญาติและเพื่อนบ้านมองด้วยสายตารังเกียจ และไม่สามารถออกไปประกอบอาชีพเหมือนคนปกติได้ ด้วยเหตุผลดังกล่าว ศัลยแพทย์ระบบทางเดินปัสสาวะจำเป็นต้องรักษาโดยการตัดไตออก¹⁴ เพื่อยุติการอักเสบติดเชื้อเรื้อรัง เพราะเชื้ออาจเข้าสู่กระแสโลหิตและมีอันตรายถึงแก่ชีวิตได้

การผ่าตัดไตออก (Nephrectomy) มี 2 ชนิด ได้แก่ Conventional open nephrectomy และ Laparoscopic nephrectomy^{6,7} สำหรับกรณีศึกษาที่เลือกมา ผล Computer scan พบว่ามีการปริแตกของแคปซูลของไต และมีเม็ดนิ่วกระเด็นออกมาอยู่ในชั้นใต้ผิวหนังไตข้างขวา ศัลยแพทย์ระบบทางเดินปัสสาวะเลือกการผ่าตัดแบบ Conventional open nephrectomy เป็นการผ่าตัดแบบดั้งเดิม โดยใช้หลักการผ่าตัดใหญ่ ศัลยแพทย์จะกรีดแผลผ่าตัดที่ผิวหนัง ความยาว 8-12 นิ้ว ที่บริเวณซี่ข้างขวาของลำตัว เพื่อรบกวนอวัยวะในช่องท้องน้อยที่สุด แผลผ่าตัดอาจเลยไปทางด้านหน้าหรือเลยไปทางด้านหลังแล้วแต่พยาธิสภาพของโรคและรูปร่างของผู้ป่วย Conventional open nephrectomy เป็นการผ่าตัดใหญ่ มีความซับซ้อนและใช้เวลาการผ่าตัดหลายชั่วโมง มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัด เช่น การเกิดภาวะพร่องออกซิเจนหลังผ่าตัด ไม่สามารถถอดท่อช่วยหายใจได้ ซึ่คจากการเสียเลือดหลังผ่าตัด ปวดแผลมากหลังผ่าตัดทำให้ฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดได้น้อย นอกจากนั้นแล้วยังอาจเกิดปัญหาระยะยาวจากการเหลือไตเพียงข้างเดียว⁸ พยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญตั้งแต่การเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดและการป้องกันภาวะแทรกซ้อนและการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด รวมถึงการวางแผนจำหน่ายที่มีประสิทธิภาพ

จากข้อมูลสถิติของหอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง โรงพยาบาลกำแพงเพชร พบผู้ป่วยไตและกรวยไตอักเสบ ในปี 2563, 2564, 2565 จำนวน 26, 12, 22 มีผู้ป่วยที่ต้องผ่าตัดไตออก 8, 4, 3ตามลำดับ⁹ พยาบาลจึงต้องมีความรู้ ความสามารถ และความชำนาญในการให้การพยาบาลผู้ป่วยกรวยไตอักเสบเรื้อรังที่ผ่าตัดไตออก ตั้งแต่ก่อนผ่าตัด ระยะวิกฤตหลังผ่าตัด และดูแลต่อเนื่องจนอาการทุเลาจำหน่ายกลับบ้านได้ การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นแนวทางในการให้การพยาบาลผู้ป่วยกรวยไตอักเสบเรื้อรังที่ผ่าตัดไตออก

กรณีศึกษา

ข้อมูลทั่วไป

หญิงไทย อายุ 71 ปี เชื้อชาติไทย อาชีพ รับจ้าง สถานภาพสมรส คู่

วินิจฉัยโรค : Xanthogranulomatous pyelonephritis with multiple right renal calculi

อาการสำคัญ : มาตามนัดเพื่อผ่าตัดไตขวาออก

ประวัติเจ็บป่วยปัจจุบัน

5 ปี ก่อนมาโรงพยาบาลผู้ป่วยมีอาการปัสสาวะบ่อย คลำพบก้อนที่ซี่ข้างขวาก่อนโตขึ้น ไปรักษาที่โรงพยาบาลชุมชนฯ ส่งตัวมารักษาต่อโรงพยาบาลกำแพงเพชร แพทย์วินิจฉัยว่าเป็น Right perinephric abscess ทำผ่าตัด Opened drainage ใส่ท่อระบายค้างไว้ มาตรวจติดตามสม่ำเสมอ แพทย์ถอดสายระบายให้หลังจากไม่มีหนองออกมาจากท่อระบาย



2 เดือนก่อนมาโรงพยาบาล ผู้ป่วยมีอาการปวดบริเวณสีข้างขวา บริเวณแผลผ่าตัดเดิม มีหนองสีเหลืองซึ่มตลอดไปรักษาที่โรงพยาบาลชุมชนรักษาโดยทำแผล และให้ยาปฏิชีวนะอาการไม่ทุเลาจึงส่งตัวมารักษาต่อ โรงพยาบาลกำแพงเพชร แพทย์สั่งทำ Computer scan: whole abdomen พบ Ruptured xanthogranulomatous pyelonephritis with multiple right renal calculi วันนี้จึงมาตามนัดเพื่อผ่าตัดไตขวาออก

การตรวจร่างกายตามระบบ

รูปร่างทั่วไป : รูปร่างผอม น้ำหนัก 53 กิโลกรัม ส่วนสูง 155 เซนติเมตร

สัญญาณชีพ : ความดันโลหิต 126/70 มิลลิเมตรปรอท อุณหภูมิร่างกาย 38.2 องศาเซลเซียส ชีพจร 62 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 18 ครั้ง/นาที

ระบบประสาท : รู้สึกตัวดี ตอบคำถามได้ เคลื่อนไหวแขนขาได้ปกติ

ผิวหนัง : ผิวขาว ไม่มีภาวะสูญเสียความยืดหยุ่นของผิวหนัง (Skin turgor) ไม่มีจ้ำเลือด มีแผลบริเวณสีข้างขวามีหนองสีเหลืองไหลซึม เล็บมือเล็บเท้าตัดสั้น

ศีรษะและใบหน้า : ผมนสั้นสีดำ ศีรษะไม่มีบาดแผล ตา 2 ข้างมองเห็นปกติ ใบหู จมูก ปากลักษณะภายนอกปกติ

ทรวงอกและทางเดินหายใจ : ทรวงอกรูปร่างปกติ หายใจสม่ำเสมอ อัตราการหายใจ 18 ครั้ง/นาที เสียงการหายใจปกติ

หัวใจและหลอดเลือด : การเต้นของหัวใจสม่ำเสมอ อัตราการเต้นของหัวใจ 62 ครั้ง/นาที ไม่มีเส้นเลือดที่คอโป่งพอง ค่าความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือด 96%

ช่องท้องและทางเดินอาหาร : ท้อง soft กดเจ็บบริเวณสีข้างขวา

กล้ามเนื้อและกระดูก : โครงสร้างร่างกายปกติ

ระบบทางเดินปัสสาวะ : กระเพาะปัสสาวะไม่โป่งตึง

ระบบอวัยวะสืบพันธุ์ : เต้านมปกติ อวัยวะสืบพันธุ์ภายนอกปกติ

สภาพจิตใจ : สิ้นหวังวิตกกังวล เรื่องการรักษา

การตรวจทางห้องปฏิบัติการที่สำคัญ

สิ่งที่ตรวจ	ค่าปกติ	5 ก.ย. 66	6 ก.ย. 66	7 ก.ย. 66	8 ก.ย. 66	9 ก.ย. 66
WBC	5.0-10.0 10 ³ /uL	10.6	10.3	10.2	10.1	8.2
HCT	37-47%	32	21.1	23.2	26.2	31.6
Potassium	3.4-4.5 mmol/L	4.2	4.0	3.5		
INR	<1.5		1.14	1.13	1.10	

CT. whole abdomen : Ruptured xanthogranulomatous with loss stone at skin and cutaneous tract

การดำเนินโรคขณะรับไว้ในการดูแล

5/9/66 ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ช่วยเหลือตนเองได้ มีแผลที่สีข้างขวามีหนองสีเหลืองซึ่ม ปวดสีข้างขวา Pain score 3 คะแนน ปัสสาวะปกติ สัญญาณชีพแรกรับปกติ

6/9/66 หลังผ่าตัด Opened right nephrectomy ผู้ป่วย Unconscious no response to deep pain On ET-Tube no.7 mark 20 with ventilator setting PCV mode setting Pi16 Ti1.0 RR14 FIO₂ 0.4 PEEP5, หายใจสัมพันธ์กับเครื่องดี แผลผ่าตัดที่บริเวณสีข้างขวา top pressure dressing ไว้ แผลมีเลือดซึ่ม On right Jackson's drain ไว้ มี content สีแดงจางออก 100 ml, monitor EKG: normal sinus rhythm On 0.9%NaCl 1,000 ml. IV drip 80 ml/hr. On Norepinephrine 4ml in 5%DW 100ml. IV drip 5 ml/hr. ทาง right central line 3 ทาง, On PRC 1 unit IV drip มาจากห้องผ่าตัด, Retained Foley's catheter with bag Urine flow ดี สีเหลืองใส

7/9/66 ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี สื่อสารเข้าใจ ทำตามคำบอกได้ อ่อนเพลียมาก On ET-Tube no.7 mark 20 with ventilator setting PCV mode setting Pi=16 Ti=1.0 RR=14 FiO₂=0.4 PEEP=5, หายใจสัมพันธ์กับเครื่องดี อัตราการหายใจอยู่ในช่วง 16-20 ครั้ง/นาที O₂Sat=100% เสียงปอดสองข้างปกติ สัญญาณชีพอื่นๆปกติ ไม่มีอาการและอาการแสดงของ Hypovolemic shock off Norepinephrine drip, On PRC 1 unit iv drip in 4 hrs.

8-9/9/66 ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี สื่อสารเข้าใจ ทำตามคำบอกได้ อ่อนเพลียเล็กน้อย On ET-Tube no.7 mark 20 with ventilator setting PCV mode setting Pi=16 Ti=1.0 RR=14 FiO₂=0.4 PEEP=5, หายใจสัมพันธ์กับเครื่องดี อัตราการหายใจอยู่ในช่วง 16-20 ครั้ง/นาที O₂Sat=100% เสียงปอดสองข้างปกติ สัญญาณชีพอื่นๆปกติ อาการปวดแผลทูลา off fentanyl drip

10/9/66 ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี สื่อสารเข้าใจ ทำตามคำบอกได้ อ่อนเพลียเล็กน้อย On ET-Tube no.7 mark 20 with ventilator setting SPONT mode PS=12 PEEP=5 FiO₂=0.4 หายใจสัมพันธ์กับเครื่องดี อัตราการหายใจอยู่ในช่วง 16-20 ครั้ง/นาที O₂Sat=100% เสียงปอดสองข้างปกติ สัญญาณชีพอื่นๆปกติ ถอดท่อและเครื่องช่วยหายใจออกได้ เวลา 11.00 น. On O₂ mask with bag 10 ลิตรต่อนาที อัตราการหายใจ 20-22 ครั้งต่อนาที

11 /9/66 ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ช่วยเหลือตัวเองได้ อ่อนเพลีย On O₂ mask with bag 10 ลิตรต่อนาที อัตราการหายใจ 20-22 ครั้งต่อนาที off O₂ mask with bag on O₂ canula 4 ลิตร/นาที แผลไม่ซึม ท้องไม่อืด on right Jackson's drain content สีแดงจางติดกันขวด on 5%D/NSS 1000 ml 80 ml/hr. retained foley's catheter with bag urine flow ดี off nasogastric tube และ เริ่มจิบน้ำ off O₂ canula หายใจสม่ำเสมอ

12-17/9/66 ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ช่วยเหลือตัวเองได้ หน้าตาสดชื่น แผลผ่าตัดไม่ซึม On right Jackson's drain มีcontent สีแดงจางติดกันขวด, สัญญาณชีพปกติ รับประทานอาหารเหลวได้ สามารถกลืนง่าย ๆ ได้ off Central line, off foley's catheter, off stapler และ off right Jackson's drain 17/9/66

18-20/9/66 ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี แผลผ่าตัดแห้งดีดี ไม่ปวดแผล ลูกนั่งและเดินได้ดี รับประทานอาหารธรรมดาได้ ไม่มีอาการท้องอืด

20/9/66 ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ช่วยเหลือตนเองได้ หน้าตาสดชื่น แผลผ่าตัดแห้งดีดี ลูกนั่งและเดินไปห้องน้ำได้ รับประทานอาหารได้ ท้องไม่อืด แพทย์จำหน่ายและนัดมาตรวจติดตามอาการ อีก 1 สัปดาห์

การวางแผนการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1 ผู้ป่วยมีภาวะติดเชื้อที่แผลบริเวณซี่ข้างขวา

ข้อมูลสนับสนุน

1. มีหนองไหลออกจากแผลที่บริเวณซี่ข้างขวา
2. ผล CBC จำนวน WBC=10.6x10³ /uL
3. อุณหภูมิร่างกาย 38.2 องศาเซลเซียส

วัตถุประสงค์

เพื่อลดการติดเชื้อที่แผลบริเวณซี่ข้างขวา

เกณฑ์ประเมิน

1. แผลไม่มีหนองซึมจากแผลเก่าที่ซี่ข้างขวา
2. ผล CBC จำนวน WBC= 5.0-10.00 x10³ /uL
3. Early warning signs น้อยกว่า4

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมิน Early warning sign คือการเฝ้าระวังหรือการเตือนว่าผู้ป่วยจะมีอาการทรุดลงดูค่าปกติจากอุณหภูมิร่างกาย36.1-38.0 องศาเซลเซียส, อัตราการหายใจ 9-20 ครั้ง/นาที, อัตราการเต้นของหัวใจ51-100ครั้ง/นาที, systolic blood pressure 101-180 มิลลิเมตรปรอท (ถ้าค่ามากกว่าหรือน้อยกว่าเกณฑ์ปกติมากกว่า4 ต้องรายงานแพทย์ทันที)
2. ประเมินและสังเกตลักษณะ สี จำนวน ของหนองที่ซึมออกมาจากแผล

3. Dressing แผลให้โดย Irrigate แผลด้วย Normal saline solution, pack ด้วย gauze drain, ปิดด้วย Top gauze
4. แนะนำไม่ให้แกะแผลออกเอง หากแผลซึมชุ่ม gauze พิจารณา Dressing แผลให้ใหม่
5. ดูแลให้ยา Ceftriazone 2 กรัม ละลายใน NSS 100 ml. หยดทางหลอดเลือดดำภายใน 30 นาที สังเกตอาการปวด บวม แดง หรือหลอดเลือดดำอักเสบบริเวณที่ฉีดยา อาการแพ้ยา เช่น มีผื่นคัน แน่นหน้าอก หายใจไม่ออก
6. มอบหมายให้ผู้ช่วยพยาบาลเช็ดตัวลดไข้และสอนญาติเช็ดตัวลดไข้อย่างถูกวิธี ประเมินอุณหภูมิร่างกายหลังเช็ดตัวลดไข้ 30 นาที หากอุณหภูมิไม่ลดลง ให้รายงานพยาบาลทันที
7. เจาะเลือดส่งตรวจ CBC เพื่อติดตามค่า WBC

ประเมินผล

1. Early warning signs = 1
2. ไม่มีหนองไหลซึมหลัง dressing แผลให้
3. ผล CBC จำนวน WBC = $10.3 \times 10^3 / \mu\text{L}$
4. อุณหภูมิร่างกายอยู่ในช่วง 36.5 - 37.5 องศาเซลเซียส

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 2 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโพแทสเซียมในเลือดต่ำ

ข้อมูลสนับสนุน

1. K = 3.2 (3.4-4.5 mmol/L)
2. ผู้ป่วยอ่อนเพลีย

วัตถุประสงค์

เพื่อให้ผู้ป่วยมีระดับโพแทสเซียมในเลือดอยู่ในเกณฑ์ปกติ

เกณฑ์การประเมิน

1. ระดับโพแทสเซียมในเลือดปกติ (3.4-4.5 mmol/L)
2. ไม่มีแสดงของภาวะโพแทสเซียมในเลือดต่ำ เช่น กล้ามเนื้ออ่อนแรง ท้องผูก หัวใจเต้นช้า
3. EKG ปกติ

กิจกรรมการพยาบาล

1. ดูแลให้ NSS 1,000 ml + KCL 40 mEq IV 80 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง โดยใช้เครื่องควบคุมการไหลของสารน้ำ ระหว่างให้สารน้ำเฝ้าระวังและติดตามอัตราการเต้นของหัวใจ และสังเกตการรั่วซึมของยาออกนอกหลอดเลือด
2. เฝ้าระวังอาการและสังเกตอาการกล้ามเนื้ออ่อนแรง ท้องผูก
3. Monitor EKG ว่ามี หัวใจเต้นผิดปกติหรือไม่
4. เจาะเลือดส่งตรวจ Electrolyte เพื่อติดตามผลโพแทสเซียมในเลือด

ประเมินผล

1. อัตราการเต้นของหัวใจสม่ำเสมอ
2. ไม่มีอาการ กล้ามเนื้ออ่อนแรง ท้องผูก
3. EKG ปกติ
4. ระดับโพแทสเซียมในเลือด 4.2 mmol/L

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 3 ผู้ป่วยพร่องความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค การปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด วิตกกังวลกลัวการผ่าตัด

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยมีสีหน้ากังวล กลัวการผ่าตัด
2. ผู้ป่วยและครอบครัวถามว่า “จะนอนโรงพยาบาลหลายวันไหม” “จะกลับไปทำงานในไรได้เหมือนเดิมมั๊ย”

วัตถุประสงค์

เพื่อให้ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวลและมีความพร้อมทั้งด้านร่างกายและจิตใจก่อนผ่าตัดผ่าตัด

เกณฑ์การประเมิน

1. ผู้ป่วยสามารถบอกแผนการรักษาโรคของตนเองได้
2. ผู้ป่วยคลายกังวล นอนพักและหลับได้
3. ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัดได้อย่างถูกต้อง

กิจกรรมการพยาบาล

1. สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยและญาติ ด้วยวาจาที่สุภาพ อ่อนโยน
2. ให้ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด
 - แนะนำการเตรียมร่างกายโดยทั่วไป ได้แก่ การทำความสะอาดร่างกาย การอาบน้ำและสระผมด้วยน้ำยา 4%Chlohexidine in Soap เย็นก่อนวันผ่าตัดและเช้าวันผ่าตัด ตัดเล็บมือเล็บเท้าให้สั้น ล้างมือให้สะอาด แปรงฟัน และบ้วนปากฟันให้สะอาด การงดอาหารและน้ำหลังเที่ยงคืน
 - แนะนำการเตรียมร่างกายเฉพาะที่ เช่นการ โกนขนบริเวณศีรษะขงขา
 - ดูแลให้ผู้ป่วยลงนามยินยอมผ่าตัดและมีญาติลงนามเป็นพยาน 1 คน
 - แนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตนหลังผ่าตัด เพื่อป้องกันโรคแทรกซ้อนทางปอด เช่น การพลิกตะแคงตัว การหายใจเข้าออกยาวๆ ลึกๆ การไอเอาเสมหะออกมาอย่างมีประสิทธิภาพ
 - แนะนำญาติเปิดเทปธรรมะให้ผู้ป่วยฟัง และเปิดโอกาสให้พบปะพูดคุยกับผู้ป่วยเตียงข้างที่ได้รับการผ่าตัดและการผ่าตัดได้ผลดี
 - เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติซักถามข้อสงสัย และบอกปัญหาที่ต้องการความช่วยเหลือ

การประเมินผล

1. ผู้ป่วยมีความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับโรคที่เป็น การรักษาและสามารถบอกการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัดได้
2. ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวล หน้าตาแจ่มใส และให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาลทุกขั้นตอน

การพยาบาลระยะหลังผ่าตัด

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 4 เสี่ยงต่อภาวะเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจนเนื่องจากตัวนำออกซิเจนลดลงจากการเสียเลือด

ข้อมูลสนับสนุน

1. สูญเสียเลือดขณะผ่าตัด 2300 มิลลิลิตร
2. ค่าความเข้มข้นของเลือด (Hct) 21.1%

วัตถุประสงค์

เพื่อให้ร่างกายได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ

เกณฑ์การประเมิน

1. ผู้ป่วยไม่มีอาการและอาการแสดงของภาวะพร่องออกซิเจนเช่นระดับความรู้สึกตัวลดลง หายใจเหนื่อยหอบ ปลายมือปลายเท้าเขียว
2. สัญญาณชีพปกติ ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจน (O_2Sat) 95-100%
3. ค่าความเข้มข้นของเลือด (Hct) >30%

กิจกรรมการพยาบาล

1. ตรวจดูตำแหน่งท่อหลอดลมคอให้ชัดเจนหมายเลข 20 อยู่ตรงมุมปากใช้ Ambu bag ต่อออกซิเจน 10 ลิตรต่อนาที บีบลมเข้าปอดและสังเกตดูว่าทรวงอกขยายได้เท่ากันทั้งสองข้าง ฟังเสียงลมเข้าปอดได้ยินชัดจนเท่ากันทั้งสองข้าง ต่อเข้ากับเครื่องช่วยหายใจ ยึดตรึงท่อหลอดลมไว้ที่มุมปากให้แน่น ป้องกันเลื่อนหลุดจากตำแหน่งที่พอดี

2. ประเมินการหายใจหลังใส่ท่อหลอดลม เมื่อต่อกับเครื่องช่วยหายใจ วัดและบันทึกสัญญาณชีพทุก 15-30 นาที ในภาวะวิกฤตเพื่อสังเกตและติดตามอาการเปลี่ยนแปลงได้ทันและทุก 1 ชั่วโมงเมื่อสัญญาณชีพปกติ
3. ดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง โดยดูดเสมหะอย่างนุ่มนวลทั้งในปากและในท่อหลอดลมเมื่อได้ยินเสียงเสมหะ
4. จัดทำให้ผู้ป่วยนอนในท่าที่หายใจได้สะดวกคือท่า Semi-Fowler's Position
5. ติดตามความอิ่มตัวของออกซิเจนปลายนิ้ว >95% เพื่อประเมินระดับออกซิเจนในร่างกาย
6. On NIBP monitor เพื่อประเมินสัญญาณชีพ
7. ดูแลเครื่องช่วยหายใจให้ทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ (ปรับ mode ตามแผนการรักษา) ไม่ให้สาย Circuit หัก พังงอหรือมีรอยรั่ว ใช้แนวทาง WHAPO เพื่อป้องกันผู้ป่วยปอดอักเสบจากการใส่เครื่องช่วยหายใจ
8. สังเกตอาการและอาการแสดงของภาวะขาดออกซิเจน ได้แก่อาการเหนื่อยหอบ หายใจลำบาก เหงื่อออก ปลายมือปลายเท้าเขียว เล็บและริมฝีปากซีด ระดับความรู้สึกตัวลดลง
9. ติดตามภาพถ่ายรังสีทรวงอก เพื่อตรวจสอบตำแหน่งของท่อหลอดลมคว่าอยู่ในตำแหน่งที่เหมาะสม
10. ห่มผ้าเพื่อเพิ่มความอบอุ่นของร่างกาย
11. ดูแลให้ได้รับ Sedative Drug ตามแผนการรักษาและเฝ้าระวังผลข้างเคียงของการใช้ยา
12. ให้ข้อมูลแก่ญาติผู้ป่วยถึงความจำเป็นหรือเหตุผลที่ผู้ป่วยต้องใส่เครื่องช่วยหายใจ
13. ประเมินความพร้อมในการหย่าเครื่องช่วยหายใจและถอดท่อช่วยหายใจออกเมื่อผู้ป่วยสามารถหายใจเองได้

ประเมินผล

1. ไม่มีอาการและอาการแสดงของภาวะพร่องออกซิเจน หายใจสัมพันธ์กับเครื่องและสามารถถอดเครื่องช่วยหายใจออกได้ วันที่ 10 กันยายน 2566 เวลา 11.00น.
2. สัญญาณชีพปกติ ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจน 99-100%

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 5 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะ hypovolemic shock ซ้ำจากการเสียเลือดหลังผ่าตัด
ข้อมูลสนับสนุน

1. ขณะผ่าตัด Opened right nephrectomy เสียเลือด 2300 มิลลิลิตร
2. แผลมีเลือดซึมชุ่ม Top gauze มีเลือดออกจากท่อระบาย 100 มิลลิลิตร ใน 1 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด
3. อัตราการเต้นของหัวใจ 100 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 90/60 มิลลิเมตรปรอท

วัตถุประสงค์

เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะ hypovolemic shock ซ้ำจากการเสียเลือด

เกณฑ์การประเมิน

1. ผู้ป่วยไม่มีอาการแสดงของภาวะช็อค เช่น ระดับความรู้สึกตัวลดลง กระสับกระส่าย เหงื่อออก ตัวเย็น
2. อัตราการเต้นของหัวใจ 60-100 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 14-18 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิตมากกว่า 90/60 มิลลิเมตรปรอท
3. ความดันโลหิตส่วนกลาง อยู่ในช่วง 8-12 cmH₂O
4. ปริมาณปัสสาวะต้องมากกว่า 1 ml/kg/hr
5. ความเข้มข้นของเลือดมากกว่าหรือเท่ากับ 30 %

กิจกรรมการพยาบาล

1. ตรวจวัดและประเมินสัญญาณชีพและวัดความดันโลหิตส่วนกลางตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยในระยะแรกหลังผ่าตัด
2. ประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะช็อคจากการเสียเลือด
3. สังเกตและประเมินเลือดที่ออกจากแผลผ่าตัด
4. สังเกตและบันทึกปริมาณของเลือดที่ออกมาจากท่อระบาย และอาการที่แสดงว่ามีเลือดออกภายในช่องท้อง ได้แก่ หน้าท้องแข็งตึง กดเจ็บทั่วท้อง

5. ติดตามค่าความเข้มข้นของเลือดทุก 4 ชั่วโมง
6. ดูแลให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ ตามแผนการรักษาของแพทย์
7. ดูแลให้ได้รับ PRC 1 Unit ต่อจากห้องผ่าตัด สังเกตอาการขณะให้เลือด หากมีอาการผื่นขึ้นคัน มีไข้หนาวสั่น แน่นหน้าอก บ่นหายใจไม่ออกต้องหยุดให้เลือด รายงานแพทย์ทันทีเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็วทันที
8. ดูแลให้ยากระตุ้นการบีบหลอดเลือด Norepinephrine 4 mg dilute in 5%D/W 100 ml IV drip โดยใช้เครื่องควบคุมการไหลของสารน้ำ ระหว่างให้เฝ้าระวังและบันทึกสัญญาณชีพ ระดับความรู้สึกตัว ติดตามอัตราการเต้นของหัวใจ และสังเกตการรั่วซึมของยาออกนอกหลอดเลือด
9. ดูแลให้ยาห้ามเลือด Transaminic acid 500 มิลลิกรัมทางหลอดเลือดดำทุก 8 ชั่วโมงสังเกตผลข้างเคียงของยา ได้แก่อาการปวดท้อง คลื่นไส้ อาเจียน และปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ
10. ดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง
11. ประเมินความสมดุลของสารน้ำที่เข้า-ออกจากร่างกายโดยเฉพาะจำนวนปัสสาวะที่ออกทุก 1 ชั่วโมง

ประเมินผล

1. ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ไม่มีอาการเหงื่อออก ตัวเย็น
2. ผู้ป่วยหายใจสัมพันธ์กับเครื่องช่วยหายใจ อัตราการเต้นของหัวใจ 62-100 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิตอยู่ในช่วง 112/72-139/90 มิลลิเมตรปรอท
3. ค่าความเข้มข้นของเลือด 31.6%หลังได้รับเลือด 2 unit
4. ความดันโลหิตส่วนกลาง 10 เซนติเมตรน้ำ
5. จำนวนปัสสาวะออก 60 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 6 ผู้ป่วยไม่สุขสบายจากการปวดแผลผ่าตัด

ข้อมูลสนับสนุน

1. มีแผลผ่าตัด Opened right nephrectomy
2. หน้าแสดงความเจ็บปวด ประเมินความเจ็บปวดได้ 6 คะแนน
3. นอนนิ่งๆไม่ยอมพลิกตัว นอนไม่หลับ

วัตถุประสงค์

เพื่อบรรเทาอาการปวดแผล

เกณฑ์การประเมิน

1. ระดับความเจ็บปวดน้อยกว่า 3
2. ช่วยเหลือตัวเองและยอมให้พยาบาลพลิกตะแคงตัวให้ นอนหลับพักผ่อนได้

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินอาการปวดของการโดยการซักถามอาการและสังเกตปฏิบัติการที่ผู้ป่วยแสดงออกมาเช่น หน้าหนีคิ้วขมวด
2. ให้การพยาบาลด้วยท่าที่ที่อ่อนโยน นุ่มนวล
3. จัดให้นอนท่า Semi-fowler's position
4. แนะนำให้ผู้ป่วยหายใจเข้าออกยาว ๆ ลึก ๆ ใช้มือหรือหมอนประคองแผลเวลาไอหรือพลิกตะแคงตัว
5. ดูแลให้ยา Fentanyl (10:1) หยดทางหลอดเลือดดำ อัตรา 10 มิลลิลิตรต่อชั่วโมงโดยใช้เครื่องควบคุมจำนวนหยดของยาที่ละลายในสารน้ำและประเมินอาการข้างเคียงของยา Fentanyl
6. ประเมินความดันโลหิต อัตราการเต้นของหัวใจ อัตราการหายใจ ความอึดตัวของออกซิเจนวัดปลายนิ้ว
7. สังเกตและบันทึกอาการของผู้ป่วยหลังได้รับยาแก้ปวด
9. จัดสิ่งแวดล้อมให้เงียบสงบ

ประเมินผล

1. Pain score = 0

2. ผู้ป่วยสุขสบาย นอนหลับหลังได้รับยาแก้ปวด ทาง IV drip 15 นาที สัญญาณชีพปกติ

ระยะต่อห้อง

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 7 ส่งเสริมให้ผู้ป่วยฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด

ข้อมูลสนับสนุน

หลังผ่าตัด Opened right nephrectomy ผู้ป่วยลุกจากเตียงช้าเนื่องจากใส่เครื่องช่วยหายใจ

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถลุกนั่งบนเตียงและลุกจากเตียงได้
2. ไม่มีภาวะท้องอืดหลังผ่าตัด

เกณฑ์การประเมิน

1. ผู้ป่วยสามารถลุกนั่งบนเตียง และลุกจากเตียงได้
2. ไม่มีภาวะท้องอืด
3. ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้ตามลำดับ

กิจกรรมการพยาบาล

1. แนะนำและจัดให้ผู้ป่วยนอนหงายและพลิกตะแคงตัวให้ผู้ป่วย(หลังผ่าตัดผู้ป่วยใส่เครื่องช่วยหายใจ)
2. แนะนำให้ผู้ป่วยสูดหายใจเข้าออกยาว ๆ ลึก ๆ เพื่อให้ปอดขยายตัวได้ดี
3. แนะนำการไอที่ถูกวิธี โดยการสูดหายใจเข้าลึก ๆ และไอออกมาแรง ๆ ครั้งเดียว, ใช้มือกุมแผลเวลาไอ
4. กระตุ้นให้ผู้ป่วยลุกนั่งบนเตียง ยืนข้างเตียง เดินรอบ ๆ เตียงพร้อมอธิบายเหตุผล
5. ดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารตามแผนการรักษา จิบน้ำ เหลว อ่อน ธรรมดา ตามลำดับ
6. ให้คำแนะนำและให้การพยาบาลด้วยความเอาใจใส่และด้วยความเป็นกันเองกับผู้ป่วยและญาติ

ประเมินผล

1. ผู้ป่วยสามารถลุกนั่งบนเตียง ลุกยืนข้างเตียงและเดินไปห้องน้ำได้
2. ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้ตามลำดับ
3. ไม่มีภาวะท้องอืดหลังผ่าตัด

วางแผนจำหน่าย

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 8 ผู้ป่วยญาติพร้อมความรู้ในการดูแลตนเองเมื่อกลับบ้าน

ข้อมูลสนับสนุน

ผู้ป่วยและญาติถามว่า “เหลือไตข้างเดียวแล้ว จะต้องทำอย่างไร”

วัตถุประสงค์

เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติมีความรู้ความเข้าใจการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้านได้

เกณฑ์การประเมิน

ผู้ป่วยและญาติสามารถบอกวิธีการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคที่เป็นและการปฏิบัติเมื่อเหลือไตเพียงข้างเดียวได้

กิจกรรมการพยาบาล

ใช้ D-METHOD มาใช้ในการวางแผนจำหน่ายสำหรับผู้ป่วยรายนี้และเพิ่มเติมในเรื่อง

1. ดื่มน้ำสะอาดวันละ 2000 ml.หรือประมาณวันละ 8 แก้วเพื่อเจือจางปัสสาวะ
2. รับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่
3. รักษาความสะอาดร่างกายทั่วไปเช่นเล็บ ฟัน ปาก ฟัน ผิวน้ำ เพื่อป้องกันเชื้อโรคเข้าสู่ร่างกาย
4. ไม่กลั้นปัสสาวะนานๆเพื่อป้องกันการติดเชื้อไปสู่ไต

5. ออกกำลังกายสม่ำเสมอหลีกเลี่ยงการออกกำลังกายที่จะมีอันตรายต่อไตข้างซ้าย
6. เวลาเจ็บป่วยไม่ซื้อยารับประทานเองควรพบแพทย์ทุกครั้งและบอกแพทย์ว่าเหลือไตข้างเดียว
7. งดสูบบุหรี่ ดื่มเหล้า เบียร์ ชา กาแฟ หลีกเลี่ยงอาหารเค็ม ผงชูรส มีผลทำให้ความดันโลหิตสูงลดการทำงานของไตได้
8. เปิดโอกาสให้ซักถามและตอบข้อซักถามด้วยความเต็มใจ

ประเมินผล

ผู้ป่วยและญาติมีความรู้และเข้าใจการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้านสามารถตอบข้อควรปฏิบัติสำหรับผู้ป่วยที่เหลือไตข้างเดียวได้

สรุปกรณีศึกษา

หญิงไทย อายุ 71 ปี เข้ารับการรักษาโรงพยาบาลกำแพงเพชร 5 กันยายน 2566 ผ่านการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วย และการตรวจทางห้องปฏิบัติการอย่างละเอียดและได้ทำการผ่าตัด Opened right nephrectomy วิสัญญีแพทย์ให้ยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย (General Anesthesia) การผ่าตัดใช้เวลา 5 ชั่วโมงสูญเสียเลือด 2300 มิลลิลิตร ใส่สายระบาย 1 เส้นต่อลงขูดสุญญากาศ ไม่มีภาวะ hypovolemic shock ซ้ำหลังผ่าตัด ผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจและหายใจสัมพันธ์กับเครื่องช่วยหายใจ สามารถถอดเครื่องช่วยหายใจได้ในเวลาต่อมา ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นตามลำดับ สามารถลุกนั่งและลุกเดินข่างๆได้ ผู้ป่วยปวดแผลผ่าตัดลดลง หลัง Off stapler แผลผ่าตัดแห้งดีดี ไม่มีภาวะท้องอืดหลังผ่าตัด ผู้ป่วยรับประทานอาหารและนอนหลับพักผ่อนได้ หน้าตาสดชื่น และให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาลเป็นอย่างดี สามารถปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดได้อย่างเหมาะสม แพทย์จำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้านวันที่ 20 กันยายน 2566 รวมรักษาตัวในโรงพยาบาล 15 วัน และนัดมา ตรวจเพื่อติดตามอาการหลังผ่าตัด 1 สัปดาห์

วิจารณ์และเสนอแนะ

กรวยไตอักเสบเรื้อรัง เกิดจากการอักเสบเรื้อรังและรุนแรงของกรวยไต หากไม่ได้รับการรักษาที่ถูกต้องและต่อเนื่อง อาจทำให้มีการติดเชื้อเข้าสู่กระแสโลหิตและเป็นอันตรายถึงแก่ชีวิตได้ ศัลยแพทย์ระบบทางเดินปัสสาวะจำเป็นต้องรักษาโดยการตัดไตออก เพื่อยุติการอักเสบติดเชื้อเรื้อรัง พยาบาลมีบทบาทสำคัญตั้งแต่การเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัด การป้องกันภาวะแทรกซ้อนและการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด รวมถึงการวางแผนจำหน่ายที่มีประสิทธิภาพและครอบคลุม

ข้อเสนอแนะ

1. ควรนำไปใช้เป็นแนวทางในการให้การพยาบาลผู้ป่วยกรวยไตอักเสบเรื้อรังและการผ่าตัดไตออก (Nephrectomy)
2. ควรให้คำแนะนำผู้ป่วยและญาติอย่างถูกต้องในเรื่องการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัดไตออก โดยจัดทำเอกสารประกอบการให้ความรู้โรคกรวยไตอักเสบเรื้อรัง การผ่าตัดไตออกและการปฏิบัติตัวเมื่อเหลือไตเพียงข้างเดียว

สรุป

จากกรณีศึกษา ผู้ป่วยมีอาการปวดบริเวณสีข้างขวา บริเวณแผลผ่าตัดเดิมมีหนองสีเหลืองซึ่ม ซึ่งเป็นอาการของกรวยไตอักเสบเรื้อรัง ทำ Computer scan : Whole Abdomen พบ Ruptured xanthogranulomatous pyelonephritis with multiple right renal calculi แพทย์ทำผ่าตัด Opened right nephrectomy บทบาทที่สำคัญของพยาบาลหอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง คือ การนำกระบวนการพยาบาลมาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยรายนี้ร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ ตั้งแต่รับใหม่ การเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัด การพยาบาลในภาวะวิกฤตหลังผ่าตัด ทำให้ผู้ป่วยพ้นจากภาวะวิกฤต ปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด สามารถฟื้นฟูร่างกายจนหายเป็นปกติ และมีความรู้ความเข้าใจการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้านได้



เอกสารอ้างอิง

1. Jha SK, Aeddula NR. Xanthogranulomatous Pyelonephritis. [Internet]. [cite 15 Sep 2023]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK557399/>
2. Li L, Parwani AV. Xanthogranulomatous Pyelonephritis. [Internet]. [cite 15 Sep 2023]. Available from: <https://DOI.ORG/10.5858/2009-0769-RSR.1>
3. Yap J. Xanthogranulomatous Pyelonephritis. [internet]. [cite 15 Sep 2023]. Available from: [https://radiopaedia.org >articles> Xanthogranulomatous- pyelonephritis](https://radiopaedia.org/articles/Xanthogranulomatous-pyelonephritis)
4. เอกสารประกอบการสอนหมายเลข 1 เรื่องการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ. [Internet]. [cite 15 Sep 2023]. Available from: <http://med.mahidol.ac.th> Urinary tract infection.pdf>
5. สถิติสาธารณสุข. [Internet]. [cite 15 Sep 2023]. Available from: <http://sdp.moph.go.th/wp-content/upload/2022/11/HStatistic64.pdf>
6. วรุณี เจริญศิริ. การผ่าตัดไต. [Internet]. [cite 15 Sep 2023]. Available from: <http://www.bangkokhealth.com>การผ่าตัดไต>
7. ผ่าตัดไต Nephrectomy. [Internet]. [cite 15 Sep 2023]. Available from: <https://eternityclinic.co.th>
8. ศุจินทร บัวชื่น. การปฏิบัติตัวสำหรับผู้ป่วยที่เหลือไตข้างเดียว. [Internet]. [cite 15 Sep 2023]. Available from: <http://www.si.mahidol.ac.th>
9. ศูนย์ข้อมูลโรงพยาบาลกำแพงเพชร. รายงานประจำปี 2563-2565. กำแพงเพชร: โรงพยาบาลกำแพงเพชร; 2565.
10. วิจิตรา กุสุมภ์, สุนันทา ครองยุทธ. ภาวะซ้อด: การพยาบาลและกรณีศึกษา. นนทบุรี: พี.เค.เค.พรีนติ้ง; 2564.



Nursing care for acute ST- elevation myocardial infarction receiving the thrombolytic agent : A case study

Yaowaluk Kalapakdee, D.N.S*

Abstract

Introduction : Acute ST-Elevation Myocardial Infarction (STEMI) is the most severe form of acute coronary syndrome, involving complete obstruction of a coronary artery, which results in the death of cardiac muscles. STEMI is a life-threatening, time-sensitive emergency condition that must be promptly evaluated, diagnosed, and treated to decrease the death rate.

Objective : To provide nursing care guidelines for acute ST-elevation myocardial infarction.

Case study : An 82-year-old Thai male patient came to the hospital due to chest pain on the left chest, radiating to the back and neck. His blood pressure was 119/75 mmHg, heart rate 110 beats per minute, respiratory rate 20 breaths per minute, body temperature 36.9°C, blood oxygen concentration 98%, and pain score was 8/10. He received a grade 2 severity assessment. Physical examination and electrocardiogram found ST depression in V1-6 and ST elevation in V8-9. The physician diagnosed him with STEMI Posterior wall and consulted with a medical physician at Khanu Woraklaksaburi Hospital. The medical physician initiated the Fast Track STEMI protocol, treated the patient with a thrombolytic agent (Streptokinase) before transferring him for Percutaneous Coronary Intervention (PCI) at Srisawan Hospital. The physician couldn't reach Srisawan Hospital's cardiologists. The medical physician at Khanu Woraklaksaburi Hospital treated the patient with a thrombolytic agent in the emergency department and admitted him to the Intensive Medical Care Unit. The nursing care plan includes : 1. Chest pain attributed to reduced blood supply to the heart muscle. 2. Reduced cardiac output due to abnormal heart muscle contraction, stemming from inadequate blood supply. 3. Risk of complications from the administration of thrombolytic agents. 4. Anxiety due to the critical situation. 5. Risk of worsening of the clinical condition while being transferred. After providing nursing care, the patient was safely treated without any complications. He received PCI at Srisawan Hospital and was subsequently improved and rehabilitated at Khanu Woraklaksaburi Hospital until he could return to normal life. The hospital stay period was 6 days.

Conclusion : From the case study, it is evident that the role of nurses in caring for patients with acute ST-Elevation Myocardial Infarction is crucial. Nurses play a vital role in assessing and screening patients correctly and promptly upon their arrival at the hospital. This allows for accurate diagnosis and timely administration of thrombolytic agents. Nurses must possess knowledge in medical administration and the monitoring of symptomatic changes that may occur in patients during treatment until referral to tertiary care is completed. This process can significantly reduce the mortality rate of patients.

Key word : ST- elevation myocardial infarction (STEMI), thrombolytic agent

*Professional nurse Nursing work for emergency accident patients and forensic medicine Khanu Woraklaksaburi Hospital, Kamphaeng Phet

การพยาบาลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI : กรณีศึกษา

เยาวลักษณ์ กาละภักดี, ป.พ.ย.*

บทคัดย่อ

บทนำ : โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI เป็นภาวะวิกฤตและฉุกเฉินจากการอุดตันเฉียบพลันของหลอดเลือดแดงที่มาเลี้ยงหัวใจ ดังนั้นผู้ป่วยจึงจำเป็นต้องได้รับการประเมินอาการ การวินิจฉัย การรักษาเร่งด่วนโดยการได้รับยาละลายลิ่มเลือด เพื่อเปิดหลอดเลือดหัวใจ จะช่วยให้รอดชีวิตและปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน

วัตถุประสงค์ : เพื่อเป็นแนวทางในการให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI

กรณีศึกษา : ผู้ป่วยชายไทย อายุ 82 ปี มาโรงพยาบาลด้วยอาการเจ็บหน้าอกร้าวไปหลัง ร้าวไปต้นคอ ความดันโลหิต 119/75 มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นหัวใจ 110 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที อุณหภูมิกาย 36.9 องศาเซลเซียส ออกซิเจนในเลือดที่นิ้วมือ 98% ระดับความเจ็บปวด 8/10 คะแนน ได้รับการคัดแยกเป็นผู้ป่วยระดับ 2 ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ พบ ST depress ที่ V1-6 และ ST elevate ที่ V8-9 แพทย์วินิจฉัยเป็น STEMI Posterior wall ปรีกษาอายุรแพทย์โรงพยาบาล ขาดารลักษบุรีตัดสินใจให้ปฏิบัติตามระบบช่องทางด่วน (Fast Track STEMI) โดยให้ยาละลายลิ่มเลือด และส่งตัวไปทำ Percutaneous Coronary Intervention (PCI) ที่โรงพยาบาลศรีสวรรค์ แต่ไม่สามารถโทรติดต่อแพทย์โรงพยาบาลศรีสวรรค์ได้ อายุรแพทย์โรงพยาบาลขาดารลักษบุรีตัดสินใจให้ยาละลายลิ่มเลือดจนครบที่ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน และให้เข้ารักษาที่หอผู้ป่วยหนักโรงพยาบาลขาดารลักษบุรี ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ได้แก่ 1. เจ็บแน่นหน้าอกเนื่องจากปริมาณเลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจลดลง 2. ปริมาตรเลือดที่หัวใจส่งออกต่อนาทีลดลง เนื่องจากการบีบตัวของกล้ามเนื้อหัวใจผิดปกติจากการขาดเลือดไปเลี้ยง 3. มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนเนื่องจากได้รับยาละลายลิ่มเลือด 4. วิตกกังวลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของตนเองเนื่องจากอยู่ในภาวะวิกฤติ 5. ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดภาวะทรุดลงจากการเคลื่อนย้าย สามารถแก้ไขให้บรรเทาได้ตามแผนการพยาบาล และปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน ผู้ป่วยได้รับการส่งต่อไปสวนหัวใจขยายหลอดเลือดที่โรงพยาบาลศรีสวรรค์ และกลับมาฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายที่โรงพยาบาลขาดารลักษบุรี จนสามารถกลับไปใช้ชีวิตได้เกือบเป็นปกติ

สรุปผลกรณีศึกษา : บทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI ในภาวะวิกฤติ มีความสำคัญอย่างยิ่ง การประเมินคัดกรองผู้ป่วยอย่างถูกต้อง รวดเร็ว ขณะมาถึงโรงพยาบาลทำให้ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยอย่างถูกต้อง และได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดอย่างรวดเร็ว พยาบาลต้องมีความรู้ในเรื่องการบริหารยาและการเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงที่อาจจะเกิดขึ้นกับผู้ป่วย นับตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาจนกระทั่งส่งต่อไปยังหอผู้ป่วยหนัก จะทำให้อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วย

คำสำคัญ : ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI, ยาละลายลิ่มเลือด

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ งานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลขาดารลักษบุรี จังหวัดกำแพงเพชร

บทนำ

โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST Elevate Myocardial Infarction (STEMI) เป็นการเจ็บป่วยฉุกเฉินที่เกิดจากกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดมาเลี้ยงจนเกิดการตายของเซลล์กล้ามเนื้อหัวใจ และตรวจพบความผิดปกติของคลื่นไฟฟ้าหัวใจมีลักษณะ ST segment อย่างน้อย 2 Leads ที่ต่อเนื่องกันใน chest leads อื่นและ Limb leads หรือเกิด Left Bundle Brach Block (LBBB) ขึ้น หากไม่เข้าถึงการการรักษาที่เฉพาะเจาะจงอย่างทันที จะส่งผลให้การเจ็บป่วยรุนแรงขึ้น และอาจทำให้สูญเสียชีวิตได้ และเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญ เนื่องจากเป็นสาเหตุการเสียชีวิตในอันดับต้นๆ ของประชากรไทย^{1,2,3}

เป้าหมายการรักษาสำคัญ คือ เพิ่มการไหลเวียนของเลือดกลับไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจใหม่ (Reperfusion) โดยเร็วที่สุด เพื่อให้กล้ามเนื้อหัวใจได้รับเลือดไปเลี้ยงอย่างเพียงพอ ควรเปิดหลอดเลือดที่ทำให้กล้ามเนื้อหัวใจตายภายใน 6 ชั่วโมง หลังมีอาการเจ็บแน่นอก หรืออย่างช้าไม่เกิน 12 ชั่วโมง⁴ จากข้อมูลเขตสุขภาพที่ 3 ปี พ.ศ. 2563-2565 พบอัตราป่วยและตายเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องทั้งในเพศชาย และเพศหญิง มีจำนวนผู้ป่วย STEMI 375, 544 และ 478 ตามลำดับ มีผู้เสียชีวิตจากกลุ่มโรคนี้ คิดเป็นร้อยละ 13.87, 15.44 และ 9.41 ตามลำดับ ได้รับการรักษาตามมาตรฐานเวลาที่กำหนดร้อยละ 52.96, 54.50 และ 60.61 ตามลำดับ ได้แก่ ผู้ป่วยได้รับการรักษาโดยการให้ยาละลายลิ่มเลือดในเวลาที่กำหนด คิดเป็นร้อยละ 46.66, 47.76 และ 46.82 ตามลำดับ และได้รับการรักษาโดยการสวนหัวใจ (PCI) ในเวลาที่กำหนด คิดเป็นร้อยละ 63.93, 53.60 และ 54.55 ตามลำดับ^{5,6} เพื่อเพิ่มการดูแลรักษาผู้ป่วย จึงเน้นการให้ยาละลายลิ่มเลือดในเวลารวดเร็ว ปลอดภัย ระบบทางด่วนในการรักษาสำหรับผู้ป่วย STEMI (FAST Track STEMI) จึงมีความจำเป็น และสำคัญอย่างมากที่จะทำให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการรักษาแบบเฉพาะเจาะจงอย่างรวดเร็วในโรงพยาบาลชุมชน ประกอบด้วย การประเมินผู้ป่วยชั้ประวัติตามหลัก OPQRST ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ EKG 12 leads ทันที แปรผลและรายงานแพทย์ ดูแลได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดอย่างรวดเร็ว ตลอดจนการประสานงานส่งต่อ และให้การพยาบาลขณะส่งต่ออย่างมีประสิทธิภาพไปยังโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า⁷

จากข้อมูลสถิติโรงพยาบาลชาวนรลักษณ์บุรี ปีงบประมาณ 2563 ถึงปีงบประมาณ 2565 มีจำนวนผู้ป่วย STEMI 11, 16 และ 12 ตามลำดับ พบว่า อัตราการตายของผู้ป่วย STEMI ร้อยละ 22.22, 16.66 และ 4.76 การให้การรักษายุติได้ตามมาตรฐานที่กำหนดร้อยละ 44.44, 58.33 และ 38.09 และผู้ป่วยได้รับยาละลายลิ่มเลือดในเวลาที่กำหนด ร้อยละ 100, 100 และ 100 พยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยและฉุกเฉินโรงพยาบาลชุมชน ต้องสามารถประเมินขั้นต้นทันทีที่ผู้ป่วยมาถึงจุดคัดแยก ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ การแปรผลเบื้องต้นได้ เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าระบบ FAST Track STEMI รวมทั้งการวางแผนการดูแลในหอผู้ป่วยและฉุกเฉิน และการดูแลส่งต่อ เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายลดภาวะแทรกซ้อนและลดอัตราการเสียชีวิตได้⁷ การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นแนวทางในการให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI

กรณีศึกษา

ผู้ป่วยชายไทย อายุ 82 ปี เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย

อาการสำคัญ

เจ็บหน้าอกร้าวไปหลัง ร้าวไปต้นคอ 8 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน

8 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล ขณะนอนมีอาการเจ็บหน้าอกร้าวไปหลัง ร้าวไปต้นคอ อมยาไต้ลีน 3 เม็ด ไม่ทุเลา (ขอจากญาติ) ลูกสาวโทรตามหน่วยกู้ชีพนำส่งโรงพยาบาลชาวนรลักษณ์บุรี

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต

โรคประจำตัว ได้แก่ โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ ประมาณ 18 ปี รักษาโรงพยาบาลชาวนรลักษณ์บุรี ตรวจตามนัดและรับประทานยาสม่ำเสมอ

ปัจจัยเสี่ยง : เคยสูบบุหรี่ แต่เลิกแล้วประมาณ 10 ปี ดื่มเหล้า 1-2 ขวดเล็กต่อสัปดาห์

ประวัติอาหาร/แพ้ยาสารเคมีและอื่น ๆ : ปฏิเสธการแพ้ยาสารเคมี และอาหาร และสารเคมี

ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว : น้องชายเป็นโรคหัวใจ

การประเมินสภาพร่างกายตามระบบ:

รูปร่างทั่วไป : รูปร่างสันทัดสมส่วน น้ำหนัก 55 กิโลกรัม สูง 165 เซนติเมตร

สัญญาณชีพ : อุณหภูมิร่างกาย 36.9 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 110 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 119/75 มิลลิเมตรปรอท คะแนนความปวดจุกอก ผู้ป่วยให้ความปวดระดับ 8/10

ระบบประสาท : รู้สึกตัวดี ไม่มีอาการสับสน หรือมีนงง ประสาทรับความรู้สึก (Sensory system) ปกติ สามารถมองเห็น และบอกตำแหน่งได้ถูกต้อง Coma Score E4V5M6

ผิวหนัง : ผิวสีดีแดง ความตึงตัวของผิวหนังดี สัมผัสผิวหนังเห็งออก ตัวเย็น ปลายมือปลายเท้า ไม่เขียวคล้ำ ไม่มีบาดแผล

ศีรษะและใบหน้า : ศีรษะและใบหน้าสมส่วน ริมฝีปากสีแดงคล้ำ ลิ้นไม่ม่วง ผมนสั้นสีดำปนเทา ไม่มีบาดแผล ตา 2 ข้างมองเห็นปกติ ไบหู จมูก ปาก ลักษณะภายนอกปกติ

ทรวงอกและระบบทางเดินหายใจ : รูปร่างทรวงอกขณะหายใจเท่ากันทั้ง 2 ข้าง ไม่พบอกบวม ออกนูน อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที จังหวะการหายใจสม่ำเสมอ ฟังปอดได้ยินเสียงปกติ

ระบบหัวใจและหลอดเลือด : อัตราการเต้นของหัวใจ 110 ครั้ง/นาที คลำชีพจรที่ข้อมือทั้ง 2 ข้างพร้อมกันเท่ากันทั้ง 2 ข้าง จังหวะการเต้นสม่ำเสมอ ไม่มีเส้นเลือดที่คอโป่งพอง ค่าความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือด 98%

ระบบทางเดินอาหารและช่องท้อง : รูปร่างท้องปกติ กดไม่เจ็บ ตับ ม้ามปกติ ไม่โต เสียงลำไส้ปกติ 3-5 ครั้ง/นาที

กล้ามเนื้อและกระดูก : แนวของกระดูกสันหลังตรง ไม่คด การเคลื่อนไหวปกติ ความตึงตัว และความแข็งแรงกำลังของกล้ามเนื้อระดับ 5 กล้ามเนื้อไม่ลีบเล็ก ลักษณะของข้อต่างๆ ไม่มีการอักเสบหรือบวม คล้ำไม่ร้อน ไม่มีข้อติด สามารถเคลื่อนไหว Range of motion (ROM) ได้ปกติทุกส่วนของร่างกาย

ระบบทางเดินปัสสาวะ : ปัสสาวะได้เองตามปกติ อวัยวะสืบพันธุ์ภายนอกปกติ ไม่มีสารคัดหลั่งที่ผิดปกติ หลังใส่สายสวนปัสสาวะ ออกตามสายสีเข้มประมาณ 50 ซีซี

สภาพจิตใจ : สีหน้ากังวล ไม่สุขสบาย กังวลเรื่องการเจ็บป่วยและการรักษา

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

Troponin T 237 (< 40), CBC WBC 68,000cell/mm³ (5,000 – 10,000 cell/mm³) DTX 162 % (70 -110 %)

Chest x-ray : no congestion

Electrocardiogram : (ECG) พบ ST depress ที่ V1-6 และ ST elevate ที่ V8-9

การวินิจฉัย : Posterior wall STEMI

สรุปการดำเนินโรคที่สำคัญขณะรับไว้ดูแล

วันที่ 5 เมษายน 2566

เวลา 03.20 น. แกรับผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ถามตอบรู้เรื่อง มีอาการเจ็บหน้าอกร้าวไปหลัง ร้าวไปต้นคอ ความปวดระดับ 8/10 สัญญาณชีพแกรับ อุณหภูมิร่างกาย 36.9 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 110 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 119/75 มิลลิเมตรปรอท ค่าความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือด 98% ค่าน้ำตาลในเลือดจากการเจาะปลายนิ้ว 162 mg% ทำ EKG 12 lead พบ ST depress ที่ V1-6 รายงานแพทย์เวรรับทราบ

เวลา 03.35 น. แพทย์เวรให้ทำ EKG V7-8-9 พบ ST elevate ที่ V8-9 ปรึกษาอายุรแพทย์โรงพยาบาลขอนแก่น รักษารับรู้ แพทย์วินิจฉัยเป็น Posterior wall STEMI ให้ประสานทำตามแนวทาง Fast Track STEMI เขตสุขภาพที่ 3

เวลา 03.40 น. ดูแลให้ ASA(81mg) 4 tab เคี้ยวกลืน, Clopidogrel (75mg) 1 tab ทางปาก ให้สารน้ำ 0.9%NSS1000cc IV drip 40 cc/hr. แขนข้างซ้าย ส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ Trop-T, CBC, BUN, Cr., Electrolyte, PT, PTT, INR, CXR Portable, Morphine 3 mg. dilute iv, EKG monitor, On O₂ canular 3 l/min ตามแผนการรักษาของแพทย์

เวลา 04.00 – 04.05 น. โทรประสานแพทย์โรงพยาบาลศรีสวรรค์ไม่สามารถติดต่อได้

เวลา 04.10 น. ปรีกษาอายุรแพทย์โรงพยาบาลชาณุวรลักษบุรี ตัดสินใจให้ยาละลายลิ่มเลือด ประเมินข้อห้ามในการให้ยาละลายลิ่มเลือด อธิบายผู้ป่วยและญาติถึงแผนการรักษา และลงลายมือชื่อยินยอมทำการรักษาให้ยาละลายลิ่มเลือด วัดความดันโลหิต 4 รยางค์ แขนขวา ความดันโลหิต 148/84 มิลลิเมตรปรอท แขนซ้าย ความดันโลหิต 134/86 มิลลิเมตรปรอท ขาขวา ความดันโลหิต 165/89 มิลลิเมตรปรอท ขาซ้าย ความดันโลหิต 159/88 มิลลิเมตรปรอท

เวลา 04.30 น. หลังซักประวัติไม่มีข้อห้ามในการให้ยา ดูแลให้ยาละลายลิ่มเลือด 1.5 ล้านยูนิต ในสารน้ำ 0.9% NSS 100 cc ผ่านเครื่องควบคุมการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ หหมดในเวลา 1 ชั่วโมง และใส่สายสวนปัสสาวะ หลังใส่ได้ Residual Urine 50 cc.

เวลา 04.40 น. โทรประสานแพทย์โรงพยาบาลศรีสวรรค์ไม่สามารถติดต่อได้ อายุรแพทย์โรงพยาบาลชาณุวรลักษบุรี ตัดสินใจให้รักษาหอบหืดหน้าอกของโรงพยาบาลชาณุวรลักษบุรี โดยให้ยาละลายลิ่มเลือดที่ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน มีการประเมินอาการและสัญญาณชีพผู้ป่วยทุก 15 นาทีระหว่างให้ยาละลายลิ่มเลือด ผู้ป่วยไม่มีอาการแพ้ยา หรืออาเจียน

เวลา 05.30 น. ให้ยาละลายลิ่มเลือดครบ อัตราการเต้นของหัวใจ 104 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 116/70 มิลลิเมตรปรอท ค่าความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือด 98% EKG 12 lead และ V7-8-9 ซ้ำ ผู้ป่วยได้รับยาละลายลิ่มเลือดจนครบ และสังเกตอาการต่อ ตรวจคลื่นหัวใจซ้ำใน 60 นาที 90 นาที และ 120 นาที พบคลื่นไฟฟ้าหัวใจส่วน ST ลดลง และผู้ป่วยไม่มีภาวะแทรกซ้อน

เวลา 06.30 น. ประสานหอบหืดหน้าอกของโรงพยาบาลชาณุวรลักษบุรี โดยใช้หลัก ISBAR เวลา 06.50 น. นำส่งหอบหืดหน้าอกทีมเคลื่อนย้าย จำนวน 3 คน ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพ พนักงานผู้ช่วยเหลือคนไข้และพนักงานเปล และอุปกรณ์ที่จำเป็นในการเคลื่อนย้าย ได้แก่ monitor EKG Mobile, Ambu bag, ถังออกซิเจน สัญญาณชีพก่อนส่ง ความดันโลหิต 137/70 มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นของหัวใจ 106 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ค่าความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือด 98% ระหว่างนำส่งไม่มีภาวะแทรกซ้อน อาการปกติ

ติดตามผู้ป่วยต่อพบได้ส่งต่อผู้ป่วยไปรับการสวนหัวใจขยายหลอดเลือด (Percutaneous Coronary Intervention : PCI) ที่โรงพยาบาลศรีสวรรค์ วันที่ 5 เมษายน 2566 เวลา 11.30 น. และกลับมาฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายที่โรงพยาบาลชาณุวรลักษบุรี จนสามารถกลับไปใช้ชีวิตได้เกือบเป็นปกติ

การวางแผนการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1 เจ็บแน่นหน้าอก เนื่องจากปริมาณเลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจลดลง

ข้อมูลสนับสนุน

S : เจ็บแน่นหน้าอกร้าวไปที่หลัง ร้าวไปต้นคอ Pain score 8/10

O : ผลการตรวจ EKG 12 lead พบว่า : ST depress V1-6 และ ST elevate V8-9

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้อาการเจ็บหน้าอกของผู้ป่วยทุเลาลง

เกณฑ์การประเมินผล

1. ไม่มีอาการเจ็บหน้าอกหรือเจ็บหน้าอกลดลง
2. ให้คะแนนความปวด Pain score เท่ากับ 0
3. คลื่นไฟฟ้าหัวใจกลับคืนปกติ (ST segment ลดลงหรือไม่มี)

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประมวลข้อมูลของผู้ป่วยที่ได้รับจากทีม EMS และญาติ การประเมินและดูแลในระยะเบื้องต้น (Primary survey) ทันทินำผู้ป่วยเข้า zone resuscitate เตรียมรถ emergency และ อุปกรณ์ airway management ให้พร้อมใช้

2. ประเมินอาการผู้ป่วยใช้เวลาไม่เกิน 10 นาที นับตั้งแต่ผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาล 1) ซักประวัติตามหลัก OPQRST 2) วัดสัญญาณชีพ ตรวจร่างกาย และประเมิน pain score 3) ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ EKG 12 leads ทันทินำผลและรายงานแพทย์

3. ดูแลให้ผู้ป่วยบรรเทาอาการเจ็บหน้าอกโดยให้ยาตามแผนการรักษาคือ ASA (81 mg) 4 เม็ด เคี้ยวก่อนกลืน Clopidogrel (75 mg) 1 เม็ดทางปาก Morphine 3 mg. dilute iv ประเมินและบันทึกการตอบสนองของยา

4. เฝ้าระวัง ติดตามและบันทึกอาการเจ็บหน้าอก ได้แก่ อาการร้อตรง ร้องไห้ ทำหน้าบูดบึ้ง กระสับกระส่าย เหงื่อออก กำหน้าอก เพื่อประเมินภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดซึ่งส่งผลให้ cardiac output ลดลง และการประเมินระดับความปวดโดยใช้ Pain score

5. ติดตามเฝ้าระวังคลื่นไฟฟ้าหัวใจ โดย EKG Monitor เพื่อทราบการเปลี่ยนแปลงของคลื่นไฟฟ้าหัวใจ หากพบผิดปกติ เช่น ST segment elevate ≥ 1 mm. ใน 2 leads ติดต่อกันให้รายงานแพทย์ทันที

6. ประเมินสภาพทั่วไปและสัญญาณชีพทุก 15-30 นาทีเพื่อประเมินการทำงานของหัวใจ

การประเมินผล

1. ผู้ป่วยไม่มีอาการกระสับกระส่ายภายหลังอาการเจ็บหน้าอกบรรเทา
2. อาการเจ็บหน้าอกลดลง pain score เท่ากับ 0
3. คลื่นไฟฟ้าหัวใจจาก EKG Monitor เริ่มมี ST segment ลดลง

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2 ปริมาตรเลือดที่หัวใจส่งออกตอนาทีลดลง เนื่องจากการบีบตัวของกล้ามเนื้อหัวใจผิดปกติจากการขาดเลือดไปเลี้ยง

ข้อมูลสนับสนุน

S : เจ็บแน่นหน้าอกร้าวไปที่หลัง ร้าวไปต้นคอ

O : ผลการตรวจ EKG 12 lead พบว่า : ST depress V1-6 และ ST elevate V8-9
ผลการตรวจ Troponin T 237

วัตถุประสงค์

ผู้ป่วยมีปริมาตรเลือดที่หัวใจส่งออกตอนาทีเพียงพอ

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยไม่มีอาการเจ็บหน้าอกหรือเจ็บหน้าอกลดลง ให้คะแนน pain score เท่ากับ 0
2. สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ (ความดันโลหิต $\geq 90/60$ มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 60-100 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 16-24 ครั้ง/นาที)
3. การเต้นของหัวใจปกติอัตรา 60-100 ครั้ง/นาที
4. บัสสาวะออกมากกว่า 30 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง
5. ผิวหนังและปลายมือปลายเท้าอุ่น ไม่ซีดเขียว

กิจกรรมการพยาบาล

1. เฝ้าระวังอาการและอาการแสดงของปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจลดลง ได้แก่ อัตราการเต้นของหัวใจเพิ่มขึ้น pulse pressure แคบ ความดันโลหิตต่ำ หายใจเร็ว ปลายมือ ปลายเท้าเย็น capillary refill ช้ากว่าปกติและชีพจรเบา

2. เฝ้าระวังอาการและอาการแสดงของภาวะพร่องออกซิเจน (Hypoxia) ได้แก่

2.1 ระดับความรู้สึกตัวลดลง กระสับกระส่าย สับสน หายใจเร็วตื่น ไซ้กล้ามเนื้อช่วยในการหายใจ ชีพจรเร็ว ปลายมือปลายเท้าซีดเย็นริมฝีปากเขียวคล้ำ

2.2 ฟังเสียงการหายใจ บันทึกอัตราการหายใจ ลักษณะของการหายใจทุก 15 นาที ประเมินสภาพเนื้อเยื่อ สิริริมฝีปาก สีเล็บที่ปลายมือปลายเท้า

3. ตรวจวัดสัญญาณชีพทุก 15 - 30 นาทีพร้อมทั้งคลำและสังเกตลักษณะชีพจรส่วนปลาย อาการเหนื่อยหอบ นอนราบไม่ได้ ปลายมือปลายเท้าเย็น ซีดเขียวเพื่อให้การช่วยเหลือทันทีเมื่อพบความผิดปกติ

4. ประเมินปริมาณเลือดออกจากหัวใจในขณะที่หัวใจเต้นผิดปกติ โดยประเมินความแรงและจังหวะการเต้นของชีพจร อาการหน้ามืด วิงเวียนเป็นลม ผิวเย็นซีด ความดันโลหิตต่ำ

5. ติดตามคลื่นและจังหวะการเต้นของหัวใจทุก 15-30 นาทีโดยติดMonitor EKG เมื่อพบผิดปกติ เช่น Ventricular tachycardia, Ventricular fibrillation หรือ complete heart block ให้รายงานแพทย์ทราบทันทีและเตรียมอุปกรณ์การช่วยฟื้นคืนชีพไว้ให้พร้อมเพื่อการช่วยเหลือทันที

6. ติดตาม และประเมินจำนวนปัสสาวะต่อชั่วโมง เพื่อเฝ้าระวังภาวะช็อคจากกล้ามเนื้อหัวใจทำงานไม่มีประสิทธิภาพ

7. ดูแลทางเดินหายใจให้โล่งจัดทำนอนศีรษะสูง 45 องศา และให้ O₂ canular 3 liter/min ตามแผนการรักษา ติดตามผล O₂sat ทุก 1 ชั่วโมง ถ้าต่ำกว่า 94% รายงานแพทย์ทันที

การประเมินผล

1. ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี สื่อสารถามตอบรู้เรื่อง ไม่กระสับกระส่าย
2. ผู้ป่วยอาการเจ็บหน้าอกทุเลาลง ให้คะแนน pain score เท่ากับ 0
3. สัญญาณชีพ ความดันโลหิต 137/70 มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นของหัวใจ 106 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที O₂sat 98%
4. ไม่พบอาการแสดงจากภาวะหัวใจล้มเหลว ผิวหนังและปลายมือปลายเท้าอุ่น ไม่ซีดเขียว หายใจไม่เหนื่อย นอนราบได้
5. ปัสสาวะ 200 ml. (ในเวลา 90 นาที) ไม่มีบวมตามร่างกาย ฟังปอดไม่พบเสียงผิดปกติ

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 3 มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนเนื่องจากได้รับยาละลายลิ่มเลือด

ข้อมูลสนับสนุน

S : -

O : ผลการตรวจ EKG พบว่า: ST depress V1-6 และ ST elevate V8-9

ผล Troponin T 237

แพทย์พิจารณาให้ยา Streptokinase 1.5 mu IV drip ใน 1 ชั่วโมง

วัตถุประสงค์

เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากการให้ยาละลายลิ่มเลือด

เกณฑ์การประเมินผล

1. ไม่พบภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยา Streptokinase เช่น เลือดออกง่าย ความดันโลหิตลดลง
2. สัญญาณชีพและระดับความรู้สึกตัวอยู่ในเกณฑ์ปกติ (ความดันโลหิต \geq 90/60 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 60-100 ครั้ง/นาที อัตรา การหายใจ 16-24 ครั้ง/นาที Glasgow Coma Score 15)

กิจกรรมการพยาบาล

การพยาบาลก่อนให้ยา

1. ประเมินการให้ยาตามแบบฟอร์มการให้ยาละลายลิ่มเลือด และอธิบายให้ผู้ป่วยและญาติทราบถึงความจำเป็นในการให้ยาละลายลิ่มเลือด ประโยชน์ ผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้น เปิดโอกาสให้ซักถามและตัดสินใจรับการรักษา ในกรณีที่ผู้ป่วยและญาติยินดียินดีรับการรักษา ให้ลงชื่อในแบบยินยอมรับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือด
2. ทบทวนคำสั่งการรักษาของแพทย์ก่อนทุกครั้งและตรวจสอบยา streptokinase ให้ถูกต้อง
3. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยา CPM 1 Amp iv, Dexamethasone (4mg) 1 Amp iv และ Metoclopramide 1 Amp iv ตามแผนการรักษาของแพทย์ก่อนให้ยา Streptokinase

การพยาบาลระหว่างให้ยา

1. ผสมยา Streptokinase 1.5 mu กับสารน้ำ 0.9% NSS 5 cc ฉีดช้าๆ บริเวณข้างขวดแล้วหมุนและเอียงขวดอย่างช้าๆ ไม่เขย่าขวดและผสมตัวยาในสารน้ำ 0.9% NSS 100 cc ดูแลให้ยาโดยผ่านเครื่อง infusion pump เพื่อควบคุมปริมาตรการไหลของยาในอัตรา 100 ml/hr ตรวจสอบความถูกต้องของปริมาณยาที่ใช้กับเวลาที่ใช้ก่อนให้ยา เมื่อ drip ยาหมดให้ดูด 0.9% NSS ประมาณ 20 ml ใส่ในขวด drip ต่อจนหมด เพื่อใส่ยาที่ค้างอยู่ในสาย iv

2. เฝ้าระวังติดตามประเมินอาการ สัญญาณชีพ ระดับความรู้สึกตัว การตรวจทางระบบประสาท โดยใช้ Glasgow Coma Scale (GCS) ทุก 5 นาที 6 ครั้ง จากนั้นทุก 15 นาที จนกระทั่งยาหมด และเฝ้าระวังผลข้างเคียงจากการได้รับยา เช่น ความดันโลหิตต่ำ ภาวะเลือดออกผิดปกติ อาการแพ้ยา

3. เฝ้าระวังติดตามประเมินอาการเจ็บแน่นหน้าอก อาการเหนื่อย ลักษณะคลื่นไฟฟ้าหัวใจ โดยการ On EKG Monitor ช่วง 15 นาทีแรก ติดตามประเมินคลื่นไฟฟ้าหัวใจ 12 leads ระหว่างการให้ยาและหลังให้ยาที่ 30, 60, 90, 120 นาที เพื่อประเมินภาวะหลอดเลือดเปิด และรายงานแพทย์เมื่อพบอาการเปลี่ยนแปลงของสัญญาณชีพ คลื่นไฟฟ้าหัวใจ หรืออาการเจ็บหน้าอกไม่ดีขึ้นหลังให้ยา Streptokinase

4. บันทึกเวลาที่เริ่มให้ยา Streptokinase อาการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นระหว่างที่ได้รับยาและหากจำเป็นต้องหยุดยา ต้องบันทึกปริมาณยาที่ได้รับและเวลาที่หยุดยา

5. ดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดระหว่างการให้ยา Streptokinase เพื่อเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนและอาการข้างเคียงจากการได้รับยา Streptokinase

การพยาบาลหลังให้ยา

1. เฝ้าระวังติดตามประเมินอาการ สัญญาณชีพ ระดับความรู้สึกตัว Glasgow Coma Scale (GCS) ทุก 15 นาที และเฝ้าระวังผลข้างเคียงจากการได้รับยา เช่น ความดันโลหิตต่ำ ภาวะเลือดออกผิดปกติ อาการแพ้ยา

2. ติดตามประเมินภาวะเลือดออกผิดปกติในอวัยวะต่างๆ โดยเฉพาะภาวะเลือดออกในสมองและอาการทางระบบประสาทหลังให้ยาทุก 1 ชั่วโมง 4 ครั้ง ถ้าพบความผิดปกติรายงานแพทย์ทราบทันที

3. เตรียมยาช่วยชีวิตฉุกเฉินและอุปกรณ์ต่างๆ ที่สำคัญในการช่วยชีวิต เช่น เครื่อง Defibrillator ให้พร้อม เพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยได้ทันเวลาที่กรณีเกิดเหตุฉุกเฉิน

4. ประสานงานเภสัชกรรมโรงพยาบาลลงประวัติการให้ยา Streptokinase นำบัตรการได้รับยา Streptokinase ให้ญาติและอธิบายข้อห้ามใช้ยาละลายลิ่มเลือดซ้ำภายในระยะเวลา 1 ปี เพราะมีการสร้าง streptokinase antibody ขึ้นอาจจะลดประสิทธิภาพของยาและอาจเกิดปฏิกิริยาการแพ้ได้

การประเมินผล

1. สัญญาณชีพ อุณหภูมิร่างกาย 37 องศาเซลเซียส ชีพจร 106 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 137/70 มิลลิเมตรปรอท และ O₂ sat 98%

2. ไม่มีภาวะแทรกซ้อนขณะให้ยา ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี

3. ไม่มีภาวะเลือดออกผิดปกติขณะให้ยา ไม่มีรอยช้ำตามตัว บัสสาวะสีเหลืองใส

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 4 ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับความเจ็บป่วย

ข้อมูลสนับสนุน

S : “ทำไมเจ็บไม่หายสักที” “ไม่เคยมีอาการแบบนี้มาก่อน” “ต้องรักษาอย่างไร”

O : ผู้ป่วยและญาติมีสีหน้าวิตกกังวล

วัตถุประสงค์

เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจเรื่องแนวทางการรักษาและคลายความวิตกกังวล

เกณฑ์การประเมินผล

ผู้ป่วยและญาติคลายความวิตกกังวลและให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล

กิจกรรมการพยาบาล

1. สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยด้วยวาจาที่ สุภาพ อ่อนโยน ท่าทางที่เป็นมิตร จริงใจ

2. ประเมินความวิตกกังวลของผู้ป่วยและญาติ เพื่อทราบถึงขอบเขตในการรับข้อมูล เพื่อให้ได้รับความเข้าใจในอาการ และช่วยในการวางแผนการรักษาพยาบาล

3. สอบถาม และอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจ เกี่ยวกับโรค แผนการรักษาพยาบาล และการปฏิบัติตัวเพื่อให้ผู้ป่วยหาย
สงสัยและให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล

4. ให้ข้อมูลผู้ป่วยเรื่องการให้ยา Streptokinase เหตุผล ความจำเป็นในการให้ยาและภาวะแทรกซ้อนที่อาจจะเกิดขึ้นได้

5. ให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยทราบทุกครั้งก่อนให้การพยาบาล และให้การพยาบาลด้วยความนุ่มนวล เห็นอกเห็นใจทำให้ผู้ป่วย
รู้สึกอบอุ่น

6. เปิดโอกาสให้ผู้ผู้ป่วยได้ซักถามข้อสงสัย ระบายความรู้สึกและให้ผู้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการรักษาพยาบาล

7. ให้การพยาบาลอย่างนุ่มนวล ใช้น้ำเสียงนุ่มนวล ทำทางสงบในขณะที่ให้การพยาบาล พยายามลดสิ่งกระตุ้นที่มากเกินไป
เช่น หลีกเลี่ยงเครื่องมือที่มีเสียงเตือนหรือสิ่งรบกวนผู้ป่วย เพื่อลดการได้รับสิ่งกระตุ้นที่เกินความจำเป็น

8. อธิบายเหตุผลที่ต้องรับการรักษาไว้ในหอผู้ป่วยหนัก วิธีการรักษา และความจำเป็นที่ต้องประเมินอาการบ่อย ๆ
จะลดความกลัว และความวิตกกังวลแก่ผู้ป่วย

9. ประเมินความรู้สึกกลัวและวิตกกังวล โดยการสังเกตจากพฤติกรรม สีหน้า ท่าทาง และจากการซักถามของผู้ป่วย
การประเมินผล

1. ผู้ป่วยและญาติเข้าใจพยาธิสภาพที่เกิดขึ้น ยอมรับ เข้าใจแผนการรักษาของแพทย์และยินยอมรับการรักษา

2. ผู้ป่วยและญาติมีสีหน้าผ่อนคลาย ลดความวิตกกังวล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 5 ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดภาวะทรุดลงจากการเคลื่อนย้าย

ข้อมูลสนับสนุน

S : -

O : ผู้ป่วยหลังได้รับยา Streptokinase 1.5 mu IV drip เคลื่อนย้ายออกจากห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินเพื่อเข้าหอผู้ป่วยหนัก
สัญญาณชีพก่อนเคลื่อนย้าย : ความดันโลหิต 137/70 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 106 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ
20 ครั้ง/นาที O₂ sat 98 %

วัตถุประสงค์

เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยและไม่มีภาวะแทรกซ้อนระหว่างการเคลื่อนย้าย

เกณฑ์การประเมินผล

ผู้ป่วยปลอดภัย ไม่เกิดภาวะทรุดลง หรืออุบัติการณ์ระหว่างเคลื่อนย้าย

กิจกรรมการพยาบาล

ระยะก่อนเคลื่อนย้าย

1. ประเมินความพร้อมของผู้ป่วย รายงานแพทย์เพื่อให้ตัดสินใจเคลื่อนย้าย

2. ประสานพนักงานเปลนำเปลมารับผู้ป่วย พร้อมถังออกซิเจน

3. เตรียมทีมเคลื่อนย้าย จำนวน 3 คน ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพ พนักงานผู้ช่วยเหลือคนไข้ และพนักงานเปล และ
อุปกรณ์ที่จำเป็นในการเคลื่อนย้าย ได้แก่ monitor EKG Mobile, Ambu bag, ถังออกซิเจน วางอุปกรณ์ในตำแหน่งที่ผู้เคลื่อนย้าย
มองเห็นสะดวก ปลอดภัย

4. ประเมินอาการผู้ป่วยก่อนการเคลื่อนย้ายอีกครั้ง ได้แก่ ระดับความรู้สึกตัว ความดันโลหิต ชีพจร อัตราการหายใจ
O₂ sat และบันทึกในแบบบันทึกการพยาบาล

5. ประสานงานส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยให้พยาบาลหอผู้ป่วยหนักเตรียมความพร้อมในการรับผู้ป่วย โดยใช้เทคนิค
ISBAR ได้แก่ ชื่อสกุลผู้ป่วย อายุ การวินิจฉัย อาการสำคัญ ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน ประวัติโรคประจำตัว ผลการตรวจ
EKG การรักษาและกิจกรรมการพยาบาลที่ได้ก่อนการเคลื่อนย้าย อาการปัจจุบัน สัญญาณชีพ สัญญาณทางระบบประสาท
รวมถึงปัญหาที่ต้องดูแลต่อเนื่อง อุปกรณ์ที่ต้องเตรียมเพื่อรับผู้ป่วย

ระยะระหว่างการเคลื่อนย้าย

1. เผื่อระวังอาการผิดปกติที่อาจเกิดขึ้นระหว่างเคลื่อนย้ายอย่างใกล้ชิดต่อเนื่อง ได้แก่ ความดันโลหิต ซีพจร อัตราการหายใจ ซีพจร O₂ sat ระดับความรู้สึกตัว
2. พุดคุยอธิบายให้ญาติรับรู้ถึงอาการและแผนการรักษาอย่างคร่าวๆ เพื่อลดความวิตกกังวลของญาติก่อนเคลื่อนย้าย
3. ดูแลให้พนักงานขึ้นเปลด้วยความระมัดระวัง นุ่มนวล ไม่เร็วหรือช้าเกินไป

ระยะหลังการเคลื่อนย้าย

1. ถึงหอผู้ป่วยหนัก ส่งต่อข้อมูลกับพยาบาลหอผู้ป่วยถึงอาการและอาการแสดงของผู้ป่วยระหว่างการเคลื่อนย้าย และประเมินอาการผู้ป่วย ณ เวลานั้นร่วมกัน

การประเมินผล

ผู้ป่วยปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนระหว่างเคลื่อนย้าย

สรุปกรณีศึกษา

ผู้ป่วยชายไทย อายุ 82 ปี นำส่งห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลชาณุวรลักษบุรี พบการเปลี่ยนแปลงของคลื่นไฟฟ้าหัวใจ ST depress V1-6 และ ST elevate V8-9 แพทย์วินิจฉัยเป็น STEMI Posterior wall ปรีกษาอายุรแพทย์โรงพยาบาลชาณุวรลักษบุรีตัดสินใจให้ยา Streptokinase หลังซักประวัติไม่มีข้อห้ามในการให้ยา เริ่มให้ยา Streptokinase ในห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน และรักษาต่อที่หอผู้ป่วยหนักโรงพยาบาลชาณุวรลักษบุรี ได้ดูแลผู้ป่วยรับยาละลายลิ่มเลือด จนครบที่ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินโดยไม่มีภาวะแทรกซ้อน ตรวจคลื่นหัวใจซ้ำใน 120 นาที พบคลื่นไฟฟ้าหัวใจส่วน ST ลดลง แสดงถึงหลอดเลือดเปิดขยายจากเดิม จึงได้ประสานส่งต่อข้อมูลสำคัญให้กับหอผู้ป่วยหนักโรงพยาบาลชาณุวรลักษบุรี และดูแลระหว่างเคลื่อนย้ายผู้ป่วย เผื่อระวังการเปลี่ยนแปลงของสัญญาณชีพและสัญญาณทางระบบประสาทอย่างใกล้ชิด ติดตามผู้ป่วยต่อเนื่อง และได้ส่งต่อผู้ป่วยไปรับการรักษาหัวใจขยายหลอดเลือดที่โรงพยาบาลศรีสวรรค์ วันที่ 5 เมษายน 2566 เวลา 11.30 น. และกลับมาฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายที่โรงพยาบาลชาณุวรลักษบุรี จนสามารถกลับไปใช้ชีวิตได้เกือบเป็นปกติ

วิจารณ์และข้อเสนอแนะ

จากกรณีศึกษาผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ได้รับการประเมินคัดกรองอย่างถูกต้อง การอ่านและรายงานผล EKG ช่วยให้ได้รับการรักษาที่รวดเร็ว ทันเวลา มีการเผื่อระวังอาการขณะและหลังให้ยา Streptokinase หากไม่มีแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจน การประเมิน คัดกรอง การวินิจฉัย การเผื่อระวัง และดูแลรักษาพยาบาลล่าช้า อาจส่งผลให้ผู้ป่วยเสียชีวิตจากโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน มีข้อเสนอแนะ ดังนี้

1. พัฒนาสมรรถนะพยาบาลงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินอย่างต่อเนื่อง ให้มีความรู้ ความเข้าใจเรื่องโรค และภาวะแทรกซ้อน สามารถประเมินคัดกรอง ซักประวัติผู้ป่วยตามหลัก OPQRST ได้ การอ่านและแปลผล EKG เบื้องต้น การบริหารยาละลายลิ่มเลือด การเผื่อระวังระหว่างและหลังให้ยา Streptokinase การดูแลขณะส่งต่อ
2. ทบทวนการปฏิบัติตามระบบช่องทางด่วนอย่างต่อเนื่องทุกราย เพื่อหาปัญหา และแนวทางการพัฒนา

สรุป

โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันต้องค้นหาอาการแสดงที่ผิดปกติ ผู้ป่วยจะต้องได้รับการประเมิน คัดกรอง วินิจฉัยโรค ตัดสินใจ และดูแลรักษาพยาบาลอย่างถูกต้อง รวดเร็ว และได้รับการเปิดหลอดเลือดหัวใจให้เร็วที่สุดภายใน 3 ชั่วโมงนับตั้งแต่มีอาการที่โรงพยาบาลชุมชนพยาบาลเป็นส่วนหนึ่งของทีมที่มีบทบาทสำคัญที่ต้องมีทักษะ ความรู้ ตั้งแต่การประเมิน คัดกรองอย่างถูกต้อง เพื่อผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างทันเวลา บริหารยาอย่างปลอดภัย ติดตามเผื่อระวังอาการ ประเมินสภาพและการช่วยเหลือภาวะวิกฤตได้ทันที และการดูแลขณะนำส่งอย่างปลอดภัย

เอกสารอ้างอิง

1. เกียรติกร เสงี่ยม. มาตรฐานการรักษาผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ: สถาบันโรคทรวงอก กระทรวงสาธารณสุข; 2560.
2. สุรพันธ์ สิทธิสุข. แนวทางเวชปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดในประเทศไทย ฉบับปรับปรุง ปี 2557: สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: ศรีเมืองการพิมพ์; 2557.
3. ณรงค์กร ชัยวงศ์, ปณวัฒน์ สันประโคน. ภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน: ความท้าทายของพยาบาลฉุกเฉินในการดูแลผู้ป่วยระยะวิกฤติ Acute Coronary Syndrome: Challenges of Emergency Nurse in Critical Care. วารสารไทยเภสัชศาสตร์และวิทยาการสุขภาพ. 2562;14(1):43-51.
5. เพ็ญจันทร์ แสนประสาน, ดวงกมล วัตราดุล, กนกพร แจ่มสมบุญ. การแปลผลคลื่นไฟฟ้าหัวใจและ การพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจ. กรุงเทพฯ: สถาบันโรคทรวงอก กระทรวงสาธารณสุข; 2558.
5. กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. สถานการณ์โรคหลอดเลือดหัวใจ. กรุงเทพฯ: กองระบาดวิทยา; 2561.
6. เอนก กนกสิงห์. สรุปการบริหารจัดการข้อมูล Thai ACS Registry. [On line]. 2017-2018. [cited 2019 July 9]. Available from: [http:// www.ncvdt.org/](http://www.ncvdt.org/)
7. อัมพัน รุณสุธี, ตรึงตา พูลผลอำนวย, ชนิกานต์ จารุพุดพิงศ์. โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ชนิดเอสทียกสูง (ST-elevation myocardial infarction: STEMI) ความรู้สำหรับผู้ปฏิบัติการด้านการแพทย์ฉุกเฉิน. นนทบุรี: สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (สพฉ.); 2564.
8. ศิริอร สิ้นธุ. ช่องทางด่วนการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน. กรุงเทพฯ: สภาการพยาบาล; 2565.
9. Acute Myocardial Infarction ST Elevation (STEMI). [On line]. 2018. [cited 2019 July 9]. Available from : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK532281/>
10. พวงทอง ขำเจริญ. การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันในผู้ป่วยโรคหัวใจ: กรณีศึกษา. วารสารโรงพยาบาลสิงห์บุรี. 2563;29(1):37-46.
11. ยุคลธร จิตรเกื้อกุล. การพยาบาลผู้ป่วยขาดจากอุบัติเหตุ: กรณีศึกษา. วารสารโรงพยาบาลกำแพงเพชร. 2562; 23(1): 50-9.
12. นวรัตน์ หงษ์ยนต์. การพยาบาลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดเอสทียกสูงในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) : กรณีศึกษา. วารสารโรงพยาบาลกำแพงเพชร. 2565;26(1):131-42.



Nursing Care for Lepromatous Leprosy Patient with Type 2 Leprosy Reaction : A Case Study

Supreeda Sunthitimetha, Dip in N.EQU BN.*

Abstract

Introduction : Leprosy is a chronic bacterial infectious disease caused by *Mycobacterium leprae*, which leads to skin and peripheral nerve damage. The progression of the disease is slow, but in contrast being left untreated, it can lead to disabilities, particularly in the eyes, hands, and feet. Disabilities may persist before, during or even after treatment, especially if patients don't receive proper care to prevent complications such as leprosy reaction and nerve inflammation and after this happen a disability will be recurring throughout their lifespan if a patient is unable to effectively self-care to prevent disability.

Objectives : To provide effective nursing care for lepromatous leprosy patient with type 2 leprosy reaction

Case Study : A 47-year-old Thai male with leonine facies with thickening of the forehead, multiple erythematous nodules and plaques with a shiny surface on face, ear and both sides of body. significantly numbness and weakness in his right hand, shortening of the right index finger, and an inability to extend the right little finger and slight numbness in his left foot. Based on the cardinal signs of leprosy and laboratory results, the physician diagnosed him with multibacillary leprosy, type Lepromatous, along with type 2 leprosy reaction and neuritis. He received multidrug therapy for 2 years and prednisolone and leprosy medicines. The researcher came up with nursing process to assess and analyze the patient's issues, establish nursing diagnoses, including 1. the patient and his family had a lack of knowledge about leprosy. 2. presence of type II leprosy reaction 3. presence of neuritis 4. high-risk of developing foot ulcers due to sensory impairment 5. chance of intermittent nursing care after being transfer to a hometown hospital 6. a lack of preparedness for self-care post-treatment and 7. the heightened risk of infection for household members in close contact. To provides comprehensive nursing care to the patient, This has enabled the patient to gain knowledge and understanding, reduce anxiety, accept the standard leprosy treatment, be free from complications and return to his daily life.

Conclusion : Nursing care for lepromatous leprosy patient with type 2 leprosy reaction entails a highly knowledgeable and experienced nursing staff. Comprehensive nursing care requires cooperation from both patients and their families, promoting self-care, and protecting against complications that might occur throughout the treatment process. This case study could be used as a guideline in order to effectively provide nursing care for lepromatous leprosy patient with type 2 leprosy reaction

Keywords : Nursing care for Leprosy patients Leprosy reaction Nursing care for Outpatient

*Registered nurse, Outpatient Department, Kamphaeng Phet Hospital

การพยาบาลผู้ป่วยโรคเรื้อนชนิดเลโปรมาตัสที่มีภาวะโรคเห่อชนิดที่ 2 : กรณีศึกษา

สุปรีดา สันฐิติเมธา, ป.พย.*

บทคัดย่อ

บทนำ : โรคเรื้อนเป็นโรคติดต่อเรื้อรัง เกิดจากเชื้อแบคทีเรียชื่อ Mycobacterium leprae ทำให้เกิดอาการที่ผิวหนังและเส้นประสาทส่วนปลาย การดำเนินของโรคจะเป็นไปอย่างช้า ๆ หากไม่รีบรักษาตั้งแต่เริ่มปรากฏอาการ เมื่อเส้นประสาทถูกทำลายอาจทำให้เกิดความพิการที่ตา มือ เท้า ได้ ตั้งแต่ก่อนรักษา ระหว่างรักษา และแม้แต่ในระยะเฝ้าระวังหลังหยุดยา ความพิการยังสามารถเกิดขึ้นได้หากผู้ป่วยไม่ได้รับการดูแลรักษาภาวะแทรกซ้อน ซึ่งได้แก่ โรคเห่อและเส้นประสาทอักเสบที่ถูกต้อง และเมื่อเส้นประสาทอักเสบจากเส้นประสาทส่วนปลายถูกทำลายโดยเชื้อโรคเรื้อนแล้ว ความพิการจะเกิดขึ้นซ้ำซ้อนได้อีกอย่างต่อเนื่องตลอดอายุขัย หากผู้ป่วยไม่สามารถดูแลตนเองเพื่อป้องกันความพิการได้อย่างถูกวิธี

วัตถุประสงค์ : เพื่อให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคเรื้อนชนิดเลโปรมาตัสที่มีภาวะโรคเห่อชนิดที่ 2 อย่างมีประสิทธิภาพ

กรณีศึกษา : ชายไทย วัย 47 ปี ถูกส่งตัวมาจากโรงพยาบาลชุมชน ด้วยอาการผิวหนังมีผื่นเห่อหนาและตุ่มแดงอ้อมฉ่ำ เป็นมันที่หน้า ใบหู และกระจายสองข้างของร่างกาย ซาและอ่อนแรงมือข้างขวามาก นิ้วชี้มือข้างขวากุดสั้น นิ้วก้อยมือข้างขวาลีบ งอเหยียดไม่ได้ เท้าข้างซ้ายซาเล็กน้อย จากอาการแสดงของโรคเรื้อนร่วมกับผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ แพทย์วินิจฉัยเป็นโรคเรื้อนประเภทเชื้อมาก ชนิดเลโปรมาตัส ร่วมกับมีภาวะโรคเห่อชนิดที่ 2 และเส้นประสาทอักเสบ ให้การรักษาด้วยสูตรยาผสมเป็นระยะเวลา 2 ปี และให้ยาเพรดนิโซโลนเพื่อลดการอักเสบของเส้นประสาท ควบคู่ไปกับการให้ยารักษาโรคเรื้อน ผู้ศึกษาได้นำกระบวนการพยาบาลมาใช้ในการประเมินวิเคราะห์ประเด็นปัญหาผู้ป่วย กำหนดเป็นข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ได้แก่ 1. ผู้ป่วยและญาติขาดความรู้เกี่ยวกับภาวะความเจ็บป่วยจากโรคเรื้อน 2. มีภาวะโรคเห่อชนิดที่ 2 3. มีภาวะเส้นประสาทอักเสบ 4. มีโอกาสเกิดแผลใต้ฝ่าเท้าข้างซ้ายจากฝ่าเท้าซา 5. เสี่ยงต่อการไม่ได้รับการรักษาต่อเนื่องจากการส่งกลับไปรักษาต่อโรงพยาบาลใกล้บ้าน 6. ขาดความพร้อมในการดูแลตนเองหลังสิ้นสุดการรักษา 7. ผู้สัมผัสร่วมบ้านมีความเสี่ยงสูงที่จะติดเชื้อโรคเรื้อน เมื่อให้การพยาบาลอย่างครอบคลุม ทำให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจ ลดความวิตกกังวล ปรับตัวยอมรับการรักษาจนครบตามมาตรฐานการรักษาโรคเรื้อน ปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนต่างๆ สามารถกลับไปใช้ชีวิตประจำวันได้อย่างปกติ

สรุปการศึกษา : การพยาบาลผู้ป่วยโรคเรื้อนชนิดเลโปรมาตัสที่มีภาวะโรคเห่อชนิดที่ 2 พยาบาลต้องมีความรู้ทักษะ ประสบการณ์และความชำนาญสูงในการพยาบาลผู้ป่วย การพยาบาลต้องครอบคลุมองค์รวมโดยการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและครอบครัว ส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดพฤติกรรมในการดูแลตนเองและการปรับตัวที่ถูกต้อง ปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้นตลอดการรักษา จากกรณีศึกษาครั้งนี้สามารถนำไปเป็นแนวทางในการพยาบาลผู้ป่วยโรคเรื้อนชนิดเลโปรมาตัสที่มีภาวะโรคเห่อชนิดที่ 2 ได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

คำสำคัญ : การพยาบาลผู้ป่วยโรคเรื้อน โรคเห่อ การพยาบาลผู้ป่วยนอก

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ งานการพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลกำแพงเพชร

บทนำ

โรคเรื้อนชนิดเลโปรมาตัส (Lepromatous : LL) ผู้ป่วยจะไม่มีภูมิคุ้มกันต่อโรคนี้เลย หรือถ้ามีก็มีน้อยมาก เชื่อโรคเรื้อนสามารถแบ่งตัวเป็นล้าน ๆ ตัว และแพร่กระจายไปทั่วร่างกาย ทำให้ตรวจพบเชื้อได้ง่าย จัดเป็นชนิดร้ายแรง และติดต่อได้ง่ายที่สุด เส้นประสาทของผู้ป่วยจะถูกทำลายในระยะท้ายของโรค อาการที่พบ ได้แก่ ผิวหนังของผู้ป่วยจะมีลักษณะเป็นผื่นแดง ขอบเขตไม่ชัดเจน แล้วต่อมาจะหนาเป็นเม็ด เป็นตุ่มหรือเป็นแผ่น ผิวมักแดงเป็นมันลื่น ไม่เจ็บ ไม่คัน ไม่ชา ผื่นตุ่มเหล่านี้จะขึ้นกระจายทั้งสองข้างของร่างกาย พบขึ้นบ่อยตามใบหน้า ใบหู ลำตัว ข้อศอก ข้อเข่า และกันชนนิ้วส่วนนอกหรือหางคิ้วมักจะร่วง และขาบวม ในระยะท้ายของโรค ผิวหนังจะเห่อหนา มีลักษณะหูหนาดำเล่อ และมีเส้นประสาทขมวดพร้อมกันทั้งสองข้างของร่างกาย โดยเส้นประสาทที่พบได้บ่อย คือ เส้นประสาทอัลนาร์ (Ulnar nerve) และเส้นประสาทใหญ่ใต้หู (Great auricular nerve) โรคเรื้อนชนิดนี้มักตรวจพบเชื้อจำนวนมาก แพร่กระจายโรคให้ผู้อื่นได้ง่ายมีภาวะแทรกซ้อนรุนแรง ถ้าไม่ได้รับการรักษา ผู้ป่วยอาจเสียชีวิตภายใน 10-20 ปี การเกิดภาวะโรคเห่อและเส้นประสาทอักเสบเป็นอาการแทรกซ้อนที่สำคัญของโรคเรื้อน ภาวะโรคเห่อหรืออาการเห่อ (Leprosy Reaction) เกิดจากปฏิกิริยาของระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายที่พยายามจะทำจัดเชื้อนี้ออกไป เป็นการอักเสบที่เกิดขึ้นอย่างเฉียบพลัน อาการแสดงที่พบได้ชัดเจน คือ บวมแดง ร้อน แต่ถ้าอาการอักเสบเกิดที่เส้นประสาทจะมีการสูญเสียหน้าที่ของเส้นประสาทนั้น หากไม่ได้รับการวินิจฉัยและรักษาอย่างถูกต้องทันเวลา จะทำให้ผู้ป่วยเกิดความพิการได้²

ดังนั้นพยาบาลจึงต้องมีความรู้และทักษะในการปฏิบัติงาน การคัดกรองผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ การตรวจร่างกายเพื่อประเมินความพิการ ได้แก่ การตรวจเส้นประสาทรับความรู้สึก (Sensory nerve) การตรวจเส้นประสาทควบคุมการทำงานของกล้ามเนื้อ (Motor nerve) และการตรวจเส้นประสาทอัตโนมัติ (Autonomic nerve)³ พยาบาลต้องสามารถสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วย สอน สาธิต อธิบาย โน้มน้าวให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่ดีในด้านทัศนคติการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันความพิการ⁴ ความเชื่อถือศรัทธาของผู้ป่วยจะช่วยหยุดพฤติกรรมแสวงหาการรักษาจากสถานอื่น หยุดการแพร่กระจายเชื้อโรคเรื้อนและมารับยาอย่างต่อเนื่องจนสิ้นสุดการรักษา⁵

สำหรับสถานการณ์ของโรคเรื้อนในประเทศไทย (ข้อมูล ณ วันที่ 31 ธันวาคม 2565) พบว่าปัจจุบันคนไทยป่วยด้วยโรคเรื้อนที่ขึ้นทะเบียนรักษา ในปี 2563, 2564 และ 2565 จำนวน 222, 200 และ 186 ราย โดยพบผู้ป่วยรายใหม่จำนวน 89, 62 และ 73 ราย ในจำนวนนี้เป็นผู้ป่วยใหม่ที่มีความพิการที่มองเห็นได้ (พิการระดับ 2) จำนวน 9, 8 และ 12 ราย หรือร้อยละ 10.1, 12.9 และ 16.4 ตามลำดับ⁶ การดำเนินงานกำจัดโรคเรื้อนตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบัน มีวัตถุประสงค์หลัก คือ กำจัดโรคเรื้อนให้หมดไปจากประเทศ (Zero leprosy) โดยเร่งค้นหาผู้ป่วยใหม่ให้เร็วที่สุดก่อนเกิดความพิการ และให้การรักษาด้วยยา Multidrug therapy⁷ จากข้อมูลสถิติของโรงพยาบาลกำแพงเพชร แผนกผู้ป่วยนอก พบผู้ป่วยโรคเรื้อนที่ขึ้นทะเบียนรักษา ปี 2563, 2564 และ 2565 จำนวน 3, 3 และ 4 ราย⁸ ปัญหาที่นำเป็นห่วงในผู้ป่วยรายใหม่ คือ มีความพิการก่อนมาพบแพทย์รักษาทุกราย เช่น นิ้วมือนิ้วเท้าหงิก งอ กุดหรือด้วน เบื่ออกตาปิดไม่สนิทเวลาหลับ สาเหตุเพราะผู้ป่วยเข้ามารับการรักษาที่ล่าช้าเกิดความพิการถาวร ผู้ป่วยโรคเรื้อนไม่ได้เผชิญเพียงภาวะด้านสุขภาพเท่านั้น แต่ยังได้รับผลกระทบทางสังคมจากความรังเกียจกลัวของบุคคลทั่วไป ถูกตีตราทางสังคม (Social stigmatization) ผู้ป่วยและครอบครัวต้องเผชิญกับปัญหาทางเศรษฐกิจ สังคม และจิตใจ อันเนื่องมาจากสังคมรังเกียจ ไม่สามารถประกอบอาชีพเลี้ยงครอบครัวได้ตามปกติ⁹ ทำให้ผู้ป่วยหลบซ่อนตัวอยู่ในบ้าน เสี่ยงต่อการแพร่กระจายเชื้อโรคให้กับคนในครอบครัว (Household contacts) โดยเฉพาะผู้สัมผัสโรคร่วมบ้านของผู้ป่วยโรคเรื้อนประเภทเชื้ออาก¹⁰ ผู้ศึกษาตระหนักถึงความสำคัญดังกล่าว จึงสนใจศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยโรคเรื้อนชนิดเลโปรมาตัสที่มีภาวะโรคเห่อชนิดที่ 2 โดยนำกระบวนการพยาบาลมาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยและครอบครัว ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคเรื้อนชนิดเลโปรมาตัสที่มีภาวะโรคเห่อชนิดที่ 2 อย่างมีประสิทธิภาพ

กรณีศึกษา

ชายไทย อายุ 47 ปี สัญชาติไทย ศาสนาพุทธ สถานภาพสมรสคู่

อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล

ส่งตัวมาจากโรงพยาบาลชุมชน ด้วยอาการผิวหนังมีผื่นเห่อนูนหนาและตุ่มแดงอิมจำเป็นมันที่หน้า ไบหู และกระจายสองข้างของร่างกาย 1 เดือนก่อนมาโรงพยาบาล

ประวัติเจ็บป่วยในปัจจุบัน

10 ปีก่อนมา ผิวหนังมีผื่นนูนแดงบริเวณแขน 2 ข้าง รักษาโรงพยาบาลชุมชนด้วยยาแก้แพ้แก้คัน ต่อมามีอาการมือข้างขวาและอ่อนแรง มีแผลเรื้อรังที่ปลายนิ้วชี้มือข้างขวาและนิ้วกุดสั้นลง นิ้วก้อยมือข้างขวาลีบ งอเหยียดไม่ได้

1 เดือนก่อนมา ผิวหนังมีผื่นเห่อนูนหนาและตุ่มแดงอิมจำเป็นมันที่หน้า ไบหู และกระจายสองข้างของร่างกายมือข้างขวาและอ่อนแรงมาก นิ้วชี้มือข้างขวากุดสั้น นิ้วก้อยมือข้างขวาลีบ งอเหยียดไม่ได้ ทำข้างซ้ายชาเล็กน้อย จึงไปตรวจที่โรงพยาบาลชุมชน และส่งต่อมาโรงพยาบาลกำแพงเพชร

ประวัติเจ็บป่วยในอดีต

โรคความดันโลหิตสูง 5 ปี รับประทานยาที่โรงพยาบาลชุมชน

ปฏิบัติการเจ็บป่วยร้ายแรงในอดีต ปฏิเสธการแพ้ยาและสารเคมี สูบบุหรี่วันละประมาณ 5-6 มวน ดื่มสุรบบางครั้งตามเทศกาล

การประเมินสภาพร่างกายตามระบบ

รูปร่างทั่วไป : รูปร่างสมส่วน นิ้วชี้มือข้างขวากุดสั้น นิ้วก้อยมือข้างขวาลีบ งอเหยียดไม่ได้ น้ำหนัก 70 กิโลกรัม ส่วนสูง 164 เซนติเมตร ค่า BMI 26.03

สัญญาณชีพ : ความดันโลหิต 131/74 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 81 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 18 ครั้งต่อนาที

ผิวหนัง : มีผื่นเห่อนูนหนาและตุ่มแดงอิมจำเป็นมันที่หน้า ไบหู และกระจายสองข้างของร่างกาย

ศีรษะและใบหน้า : ศีรษะรูปทรงปกติ มีผื่นนูนแดงใต้ผิวหนังบริเวณใบหน้า (leonine face) ขนคิ้วร่วง

ตา จมูก : เยื่อตาขาวไม่ซีด ไม่พบตาขาวมีสีเหลือง จมูกปกติ

ทรวงอกและระบบทางเดินหายใจ : ทรวงอกรูปร่างปกติ หายใจปกติ อัตราการหายใจ 18 ครั้งต่อนาที ฟังปอดเสียงหายใจเท่ากันทั้ง 2 ข้าง ไม่มีเสียงหายใจหวีด

ระบบหัวใจและหลอดเลือด : อัตราการเต้นของหัวใจ 81 ครั้งต่อนาที เต้นสม่ำเสมอ ฟังเสียงหัวใจปกติ เส้นเลือดดำที่คอไม่โป่งพอง

ระบบทางเดินอาหารและท้อง : รูปร่างท้องปกติ ท้องไม่แข็งตึง กดไม่เจ็บ

สภาพจิตใจและอารมณ์ : มีความกังวลวิตกกังวลเกี่ยวกับโรค สวมหมวกนึ่งแยกตัว

ระบบประสาท : รู้สึกตัวดี E4V5M6

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่สำคัญ

วันที่ 20 สิงหาคม 2561

CBC : WBC 15.4 $10^3/dl \uparrow$, Hb 11.7 mg% \downarrow , Hct 35.6 mg% \downarrow , Neutrophil 75.5% \uparrow , Lymphocyte 41.3%, Eosinophil 6.6%, Platelet adequate

Slit skin smear : BI ดิ่งหูซ้าย 1+, BI ดิ่งหูขวา 1+, BI รอยโรคที่คอ 5+ , BI รอยโรคที่แขนขวา 5+, BI เฉลี่ย 3+

วันที่ 5 พฤศจิกายน 2561

CBC : WBC 8.4 $10^3/dl$, Hb 15.7 mg%, Hct 41.5 mg%, Neutrophil 45.1%, Lymphocyte 42.3%, Eosinophil 6.4%, Platelet adequate

วันที่ 31 สิงหาคม 2563

Slit skin smear : BI ดิ่งหูซ้าย 0, BI ดิ่งหูขวา 0, BI รอยโรคที่ขาขวา 0 , BI รอยโรคที่แขนขวา 0, BI เฉลี่ย 0

การวินิจฉัยโรค : Lepromatous Leprosy with Type 2 Leprosy Reaction

สรุปการดำเนินโรคขณะรับไว้ดูแล

Visit 1 : ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ความดันโลหิต 131/74 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 81 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 18 ครั้งต่อนาที สวมหมวกหนึ่งแฉกตัว กวักนรอบข้างรังเกียจ แพทย์วินิจฉัยเป็นโรคเรื้อรังประเภทเชื้อมาก ชนิดเลโปรมาตัส และมีภาวะโรคต่อชนิดที่ 2 ร่วมกับเส้นประสาทอักเสบ ขึ้นทะเบียนเป็นผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ FBS, CBC, UA, BUN, Cr, LFT, electrolyte ก่อนรักษา ได้รับการรักษาด้วยยา rifampicin 600 mg ต่อเดือน clofazimine 300 mg ต่อเดือน และ dapsone 100 mg ต่อวัน clofazimine 50 mg ต่อวัน เป็นระยะเวลา 2 ปี รักษาโรคต่อชนิดที่ 2 และเส้นประสาทอักเสบได้รับ prednisolone 40 mg ต่อวัน ลดยาทุก ๆ 2 สัปดาห์จนหยุดการรักษาในเวลา 12 สัปดาห์ แพทย์นัดติดตามอาการรับยาต่อเนื่องอีก 1 เดือน

Visit 2 : ผู้ป่วยมาตรวจตามแพทย์นัด ผื่นนูนหนาและตุ่มแดงที่หน้า ใบหู และร่างกายสองข้างทุเลาลง เท้าข้างซ้ายช้ำน้อยลง ไม่มีอาการข้างเคียงจากยาที่ได้รับ ส่วนอาการมือข้างขวาและอ่อนแรงไม่ทุเลา ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลมาก ไม่มั่นใจการรักษา มีพฤติกรรมแสวงหาการรักษาจากสถานบริการอื่น ต้องการให้แพทย์ส่งตัวไปรักษาโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนครสวรรค์ แพทย์นัดติดตามอาการอีก 1 เดือน พร้อมทั้งส่งต่อผู้ป่วยไปโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนครสวรรค์เรื่องอาการมือข้างขวาและอ่อนแรงไม่ทุเลา

Visit 3 : ผู้ป่วยมาพบแพทย์ตามนัด แจ้งว่าทางโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนครสวรรค์ ได้ปรับขนาดยา prednisolone เพิ่มขึ้น และให้กลับมารักษาที่โรงพยาบาลกำแพงเพชรตามเดิม ผื่นนูนหนาและตุ่มแดงที่หน้า ใบหู และร่างกายสองข้างยุบบางลง มือข้างขวาและอ่อนแรงน้อยลง เท้าข้างซ้ายไม่มีอาการขา ไม่มีอาการข้างเคียงจากยาที่ได้รับ แพทย์ส่งจ่ายยาโรคเรื้อรังให้รับประทานต่อ ปรับขนาดยาตามมาตรฐานการให้ยา prednisolone ในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง นัดติดตามอาการรับยาต่อเนื่องอีก 1 เดือนพร้อมผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ FBS, CBC, UA, BUN, Cr, LFT, electrolyte หลังรับประทานยาครบ 3 เดือน

Visit 4 : ผู้ป่วยมาพบแพทย์ตามนัด ส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ FBS, CBC, UA, BUN, Cr, LFT, electrolyte หลังรับประทานยาครบ 3 เดือน ผลตรวจเลือดและปัสสาวะปกติ ผื่นนูนหนาและตุ่มแดงที่หน้า ใบหู และร่างกายสองข้างยุบราบหาย มือข้างขวาและอ่อนแรงเล็กน้อย ไม่มีอาการข้างเคียงจากยาที่ได้รับ ผู้ป่วยต้องการให้ส่งตัวกลับไปรักษาต่อโรงพยาบาลใกล้บ้าน แพทย์ส่งจ่ายยาโรคเรื้อรังให้รับประทาน 1 เดือน โดยให้หยุดยา prednisolone ได้ และโอนย้าย (transfer) ผู้ป่วยกลับไปรับยาต่อที่โรงพยาบาลชุมชน

Visit 5 : ผู้ป่วยรักษาโรคเรื้อรังครบ 2 ปี ส่งตัวกลับมาจากโรงพยาบาลชุมชน เพื่อพิจารณาหยุดรักษาโรคเรื้อรัง ไม่มีผื่นผิวหนังตามร่างกาย มือข้างขวาและอ่อนแรงเล็กน้อย ตรวจหาเชื้อโรคเรื้อรังด้วยวิธีกรีตผิวหนัง (slit skin smear) หลังรับประทานยาครบ ไม่พบเชื้อ แพทย์จำหน่ายจากการรักษา นัดตรวจติดตามหลังการรักษาและเฝ้าระวังผู้ป่วยกลับเป็นโรคซ้ำปีละครั้งจนครบ 5 ปี และนัดเฝ้าระวังผู้สัมผัสโรคร่วมบ้าน ปีละครั้งจนครบ 10 ปี

การวางแผนการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1 ผู้ป่วยและญาติขาดความรู้เกี่ยวกับภาวะความเจ็บป่วยจากโรคเรื้อรัง

ข้อมูลสนับสนุน

S : ผู้ป่วยและญาติบอกว่าไม่คิดว่าตนเองจะเป็นโรคเรื้อรัง เนื่องจากอาการเหมือนโรคผิวหนังทั่วไป ไม่มีความรู้เรื่องอาการโรคเรื้อรังว่าเป็นอย่างไร แพทย์จะรักษาอย่างไร ต้องปฏิบัติตนอย่างไร และเกรงว่าครอบครัวจะรังเกียจ จะแพร่เชื้อให้กับคนในครอบครัว

O : ผู้ป่วยโรคเรื้อรังรายใหม่ ไม่สามารถตอบคำถามเกี่ยวกับภาวะความเจ็บป่วยจากโรคเรื้อรังได้ สีหน้าวิตกกังวล

วัตถุประสงค์การพยาบาล

1. เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติมีความรู้เกี่ยวกับภาวะความเจ็บป่วยจากโรคเรื้อรัง
2. เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจในตัวผู้ให้บริการ และเกิดพฤติกรรมให้ความร่วมมือทั้งในด้านการรักษา และการเผชิญปัญหาต่าง ๆ ระหว่างรักษาได้

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยและญาติได้รับความรู้เกี่ยวกับภาวะความเจ็บป่วยจากโรคเรื้อรัง
2. ผู้ป่วยให้ความร่วมมือทั้งในด้านการรักษาและสามารถเผชิญปัญหาต่าง ๆ ระหว่างรักษาได้

กิจกรรมการพยาบาล

1. สร้างสัมพันธภาพที่ระหว่างพยาบาล ผู้ป่วยและญาติ แสดงความเอื้ออาทรและมีความเต็มใจที่จะช่วยเหลือ เพื่อให้เกิดความไว้วางใจและเชื่อมั่นว่าพยาบาลพร้อมให้ความช่วยเหลือ
2. ชักประวัติเพื่อคัดกรองแยกโรคเรื้อนออกจากโรคผิวหนังทั่วไป และตรวจอาการแสดงสำคัญของโรคเรื้อน ได้แก่
 - 2.1 ตรวจรอยโรคผิวหนัง
 - 2.2 ตรวจอาการชาที่รอยโรคผิวหนัง โดยใช้กระดาษทึบชุบน้ำปลายน้เกลือ ตรวจอาการชาบริเวณที่รับความรู้สึกจากเส้นประสาทส่วนปลาย โดยใช้ monofilament
 - 2.3 ตรวจเส้นประสาทโต โดยการคลำบริเวณเส้นประสาท
 - 2.4 ส่งตรวจเชื้อโรคเรื้อนจากการกรีดผิวหนัง (slit skin smear)
3. สอนให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเรื้อนและการรักษา การปฏิบัติตัวในการดูแลตนเอง การป้องกันความพิการ และการฟื้นฟูสภาพพร้อมสอนสาธิต
 - 3.1 ความรู้เกี่ยวกับโรคเรื้อน การรักษา และอาการข้างเคียงของยารักษา
 - 3.2 ไม่ใช้เสื้อผ้า ผ้าเช็ดตัว และของใช้ร่วมกับผู้อื่น รับประทานอาหารร่วมกันควรใช้ช้อนกลางด้วยเสมอ
 - 3.3 การการดูแลมือ เท้า ประจำวัน เนื่องจากผู้ป่วยมีอาการชามือชาเท้า
 - 3.4 การบริหารกล้ามเนื้อมือเท้า เนื่องจากผู้ป่วยมีปัญหากล้ามเนื้ออ่อนแรง นิ้วงอเหยียดไม่ได้
 - 3.5 แนะนำการดูแลเส้นประสาทอักเสบ ใช้ผ้าคล้องแขน พักมือเท้าข้างที่ปวดชา และรับประทานยาตามแพทย์สั่ง
4. อธิบายว่าโรคเรื้อนไม่ใช่โรคกรรมพันธุ์ ไม่ได้ติดมาจากสุนัขที่เป็นขี้เรื้อน เป็นโรคติดเชื้อที่ติดต่อได้ยาก ไม่ติดต่อทางอาหารและน้ำ รักษาให้หายขาดได้ สามารถหยุดคุยหรือรับประทานอาหารร่วมกับผู้ป่วยทั้งที่กำลังรักษาและหายจากโรคแล้วได้ตามปกติ
5. สนับสนุนญาติคอยให้กำลังใจรักษาอย่างต่อเนื่อง เพราะผู้ป่วยมักเกิดความเบื่อหน่ายที่ต้องรักษาเป็นเวลานาน
6. ตรวจผิวหนังภรรยาผู้สัมผัสโรคร่วมบ้านซึ่งเป็นกลุ่มเสี่ยงสูง
8. ให้เวลาในการพูดคุยและเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติซักถามในสิ่งที่สงสัยวิตกกังวล
9. ส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยทางไลน์และโทรศัพท์ให้กับเจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบงานโรคเรื้อนโรงพยาบาลชุมชน เพื่อกำกับติดตามการรับประทานยาของผู้ป่วย

การประเมินผล

1. ผู้ป่วยและญาติได้รับความรู้และการประเมินเกี่ยวกับภาวะความเจ็บป่วยจากโรคเรื้อน สามารถบอกถึงสิ่งที่ต้องปฏิบัติได้ถูกต้อง
2. ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการรักษาและมารับยาอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอจนสิ้นสุดการรักษา

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2 ผู้ป่วยมีภาวะโรคเหน็บชาที่ 2 (ชนิดตุ่มอักเสบ ENL)

ข้อมูลสนับสนุน

- S : ผู้ป่วยบอกรมีอาการผิวหนังหนาแดงเห่อ เป็นมา 1 เดือน
- O : ผิวหนังมีผิวหนังหนาและตุ่มแดงอิมมู้น้ำเป็นมันที่หน้า ใบหู และกระจายสองข้างของร่างกาย ตาแดง และอ่อนเพลีย ตรวจ CBC พบ WBC สูง neutrophil สูง Hb และ Hct ต่ำ ตรวจเส้นประสาทข้อศอก (Ulnar nerve) โตและเสียเส้นประสาทกลางมือ (Median nerve) โตและอ่อน

วัตถุประสงค์การพยาบาล

1. เพื่อลดภาวะเห่อในผู้ป่วยโรคเรื้อน
2. เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนจากยา steroid

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยไม่มีอาการเห่อเพิ่มขึ้น
2. ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนของยา steroid

กิจกรรมการพยาบาล

1. อธิบายการรับประทานยาโรคเรื้อรังสูตรผสม (MDT) เป็นระยะเวลา 2 ปี และยา prednisolone เพื่อรักษาภาวะโรคเหนอซันด์ที่ 2 และเส้นประสาทอักเสบ อธิบายอาการข้างเคียงจากยาที่อาจเกิดขึ้นได้
2. แนะนำสังเกตอาการผื่นแพ้ เช่น มีตุ่มกดเจ็บเกิดขึ้นใหม่ หรือรอยโรคเดิมบวมแดงอักเสบ ให้รีบกลับมาพบแพทย์
3. แนะนำผู้ป่วยไม่ให้แกะหรือเกาตุ่มที่เกิดขึ้น เพื่อป้องกันการติดเชื้อและมีแผลอักเสบ รักษาความสะอาดร่างกาย ตัดเล็บให้สั้น
4. อธิบายสาเหตุส่งเสริมที่ทำให้เกิดภาวะแพ้ เช่น ไข่ การติดเชื้อ ฟันผุ มีพยาธิ ความเครียด เป็นต้น
5. แนะนำปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในด้านสุขนิสัย เช่น งดดื่มสุรา สูบบุหรี่ เป็นต้น
6. แนะนำรับประทานอาหาร 5 หมู่ โดยรับประทานอาหารโปรตีนสูงเพื่อเสริมสร้างให้ผู้ป่วยมีภูมิคุ้มกันด้านทานสูงขึ้น เช่น นม ไข่ เนื้อสัตว์ เป็นต้น แนะนำดื่มน้ำอย่างน้อย 2 ลิตรต่อวัน
7. ติดตามผลตรวจ CBC และตรวจดูสีผิวของเยื่อぶตา

ประเมินผล

1. ผู้ป่วยมีผื่นหนองหนาและตุ่มแดงที่หน้า ใบหู และร่างกายสองข้างลดลง
2. ผู้ป่วยไม่มีภาวะแทรกซ้อนของยา steroid

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 3 ผู้ป่วยมีภาวะเส้นประสาทอักเสบ (Neuritis)

ข้อมูลสนับสนุน

S : ผู้ป่วยบอกรมือมีอาการมือข้างขวาและอ่อนแรง เท้าข้างซ้ายขา เป็นมา 1 เดือน

O : ตรวจพบเส้นประสาทข้อศอก (Ulnar nerve) โทและเสีย เส้นประสาทกลางมือ (Median nerve) โทและอ่อนมือพิการระดับ 2 เท้าพิการระดับ 1

วัตถุประสงค์การพยาบาล

1. เพื่อให้ผู้ป่วยมีภาวะเส้นประสาทอักเสบลดลง
2. เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดความพิการซ้ำซ้อน

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยมีภาวะเส้นประสาทอักเสบลดลง
2. ผู้ป่วยไม่มีความพิการซ้ำซ้อน

กิจกรรมการพยาบาล

1. อธิบายสาเหตุปัญหากล้ามเนื้ออ่อนแรงหรืออัมพาตเกิดจากเส้นประสาทถูกทำลายต้องใช้เวลาในการรักษาฟื้นฟูสภาพ
2. แนะนำการใช้มือและเท้าข้างที่มีอาการขา ให้ระวังไฟและความร้อนโดยใช้ผ้าคลุมแขนขา เวลานั่งใกล้กองไฟหรือจับของร้อน สวมรองเท้าตลอดเวลา ไม่แช่มือหรือเท้าในน้ำอุ่น
3. หากมีอาการปวดเส้นประสาทมือเท้า ให้พักมือเท้าข้างที่ปวด หรือใช้ผ้าคล้องแขน
4. ห้ามใช้มือบีบบริเวณที่ปวดเส้นประสาท เพราะจะทำให้เกิดการอักเสบมากขึ้น
5. อธิบายการรับประทานยา prednisolone ตามจำนวน ขนาด เวลาตามแผนการรักษาของแพทย์
6. อธิบายผลข้างเคียงของยา prednisolone เช่น อาการปวดท้อง คลื่นไส้ อาเจียน มีเลือดออกในกระเพาะอาหาร เป็นต้น
7. เนื่องจากผู้ป่วยมีโรคความดันโลหิตสูงร่วมด้วย แนะนำระงับการใช้ยา prednisolone จะทำให้ความดันโลหิตสูงตามมาได้ ดังนั้นจึงควรติดตามตรวจระดับความดันโลหิตเป็นระยะๆ ด้วย

ประเมินผล

1. ผู้ป่วยมีภาวะเส้นประสาทอักเสบลดลง มือข้างขวาและอ่อนแรงลดลง เท้าข้างซ้ายขาลดลง
2. มือข้างขวา มีความพิการระดับ 2 ไม่เพิ่มขึ้น เท้าข้างซ้าย มีความพิการระดับ 1 ไม่เพิ่มขึ้น

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 4 ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดแผลใต้ฝ่าเท้าจากฝ่าเท้าชา

ข้อมูลสนับสนุน

S : ผู้ป่วยบอกรมีอาการเท้าข้างซ้ายชา เป็นมา 1 เดือน

O : ตรวจอาการชาโดยใช้ monofilament ทดสอบความรู้สึกที่ฝ่าเท้า จำนวน 10 ตำแหน่ง พบความรู้สึกสัมผัสลดลงที่ฝ่าเท้าข้างซ้าย 4 ตำแหน่งบริเวณสันเท้า ตรวจเท้ารูปร่างเท้าปกติ ฝ่าเท้ายังไม่มีแผล

วัตถุประสงค์การพยาบาล

เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดแผลใต้ฝ่าเท้าเนื่องจากฝ่าเท้าชา

เกณฑ์การประเมินผล

ผู้ป่วยไม่มีแผลใต้ฝ่าเท้าเนื่องจากฝ่าเท้าชา

กิจกรรมการพยาบาล

1. แนะนำสวมรองเท้าให้เหมาะกับลักษณะเท้าของผู้ป่วย ควรมีพื้นนิ่มและมีสายรัดสัน
2. หลีกเลี่ยงการเดินมากๆ หากจำเป็นต้องเดินพยายามเดินในที่เรียบๆ และควรพักเป็นระยะๆ
3. ระวังไฟและความร้อน และท่อไอเสียรถจักรยานยนต์ สวมรองเท้าตลอดเวลา
4. หลีกเลี่ยงการนั่งกับพื้น เพราะแรงกดทับบริเวณตาตุ่มด้านนอกจะทำให้เกิดแผลใต้
5. แนะนำตรวจฝ่าเท้าทุกวันจนเป็นกิจวัตร 5 ชั้นตอน

5.1 ตรวจดูและคลำฝ่าเท้า หาบริเวณที่บวม แดง และร้อน โดยเฉพาะบริเวณที่ต้องรับน้ำหนักมากๆ หาบริเวณผิวหนังที่แห้งหนาหรือแตก

5.2 แช่เท้าในน้ำ ควรแช่เท้าในน้ำนานประมาณ 15-30 นาที หลังจากแช่เท้าแล้วจะอ่อนนุ่มขึ้น ถ้ามีแผลการใช้สบู่หรือน้ำเกลือจะช่วยชำระแผลให้สะอาด ไม่จำเป็นต้องใช้แอลกอฮอล์หรือยาฆ่าเชื้ออื่นๆ

5.3 ขัดหนังแข็ง ใช้อุปกรณ์ที่ผิวหยาบสักแต่ไม่คม เช่น หินขัด แปรงขนแข็ง สก๊อตไบรท์ เป็นต้น ขัดดูบริเวณที่มีหนังแข็ง ถ้ามีรอยแตก การขัดหนังแข็งต้องระวังไม่ให้รอยแตกนั้นกว้างขึ้น

5.4 ทาวาสลีนหรือโลชั่น เพื่อให้ผิวชุ่มชื้นป้องกันรอยแตกจากหนังแห้ง

5.5 บริหารกล้ามเนื้อเท้าและนิ้วเท้า ให้เคลื่อนไหวได้ ไม่ติดแข็ง

การประเมินผล

ผู้ป่วยปฏิบัติดูแลเท้าประจำวัน ไม่มีแผลใต้ฝ่าเท้าเนื่องจากฝ่าเท้าชา

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 5 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการไม่ได้รับการรักษาต่อเนื่องจากการส่งกลับไปรักษาต่อไถ่กลับบ้าน

ข้อมูลสนับสนุน

S : ผู้ป่วยบอกว่าเดินทางมารักษาลำบาก สอบถามว่าสามารถไปรับยาต่อโรงพยาบาลไถ่กลับบ้านได้หรือไม่

O : แพทย์ส่งตัวผู้ป่วยกลับไปรับยาต่อโรงพยาบาลชุมชนไถ่กลับบ้าน

วัตถุประสงค์การพยาบาล

เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาตามมาตรฐานอย่างต่อเนื่อง

เกณฑ์การประเมินผล

ผู้ป่วยได้รับการส่งต่อรักษาตามมาตรฐานอย่างต่อเนื่อง

กิจกรรมการพยาบาล

1. อธิบายผู้ป่วยเรื่องการส่งกลับไปรักษาต่อโรงพยาบาลชุมชน ให้คำแนะนำผู้ป่วยในการรักษาและรับยาต่อเนื่อง

2. สำเนาเอกสารบัตรบันทึกผู้ป่วยโรคเรื้อน (น.ส.3) พร้อมตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วนเพื่อส่งต่อการรักษาไปยังโรงพยาบาลชุมชน

3. เน้นย้ำให้ผู้ป่วยนำใบส่งตัวกลับและสำเนาบัตรบันทึกผู้ป่วยโรคเรื้อน (น.ส.3) ไปยื่นโรงพยาบาลชุมชนไถ่กลับบ้าน

4. จำหน่ายผู้ป่วยจากทะเบียนรักษาโรคเรื้อน สาเหตุจำหน่ายคือย้ายการรักษา (Transfer)

5. แจ้งการส่งกลับผู้ป่วยทางไลน์และโทรศัพท์ ข้อมูลปัญหา แผนการรักษา และความก้าวหน้าของการรักษาผู้ป่วย แก่เจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบงานโรคเรื้อนโรงพยาบาลชุมชน

6. โทรศัพท์สอบถามติดตามการตรวจรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อนจากผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบงานโรคเรื้อน โรงพยาบาลชุมชน เมื่อผู้ป่วยรักษาครบ 6 เดือน 12 เดือน 18 เดือน และ 24 เดือน

การประเมินผล

ผู้ป่วยได้รับการส่งต่อและได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 6 ผู้ป่วยขาดความพร้อมในการดูแลตนเองหลังสิ้นสุดการรักษา

ข้อมูลสนับสนุน

S : ผู้ป่วยถามว่าต้องดูแลตนเองอย่างไรหลังสิ้นสุดการรักษา ไม่มั่นใจว่าตนเองหายจากโรคหรือไม่ และกลัวกลับเป็นโรคซ้ำ

O : แพทย์จำหน่ายจากการรักษา นัดตรวจติดตามหลังการรักษาและการเฝ้าระวังโรคจนครบ 5 ปี

วัตถุประสงค์การพยาบาล

เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับความรู้ สามารถปฏิบัติตัวได้อย่างเหมาะสม

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยและญาติมีความรู้ มีความมั่นใจ ในการดูแลตนเองหลังสิ้นสุดการรักษา
2. คลายความวิตกกังวลเรื่องการดูแลตนเองเมื่อกลับไปอยู่บ้าน

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินความพร้อมทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ตลอดจนความรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง
2. อธิบายให้ผู้ป่วยทราบว่าโรคเรื้อนรักษาหายขาดได้ แต่สามารถกลับเป็นโรคใหม่ได้ เกิดจากมีเชื้อโรคเรื้อนที่ยังคงมีชีวิตหลงเหลืออยู่ในร่างกาย แบ่งตัวเพิ่มขึ้นและก่อให้เกิดโรคขึ้นใหม่ เพราะฉะนั้นจึงควรหมั่นตรวจผิวหนังตนเองอย่างสม่ำเสมอ
3. อธิบายให้ผู้ป่วยทราบว่าเมื่อรักษาโรคเรื้อนจนหายดีแล้ว ถึงแม้จะมีความพิการ ก็สามารถอยู่กับครอบครัวได้ตามปกติ จะไม่แพร่โรคให้ผู้อื่นอีกต่อไป
4. แนะนำรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ ครบหลัก 5 หมู่ เน้นให้พลังงานและโปรตีนสูงเพื่อให้มีสุขภาพร่างกายที่แข็งแรง และมีภูมิคุ้มกันโรค พักผ่อนให้เพียงพอ อย่างน้อยวันละ 8 ชั่วโมงต่อวัน
5. แนะนำอาหารที่ควรหลีกเลี่ยง ได้แก่ เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ อาหารที่อุดมด้วยน้ำตาล เนื้อแดง ไขมันทรานส์ อาหารแปรรูป
6. แนะนำการจัดสิ่งแวดล้อมที่บ้านให้เหมาะสม เน้นความสะอาด อากาศถ่ายเทได้สะดวก
7. แนะนำผู้ที่อยู่ร่วมบ้านกับผู้ป่วยโรคเรื้อนควรหมั่นสำรวจดูอาการทางผิวหนังของตนเอง ถ้ามีผื่นที่น่าสงสัยว่าจะเป็นโรคเรื้อน ควรรีบมาปรึกษาแพทย์
8. นัดตรวจติดตามหลังการรักษา และการเฝ้าระวัง ผู้ป่วยโรคเรื้อนจนครบ 5 ปี ผู้สัมผัสโรคร่วมบ้านจนครบ 10 ปี
9. มีระบบแจ้งเตือนนัดล่วงหน้าทางโทรศัพท์ เพื่อป้องกันการขาดนัด ทั้งในผู้ป่วยและผู้สัมผัสร่วมบ้านเพื่อติดตามหลังการรักษา และการเฝ้าระวัง

การประเมินผล

1. ผู้ป่วยและญาติมีความรู้พร้อมดูแลตนเองหลังสิ้นสุดการรักษา
2. ผู้ป่วยและญาติสีหน้าคลายความวิตกกังวลลง

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 7 ผู้สัมผัสร่วมบ้านมีความเสี่ยงสูงที่จะติดเชื้อโรคเรื้อน

ข้อมูลสนับสนุน

S : ผู้ป่วยบอกว่าอาศัยอยู่กับภรรยา 2 คนที่บ้าน ลูกอยู่ต่างจังหวัด

O : ระยะเวลาที่สัมผัสโรค ประมาณ 17 ปี

วัตถุประสงค์การพยาบาล

1. เพื่อคัดกรองผู้สัมผัสโรคร่วมบ้านที่เป็นกลุ่มเสี่ยงสูง
2. เพื่อเฝ้าระวังโรคเรื้อนรายใหม่

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้สัมผัสโรคร่วมบ้านได้รับการได้รับการคัดกรองโรคเรื้อน
2. ผู้สัมผัสโรคร่วมบ้านได้รับการเฝ้าระวัง

กิจกรรมการพยาบาล

1. จัดทำทะเบียนการติดตามตรวจผู้สัมผัสโรคเรื้อน (Household contact)
2. สอบถามรายชื่อผู้ที่อาศัย หรือเคยพักอาศัยอยู่ร่วมชายคาเดียวกันกับผู้ป่วยโรคเรื้อน เป็นระยะเวลาตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป ก่อนผู้ป่วยจะได้รับการรักษา
3. นัดตรวจร่างกายผู้สัมผัสโรคร่วมบ้านของผู้ป่วยหลังจากผู้ป่วยขึ้นทะเบียนรักษาแล้ว ติดตามตรวจต่อเนื่องปีละ 1 ครั้ง รวมเป็นเวลา 10 ปี
4. แนะนำผู้สัมผัสโรคร่วมบ้านสังเกตความผิดปกติทางผิวหนัง เช่น ผื่นเป็นวงต่างสีขาหรือแดง บริเวณรอยโรค จะแห้ง เหงื่อไม่ออก ขนร่วง มีอาการชาและไม้คัน หรือผื่นนูนแดงหนาหรือตุ่มแดงทั้งตัว ไม้คัน ให้รีบไปสถานพยาบาลใกล้บ้าน

การประเมินผล

1. ผู้สัมผัสโรคร่วมบ้านได้รับการตรวจร่างกาย
2. ผู้สัมผัสโรคร่วมบ้านไม่มีอาการต่างๆ ที่น่าสงสัยเป็นโรคเรื้อน

สรุปกรณีศึกษา

ผู้ป่วยชายไทย วัย 47 ปี ถูกส่งตัวมาจากโรงพยาบาลชุมชน ด้วยอาการเข้าข่ายสงสัยโรคเรื้อน พยาบาลซักประวัติแยกผู้ป่วยโรคเรื้อนออกจากโรคผิวหนังทั่วไป ประเมินผู้ป่วยด้วยอาการแสดงสำคัญ พบรอยโรคผิวหนังเข้าได้กับโรคเรื้อนชนิดเลโปรมาตัส ตรวจอาการชาบริเวณที่รับความรู้สึกจากเส้นประสาทส่วนปลาย พบ ความรู้สึกสัมผัสลดลงที่ฝ่ามือข้างขวาและฝ่าเท้าข้างซ้าย คล้ำเส้นประสาทและทดสอบกำลังกล้ามเนื้อ พบเส้นประสาทข้อศอกโตและเสีย เส้นประสาทกลางมือโตและอ่อน การประเมินความพิการ พบมือข้างขวาชาและอ่อนแรง นิ้วชี้มือข้างขวากุดสั้น นิ้วก้อยมือข้างขวาลีบ งอเหยียดไม่ได้ แสดงถึงความพิการระดับ 2 เท้าข้างซ้ายชา รูปร่างเท้าปกติ ไม่มีแผล แสดงถึงความพิการระดับ 1 ผลการตรวจเชื้อโรคเรื้อนด้วยวิธีกรีดผิวหนัง พบเชื้อโรคเรื้อน 3+ จากอาการและอาการแสดงทั้งผิวหนังและเส้นประสาท พบมีภาวะแทรกซ้อนโรคห่อและเส้นประสาทอักเสบร่วมด้วย แพทย์วินิจฉัยเป็นโรคเรื้อนชนิดเรื้อนมาก ชนิดเลโปรมาตัสร่วมกับมีภาวะโรคห่อชนิดที่ 2 และเส้นประสาทอักเสบ ได้รับการรักษาด้วยสูตรยาผสมเป็นระยะเวลา 2 ปี และยาเพรดนิโซโลนเพื่อลดการอักเสบของเส้นประสาท ส่งตัวกลับมาจากโรงพยาบาลชุมชน เพื่อพิจารณาหยุดยารักษาโรคเรื้อน ไม่มีผื่นผิวหนังตามร่างกาย มือข้างขวาชาและอ่อนแรงเล็กน้อย ตรวจเชื้อโรคเรื้อนหลังรับประทานยาครบ ไม่พบเชื้อ แพทย์จำหน่ายจากการรักษา นัดตรวจติดตามหลังการรักษาและเฝ้าระวังผู้ป่วยกลับเป็นโรคซ้ำปีละครั้งจนครบ 5 ปี และนัดเฝ้าระวังผู้สัมผัสโรคร่วมบ้านปีละครั้งจนครบ 10 ปี

วิจารณ์และข้อเสนอแนะ

ผู้ป่วยรายนี้มาพบแพทย์ในขณะที่มีภาวะแทรกซ้อนโรคห่อและเส้นประสาทอักเสบ มีความพิการมือและเท้าสาเหตุเพราะผู้ป่วยเข้ามารับการรักษาช้า ดังนั้นจึงควรค้นหาผู้ป่วยให้เร็วที่สุดเพื่อให้การรักษา ให้คำแนะนำส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเอง เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน ป้องกันความพิการ ฟื้นฟูสมรรถภาพ และตัดวงจรการแพร่กระจายเชื้อแก่คนในครอบครัวและชุมชน จากกรณีศึกษานี้มีข้อเสนอแนะการพัฒนาการดูแลผู้ป่วย ดังนี้

1. ควรมีการนำกรณีศึกษามาทบทวนแนวทางการดูแลในรูปแบบสหวิชาชีพ เพื่อวางแผนการดูแลร่วมกันในกรณีผู้ป่วยโรคเรื้อนมีภาวะแทรกซ้อนรุนแรงและพิการซ้ำซ้อน

2. จัดทำแนวทางการให้คำปรึกษาในผู้ป่วยโรคเรื้อนที่กำลังรับยา เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปรับพฤติกรรมและรับยาต่อเนื่องจนสิ้นสุดการรักษา

สรุป

จากการศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยโรคเรื้อนชนิดเลโปรมาตัสที่มีภาวะโรคเห่อชนิดที่ 2 รายนี้ พบว่าการรักษาส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม การให้พยาบาลโดยผ่านกระบวนการพยาบาล 5 ขั้นตอน และดูแลแบบองค์รวมได้ช่วยให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจ ปรับตัว คลายความวิตกกังวล ปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน และสามารถฟื้นฟูร่างกายและจิตใจกลับไปใช้ชีวิตประจำวันได้ตามปกติ

เอกสารอ้างอิง

1. เมตไทย. โรคเรื้อน อาการ สาเหตุ และการรักษาโรคเรื้อน 5 วิธี. [ออนไลน์]. [เข้าถึงเมื่อ 19 ตุลาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก : <https://medthai.com>
2. กรมควบคุมโรค.กระทรวงสาธารณสุข สถาบันราชประชาสมาสัย. คู่มือการวินิจฉัยและรักษาโรคเรื้อน. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ: การศาสนาบ้านบาตร; 2548.
3. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข สถาบันราชประชาสมาสัย. แนวทางการตรวจคัดกรองโรคเรื้อน. กรุงเทพฯ : สำนักพระพุทธศาสนาแห่งชาติ; 2556.
4. กฤษฎา มโหทาน. คู่มือป้องกันความพิการและฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคเรื้อน. พิมพ์ครั้งที่ 9. กรุงเทพฯ : สำนักพระพุทธศาสนาแห่งชาติ; 2550.
5. พจนา ชาญกิตติกุล. แนวทางการให้คำปรึกษาในผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่และรายเก่าที่กำลังรับยารักษาโรคเรื้อนเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปรับพฤติกรรมและรับยาต่อเนื่องจนสิ้นสุดการรักษา. [ออนไลน์]. [เข้าถึงเมื่อ 23 กันยายน 2566]. เข้าถึงได้จาก : <http://rajpracha.ddc.moph.go.th/site/documents/research/Counseling%20for%20leprosy%20patients.pdf>
6. สถานการณ์โรคเรื้อนในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2565. [ออนไลน์]. [เข้าถึงเมื่อ 22 กันยายน 2566]. เข้าถึงได้จาก : <http://rajpracha.ddc.moph>.
7. โกเมศ อุรัตน์. การเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตระหว่าง ผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อนในนิคมโรคเรื้อนและใน ชุมชนทั่วไป กับประชาชนในชุมชน : หลังช่วงกำจัดโรคเรื้อนสำเร็จครบ 20 ปี. 2560.
8. โรงพยาบาลกำแพงเพชร. งานศูนย์ข้อมูลคุณภาพ : กลุ่มภารกิจด้านพัฒนาระบบบริการสุขภาพ รายงานประจำปี. 2563-2566.
9. ศิลธรรม เสริมฤทธิ์รงค์ และคณะ. การตีตราและระยะทางสังคมของประชาชนต่อผู้ประสบปัญหาจากโรคเรื้อนในชุมชน. วารสารสถาบันบาราศนราดรุ. 2561;13(2):66-77.
10. ณิชชา ไปรยาอายุตากรุ, ปรียานุช กลิ่นศรีสุข. คุณภาพของการเร่งรัดค้นหาผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ การติดตามการรักษา และการค้นหา ผู้สัมผัสโรคร่วมบ้านของผู้ป่วยโรคเรื้อนรายใหม่ เขตสุขภาพที่ 9 พ.ศ. 2553-2562. รายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาประจำสัปดาห์(WESR). 2566; 54(3): 55-63.



Nursing care of drug abuse patients with violent behavior : A case Study

Patchanee Makmuang, M.N.S.*

Abstract

Introduction : Drug abuse patients with violent behavior are urgent cases that cause harm to themselves, other people and property. The comprehensive nursing care plan with applying knowledge of nursing theories, from the emergency period, continuous care period, rehabilitation period and discharge planning can potentially prevent risks and dangers. The process promotes the patients' safety and improving quality of life.

Objectives : To provide nursing care guidelines for drug abuse patients with violent behavior

Case study : A 28 year old Thai man, with a history of continuous amphetamine use for 11 years, began to experience auditory hallucination approximately 2 years ago. He had received inpatient treatment once, but after being discharged he used amphetamines again. Three days before coming to the hospital, the patient could not sleep. He was irritable, aggressive and threatened. He carried weapons in the room. His family were afraid of being attacked, so they informed the police and the District Health Promotion Hospital team to take him to Kamphaeng Phet Hospital. The psychiatric outpatient team and 4 security guards had prepared when the patient arrived with 1 police officer, 1 soldier, and 3 rescuers. He was assessed aggressive behavior (Overt Aggression Scale : OAS) at the urgent level and the severity of the risk of violence (Prasri Violence Severity Scale : PVSS) found a moderate risk. Laboratory test results found methamphetamine in urine. The doctor diagnosed him with amphetamine induced psychosis. He received treatment in the psychiatric inpatient ward. Nursing care plan are giving him an antipsychotic medication and antidepressant medication, together with behavioral restriction and taking care of his mind. Nursing diagnosis : 1. Risk of self-harm and violent behavior due to hallucination 2. Risk of injuries from physical restrains 3. Risk of CNS effects from psychotropic drugs. 4. Amphetamine withdrawal causing sleep disturbances. 5. Drug addiction relapses due to loss of motivation 6. Family concerns when patient being discharged. 7. Unhealthy coping skills After receiving treatment for 8 days, his general health became stronger, no auditory hallucination and no symptoms of drug withdrawal. He got enough rest and able to take care of himself. The nurse team planned about long-term drug treatment with the patient, family and therapist team before being discharged for outpatient drug rehabilitation. Total length of stay in hospital was 11 days.

Conclusion : The patient is safe from the violent behaviors and psychotic symptoms that occur from taking amphetamine. Therefore, providing comprehensive nursing care to drug abuse patients plays an important role. The comprehensive nursing care plan, together with applying knowledge of nursing theories in the emergency period, continuous care period, rehabilitation period and discharge planning can potentially prevent risks and dangers. Nurses play an important role and should develop knowledge and skills in caring for patients and families to keep them safe, prevent complications and reduce risk for violent behaviors. Moreover, nurses should motivate patients to quit taking drugs and promote them live together with other people.

Key word : Nursing care for drug abuse patients, Violent Behavior

* Register nurse, Professional level, Nursing specializing in Psychiatry Department, Kamphaeng Phet Hospital.

การพยาบาลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีพฤติกรรมรุนแรง : กรณีศึกษา

พัชนี มากเมือง, พย.ม.*

บทคัดย่อ

บทนำ : ผู้ป่วยยาเสพติดที่มีพฤติกรรมรุนแรงเป็นภาวะฉุกเฉินเร่งด่วน ที่ก่อให้เกิดอันตรายต่อตนเอง ผู้อื่นและทรัพย์สิน การวางแผนการพยาบาลเพื่อให้เกิดความปลอดภัยตามกระบวนการพยาบาลที่ครอบคลุม ร่วมกับการนำความรู้ทฤษฎีทางการพยาบาลมาใช้ในการดูแล ตั้งแต่ระยะฉุกเฉิน ระยะดูแลต่อเนื่อง ระยะฟื้นฟูและวางแผนจำหน่าย จะช่วยป้องกันความเสี่ยงและอันตราย ทำให้ผู้ป่วยปลอดภัย ไม่มีภาวะแทรกซ้อน และมีคุณภาพชีวิตที่ดี

วัตถุประสงค์ เพื่อเป็นแนวทางในการให้การพยาบาลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีพฤติกรรมรุนแรง

กรณีศึกษา : ชายไทย อายุ 28 ปี ประวัติเสพยาบ้าต่อเนื่องระยะเวลา 11 ปี ประมาณ 2 ปีก่อนมา เริ่มมีอาการหูแว่ว คุ่มอารมณ์ไม่ค่อยได้ เคยเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน 1 ครั้ง หลังจำหน่ายกลับไปเสพยาบ้าซ้ำ ก่อนมาโรงพยาบาล 3 วัน ผู้ป่วยไม่นอน หงุดหงิด ก้าวร้าวข่มขู่บังคับญาติ แยกตัว หูแว่วได้ยินเสียงคนมาคุยด้วย พกอาวุธไว้ในห้อง วันนี้อยากดิ้นรนทำร้าย จึงแจ้งตำรวจและ รพ.สต. นำส่งโรงพยาบาลกำแพงเพชร แผนกผู้ป่วยนอกจิตเวชได้เตรียมความพร้อม และทีมที่เกี่ยวข้องในการรองรับสถานการณ์ โดยแจ้งและเตรียมความพร้อม รพ.ก. จำนวน 4 นาย ผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาลโดยมีตำรวจ 1 นาย ทหาร 1 นาย และกู้ชีพกู้ภัย 3 นาย ควบคุมสถานการณ์นำส่ง อาคารแรกรับ วัดกังวล หงุดหงิด ก้าวร้าว หูแว่วเป็นเสียงคนคุยและสั่งให้ทำร้ายคนอื่น ปฏิเสธการรักษาตัวในโรงพยาบาล ประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง (OAS) พบในระดับเร่งด่วน ประเมินระดับความรุนแรงของความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง (PVSS) พบความเสี่ยงในระดับปานกลาง ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ Methamphetamine : positive แพทย์วินิจฉัยแรกรับ Amphetamine induce psychotic disorder พิจารณาให้นอนโรงพยาบาล ได้รับการรักษาที่หอผู้ป่วยในจิตเวช ดูแลให้ยาต้านโรคจิต ยาต้านเศร้าร่วมกับการจำกัดพฤติกรรมตามแผนการรักษา ดูแลด้านจิตใจ ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ได้แก่ 1. เสี่ยงต่อการทำร้ายตัวเอง/คนอื่น ทำลายสิ่งของ เนื่องจากพฤติกรรมรุนแรง และอาการหูแว่ว 2. เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนจากการสู่มัดเนื่องจากผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมตนเองได้ 3. เสี่ยงต่อการเกิดอาการข้างเคียงจากยารักษาโรคทางจิตเวชที่มีฤทธิ์กดระบบประสาทส่วนกลาง 4. แบบแผนการนอนเปลี่ยนแปลงเนื่องจากฤทธิ์ของยาบ้า 5. เสี่ยงต่อการกลับไปเสพยาบ้าเนื่องจากขาดแรงจูงใจในการบำบัดรักษา ยาเสพติดต่อเนื่อง 6. ญาติเครียด กังวลเรื่องการดูแลเมื่อกลับไปบ้านเนื่องจากผู้ป่วยมีพฤติกรรมรุนแรง 7. การเผชิญปัญหาและการแก้ไขปัญหาไม่เหมาะสม หลังเข้ารับการรักษาได้ 8 วัน ผู้ป่วยสุขภาพทั่วไปแข็งแรงขึ้น ไม่มีอาการหูแว่ว ไม่มีอาการจากภาวะถอนยาเสพติด พักผ่อนได้ สามารถดูแลตนเองได้ วางแผนการบำบัดรักษา ยาเสพติดและอาการทางจิตเวชร่วมกับผู้ป่วย ญาติ และทีมบำบัด ญาติเข้าใจการดูแลผู้ป่วย วางแผนการจำหน่ายและส่งต่อเข้ารับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพยาเสพติดแบบผู้ป่วยนอก รวมระยะเวลาอยู่โรงพยาบาล 11 วัน

สรุปผลกรณีศึกษา : ผู้ป่วยปลอดภัยจากผลของพฤติกรรมรุนแรงและอาการทางจิตที่เกิดขึ้นจากการเสพยาบ้า ดังนั้นการให้การพยาบาลผู้ป่วยยาเสพติดที่ครอบคลุมในภาวะเร่งด่วน ระยะดูแลต่อเนื่อง ระยะฟื้นฟูและวางแผนจำหน่าย พยาบาลเป็นผู้มีบทบาทสำคัญ ดังนั้นต้องมีความรู้ พัฒนาทักษะความชำนาญเฉพาะด้านในการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวโดยมีเป้าหมายให้ผู้ป่วยปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน สามารถลดพฤติกรรมรุนแรง มีแรงจูงใจในการเลิกยา และสามารถอยู่ร่วมได้กับคนอื่นได้อย่างปกติ

คำสำคัญ : การพยาบาลผู้ป่วยยาเสพติด พฤติกรรมรุนแรง

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานการพยาบาลจิตเวช โรงพยาบาลกำแพงเพชร

บทนำ

สถานการณ์ยาเสพติดมีการแพร่ระบาด และมีแนวโน้มรุนแรงมากขึ้น ยาเสพติดที่พบมากที่สุด คือ ยาบ้า^{1,2,3} จากสถิติผู้เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลกำแพงเพชร ปีงบประมาณ 2563 - 2565 พบยาเสพติดชนิดยาบ้ามากที่สุดจำนวน 252, 127, 65 ราย คิดเป็นร้อยละ 88.42, 88.81, 81.25⁴ ตามลำดับ ยาบ้า (Amphetamine) เป็นยาเสพติดที่มีส่วนผสมของสารแอมเฟตามีน (Amphetamine) และเมทแอมเฟตามีน (Methamphetamine) ออกฤทธิ์ต่อระบบประสาทและสมอง ผลจากการเสพยาบ้าต่อเนื่องเป็นระยะเวลาและใช้ในปริมาณเพิ่มขึ้นทำให้เกิดเป็นโรคสมองติดยาส่งผลกระทบต่อสุขภาพทางกายและทางจิต^{5,6} สมองส่วนควบคุมอารมณ์ทำงานได้น้อยลง หงุดหงิดง่าย ก้าวร้าว ขาดเหตุผล การยับยั้งชั่งใจลดลง การนอนผิดปกติ ร่างกายทรุดโทรม ประสิทธิภาพในการทำงานลดลง ขาดรายได้ ครอบครัวไม่ไว้วางใจ ผู้ป่วยไม่ได้รับการยอมรับ มีปัญหาสัมพันธ์ภาพกับครอบครัว เกิดการหย่าร้าง การจัดการกับปัญหาไม่เหมาะสมจึงกลับไปเสพยาบ้าซ้ำ⁷ ส่งผลให้ไม่สามารถควบคุมตัวเองได้ มีอาการประสาทหลอน พฤติกรรมรุนแรง (violent behavior) เกิดภาวะฉุกเฉินทางจิตเวชยาเสพติด⁸ จากสถิติของกรมสุขภาพจิต พบว่าผู้ป่วยยาเสพติดที่มีพฤติกรรมรุนแรง ปี 2563 - 2565 จำนวน 1,463, 2,783, 3,517 ตามลำดับ⁹ จากสถิติโรงพยาบาลกำแพงเพชรผู้ป่วยยาเสพติดที่มีพฤติกรรมรุนแรง ปี 2563 - 2565 พบ 14, 20, 25 ราย⁴ ตามลำดับ ซึ่งจะเห็นว่าผู้ป่วยยาเสพติดที่มีพฤติกรรมรุนแรงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นและเกินขีดความสามารถของครอบครัวและชุมชนในการจัดการ การนำผู้ป่วยยาเสพติดที่มีพฤติกรรมรุนแรงเข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาตั้งแต่ในภาวะเร่งด่วน (acute care) เพื่อลดอันตรายหรือความรุนแรงที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยและคนอื่น

ผู้ป่วยยาเสพติดที่มีพฤติกรรมรุนแรง (violent behavior) นับเป็นภาวะเร่งด่วน ที่ก่อให้เกิดอันตรายต่อตนเอง ผู้อื่น และทรัพย์สิน จำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลืออย่างเร่งด่วนทันที^{9,10} การพยาบาลควรใช้กระบวนการพยาบาลเริ่มตั้งแต่ การประเมินอาการและอาการเปลี่ยนแปลง การรวบรวมข้อมูลจากการพูดคุยกับผู้ป่วยและญาติ การวินิจฉัย การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผล โดยใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีทางการพยาบาลของเพปพลา (Interpersonal Nursing Theory of Hildegard Peplau) ซึ่งเป็นทฤษฎีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล เป้าหมายของการพยาบาลเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความตระหนักได้เข้าใจปัญหา ยอมรับตนเอง และสามารถตั้งศักยภาพออกมาใช้ในการแก้ปัญหา ปรับตัวได้อย่างเหมาะสม¹¹

กลุ่มงานการพยาบาลจิตเวชโรงพยาบาลกำแพงเพชร เริ่มเปิดให้บริการผู้ป่วยในจิตเวช วันที่ 3 สิงหาคม 2566 มีผู้ป่วยเข้ารับบริการจนถึงปัจจุบัน จำนวน 46 ราย เป็นผู้ป่วยที่เสพยาเสพติดที่มีพฤติกรรมรุนแรง จำนวน 21 ราย คิดเป็นร้อยละ 45.65 ซึ่งมีจำนวนค่อนข้างสูง ผู้ป่วยยาเสพติดที่มีพฤติกรรมรุนแรงจัดอยู่ในภาวะวิกฤตหรือเร่งด่วน ดังนั้นพยาบาลจึงเป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการดูแลตั้งแต่แรกรับและให้การพยาบาลอย่างต่อเนื่อง จำเป็นต้องมีความรู้เกี่ยวกับพยาธิสภาพของโรค อาการเปลี่ยนแปลง และมีทักษะเฉพาะด้านในการดูแลเป้าหมายคือให้ผู้ป่วยปลอดภัยอยู่ในสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมกับอาการ ป้องกันอันตรายที่เกิดจากยาเสพติด ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน สามารถกลับไปอยู่บ้านกับครอบครัวและมีคุณภาพชีวิตที่ดี¹⁰ กรณีศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นแนวทางในการให้การพยาบาลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีพฤติกรรมรุนแรง

กรณีศึกษา

ผู้ป่วยชายไทย อายุ 28 ปี ศาสนาพุทธ สถานะภาพ หย่า การศึกษา ประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง

อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล

หงุดหงิด ก้าวร้าว เมื่อไม่ยอมเข้าสังคม เก็บตัวอยู่ในห้อง มีหูแว่ว พูดคนเดียว ไม่นอน พกมีดและธนูไว้ในห้อง มีพฤติกรรมขว้างมีดใส่กล่องล้าง ยิงธนูใส่ผนัง เป็นก่อนมาโรงพยาบาล 3 วัน

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน

11 ปีก่อนมาโรงพยาบาล ผู้ป่วยเสพยาบ้าทุกวัน วันละ 1 เม็ด เสพยาไอซ์เป็นครั้งคราว หยุดเสพยาไอซ์ได้ประมาณ 5 - 6 ปี ยังสามารถประกอบอาชีพได้ โดยเปิดร้านขายอาหาร

2 ปีก่อนมา ผู้ป่วยเสพยาบ้าเพิ่มขึ้น เสพวันละ 3-4 เม็ด บางวันเสพยาบ้ามากกว่า 5 เม็ดถ้ามีเงินเพียงพอ เริ่มมีปัญหาด้านการทำงาน ทำงานไม่ค่อยได้ มีหูแว่ว อารมณ์ไม่ค่อยได้ พูดเสียงดังใส่กรรยา

10 เดือนก่อนมา หงุดหงิด ก้าวร้าวโยนขว้างเสียงดังใส่แม่และกรรยา ทำลายสิ่งของ ครอบครัวจึงพาไปรักษาที่โรงพยาบาลแห่งหนึ่งในกรุงเทพฯ นอนโรงพยาบาลเป็นระยะเวลา 1 เดือน หลังจำหน่ายรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง ขาดนัด ขาดยา มีพฤติกรรมกลับไปเสพยาบ้าซ้ำ

6 เดือนก่อนมา มีอารมณ์หงุดหงิดโมโหง่าย ทะเลาะกับภรรยา ไม่ทำงานอยู่บ้านเฉยๆ เลิกกับภรรยา ภรรยา กลับไปอยู่บ้านที่ต่างจังหวัด ลูกอายุ 4 ปี อยู่กับผู้ป่วย

3 เดือนก่อนมา เครียดมาก หงุดหงิดโมโหง่าย เสียงดังกับคนใกล้ชิด ไม่ทำงานอยู่บ้านเฉยๆ เบื่อไม่ยอมเข้าสังคม เก็บตัวอยู่ในห้อง ไม่นอน มีหูแว่ว

3 วันก่อนมา ไม่นอน พุดคนเดียว เก็บตัวอยู่ในห้อง ก้าวร้าวเสียงดัง ตาขวางใส่แม่ ขว้างมีดใส่กล่องลัง และยิงธนูใส่ผนังในห้อง มีหูแว่วเป็นเสียงคนพุดและสั่งให้ทำร้ายคนอื่น แม่กังวลกลัวผู้ป่วยจะทำร้ายลูกและทำร้ายแม่ จึงแจ้งตำรวจ เจ้าหน้าที่ฝ่ายปกครอง กู้ชีพกู้ภัย และ รพ.สต. ในพื้นที่เพื่อขอความช่วยเหลือนำส่งโรงพยาบาลกำแพงเพชร

ประวัติการใช้ยาเสพติด

ผู้ป่วยเสพยาครั้งแรก อายุ 16 ปี ยาเสพติดที่ใช้คือ ยาบ้า เคยเสฟไอซ์เป็นบางครั้ง หยุดเสฟไอซ์มาประมาณ 5-6 ปี ช่วงแรกเสพยาบ้าวันละ 1 เม็ด เสฟเพราะเพื่อนชวนและต่อเนื่องทุกวันโดยใช้ในปริมาณเพิ่มขึ้นวันละ 4-5 เม็ด บางวันเสฟมากกว่า 5 เม็ดถ้ามีเงินมาก ต้มสุราเป็นครั้งคราว สูบบุหรี่ 5-6 มวนวัน

ยาเสพติดหลักที่ใช้ คือ ยาบ้า เสฟครั้งสุดท้ายวันที่ 31 สิงหาคม พ.ศ. 2566 จำนวน 3 เม็ด (ก่อนเข้ารับการรักษาได้ 1 วัน)

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต

ปฏิเสธประวัติรักษาโรคเรื้อรัง/โรคติดต่อ ปฏิเสธการได้รับอุบัติเหตุหรือบาดเจ็บทางศีรษะ ปฏิเสธการผ่าตัด

ประวัติครอบครัวและลักษณะนิสัย

ผู้ป่วยเป็นลูกคนเดียวของครอบครัว การเลี้ยงดู ค่อนข้างตามใจ ไม่เข้มงวด พ่อแม่คาดหวังเรื่องการเรียนและการทำงาน แต่ผู้ป่วยทำไม่ได้ ปัจจุบันอาศัยอยู่กับพ่อแม่ พ่อทำงานอยู่ต่างจังหวัด แม่ทำงานอยู่ที่จังหวัดกำแพงเพชร

ประวัติด้านการเรียน จบการศึกษาระดับ ปวช. เดิมผู้ป่วยมีนิสัยชอบเที่ยวกับเพื่อนที่เสพยาบ้าด้วยกัน ไม่ค่อยทำงาน ไม่ค่อยรับผิดชอบ พ่อกับแม่จึงส่งผู้ป่วยไปทำงานที่กรุงเทพฯกับญาติ ต่อมาผู้ป่วยแต่งงานมีลูก 1 คน จึงกลับมาอยู่บ้านและเปิดร้านขายอาหาร แต่ผู้ป่วยยังคงมีพฤติกรรมเสพยาบ้า ไม่ค่อยรับผิดชอบ ไม่สนใจดูแลร้าน จึงปิดร้านขายอาหารในที่สุด ปัจจุบันว่างงาน

สัมพันธ์ภาพในครอบครัว ทะเลาะกับภรรยาบ่อย หงุดหงิดโมโหง่าย ใช้คำพูดรุนแรง ไม่ทำงาน เลิกกับภรรยาได้ 6 เดือน มีบุตร 1 คน อายุ 4 ปี บุตรอาศัยอยู่กับผู้ป่วยโดยมีพ่อแม่ช่วยเลี้ยงดู ผู้ป่วยคิดว่าภรรยาไม่รัก คิดว่ายาเสพติดไม่ทำให้เกิดปัญหา

สัมพันธ์ภาพกับแม่ ไม่ค่อยราบรื่น แม่บ่นและตำหนิบ่อย รู้สึกแม่ไม่เข้าใจตนเอง แม่ไม่ยอมรับ แม่ไม่ไว้ใจ ให้อภัย ใช้คำพูดรุนแรงใส่กันบ่อย ส่วนสัมพันธ์ภาพกับพ่อเข้ากันได้ สัมพันธ์ภาพระหว่างพ่อกับแม่ราบรื่น

การประเมินสภาพร่างกาย

รูปร่างทั่วไป : ส่วนสูง 170 เซนติเมตร น้ำหนัก 70 กิโลกรัม รูปร่างสมส่วน ผิวขาว

สัญญาณชีพ : อุณหภูมิ 37 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 92 ครั้ง/นาที การหายใจ 20 ครั้ง/นาที

ความดันโลหิต 123/91 มิลลิเมตรปรอท

ผิวหนัง : ผิวหนังแห้งสะอาด ไม่มีรอยบาดแผล ไม่มีรอยถลอก/ขีดข่วน ไม่มีรอยฟกช้ำตามร่างกาย

ศีรษะ ใบหน้า : ผมสีดำตัดสั้นสะอาด ไม่มีตาเหลือง ริมฝีปากค่อนข้างคล้ำและแห้ง

ทรวงอกและทางเดินหายใจปกติ : ทรวงอกรูปร่างปกติ อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที เสียงการหายใจปกติ

ระบบหัวใจ และหลอดเลือด : การเต้นของหัวใจสม่ำเสมอ ไม่มีเส้นเลือดที่คอโป่งพอง

ระบบทางเดินอาหารและท้อง : บริเวณหน้าท้องกดไม่เจ็บ ไม่แข็งตึง

กล้ามเนื้อและกระดูก : ไม่มีกล้ามเนื้อลีบ ลักษณะของข้อและการเคลื่อนไหวปกติ ไม่มีตัวแข็งเกร็ง

การขับถ่ายปัสสาวะ อุจจาระ : ปกติ ไม่มีปัสสาวะแสบขัด

ระบบสืบพันธุ์ : อวัยวะสืบพันธุ์ภายนอกปกติ

การตรวจสุขภาพจิต : **MENTAL STATUS EXAMINATION** วันที่ 1 กันยายน พ.ศ. 2566

Speech : normal speech

Affective and Mood : Irritable mood and affect สีหน้าไม่สดชื่น หงุดหงิด กังวล

Thought (ความคิด) : ไม่มีความคิดหลงผิด ไม่มี suicidal ideation

Perception (การรับรู้) : มีหูแว่วเป็นเสียงคนพูดคุย เสียงสั่งให้ทำร้ายคนอื่น มีหวาดระแวง

Orientation : good to time place person (รับรู้วัน เวลา สถานที่ บุคคล ได้ถูกต้อง)

Memory : Remote memory / Recent memory / Recall memory ปกติ

Attention & concentration : สามารถลบเลข จาก 100 – 7 ไปเรื่อยๆ ได้ถูกต้อง

General Knowledge and abstract thinking : บอกชื่อนายกรัฐมนตรีคนที่ผ่านมาได้ถูกต้อง

คำถามเปรียบเทียบความต่าง สรุป : ผู้ป่วยตอบเป็น abstract 2 ข้อ concrete 1 ข้อ

คำถามเปรียบเทียบความเหมือน สรุป : ผู้ป่วยตอบเป็น abstract 2 ข้อ concrete 1 ข้อ

อธิบายสุภาษิตคำพังเพย สรุป : ผู้ป่วยตอบเป็น abstract 3 ข้อ

Judgement (การตัดสินใจ) จากสถานการณ์ สรุป : การตัดสินใจไม่เหมาะสม 2 ใน 3

Insight : ผู้ป่วยคิดว่ายาเสพติดไม่ได้เป็นสาเหตุและไม่เป็นปัญหา คิดว่าปัญหาเกิดจากคนอื่น

สรุป Intellectual Insight ผู้ป่วยอยู่ในระยะ Pre-contemplation คนไข้ยังไม่พร้อมสำหรับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และไม่เห็นว่าพฤติกรรมที่ทำอยู่เป็นปัญหา

ผลการประเมินด้วยแบบประเมินอื่นๆ

1. ประเมินแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (stage of change) : ผู้ป่วยไม่คิดว่ายาเสพติดเป็นปัญหา ไม่อยากนอนโรงพยาบาล สรุป : ผู้ป่วยอยู่ในระยะ pre-contemplation
2. ประเมินระดับการเสพติด โดยใช้แบบคัดกรองและส่งต่อผู้ป่วยที่เข้ายาและสารเสพติดเพื่อรับการบำบัดรักษาของกระทรวงสาธารณสุข (บคก.กสธ.) V2 : ผู้ป่วยอยู่ในระดับผู้ติด (dependence, กลุ่มเสี่ยงสูง)
3. ประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง (Overt Aggression Scale : OAS) : ระดับเรงด่วน
4. ประเมินระดับความรุนแรงของความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวชไทย (Prasri Violence Severity Scale : PVSS) : พบมีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงในระดับปานกลาง

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ วันที่ 1 กันยายน พ.ศ.2566

ผลตรวจพิสูจน์ยาเสพติดในปัสสาวะ : Methamphetamine : Positive ผลตรวจอื่นๆ Chest X-Rays, BUN, Creatinine, LFT, Electrolyte และ CBC : ปกติ ผลตรวจหาเชื้อโควิด 19 ด้วย ATK : Negative

สรุปการดำเนินของโรคขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

วันที่ 1 กันยายน 2566 เวลา 11.30 น. แผนกผู้ป่วยนอกจิตเวช โรงพยาบาลกำแพงเพชร ได้รับการประสานจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแห่งหนึ่ง พบว่ามีผู้ป่วยชายไทยอายุ 28 ปี ประวัติเสพยาบ้าต่อเนื่องระยะเวลา 11 ปี มีอาการอะอะไววายก้าวร้าวรุนแรง ไม่นอน เก็บตัวอยู่ในห้อง ปกติและนอนอยู่ในห้อง ญาติกลัวถูกทำร้าย จึงแจ้งตำรวจ และรพ.สต. เพื่อนำส่งโรงพยาบาลกำแพงเพชร แผนกผู้ป่วยนอกจิตเวชได้รับการประสานจาก รพ.สต. จึงได้เตรียมความพร้อมและทีมที่เกี่ยวข้องในการรองรับสถานการณ์ โดยแจ้งและเตรียมความพร้อม รปภ. จำนวน 4 นาย เวลา 12.30 น. ผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาลโดยมีตำรวจ 1 นาย ทหาร 1 นาย และกู้ชีพกู้ภัย 3 นาย ควบคุมสถานการณ์นำส่ง อาคารแรกรับ วิดกกังวล หงุดหงิด ก้าวร้าว หูแว่วเป็นเสียงคนคุยและสั่งให้ทำร้ายคนอื่น ตาคล้ำ ผิวแห้งริมฝีปากแห้ง ปฏิเสธการรักษาตัวในโรงพยาบาล ประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง (OAS) พบในระดับเรงด่วน ประเมินระดับความรุนแรงของความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง (PVSS) พบความเสี่ยงในระดับปานกลาง ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ Methamphetamine : positive ผลตรวจหาเชื้อโควิด 19 ด้วย ATK : Negative ผลตรวจอื่นๆ Chest X-Rays, BUN, Creatinine, LFT, Electrolyte และ CBC : ปกติ สัญญาณชีพปกติ แพทย์วินิจฉัยรับ Amphetamine induce psychosis disorder พิจารณาให้นอนโรงพยาบาล เวลา 14.45 น. รับใหม่แผนกจิตเวช

ผู้ป่วยใน ผู้ป่วยอะโวยวาย ก้าวร้าว ไม่ยอมนอนโรงพยาบาล มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการหลบหนี ดูแลให้ยารักษาอาการทางจิตร่วมกับการจำกัดพฤติกรรมโดยการผูกมัดตามแผนการรักษา ดังนี้ (1). Haloperidol inj. (Hadol) 5 mg (IM) stat (2). Fluphenazine decanoate inj. 50 mg (IM) stat ไม่นอน ตะโกนเสียงดังโวยวาย ควบคุมตนเองไม่ได้ ดิ้นขยับขาเตียง บิดมือ ขยับขาไปมา พยายามแกะผ้าผูกมัด ดูแลให้ยา Diazepam inj. 10 mg. (IV) pm for agitation ทุก 1 ชั่วโมง โดยได้รับยา Diazepam inj. 10 mg. (IV) ทั้งหมด จำนวน 3 ครั้ง

วันที่ 2 กันยายน 2566 ผู้ป่วยมีอาการก้าวร้าว อะโวยวาย พูดเรื่อยเปื่อยคนเดียว มีหูแว่ว หวาดระแวง มีอาการดิ้นขยับขาเตียง บิดมือ ขยับขาไปมา พยายามแกะผ้าผูกมัด ไม่นอน ควบคุมตนเองไม่ได้ สัญญาณชีพปกติ ดูแลให้ยารักษาอาการทางจิตร่วมกับการผูกมัดตามแผนการรักษา ดูแลให้ยา Diazepam inj. 10 mg. (IV) pm for agitation ทุก 1 ชั่วโมง ตามแผนการรักษา ทั้งหมด จำนวน 3 ครั้ง

วันที่ 3 กันยายน 2566 ผู้ป่วยมีอาการหงุดหงิดก้าวร้าว อะโวยวายเสียงดัง พูดเรื่อยเปื่อยคนเดียว มีหูแว่ว ไม่นอน ดิ้นขยับขาเตียง พยายามแกะผ้าผูกมัด สัญญาณชีพปกติ ดูแลให้ยารักษาอาการทางจิตร่วมกับการผูกมัดตามแผนการรักษา ดูแลให้ยา Diazepam inj. 10 mg. (IV) pm for agitation ทุก 1 ชั่วโมง ตามแผนการรักษา ทั้งหมด จำนวน 3 ครั้ง

วันที่ 4 กันยายน 2566 ผู้ป่วยไม่มีหูแว่ว ไม่มีพูดคนเดียว มีหงุดหงิด กลางวันไม่มีอะโวยวาย พูดคุยรู้เรื่อง คุมตัวเองได้ เป็นพักๆ กลางคืนมีอาการอะโวยวาย ไม่นอน ดิ้นขยับขาเตียงเป็นพักๆ พยายามแกะผ้าผูกมัด สัญญาณชีพปกติ ดูแลให้ยารักษาอาการทางจิตร่วมกับการผูกมัดตามแผนการรักษา ดูแลให้ยา Diazepam inj. 10 mg. (IV) pm for agitation ทุก 1 ชั่วโมง ตามแผนการรักษา ทั้งหมด จำนวน 2 ครั้ง

วันที่ 5 กันยายน 2566 ผู้ป่วยไม่มีหูแว่ว ไม่มีหวาดระแวง พูดคุยรู้เรื่อง เริ่มให้ความร่วมมือในการรักษา หงุดหงิดก้าวร้าวลดลง กลางคืนมีอะโวยวายดิ้นขยับขาเตียงเป็นพักๆ ไม่นอน สัญญาณชีพปกติ ดูแลให้ยารักษาอาการทางจิตร่วมกับการผูกมัดตามแผนการรักษา ดูแลให้ยา Diazepam inj. 10 mg. (IV) pm for agitation ทุก 1 ชั่วโมง ตามแผนการรักษา ทั้งหมด จำนวน 2 ครั้ง

วันที่ 6 กันยายน 2566 ผู้ป่วยไม่มีหูแว่ว ไม่มีหวาดระแวง ไม่มีก้าวร้าวโวยวาย พูดคุยรู้เรื่อง ให้ความร่วมมือในการรักษา รับประทานอาหารได้มากขึ้น สดชื่น ช่วยเหลือตัวเองด้านกิจวัตรประจำวันได้ดี นอนหลับได้ แพทย์พิจารณายุติการผูกมัด

วันที่ 7 กันยายน 2566 ขณะแม่มาเยี่ยมผู้ป่วยแสดงอารมณ์หงุดหงิดพูดเสียงดังตะคอกใส่แม่ แม่กังวลไม่มั่นใจในการดูแลผู้ป่วยและกลัวผู้ป่วยจะทำร้ายเมื่อกลับไปอยู่บ้าน ให้คำปรึกษาผู้ป่วยเรื่องการจัดการกับอารมณ์และความรู้สึก แนะนำแม่เรื่องอาการและแผนการรักษา การดูแลผู้ป่วยต่อเนืองที่บ้าน ดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานยารักษาอาการทางจิตตามแผนการรักษา

วันที่ 8-10 กันยายน 2566 ผู้ป่วยสดชื่น หน้าตาสดใส ร่างกายแข็งแรง ไม่มีหงุดหงิดก้าวร้าว ให้คำปรึกษาผู้ป่วยการสร้างแรงจูงใจในการเลิกยาและรักษาต่อเนื่อง ทักษะการปฏิเสธและการหลีกเลี่ยงสถานการณ์เสี่ยง การจัดการกับตัวกระตุ้น ให้คำปรึกษาครอบครัวการปรับตัวอยู่ร่วมกัน และการสื่อสารที่เหมาะสม ดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานยารักษาอาการทางจิตตามแผนการรักษา

วันที่ 11 กันยายน 2566 ผู้ป่วยสดชื่น ร่างกายแข็งแรง ผู้ป่วยมีแรงจูงใจอยากรักษาและเลิกยา นอนหลับได้ ไม่มีหงุดหงิดก้าวร้าว ไม่มีเบื่อหน่ายท้อแท้ ไม่มีความคิดอยากตาย/ทำร้ายตัวเอง/คนอื่น ไม่มีหูแว่ว ไม่มีภาพหลอน ไม่มีหวาดระแวงกลัว รับประทานอาหารได้ปกติ ขับถ่ายปกติ สัญญาณชีพปกติ สัมพันธภาพกับแม่ดีขึ้น แม่มั่นใจในการดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับไปอยู่บ้าน แพทย์พิจารณาให้กลับบ้าน นัดเข้ารับการรักษาต่อเนื่องแผนจิตเวชผู้ป่วยนอก

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

ปัญหาที่ 1 เสี่ยงต่อการทำร้ายตัวเอง/คนอื่น ทำลายสิ่งของ เนื่องจากพฤติกรรมรุนแรง และอาการหูแว่ว

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยมีอาการหงุดหงิด ก้าวร้าวอะโวยวาย ไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา บ่นไม่ยอมนอนโรงพยาบาล ควบคุมตนเองไม่ค่อยได้ มีหูแว่วเสียงคนคุยและสั่งให้ทำร้ายคนอื่น
2. ประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง (OAS) ได้ 2 คะแนน อยู่ในระดับเร่งด่วน

วัตถุประสงค์

ผู้ป่วยสามารถควบคุมตัวเองได้ ปลอดภัย ไม่มีพฤติกรรมทำร้ายตัวเอง/คนอื่น ไม่มีพฤติกรรมทำลายสิ่งของ

เกณฑ์การประเมินผล

ผู้ป่วยและบุคคลอื่นปลอดภัย ไม่เกิดอันตรายกับผู้ป่วยและบุคคลอื่น ไม่เกิดพฤติกรรมทำลายสิ่งของ พักผ่อนได้

กิจกรรมการพยาบาล

1. สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย แสดงท่าทีเป็นมิตรจริงใจ เข้าใจ และยอมรับผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยไว้วางใจและให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล
2. สังเกตสัญญาณเตือน ประเมินพฤติกรรมเสี่ยงต่อการทำร้ายตนเอง/ผู้อื่น/สิ่งของ ที่อาจเกิดจากอาการหูแว่วและการควบคุมตัวเองไม่ได้ เฝ้าระวังอาการอย่างใกล้ชิด จัดสภาพแวดล้อมให้เหมาะสม ปลอดภัยทั้งต่อผู้ป่วยและบุคคลอื่น
3. ขณะให้การพยาบาลควรตระหนักถึงความปลอดภัย รักษาระยะห่าง เรียกชื่อผู้ป่วยทุกครั้งก่อนให้การพยาบาล ลดสิ่งกระตุ้นที่จะทำให้ผู้ป่วยมีอาการคลุ้มคลั่งรุนแรง ไม่มีสิ่งของที่ผู้ป่วยอาจใช้เป็นเครื่องมือในการทำร้ายตนเอง/คนอื่น
4. หลังให้การพยาบาลก่อนออกจากห้องผู้ป่วยต้องปิดประตู ใส่กุญแจทุกครั้งเพื่อความปลอดภัย และป้องกันพฤติกรรม การหลบหนีของผู้ป่วยที่เกิดจากอาการทางจิตและหูแว่ว
5. ดูแลให้ได้รับยารักษาอาการทางจิตตามแผนการรักษา พร้อมทั้งสังเกตผลและอาการข้างเคียงของยาที่ได้รับ
6. จำกัดพฤติกรรมโดยการผูกมัดตามแผนการรักษาเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย/บุคคลอื่น ก่อนผูกมัดต้องอธิบายให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจถึงความจำเป็นในการผูกมัด

ประเมินผลการพยาบาล

1. ผู้ป่วยไม่มีท่าทีจะทำร้ายตนเอง/คนอื่น ให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล
2. ไม่เกิดเหตุการณ์ผู้ป่วยทำร้ายตนเอง บุคคลอื่น ทำลายสิ่งของและอาคารสถานที่

ปัญหาที่ 2 เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนจากการผูกมัดเนื่องจากผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมตนเองได้

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยอะละเวียวาย เสียงดัง ไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา ไม่อยากนอนโรงพยาบาล จะกลับบ้าน ไม่ยอมให้ฉีดยา
2. ผู้ป่วยได้รับการผูกมัดกับเตียงนอน ผู้ป่วยบ่น “ยึดหมดเลยทั้งแขนขา รำคาญ เมื่อไรจะแกะออก”
3. ผู้ป่วยควบคุมตนเองไม่ได้ ขณะผูกมัดมีอาการดิ้นเขย่าเตียง บิดมือ ขยับขาไปมา พยายามแกะผ้าผูกมัด

วัตถุประสงค์

ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการผูกมัด

เกณฑ์การประเมิน

ผู้ป่วยไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากการผูกมัด : ไม่มีรอยช้ำรอยถลอกบาดแผลบริเวณผิวหนัง การเคลื่อนไหวของข้อปกติ ขับถ่ายปกติ

กิจกรรมการพยาบาล

1. สร้างสัมพันธภาพ พูดคุยด้วยท่าทีเป็นมิตรจริงใจ เข้าใจและยอมรับผู้ป่วย ให้กำลังใจ เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้พูด ความรู้สึก ความต้องการและปัญหา
2. อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจเกี่ยวกับเหตุผลและความจำเป็นในการผูกมัด ให้ญาติเซ็นยินยอมก่อนการผูกมัด
3. ผูกมัดด้วยผ้าอย่างถูกวิธี เหมาะสมและปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน ดูแลผู้ป่วยอยู่ในท่าที่สบาย ให้อวัยวะส่วนที่ไม่ได้ถูกผูกมัดสามารถขยับเคลื่อนไหวได้ เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน
4. ประเมินสัญญาณชีพทุก 1-2 ชั่วโมง คลายผ้าผูกมัดออกทุก 2 ชั่วโมง เพื่อให้ผู้ป่วยได้มีการเคลื่อนไหวของข้อได้อย่างปกติ เพื่อให้ผู้ป่วยได้ผ่อนคลายและสบาย ป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดจากการผูกมัดเป็นเวลานาน
5. ประเมินสภาพผิวหนังและข้อบริเวณที่ผูกมัดว่ามีรอยเขียวช้ำที่อาจเกิดจากการไหลเวียนโลหิตไม่ดี รอยแผล รอยถลอกบริเวณผิวหนังที่เกิดจากการเสียดสี
6. ระหว่างผูกมัด ดูแลป้อนอาหารและน้ำให้ผู้ป่วยอย่างเพียงพอกับความต้องการ ระวังการสำลักขณะป้อนอาหาร และน้ำ ดูแลความสะอาดของร่างกาย รวมทั้งการดูแลให้ผู้ป่วยขับถ่ายอย่างเหมาะสมโดยให้เกียรติผู้ป่วยเสมอ
7. ยุติการผูกมัดเมื่อผู้ป่วยอาการสงบ ไม่มีพฤติกรรมเสี่ยงที่อาจเป็นอันตรายต่อตนเอง/คนอื่นหรือทรัพย์สิน

ประเมินผลการพยาบาล

ผู้ป่วยไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากการผูกมัด ไม่มีรอยถลอก/ไม่มีบาดแผลบริเวณผิวหนัง ผู้ป่วยเคลื่อนไหวได้ปกติ ขับถ่ายปกติ ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการรักษา ไม่มีพฤติกรรมหลบหนี

ปัญหาที่ 3 เสี่ยงต่อการเกิดอาการข้างเคียงจากยารักษาโรคทางจิตเวชที่มีฤทธิ์กดระบบประสาทส่วนกลาง

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยบอกว่า “ง่วง มึนงง”
2. ดูแลให้ยาตามแผนการรักษาของแพทย์ ดังนี้ (1). Haloperidol inj. (Hadol) 5 mg (IM) stat (2). Fluphenazine decanoate inj. 50 mg (IM) stat (3). Diazepam inj. 10 mg. (IV) pm for agitation ทุก 1 ชั่วโมง

วัตถุประสงค์

ผู้ป่วยปลอดภัยไม่เกิดอันตรายจากผลข้างเคียงหลังได้รับยารักษาโรคทางจิตเวชชนิดฉีด

เกณฑ์การประเมิน

1. ผู้ป่วยไม่เกิดอันตรายจากอาการข้างเคียงของยารักษาโรคทางจิตเวชชนิดฉีด ได้แก่ อาการ EPS ง่วงซึม เดินเซ มือสั่น ปากแห้งและคอแห้งมากขึ้น ภาวะหยุดหายใจ
2. ผู้ป่วยไม่เกิดอุบัติเหตุในระหว่างการบำบัดรักษา

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินสัญญาณชีพทุก 1-2 ชั่วโมง สังเกตอาการเปลี่ยนแปลงและอาการผิดปกติ การหายใจ อาการข้างเคียงที่อาจเกิดหลังได้รับยาฉีด ได้แก่ ง่วงซึม มือสั่น ปากแห้งและคอแห้ง การหายใจ รายงานแพทย์เมื่อพบอาการผิดปกติ
2. ดูแลอย่างใกล้ชิดระหว่างให้ยารักษาอาการทางจิตตามแผนการรักษา และเฝ้าระวังผลข้างเคียงจากการให้ยา Haloperidol inj. (Hadol) 5 mg (IM) และ Fluphenazine decanoate inj. 50 (IM) stat และ Diazepam inj. 10 mg. (IV)
3. อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติทราบถึงผลข้างเคียงของยารักษาโรคทางจิตเวชที่อาจเกิดขึ้น แผนการรักษาพยาบาล การสังเกตอาการผิดปกติขณะได้รับยา
4. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับประทานยาลดอาการข้างเคียงของยารักษาโรคทางจิตเวชตามแผนการรักษา
5. ดูแลกระตุ้นให้ผู้บริโภคน้ำอย่างเพียงพออย่างน้อยวันละ 8 แก้ว เพื่อลดอาการปากแห้ง คอแห้งและป้องกันท้องผูก
6. บันทึกปริมาณสารน้ำเข้าออก เพื่อดูความสมดุล กระตุ้นให้ผู้ป่วยปัสสาวะได้เอง
7. ดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ระวังระวังและป้องกันการเกิดอุบัติเหตุที่อาจเกิดได้จากผลข้างเคียงของยารักษาโรคทางจิตเวช

ประเมินผลการพยาบาล

ผู้ป่วยไม่เกิดอันตราย ไม่เกิดอุบัติเหตุจากอาการข้างเคียงของยารักษาโรคทางจิตเวชระหว่างรักษา สัญญาณชีพปกติ

ปัญหาที่ 4 แบบแผนการนอนเปลี่ยนแปลงเนื่องจากฤทธิ์ของยาบ้า

ข้อมูลสนับสนุน

1. กลางคืนผู้ป่วยบ่น “นอนไม่หลับ เครียด หงุดหงิดว้าว ”
2. สังเกตผู้ป่วยไม่นอน โวยวายเสียงดัง ตื่นขยับเตียง ผิวแห้ง รอบตาล้ำ ริมฝีปากแห้ง สีหน้าไม่สดชื่น หาวบ่อย อ่อนเพลีย

วัตถุประสงค์

ผู้ป่วยนอนหลับได้ตามเวลาปกติ พักผ่อนเพียงพอ

เกณฑ์การประเมิน

1. ผู้ป่วยมีแนวทางในการปฏิบัติตัวในการนอนหลับได้ตามเวลาปกติ
2. หน้าตาสดใส ผิวหนังชุ่มชื้น

กิจกรรมการพยาบาล

1. สร้างสัมพันธภาพ พูดคุยด้วยท่าทีจริงใจ เข้าใจและเป็นมิตร เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้พูดระบายความคิด ความรู้สึก ความต้องการและปัญหาด้วยความตั้งใจ แสดงความใส่ใจต่อปัญหาการนอนไม่หลับของผู้ป่วย
2. ประเมินอาการและปัญหาการนอนไม่หลับที่เกิดจากฤทธิ์ของยาบ้า เช่น หงุดหงิดไว้วาย กระสับกระส่าย อ่อนเพลีย หาวบ่อย ตาคล้ำ
3. อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจเกี่ยวกับผลของการเสพยาบ้าที่ออกฤทธิ์ต่อระบบประสาทส่วนกลาง ที่มีผลต่อระบบการนอนเปลี่ยนแปลงไป ทำให้นอนไม่หลับ เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจและคลายความกังวล
4. วางแผนร่วมกับผู้ป่วยในการบำบัดรักษายาเสพติดเพื่อหยุดเสพยาบ้าต่อเนื่อง ซึ่งเป็นสาเหตุของการนอนไม่หลับ
5. ดูแลให้ได้รับยาตามแผนการรักษาเพื่อให้ผู้ป่วยนอนพักผ่อนได้เพียงพอ
6. ดูแลจัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสม อากาศถ่ายเทสะดวก ลดสิ่งกระตุ้นในการนอนหลับพักผ่อน
7. แนะนำให้ผู้ผู้ป่วยปฏิบัติตามหลักสุขบัญญัติเพื่อการนอน (sleep hygiene) กระตุ้นให้ผู้ผู้ป่วยมีกิจกรรมช่วงเวลากลางวัน หลีกเลี่ยงการนอนกลางวัน หลีกเลี่ยงเครื่องดื่มประเภทสารกระตุ้น ชาและกาแฟ

ประเมินผลการพยาบาล

ผู้ป่วยนอนหลับได้ สีหน้าสดใสน้ำตา ไม่มีอาการอ่อนเพลียง่วงซึม ไม่มีหงุดหงิด

ปัญหาที่ 5 เสี่ยงต่อการกลับไปเสพยาบ้าซ้ำเนื่องจากขาดแรงจูงใจในการบำบัดรักษาเสพติดต่อเนื่อง

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยบอกว่า “เสพมานาน 11 ปี คงเลิกไม่ได้ ยาบ้าไม่ใช่ปัญหา”
2. ผู้ป่วยบอกว่า “ไม่มีใครยอมรับ ไม่มีใครเชื่อใจ แม่ชอบตำหนิ เมียก็ทิ้ง ยาบ้าช่วยให้สบายใจ”
3. ประเมินแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (stage of change) อยู่ในขั้นไม่สนใจปัญหา (Pre contemplation)

วัตถุประสงค์

1. ผู้ป่วยเกิดความตระหนัก เข้าใจ ยอมรับ และมีแนวทางแก้ไขปัญหาการเสพยาบ้า
2. ผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจในการบำบัดรักษาเสพติดอย่างต่อเนื่อง

เกณฑ์การประเมิน

1. ผู้ป่วยสามารถบอกผลกระทบจากการเสพยาบ้าได้ มีแรงจูงใจในการบำบัดรักษาเสพติดต่อเนื่อง
2. ผู้ป่วยมีขั้นของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (stage of change) ที่ดีขึ้น

กิจกรรมการพยาบาล

1. สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย พูดคุยด้วยท่าทีเป็นมิตรจริงใจ เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้พูดระบายความคิด ความรู้สึก ความเครียด/กังวลใจเกี่ยวกับปัญหาที่นำไปสู่การเสพยาบ้า
2. ประเมินแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (stage of change) ประเมินความรู้ความเข้าใจของผู้ป่วยเกี่ยวกับประโยชน์และโทษของยาบ้า ความคิด ความเชื่อ ทศนคติต่อการเสพยาบ้าของผู้ป่วยและสาเหตุของการเสพยาบ้า
3. ให้คำปรึกษาและวางแผนหาแนวทางร่วมกับผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถ ลด ละ และเลิกเสพยาบ้าได้ในที่สุด
4. กระตุ้นให้ผู้ผู้ป่วยค้นหาข้อดี/ศักยภาพของตนเองเพื่อสร้างความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่า ยอมรับในตัวเอง มีกำลังใจในการจัดการกับปัญหาที่เหมาะสม เพื่อเลิกใช้ยาบ้าในการแก้ปัญห
5. แนะนำการจัดการกับความรู้สึกอยากเสพยาบ้า ทักษะการปฏิเสธ การจัดการกับตัวกระตุ้นและหลีกเลี่ยงสถานการณ์เสี่ยง
6. แนะนำการใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์หรือหางานอดิเรกที่สร้างสรรค์ทำ เช่น การอ่านหนังสือ การปลูกต้นไม้

ประเมินผลการพยาบาล

1. ผู้ป่วยมีความเข้าใจถึงผลกระทบที่เกิดจากการเสพยาบ้า คือ ควบคุมตัวเองไม่ได้ หงุดหงิดโมโหง่าย ผอม ไทรอม
2. ผู้ป่วยมีขั้นของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (stage of change) ที่ดีขึ้น คือ เป็นขั้นลังเลใจ/ชั่งใจ (Contemplation) ผู้ป่วยค้นพบแรงจูงใจของตัวเอง คือ “ไม่อยากไทรอม อยากหล่อ จะลองหยุดดู ”

ปัญหาที่ 6 ญาติเครียดกังวลเรื่องการดูแลเมื่อกลับไปบ้านเนื่องจากผู้ป่วยมีพฤติกรรมรุนแรง

ข้อมูลสนับสนุน

1. แม่ผู้ป่วยบอกว่า “ผู้ป่วยตะคอกเสียงดังโวยวาย ตาขวางใส่แม่ พกมิดและชนไว้ในห้อง กลัวถูกทำร้าย”
2. แม่ผู้ป่วยบอกว่า “เคยพาไปรักษาที่รพ. ในกรุงเทพฯ กลับมาก็ไม่ยอมกินยา กลับไปเสพยาบ้าซ้ำ”

วัตถุประสงค์

1. ญาติคลายความวิตกกังวล
2. ญาติมีความรู้ ความเข้าใจ ในการดูแลต่อเนื่องเพื่อป้องกันการเกิดพฤติกรรมรุนแรงซ้ำ
3. ญาติสังเกตสัญญาณเตือนการเกิดพฤติกรรมรุนแรง และอาการผิดปกติได้

เกณฑ์การประเมิน

ญาติมีความรู้ เข้าใจ มั่นใจในการดูแล สามารถประเมินอาการผิดปกติ และสัญญาณเตือนการเกิดพฤติกรรมรุนแรงได้

กิจกรรมการพยาบาล

1. สร้างสัมพันธภาพกับญาติ พูดคุยด้วยท่าที่เป็นมิตร จริงใจและเข้าใจ เปิดโอกาสให้ญาติได้ซักถาม และพูดระบายความเครียด ความกังวลใจเกี่ยวกับปัญหาในการดูแลผู้ป่วย
2. ให้ความรู้กับญาติเกี่ยวกับโรคและอาการของผู้ป่วยที่เกิดจากการเสพยาบ้า การดูแลที่เหมาะสมกับอาการ
3. เปิดโอกาสให้ญาติและผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการวางแผนหาแนวทางการดูแลร่วมกันเพื่อป้องกันการเกิดพฤติกรรมรุนแรงจากการกลับไปเสพยาบ้าซ้ำ
4. อธิบายให้เข้าใจเกี่ยวกับแนวทางการดูแลเพื่อป้องกันการเกิดพฤติกรรมรุนแรง คือ การกินยาต่อเนื่อง หลีกเลี่ยงสถานการณ์เสี่ยงหรือตัวกระตุ้นที่ทำให้กลับไปเสพยาบ้าซ้ำ การจัดการกับความเครียด สังเกตสัญญาณเตือนและอาการผิดปกติของการเกิดพฤติกรรมรุนแรง เช่น อารมณ์หงุดหงิดฉุนเฉียว ไม่นอน พูดคนเดียว หวาดระแวง กระสับส่าย กระวนกระวาย รักษาต่อเนื่อง หรือการมาตรวจก่อนนัด
5. การขอความช่วยเหลือกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง กรณีผู้ป่วยมีสัญญาณเตือนหรืออาการผิดปกติ การเกิดพฤติกรรมรุนแรงให้แจ้ง 191 หรือเจ้าหน้าที่ฝ่ายปกครองเพื่อระงับเหตุ และแจ้ง 1669 เพื่อนำส่งโรงพยาบาล

การประเมินผลการพยาบาล

1. ญาติสามารถบอกอาการผิดปกติ สัญญาณเตือนการเกิดพฤติกรรมรุนแรง การจัดการกับพฤติกรรมรุนแรงเบื้องต้นได้
2. ญาติมีสีหน้าสดใส สบายใจ มั่นใจในการดูแลต่อเนื่อง

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 7 การเผชิญปัญหาและการแก้ไขปัญหาไม่เหมาะสม

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยบอกว่า “เวลามีปัญหาออกไปหาเพื่อนดีกว่า เสพยาแล้วสบายใจ”
2. ผู้ป่วยแยกตัว มีปัญหาไม่ปรึกษาคนในครอบครัว จะคบหาเพื่อน ใช้คำพูดรุนแรง ประชดประชันกับคนในครอบครัว

วัตถุประสงค์

ผู้ป่วยเผชิญปัญหาและแก้ไขปัญหาได้อย่างเหมาะสม

เกณฑ์การประเมินผล

ผู้ป่วยบอกถึงแนวทางการเผชิญปัญหาและแก้ปัญหาที่เหมาะสมได้

กิจกรรมการพยาบาล

1. สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย พูดคุยด้วยท่าที่เป็นมิตร จริงใจและเข้าใจ เพื่อให้ผู้ป่วยเชื่อมั่น ไว้วางใจและยอมรับพยาบาล
2. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยระบายความรู้สึกที่ทำให้เกิดความเครียด ความคับข้องใจ กระตุ้นให้ผู้ป่วยสามารถค้นหาและทำความเข้าใจกับปัญหาหรือความขัดแย้งในใจของตนเอง ยอมรับปัญหาของตนเองได้
3. กระตุ้นให้ผู้ป่วยคิดหาแนวทางการจัดการกับปัญหาที่หลากหลายวิธี และเลือกหาวิธีการแก้ปัญหาที่เหมาะสม
4. แนะนำให้ผู้ป่วยจัดการกับปัญหาที่ง่ายสามารถทำได้เร็วก่อนเพื่อให้ผู้ป่วยมีกำลังใจและมั่นใจในการแก้ปัญหา

5. แนะนำการจัดการจัดการกับอารมณ์ ผีกทักษะการผ่อนคลายความเครียด เช่น การฝึกหายใจผ่อนคลายความเครียด ทำกิจกรรมหรืองานอดิเรกที่สร้างสรรค์ที่ตนเองชอบและถนัด

6. แนะนำแหล่งให้คำปรึกษาเวลามีปัญหาไม่สบายใจแทนไปหาเพื่อนที่ซ้่าเสพติด เช่น คนที่ผู้ป่วยไว้วางใจหรือสายด่วน 1165 เป็นต้น

7. ให้กำลังใจ และประเมินความรู้ ความเข้าใจ ความพร้อมของผู้ป่วยและญาติก่อนการจำหน่าย
การประเมินผล

ผู้ป่วยบอกวิธีการแก้ไขปัญหาและวิธีคลายเครียดที่เหมาะสมได้ คือ ปลูกต้นไม้ รดต้นไม้ และการดูหนัง ฟังเพลง ส่วนแหล่งให้คำปรึกษา คือ จะปรึกษาลุง

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 8 ผู้ป่วยมีสัมพันธภาพกับครอบครัวบกพร่อง

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยบอก “แม่ชอบบ่น ไม้ไว้ใจ ไม้เชื่อใจ ผมน้อยใจแม่”
2. พยาบาลสังเกตเวลาที่แม่มาเยี่ยมผู้ป่วยที่โรงพยาบาล แม่และผู้ป่วยมักใช้คำพูดประชดประชันใส่กัน
3. แม่บอกว่า “น้องมีปัญหา พูดไม่รู้เรื่อง ทะเลาะกับเมียจนเลิกกัน ชอบพูดทะเลาะกับแม่ด้วย ทำอะไรไม่เคยสำเร็จ”

วัตถุประสงค์

1. ผู้ป่วยกับครอบครัวมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน ร่วมวางแผนในการรักษา
2. ผู้ป่วยและครอบครัวมีการสื่อสารเชิงบวก

เกณฑ์การประเมินผล

ผู้ป่วยกับครอบครัวมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน พูดคุยโดยไม่ใช้อารมณ์รุนแรงใส่กัน

กิจกรรมการพยาบาล

1. สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและญาติ พูดคุยด้วยท่าที่เป็นมิตรและจริงใจ เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติได้ซักถามและพูดระบายความรู้สึก ความเครียด ค้นหาปัญหาและอุปสรรคของสัมพันธภาพที่บกพร่องระหว่างผู้ป่วยและครอบครัว
2. ให้คำปรึกษารอบครัว เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัววางแผนการปรับตัวอยู่ร่วมกัน ลดความคาดหวัง กระตุ้นให้ค้นหาข้อดีของตัวเองและคนอื่น เพื่อให้เกิดการยอมรับซึ่งกันและกัน ลดปัญหาความขัดแย้งในครอบครัว
3. แนะนำการจัดการกับอารมณ์ การสื่อสารเชิงบวก ให้กำลังใจผู้ป่วยและครอบครัวในการปรับตัวอยู่ร่วมกัน
4. วางแผนการดูแลต่อเนื่องร่วมกัน การป้องกันกลับไปเสพซ้ำ การมารักษาและรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง

การประเมินผล

ผู้ป่วยไม่แสดงท่าทางหงุดหงิดกับแม่ พูดคุยหยอกล้อกับแม่มากขึ้น ผู้ป่วยและแม่ไม่ใช้คำพูดรุนแรงใส่กัน

สรุปกรณีศึกษา

ชายไทยอายุ 28 ปี ตำรวจ ทหารและกู้ชีพกู้ภัยนำส่งด้วยอาการ 3 วันก่อนมาไม่นอน หงุดหงิด เก็บตัวอยู่ในห้อง หูแว่วได้ยินเสียงคนมาคุยด้วย ก้าวร้าวข่มขู่บังคับญาติ พกมีดและธนุไว้ในห้อง ผู้ป่วยเสพยาบ้าครั้งสุดท้ายวันที่ 31 สิงหาคม 2566 อาการแรกเริ่ม วิตกกังวล หงุดหงิด ก้าวร้าว หูแว่วเป็นเสียงคนคุยกัน ปฏิเสธการรักษาในโรงพยาบาล ประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง (OAS) อยู่ในระดับเร่งด่วน ประเมินระดับความรุนแรงของความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวชไทย (PVSS) พบความเสี่ยงระดับปานกลาง ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการพบ Methamphetamine : positive แพทย์ให้การวินิจฉัยแรกเริ่ม Amphetamine induce psychosis การพยาบาลที่สำคัญ ดูแลให้ยาต้านโรคจิต ยาด้านเศร้าร่วมกับการจำกัดพฤติกรรม ตามแผนการรักษา ดูแลเฝ้าระวังความเสี่ยงและอันตรายรวมทั้งป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากอาการทางจิตและการได้รับยาต้านโรคจิต การดูแลด้านจิตใจ การให้คำปรึกษารอบครัว การวางแผนจำหน่าย การดูแลทุกระยะพยาบาลมีบทบาทหน้าที่สำคัญในการช่วยเหลือเพื่อลดอันตรายป้องกันภาวะแทรกซ้อนของพฤติกรรมรุนแรง ตั้งแต่การรับแจ้งเหตุ การเกิดพฤติกรรมรุนแรงในพื้นที่ กระบวนการนำส่งเข้ารับการรักษา การเตรียมความพร้อมของทีมในการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดที่มีพฤติกรรมรุนแรงในระยะเร่งด่วน เพื่อให้ผู้ป่วยบุคคลอื่น และทีมผู้ให้การดูแลปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนกับผู้ป่วย การดูแลในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพและการดูแลต่อเนื่อง เป็นการกระตุ้น

ส่งเสริมให้ผู้ป่วยค้นหาศักยภาพ ข้อดีของตัวเอง ยอมรับและหาแนวทางในการจัดการกับปัญหาของตัวเองได้ การปรับตัวอยู่ร่วมกับคนอื่น เตรียมความพร้อมและวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยและครอบครัวเพื่อให้มีแนวทางการป้องกันการกลับไปเสพยาเสพติดรุนแรง สามารถประกอบอาชีพ ดำเนินชีวิตอยู่ร่วมกันได้ รวมระยะเวลาอยู่โรงพยาบาล 11 วัน ผู้ป่วยไม่มีอาการทางจิต ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน สีหน้าสดใส ร่าเริง ไม่มีหงุดหงิด ก้าวร้าว นอนหลับได้ รับประทานอาหารได้ ขับถ่ายปกติ ประสานการส่งต่อข้อมูลของผู้ป่วยในการดูแลร่วมกับ รพ.สต. ในพื้นที่เพื่อการดูแลต่อเนื่องในชุมชน

วิจารณ์และข้อเสนอแนะ

ผู้ป่วยยาเสพติดที่มีพฤติกรรมรุนแรงเป็นภาวะเร่งด่วนที่ต้องได้รับการดูแลช่วยเหลือทันที จึงควรมีการทบทวนแนวทางการดูแลช่วยเหลือทั้งในภาวะเร่งด่วน ระยะดูแลต่อเนื่อง ระยะฟื้นฟูและวางแผนจำหน่าย เพื่อป้องกันการเกิดพฤติกรรมที่รุนแรงซ้ำ ดังนี้

1. ควรมีการทบทวนศึกษามาบทบทวนแนวทางการดูแลในรูปแบบสหวิชาชีพและในรูปแบบของ PCT เพื่อวางแผนแนวทางการดูแลร่วมกันในกรณีผู้ป่วยยาเสพติดที่มีพฤติกรรมรุนแรงในระยะเร่งด่วนหรือภาวะฉุกเฉิน
2. การวางแผนจำหน่ายร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัวเพื่อการดูแลต่อเนื่อง การรับประทานยา มารักษาต่อเนื่อง การสังเกตอาการผิดปกติ การสังเกตสัญญาณเตือนของพฤติกรรมเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง การป้องกันเสพยา
3. การดูแลต่อเนื่องในชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน (CBTx) ส่งต่อข้อมูลของผู้ป่วยกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อการดูแลเฝ้าระวังป้องกันการเกิดพฤติกรรมรุนแรงซ้ำ

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด. แผนปฏิบัติการด้านการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด พ.ศ. 2565. [ออนไลน์]. [เข้าถึงเมื่อ 7 กุมภาพันธ์ 2566]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.pmnidat.go.th/thai/downloads/serviceplan/SP02-65.pdf>
2. พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ 8) พ.ศ. 2564, ราชกิจจานุเบกษา เล่มที่ 138 ตอนที่ 35 ก. (ลงวันที่ 26 พฤษภาคม 2564).
3. สำนักงานเลขาธิการคณะกรรมการการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดกระทรวงสาธารณสุข (สสภ. สธ.). แผนยุทธศาสตร์ด้านการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด พ.ศ. 2566-2570. นนทบุรี: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2565.
4. กรมสุขภาพจิต. ระบบข้อมูลการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดของประเทศ (บสต.) [ออนไลน์]. [เข้าถึงเมื่อ 20 กุมภาพันธ์ 2566]. เข้าถึงได้จาก: https://antidrugnew.moph.go.th/Runtime/FrmONCBMain_Web/Main.aspx
5. สมภพ เรืองตระกูล. เวชศาสตร์การติดสารเสพติด. กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์; 2546.
6. ประภาพรณ จูเจริญ. โรคสมองติดยา. วารสารวิชาการเสพติด. 2556;1(1):1-5. [เข้าถึงเมื่อ 6 กุมภาพันธ์ 2566]. เข้าถึงได้จาก: [file:///C:/Users/ADVICE/Downloads/library-a,+%7B\\$UserGroup%7D,+1-56+บทที่+1%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/ADVICE/Downloads/library-a,+%7B$UserGroup%7D,+1-56+บทที่+1%20(1).pdf)
7. ชฎาภรณ์ กำแพงแก้ว, กัญญ์รัฐตา ศรีภา. การเข้าสู่การกระทำผิดซ้ำเกี่ยวกับยาเสพติดของเด็กและเยาวชน: กรณีศึกษาศูนย์ฝึกและอบรมเด็กและเยาวชนหญิงบ้านปรานี. 2565. [ออนไลน์]. [เข้าถึงเมื่อ 6 กุมภาพันธ์ 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://so04.tci-thaijo.org/index.php/NBJ/article/view/259860>
8. ศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดสำนักบริหารระบบบริการสุขภาพจิตกรมสุขภาพจิต. แนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชสุรา/ยา/สารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: บีคอนด์พับลิชชิ่ง; 2561.
9. กรมสุขภาพจิต. มาตรฐานการปฏิบัติงานการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง. กรุงเทพฯ: บีคอนด์พับลิชชิ่ง; 2566.
10. สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี (สบยช.). คู่มือการจัดบริการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด. [ออนไลน์]. [เข้าถึงเมื่อ 6 กุมภาพันธ์ 2566]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.pmnidat.go.th/thai/downloads/handbook/62/harm01.pdf>
11. นริสา วงศ์พนารักษ์. สัมพันธภาพเพื่อการบำบัด: การประยุกต์ใช้ในกระบวนการพยาบาล. วารสารพยาบาลทหารบก. 2557; 15(2):84-91. [ออนไลน์]. [เข้าถึงเมื่อ 20 กันยายน 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/JRTAN/article/download/25131422/55397>



Nursing care of patients with severe pneumonia with Sepsis : A case study

Mayuree Moonsawade, M.N.S*

Abstract

Introduction : Severe community-acquired pneumonia (sCAP) has rapid disease progression which leads to sepsis, a critical condition that causes death. If professional nurses with the skills to operate special equipment in intensive care units (ICUs) can acknowledge the warning signs of worsening symptoms of the patients, the patients would be able to recover quickly and survive with no complications.

Objective : To provide nursing care guidelines for patients with severe pneumonia and sepsis

Case study : Thai female patient, 89 years old, was sent from a community hospital with fever, wet cough, shortness of breath, nausea, a pulse of 128 beats/min with O₂ saturation of 90% and intubated. The doctor diagnosed the patient with severe pneumonia and sepsis after sputum culture found *Pseudomonas aeruginosa* and *Klebsiella pneumoniae*. Once the patient admitted to the medical ICU. A nursing diagnostic found as follows : (1) There was a sepsis, (2) There was impaired gas exchange due to severe pneumonia, (3) There was metabolic acidosis due to infection in the bloodstream, (4) There were complications from an imbalance of mineral salts, (5) The patient and relatives were worried from critical illness. (6) There was a chance to wean from the ventilator. (7) The patient had activity intolerance due to medical treatment to over the crisis stage. When the intubation was removed, the doctor ordered leaving the ICU after the 6 days of the patient. Following treatment in medical ward was another 3 days. After decrudescence, the patient was discharged with total hospitalized stay of 9 days.

Case Study Summary : Patients received a quick nursing diagnosis that resulted in timely problem-solving over the crisis stage, a recovery with no complications, and also reduced the death rate for this disease. This case study can be used as a nursing care guideline for patients with severe pneumonia and sepsis.

Keywords : Nursing care for patients with severe pneumonia, sepsis

*Registered Nurse, Professional level Medical Intensive Care Unit 2, 3, Kamphaeng Phet Hospital

การพยาบาลผู้ป่วยปอดอักเสบรุนแรงร่วมกับการติดเชื้อในกระแสเลือด : กรณีศึกษา

มยุรี มุลสวัสดิ์, พย.ม.*

บทคัดย่อ

บทนำ : โรคปอดอักเสบรุนแรง มีการดำเนินของโรคที่รวดเร็วจนเกิดการติดเชื้อในกระแสเลือด เป็นภาวะวิกฤตที่เป็นสาเหตุของการเสียชีวิต บทบาทของพยาบาลวิชาชีพในห้องผู้ป่วยหนักที่มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับพยาธิสภาพของโรค อากาศเปลี่ยนแปลงที่เป็นสัญญาณเตือนแสดงถึงอาการ ทुरुตลง รวมถึงองค์ความรู้ในการใช้อุปกรณ์เครื่องมือพิเศษต่างๆ จะทำให้ช่วยเหลือผู้ป่วยได้รวดเร็วมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้ผู้ป่วยรอดชีวิต ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน

วัตถุประสงค์ : เพื่อเป็นแนวทางในการให้การพยาบาลผู้ป่วยปอดอักเสบรุนแรงร่วมกับการติดเชื้อในกระแสเลือด

กรณีศึกษา : ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 89 ปี ส่งตัวจากโรงพยาบาลชุมชนด้วย มีไข้ ไอมีเสมหะ อาเจียน 1 ครั้ง หายใจเหนื่อย ซีพจร 128 ครั้งต่อนาที O₂ saturation 90% ใส่ท่อช่วยหายใจ แพทย์วินิจฉัยเป็น Severe Pneumonia with sepsis. ผล Hemoculture และผล sputum culture พบเชื้อ Pseudomonas aeruginosa และ Klebsiella pneumoniae เข้ารับการรักษาในห้องผู้ป่วยหนัก (ICU) อายุรกรรม ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ได้แก่ 1. มีการติดเชื้อในกระแสเลือด 2. มีการแลกเปลี่ยนก๊าซบกพร่องเนื่องจากปอดอักเสบรุนแรง 3. มีภาวะกรดจากการเผาผลาญเนื่องจากภาวะการติดเชื้อในกระแสเลือด 4. มีภาวะแทรกซ้อนจากเกลือแร่ไม่สมดุล 5. ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวล จากภาวะเจ็บป่วยวิกฤต 6. มีโอกาสหย่าเครื่องช่วยหายใจ 7. ผู้ป่วยมีความทนในกิจกรรมลดลงจากการเหนื่อยล้า ได้รับการรักษาพยาบาล แก้ไขปัญหาต่าง ๆ จนพ้นระยะวิกฤต ถอดท่อช่วยหายใจได้ แพทย์พิจารณาย้ายออก รวมระยะเวลาที่รักษาใน ICU 6 วัน และรักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรมอีก 3 วัน อาการทุเลา สามารถจำหน่ายกลับบ้านได้ รักษาตัวในโรงพยาบาลรวมระยะเวลา 9 วัน

สรุปผลกรณีศึกษา : ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยทางพยาบาลได้อย่างรวดเร็ว สามารถแก้ไขปัญหาได้อย่างทันท่วงที ทำให้ปลอดภัย ผ่านพ้นภาวะวิกฤต ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน ลดอัตราการเสียชีวิต จากกรณีศึกษานี้สามารถนำไปเป็นแนวทางในการพยาบาลผู้ป่วยปอดอักเสบรุนแรงร่วมกับมีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดได้

คำสำคัญ : การพยาบาลผู้ป่วยปอดอักเสบรุนแรง ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ห้องผู้ป่วยหนัก 2, 3 โรงพยาบาลกำแพงเพชร

บทนำ

โรคปอดอักเสบรุนแรง (severe community-acquired pneumonia : sCAP) หมายถึง ปอดอักเสบหรือปอดบวมที่มีการอักเสบของเนื้อปอดและหลอดลมอันเนื่องมาจากการติดเชื้อจุลินทรีย์นอกโรงพยาบาล (community organism) เป็นโรคที่พบบ่อยเป็น 1 ใน 5 อันดับแรกของโรคที่ต้องเฝ้าระวังของกระทรวงสาธารณสุข¹ โดยเฉพาะผู้ป่วยปอดอักเสบรุนแรงที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดร่วมเนื่องจากภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดเป็นภาวะที่ร่างกายมีการตอบสนองที่ผิดปกติต่อการติดเชื้อพยาธิสภาพหลักคือการอักเสบทั่วร่างกายโดยเฉพาะเมื่อเกิดขึ้นที่ปอด ซึ่งการติดเชื้อที่ลุกลามจากจุดที่ติดเชื้อจะส่งผลไปทุกส่วนของอวัยวะทำให้หลอดเลือดขยายตัว รั่ว และอักเสบ หากได้รับการประเมินล่าช้าและการดูแลรักษาเฝ้าระวังที่ไม่เหมาะสมจนเกิดเป็นภาวะแทรกซ้อนของการทำงาน ที่ผิดปกติของหลายอวัยวะในร่างกาย นำไปสู่การเกิดการเสื่อมหน้าที่ของอวัยวะและล้มเหลวในที่สุด ผู้ป่วยอาจช็อกจนเสียชีวิต^{2,3} ซึ่งพบว่าผู้ป่วยปอดอักเสบรุนแรงที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดร่วมในกลุ่มผู้สูงอายุจะมีอัตราการป่วยและอัตราตายสูงจากสถิติกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2563-2565 พบผู้ป่วยปอดอักเสบในปี 2563, 2564 และ 2565 จำนวน 195,729, 162,002 และ 234,196 ราย โดยมีอัตราการเสียชีวิตคิดเป็น 0.25, 0.40 และ 0.43 ต่อประชากร 100,000 คนตามลำดับ แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยปอดอักเสบมีจำนวนที่เพิ่มขึ้นและอัตราการเสียชีวิตมีแนวโน้มที่สูงขึ้นทุกปี⁴ ทำให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้ต้องได้รับการรักษาอย่างเร่งด่วน การรักษาที่รวดเร็วและเหมาะสม กระบวนการในการประเมินและเฝ้าระวังผู้ป่วยในระยะเริ่มต้นให้ได้อย่างรวดเร็ว ส่งผลให้เกิดกระบวนการรักษาที่ถูกต้องเหมาะสมตามมา

โรคปอดอักเสบรุนแรงที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดร่วม จึงถือเป็นภาวะวิกฤตทางอายุรกรรมที่รุนแรงและเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตมากที่สุดเป็นอันดับ 3 ในกลุ่มโรคสำคัญในประเทศไทย โดยผู้ป่วยปอดอักเสบรุนแรงที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาลประมาณร้อยละ 10 - 20 จะเป็นผู้ป่วยในห้องผู้ป่วยหนักที่มีภาวะหายใจล้มเหลวร่วมกับภาวะการติดเชื้อในกระแสเลือด และเป็นกลุ่มที่มีการเสียชีวิตสูงถึงร้อยละ 50 - 80⁵ ดังนั้นจึงถือว่าโรคปอดอักเสบรุนแรงมีอัตราการเสียชีวิตสูงที่สุด เมื่อเทียบกับการติดเชื้อที่อวัยวะอื่น^{6,7} พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในห้องผู้ป่วยหนักจึงเป็นบุคคลสำคัญอันดับต้นๆ ในการให้การดูแลและการพยาบาลปอดอักเสบรุนแรงที่มีการติดเชื้อในกระแสเลือดร่วมทุกระยะของการรักษา บทบาทสำคัญของพยาบาลห้องผู้ป่วยหนักในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้จึงต้องมีความรวดเร็วและถูกต้อง ตั้งแต่การประเมินผู้ป่วยดักจับอาการ การวินิจฉัยและวางแผนการพยาบาลให้ความช่วยเหลือร่วมกับการเฝ้าระวัง นับว่าเป็นความท้าทายของพยาบาล ในการที่จะพัฒนาองค์ความรู้ และฝึกฝนทักษะขั้นสูงในการจัดการกับป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการเกิดภาวะช็อกจากการติดเชื้อ โดยมีเป้าหมายหลักคือ การดูแลผู้ป่วยให้ปลอดภัยไม่เกิดภาวะช็อก ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่มีภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ จากอวัยวะล้มเหลวหลายระบบ รอดพ้นจากภาวะวิกฤต สามารถเข้าสู่ระยะฟื้นฟูและจำหน่ายกลับบ้านได้

สถิติโรงพยาบาลกำแพงเพชรปี พ.ศ. 2563-2565 พบโรคปอดอักเสบรุนแรงที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดร้อยละ 37.76, 35.32, และ 39.06 ตามลำดับ และเสียชีวิตเฉลี่ยร้อยละ 57.76 ต่อปี ซึ่งมีแนวโน้มสูงขึ้นทุกปีทั้งอัตราการเกิดและเสียชีวิต^{8,9,10} กรณีศึกษานี้จะช่วยสะท้อนให้เห็นถึงกระบวนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วย ช่วยให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะวิกฤตของโรค มีวัตถุประสงค์การศึกษาเพื่อใช้เป็นแนวทางในการให้การพยาบาลผู้ป่วยปอดอักเสบรุนแรงที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด

กรณีศึกษา

ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 89 ปี เพศหญิง เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย

อาการสำคัญ

มีไข้ ไอเสมหะ อาเจียน 1 ครั้ง หายใจเหนื่อยมากขึ้น 1 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล

ประวัติเจ็บป่วยในปัจจุบัน

3 วันก่อนมาโรงพยาบาล ผู้ป่วยมีอาการไอเยาะ ไม่มีเสมหะ ไม่มีไข้ ไม่มีเจ็บหน้าอก ทานอาหารได้น้อยไม่มีคลื่นไส้ อาเจียน มาตรวจรักษาอาการที่คลินิกรับยากลับบ้าน

1 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล ผู้ป่วยเริ่มมีไข้ ไอมีเสมหะ อาเจียน 1 ครั้ง หายใจเหนื่อยมากขึ้น ญาติจึงพาไปโรงพยาบาลชุมชน ผลเอกซเรย์ปอด พบ right middle Lobe infiltration เจาะ serum lactate level = 1.7 mg/dl, DTX= 158 mg% ให้การรักษาด้วยยาปฏิชีวนะ Ceftriaxone 2 gm iv OD stat ใส่ท่อช่วยหายใจ แล้วส่งตัวมา

ประวัติเจ็บป่วยในอดีต

มีประวัติเป็นเบาหวาน 3 ปี และความดันโลหิตสูง 3 ปี ไม่มีประวัติสูบบุหรี่ หรือดื่มสุรา

ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว

บิดาเป็นเบาหวาน และความดันโลหิตสูง เสียชีวิตแล้ว

การประเมินสภาพร่างกายตามระบบ

รูปร่างทั่วไป : รูปร่างทั่วไปปกติค่อนข้างท้วม น้ำหนัก 65 กิโลกรัม สูง 154 เซนติเมตร

สัญญาณชีพ : อุณหภูมิ 38.6 องศาเซลเซียส ชีพจร 128 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 32 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 91/67 มิลลิเมตรปรอท

ระบบประสาท : ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี กระสับกระส่าย การรับรู้ เวลา สถานที่และบุคคลถูกต้อง มีการเคลื่อนไหวร่างกายปกติ บอกตำแหน่งการสัมผัสได้

ผิวหนัง : ผิวสีขาวเหลือง ผิวแห้งสะอาด ไม่ซีด

ศีรษะและใบหน้า : ผม ตัดสั้นสะอาด สีขาว ไม่มีบาดแผลบนหนังศีรษะ ตาทั้งสองข้างปกติ หนังตาไม่ตก มีปฏิกิริยาต่อแสงเท่ากันทั้ง 2 ข้าง เส้นผ่านศูนย์กลางของรูม่านตา 2.5 มิลลิเมตร การมองเห็นปกติ ไบฮู จมูก มีลักษณะภายนอกปกติ ปากใส่ท่อช่วยหายใจ ไม่พบบาดแผลในช่องปาก

ทรวงอกและทางเดินหายใจ : ทรวงอกปกติ หายใจเหนื่อยเล็กน้อย ฟังได้ยินเสียง Crepitation ที่ปอดด้านขวา

หัวใจและหลอดเลือด : จังหวะการเต้นของหัวใจเร็ว สม่ำเสมอ ไม่มีเสียง Murmur

ช่องท้องและทางเดินอาหาร : หน้าท้องกตมึ่ม ไม่อืดตึง ไม่มีอาการกดเจ็บ ฟังได้ยินเสียงลำไส้เคลื่อนไหวปกติ

กล้ามเนื้อและกระดูก : โครงสร้างร่างกายปกติ Motor power grade 5 all

การประเมินสภาพด้านสังคม

สภาพจิตใจ : เป็นคนร่าเริง มีน้ำใจ

อัตมโนทัศน์ : มีความพึงพอใจในความเป็นอยู่ปัจจุบันของตนเองและครอบครัวการ

ความทรงจำ : ปกติผู้ป่วยมีความจำในอดีตและปัจจุบันดี สามารถเล่าเรื่องราวต่างๆได้ครบถ้วน

การรับรู้ : สามารถระบุ วันเวลา สถานที่ บุคคลได้ตามความเป็นจริง

กระบวนการคิด : มีกระบวนการคิดที่สมเหตุสมผล

การดูแลตนเอง : มีความเข้าใจในการเจ็บป่วยด้วยโรคประจำตัวเรื้อรังของตนเองสามารถดูแลตนเองร่วมกับ บุตรหลานในเรื่องการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้

แบบแผนการเผชิญปัญหา : ยอมรับสภาพความเป็นจริง กลัวการใส่ท่อช่วยหายใจจากการรักษา และกลัวเป็นภาระของบุตรหลาน

การวินิจฉัยโรค : Severe pneumonia with sepsis



ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

ลำดับ	Lab Item	ค่าปกติ	ผล		
			12 ก.ย. 2566	13 ก.ย. 2566	15 ก.ย. 2566
1	WBC	5.0-10.0 10^3 /uL	2.5(10^3 /uL)		4.5(10^3 /uL)
2	NE%	43.7-70.9%	89.0%		77.0%
3	LY%	20.1-44.5%	3.6%		5.6%
4	BUN	8-20mg/dL	36 mg/dL		29 mg/dL
5	Creatinine	0.55-1.02 mg/dL	1.31 mg/dL		1.25 mg/dL
6	eGFRF	> 90 ml/min/.73m ²	62 ml/min/.73m ²		67 ml/min/.73m ²
7	Sodium	136-146mmol/L	135 mmol/L	131	
8	Potassium	3.4-4.5mmol/L	3.1 mmol/L	3.4	
9	Magnesium	F : 1.9-2.5mg/dL	1.5 mg/dL		1.9 mg/dl
10	pH.	7.35-7.45	7.31	7.40	
11	pCO2	35-45mmHg	28 mmHg	32 mmHg	
12	pO2	80-100mmHg	108 mmHg	115 mmHg	
13	HCO3	18-23mmol/L	14.1 mmol/L	18.0 mmol/L	
14	SO2c	95 - 98%	97%	100%	

Lab Item	ค่าปกติ	ผล	
		14 กย. 2566	16 กย. 2566
Hemo C/S *II	No growth	-	Pseudomonas aeruginosa
Aerobic C/S :	No growth	1. Klebsiella pneumoniae	-
Sputum		2. Pseudomonas aeruginosa	-
AFB stain	Negative	AFB Negative	-

การวางแผนการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล 1 ผู้ป่วยมีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยปลุกตื่นล้มตา สื่อสารรู้เรื่องทำตามคำบอกได้ GCS = E3M6VT
2. มีไข้ อุณหภูมิร่างกาย 38.6 องศาเซลเซียส ความดันโลหิต 91/67 mmHg ผล Serum lactate level เพิ่มขึ้นจาก 1.7 เป็น 1.9 mg/dl
3. ผลเอกซเรย์ปอด พบ right middle lobe บ่งชี้ถึง lobar pneumonia
4. ผล CBC บ่งชี้ถึงการติดเชื้อ ผล WBC= 2,500, cells/ul, NE%= 89.1 ผลการเพาะเชื้อในเลือด พบเชื้อ Pseudomonas aeruginosa ผลเพาะเชื้อในเสมหะ พบเชื้อ Pseudomonas aeruginosa Klebsiella pneumoniae
5. ปัสสาวะ 8 ชั่วโมง ออก 180 ml, คิดเป็น 0.35 cc./kg/hr.

จุดประสงค์ : เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากอาการทรุดลงจากภาวะแทรกซ้อนของการเกิดช็อกจากการติดเชื้อ

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยหายใจตามเครื่องไตดี หายใจ 16-18 ครั้งต่อนาที O₂ Saturation > 94%
2. สัญญาณชีพปกติ ระดับความรู้สึกตัวปกติ ความดันโลหิต SBP 90-140 mmHg, DBP 60-90 mmHg

MAP \geq 65 mmHg, ซีพจร < 100 > 50 ครั้งต่อนาที

3. ซีพจรส่วนปลายแรง ชัดเจน capillary refill ไม่เกิน 3 วินาที
4. บัสสาวะออกใน 8 ชั่วโมง > 260 ml หรือ > 0.5 cc./kg/hr

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินภาวะพร่องออกซิเจน สัญญาณชีพ ค่าความดันโลหิตเฉลี่ย (MAP) อาการและอาการแสดงจากอาการทรุดลงของภาวะช็อก ระดับความรู้สึกตัว ด้วยเครื่องมือ MEWS score ทุก 15 นาที - 1 ชั่วโมงและบันทึกทุก 4 ชั่วโมงเมื่ออาการเริ่มคงที่ตามแนวทางการเฝ้าระวังการเกิดภาวะ Sepsis ในผู้ป่วยอายุรกรรม (CPG sepsis) เพื่อตรวจจับสัญญาณอาการแสดงของอาการทรุดลงซึ่งนำไปสู่ภาวะแทรกซ้อนของการเกิดช็อกจากการติดเชื้อ

2. จัดการให้ผู้ป่วยได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำชนิด 0.9% NSS iv drip 80 ml/hr เพื่อให้ได้รับสารน้ำเพียงพอจากการติดเชื้อในกระแสเลือด

3. ดูแลให้ได้รับยา Ceftriazone 2 gm iv drip วันที หลังเก็บเลือดและเสมหะส่งเพาะเชื้อ ร่วมกับยา Azitromycin (250) 2 tab stat then 2 tab oral ก่อนอาหารชhk ตามแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด และหลังได้ผลเพาะเชื้อ แพทย์มีการปรับยาใหม่โดยให้ Meropenem 1 gm. iv drip ทุก 8 ชั่วโมง พร้อมทั้งเฝ้าระวังและสังเกตอาการข้างเคียงจากการใช้ยา

4. ติดตามผล CBC, Sputum culture, H/C และผลเอกซเรย์ปอด เพื่อรายงานแพทย์ให้ผู้ป่วยได้รับยาปฏิชีวนะเหมาะสมกับผลเพาะเชื้อ

5. ประเมินจำนวนบัสสาวะที่ออกทุก 1 ชั่วโมง เพื่อประเมิน tissue perfusion และประสิทธิภาพการทำงานของไต โดย keep urine output \geq 30 ml/hr หากบัสสาวะออกน้อยกว่าที่กำหนดต้องรายงานแพทย์ เพื่อให้ได้รับการช่วยเหลือต่อไป

6. ให้การพยาบาลโดยใช้เทคนิคปลอดเชื้อ เพื่อลดปัจจัยส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดการติดเชื้อเพิ่มขึ้น

การประเมินผล

1. ผู้ป่วยหายใจตามเครื่องไตดี หายใจ 16-18 ครั้งต่อนาที O₂ Saturation > 94% DTX 131-158 mg/dl
2. ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี E4M6VT อุณหภูมิร่างกาย 37.0 - 37.4 องศาเซลเซียส ซีพจร 100-105 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 91/67 - 116/79 mmHg. MAP 75 - 91 mmHg, O₂ saturation 96-99%
3. ซีพจรส่วนปลายแรง ชัดเจน capillary refill 1 วินาที
4. ผลการตรวจ CBC ซ้ำผล WBC = 3,700 cells/ul, NE% = 72.6

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล 2 ผู้ป่วยมีภาวะการแลกเปลี่ยนก๊าซบกพร่องเนื่องจากปอดอักเสบรุนแรง

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยหายใจเหนื่อยหอบ อัตราการหายใจ 30 ครั้งต่อนาที ซีพจร 116 ครั้งต่อนาที
2. ปริมาณออกซิเจนในกระแสเลือดต่ำ O₂ saturation 94%
3. ผล arterial blood gas พบ pH 7.31, PaCO₂ = 24 mmHg, HCO₃ = 14.1 mmol/L

วัตถุประสงค์การพยาบาล

เพื่อให้ผู้ป่วยมีการแลกเปลี่ยนก๊าซดีขึ้น ปลอดภัยจากภาวะระบบหายใจล้มเหลว

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยหายใจตามเครื่องไตดี หายใจ 16-18 ครั้งต่อนาที O₂ Saturation > 94%
1. สัญญาณชีพปกติ ระดับความรู้สึกตัวปกติ ไม่มีอาการซึมหรือกระสับกระส่าย RASS scale = 0 - +1
2. ผล arterial blood gas พบ pH = 7.35 - 7.45, PaCO₂ = 35-45 mmHg, HCO₃ = 18 - 23 mmol/L

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินสัญญาณชีพ อาการและอาการแสดง โดยเฉพาะลักษณะการหายใจ และระดับความรู้สึกตัว ทุก 15 นาที – 1 ชั่วโมง เมื่ออาการคงที่ปรับเป็นทุก 4 ชั่วโมง พังเสียงปอดทุก 1 - 2 ชั่วโมง เพื่อเฝ้าระวังอาการทรุดลงอย่างใกล้ชิดในระยะวิกฤต
2. ดูแลและตรวจสอบการทำงานของเครื่องช่วยหายใจและปรับ Mode ให้ตรงตามแผนการรักษา ปรับค่า การแจ้งเตือนต่างๆ ในเครื่องช่วยหายใจ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการช่วยหายใจลดการใช้แรงในการหายใจอย่างเต็มที่ ติดตามเฝ้าระวังค่าความเปลี่ยนแปลงขณะผู้ป่วยหายใจผ่านเครื่องช่วยหายใจ บันทึกค่า การทำงานต่างๆ ของเครื่องช่วยหายใจทุกเวร
3. ประเมินการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ โดยใช้แบบประเมินตามมาตรการการป้องกัน VAP และให้การพยาบาลตามมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ ด้วย WHAPO bundles เพื่อเฝ้าระวังและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน การติดเชื้อจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ
4. ดูแลให้ได้รับยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษา พร้อมทั้งเฝ้าระวังอาการข้างเคียงของยา ติดตามผล CBC, Sputum culture, H/C และผลเอกซเรย์ปอด เพื่อรายงานแพทย์ให้ผู้ป่วยได้รับยาปฏิชีวนะเหมาะสมกับผลเพาะเชื้อ
5. จัดการให้ผู้ป่วยได้รับยาเมื่อมีภาวะสับสนกระสับกระส่าย โดยให้ Fentanyl (10:1) iv drip 10 ml/hr. ประเมินภาวะสับสน กระสับกระส่าย เพื่อให้ผู้ป่วยสงบลดอาการต้านเครื่องช่วยหายใจ และได้รับออกซิเจนเพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย ประเมินภาวะสับสน กระสับกระส่ายด้วยเครื่องมือ RASS Scale ทุกเวรตึก เพื่อพิจารณาหยุดให้ยาต่อไปและให้ Fentanyl 50 mg iv เมื่อจำเป็น
6. ประเมินสภาพผู้ป่วยทั้งระดับความรู้สึกตัว สัญญาณชีพ ติดตามดูค่าความอึดมตัวของออกซิเจนในเลือด อาการและอาการแสดงของภาวะออกซิเจนในเลือดต่ำหรือคาร์บอนไดออกไซด์คั่ง เช่น ปลายมือปลายเท้าเขียว หายใจหอบลึก ระดับความรู้สึกตัวลดลง ชีพจรเต้นเร็ว และพังเสียงปอดทุก 1-2 ชั่วโมง ในช่วงระยะวิกฤต
7. ให้ผู้ป่วยนอนพักในท่าศีรษะสูง 30-45 องศาเพื่อให้ปอดขยายและป้องกันการสำลัก
8. ดูแลให้พักผ่อนบนเตียง Absolutes Bed rest เพื่อลดการใช้ออกซิเจนช่วงระยะวิกฤต
9. ประเมิน และติดตามผล ABG, SPO₂, CBC, Sputum culture, H/C และผลเอกซเรย์ปอดเป็นระยะ เพื่อรายงานแพทย์ให้ได้รับการแก้ไขอย่างทันที่และเหมาะสม
10. ดูแลทางเดินหายใจให้โล่งโดยการ Suction โดยยึดหลัก Universal precaution อย่างเคร่งครัด
11. ประเมิน และติดตามความพร้อมในการหย่าเครื่องช่วยหายใจ โดยใช้แนวปฏิบัติในการหย่าเครื่องช่วยหายใจ หลังจากผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจ 48 ชั่วโมง เพื่อให้สามารถถอดท่อช่วยหายใจได้อย่างรวดเร็ว

การประเมินผล

1. ผู้ป่วยใส่เครื่องช่วยหายใจและหายใจตามเครื่องได้ดี หายใจ 16-18 ครั้ง/นาที O₂ Saturation 96-99% สามารถหย่าเครื่องช่วยหายใจและถอดท่อช่วยหายใจได้ในวันที่ 5 ของการรักษา (16 กันยายน 2566)
2. ผล arterial blood gas ซ้ำ พบ pH 7.40, PaCO₂ = 32 mmHg, HCO₃ = 18.0 mmol/L.
3. ไม่มีอาการซึมหรือกระสับกระส่าย RASS scale = 0 - +1

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล 3 มีภาวะกรดจากการเผาผลาญเนื่องจากภาวะการติดเชื้อในกระแสเลือด

ข้อมูลสนับสนุน

1. ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจและต่อเครื่องช่วยหายใจชนิดควบคุมปริมาตร PCV mode FIO₂ = 0.4 ความดันโลหิต 91/67 mmHg หายใจเหนื่อยตื่น อัตราการหายใจ 30 ครั้งต่อนาที. O₂ saturation 94 %
2. ผล arterial blood gas พบ pH 7.31, PaCO₂ = 24 mmHg, HCO₃ = 14.1 mmol/L
3. ปัสสาวะ 8 ชั่วโมง ออก 180 ml, คิดเป็น 0.35 cc./kg/hr.

วัตถุประสงค์การพยาบาล เพื่อให้ระบบเผาผลาญของผู้ป่วยกลับสู่ภาวะปกติ

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยหายใจตามเครื่องได้ดี หายใจ 16-18 ครั้งต่อนาที O₂ Saturation > 94%
2. ผล arterial blood gas พบ pH = 7.35 - 7.45, PaCO₂ = 35-45 mmHg, HCO₃ = 18 - 23 mmol/L

3. ปัสสาวะออกใน 8 ชั่วโมง > 260 ml, หรือ >0.5 cc./kg/hr.

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินระดับความรู้สึกตัว ติดตามสัญญาณชีพ การเต้นของหัวใจ ความดันโลหิตของผู้ป่วย
2. ปรับเครื่องช่วยหายใจตามแผนการรักษาเพื่อให้เซลล์และเนื้อเยื่อในร่างกายได้รับออกซิเจนเพียงพอ
3. ดูแลและตรวจสอบการทำงานของเครื่องช่วยหายใจและปรับ Mode ให้ตรงตามแผนการรักษา ปรับค่าการแจ้งเตือนต่างๆ ในเครื่องช่วยหายใจ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการช่วยหายใจลดการใช้แรงในการหายใจอย่างเต็มที่ ติดตามเฝ้าระวังค่าความเปลี่ยนแปลงขณะผู้ป่วยหายใจผ่านเครื่องช่วยหายใจ บันทึกค่าการทำงานต่างๆ ของเครื่องช่วยหายใจทุกเวร
4. ประเมินสัญญาณชีพ อาการและอาการแสดง โดยเฉพาะลักษณะการหายใจ และระดับความรู้สึกตัวทุก 15 นาที – 1 ชั่วโมง เมื่ออาการคงที่ปรับเป็นทุก 4 ชั่วโมง
5. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับ 7.5% NaHCO₃ 100 ml iv drip ใน 60 นาที ตามแผนการรักษา เพื่อแก้ไขภาวะ ความผิดปกติของภาวะกรดจากการเผาผลาญ
6. ให้การพยาบาลตามมาตรฐานการเฝ้าระวังอาการข้างเคียงของยาของการได้รับยา high alert drug อย่างใกล้ชิด เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากความเสียหายได้รับยาที่มีความเสี่ยงสูง
7. ติดตามผล arterial blood gas ซ้ำตามแผนการรักษาของแพทย์ ประเมินและเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงที่ผิดปกติที่เกิดจากภาวะเลือดเป็นกรด โดยประเมินระดับความรู้สึกตัว สัญญาณชีพ ลักษณะการหายใจ ค่าออกซิเจนในเลือดปลายนิ้ว เป็นต้น เพื่อรายงานแพทย์ให้ผู้ป่วยได้รับการแก้ไขทันที่
8. ให้การพยาบาลตามมาตรฐานการเฝ้าระวังอาการข้างเคียงของยาของการได้รับยา high alert drug อย่างใกล้ชิด เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากความเสียหายได้รับยาที่มีความเสี่ยงสูง
9. ติดตามผล arterial blood gas ซ้ำ ตามแผนการรักษาของแพทย์ เพื่อรายงานแพทย์ให้ผู้ป่วยได้รับการแก้ไขทันที่
10. ประเมินจำนวนปัสสาวะที่ออกทุก 1 ชั่วโมง ในระยะวิกฤตเพื่อประเมิน tissue perfusion และประสิทธิภาพการทำงานของไต รายงานแพทย์หากปัสสาวะออกน้อยกว่าที่กำหนด

การประเมินผล

1. ผู้ป่วยใส่เครื่องช่วยหายใจและหายใจตามเครื่องได้ดี หายใจ 16-18 ครั้งต่อนาที O₂ Saturation 96-99%
2. ผล arterial blood gas ซ้ำ พบ pH 7.40, PaCO₂ = 32 mmHg, HCO₃ = 18.0 mmol/L
3. ปัสสาวะ 8 ชั่วโมง ออก 240- 500 ml, คิดเป็น 0.45 - 0.96 cc./kg/hr.

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล 4 ผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนจากเกลือแร่ไม่สมดุล

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผลตรวจค่าโพแทสเซียมในเลือด = 3.1 mg/dl และค่าแมกนีเซียมในเลือด = 1.5 mg/dl
2. คลื่นไฟฟ้าหัวใจแสดงจังหวะการเต้นของหัวใจเร็วผิดปกติจังหวะไม่สม่ำเสมอซีพจร 128 ครั้งต่อนาที

วัตถุประสงค์การพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนของเกลือแร่ไม่สมดุล

เกณฑ์การประเมินผล

1. ซีพจร > 50 <100 ครั้งต่อนาที คลื่นไฟฟ้าหัวใจแสดงจังหวะการเต้นของหัวใจจังหวะการเต้นของหัวใจสม่ำเสมอ ไม่มี Tall peak T
2. ผลตรวจค่าโพแทสเซียมในเลือดอยู่ในเกณฑ์ปกติ 3.6 – 5.1 m Eq/L และค่าแมกนีเซียมในเลือดอยู่ในเกณฑ์ปกติ 1.9 - 2.5 mg/dl

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินอาการและอาการแสดงของโพแทสเซียมต่ำ คือ อาการกล้ามเนื้ออ่อนแรง สับสน คลื่นไส้อาเจียน หัวใจเต้นผิดปกติ เต้นเร็วหรือช้า คลื่นไฟฟ้าหัวใจผิดปกติ แสดงผล U wave เป็นต้น

2. บันทึกคลื่นไฟฟ้าหัวใจทุก 8 ชั่วโมงหรือถี่ขึ้นเมื่อมีอาการผิดปกติ ตรวจสอบ QRS, PR, QT interval และ ST segment หรือ U wave และรายงานแพทย์เมื่อมีความผิดปกติ
3. ดูแลใส่สายยางจุก Feed Elixer KCL 30 ml x 3 feed เพื่อแก้ไขภาวะความผิดปกติของโปตัสเซียมต่ำ
4. ประเมินอาการภาวะแมกนีเซียมในเลือดต่ำ เช่น อาการอ่อนเพลีย สับสน เวียนศีรษะอย่างรุนแรง เหน็บชา เป็นตะคริว กล้ามเนื้ออ่อนแรง เกร็งสั่น กระตุก จังหวะการเต้น ของหัวใจผิดปกติ
5. ดูแลและตรวจสอบให้ผู้ป่วยได้รับสารน้ำและยา 50% MgSO₄ 4 ml. + 5%DW 100 ml. iv drip in 4 ชั่วโมง ติดต่อกัน 3 วัน เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับยาตามแผนการรักษา
6. เผื่อระวังอาการข้างเคียงของยาของการได้รับยา high alert drug อย่างใกล้ชิด เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากความเสียหายที่ได้รับยาที่มีความเสี่ยงสูง
7. ติดตามผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ BUN, Cr, Electrolyte, Magnesium potassium เป็นระยะตามแผนการรักษา บันทึกสัญญาณชีพทุก 1 ชั่วโมง โดยเฉพาะชีพจรและอัตราการเต้นของหัวใจ
8. ประเมินจำนวนปัสสาวะที่ออกทุก 1 ชั่วโมงในระยะวิกฤต เพื่อประเมิน tissue perfusion และประสิทธิภาพการทำงานของไต รายงานแพทย์หากปัสสาวะออกน้อยกว่าที่กำหนด

การประเมินผล

1. ชีพจร 100-105 ครั้งต่อนาที คลื่นไฟฟ้าหัวใจแสดงจังหวะการเต้นของหัวใจสม่ำเสมอ
2. ผลตรวจค่าโพแทสเซียมในเลือด= 3.4 mg/dl และค่าแมกนีเซียมในเลือด= 1.9 mg/dl อยู่ในเกณฑ์ปกติ

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล 5 ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวล เนื่องจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤตและการรักษาพยาบาล

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยมีอาการกระสับกระส่าย E3M6VT หลังใส่ท่อช่วยหายใจ
2. ญาติสีหน้าวิตกกังวล และซักถามอาการที่เปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยเป็นระยะ

วัตถุประสงค์การพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติคลายความวิตกกังวล

เกณฑ์การประเมินผล ผู้ป่วยและญาติมีสีหน้าคลายความวิตกกังวลลง

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินสีหน้าท่าทาง ความวิตกกังวล และซักถามปัญหาความต้องการของผู้ป่วยและญาติ
2. สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยกับญาติ ค้นหาผู้ดูแลหลัก หรือบุคคลสำคัญของผู้ป่วย เพื่อเป็นประสานข้อมูลสำคัญและการร่วมตัดสินใจเกี่ยวกับผู้ป่วย
3. ติดต่อประสานงานให้ญาติได้พบแพทย์ผู้รักษา พูดคุยซักถามเกี่ยวกับโรค และแนวทางการรักษาของแพทย์
4. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติระบายความรู้สึก ซักถามข้อสงสัย อธิบายและให้ข้อมูลในสิ่งที่ผู้ป่วยและญาติสงสัยไม่เข้าใจตามความเป็นจริง รวมทั้งอาการอาการแสดงและแผนการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับให้ญาติรับทราบข้อมูลเป็นระยะตามแนวทางการให้ข้อมูลญาติ
5. ระมัดระวังข้อมูลนี้อาจทำให้หมดกำลังใจ เพื่อช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยผ่อนคลาย และลดความวิตกกังวล เนื่องจากความวิตกกังวลมีผลต่อการใช้ออกซิเจน และอัตราการหายใจ
6. ให้การพยาบาลด้วยความเอื้ออาทร และให้กำลังใจผู้ป่วยและญาติ เปิดโอกาสให้ญาติเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย

ประเมินผลการพยาบาล

ญาติและผู้ป่วยเข้าใจอาการและแผนการรักษาเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วยดี ยอมรับสภาพปัจจุบันของผู้ป่วยได้ ให้ความร่วมมือในการดูแลผู้ป่วยร่วมกัน

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล 6 ผู้ป่วยสามารถถอดท่อช่วยหายใจได้อย่างรวดเร็ว

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจต่อด้วยเครื่องช่วยหายใจ Mode weaning ventilator setting Spontaneous mode, FiO_2 0.3, PS 8 cmH_2O , PEEP 5 cmH_2O FT=1.0
2. ประเมินความพร้อมการหย่าเครื่องช่วยหายใจ พบ cuff leak test positive แต่ผู้ป่วยแรงไอขับเสมหะมีน้อย ไม่มีประสิทธิภาพ
3. อัตราการหายใจ 19-21 ครั้งต่อนาที Oxygen saturation 98 % สัญญาณชีพปกติ

วัตถุประสงค์การพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถถอดท่อช่วยหายใจได้อย่างรวดเร็ว สามารถกลับมาหายใจได้เอง

เกณฑ์การประเมินผล

1. หย่าเครื่องช่วยหายใจได้สำเร็จไม่มีอาการหายใจลำบาก ไม่มีอาการเขียวคล้ำ มีแรงไอขับเสมหะเองได้
2. อัตราการหายใจ 12-24 ครั้งต่อนาที Oxygen saturation \geq 94 % เสียงปอดปกติ

กิจกรรมการพยาบาล

1. อธิบายให้ผู้ป่วยทราบว่าจะประเมินภาวะความเจ็บป่วยของผู้ป่วยดีขึ้น และสามารถที่จะหย่าเครื่องช่วยหายใจเพื่อให้ผู้ป่วยหายใจเองได้แล้ว พยาบาลจะต้องให้ความมั่นใจ และให้กำลังใจว่าผู้ป่วยจะหายใจได้เองและจะอยู่ดูแลอย่างใกล้ชิดระหว่างที่ผู้ป่วยหย่าจากเครื่องช่วยหายใจ
2. ส่งปรึกษานักกายภาพเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพปอด ส่งเสริมการฟื้นฟูสมรรถภาพการหายใจ การไอ โดยให้ญาติมีส่วนร่วม พร้อมส่งเสริมความมั่นใจในการฝึกกายภาพแก่ผู้ป่วยและญาติ
3. ประเมินความพร้อมการหย่าเครื่องช่วยหายใจทุกวันเวรตึก 7.00 น. เพื่อประเมินความพร้อมในการฝึกหายใจ ปรับ setting Mode weaning Spontaneous mode, FiO_2 0.3, PS 8 cmH_2O , PEEP 5 cmH_2O FT=1.0 ตามแผนการรักษา
4. ดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง ดูดเสมหะทั้งในปากและลำคอ และที่หลอดลมคอ
5. จัดทำให้ผู้ป่วยอยู่ในท่าที่สบาย โดยจัดท่านั่งหรือกึ่งนั่ง เพื่อลดความดันในช่องอก และปอดขยายตัวได้ดีขึ้น ดูแลให้หายใจด้วย Spontaneous mode, FiO_2 0.3, PS 8 cmH_2O , PEEP 5 cmH_2O FT=1.0
6. ตรวจสอบและบันทึกสัญญาณชีพโดย monitor EKG, oxygen saturation การหายใจและความดันโลหิตทุก 15 นาที ถ้าผู้ป่วยมีอาการผิดปกติดังต่อไปนี้ควรทำการหยุดหย่าเครื่องช่วยหายใจไว้ก่อน คือ อัตราการหายใจ > 35 ครั้งต่อนาที oxygen saturation < 90 % ชีพจร > 140 ครั้งต่อนาที หรือเปลี่ยนแปลงเกินร้อยละ 20 ความดันเลือด systolic > 180 mmHg หรือ < 90 mmHg เกิดอาการกระสับกระส่าย หายใจเหนื่อย
7. พิจารณาถอดท่อช่วยหายใจเมื่อผู้ป่วยทำการหย่าเครื่องช่วยหายใจ Spontaneous mode ได้ครบ 2 ชั่วโมง โดยดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง เอาลมออกจากกระเปาะท่อหลอดลมคอ และถอดท่อช่วยหายใจออก ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนชนิด HHFNC FiO_2 = 0.3, oxygen flow 40 LPM ตามแผนการรักษา
8. ติดตามและเฝ้าระวัง อาการหลอดลมบวมหลังถอดท่อช่วยหายใจ และการเกิดเสียง stridor หลังถอดท่อช่วยหายใจ 24 ชั่วโมง ดูแลดื่มน้ำและอาหารหลังถอดท่อช่วยหายใจ 4 ชั่วโมง เพื่อป้องกันการสำลัก

การประเมินผล

1. ผู้ป่วยสามารถหย่าเครื่องช่วยหายใจด้วย PS support mode PS 8 cmH_2O , FiO_2 0.3 ผู้ป่วยหายใจเองได้ดี ไม่หอบเหนื่อยได้มากกว่า 2 ชั่วโมง
2. หลังถอดท่อช่วยหายใจผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจชนิด HHFNC มีอาการคงที่ไม่หอบเหนื่อย ไม่มีอาการหายใจลำบาก ไม่มีอาการเขียวคล้ำ มีแรงไอขับเสมหะเองได้
3. อัตราการหายใจ 18-22 ครั้งต่อนาที O_2 saturation 95-97 % เสียงปอดปกติ

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล 7 ป่วยมีความทนในกิจกรรมลดลงจากการเหนื่อยล้า

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยสูงอายุ อ่อนเพลีย
2. ถูกจำกัดกิจกรรมให้ทำกิจกรรมบนเตียง เนื่องจากใส่ท่อช่วยหายใจและใช้เครื่องช่วยหายใจ

วัตถุประสงค์การพยาบาล เพื่อดูแลช่วยเหลือกิจวัตรประจำวันให้ผู้ป่วยสามารถทำได้ตามปกติ

เกณฑ์การประเมินผล

1. ร่างกาย ปาก ฟัน อวัยวะสืบพันธุ์สะอาด สิ่งแวดล้อมสะอาดไม่เกิดแผลกดทับ
2. ชีพจร การหายใจ ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจน และความดันโลหิตขณะมีกิจกรรม และหลังมีกิจกรรมอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้ ความดันโลหิต SBP 90 - 140 mmHg, DBP 60-90 mmHg อัตราการหายใจ 12 - 18 ครั้ง/นาทีที่ O_2 saturation $\geq 94\%$ ชีพจร $> 50 < 100$ ครั้ง/นาที

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินความสามารถของผู้ป่วยและการทำกิจวัตรประจำวันด้วย Barthel Activities of Daily Living พร้อมทั้งบันทึกอาการ
2. เผื่อระวังติดตาม Monitor EKG และสัญญาณชีพทุก 1 ชั่วโมง หรือสังเกตการตอบสนอง ที่ไม่พึงประสงค์ต่อระดับกิจกรรมที่เพิ่มมากขึ้นขณะมีกิจกรรม ได้แก่ หัวใจเต้นเร็ว ความดันโลหิตสูงขึ้น หัวใจเต้นผิดจังหวะ, หายใจเร็ว และ/หรือมี Cyanosis
3. ดูแล Absolute bed rest จัดทำนอนศีรษะสูง 30-45 องศา ในช่วงระยะวิกฤต
4. ให้การพยาบาล ดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยในการจัดลำดับความสำคัญของกิจกรรมที่ต้องการปฏิบัติด้วยตนเอง และที่ต้องช่วยเหลือทั้งหมด

การประเมินผล

1. ผู้ป่วยร่างกาย สะอาด สิ่งแวดล้อมสะอาด ตลอดจนการรับการรักษาไม่เกิดแผลกดทับ
2. ความดันโลหิต SBP 100 -124 mmHg, DBP 72 - 79 mmHg อัตราการหายใจ 20-23 ครั้ง/นาที. O_2 saturation 98% ชีพจร 101 ครั้ง/นาที

สรุปกรณีศึกษา

ผู้ป่วยเพศหญิง อายุ 89 ปี มีประวัติเป็นเบาหวานและความดันโลหิตสูง มาด้วยมีไข้ ไอเสมหะ อาเจียน 1 ครั้ง หายใจเหนื่อย จำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือโดยการใส่ท่อช่วยหายใจร่วมกับการใช้เครื่องช่วยหายใจ มีภาวะหายใจไม่สัมพันธ์กับเครื่อง ได้รับยา fentanyl 10:1 iv drip เพื่อผ่อนคลายการต้านเครื่องช่วยหายใจ สามารถหยุดให้ยาได้ ได้รับยาปฏิชีวนะใหม่ที่ตอบสนองตามผลเพาะเชื้อ มีภาวะกรดจากการเผาผลาญเนื่องจากภาวะการติดเชื้อในกระแสเลือดและภาวะแทรกซ้อนจากเกลือแร่ไม่สมดุล หลังแก้ไข ผู้ป่วยเริ่มอาการดีขึ้น อาการคงที่ สัญญาณชีพปกติ ผู้ป่วยไม่มีแรง ไอขับเสมหะ ปรึกษานักกายภาพเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพปอด ต่อมาสามารถเริ่มหย่าเครื่องช่วยหายใจและสามารถถอดท่อช่วยหายใจในเวลาต่อมา อาการคงที่ไม่หอบเหนื่อย สัญญาณชีพปกติ ช่วยเหลือตนเองได้ ได้พิจารณาย้ายไปพักฟื้นดูอาการต่อที่อายุรกรรมหญิงต่อมาสามารถ off oxygen หายใจ room air ได้ ผู้ป่วยได้รับการจำหน่ายกลับบ้าน ปัญหาต่างๆ ได้รับการแก้ไข ผลลัพธ์ผู้ป่วยปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน รวมระยะเวลารักษาตัวในห้องผู้ป่วยหนักอายุรกรรม 6 วัน รวมระยะเวลารักษาตัวในโรงพยาบาล 9 วัน

วิจารณ์และข้อเสนอแนะ

จากกรณีศึกษา ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคปอดอักเสบรุนแรงร่วมกับภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดแต่ยังไม่มีการช็อก ไม่เกิดอวัยวะต่างๆ ทำงานล้มเหลว จากความรุนแรงดังกล่าว นับเป็นภาวะวิกฤตที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลรักษาอย่างรวดเร็วและเหมาะสม ดังนั้น

1. พยาบาลในห้องผู้ป่วยหนักต้องมีสมรรถนะในการประเมินเผื่อระวังตรวจจับความผิดปกติของอาการทรุดลงได้ก่อนเกิดเหตุวิกฤต เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะวิกฤตและภาวะแทรกซ้อน
2. จำเป็นต้องมีทักษะในการดูแลควบคุมการใช้เครื่องช่วยหายใจให้ปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน รวมถึงทักษะในการใช้เครื่องมือพิเศษ ควรมีแนวทางการทบทวนความรู้ในการใช้งานอย่างสม่ำเสมอ

3. หน่วยงานควรมีแนวทางการทบทวนและเพิ่มพูนทักษะการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบรุนแรง และแนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดให้เป็นปัจจุบันอย่างต่อเนื่อง

บทสรุป

โรคปอดอักเสบรุนแรงร่วมกับภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด เป็นภาวะเร่งด่วนที่มีอัตราการเสียชีวิตสูงโดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุ ถ้าผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาที่ถูกต้องเหมาะสมตั้งแต่ระยะแรก จะทำให้มีโอกาสที่จะคืนสู่สภาวะปกติโดยปราศจากภาวะแทรกซ้อน พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในห้องผู้ป่วยหนักจึงเป็นบุคลากรที่สำคัญในการช่วยเหลือผู้ป่วยให้รอดพ้นจากภาวะวิกฤตินี้ จำเป็นต้องมีความรู้ความสามารถ ในการประเมินเฝ้าระวัง ดักจับความผิดปกติของอาการทรุดลงได้ก่อนเกิดเหตุวิกฤต รวมถึงทักษะในการดูแลควบคุมการใช้เครื่องช่วยหายใจให้ปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน ทักษะในการใช้เครื่องมือพิเศษ ร่วมกับการประสานงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยรอดพ้นจากภาวะวิกฤติของชีวิต ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน ลดความพิการที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต กรณีศึกษาผู้ป่วยครั้งนี้ สามารถนำไปเป็นแนวทางในการให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบรุนแรงร่วมกับภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. Matthay MA, Arabi YM, Siegel ER, Ware LB, Bos LDJ, Sinha P, et al. Phenotypes and personalized medicine in the acute respiratory distress syndrome. *Intensive Care Med.* 2020;46(12):2136-52.
2. Evans L, Rhodes A, Alhazzani W, Antonelli M, Coopersmith CM, French C, et al. Surviving sepsis campaign: international guidelines for management of sepsis and septic shock 2021. *Intensive Care Med.* 2021;47(11):1181-247.
3. ทักษิณี หัวหน้างาน. Surviving Sepsis Campaign Guideline 2021 : Make It Practical. ใน : ดุสิต สดถาวร, บรรณาธิการ. Keep moving forward. สมาคมเวชบำบัดวิกฤตแห่งประเทศไทย. 2565:126-136.
4. รายงานโรคในระบบเฝ้าระวัง สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข 2566.
5. Jain S, Self WH, Wunderink RG, Fakhran S, Balk R, Bramley AM, et al. Community-Acquired Pneumonia Requiring Hospitalization among U.S. Adults. *N Engl J Med.* 2015;373(5):415-27.
6. ศูนย์ข้อมูลโรงพยาบาลกำแพงเพชร. รายงานประจำปี 2563. กำแพงเพชร: โรงพยาบาลกำแพงเพชร. 2563.
7. ศูนย์ข้อมูลโรงพยาบาลกำแพงเพชร. รายงานประจำปี 2564. กำแพงเพชร: โรงพยาบาลกำแพงเพชร. 2564.
8. ศูนย์ข้อมูลโรงพยาบาลกำแพงเพชร. รายงานประจำปี 2565. กำแพงเพชร: โรงพยาบาลกำแพงเพชร. 2565.
9. Ferrer M, Traverso C, Cilloniz C, Gabarrus A, Ranzani OT, Polverino E, et al. Severe community-acquired pneumonia: Characteristics and prognostic factors in ventilated and non-ventilated patients. *PLoS One.* 2018;13(1):e0191721.
10. Rudd KE, Johnson SC, Agesa KM, Shackelford KA, Tsoi D, Kievlan DR, et al. Global, regional, and national sepsis incidence and mortality, 1990-2017: analysis for the Global Burden of Disease Study. *Lancet.* 2020;395(10219):200-211.



Nursing Care of Pediatric Patients with Dengue Hemorrhagic Fever with Shock : A Case Study

Nipa Phaophot, B.N.S.*

Abstract

Introduction : Shock is a critical risk factor in cases of dengue hemorrhagic fever resulting from plasma leakage. It is an emergency condition that must be assessed and detected accurately and quickly for timely medical intervention, which is vital in helping patients safely recover from the critical state.

Objectives : To provide efficient nursing care for pediatric patients with dengue hemorrhagic fever with shock.

Case Study : A 6-year-old female patient came for a blood examination as scheduled by the physician. Initially, her temperature was 37.3 degrees Celsius, heart rate 108 beats per minute, respiratory rate 20 breaths per minute, and blood pressure 90/60 mmHg. The blood oxygen saturation was 98%. Blood examination was performed, and vital signs were monitored every 30 minutes. The patient felt nauseous, and vomited once, had more abdominal pain (pain score 4 out of 10), cold extremities, and the reassessment showed a temperature of 36.9 degrees Celsius, heart rate 112 beats per minute, respiratory rate 22 breaths per minute, blood pressure 80/50 mmHg, and blood oxygen saturation of 98%. The patient was placed on a bed, and the physician was notified with the results of the CBC blood test (Hct = 48.4%, Plt count = 92,000 cells). The physician diagnosed Dengue hemorrhagic fever (DHF gr III [DSS]). The patient was transferred to the emergency room and consulted with a pediatrician at Kamphaeng Phet Hospital. Intravenous 5%D/NSS was administered at 200 ml initially, followed by 200 ml per hour. Vital signs were as follows: temperature 37°C, heart rate 110 beats per minute, respiratory rate 20 breaths per minute, blood pressure 90/50 mmHg, and blood oxygen saturation 99%. The patient was referred for further treatment at Kamphaeng Phet Hospital. Nursing care problems included: 1. Risk of changes in condition while waiting for the examination. 2. Presence of shock due to plasma leakage. 3. Electrolyte imbalance. 4. Risk of easy bleeding due to low platelet count. 5. Risk of liver failure. 6. Risk of deterioration during transfer. 7. Promoting knowledge of dengue prevention. Nursing care was provided in accordance with the protocol for managing dengue hemorrhagic fever patients in shock state. Close monitoring of symptoms during care and referral ensured the patient's safety and prevented complications, and the patient was treated at the destination hospital and discharged within 3 days.

Case Summary : The patient safely recovered from the critical state during shock caused by dengue hemorrhagic fever. Nurses played a crucial role in patient care, with their knowledge, assessment skills, and the ability to promptly identify shock symptoms. Timely planning of nursing care resulted in the patient's safe recovery, reduced complications, and lowered mortality rates.

Keywords : Nursing Care for Pediatric Patient, Dengue Hemorrhagic Fever, Shock

*Registered nurse, professional Level, Outpatient department, Saingam Hospital

การพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคไข้เลือดออกที่มีภาวะช็อก : กรณีศึกษา

นิภา เกาโพธิ์, พย.บ.*

บทคัดย่อ

บทนำ : ภาวะช็อกเป็นความเสี่ยงสำคัญของโรคไข้เลือดออกซึ่งเกิดจากการรั่วของพลาสมาเป็นภาวะฉุกเฉินที่ต้องได้รับการประเมินและค้นพบอาการแสดงได้อย่างถูกต้อง รวดเร็วเพื่อการรักษาพยาบาลได้อย่างทันเวลาและเป็นสิ่งสำคัญในการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยพ้นภาวะวิกฤตได้อย่างปลอดภัย

วัตถุประสงค์ : เพื่อให้การพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคไข้เลือดออกในระยะช็อกได้อย่างมีประสิทธิภาพ

กรณีศึกษา : ผู้ป่วยเด็ก เพศหญิง อายุ 6 ปี มาตรวจเลือดตามแพทย์นัด แรกรับ อุณหภูมิ 37.3 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 108 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 90/60 มิลลิเมตรปรอท ค่าความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือด 98% ดูแลให้ได้รับการตรวจเลือด เฝ้ารอติดตามสัญญาณชีพทุก 30 นาที ติดตามอาการเปลี่ยนแปลง ผู้ป่วยมีอาการคลื่นไส้ อาเจียนเป็นน้ำลาย 1 ครั้ง ปวดท้องมากขึ้น Pain score 4 เต็ม 10 คะแนน ซึมลง ปลายมือปลายเท้าเย็น ประเมินสัญญาณชีพซ้ำ อุณหภูมิ 36.9 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 112 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 22 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 80/50 มิลลิเมตรปรอท ค่าความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือด 98% ดูแลให้นอนพักบนรถนอน รายงานอาการให้แพทย์ทราบ พร้อมรายงาน ผลการตรวจเลือด CBC Hct= 48.4% Plt count =92,000 cell แพทย์วินิจฉัยโรคไข้เลือดออก (Dengue hemorrhagic fever: DHF gr III (DSS) ย้ายเข้าห้องฉุกเฉินปรึกษากุมารแพทย์โรงพยาบาลกำแพงเพชร ให้สารน้ำ 5%D/NSS IV load 200 ml ให้ต่อ 200 ml/hrs สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 37 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 110 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 90/50 มิลลิเมตรปรอท ค่าความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือด 99% ส่งตัวไปรักษาต่อโรงพยาบาลกำแพงเพชร ปัญหาทางการพยาบาล ได้แก่ 1. เสี่ยงต่อการเกิดอาการเปลี่ยนแปลงขณะรอตรวจ 2. มีภาวะช็อกเนื่องจากมีการรั่วของพลาสมา 3. เกิดภาวะเสียสมดุลของเกลือแร่ 4. เสี่ยงต่อภาวะเลือดออกง่ายเนื่องจากเกร็ดเลือดต่ำ 5. เสี่ยงต่อการเกิดภาวะตับวาย 6. เสี่ยงต่อภาวะทรุดลงขณะส่งต่อ 7. ส่งเสริมให้ความรู้ในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อของโรคไข้เลือดออก ได้ให้การพยาบาล ตามแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกในระยะช็อกเฝ้ารออาการอย่างใกล้ชิดในระหว่างการดูแลและการส่งต่อ ส่งผลทำให้ผู้ป่วยปลอดภัย ไม่มีภาวะแทรกซ้อน รักษาที่โรงพยาบาลปลายทางต่อจนกลับบ้านได้ใน 3 วัน

สรุปกรณีศึกษา : ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะวิกฤตในระยะช็อกของโรคไข้เลือดออก พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยมีความรู้ มีทักษะในการประเมินและการค้นพบอาการแสดงของภาวะช็อกได้อย่างรวดเร็ว เฝ้ารออาการเปลี่ยนแปลง วางแผนการรักษาพยาบาลได้ทันเวลา ส่งผลให้ผู้ป่วยพ้นภาวะวิกฤต ลดภาวะแทรกซ้อนและลดอัตราการเสียชีวิตได้

คำสำคัญ : การพยาบาลผู้ป่วยเด็ก โรคไข้เลือดออก ระยะช็อก

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ งานการพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลไทรงาม

บทนำ

โรคไข้เลือดออก (Dengue Hemorrhagic Fever : DHF) เป็นโรคที่เกิดจากเชื้อไวรัสเดงกีที่มีอยู่หลายบ้านนำโรควิรัสเดงกีเป็น Single stranded RNA มี 4 ซีโรไทป์ คือ DEN1 ,DEN 2, DEN 3 และ DEN 4 สำหรับประเทศไทยสายพันธุ์ที่พบมากคือ DEN 2 เป็นสายพันธุ์ที่มีความรุนแรงมากที่สุด ทำให้ผู้ป่วยมีอาการช็อกได้มากกว่าสายพันธุ์อื่น ปกติคนเราสามารถเป็นไข้เลือดออกได้ 4 ครั้ง การติดเชื้อซ้ำต่าง Serotype ชนิดแรกจึงมีโอกาสมากทำให้เกิดอาการรุนแรงหรือช็อกได้¹ การวินิจฉัยและจัดความรุนแรงของโรคในเบื้องต้นอาศัยอาการ ผลการตรวจ Complete blood count (CBC) และผลการตรวจห้องปฏิบัติการโดย WHO ZEARO 2011 แบ่งไว้ดังนี้ DF,DHF เกรด I,DHF เกรด II,DHF เกรด III และ DHFเกรด IV ซึ่งเกรด III และเกรด IV เป็น Dengue Shock Syndrome การแบ่งความรุนแรงเป็นเกรดสามารถเปลี่ยนแปลงได้ตามระยะเวลาการดำเนินของโรค² ข้อมูลสถานการณ์การระบาดของโรค 3 ปีย้อนหลัง ปี 2564-2566 ในประเทศไทยพบอัตราป่วยต่อแสนประชากร 12.92, 20.14 และ 167.56 ราย อัตราตายต่อแสนประชากร 0.07, 0.07 และ 0.10 ราย ในเขตสุขภาพที่ 3 พบอัตราป่วยต่อแสนประชากร 4.73, 9.05 และ 97.63 ราย อัตราตายต่อแสนประชากร 0, 0.82 และ 0.03 ราย ในจังหวัดกำแพงเพชรพบอัตราป่วยต่อแสนประชากร 15.59, 32.16, 109.63 รายตามลำดับ ไม่พบผู้เสียชีวิต และในอำเภอไทรงามพบอัตราป่วยต่อแสนประชากร 27.82, 43.85 และ 128.24 รายตามลำดับ ไม่พบผู้เสียชีวิต³

แนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยที่สงสัยทำงานผู้ป่วยนอก ผู้ที่มีอาการ ไข้สูง หน้าแดง ไม่ไอ ไม่มีน้ำมูก ให้ทำ Tourniquet Test ประเมินสัญญาณชีพ และประเมินอาการ Warning Sign ได้แก่ มีเลือดออกมากหรือออกในอวัยวะสำคัญเช่น เลือดกำเดาถ่าย ตาหอบ บวม บัสสะวะออกน้อย อาเจียนปวดท้องมากอาการช็อก มีชีพจรเบาเร็ว ความดันต่ำ Pulse Pressure แคบ น้อยกว่าหรือเท่ากับ 20 มิลลิเมตรปรอท กรณีมีไข้ตั้งแต่ 72 ชั่วโมงแพทย์พิจารณาส่งตรวจเลือด Complete blood count (CBC) กรณีสัญญาณชีพปกติ ไม่มี Warning Sign ผลตรวจเลือดปกติให้นัดติดตามจนไข้ลดลงเกิน 24-48 ชั่วโมง กรณีสัญญาณชีพผิดปกติ มี Warning Sign ผลตรวจเลือด Hct เพิ่มขึ้นเกิน 20 เปอร์เซ็นต์ ของค่าปกติตามอายุให้พิจารณารับไว้ในโรงพยาบาล ในการพิจารณาผู้ป่วยเด็กที่อยู่ในระยะช็อกของเด็กอายุ 1 เดือน -1 ปี ค่าปกติที่ยอมรับได้ Systolic blood Pressure >70 มิลลิเมตรปรอท อายุ 1-10 ปี คือ 70 มิลลิเมตรปรอท + (อายุเด็กเป็นปี X 2) มิลลิเมตรปรอท² ภาวะช็อกเป็นความเสี่ยงที่สำคัญของโรคไข้เลือดออกโดยเฉพาะในเด็ก ซึ่งเกิดจากการรั่วของพลาสมาออกจากเส้นเลือดโดยจะพบใน 24-48 ชั่วโมง หลังระยะไข้สูงผู้ป่วยต้องได้รับการประเมินอาการและสัญญาณเตือนภาวะช็อกได้อย่างรวดเร็วเพื่อให้ได้รับการดูแลรักษาพยาบาลได้อย่างปลอดภัย⁴

โรงพยาบาลไทรงามเป็นโรงพยาบาลขนาด 30 เตียง สถิติของผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก มารับบริการในงานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลไทรงาม ปี 2564 – 2566 จำนวน 27, 34 และ 145 ราย ซึ่งแนวโน้มมีจำนวนเพิ่มขึ้นทุกปี ในการดูแลผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกพยาบาลมีบทบาทสำคัญในทีมสุขภาพในการดูแล ตั้งแต่การประเมินผู้ป่วย การวางแผนดูแล ดังนั้นพยาบาลจึงต้องมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับพยาธิสภาพของโรค การวินิจฉัย อาการ และอาการแสดง เบื้องต้นก่อนเข้าสู่ระยะช็อก การดูแลอย่างใกล้ชิดส่งผลทำให้ผู้ป่วยปลอดภัย ลดภาวะแทรกซ้อนและลดอัตราการเสียชีวิต⁵

กรณีศึกษา

อาการสำคัญ

มาตรวจเลือดตามแพทย์นัด

ประวัติเจ็บป่วยปัจจุบัน

5 วันก่อนมาโรงพยาบาล มีไข้ คลื่นไส้ อาเจียน ปวดศีรษะ มารักษาที่โรงพยาบาล วินิจฉัยโรคคอกอักเสบได้รับการลับบ้านและมีนัดตรวจเลือดเพื่อติดตามอาการ

วันนี้มาตรวจเลือดตามแพทย์นัด ยังมีอาการปวดท้องตรงกลาง อาเจียน 4 ครั้งเป็นน้ำ รับประทานอาหารได้น้อย

ประวัติเจ็บป่วยในอดีต

ปฏิเสธโรคประจำตัวและการผ่าตัด ปฏิเสธการแพ้ยาและสารเคมี



ประเมินสภาพร่างกายตามระบบ

รูปร่างทั่วไป : ผอม น้ำหนัก 21 กิโลกรัม สูง 127 เซนติเมตร BMI = 13.02

สัญญาณชีพ : อุณหภูมิกาย 37 องศาเซลเซียส ความดันโลหิต 80/50 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 112 ครั้ง/นาที
อัตราการหายใจ 22 ครั้ง/นาที ออกซิเจนปลายนิ้วมือ 98 เปอร์เซ็นต์

ผิวหนัง : ผิวดำแดง ไม่มีจ้ำเลือด ไม่มีผื่น

ศีรษะและใบหน้า : ผมนสั้นสีดำ ศีรษะไม่มีบาดแผล คลำไม่พบก้อนบริเวณต่อมน้ำเหลือง ตา 2 ข้างมองเห็นปกติ

ระบบทรวงอกและทางเดินหายใจ : ทรวงอกรูปร่างปกติ อัตราการหายใจ 22 ครั้ง/นาที เสียงการหายใจ ปกติ

หัวใจและหลอดเลือด : การเต้นของหัวใจสม่ำเสมอ อัตราการเต้นของหัวใจ 22 ครั้ง/นาที รู้สึกตัวดี ตอบ

คำถามได้ พุดคุยได้ การรับรู้เวลา สถานที่ บุคคล E4M6V5

สภาพจิตใจ : มีความไม่สุขสบาย

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่สำคัญ วันที่ 12 กันยายน 2566

รายการ	ค่าปกติ	ผลการตรวจ
CBC		
WBC	4,500-10,000 cell/mm	6,800
Hb	11.5-17.0 g/dL	15.9
Hct	37.0-54.0 %	48.4
Lymphocyte	19-48 %	42
Neutrophil	40-75 %	31
PLT Count	150,000-500,000 cell/mm	92,000
Electrolyte		
Na	135-145 mmol/L	127.2
K	3.5-5.5 mmol/L	4.44
Cl	95-109 mmol/L	93.6
TCO2	22-30 mmol/L	22.5
AG	11.1 mmol/L	-
LFT		
Total Protein	6.60-8.70 mg %	6.09
Albumin	3.50-5.50 mg %	3.63
Total Bilirubin	0.30-1.20 mg %	1.16
Direct Bilirubin	0.00-0.50 mg %	0.16
SGOT	0.00-37.00 U/L	161.94
SGPT	0.00-40.00 U/L	104.21
Alkaline phosphatase	35.5-104.00 U/L	88.80

(วันที่ 22 กันยายน 2566)

รายการ	ค่าปกติ	ผลการตรวจ
CBC		
WBC	4,500-10,000 cell/mm	5,340
Hb	11.5-17.0 g/dL	14.9
Hct	37.0-54.0 %	47.2
Lymphocyte	19-48 %	23
Neutrophil	40-75 %	62
PLT Count	150,000-500,000 cell/mm	134,000

การวินิจฉัย : ไข้เลือดออก (Dengue hemorrhagic fever /DHF gr III (DSS)

สรุปการดำเนินโรคขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

วันที่ 12 กันยายน 2566

เวลา 10.55 น. มาตรวจเลือดตามแพทย์นัด แกร็บผู้ป่วยเดินมาเอง ช่วยเหลือตัวเองได้ดี E4V5M6 สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 37.3 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 108 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 90/60 มิลลิเมตรปรอท ค่าความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือด 98% น้ำหนักตัว 21 กิโลกรัม ส่วนสูง 127 เซนติเมตร BMI 13.02

เวลา 11.30 น. ขณะนั่งรอการรายงานผลเลือดก่อนเข้าพบแพทย์ผู้ป่วยมีอาการเป็นน้ำลาย 1 ครั้ง ปวดท้องมากขึ้น Pain score 4 คะแนน ซึมลง มือเย็น ไม่มีเลือดออก พยาบาลประเมินอาการซ้ำ สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.9 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 112 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 22 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 80/50 มิลลิเมตรปรอท ค่าความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือด 98 %

เวลา 11.35 น. รายงานแพทย์ พร้อมรายงานผลตรวจเลือด CBC Hct = 48.4% PTL count = 92,000 cell แพทย์วินิจฉัย ไข้เลือดออก (Dengue hemorrhagic fever /DHF gr III (DSS) อธิบายผู้ป่วย และญาติถึงแผนการรักษาของแพทย์ สิ้นหน้าท่าทาง ญาติมีความวิตกกังวลอยู่จึงแนะนำให้เพิ่มเติมและให้ญาติอยู่ดูแลขณะให้การพยาบาล

เวลา 11.40 น. ย้ายเข้ารับการรักษาที่งานการพยาบาลอุบัติเหตุฉุกเฉิน และนิติเวชโรงพยาบาลไทรงาม ให้ตรวจเลือดเพิ่ม LFT ,Electrolyte ปรีกษากุมารแพทย์โรงพยาบาลกำแพงเพชร ให้ 5%D/NSS ให้อย่างรวดเร็วปริมาณ 200 CC ประเมินสัญญาณชีพซ้ำ อุณหภูมิ 37 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 110ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 90/50 มิลลิเมตรปรอท ค่าความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือด 99 % หลังจากนั้นให้ 5% D/NSS ปริมาณ 200 CC/hr

เวลา 12.05 น. ส่งตัวไปโรงพยาบาลกำแพงเพชร ระหว่างส่งต่อไม่มีภาวะแทรกซ้อน ระยะเวลาที่เข้ารับรักษาที่โรงพยาบาล กำแพงเพชร จำนวน 3 วัน และได้จำหน่ายกลับบ้าน

วันที่ 22 กันยายน 2566

เวลา 09.30 น. มาตรวจตามนัดหลังกลับบ้าน แกร็บผู้ป่วยเดินมาเอง ช่วยเหลือตัวเองได้ดี E4V5M6 อาการทั่วไปปกติ สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 37.1 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 90 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 100/60 มิลลิเมตรปรอท ค่าความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือด 99% น้ำหนักตัว 20 กิโลกรัม ส่วนสูง 127 เซนติเมตร

การวางแผนการพยาบาล

ผู้ป่วยมีปัญหาทางการพยาบาลที่สำคัญในช่วงเวลาที่ศึกษา ดังนี้

1. เสี่ยงต่อการเกิดอาการเปลี่ยนแปลงขณะรอตรวจ
2. มีภาวะช็อกเนื่องจากการรั่วของพลาสมา
3. มีภาวะเสียสมดุลของเกลือแร่
4. เสี่ยงต่อภาวะเลือดออกง่ายเนื่องจากเกร็ดเลือดต่ำ
5. เสี่ยงต่อการเกิดภาวะตัวบวม
6. เสี่ยงต่อภาวะทรุดลงขณะส่งต่อ
7. ส่งเสริมให้ความรู้ในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อของโรคไข้เลือดออก

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1 เสี่ยงต่อการเกิดอาการเปลี่ยนแปลงขณะรอตรวจ

ข้อมูลสนับสนุน

S : ญาติบอกว่า “ตั้งแต่ไข้ กินได้น้อย บ่นอยากอาเจียน ปวดท้อง”

O : อ่อนเพลีย ซึม สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 37 องศาเซลเซียส ความดันโลหิต 90/60 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 108ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ออกซิเจนปลายนิ้วมือ 98 เปอร์เซ็นต์

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากอาการเปลี่ยนแปลงที่อาจเกิดขึ้นขณะรอตรวจ
2. ผู้ป่วยได้รับการประเมินซ้ำตามเกณฑ์

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยได้รับการประเมิน ไม่มีอาการแสดงของภาวะช็อกเช่นไม่มีมือ-เท้าเย็น ระดับความรู้สึกดี E4M5V6
2. สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ (ความดันโลหิต 97-115 / 57-76 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 65-110 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20-24 ครั้งต่อนาที)

กิจกรรมการพยาบาล

1. จัดให้ผู้ป่วยนั่งอยู่ในโซนสังเกตอาการ เพื่อประเมินอาการและอาการแสดงที่เปลี่ยนแปลง
2. ประเมินสัญญาณชีพซ้ำทุก 30 นาที
3. จัดคิวบริการเป็นคิวด่วน เมื่อได้รับการรายงานผล CBC
4. ให้ข้อมูลการสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงแก่ญาติทราบ ได้แก่ ชีวมลง มือ-เท้าเย็น คลื่นไส้อาเจียนมาก หากมีอาการดังกล่าวแจ้งให้พยาบาลทราบทันที เพื่อได้รับการดูแลทันเวลา

ประเมินผล

1. ผู้ป่วยได้รับการประเมินซ้ำตามเกณฑ์การประเมินของหน่วยงาน
2. สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 37 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 110 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 90/50 มิลลิเมตรปรอท

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2 มีภาวะช็อกเนื่องจากมีการรั่วของพลาสมา

ข้อมูลสนับสนุน

S : มารดาบอกว่า “ วันนี้ดูซึมๆ เมื่อก็อาเจียนไป 1 ครั้ง ”

O : ซึม มือ เท้าเย็น สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 37 องศาเซลเซียส ความดันโลหิต 80/50 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 112 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 22 ครั้ง/นาที

วัตถุประสงค์

ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะช็อก ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน

เกณฑ์การประเมินผล

ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะช็อก ไม่มีอาการเหนื่อยง่าย แน่นหน้าอก ไม่มีเลือดออกผิดปกติ

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินสัญญาณชีพซ้ำอย่างใกล้ชิด โดยจัดให้ผู้ป่วยนอนราบบนเปลนอน รายงานแพทย์ทราบ
2. รับคำสั่งแพทย์เพื่อส่งต่อผู้ป่วยไปยังแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช พร้อมทั้งประสานพยาบาลและติดตามดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องตามแผนการรักษาของแพทย์
3. ดูแลให้ได้รับสารน้ำ 5% D/NSS IV load 200 ml ทางหลอดเลือดดำ ปรับอัตราการไหลตามแผนการรักษา ร่วมกับสังเกตอาการอย่างใกล้ชิด
4. ประเมินและเฝ้าระวังภาวะน้ำเกิน ได้แก่ นอนราบไม่ได้ หายใจเหนื่อย
5. ประเมินสัญญาณชีพซ้ำทุก 15 นาที หลัง load IVF ครบ สังเกตอาการอย่างใกล้ชิด หลังจากนั้นให้วัดทุก 30 นาที หากพบ pulse pressure แคบน้อยกว่า 20 มิลลิเมตรปรอท ชีพจรเบาฟังไม่ชัดหรือชีพจรเร็วผิดปกติต้องรีบรายงานแพทย์
6. สังเกตอาการแสดงของภาวะช็อกอย่างใกล้ชิด ได้แก่ มือ เท้าเย็น กระสับกระส่าย หายใจเร็ว หัวใจเต้นเร็ว ชีพจรเบาเร็ว สับสนไม่รู้สึกตัวให้รีบรายงานแพทย์

ประเมินผล

1. สัญญาณชีพ : อุณหภูมิร่างกาย 37 องศาเซลเซียส ความดันโลหิต 90/50 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 110 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ออกซิเจนปลายนิ้วมือ 99 เปอร์เซ็นต์
2. ผู้ป่วยรู้สึกตัวดีไม่มีภาวะ prolong shock หลัง load IVF ครบ 200 ml ไม่มีเหนื่อยหอบ นอนราบได้ มีอ-เท้าอุ่น

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล 3 มีภาวะเสียสมดุลของเกลือแร่

ข้อมูลสนับสนุน

- S : มารดาบอกว่า “ ตั้งแต่ป่วย ตูซิม ๆ ไม่ค่อยกินอะไร อยากอาเจียนหลังกินน้ำ – กินข้าว”
O : อ่อนเพลีย, ผลตรวจ Electrolyte : Na 127.2 mmol/L

วัตถุประสงค์

ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะเสียสมดุลของเกลือแร่

เกณฑ์การประเมิน

1. ระดับความรู้สึกตัว, สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ
2. ไม่มีอาการปวดศีรษะ กล้ามเนื้อกระตุก ไม่มีคลื่นไส้อาเจียน

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินสัญญาณชีพทุก 1 ชั่วโมง ในระยะแรก หากผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลงที่รวดเร็วต้องติดตามสัญญาณชีพอย่างใกล้ชิด
2. ประเมินอาการแสดงภาวะขาดน้ำและเกลือแร่ในร่างกายเช่นระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลงริมฝีปากแห้ง ประเมินระดับความรู้สึกตัว อาการปวดศีรษะ กล้ามเนื้อกระตุก อาการอ่อนเพลีย ซึม คลื่นไส้อาเจียน
3. ดูแลให้ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ 5% D/NSS 1,000 ซีซีทางหลอดเลือดดำอัตรา 200 ซีซีต่อชั่วโมง ตามแผนการรักษาของแพทย์
4. แนะนำญาติดูแลสังเกตอาการระดับความรู้สึกตัว อาการแสดงภาวะขาดสารน้ำและเกลือแร่อย่างใกล้ชิด

การประเมินผล

1. ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี สัญญาณชีพ อุณหภูมิร่างกาย 37 องศาเซลเซียส ความดันโลหิต 90/50 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 110 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ออกซิเจนปลายนิ้วมือ 99 เปอร์เซ็นต์
2. ไม่มีอาการปวดศีรษะ กล้ามเนื้อกระตุก ไม่มีคลื่นไส้อาเจียน

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 4 มีโอกาสเกิดภาวะเลือดออกง่ายหยุดยากเนื่องจากเกล็ดเลือดต่ำ

ข้อมูลสนับสนุน

- S: -
O : CBC : PLT count 92,000 cell

วัตถุประสงค์

เพื่อป้องกันภาวะเลือดออกในร่างกาย

เกณฑ์การประเมิน

1. สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ
2. ไม่มีเลือดออกตามอวัยวะต่างๆทั้งภายในและภายนอกร่างกาย

กิจกรรมการพยาบาล

1. สังเกตลักษณะ จำนวนและตำแหน่งเลือดออกตามอวัยวะต่างๆทั้งภายในและภายนอกร่างกาย ได้แก่ เลือดออกตามไรฟัน เลือดกำเดาไหล อาเจียนเป็นเลือด ถ่ายดำ
2. แนะนำญาติดูแลและเฝ้าระวังการเกิดอุบัติเหตุหรือมีเหตุกระทบกระเทือนต่อผู้ป่วย เพื่อป้องกันภาวะเลือดออกตามผิวหนัง

3. วัดและบันทึกสัญญาณชีพทุก 1 ชั่วโมง ติดตามอาการของผู้ป่วย หากมีอาการเปลี่ยนแปลงที่รวดเร็วต้องติดตามอาการอย่างใกล้ชิด

4. ห้ามฉีดยาเข้ากล้ามเนื้อหรือทำหัตถการรุนแรง หลังการเจาะเลือดทุกครั้งต้องกดด้วยสำลีที่แห้งและปลอดเชื้อให้นานพอแน่ใจว่าเลือดหยุด

การประเมินผล

1. สัญญาณชีพ : อุณหภูมิกาย 37 องศาเซลเซียส ความดันโลหิต 90/50 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 110 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ออกซิเจนปลายนิ้วมือ 99 เปอร์เซ็นต์

2. ไม่มีเลือดออกตามอวัยวะต่างๆทั้งภายในและภายนอกร่างกาย เช่น เลือดกำเดาไหล เลือดออกทางไรฟัน อาเจียนเป็นเลือด ถ่ายดำ อาเจียนเป็นเลือด

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 5 เสี่ยงต่อการเกิดภาวะตัววาย

ข้อมูลสนับสนุน

S : มารดาบอกว่า “ ดูเพลียๆ ปวดท้อง วันนี้อาเจียน 1 ครั้ง”

O : ผลตรวจ LFT : SGOT = 161.94 U/L , SGPT 104.21 U/L

วัตถุประสงค์

ผู้ป่วยไม่มีภาวะตัววาย

เกณฑ์การประเมิน

1. สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ
2. ไม่มีอาการเหนื่อย อึดแน่นท้อง หรือปวดท้องรุนแรง ไม่มีคลื่นไส้อาเจียน

กิจกรรมการพยาบาล

1. ติดตามและประเมินสัญญาณชีพ ทุก 1-2 ชั่วโมง
2. เฝ้าระวังและติดตามอาการระบบประสาทอย่างใกล้ชิด หากผู้ป่วยมีอาการแพ้ อารยะวาด ระดับความรู้สึกตัวลดลง รีบรายงานแพทย์ทันที
3. ติดตามอาการเหนื่อย อึดแน่นท้อง หรือปวดท้องรุนแรง มีคลื่นไส้อาเจียน หากมีอาการเพิ่มขึ้นให้รายงานแพทย์ทันที
4. เพิ่มการดูแลระบบการป้องกันการติดเชื้อ โดยเน้น Sterile technique เนื่องจากผู้ป่วยมีโอกาสติดเชื้อตาม IV site, ทางเดินหายใจ ทางเดินปัสสาวะและระบบอื่นๆ
5. ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ กรณีมีการส่งตรวจเพิ่ม เช่น LFT หากพบว่าผิดปกติรายงานแพทย์ทราบทันที

การประเมินผล

1. สัญญาณชีพ : อุณหภูมิกาย 37 องศาเซลเซียส ความดันโลหิต 90/50 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 110 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ออกซิเจนปลายนิ้วมือ 99 เปอร์เซ็นต์

2. ไม่มีอาการเหนื่อย ไม่มีอาการอึดแน่นท้อง หรือปวดท้องรุนแรง ไม่มีคลื่นไส้อาเจียน

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ 6 เสี่ยงต่อภาวะทรุดลงขณะส่งต่อ

ข้อมูลสนับสนุน

S :-

O : ผู้ป่วยมีความเจ็บป่วยอยู่ในระยะวิกฤต

: แพทย์ประสานส่งต่อไปโรงพยาบาลกำแพง

วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลและเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิดและปลอดภัย

เกณฑ์การประเมิน ไม่มีภาวะทรุดลงถึงโรงพยาบาลปลายทางอย่างปลอดภัย

กิจกรรมการพยาบาล

ก่อนเคลื่อนย้าย

1. ประสานการส่งต่อ ส่งข้อมูลอาการของผู้ป่วยก่อนส่งต่อให้โรงพยาบาลกำแพงเพชร ทั้งประวัติการรักษาที่ได้รับลงในไลน์โปรแกรม THAI REFER
2. จัดทีมพยาบาลส่งต่อที่ผ่านการอบรมช่วยฟื้นคืนชีพ อุปกรณ์ที่สำคัญในการช่วยชีวิตให้มีเพียงพอและพร้อมใช้
3. ประเมินอาการ ตรวจวัดสัญญาณชีพก่อนส่งต่อพร้อมบันทึกและรายงานแพทย์ทราบ
4. ย้ายผู้ป่วยขึ้นรถส่งต่อด้วยความนุ่มนวลเพื่อลดการกระทบกระแทกต่อตัวผู้ป่วย

ขณะเคลื่อนย้าย

5. เผื่อระวังติดตามประเมินอาการและสัญญาณชีพ อาการปวดท้อง เหนื่อยหอบ ทุก 15 นาที รายงานแพทย์หากมีการเปลี่ยนแปลงสัญญาณชีพ
6. ให้ออกซิเจนแก่ผู้ป่วยได้รับสารน้ำ 5%D/NSS ปริมาณ 1,000 ซีซี ผ่านเครื่องควบคุมการให้น้ำทางหลอดเลือดดำ อัตรา 200 ซีซีต่อชั่วโมง
7. เผื่อระวังอาการและอาการแสดงของภาวะเลือดออกง่าย ภาวะพร่องออกซิเจน
8. ดูแลกำกับพนักงานขับรถด้วยความระมัดระวัง ไม่ให้เกิดอุบัติเหตุระหว่างส่งต่อ

หลังเคลื่อนย้าย

9. ส่งข้อมูลให้กับพยาบาลหรือผู้ป่วยเด็กโรงพยาบาลกำแพงเพชรถึงอาการและอาการเปลี่ยนแปลงระหว่างส่งต่อ แผนการพยาบาลที่ได้รับพร้อมเอกสารการส่งต่อ

การประเมินผล

1. ผู้ป่วยไม่มีภาวะทรุดลง ระดับความรู้สึกดี E4M5V6
2. สัญญาณชีพ อุณหภูมิกาย 37 องศาเซลเซียส ความดันโลหิต 87/50 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 112 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 22 ครั้ง/นาที ออกซิเจนปลายนิ้วมือ 99 เปอร์เซ็นต์

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ 7 ส่งเสริมให้ความรู้ในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อของโรคไขเลือดออก

ข้อมูลสนับสนุน

- S : ญาติสอบถามเรื่องการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน กลัวว่าจะกลับเป็นซ้ำและกลัวแพร่เชื้อคนในบ้าน
- O : ผลตรวจเลือดจากห้องปฏิบัติการ CBC (นัดติดตามอาการหลังกลับบ้าน 1 สัปดาห์)

วัตถุประสงค์

เพื่อให้ญาติคลายกังวลและดูแลผู้ป่วยที่บ้านได้ถูกต้อง

เกณฑ์การประเมินผล

1. ญาติเข้าใจ และตอบวิธีการปฏิบัติตัวขณะกลับไปอยู่บ้านได้ถูกต้อง
2. ญาติคลายกังวล มีสีหน้าสดชื่นขึ้น

กิจกรรมการพยาบาล

1. อธิบายหลังความเจ็บป่วยเกี่ยวกับการกลับเป็นซ้ำของโรคไขเลือดออกแดงก็ เนื่องจากเชื้อไวรัสก่อโรคมี่ 4 สายพันธุ์การป้องกันที่ดีที่สุดคือการป้องกันยุงลายกัด
2. เน้นการปฏิบัติตัวหลังกลับบ้าน 1-2 สัปดาห์ควรงดกิจกรรมเล่นกีฬาหรือทำกิจกรรมที่มีกระทบกระแทกเพราะ อาจจะมีอาการเลือดออกง่าย ดูแลความสะอาดของร่างกายและผิวหนัง อาการผิดปกติที่ต้องมาโรงพยาบาล
3. ให้คำแนะนำแก่มารดา ระยะติดต่อโรคไขเลือดออกแดงก็ไม่ได้ติดต่อกันสู่คน การแพร่จากคนหนึ่งไปอีกคนหนึ่ง ได้โดยมียุงลายเป็นพาหะของโรคที่สำคัญซึ่งเป็นยุงที่อยู่ใกล้ชิดคนมากโดยยุงลายตัวเมียจะดูดเลือดคนที่มึเชื้อไวรัสแดงก็อยู่ในกระแสเลือด(ในช่วงที่มีไข้สูง) เข้าไป เชื้อไวรัสจะเพิ่มจำนวนในตัวยุงประมาณ 8-10 วัน พร้อมทั้งจะปล่อยเชื้อไวรัสแดงก็ให้กับคนที่ถูกกัดครั้งต่อไปได้ตลอดอายุของยุงตัวเมียซึ่งอยู่ได้นาน 30-45 วัน การแพร่กระจายเชื้อจะต่อเนื่องกันเป็นลูกโซ่

ถ้ามียุ่งและคนที่เชื่อไวรัสเด็งก็อยู่ในชุมชนที่มีคนหนาแน่น จึงจะเป็นระยะติดต่อยุงสู่คนได้จึงต้องช่วยกันกำจัดยุงลาย แหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายตามที่อยู่อาศัย

4. หากพบคนในบ้านหรือบ้านใกล้เคียงมีไข้สูงเกิน 2 วัน ควรมาพบแพทย์เพื่อได้รับการวินิจฉัยโรคได้ตั้งแต่ระยะแรก

การประเมินผล

1. ญาติรับฟังคำแนะนำ เข้าใจและตอบวิธีการปฏิบัติตัวขณะกลับไปอยู่บ้านได้ถูกต้อง
2. ญาติสีหน้าคลายกังวล มีสีหน้าสดชื่นขึ้น

สรุปกรณีศึกษา

ผู้ป่วยเด็กเพศหญิง อายุ 6 ปี ปฏิเสธโรคประจำตัว มาตรวจเลือดตามแพทย์นัด แรกรับที่งานผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยเดินมาเอง ช่วยเหลือตัวเองได้ดี E4V5M6 สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 37.3 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 108 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 90/60 มิลลิเมตรปรอท ขณะนั่งรอตรวจมีอาการและอาการแสดงของภาวะช็อก สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.9 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 112 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 22 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 80/50 มิลลิเมตรปรอท มีปวดท้อง ซึมลง มือเย็น ให้การรักษาตามแนวทางการรักษาโรคไข้เลือดออกในระยะช็อก ส่งตัวไปโรงพยาบาลกำแพงเพชร ปัญหาการพยาบาลที่สำคัญ 1. เสี่ยงต่อการเกิดอาการเปลี่ยนแปลงขณะรอตรวจ 2. มีภาวะช็อกเนื่องจากการรั่วของพลาสมา 3. เกิดภาวะเสียสมดุลของเกลือแร่ 4. เสี่ยงต่อภาวะเลือดออกง่ายเนื่องจากเกร็ดเลือดต่ำ 5. เสี่ยงต่อการเกิดภาวะตับวาย 6. เสี่ยงต่อภาวะทรุดลงขณะส่งต่อ 7. ส่งเสริมให้ความรู้ในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อของโรคไข้เลือดออก ในระหว่างส่งต่อไม่มีภาวะแทรกซ้อนได้ให้การพยาบาลให้สารน้ำ เฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลง ให้คำแนะนำการดูแลตนเองจนผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะช็อกไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนให้คำแนะนำเรื่องการปฏิบัติขณะส่งต่อระยะเวลาที่เข้ารักษาจำนวน 3 วัน มีนัดติดตามอาการ 1 สัปดาห์ที่โรงพยาบาลไทรงาม

วิจารณ์

จากกรณีศึกษาผู้ป่วยรายนี้เป็นโรคไข้เลือดออกเด็งกี มาด้วยอาการไข้ คลื่นไส้ อาเจียนมารักษาโรงพยาบาลไทรงามได้รับการคัดกรอง ตรวจวินิจฉัยโรคได้ถูกต้องแม่นยำ พยาบาลผู้ป่วยนอกจึงมีบทบาทสำคัญในการดูแล การเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลง เพื่อรายงานแพทย์ และให้การช่วยเหลือผู้ป่วยให้ได้รับการรักษาพยาบาล รวดเร็ว ทันเวลา ผู้ป่วยได้รับการส่งไปนอนรักษาต่อโรงพยาบาลกำแพงเพชรซึ่งในการส่งต่อผู้ป่วยต้องส่งข้อมูลการเจ็บป่วย การรักษาที่ได้รับเพื่อให้เกิดความต่อเนื่องในการดูแลรักษาต่อไป

ข้อเสนอแนะ

1. พยาบาลควรตระหนักในการคัดกรอง การเฝ้าระวัง การประเมิน การค้นหาผู้ป่วยในระยะช็อกเพื่อป้องกันภาวะวิกฤตและป้องกันภาวะแทรกซ้อนได้
2. ควรทบทวนและปรับปรุงแนวทางการปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง เพื่อให้บุคลากรมั่นใจในการดูแลรักษาผู้ป่วยต่อไป

สรุป

ระยะช็อกของโรคไข้เลือดออกเป็นภาวะวิกฤตที่เป็นอันตรายต่อชีวิต ต้องได้รับการดูแล และสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงใกล้ชิด พยาบาลต้องเฝ้าระวังติดตามอาการ วัดสัญญาณชีพ คอยติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เพื่อเฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลง เมื่อเข้าสู่ระยะช็อกต้องได้รับการประเมิน แก้ไข และให้การพยาบาลตามแผนการรักษาของแพทย์ ในภาวะวิกฤตอย่างรวดเร็ว กรณีที่มีความจำเป็นต้องได้รับสารน้ำ จะต้องให้การดูแลอย่างใกล้ชิด เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้ บทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตตั้งแต่การคัดกรอง ประเมิน การวินิจฉัยทางการพยาบาล การให้การพยาบาลตามกระบวนการ ตลอดจนการส่งต่อและจำหน่ายผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง ปลอดภัย



เอกสารอ้างอิง

1. จริยา ประรัญ. การพยาบาลเด็กป่วยโรคไข้เลือดออกที่มีภาวะช็อก : กรณีศึกษา. ราชวดีสาร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์. 2563;10(1):121-35.
2. ภาควิชากุมารเวชศาสตร์. แนวทางการวินิจฉัยและการดูแลรักษา โรคติดเชื้อไวรัสเดงกี. [ม.ป.ท.]:[ม.ป.ป.]
3. กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ สสจ.จังหวัดกำแพงเพชร. สถานการณ์โรคไข้เลือดออกจังหวัดกำแพงเพชร. [ออนไลน์]. [เข้าถึงเมื่อ 21 ต.ค. 66]. เข้าถึงได้จาก : <https://mis.kpo.go.th/web-cdc/>
4. สุกงภัทร์ พรหมอยู่ .การพยาบาลผู้ป่วยไข้เลือดออก : กรณีศึกษา. วารสารและวิชาการสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร . 2563;1(1):86-90.
5. โรส ภักดีโต, จูไร อภัยจิรรัตน์, พัชมน อันโต. โรคไข้เลือดออกเดงกีในเด็ก: บทบาทสำคัญของพยาบาล. Thai Red Cross Nursing Journal. 2017;10(1):55-65.
6. กองโรคติดต่อหน้าโดยแมลง กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.ยุทธศาสตร์การจัดการ โรคติดต่อหน้าโดยแมลง พ.ศ. 2566 – 2575: Vector -borne Disease Management Strategy 2023-2032. กรุงเทพฯ:อักษรกราฟฟิคแอนด์ ดีไซน์;2565.
7. เบญจวรรณลิ้ม พิพัฒน์วงศ์. การพยาบาลผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก(DHF): กรณีศึกษา. Academic Journal of Mahasarakham Provincial Public Health Office. 2020;13-22.
8. ปานจิต โพธิ์ทอง. การพยาบาลผู้ป่วยไข้เลือดออกเดงกีที่มีภาวะวิกฤต. APHEIT Journal of Nursing and Health. 2020;2(3):1-15.
9. Waleerattanapa R. ผลของการใช้แบบประเมินการคัดกรองโดยใช้สัญญาณเตือน ภาวะวิกฤตร่วมกับการดูแลตาม มาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคไข้เลือดออกต่อผลลัพธ์การ ปฏิบัติการพยาบาลในสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติ มหาราชนี. Journal of The Department of Medical Services. 2022;47(2):78-85.
10. วาริณีญ์ แสนยศ, วนิดา ยินยง, นวรัตน์ กล้าทองกุล. บทบาทการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก. วารสารการพยาบาล. 2564;70(3):49-56.



Nursing Care for Systemic Lupus Erythematosus patient with Pneumonia : A Case Study at Out-Patient department

Vilaiwan Srijaiwong, B.N.S.*

Abstract

Introduction : Systemic Lupus Erythematosus (SLE) is a chronic autoimmune disease affect self-immune system resulting in widespread inflammation and multi organs damage. SLE is the cause of various pulmonary diseases including pneumonia with respiratory failure complication, which is a leading cause of death. Nurses need to know the pathophysiology, signs, symptoms and complications of this disease to assess, monitor and plan for appropriate nursing care then the patient will receive the effective care without complication.

Objective : To demonstrate the effective nursing care of SLE with pneumonia at out-patient department (OPD).

Case Study : A 40 years old Thai female with SLE diagnosis for 3 years, 2 years of asthma treated from Naresuan university hospital then transferred to follow up at Kamphaeng Phet hospital for 1 year; presented with 3 days of fever, cough, dyspnea underwent nebulizer, medicine injection and home medication at Emergency room and appointed to follow up at OPD. During OPD visit, she still had fever, thick yellow sputum with cough, dyspnea, and minimal chest pain. Her physical examination revealed body temperature of 38.2 °C, pulse 122 bpm, respiratory rate 24 bpm, high blood pressure of 170/90 mmHg. The diagnosis was SLE with pneumonia and planned for treatment at OPD. The main nursing problems were: 1) Susceptible to be hypoxia from ineffective oxygen exchange by pneumonitis, 2) Respiratory tract infection from pneumonia and SLE, 3) Discomfort from abnormal high body temperature, 4) Hypertension due to inappropriate self-care, 5) Malnutrition risk due to loss of appetite, 6) patient and relatives concerned of this illness and 7) Lack of knowledge to prevent the recurrence of this disease and home self-care. After provided the nursing care to prevent infection, relieved discomfort and concerns, educated and promoted self-care with disease information along with high dose of steroids and antibiotic drugs, the patient clinical presentation improved with no cough, no dyspnea, no fever, increased appetite and felt better. Her chest x-rays showed normal. Her physical examination revealed normal and continued follow up at internal medical department, OPD.

Summary of Case Study Results : The patient recovered without complication, appropriate quality of life. From this case study can be implemented into the guideline of SLE with pneumonia in the future.

Keywords : Systemic Lupus Erythematosus, pneumonia, nursing care

*Registered nurse, Kamphaeng Phet Hospital

การพยาบาลผู้ป่วยโรคแพ้ภูมิตัวเองที่มีภาวะปอดอักเสบ : กรณีศึกษาแผนกผู้ป่วยนอก

วิไลวรรณ ศรีใจวงศ์, พย.บ.*

บทคัดย่อ

บทนำ : โรคแพ้ภูมิตัวเอง (Systemic lupus erythematosus) เป็นโรคที่เกิดจากความผิดปกติของระบบภูมิคุ้มกันที่ทำลายเนื้อเยื่อภายในร่างกายของตนเองจนเกิดการอักเสบ ส่งผลกระทบต่อระบบต่างๆ ของร่างกาย โรคแพ้ภูมิตัวเอง สามารถทำให้เกิดโรคปอดได้หลายชนิด ซึ่งภาวะปอดอักเสบเป็นภาวะหนึ่งที่เกิดขึ้นในโรคแพ้ภูมิตัวเอง และเป็นภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญที่ทำให้เกิดระบบหายใจล้มเหลวซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิต พยาบาลจึงต้องมีความรู้ความเข้าใจพยาธิสภาพของโรค อาการแสดงและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น เพื่อให้สามารถประเมินปัญหาพร้อมกับวางแผนการพยาบาลได้อย่างเหมาะสม ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่มีประสิทธิภาพ ปลอดภัย และไม่มีภาวะแทรกซ้อน

วัตถุประสงค์: เพื่อให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคแพ้ภูมิตัวเองที่มีภาวะปอดอักเสบในแผนกผู้ป่วยนอกอย่างมีประสิทธิภาพ

กรณีศึกษา : ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 40 ปี มีประวัติเป็นโรคแพ้ภูมิตัวเอง มา 3 ปี เป็นโรค Asthma มา 2 ปี ได้รับการรักษาที่โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนครสวรรค์ และย้ายกลับมารับยาต่อเนื่องจากที่โรงพยาบาลกำแพงเพชรได้ 1 ปี ผู้ป่วยมาโรงพยาบาลด้วย 3 วันก่อนมา มีอาการไข้ ไอ เหนื่อย มารักษาที่ห้องฉุกเฉิน ฟันยา ฉีดยาและยาไปรับประทานที่บ้าน วันนี้ มาตรวจตามนัด ยังมีไข้ ไอมีเสมหะเหลืองข้น มีหายใจเหนื่อย มีเจ็บหน้าอกเล็กน้อย แรกเริ่ม อุณหภูมิ 38.2 องศาเซลเซียส ชีพจร 122 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 24 ครั้ง/นาที ความดันโลหิตสูง 170/90 มิลลิเมตรปรอท ได้รับการวินิจฉัยโรคแพ้ภูมิตัวเองที่มีภาวะปอดอักเสบ ได้รับการรักษาและติดตามอาการแบบผู้ป่วยนอก ปัญหาทางการพยาบาลที่สำคัญ คือ 1. ผู้ป่วยเสี่ยงต่อภาวะเนื้อเยื่อของร่างกายพร่องออกซิเจนเนื่องจากประสิทธิภาพในการแลกเปลี่ยนก๊าซที่ปอดลดลงจากพยาธิสภาพของโรคปอดอักเสบ 2. ผู้ป่วยมีการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจเนื่องจากการอักเสบของปอด และภูมิต้านทานต่ำจากโรคแพ้ภูมิตัวเอง 3. ไม่สุขสบายเนื่องจากมีอุณหภูมิในร่างกายสูงกว่าปกติ 4. มีความดันโลหิตสูงเนื่องจากพฤติกรรมในการดูแลตนเองไม่เหมาะสม 5. เสี่ยงต่อการได้รับอาหารและน้ำไม่เพียงพอเนื่องจากรับประทานอาหารได้น้อย 6. ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวลเกี่ยวกับความเจ็บป่วย 7. ผู้ป่วยและญาติขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคปอดอักเสบ และการปฏิบัติดูแลตนเองที่บ้าน ให้การพยาบาลเพื่อป้องกันการติดเชื้อ ดูแลช่วยเหลือบรรเทาอาการไม่สุขสบาย ลดความวิตกกังวล ให้ความรู้และส่งเสริมการดูแลตนเองและได้รับการรักษาด้วยสเตียรอยด์ขนาดสูงร่วมกับยาปฏิชีวนะ ผลการรักษาพยาบาล พบว่าผู้ป่วยอาการทางคลินิกดีขึ้น ไม่มีไข้ ไม่มีหายใจเหนื่อยหอบ ไม่มีไข้ ไม่มีอาการอ่อนเพลีย รับประทานอาหารได้ ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการและผลเอกซเรย์ปกติ น้ำหนัก 72 กิโลกรัม สัญญาณชีพปกติ ผู้ป่วยมีนัดติดตามอาการอย่างต่อเนื่องที่คลินิกอายุรกรรม

สรุปผลกรณีศึกษา : ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน มีคุณภาพชีวิตที่ดีตามอัตรภาพ จากกรณีศึกษารั้งนี้ สามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยโรคแพ้ภูมิตัวเองที่มีภาวะปอดอักเสบ

คำสำคัญ : โรคแพ้ภูมิตัวเอง ภาวะปอดอักเสบ การพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบ

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลกำแพงเพชร

บทนำ

โรคแพ้ภูมิตัวเอง (Systemic lupus erythematosus: SLE) เป็นโรคที่เกิดจากระบบภูมิคุ้มกันทำลายเนื้อเยื่อและอวัยวะของตนเอง ส่งผลกระทบต่อระบบการทำงานต่างๆภายในร่างกาย เช่น ผิวหนัง ข้อ ไต หัวใจ หลอดเลือด สมอ และปอด¹ พบมากที่สุด ในหญิงวัยเจริญพันธุ์ อายุ 15-45 ปี (ร้อยละ 90) ความชุกอยู่ระหว่าง 15 ถึง 50 รายต่อ 100,000 คน โดยมีอุบัติการณ์ใหม่ระหว่าง 1.8 ถึง 4.6 รายต่อ 100,000 คนต่อปี² สาเหตุการเกิดโรคไม่ทราบแน่ชัด แต่มีปัจจัยที่เกี่ยวข้อง เช่น พันธุกรรม เชื้อโรค แสงแดด และสิ่งแวดล้อม อาการอาจมีเพียงบางระบบหรือหลายระบบร่วมกัน มีตั้งแต่อาการเพียงเล็กน้อยจนรุนแรงถึงแก่ชีวิตได้³ การดำเนินโรคจะค่อยเป็นค่อยไป ในปัจจุบันยังไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ แต่สามารถควบคุมความรุนแรงของโรคได้ โรคจะแสดงอาการกำเริบเป็นระยะๆ ขึ้นอยู่กับอวัยวะที่เกิดการอักเสบ⁴ ถ้าเกิดขึ้นที่ปอด ทำให้เกิดโรคปอดได้หลายชนิด เช่น เยื่อหุ้มปอดอักเสบ ปอดอักเสบ อีกทั้งผู้ป่วยโรคแพ้ภูมิตัวเองยังเป็นกลุ่มที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคที่ทำให้เกิดปอดอักเสบได้ค่อนข้างสูงมากกว่ากลุ่มอื่น เนื่องจากตัวของโรคเองที่มีความบกพร่องของระบบภูมิคุ้มกันร่วมกับการรักษาที่มีการใช้ยาสเตียรอยด์และยากดภูมิคุ้มกัน เมื่อมีเชื้อโรคหรือสิ่งแปลกปลอมอื่นๆ เข้าไปในเนื้อปอด ทำให้ปอดติดเชื้อและเกิดปอดอักเสบได้ง่ายขึ้น การแลกเปลี่ยนอากาศระหว่างถุงลมและปอดทำได้ไม่ดี ทำให้เกิดอาการไอ หายใจหอบเหนื่อย ในรายที่มีอาการรุนแรงมาก จะมีภาวะการหายใจล้มเหลวอาจทำให้เสียชีวิตได้⁵

การรักษาผู้ป่วยโรคแพ้ภูมิตัวเองที่มีภาวะปอดอักเสบจะขึ้นอยู่กับระยะเวลาการเป็นโรค ชนิดของเชื้อโรคและความรุนแรงของโรค การรักษาแพทย์จะพิจารณาใช้ยาสเตียรอยด์ขนาดสูง หรือให้ยาปฏิชีวนะตามชนิดของเชื้อที่เป็นสาเหตุ และการรักษาตามอาการจนอาการหายดี⁶ เป้าหมายของการดูแลรักษา คือ ทำให้อาการกำเริบเข้าสู่ภาวะปกติให้เร็วที่สุด และรักษาภาวะสงบให้นานที่สุด ลดปัจจัยกระตุ้นให้เกิดการกำเริบของโรค รวมถึงการปฏิบัติตัวที่ดีของผู้ป่วย การเลือกใช้ยาที่ถูกต้อง การให้ความร่วมมือในการรักษา ความตั้งใจและอดทนจะสามารถควบคุมการกำเริบของโรคได้⁷ การพยาบาลที่สำคัญ คือ การให้คำแนะนำและให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อ เนื่องจากผู้ป่วยโรคแพ้ภูมิตัวเองได้รับการรักษาด้วยยาสเตียรอยด์และยากดภูมิคุ้มกัน ทำให้ภูมิต้านทานต่ำเกิดการติดเชื้อได้ง่าย เน้นการส่งเสริมสุขภาพในการดูแลตนเอง แนะนำเรื่องการดูแลร่างกายให้สะอาด การได้รับสารอาหารอย่างเพียงพอและเหมาะสม และช่วยให้ผู้ป่วยและญาติได้มีความรู้ความเข้าใจในเรื่องพยาธิสภาพของโรค อาการและอาการแสดง การให้ยา และผลข้างเคียงจากยา รวมถึงการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคแพ้ภูมิตัวเอง และโรคปอดอักเสบทั้งด้านร่างกาย อารมณ์ จิตใจของผู้ป่วยและครอบครัว⁸

จากสถิติของผู้ป่วยโรคแพ้ภูมิตัวเอง ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลกำแพงเพชรแผนกผู้ป่วยนอกในปี 2564 2565 และ 2566 พบผู้ป่วยเป็นจำนวน 264 264 และ 270 ราย ตามลำดับ ผู้ป่วยโรคแพ้ภูมิตัวเองที่มีภาวะปอดอักเสบ เป็นจำนวน 23, 16 และ 17 ราย และยังพบว่า โรคปอดอักเสบ เป็นสาเหตุการตาย 5 อันดับแรกของโรงพยาบาลกำแพงเพชร⁹ การดูแลผู้ป่วยโรคแพ้ภูมิตัวเองที่มีภาวะปอดอักเสบจึงมีความยุ่งยากซับซ้อน การดูแลผู้ป่วยที่สำคัญ คือ การคัดกรองที่ถูกต้อง และรวดเร็ว ผู้ป่วยได้รับวินิจฉัยเร็ว รักษาทันทั่วทั้ง¹⁰ พยาบาลสามารถคัดกรองและประเมินปัญหาสุขภาพของผู้ป่วยได้อย่างครอบคลุม มีการวางแผนการพยาบาลผู้ป่วยอย่างองค์รวม ใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ ผู้ป่วยได้รับการดูแลช่วยเหลืออย่างรวดเร็ว ปลอดภัย และไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน ช่วยให้ผู้ป่วยมีสุขภาพที่ดี สามารถกลับไปใช้ชีวิตได้อย่างมีความสุข กรณีศึกษาจึงมีวัตถุประสงค์เพื่อการพยาบาลผู้ป่วยโรคแพ้ภูมิตัวเองที่มีภาวะปอดอักเสบอย่างมีประสิทธิภาพ

กรณีศึกษา

ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 40 ปี เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย ศาสนาพุทธ สถานภาพสมรส คู่ ระดับการศึกษา ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 อาชีพรับจ้าง สิทธิประกันสังคมโรงพยาบาลกำแพงเพชร

อาการสำคัญ

มาตรวจตามแพทย์นัดเพื่อตรวจเลือด และติดตามอาการ วันนี้

ประวัติเจ็บป่วยในปัจจุบัน

3 ปีก่อนมา ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่า เป็นโรคแพ้ภูมิตัวเอง รับการรักษาที่โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนเรศวร รับประทานยาต่อเนื่อง ไม่ขาดยา

1 ปีก่อนมา ย้ายมารับยาโรคแพ้ภูมิตัวเองต่อเนื่องโรงพยาบาลกำแพงเพชร



3 วันก่อนมา มีอาการไข้ ไอ เหนื่อย มารักษาที่แผนกฉุกเฉิน โรงพยาบาลกำแพงเพชร พ่นยา ฉีดยาให้ และได้ยาไปรับประทาน นัดมาติดตามที่แผนกผู้ป่วยนอก คลินิกอายุรกรรม

วันนี้ มาตามนัด ตรวจเลือด และติดตามอาการที่แผนกผู้ป่วยนอก

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต

ผู้ป่วยมีโรคไขมันในเลือดสูง มา 1 ปี และโรค asthma มา 2 ปี รักษาต่อเนื่องที่โรงพยาบาลกำแพงเพชร ในด้านพฤติกรรมสุขภาพ ไม่เคยใช้สารเสพติด ไม่สูบบุหรี่ ไม่ดื่มสุรา

ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว:

ผู้ป่วยมีบุตร 2 คน บุตรชาย 1 คน บุตรสาว 1 คน ผู้ป่วยอาศัยอยู่กับสามี และบุตร 2 คน บิดามารดาเป็นโรคความดันโลหิตสูง

ประวัติการแพ้ยา : ปฏิเสธการแพ้ยา และสารเคมี

ประเมินสภาพร่างกายตามระบบ

รูปร่างทั่วไป : รูปร่างค่อนข้างอ้วน น้ำหนัก 72 กิโลกรัม ส่วนสูง 158 เซนติเมตร BMI=28.84

สัญญาณชีพ : อุณหภูมิกาย 38.2 องศาเซลเซียส ชีพจร 122 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 24 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 170/90 มิลลิเมตรปรอท ค่า Oxygen saturation 96%

ระบบประสาท : รู้สึกตัวดี ตอบคำถามได้ พูดคุยได้ การรับรู้เวลา สถานที่ บุคคลปกติ E₄M₆V₅, GCS=15 คะแนน

ผิวหนัง : ผิวสองสี ไม่มีจ้ำเลือด ไม่มีแผล

ศีรษะและใบหน้า : ผมยาวสีดำ ศีรษะไม่มีบาดแผล คลำไม่พบต่อมน้ำเหลือง ตา 2 ข้าง สมมาตรกัน มองเห็นปกติ ไบฮู จมูก ปาก มีลักษณะภายนอกปกติ

ทรวงอกและทางเดินหายใจ : ทรวงอกรูปร่างปกติสมมาตรกัน หายใจเหนื่อย อัตราการหายใจ 24 ครั้ง/นาที ฟังปอดได้ยินเสียง wheezing ทั้ง 2 ข้าง

หัวใจและหลอดเลือด : การเต้นของหัวใจเต้นเร็ว 122 ครั้ง/นาที เส้นเลือดที่คอไม่โป่งพอง

ช่องท้องและทางเดินอาหาร : บริเวณหน้าท้องกดไม่เจ็บ ไม่มีแข็งตึง ท้องไม่อืด ไม่มีเส้นเลือดฝอยที่ผนังท้อง

กล้ามเนื้อและกระดูก : โครงสร้างร่างกายปกติ

ระบบทางเดินปัสสาวะ : ขับถ่ายปัสสาวะได้ตามปกติ ปัสสาวะปกติ ไม่มีฟอง ไม่มีเลือด กระเพาะปัสสาวะไม่โป่ง

ระบบอวัยวะสืบพันธุ์ : เต้านมปกติ อวัยวะสืบพันธุ์ภายนอกปกติ

สภาพจิตใจ : สิ้นหวังวิตกกังวล มีคำพูดที่บอกลถึงความกลัวเกี่ยวกับความเจ็บป่วย และวิตกกังวลเรื่องการรักษา

ผลการตรวจเอกซเรย์ : วันที่ 04 กรกฎาคม 2566 พบ reticular infiltration right lower lung

: วันที่ 08 กรกฎาคม 2566 และ วันที่ 19 กรกฎาคม 2566 ผลปกติ

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่สำคัญ

รายการสิ่งส่งตรวจ	ค่าปกติ	4 ก.ค.66	8 ก.ค.66	12 ต.ค.66
WBC	5.0-10.0 x10 ³ /uL	↑11.7	9.0	8
RBC	4.5-6.0 x10 ⁶ /uL	5.09	5.18	4.82
Neutrophil	43.7-70.9%	↑81.5	70.1	71.7
Lymphocyte	20.1-44.5%	↓14	22.9	20.1
Monocyte	3.4-9.8%	3.8	5.9	6.6
Platelet count	140-400/mL	292	294	243
Hct	42-52%	42.6	45.3	42.8
Hb	12-16 g / dL	14.5	15.3	14.9



รายการสิ่งส่งตรวจ	ค่าปกติ	4 ก.ค.66	8 ก.ค.66	12 ต.ค.66
ESR	0 – 20 mm./hr.	9	5	5
BUN	8-20mg/dL	13	-	15
Creatinine	0.72-1.18 mg/dL	0.77	0.84	0.73
eGFR	ml/min/1.73m ²	97	87	103
Na	136-146 mmol/L	137	-	135
K	3.4-4.5 mmol/L	3.9	-	3.7
Cl	101-109 mmol/L	100	-	103
CO2	21-31 mmol/L	24	-	22
FBS	74-106 mg/dL	118	-	101
CRP	< 10	-	-	8.98
Anti DNA	Negative	-	-	Negative

สรุปการดำเนินโรคขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

4 กรกฎาคม 2566 ผู้ป่วยมาตรวจตามนัดที่แผนกผู้ป่วยนอก คลินิกอายุรกรรม แรกเริ่ม มีไข้ ไอมีเสมหะเหลืองข้น ปวดศีรษะ มีเจ็บหน้าอกเล็กน้อย หายใจเหนื่อยไม่หอบ มีอาการอ่อนเพลีย รับประทานอาหารได้น้อย มีคลื่นไส้ไม่มีอาเจียน น้ำหนัก 72 กิโลกรัม อุณหภูมิร่างกาย 38.2 องศาเซลเซียส ชีพจร 122 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 24 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 170/90 มิลลิเมตรปรอท ค่า Oxygen saturation 95-96 % ฟังปอดได้ยินเสียง wheezing ทั้ง 2 ข้าง ผลตรวจเอกซเรย์พบ reticular infiltration right lower lung แพทย์ส่งตรวจ EKG พบ sinus tachycardia ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ CBC พบว่า มีการติดเชื้อ แพทย์วินิจฉัยว่ามีภาวะปอดอักเสบ ให้การรักษาโดยฉีดยา Dexamethasone 10 mg ทางหลอดเลือดดำ tussis Mixture จิบเวลาไอ 1-2 ชั่วโมง Azithromycin (250 mg) รับประทานครั้งละ 2 เม็ด วันละ 1 เวลา ก่อนอาหารเช้าเป็นเวลา 5 วัน ปรับยา (Prednisolone (5 mg) รับประทานครั้งละ 1 เม็ด วันละ 1 เวลา หลังอาหารเช้า ยาเสริมผู้ป่วย) โดยเพิ่มขนาดยาเป็น รับประทานครั้งละ 1 เม็ด วันละ 3 เวลา หลังอาหาร Paracetamol รับประทาน ครั้งละ 1 เม็ด ทุก 4-6 ชั่วโมง เวลา มีไข้หรือปวดศีรษะ ยา Bromhexine(5 mg) รับประทานครั้งละ 1 เม็ด วันละ 3 เวลา หลังอาหาร และ ให้ยา Symbicort Turbuhaler 1 puff ฟ่นเข้าทางปาก และเพิ่มยาลดความดันโลหิต Manidipine (20 mg) รับประทานครั้งละ 1 เม็ด วันละ 1 เวลา หลังอาหารเช้า แพทย์นัดติดตามอาการ 5 วัน พร้อมเจาะเลือด และเอกซเรย์ซ้ำ

8 กรกฎาคม 2566 ผู้ป่วยมาตรวจตามแพทย์นัด มีอาการไอน้อยลง มีเสมหะเล็กน้อย เหนื่อยเล็กน้อย ไม่หอบ ไม่มีเจ็บ หน้าอก ไม่มีไข้ ไม่มีอาการอ่อนเพลีย รับประทานอาหารได้มากขึ้น น้ำหนัก 72 กิโลกรัม อุณหภูมิร่างกาย 36.9 องศาเซลเซียส ชีพจร 103 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 22 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 156/78 มิลลิเมตรปรอท ฟังปอดเสียงปกติ ผลการตรวจเอกซเรย์ปกติ ผล การตรวจเลือดปกติ แพทย์ให้การรักษาแพทย์ปรับขนาด Prednisolone (5 mg) รับประทานครั้งละ 1 เม็ด วันละ 1 เวลา หลังอาหารเช้า แพทย์นัดติดตามอาการ 2 สัปดาห์พร้อมเอกซเรย์ และตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ

19 กรกฎาคม 2566 ผู้ป่วยมาตรวจตามแพทย์นัด อาการดีขึ้น ไอเล็กน้อย ไม่มีเสมหะ ไม่มีเหนื่อยหอบ น้ำหนัก 72 กิโลกรัม อุณหภูมิร่างกาย 36.5 องศาเซลเซียส ชีพจร 93 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 138/67 มิลลิเมตรปรอท ค่า Oxygen saturation 98% ฟังเสียงการหายใจปกติ ผลการตรวจเอกซเรย์ปกติ และตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจปกติ แพทย์ให้การรักษาโรค แพทย์มีตัวเองตามแผนรักษางเดิม แพทย์นัดตรวจอีก 3 เดือน พร้อมเจาะเลือดติดตามอาการ

12 ตุลาคม 2566 ผู้ป่วยมาตรวจตามนัด อาการทั่วไปปกติ ไม่มีไข้ ไอ ไม่มีเหนื่อยหอบ น้ำหนัก 72 กิโลกรัม อุณหภูมิร่างกาย 36.2 องศาเซลเซียส ชีพจร 74 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 18 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 128/72 มิลลิเมตรปรอท ค่า Oxygen saturation 98% ผลการตรวจเลือดปกติ แพทย์นัดตรวจและรับยาโรคแพภูมิตัวเองทุก 3 เดือนพร้อมเจาะเลือดติดตามอาการ ต่อเนื่องที่คลินิกอายุรกรรม

การวางแผนพยาบาล

พบว่า ผู้ป่วยมีปัญหาทางการพยาบาลที่สำคัญในช่วงระยะเวลาที่ศึกษา

1. ผู้ป่วยเสี่ยงต่อภาวะเนื้อเยื่อของร่างกายพร่องออกซิเจนเนื่องจากประสิทธิภาพในการแลกเปลี่ยนก๊าซที่ปอดลดลงจากพยาธิสภาพของโรคปอดอักเสบ
2. ผู้ป่วยมีการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจเนื่องจากการอักเสบของปอดและมีภูมิคุ้มกันต่ำจากโรคแพ้ภูมิคุ้มกันตัวเอง
3. ไม่สุขสบายเนื่องจากมีอุณหภูมิในร่างกายสูงกว่าปกติ
4. ผู้ป่วยมีความดันโลหิตสูงเนื่องจากพฤติกรรมในการดูแลตนเองไม่เหมาะสม
5. ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการได้รับอาหารและน้ำไม่เพียงพอเนื่องจากรับประทานอาหารได้น้อย
6. ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวลเกี่ยวกับความเจ็บป่วย
7. ผู้ป่วยและญาติขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคปอดอักเสบ และการปฏิบัติดูแลตนเองที่บ้าน

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อภาวะเนื้อเยื่อของร่างกายพร่องออกซิเจนเนื่องจากประสิทธิภาพในการแลกเปลี่ยนก๊าซที่ปอดลดลงจากพยาธิสภาพของโรคปอดอักเสบ

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยบอกว่า ไอ มีเสมหะสีเหลืองข้น มีเจ็บหน้าอกเล็กน้อย
2. หายใจเหนื่อยหอบ อัตราการหายใจ 24 ครั้ง/นาที ค่าความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือด 95-96%
3. มีไข้ อุณหภูมิร่างกาย 38.5 องศาเซลเซียส
4. ฟังปอดได้ยินเสียง wheezing ทั้ง 2 ข้าง
5. ผลภาพถ่ายรังสีปอดพบ reticular infiltration right lower lung

วัตถุประสงค์การพยาบาล

เพื่อให้ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะพร่องออกซิเจน

เกณฑ์การประเมินผล

1. ไม่มีภาวะพร่องออกซิเจน เช่น หายใจหอบเหนื่อย หายใจเร็วตื่น ไซ้กล้ามเนื้อหน้าท้องในการหายใจ ปลายมือปลายเท้าเขียว
2. อัตราการหายใจไม่เกิน 16-20 ครั้งต่อนาที ลักษณะการหายใจปกติ ไม่มีการหายใจเร็วแรงลึกหรือหายใจลำบาก
3. ความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือด มากกว่า 95 เปอร์เซ็นต์
4. ฟังปอดไม่มีเสียง wheezing
5. ผลเอกซเรย์ปอดปกติไม่มี infiltration

กิจกรรมการพยาบาล

1. คัดกรอง และประสานพยาบาลคลินิกอายุรกรรมเป็นผู้ป่วยเร่งด่วน
2. ชักประวัติและประเมินอาการพร่องออกซิเจน อัตราการหายใจ ปลายมือปลายเท้าเขียวคล้ำ เยื่อปมผิวหนังมีลักษณะการซีดเขียว และประเมินความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือด บันทึกลงใน Hos-XP
3. แนะนำสอนการหายใจที่มีประสิทธิภาพ โดยให้หายใจเข้าทางจมูกช้าๆ ให้เต็มปอดนับ 1-10 กลั้นลมหายใจ 2-3 วินาที แล้วจึงหายใจออกทางปากช้าๆ ซึ่งระยะเวลาหายใจออกยาวนานเป็นสองเท่าของการหายใจทำสลับกัน 5-10 ครั้ง
4. แนะนำและสอนการไออย่างมีประสิทธิภาพ โดยให้ผู้ป่วยหายใจเข้าออกลึกๆช้าๆ ทางจมูกและหายใจออกทางปาก ทำ 3 ครั้ง และในขณะที่หายใจเข้าครั้งสุดท้าย ให้กลั้นหายใจไว้นาน 3 วินาที ให้ผู้ป่วยอ้าปาก และไอออกมาจากส่วนลึกของลำคอ ประมาณ 3 ครั้ง เพื่อช่วยขับเสมหะ
5. ดูแลฉีดยา Dexamethasone 10 mg ทางหลอดเลือดดำ ที่ห้องฉีดยาแผนกผู้ป่วยนอก แนะนำการรับประทานยาสเตียรอยด์ โดยมีการเพิ่มยา Prednisolone (5 mg) รับประทานครั้งละ 1 เม็ด วันละ 3 เวลาหลังอาหารเช้า (ยาเดิมรับประทานครั้งละ 1 เม็ด วันละ 1 เวลา หลังอาหาร) ตามแผนการรักษา

6. แนะนำการพ่นขยายหลอดลม Symbicort Turbuhaler 1 puff พ่นเข้าทางปาก การรับประทานยาละลายเสมหะ ยา Bromhexine รับประทานครั้งละ 1 เม็ด วันละ 3 เวลาหลังอาหาร และยาแก้ไอ tussis Mixture จิบเวลาไอ 1-2 ช้อนชา ตามแผนการรักษา
7. แนะนำการพักผ่อนอย่างเพียงพอ ให้ญาติดูแลช่วยเหลือในการทำกิจกรรมต่างๆ เพื่อลดการใช้ออกซิเจน
8. แนะนำให้สังเกตอาการผิดปกติ เช่น หายใจเหนื่อยหอบมากขึ้น หายใจลำบาก ให้มาพบแพทย์ก่อนนัด
9. ติดตามผลเอกซเรย์ปอด

ประเมินผลการพยาบาล

1. ไม่มีอาการและอาการแสดงของภาวะพร่องออกซิเจน ทูเลาเหนื่อย ไม่มีปลายมือปลายเท้าเขียว
2. อัตราการหายใจไม่เกิน 20 ครั้งต่อนาที ลักษณะการหายใจปกติ ไม่มีการหายใจเร็วแรงลึกหรือหายใจลำบาก
3. ผลเอกซเรย์ปอดปกติ ไม่มี infiltration
4. ฟังปอดไม่มีเสียง wheezing

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2 ผู้ป่วยมีการติดเชื้อทางเดินหายใจเนื่องจากการอักเสบของปอด และภูมิคุ้มกันต่ำจากโรคแพ้ภูมิตัวเอง

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยบอกว่า ไอ มีเสมหะสีเหลืองข้น หายใจเหนื่อย
2. ผู้ป่วยโรคแพ้ภูมิตัวเอง รักษาโดยยาสเตียรอยด์และยากดภูมิคุ้มกัน ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะปอดอักเสบ
3. ผลการตรวจร่างกาย : อุณหภูมิร่างกาย 38.2 องศาเซลเซียส มีอัตราการหายใจ 24 ครั้งต่อนาที
4. ฟังเสียงปอดพบเสียง wheezing ทั้ง 2 ข้าง
5. ผลเอกซเรย์ปอดพบ reticular infiltration right lower lung
6. ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ WBC 11.7 cell/ml Neutrophil 81.5 % ↑ Lymphocyte 14% ↓

วัตถุประสงค์การพยาบาล

ผู้ป่วยไม่มีการติดเชื้อทางเดินหายใจ

เกณฑ์การประเมินผล

1. อุณหภูมิร่างกาย 36.5 - 37.5 องศาเซลเซียส
2. เสมหะลดลงหรือหมดไป ลักษณะไม่เหนียว ไม่มีสี
3. ผลเอกซเรย์ปอดปกติ หรือไม่มีความผิดปกติเพิ่มขึ้น
4. ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการปกติ WBC 5.0-10.0 x 10³ /uL Neutrophils 43.7-70.9 % Lymphocyte 20.1-44.5 %

กิจกรรมการพยาบาล

1. วัตถุประสงค์ยาฉีด โดยเฉพาะอุณหภูมิร่างกาย เพื่อประเมินเรื่องการติดเชื้อ ถ้ามีอุณหภูมิร่างกายมากกว่า 38.5 องศาเซลเซียส แนะนำการเช็ดตัวลดไข้เพื่อช่วยพาความร้อนออกจากร่างกาย และรับประทานยา paracetamol (500 mg) 1 tab oral prn ทุก 4-6 hrs. หลังจากนั้นวัดอุณหภูมิร่างกายซ้ำ 15-30 นาที
2. แนะนำให้ดูแลความสะอาดในช่องปากและฟัน เพื่อป้องกันการติดเชื้อทางเดินหายใจ
3. แนะนำให้ผู้ป่วยสังเกตลักษณะสี กลิ่นและปริมาณของเสมหะ มีการเปลี่ยนแปลงไปจากเดิมหรือไม่
4. ให้การพยาบาลด้วย technique universal precaution ล้างมือก่อนและหลังให้การพยาบาล ใส่ผ้าปิดปากและจุก เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ
5. ดูแลให้ได้รับยา Azithromycin (250 mg) รับประทานครั้งละ 2 เม็ด วันละ 1 เวลาก่อนอาหารเช้า และยา Prednisolone (5 mg) รับประทานครั้งละ 1 เม็ด วันละ 3 เวลาหลังอาหาร ตามแผนการรักษา แนะนำสังเกตอาการแพ้ยา เช่น ผื่นแดงคันตามร่างกาย ปากบวม หนังตาบวม แน่นหน้าอก หากพบอาการผิดปกติให้มาพบแพทย์ทันที
6. ติดตามผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ WBC, Neutrophils, Lymphocyte และผลเอกซเรย์ปอด

7. แนะนำให้หลีกเลี่ยงแสงแดด สถานที่แออัดที่คนหนาแน่น ไม่เข้าไปใกล้ผู้ที่กำลังติดเชื้อ เช่น ไข้หวัด แนะนำให้สังเกตอาการผิดปกติ เช่น ไข้สูง เหนื่อยหอบมากขึ้น ให้รีบมาปรึกษาแพทย์ทันที
8. แนะนำห้ามหยุดยาที่รักษาที่ทันหัน โดยเฉพาะสเตียรอยด์
9. แนะนำมาตามแพทย์นัดอย่างสม่ำเสมอ เพื่อประเมินภาวะโรค และปรับเปลี่ยนการรักษาให้เหมาะสม

การประเมินผลการพยาบาล

1. ผู้ป่วยอุณหภูมิร่างกายปกติ 36.2 - 36.9 องศาเซลเซียส
2. ผู้ป่วยทุเลาไอ ไม่มีเสมหะ ไม่มีอาการหอบเหนื่อย อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที
3. ผลเอกซเรย์ปอดปกติ
4. ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการปกติ WBC 9.0×10^3 /uL Neutrophils 70.1 % Lymphocyte 22.9%

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 3 ไม่สุขสบายเนื่องจากมีอุณหภูมิในร่างกายสูงกว่าปกติ

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยบอกว่า มีไข้ ปวดศีรษะ
2. มีอุณหภูมิร่างกาย 38.2 องศาเซลเซียส
3. สีหน้าไม่สุขสบาย อ่อนเพลีย

วัตถุประสงค์การพยาบาล

1. เพื่อให้ผู้ป่วยมีอุณหภูมิร่างกายปกติ น้อยกว่า 37.5 องศาเซลเซียส
2. เพื่อให้ผู้ป่วยมีความสุขสบาย พักผ่อนได้

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยมีอุณหภูมิร่างกายปกติ 36.5 – 37.5 องศาเซลเซียส
2. ผู้ป่วยไม่มีอาการปวดศีรษะ พักผ่อนได้

กิจกรรมการพยาบาล

1. ตรวจวัดสัญญาณชีพ เพื่อประเมินอุณหภูมิร่างกายผู้ป่วย
2. แนะนำให้เช็ดตัวลดไข้ให้นานอย่างน้อย 15-30 นาที และให้ดื่มน้ำมากๆ ประมาณ 2,000-3,000 ซีซี เพื่อช่วยระบายความร้อน
3. ดูแลให้ได้รับยา paracetamol (500 mg) 1 tab oral prn ทุก 4-6 hrs. ตามแผนการรักษา เมื่ออุณหภูมิร่างกายมากกว่า 38.5 องศาเซลเซียส ทุก 4-6 ชั่วโมง
4. ประเมินอุณหภูมิหลังเช็ดตัวให้ยาลดไข้แล้ว 30 นาที
5. แนะนำให้จัดสิ่งแวดล้อมให้สงบ และพักผ่อนให้เพียงพอ เพื่อลดการเผาผลาญและการใช้พลังงานของร่างกาย

ประเมินผลการพยาบาล

1. ผู้ป่วยไม่มีไข้ อุณหภูมิร่างกาย 36.2-36.9 องศาเซลเซียส
2. ผู้ป่วยสีหน้าสุขสบายขึ้น ไม่มีอาการอ่อนเพลีย ไม่มีปวดศีรษะ นอนหลับ พักผ่อนได้

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 4 ผู้ป่วยมีความดันโลหิตสูง เนื่องจากพฤติกรรมในการดูแลตนเองไม่เหมาะสม

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยบอกว่า ปวดศีรษะบ่อย ตีมน้ำและกาแฟทุกวัน ชอบรับประทานอาหารรสจัดและเค็ม ไม่ชอบออกกำลังกาย
2. ค่าความดันโลหิตสูง เท่ากับ 170/90 mmHg

วัตถุประสงค์การพยาบาล

1. เพื่อควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสม
2. เพื่อให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมในการดูแลตนเอง การรับประทานอาหาร และการออกกำลังกายที่เหมาะสม

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตน้อยกว่า 140/90 mmHg
2. ผู้ป่วยไม่มีอาการปวดศีรษะ ปัสสาวะปกติ
3. ผู้ป่วยสามารถปรับพฤติกรรมกรรมการรับประทานที่เหมาะสม สามารถลดอาหารรสเค็ม

กิจกรรมการพยาบาล

1. ให้ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง ทราบถึงปัจจัยเสี่ยงและพฤติกรรมกรรมการรับประทานอาหารที่มีความเสี่ยงที่ทำให้เกิดภาวะระดับความดันโลหิตสูง
2. แนะนำการปรับเปลี่ยนอาหารและพฤติกรรมกรรมการกินของผู้ป่วย โดยให้ลดเค็ม หลีกเลี่ยงอาหารแปรรูปต่างๆ และลดปริมาณการเติมซอส หรือเครื่องปรุงรสต่างๆ และเมนูอาหารที่มีปัจจัยส่งผลให้ระดับความดันโลหิตสูงขึ้น
3. แนะนำให้ผู้ผู้ป่วยมีการออกกำลังกายอย่างเหมาะสม โดยการเดินออกกำลังกายอย่างต่อเนื่อง โดยการกระดกส้นเท้า ปลายเท้า การยกและกางแขนออก การแกว่งแขน ถ้ามีแรงมากขึ้นให้เดินออกกำลังกาย เริ่มต้นวันละ 15 นาที และขยายเวลาจนถึง 30 นาที สัปดาห์ละ 3-5 วัน และในแต่ละวันอาจแบ่งเป็น 2-3 ครั้ง
4. แนะนำโดยการสนทนาสั่งสร้างแรงจูงใจในการรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรคความดันโลหิตสูง และลดปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดความดันโลหิตสูง
5. แนะนำให้ผู้ผู้ป่วยตรวจวัดค่าระดับความดันโลหิตประจำวันเพื่อดูความเปลี่ยนแปลง เพื่อเพิ่มแรงจูงใจ และการกระตุ้นในการทำกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเอง
6. แนะนำการรับประทานยาตามแผนการรักษาของแพทย์ คือ Manidipine (20 mg) รับประทานครั้งละ 1 เม็ด วันละ 1 ครั้ง หลังอาหารเช้า กรณีถ้ามีความดันโลหิตสูงมากกว่า 160/90 mmHg ให้รีบมาโรงพยาบาล
7. แนะนำให้สังเกตอาการของภาวะความดันโลหิตสูง ได้แก่ ปวดศีรษะ ปวดท้ายทอย ซาปลายเท้า คลื่นไส้ อาเจียน และติดตามระดับความดันโลหิตที่บ้าน หรือที่โรงพยาบาลส่งเสริมระดับตำบลใกล้บ้าน
8. แนะนำมาพบแพทย์ตามนัดทุกครั้ง เพื่อการติดตามอาการต่อเนื่อง แนะนำเรื่องวัดความดันที่บ้าน หรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลใกล้บ้านเพื่อจับบันทึกความดันโลหิต นำมาพบแพทย์คราวต่อไป

ประเมินผลการพยาบาล

1. ผู้ป่วยมีความรู้และสามารถตอบคำถามเกี่ยวกับการรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรคความดันโลหิตสูงได้อย่างถูกต้อง
2. ผลการตรวจวัดความดันโลหิต วันที่ 19 กรกฎาคม 2566 BP = 138/67 mmHg
วันที่ 12 ตุลาคม 2566 BP = 128/72 mmHg
3. ผู้ป่วยไม่มีอาการปวดศีรษะ ท้ายทอย หรือซาปลายเท้า

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 5 เสี่ยงต่อการได้รับอาหารและน้ำไม่เพียงพอเนื่องจากรับประทานอาหารได้น้อย

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยบอกว่า รับประทานอาหารได้น้อย มีคลื่นไส้ไม่มีอาเจียน
2. ผู้ป่วยดูอ่อนเพลีย ไม่มีแรง

วัตถุประสงค์การพยาบาล

เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับอาหารและน้ำให้เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยไม่มีอาการแสดงของภาวะขาดน้ำ คือ อ่อนเพลีย ผิวหนังแห้ง ริมฝีปากแห้ง ตาลึกโป้
2. ผู้ป่วยน้ำหนักตัวคงที่ไม่มีการเปลี่ยนแปลงที่ลดลง

กิจกรรมการพยาบาล

1. แนะนำให้ผู้ผู้ป่วยรับประทานอาหารเช้าครึ่งถ้วย แต่บ่อยครั้ง เพื่อลดอาการคลื่นไส้ ป้องกันการอาเจียน
2. แนะนำญาติให้จัดอาหารที่ผู้ป่วยชอบตามความเหมาะสม

3. แนะนำการดื่มน้ำ โดยให้จิบน้ำบ่อยๆ และสังเกตอาการขาดน้ำ เช่น อ่อนเพลีย ผิวหนังแห้ง ริมฝีปากแห้ง ตาลูกโป่ง
4. แนะนำการรักษาความสะอาดปากฟันเพื่อให้ปากสะอาด ช่วยลดอาการปากแห้ง และลดรสขม ทำให้มีความรู้สึกอยากอาหารเพิ่มขึ้น

การประเมินผลการพยาบาล

1. ผู้ป่วยไม่มีอาการแสดงของภาวะขาดน้ำ ไม่มีอาการผิปกด ไม่มีอาการอ่อนเพลีย ไม่มีคลื่นไส้อาเจียน
2. ผู้ป่วยนำหนักตัวคงที่เท่าเดิมไม่มีการเปลี่ยนแปลงที่ลดลง

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 6 ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวลเกี่ยวกับความเจ็บป่วย

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยถามว่า อาการเจ็บป่วยต้องนอนโรงพยาบาลไหม
2. ญาติซักถามเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยของผู้ป่วยบ่อย
3. ผู้ป่วยและญาติมีสีหน้าวิตกกังวล

วัตถุประสงค์การพยาบาล

1. เพื่อคลายความวิตกกังวลของผู้ป่วยและญาติ
2. เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล

เกณฑ์การประเมินผลการพยาบาล

1. ผู้ป่วยและญาติมีสีหน้าสดชื่นขึ้น การสอบถามลดลง
2. ผู้ป่วยและญาติให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล

กิจกรรมการพยาบาล

1. สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย/ญาติด้วยวาจาสุภาพอ่อนโยน ทำที่ที่เป็นมิตรพร้อมให้ความช่วยเหลือและเปิดโอกาสให้ซักถามเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วย ตอบข้อซักถามหรือข้อสงสัยแก่ผู้ป่วยและญาติด้วยความเต็มใจ
2. ให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและญาติด้วยภาษาที่เข้าใจง่าย เกี่ยวกับอาการเจ็บป่วย ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้ แผนการรักษา และการปฏิบัติตัวเพื่อผู้ป่วยและญาติเข้าใจ ลดความวิตกกังวล ให้ความร่วมมือในการรักษา
3. ประเมินความวิตกกังวล และทำที่ต่างๆ ที่แสดงออกของผู้ป่วยและญาติต่อความเจ็บป่วย และเปิดโอกาสให้ระบายความรู้สึกต่างๆ รวมทั้งให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย

การประเมินผลการพยาบาล

1. ผู้ป่วยและญาติให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาลเป็นอย่างดี
2. ผู้ป่วยและญาติคลายวิตกกังวล มีสีหน้าผ่อนคลาย

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 7 ผู้ป่วยและญาติขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคปอดอักเสบ และการปฏิบัติดูแลตนเองที่บ้าน

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยและญาติซักถามเกี่ยวกับวิธีดูแลตนเองที่บ้าน และวิธีป้องกันการเกิดโรคปอดอักเสบ
2. ผู้ป่วยและญาติไม่มั่นใจในการดูแลผู้ป่วย

วัตถุประสงค์การพยาบาล

เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวที่บ้านได้อย่างถูกต้อง

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยและญาติสามารถตอบคำถามเกี่ยวกับการการดูแลตนเองในเรื่องการป้องกันโรคปอดอักเสบได้อย่างถูกต้อง
2. ผู้ป่วยสามารถบอกอาการผิปกดที่ควรรีบมาพบแพทย์และสามารถจัดการกับอาการที่เกิดขึ้นได้อย่างถูกต้อง
3. ผู้ป่วยและญาติสามารถบอกวิธีการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำได้อย่างถูกต้อง

กิจกรรมการพยาบาล

- ประเมินความรู้ของผู้ป่วยและญาติ โดยเปิดโอกาสให้สอบถามข้อสงสัยในเรื่องโรคปอดอักเสบ
- ให้ข้อมูลในเรื่องการเกิดโรค การดูแลรักษา การป้องกันโรคปอดอักเสบ สังเกตอาการผิดปกติที่ควรรีบมาพบแพทย์ เช่น ไข้สูง เหนื่อยหอบมาก
- ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการเกิดโรคปอดอักเสบ ได้แก่
 - แนะนำให้ผู้ป่วยสวมใส่หน้ากากอนามัย หรือผ้าปิดปากและจมูกเวลาไอ จาม เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ และหลีกเลี่ยงการใกล้ชิดผู้ที่ติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ ฝุ่นละออง ควันทูบไฟ หรืออยู่ใกล้คนสูบบุหรี่ ให้อยู่ในสถานที่ที่อากาศถ่ายเทสะดวก
 - แนะนำให้หมั่นดูแลสุขภาพช่องปากและฟันอย่างสม่ำเสมอเพื่อป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ ให้ล้างมือก่อนและหลังรับประทานอาหาร
 - แนะนำให้ได้รับวัคซีนป้องกันโรคปอดอักเสบ และโรคไข้วัดใหญ่เป็นประจำทุกปี
 - แนะนำและส่งเสริมให้บริหารปอดให้แข็งแรง โดยฝึกการหายใจและการไออย่างมีประสิทธิภาพ
 - แนะนำการออกกำลังกายที่เหมาะสม การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ระมัดระวังการสำลักอาหาร การพักผ่อนนอนหลับให้เพียงพอ
 - ให้สังเกตอาการผิดปกติที่ควรรีบมาพบแพทย์ เช่น หายใจเหนื่อยหอบ หายใจลำบาก ลักษณะสีของเล็บมือเล็บเท้า ซีฟจรเต้นเร็ว เป็นต้น รวมทั้งแนะนำการจัดการปัญหาและหน่วยบริการกลับบ้านเมื่อมีเหตุฉุกเฉิน
- กระตุ้นให้ผู้ป่วยและญาติเห็นความสำคัญของการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง ความร่วมมือในการรักษา และเห็นความสำคัญของการมาตรวจตามนัดเพื่อจะได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง

การประเมินผลการพยาบาล

- ผู้ป่วยและญาติสามารถตอบวิธีปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม
- ผู้ป่วยและญาติสามารถบอกวิธีการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำได้และอาการผิดปกติที่ควรรีบมาพบแพทย์ได้อย่างถูกต้อง

สรุปกรณีศึกษา

ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 40 ปี มีประวัติเป็นโรคแพ้ภูมิตัวเอง รักษาที่โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนครสวรรค์ 2 ปีและมารับยาต่อเนื่อง 1 ปีที่คลินิกอายุรกรรมโรงพยาบาลกำแพงเพชรอย่างต่อเนื่อง 3 วันก่อนมา มีอาการไข้ ไอ เหนื่อย มารักษาที่โรงพยาบาลกำแพงเพชรที่ห้องฉุกเฉิน พนยา ฉีดยาและยาไปรับประทานที่บ้าน วันนั้น มาตรวจตามนัด ยังมีไข้ ไอมีเสมหะเหลืองข้น มีหายใจเหนื่อย มีเจ็บหน้าอกเล็กน้อย แพทย์ให้การวินิจฉัยว่าเป็นโรคแพ้ภูมิตัวเองที่มีภาวะปอดอักเสบ ได้รับการรักษาด้วยสเตียรอยด์ขนาดสูง ร่วมกับยาปฏิชีวนะ และยังคงพบมีความดันโลหิตสูง ได้รับยาลดความดันโลหิตสูง ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษา และการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ โดยมีการวางแผนการพยาบาลและปฏิบัติการพยาบาลสอดคล้องกับข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลเพื่อตอบสนองผลลัพธ์ทางการพยาบาล คือ ให้การพยาบาลเพื่อป้องกันการติดเชื้อ ดูแลช่วยเหลือบรรเทาอาการไม่สุขสบาย ลดความวิตกกังวล ให้ความรู้ และส่งเสริมการดูแลตนเอง ผลการดูแลรักษาพยาบาล พบว่า อาการทางคลินิกปกติ ไม่มีไอ หายใจเหนื่อยหอบ ไม่มีไข้ ไม่มีอาการอ่อนเพลีย รับประทานอาหารได้ สัญญาณชีพปกติ ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ และผลการตรวจเอกซเรย์ปอดปกติ ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน ยังมีนัดติดตามอาการอย่างต่อเนื่องที่คลินิกอายุรกรรม

วิจารณ์และข้อเสนอแนะ

จากกรณีศึกษาผู้ป่วยโรคแพ้ภูมิตัวเองที่มีภาวะปอดอักเสบ มีความยุ่งยากซับซ้อนในการพยาบาล เนื่องจากโรคปอดอักเสบสามารถเกิดขึ้นได้กับคนทุกวัย แต่ผู้ป่วยที่มีโรคแพ้ภูมิตนเองเป็นกลุ่มที่มีปัจจัยเสี่ยงเกิดปอดอักเสบได้ค่อนข้างสูงมากกว่ากลุ่มอื่น เนื่องจากผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยยาสเตียรอยด์และยากดภูมิคุ้มกัน ทำให้ภูมิคุ้มกันต่ำ เกิดการติดเชื้อที่ปอดได้ง่าย ทำให้เกิดภาวะปอดอักเสบ และถ้ามีภาวะปอดอักเสบที่มีอาการรุนแรงจะทำให้เกิดระบบหายใจล้มเหลวมีโอกาสเสียชีวิตสูง การดูแลผู้ป่วยขึ้นอยู่กับ การตอบสนองต่ออาการรุนแรง และชนิดของอาการแสดงทางคลินิก จึงต้องควบคุมการติดเชื้อ และควบคุมตัวโรคให้สงบให้นานที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ โดยการวินิจฉัยภาวะติดเชื้อหรือโรคกำเริบให้เร็ว รวมถึงการป้องกันการติดเชื้อ การควบคุมปัจจัยกระตุ้นที่ทำให้

โรคกำเริบและส่งเสริมการดูแลตัวเองของผู้ป่วย พยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญอย่างยิ่งในการประเมินที่รวดเร็ว และช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างถูกต้องและเหมาะสม ทันทีที่ จะช่วยให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน จึงมีข้อเสนอแนะและการพัฒนาการดูแลผู้ป่วย ดังนี้

1. พยาบาลควรมีความรู้ความเข้าใจ ทักษะในการดูแลผู้ป่วยโรคแพ้ภูมิตัวเองที่มีภาวะปอดอักเสบ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาพยาบาลที่รวดเร็ว ช่วยเหลือได้ทันที่ที่ ปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน และลดอัตราการเสียชีวิต
2. ควรมีการจัดแผนการสอนสุขศึกษา เรื่อง โรคแพ้ภูมิตัวเองที่มีภาวะปอดอักเสบ เพื่อให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติ เพื่อป้องกันการป้องกันการเกิดเป็นซ้ำ
3. พยาบาลควรเห็นความสำคัญของการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม โดยดูแลด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ รวมทั้งให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย

สรุป

กรณีศึกษาผู้ป่วยโรคแพ้ภูมิตัวเองที่มีภาวะปอดอักเสบอาจเป็นโรคที่ไม่เป็นอันตรายร้ายแรงถึงแก่ชีวิต แต่ถ้ารักษาไม่ทันที่หรือรักษาไม่ดี อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงทำให้ระบบหายใจล้มเหลวซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตได้ แต่ด้วยกระบวนการพยาบาลทั้ง 5 ขั้นตอน และการดูแลรักษาได้ทันที่ที่ ช่วยให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากโรค ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ผู้ป่วยและญาติคลายความวิตกกังวล ตลอดจนมีความรู้ความเข้าใจถึงสาเหตุและการป้องกันไม่ให้เกิดโรคและการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบเพื่อไม่ให้กลับเป็นซ้ำ

เอกสารอ้างอิง

1. นันทนา กสิตานนท์, ณรงค์ ฤกษ์นาวัน, ปวีณา เชี่ยวชาญวิศวกิจ. โรคลูปัส (Systemic Lupus Erythematosus) .Pitfalls in Diagnosis and Management of Common Rheumatic Disease. กรุงเทพฯ: ชิตีพรีนซ์; 2559.
2. Systemic Lupus Erythematosus: ระบาดวิทยา. [ออนไลน์]. [เข้าถึงเมื่อ 14 ตุลาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก : <https://www.emergency-live.com/th/health-and-safety/systemic-lupus-erythematosus-causes-symptoms-and-treatment-of-sle/>
3. Via GG. Universita' di Genova Reumatologia e Malattie Autoinflammatory:EULAR Centre of Excellence in Rheumatology 2008-2028. [Internet]. [cited 2023 October 18]. Available from: <https://www.printo.it/pediatric-rheumatology/TH/info>.
4. ดิเรก ธนพงศ์ศาล. โรคแพ้ภูมิตัวเอง. [ออนไลน์]. [เข้าถึงเมื่อ 14 ตุลาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก : https://www.japin.co.th/index.php?option=com_content &view= articleid=689&catid=41&Itemid=225&lang=en
5. พิพัฒน์ งามมีศรี, วิยะนุช โลมรัตน์, ภาวินี เหลืองรุ่งโรจน์. ปัจจัยทำนายภาวะการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคลูปัสในโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี. สรรพสิทธิเวชสาร. 2564;40(1-3):29-50.
6. กรณีศึกษา Systemic lupus erythematosus (SLE). [ออนไลน์]. [เข้าถึงเมื่อ 14 ตุลาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก : <https://www.mindmeister.com/1337324627/systemic-lupus-erythematos-sle>
7. จริญญา วิรุพราช. โรคเอสแอลอี : จุลสารข่าวศูนย์การศึกษาต่อเนื่อง .กรุงเทพฯ: คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล;2560.
8. อุ่นเรือน กลิ่นขจร, สุพรรณษา วรมาลี. คู่มือการพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุโรคปอดอักเสบ. งานการพยาบาลอายุรศาสตร์ และ จิตเวชศาสตร์ ฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลศิริราช. กรุงเทพฯ:มหาวิทยาลัยมหิดล;2563.
9. โรงพยาบาลกำแพงเพชร. รายงานสถิติผู้ป่วยโรคแพ้ภูมิตัวเองที่มีภาวะปอดอักเสบ พ.ศ. 2566. กำแพงเพชร: โรงพยาบาลกำแพงเพชร, 2566.
10. ปารยะ อาศนะเสน. คำแนะนำในการปฏิบัติสำหรับตนเองสำหรับผู้ติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ. SIRIRAJ E PUBLIC LIBRARY. [Internet]. [cited 2023 Oct 20]. Available from: <https://www.si.mahidol.ac.th/sidoctor/e-pl/article/detail.asp?id=287>
11. วันดี โตสุขศรี. การพยาบาลอายุรศาสตร์ 2. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: เอ็นทีเพรส; 2559.



Nursing care for Patients with Open Skull Fracture and Brain tissue Injury : A case study

Suthira Puangthong, B.N.S.*

Abstract

Introduction : Severe head injuries that result in open skull fractures and brain tissue damage are dangerous for the brain and its protective coverings, leading to decreased blood flow to the brain, increased intracranial pressure, and a need for urgent surgical intervention to save lives and prevent disability. Nursing care focuses on patient survival, preventing potential complications, reducing disabilities, and promoting a good quality of life.

Objective : To nursing care of patients with open skull fractures and brain tissue damage.

Case study : A 20-year-old Thai male patient was brought to the hospital within 30 minutes of a motorcycle accident. He lost consciousness, had an open midline skull fracture, frontal bone fractures, and brain-like white tissue visible at the injury site. His Glasgow Coma Scale (GCS) score was E1VtM3 = 4T. A CT scan revealed bilateral open skull fractures, subdural hemorrhage, traumatic intracerebral hemorrhage (ICH), brain edema, and increased intracranial pressure. He underwent emergency craniotomy (bifrontal) for blood removal, frontal lobectomy, repair of cerebral meninges, repair of the skull base, and cranioplasty with a titanium mesh and screws. Nursing diagnoses included 1. Risk of death due to bleeding and severe brain injury. 2. Patient's relatives were anxious due to the patient's critical condition. 3. Risk of high intracranial pressure due to severe head injury. 4. Risk of complications due to anemia and low platelet count. 5. Risk of inadequate oxygen supply due to decreased consciousness levels and ineffective breathing. 6. Danger of hypokalemia. 7. Risk of surgical wound infection, subdural empyema. 8. Risk of complications from prolonged bed rest, such as pressure ulcers, muscle contractures, joint stiffness, and hypostatic pneumonia. 9. Impaired mobility due to spasticity of limbs. After critical care, the patient recovered, and nursing care continued, allowing the patient and relatives to prepare for discharge, with a total hospital stay of 55 days.

Conclusion : The patient survived the life-threatening injury of severe head trauma with an open skull fracture, but some disabilities remained. He achieved a good quality of life as per his abilities, thanks to skilled nursing care, prompt intervention, and a dedicated nursing team that reduced mortality risk due to the accident.

Key word : Nursing care of patient with open skull fracture, brain tissue injury

*Registered nurse, Kamphaeng Phet Hospital

การพยาบาลผู้ป่วยกะโหลกศีรษะแตกแบบเปิดและมีเนื้อสมองฉีกขาด : กรณีศึกษา

สุทธิรา พวงทอง, พย.บ.*

บทคัดย่อ

บทนำ : การบาดเจ็บสมองที่รุนแรงจนทำให้กะโหลกศีรษะแตกร่วมกับมีเนื้อสมองฉีกขาดนั้นเป็นอันตรายต่อเนื้อสมอง และเยื่อหุ้มสมองโดยตรง ทำให้สมองขาดเลือด ความดันในกะโหลกศีรษะสูงขึ้น จำเป็นต้องได้รับการผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะอย่างเร่งด่วน เพื่อรักษาชีวิตและภาวะทุพพลภาพ การพยาบาลจะมุ่งเน้นให้ผู้ป่วยรอดชีวิต ป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจจะเกิดขึ้น ลดความพิการ ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี

วัตถุประสงค์ : เพื่อให้การพยาบาลผู้ป่วยที่มีการบาดเจ็บกะโหลกศีรษะแตกแบบเปิดและมีเนื้อสมองฉีกขาด

กรณีศึกษา : ผู้ป่วยชายไทย อายุ 20 ปี กู้ชีพนำส่งโรงพยาบาลด้วย 30 นาทีก่อนมาโรงพยาบาลผู้ป่วยซีรจรักษานยนต์ชนท้ายรถพ่วง สลบ ไม่รู้สึกตัว มีแผลฉีกขาดบริเวณกลางศีรษะและหน้าผาก ลึกถึง bone กะโหลกศีรษะส่วนหน้าแตกแบบเปิด มีเยื่อขาวๆคล้ายเนื้อ brain ไหล เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุ Coma score E1V1M3 = 4T คะแนน ผล CT brain พบ Open skull fracture bilateral cranial vault, subdural hemorrhage, traumatic ICH, brain edema and increased intracranial pressure. ได้รับการผ่าตัด Craniotomy (bifrontal) for blood removal, frontal lobectomy, repair of cerebral meninges repair of skull base and cranioplasty with titanium mesg and screws ข้อวินิจฉัยการพยาบาล ได้แก่ 1. เสี่ยงต่อการเสียชีวิตเนื่องจากการเสียเลือดมากและได้รับอุบัติเหตุทางสมองรุนแรง 2. ญาติผู้ป่วยมีภาวะวิตกกังวลจากสภาพการเจ็บป่วยของผู้ป่วย 3. เสี่ยงต่อภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงจากการบาดเจ็บรุนแรงที่ศีรษะ 4. มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อน จากภาวะช็อคและเกร็ดเลือดต่ำ 5. เสี่ยงต่อการได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอเนื่องจากระดับความรู้สึกตัวลดลงการหายใจไม่มีประสิทธิภาพ 6. อาจเกิดอันตรายจากภาวะโพแทสเซียมในเลือดต่ำ 7. เสี่ยงต่อการติดเชื้อแผลผ่าตัด การติดเชื้อใต้เยื่อหุ้มสมอง 8. เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนาน เช่น แผลกดทับ กล้ามเนื้อลีบ ข้อยึดติด และ Hypostatic Pneumonia 9. มีความบกพร่องในการเคลื่อนไหวร่างกาย เนื่องจากมีอาการ งอเกร็งของแขนขาเกร็งเหยียด ภายหลังให้การพยาบาลในระยะวิกฤติ ผู้ป่วยพ้นจากภาวะคุกคามต่อชีวิต ให้การพยาบาลต่อเนื่อง และให้การพยาบาลระยะฟื้นฟูจนผู้ป่วยและญาติมีความพร้อมสามารถจำหน่ายกลับบ้าน รวมระยะเวลาการรักษาตัวในโรงพยาบาล 55 วัน

สรุปผลกรณีศึกษา : ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะคุกคามชีวิตจากการบาดเจ็บสมองรุนแรงและมีกะโหลกศีรษะแตกแบบเปิด แต่ยังคงมีความพิการเหลืออยู่ มีคุณภาพชีวิตที่ดีตามอัตภาพ จากพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุที่มีทีมการพยาบาลที่มีทักษะในการพยาบาล สามารถให้การพยาบาลอย่างรวดเร็ว ทันเวลา ลดการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุได้

คำสำคัญ: การพยาบาลผู้ป่วยกะโหลกศีรษะแตกแบบเปิด เนื้อเยื่อสมองฉีกขาด

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลกำแพงเพชร

บทนำ

การบาดเจ็บที่ศีรษะ เป็นปัญหาด้านสุขภาพที่สำคัญของประชากรทั่วโลก เนื่องจากส่งผลให้เกิดความพิการ และการเสียชีวิตในกลุ่มประชากรวัยหนุ่มสาว ผู้เป็นกำลังสำคัญในการขับเคลื่อนเศรษฐกิจและสังคมโลก การบาดเจ็บที่ศีรษะมีจำนวนผู้บาดเจ็บเพิ่มขึ้นทุกปี¹ การบาดเจ็บสมองที่รุนแรงจนทำให้กะโหลกศีรษะแตกพร้อมกับมีเนื้อสมองฉีกขาดนั้นเป็นอันตรายต่อเนื้อสมอง และเยื่อหุ้มสมองโดยตรง ทำให้สมองขาดเลือด ความดันในกะโหลกศีรษะสูงขึ้น² สมองฉีกขาด (brain laceration) ผู้ป่วยจะหมดสติ หลังบาดเจ็บทันที บางรายอาจเกิดขึ้นหลังบาดเจ็บใน 24-48 ชั่วโมงอาจมีอาการอัมพาตครึ่งซีก กล้ามเนื้อแข็งเกร็งชัก ถ้ามีอาการรุนแรงอาจเป็นอันตรายถึงแก่ชีวิตได้

ผู้ป่วยที่ได้รับการบาดเจ็บที่ศีรษะแบบรุนแรงจำเป็นต้องได้รับการผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะ (Craniectomy) อย่างเร่งด่วนเพื่อลดความดันในสมองและทำให้สมองที่บวมมีเนื้อที่เพียงพอที่จะไม่ถูกกดจนเกิดความเสียหาย เนื่องจากเมื่อความดันในสมองเพิ่มขึ้น^{2,3} จะทำให้สมองถูกกดจนอาจทำให้เลือดไปเลี้ยงสมองไม่ได้ ซึ่งอาจเป็นอันตรายถึงแก่ชีวิต⁴ และจำเป็นต้องฟื้นฟูหลังผ่าตัดซึ่งส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งร่างกาย จิตใจและสังคม พยาบาลจึงต้องมีความรู้ ความเข้าใจในเรื่องสัญญาณเตือน ในระยะวิกฤต เฝ้าติดตามประเมินอาการเปลี่ยนแปลงอย่างใกล้ชิดรวดเร็วทันที่ สังเกตอาการเตือนภาวะความดันในกะโหลกสูงและการปฏิบัติการพยาบาลที่ส่งผลให้ความดันเลือดไปเลี้ยงสมองลดลง⁵ เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพและประสิทธิผลในการพยาบาลให้มากที่สุด ซึ่งผู้ป่วยจะได้รับความปลอดภัยและ ไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาพยาบาล ส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

หอผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุโรงพยาบาลกำแพงเพชรรองรับผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะทั้งการรักษาที่ซับซ้อนและการผ่าตัดสมอง สถิติผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะรุนแรงที่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดกะโหลกศีรษะ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2563-2565 มีจำนวน 138,148,135 ราย คิดเป็นร้อยละ 88.6⁶ของผู้ป่วยผ่าตัดกะโหลกศีรษะทั้งหมด พยาบาลในหอผู้ป่วยต้องดูแลผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับจากห้องผ่าตัดอย่างใกล้ชิด และต่อเนื่องจนกระทั่งจำหน่าย พยาบาลจึงจำเป็นต้องมีสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยตามมาตรฐานวิชาชีพสามารถป้องกันและประเมินปัญหาอาการเปลี่ยนแปลงและภาวะแทรกซ้อนได้อย่างถูกต้องรวดเร็ว⁷ ในทุกระยะหลังผ่าตัดสามารถรายงานแพทย์เพื่อช่วยเหลือได้อย่างทันที่จากเหตุผลดังกล่าวผู้ศึกษาเห็นความสำคัญของเรื่องดังกล่าว จึงได้ศึกษาเรื่องการพยาบาลผู้ป่วยกะโหลกศีรษะแตกแบบเปิดและมีเนื้อสมองฉีกขาดโดย นำกรอบแนวคิดของกระบวนการพยาบาล (nursing process) ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ได้แก่การประเมินภาวะสุขภาพ การวินิจฉัยการพยาบาล การวางแผนการพยาบาล การใช้แผนการพยาบาลและการประเมินผลเพื่อให้การพยาบาลผู้ป่วยเฉพาะรายได้อย่างมีประสิทธิภาพ การศึกษานี้วัตถุประสงค์เพื่อให้การพยาบาลผู้ป่วยที่มีการบาดเจ็บกะโหลกศีรษะแตกแบบเปิดและมีเนื้อสมองฉีกขาด

กรณีศึกษา

ผู้ป่วยชายไทย อายุ 20 ปี ไม่มีโรคประจำตัว เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาล ด้วยกุ๊ยก้น่าส่ง

อาการสำคัญ

ไม่รู้สีกตัว มีแผลฉีกขาดบริเวณกลางศีรษะและหน้าผากลึกถึงกะโหลกแตก มีเยื่อขาวๆ คล้ายเนื้อสมองไหล 30 นาทีก่อนมาโรงพยาบาล

ประวัติเจ็บป่วยปัจจุบัน

30 นาทีก่อนมาโรงพยาบาล ผู้ป่วยขี่รถจักรยานยนต์ชนท้ายรถพ่วง สลบไม่รู้สีกตัวมีแผลฉีกขาดที่กลางศีรษะ 3*15* ซม. ลึกถึง bone แผลฉีกขาดหน้าผาก 0.5*7 ซม. ลึกถึงกะโหลกศีรษะบริเวณหน้าผากแตกแบบเปิด มีเยื่อขาวๆ คล้ายเนื้อสมองไหล แขนเกร็งงอเข้า แผลฉีกขาดเข้าซ้าย กุ๊ยก้น่าส่งโรงพยาบาลกำแพงเพชร

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต : ปฏิเสธโรคประจำตัว ปฏิเสธการแพ้ยา อาหาร และสารเคมี

การวินิจฉัยโรค : Open skull fracture with brain evisceration

การผ่าตัด

ผ่าตัด Craniotomy (bifrontal) for blood removal, frontal lobectomy, repair of cerebral meninges repair of skull base and cranioplasty with titanium mesh and screws



การประเมินสภาพร่างกายตามระบบ

รูปร่างทั่วไป : รูปร่างสันทัด มีส่วนสูง 165 เซนติเมตร น้ำหนัก 60 กิโลกรัม

สัญญาณชีพ : T=36.8 °C P= 98 ครั้ง/นาที R=26 ครั้ง/นาที BP=143/58 mmHg ค่าOxygen saturation 99 -100 %

ระบบประสาท : ไม่รู้สึกตัว แขนเกร็งงอเข้า Coma score E1VtM3 pupilเปิดตาไม่ได้ (ตาวมปิด)

ผิวหนัง : ชุ่มชื้นไม่แห้ง มีบาดแผลถลอกเข้าซ้าย

ศีรษะและใบหน้า : มีแผลฉีกขาดบริเวณกลางศีรษะและหน้าผาก ลึกถึงbone กะโหลกศีรษะส่วนหน้าแตกแบบเปิด มีเยื่อขาวๆคล้ายเนื้อสมองไหล

ทรวงอกและทางเดินหายใจ : ใส่ท่อช่วยหายใจ เบอร์ 7.5 mark 22 ต่อเครื่องช่วยหายใจ หายใจสัมพันธ์กับเครื่องฟัง Lung clear เท่ากันทั้งสองข้าง

หัวใจและหลอดเลือด : การเต้นของหัวใจปกติ ไม่มีเส้นเลือดโป่งพองที่คอ

ช่องท้องและทางเดินอาหาร : ท้องไม่อืด ไม่มีบาดแผล

กล้ามเนื้อและกระดูก : ปกติ

ระบบทางเดินปัสสาวะ : ใส่สายสวนปัสสาวะ ปัสสาวะสีเหลืองใสไม่มีตะกอน

ระบบอวัยวะสืบพันธุ์ : ปกติ

สภาพจิตใจ : ไม่รู้สึกตัว มีเกร็งแขนขา

ผล CT brain พบ brain พบ Open skull fracture bilateral cranial vault, subdural hemorrhage , traumatic ICH, brain edema and increased intracranial pressure. ตรวจ FAST =negative

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่สำคัญ

รายการที่		9	10	11	12	1	4	12	22	2
ผิดปกติ	ค่าปกติ	พ.ย. 65	พ.ย. 65	พ.ย. 65	พ.ย. 65	ธ.ค. 65	ธ.ค. 65	ธ.ค. 65	ธ.ค. 65	ม.ค. 66
WBC	5.0 - 10.0 10 ³ /uL	30.4	14.4	16.2	22.2	15.7	11	13.5	11.9	9.8
HCT	42 -52%	31.4	23.4	24.5	22.6	32.3	34.9	37	36.8	40.6
PLT	140- 400 10 ³ /uL	318	112	106	171	214	357	446	407	387
Potassium	3.6- 5.1 mmol/L	3.4	3.1	3.5	3.7	4.4	3.6	3.9	3.7	4
INR	0 - 1	NA	1.17	0.96	0.95	NA	NA	NA	NA	NA

สรุปการดำเนินโรคขณะรับการรักษาในโรงพยาบาล

วันที่ 9 พฤศจิกายน 2565 รับใหม่ที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุ ผู้ป่วยไม่รู้สึกตัว Coma score E1VtM3 pupil เปิดตาไม่ได้ (ตาวมปิด) สัญญาณชีพ T=36.8 °C P=98ครั้ง/นาที R=26 ครั้ง/นาที BP=143/58 mmHg ใส่สายสวนปัสสาวะ ปัสสาวะสีเหลือง เตรียมผู้ป่วยทำผ่าตัด Craniotomy bilateral skull for blood remove repair skull base and cranial reconstruction emergency ออกจากห้องผ่าตัด ผู้ป่วย E1VtM2 Pupil Rt 2 mm.fixed ตาซ้ายบวมปิด Motor power gr. II all มีแผลผ่าตัดที่ศีรษะปิดก็อชไว้ แผลซึมเล็กน้อย On Radivac drain ว่าง content เป็นเลือด หายใจ On ETT no 7.5 mark 22 setting ventilator CMV mode หายใจสัมพันธ์กับเครื่อง O₂sat = 99-100 % No cyanosis, HR = 70-80 bpm, on Acetar 1000 ml. rate 100 ml/hr vein drip On Lt. A-line ว่าง retained foley's cath urine สีเหลือง Estimate blood loss 1000 ml. Hct = 23.4%

ได้รับ PRC 4 unit FFP 2 unit Mg=1.4 mg/dL ได้รับ 50% MgSO₄ เพิ่มขึ้นเป็น 2.0 mg/dL P=70-80 ครั้ง/นาที R=16 ครั้ง/นาที BP=137/62 mmHg

วันที่ 10 พฤศจิกายน 2565 ผู้ป่วย GCS=E2VTM4 Pupil Rt 2 mm. SRTL BE. Sclera บวมมาก Motor power แขนขวา gr. 4 แขนซ้ายขา 2 ข้าง gr. 1 แผลผ่าตัดที่ศีรษะไม่ซึม Radivac drain content เป็นเลือดเก่า ไบหน้าและหนังตาบวม On philadelphia support. On ET-Tube with Ventilator หายใจสัมพันธ์เครื่อง Hct =24% ได้รับ PRC 1 unit

วันที่ 11 พฤศจิกายน 2565 ผู้ป่วย GCS:E1VTM4 Pupil Rt 2 mm. SRTL Lt 4 mm SRTL . Hct =22.6% ได้รับ PRC 1 unit หลังได้รับเลือด Hct =28 % แขน 2 ข้างมี flexion ขา 2 ข้าง มี extension

วันที่ 12- 14 พฤศจิกายน 2565 ผู้ป่วย GCS:E1VTM4 Pupil Rt 3 mm. SRTL Lt 4 mm SRTL. รับ feed อาหารบั้นทาง OG ได้ดี แพทย์ set OR for Tracheostomy หายใจ on TT tube with ventilator หายใจสัมพันธ์กับเครื่อง แขน 2 ข้างมี flexion ขา 2 ข้าง มี extension ไม่มีอาการชักเกร็ง

วันที่ 15 - 28 พฤศจิกายน 2565 ผู้ป่วย GCS E2VTM4 Pupil Rt 4 mm. SRTL, Lt. 4 mm SRTL. มีแผลผ่าตัดที่ศีรษะแห้งดี ไบหน้าและหนังต่ายบวม แขน 2 ข้างมี flexion ขา 2 ข้าง มี extension

วันที่ 29-8 ธันวาคม 2565 ผู้ป่วยลืมนตาตัวเอง test pain ทราบตำแหน่งเจ็บ ทำตามคำบอกได้บางครั้ง on TT tube with ventilator หายใจสัมพันธ์กับเครื่อง แพทย์ Set OR for scalp flap

วันที่ 9 - 18 ธันวาคม 2565 ผู้ป่วยลืมนตาตัวเอง test pain ทราบตำแหน่งเจ็บ ทำตามคำบอกบางครั้ง บางครั้ง on TT tube with ventilator หายใจสัมพันธ์กับเครื่อง Try wean off ventilator รับ feed อาหารบั้นทาง OG,void ได้เอง on condom with bag urine flow ดี สีเหลืองเข้ม ไม่มีตะกอน แผล flap at scalp atrophy แยกออกexpose ถึง cranioplasty แพทย์ removed plate and scalp flap try on O₂ collar mask 10 LPM หย่าเครื่องช่วยหายใจได้ หายใจเองได้ สม่่าเสมอดี

วันที่ 19- 23 ธันวาคม 2565 แพทย์ try Silver Tube room air ส่ง เวชกรรมฟื้นฟู ฟึกนึ่ง และ transfer ลง wheelchair try รับประทานอาหารทางปาก ได้โดยญาติป้อน สามารถ Off silver tube หายใจเองได้สะดวก สม่่าเสมอดี นั่งพิงบนเตียงได้ รับประทานอาหารทางปาก ได้โดยญาติป้อน

วันที่ 24 ธันวาคม 2565 - 2 มกราคม 2566 ผู้ป่วยทำตามสั่งได้ สื่อสาร รู้เรื่อง หายใจเอง สม่่าเสมอดี แผล Off silver tube ไม่ซึม แผลผ่าตัดที่ศีรษะ แผลซึมเล็กน้อย ยังมีเกร็งแขน 2 ข้างมี flexion ขา 2 ข้าง มี extension ไม่มีแผลกดทับ ไม่มีภาวะข้อติด นั่งรถเข็นจำหน่ายกลับบ้าน นัดพบแพทย์ 2 สัปดาห์

การวางแผนการพยาบาล

การพยาบาลในระยะวิกฤตก่อนผ่าตัด

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 1 เสี่ยงต่อการเสียชีวิตเนื่องจากการเสียเลือดมากและได้รับอุบัติเหตุทางสมองรุนแรง

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยไม่รู้สึกตัว ปลายมือปลายเท้าซีด Glasgow coma scale E1VtM3
2. มีแผลฉีกขาดกลางศีรษะ และหน้าผาก ลึกถึง bone กะโหลกศีรษะแตกแบบเปิด มีเยื่อขาวๆคล้ายเนื้อสมองไหล แผลที่ศีรษะ ยังมีเลือดซึมตลอด
3. Hct = 23.4 %

วัตถุประสงค์ : เพื่อลดความเสี่ยงจากการเสียชีวิตและปลอดภัยจากการสูญเสียเลือด

เกณฑ์การประเมินผล

1. ระดับความรู้สึกตัวไม่ลดลงจากเดิม หรือไม่เปลี่ยนแปลงในทางที่เลวลง
2. ความดันโลหิตอยู่ในช่วง 110/70-120/80 mmHg องศาเซลเซียส ชีพจร 80-90 ครั้ง/นาที หายใจ 18-20 ครั้ง/นาที

Sat O₂ ≥ 95%

3. Hct ≥ 30 %

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินสภาพผู้ป่วย วัดสัญญาณชีพ ประเมิน Glasgow coma scale ตรวจดูรูม่านตา ทุก 15 นาที 4 ครั้ง ทุกครั้ง ชั่วโมง เป็นเวลา 2 ชั่วโมง และทุก 1 ชั่วโมงถ้าพบว่าชีพจรเบาเร็ว ความดันโลหิตลดลงกว่าเดิม รีบรายงานแพทย์
2. ประเมินขนาดแผล เฝ้ารอวังและ สังเกตอาการเลือดออกมากผิดปกติอย่างใกล้ชิด
3. ดูแลให้ยา ตามแผนการรักษาของแพทย์ ดังนี้ ยาที่ออกฤทธิ์ในการห้ามเลือด ได้แก่ tranxamic acid ing 1000 mg. iv (stat)
4. ดูแลให้ได้รับสารน้ำทดแทนอย่างต่อเนื่องตามแผนการรักษา Acetar IV drip rate 100 ml/hr. เพื่อทดแทนสารน้ำ ที่สูญเสียไปและเพิ่มปริมาตรเลือดในร่างกาย
5. ดูแลให้ได้รับเลือดและส่วนประกอบของเลือดตามแผนการรักษา ตรวจสอบสัญญาณชีพ (T, BP, PR, RR) วัดและบันทึก สัญญาณชีพก่อนให้เลือด และหลังให้เลือด 15 นาทีแรก หลังจากนั้นวัด สัญญาณชีพทุก 1 ชั่วโมง และทุก 4 ชั่วโมง และเฝ้าติดตาม อาการ ผิดปกติหลังได้รับเลือดแต่ละถุง ได้แก่ เหงื่อหอบ มีไข้ หวานสั่น ผื่นคัน แน่นหน้าอก ปวดหลัง และสัญญาณชีพเปลี่ยนแปลง หากมีอาการผิดปกติให้หยุดเลือด และรายงานแพทย์
6. สังเกตและบันทึกจำนวน ลักษณะปัสสาวะที่ออกต้องออกมากกว่า 30 มิลลิลิตร/ชั่วโมง

การประเมินผล

1. ผู้ป่วย ผู้ป่วย E1VtM2 Pupil Rt 2 mm.fixed, ตาซ้ายบวมปิด
2. สัญญาณชีพปกติ T=37.1°C P=70-80 ครั้ง/นาที R=16 ครั้ง/นาที BP=137/62 mmHg Sat O₂ ≥ 99 %
3. หลังได้รับ เลือดและส่วนประกอบของเลือด ทั้งหมด คือ PRC 8 u, FFP 2 u Hct เพิ่มขึ้นเป็น 40.6 % Platelet count เพิ่มขึ้นเป็น 387,000/mm³ ไม่พบความผิดปกติหลังได้รับเลือด

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 2 ญาติผู้ป่วยมีภาวะวิตกกังวลจากสภาพการเจ็บป่วยของผู้ป่วย

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยไม่รู้สึกรู้ตัว มีแผลขนาดใหญ่ที่ศีรษะ
2. ญาติเมื่อเห็นสภาพผู้ป่วย มีอาการจะเป็นลม ร้องไห้ตลอด

วัตถุประสงค์ : เพื่อบรรเทาความวิตกกังวลให้แก่ญาติผู้ป่วย

เกณฑ์การประเมินผล

1. ญาติให้ความร่วมมือกับทีมสุขภาพ
2. ญาติสามารถพูดคุยกับแพทย์และพยาบาลได้ ไม่อยู่ในอาการตกใจ ตื่นตระหนก

กิจกรรมการพยาบาล

1. สร้างสัมพันธภาพกับญาติผู้ป่วย โดยการแนะนำตนเองกับญาติ เพื่อให้ความช่วยเหลือ
2. รับฟังปัญหา และความวิตกกังวลของญาติด้วยท่าทางสงบ และเปิดโอกาสให้ญาติได้ซักถามอาการของผู้ป่วยด้วยความเต็มใจ ใช้ภาษาและการสื่อสารที่เหมาะสมและแสดงให้เห็นว่าได้ให้ความช่วยเหลืออย่างเต็มความสามารถ ตามมาตรฐานที่ผู้ป่วยจะได้รับ
3. อธิบายให้ญาติผู้ป่วยทราบเกี่ยวกับแผนการรักษาของแพทย์ให้ความรู้และข้อมูลเกี่ยวกับสาเหตุและอาการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย ให้ความมั่นใจกับผู้ป่วยเกี่ยวกับทีมบุคลากรสุขภาพที่จะคอยดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดทั้งก่อน และหลังผ่าตัด
4. ประสานงานกับแพทย์เมื่อญาติต้องการพบได้ตลอดเวลา เปิดโอกาสให้ญาติได้สอบถามอาการและแนวทางการรักษา และให้ญาติมีส่วนร่วมตัดสินใจการรักษา ร่วมกับแพทย์
5. ให้ข้อมูลการรักษาแก่ญาติเป็นระยะ และบอกความก้าวหน้าในการรักษาของแพทย์ทุกครั้ง ระหว่างให้การพยาบาล ใช้คำพูดที่เหมาะสมน้ำเสียงที่สงบ ช่วยให้อาการวิตกกังวลคลาย รู้สึกไว้วางใจในการพยาบาล ที่ได้รับอย่างดีที่สุดตามมาตรฐาน
6. จัดผู้ป่วยให้อยู่ในโซนผู้ป่วยวิกฤต เพื่อให้มีการดูแลอย่างใกล้ชิด

การประเมินผล

ญาติผู้ป่วยเข้าใจในสถานการณ์และให้ความร่วมมือ แต่ยังคงมีความวิตกกังวล

ปัญหาการพยาบาลระยะหลังผ่าตัดและดูแลต่อเนื่อง

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 3 เสี่ยงต่อภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงจากการบาดเจ็บรุนแรงที่ศีรษะ
ข้อมูลสนับสนุน

1. ผล CT scan พบ brain พบ Open skull fracture bilateral cranial vault, subdural hemorrhage, traumatic ICH, brain edema and increased intracranial pressure.

2. GCS : E1VTM3 ตามวมปิด

3. ผู้ป่วยหลังผ่าตัด Craniotomy (bifrontal) for blood removeal, frontal lobectomy, repair of cerebral meninges repair of skull base and cranioplasty with titanium mesh and screws

วัตถุประสงค์ : เพื่อป้องกันการเกิดภาวะความดันภายในโพรงกะโหลกศีรษะสูง

เกณฑ์การประเมินผล

1. ไม่มีอาการแสดงของภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง

2. Motor power ไม่ลดลงจากเดิม คือ Motor power ≥ 4 คะแนน Glasgow coma scale ≥ 6 คะแนน

3. การขยาย Pupil ไม่เปลี่ยนแปลงในทางที่เลวลงคือ Pupil size ของตาทั้งสองข้างอยู่ระหว่าง 2-3 mm

4. สัญญาณชีพปกติ ได้แก่ อัตราการหายใจ 20 - 24 ครั้ง/นาที ชีพจร 60 -100 ครั้ง/นาที

Pulse pressure ≤ 40 mmHg

กิจกรรมการพยาบาล

1. ตรวจวัดและบันทึกสัญญาณชีพหลังการผ่าตัดทุก 15 นาที 4 ครั้งทุก 30 นาที 2 ครั้งและทุก 1 ชั่วโมง จนกระทั่งเข้าสู่สภาวะปกติและประเมินระดับความรู้สึกตัว GCS ขนาดรูม่านตามีปฏิกิริยาต่อแสงทุก 1 ชั่วโมง

2. ติดตามอาการและอาการแสดงของภาวะความดันในกะโหลกศีรษะอย่างใกล้ชิดโดยประเมินการค่าคะแนน GCS, motor power, pupil, vital sign และ Cushing reflex และรายงานแพทย์ เมื่อพบอาการดังต่อไปนี้

- ระดับความรู้สึกตัวลดลงมากกว่าหรือเท่ากับ 2 คะแนน สับสนกระสับกระส่ายแขนขาอ่อนแรงจากเดิม 1 grade pupil เปลี่ยนแปลง 2 ข้างแตกต่างกันเกิน 1 mm เปลี่ยนแปลงในทางที่เลวลง

- systolic blood pressure จะสูงขึ้น และ diastolic blood pressure จะต่ำลงเล็กน้อย ไม่ได้สัดส่วนกับ systolic blood pressure ที่เพิ่มขึ้นแต่อัตราการหายใจเริ่มเปลี่ยนแปลงและไม่สม่ำเสมอ

3. ดูแลจัดท่านอนศีรษะสูง 15-30 องศา ลำคอตั้งตรงเพื่อให้การไหลเวียนเลือดดำจากสมองกลับสู่หัวใจได้ดีขึ้น หลีกเลี่ยงการรบกวนข้อสะโพกของผู้ป่วยมากกว่า 90 องศา เนื่องจากจะมีการคั่งของเลือดในช่องท้องทำให้แรงดันในช่องท้องสูง เป็นผลให้ความดันในช่องอกสูงขึ้นด้วยมีผลไปขัดขวางการไหลกลับของเลือดดำจากศีรษะ

4. สังเกตบันทึกเลือดที่ซึมจากบาดแผลและประเมินลักษณะ สี ปริมาณ Content ที่ออกมาจากสาย radiovac drain ที่ศีรษะตรวจสอบสาย Drain ดูแลให้เป็นระบบปิดเพื่อประเมินการสูญเสียเลือด ไม่ให้หักพับหรือ งอ รมั้ตะวั้งการเลื่อนหลุด และไม่ให้มีการดึงรั้ง

5. ดูแลควบคุมอุณหภูมิร่างกายอยู่ที่ 36-37 องศาเซลเซียส เพื่อไม่ให้หลอดเลือดขยายตัวทำให้เพิ่มความดันในกะโหลกได้

6. จัดการภาวะชักโดยการงดการกระตุ้นและให้ยาป้องกันชักตามแผนการรักษาและสังเกตอาการข้างเคียงของยา Dilantin 100 mg iv ทุก 8 hr. ติดตามผลระดับยาเกินชักตามแผนการรักษาและรายงานแพทย์

7. ดูแลให้ยา ลดความดันภายในกะโหลกศีรษะ ยา Glyceol inj 500 ml iv drip in 4 ชั่วโมง วันละครั้ง 7 วัน พร้อมเฝ้าระวังอาการข้างเคียงติดตามการทำงานของไตบันทึกปริมาณน้ำเข้าและออกทุก 1 ชั่วโมง

ประเมินผล

1. ระดับความรู้สึกตัว E1VTM4 Pupil Rt 2 mm. fixed ตาซ้ายวมปิด Motor power แขนขวา gr.4 แขนซ้าย gr.2 ขา 2 ข้าง gr.1

2. สัญญาณชีพปกติ ความดันโลหิต 152/86 mmHg ชีพจร 102 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20-22 ครั้งต่อนาที อุณหภูมิ 36.7-37.9 องศาเซลเซียส Pulse pressure = 66 mmHg ไม่มีอาการชักเกร็ง

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 4 มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อน จากภาวะช็อคและเกร็ดเลือดต่ำ

ข้อมูลสนับสนุน

1. ระหว่างทำผ่าตัดสมองมี blood loss =1,000 cc
2. ผล Hematocrit 22-26% Platelet count ต่ำ 106,000 - 137,000 /mm³ PT =14.2 sec
3. แผลผ่าตัดที่ศีรษะมี Radivac drain วันแรกออกเป็นเลือด 850 ml

วัตถุประสงค์ : ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากภาวะช็อค และเกร็ดเลือดต่ำ

เกณฑ์การประเมิน

1. ไม่มีอาการแสดงของภาวะเกร็ดเลือดต่ำ Platelet count มีค่าปกติ 150,000 - 400,000/mm³
2. เปลี่ยนถ่ายไม่ช็อค ผล Hematocrit 35 – 46 % PT=9.6-12.4 sec

กิจกรรมการพยาบาล

1. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับเกร็ดเลือด Platelet concentrate 4 unit และ Packed Red Cells 4 unit ตามแผนการรักษาของแพทย์ และเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับเลือดและเกร็ดเลือด
2. ดูแลให้ยาบดยั้งการหลั่งกรด Losec 40 mg v OD เพื่อป้องกันกรดไหลย้อน และเกิด stress ulcer ในกระเพาะอาหาร เนื่องจากผู้ป่วยอยู่ระหว่างงดอาหาร เฝ้าระวังเลือดออกในกระเพาะอาหาร
3. ประเมินอาการแสดงของเกร็ดเลือดต่ำ เช่น รอยช้ำ เป็นจ้ำหรือจุดแดงใต้ผิวหนัง แนะนำผู้ป่วยและญาติในการป้องกันการเกิดอุบัติเหตุซ้ำ เช่น เอาไม้กั้นเตียงขึ้นทุกครั้งป้องกันการตกเตียง การเคลื่อนไหวอย่างระมัดระวัง
4. ติดตามผล Platelet count, Hematocrit, Hemoglobin, PT เพื่อประเมินผลการเปลี่ยนแปลงหลังการให้เลือดและเกร็ดเลือด
5. ประเมินลักษณะ สี จำนวน Content ที่ออกมาจากสาย drain ที่ศีรษะตรวจสอบสาย Drain ไม่ให้หักพับหรือ งอ ระมัดระวัง การเลื่อนหลุดและไม่ให้มีการติงรั้ง
6. หลีกเลี่ยงการฉีดยาเข้ากล้ามเนื้อ และหลีกเลี่ยงการเจาะเลือดบ่อย ควรใช้เข็มเจาะเลือดเบอร์เล็ก ห้ามเจาะเลือดบริเวณ ขาหนีบ เพราะจะทำให้เลือดออกมากแม้จะห้ามเลือดอย่างดี
7. ผู้ป่วยมักมีเลือดออกตามไรฟัน จึงเน้นให้การดูแลทำความสะอาดช่องปากบ่อยๆ เพราะมีโอกาสกระจายของเชื้อโรคได้ง่าย
8. สังเกตอาการที่บ่งชี้ว่ามีเลือดออกในสมองเพิ่มขึ้น เช่น กล้ามเนื้ออ่อนแรง ชัก หมดสติ รูม่านตามีปฏิกิริยาต่อแสงไม่เท่ากัน ถ้าพบจะต้องรายงานแพทย์ทันที

ประเมินผลการพยาบาล

ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนจากภาวะช็อคและไม่มีอาการแสดงของภาวะเลือดออกมากผิดปกติ หลังได้รับ Platelet concentrate 4 unit และ Packed Red Cells 4 unit Hematocrit เพิ่มขึ้นเป็น 40.6% Platelet count เพิ่มขึ้นเป็น 387,000/mm³ และ PT =10.7 sec

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 5 เสี่ยงต่อการได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอเนื่องจากระดับความรู้สึกตัวลดลงการหายใจไม่มีประสิทธิภาพ

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยหลังผ่าตัด Craniotomy (bifrontal) for blood removeal, frontal lobectomy, repair of cerebral meninges repair of skull base and cranioplasty with titanium mesh and screws GCS E1VTM3 ตามวามปิด
2. ผู้ป่วยหายใจเองไม่ได้ต้องใส่ท่อช่วยหายใจและเครื่องช่วยหายใจ

วัตถุประสงค์

1. ผู้ป่วยมีการแลกเปลี่ยนก๊าซเพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย
2. ผู้ป่วยรู้สึกสบาย ไม่มีอาการหายใจลำบาก

เกณฑ์การประเมินผล

1. ไม่มีภาวะ cyanosis Sat O₂ อยู่ในช่วง 95 -100 %

2. สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ ได้แก่ ความดันโลหิต 120/80 - 140/80 มิลลิเมตรปรอท อัตราการหายใจ 14-20 ครั้ง/นาที ชีพจร 60 – 100 ครั้ง/นาที

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินสัญญาณชีพ วัดค่าความอิ่มตัวของออกซิเจน ปลายนิ้วให้อยู่ในระดับ > 94%
2. สังเกตและประเมินลักษณะการหายใจการขยายตัวของทรวงอกฟังเสียงลมเข้าปอดทั้งสองข้างถ้าหายใจ>24ครั้ง ต่อนาทีกระสับกระส่ายเหงื่อออกตัวเย็นริมฝีปากปลายมือปลายเท้าเขียวคล้ำ รายงานแพทย์
3. จัดทำนอนศีรษะสูง 30 องศาเพื่อให้ออกซิเจน
4. ดูแลให้ได้รับออกซิเจนและดูแลเครื่องช่วยหายใจทำงานตามแผนการรักษาอย่างมีประสิทธิภาพ และป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ
5. ดูแลเสมหะเมื่อมีข้อบ่งชี้ ก่อนดูดเสมหะควรให้ออกซิเจน 100% นาน 30-60 วินาที ใช้แรงดูด 100-120 mmHg และดูดไม่เกิน 2 ครั้ง ต่อรอบประเมินผล
6. ประเมินความพร้อมในการหย่าเครื่องช่วยหายใจ และถอดท่อช่วยหายใจเมื่อผู้ป่วยสามารถหายใจได้เอง

การประเมินผล

1. ผู้ป่วย On ET Tube with ventilator หายใจสัมพันธ์กับเครื่อง ไม่เหนื่อยหอบ ไม่มีภาวะ cyanosis ปลายมือปลายเท้าแดงดี ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในหลอดเลือดแดงที่ปลายนิ้ว 100 %
2. ความดันโลหิต 122/92-134/92 mmHg ชีพจรสม่ำเสมอ 103 -118 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 14 -20 ครั้ง/นาที

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 6 อาจเกิดอันตรายจากภาวะโพแทสเซียมในเลือดต่ำ

ข้อมูลสนับสนุน : ระดับโพแทสเซียม ในเลือด = 3.1 mmol/L

วัตถุประสงค์ : เพื่อป้องกันอันตรายจากภาวะโพแทสเซียมในเลือดต่ำ

เกณฑ์การประเมินผล

1. ระดับโพแทสเซียมในกระแสเลือดอยู่ในช่วง 3.6- 5.1 mmol/L
2. ไม่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน ท้องผูก อ่อนเพลีย กล้ามเนื้ออ่อนแรง การหายใจล้มเหลว ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ และไม่พบความผิดปกติของคลื่นไฟฟ้าหัวใจที่รูปแบบ ST-segment depression

กิจกรรมการพยาบาล

1. สังเกตอาการอาการแสดงของภาวะโพแทสเซียมในเลือดต่ำ เช่น กล้ามเนื้ออ่อนแรง เป็นตะคริว กล้ามเนื้อกระตุก ท้องอืด หัวใจเต้นผิดจังหวะ
2. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษาของแพทย์ คือ 0.9 % NSS 1,000 มิลลิลิตร ผสมกับ KCl 40 mEq อัตราการหยด 80 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง
3. ประเมินสัญญาณชีพอัตราและจังหวะการเต้นของชีพจรอาการทางระบบประสาท เช่น ง่วงซึม reflex ลดลง
4. บันทึกจำนวนสารน้ำเข้า และน้ำออกจากร่างกาย เพื่อประเมินการทำงานของไตเนื่องจากโพแทสเซียมถูกขับออกทางไตเป็นหลัก
5. ติดตามระดับโพแทสเซียมในเลือด เพื่อประเมินการตอบสนองต่อการให้ยา

ประเมินผล

1. ไม่เกิดอันตรายจากภาวะโพแทสเซียมในเลือดต่ำ ไม่มีกล้ามเนื้ออ่อนแรง เป็นตะคริว กล้ามเนื้อกระตุก ท้องอืดหรือหัวใจเต้นผิดจังหวะ
2. ผลการตรวจ potassium เท่ากับ 3.5 – 4.4 mmol/L

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 7 เสี่ยงต่อการติดเชื้อแผลผ่าตัด การติดเชื้อใต้เยื่อหุ้มสมอง ข้อมูลสนับสนุน

1. มีแผลผ่าตัด Craniotomy (bifrontal) for blood removal, frontal lobectomy, repair of cerebral meninges repair of skull base and cranioplasty with titanium mesh and screws

2. ก่อนผ่าตัดมีกะโหลกศีรษะแตกแบบเปิดและมีเนื้อสมองฉีกขาด ไหลออกมา

วัตถุประสงค์ : ป้องกันการติดเชื้อ

เกณฑ์การประเมินผล

1. รอบแผลไม่บวมแดงร้อน กดไม่เจ็บ ไม่มีหนอง
2. ไม่มีไข้ อุณหภูมิร่างกายปกติอยู่ในเกณฑ์ 36.0 – 37.0 องศาเซลเซียส
3. ระดับความรู้สึกตัวคงที่ (Glasgow coma score) หรือไม่ลดลงมากกว่า 2 คะแนน
4. ไม่มีอาการปวดศีรษะรุนแรง ชักเกร็ง กล้ามเนื้อคอแข็งเกร็ง

กิจกรรมการพยาบาล

1. ล้างมือทุกครั้งก่อนและหลังให้การพยาบาลเพื่อลด การแพร่กระจายของเชื้อโรค
2. วัดและบันทึกอุณหภูมิทุก 4 ชั่วโมง เพื่อประเมินการติดเชื้อของผู้ป่วย
3. ดูแล redivac drain ให้เป็นระบบปิด เป็นสุญญากาศ เพื่อจะได้ดูด content ที่คั่งค้างอยู่ หลังผ่าตัดออกมา สังเกตสีของ content ที่ออกมาถ้าผิดปกติรายงานแพทย์
4. สังเกตบริเวณรอบที่ระบายเลือดจากแผลผ่าตัด มีลักษณะอาการแสดงของการอักเสบติดเชื้อ เช่น อาการปวด บวม แดง ร้อน หรือสิ่งคัดหลั่งจากแผลผ่าตัด มีสี กลิ่น จำนวนผิดปกติหรือไม่เพื่อประเมินการติดเชื้อ
5. ประเมินอาการและอาการแสดงของการติดเชื้อของ แผลผ่าตัดเช่น ปวด บวมแดงและร้อน มีสารคัดหลั่งเป็น หนองซึม หรือมีไข้ วัดไข้ทุก 4 ชั่วโมง
6. ดูแลให้ยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษาของแพทย์คือ Meropenam inj 2 กรัม ทางหลอดเลือดดำทุก 8 ชั่วโมง และ Vancomycin inj 1 กรัม ทุก 12 ชั่วโมง

ประเมินผล

แผลไม่บวมแดง ไม่มีหนองไหลซึมจากแผล ขวด Radivac drain ได้ content เป็นเลือดกันขวด ผู้ป่วยมีไข้เป็นระยะๆ

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 8 เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนาน เช่น แผลกดทับ กล้ามเนื้อลีบ ข้อยึดติด และ Hypostatic Pneumonia

ข้อมูลสนับสนุน

ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ แขนเกร็งงอ ขาเกร็งเหยียด

วัตถุประสงค์

ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานเช่น แผลกดทับ กล้ามเนื้อลีบ ข้อยึดติดและ Hypostatic Pneumonia

เกณฑ์การประเมินผล

ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนาน เช่น แผลกดทับ กล้ามเนื้อลีบ ข้อยึดติดและ Hypostatic Pneumonia

กิจกรรมการพยาบาล

การป้องกันการเกิดแผลกดทับ

1. ประเมินลักษณะของผิวหนังบริเวณที่ถูกกดทับว่ามีรอยแดงรอยถลอกมีแผลหรือมีการลอกหลุดของผิวหนัง โดยเฉพาะผิวหนังบริเวณปุ่มกระดูกทุกส่วน
2. สอนแนะนำติในการดูแลความสะอาดของผิวหนัง โดยเฉพาะผิวหนังบริเวณหลัง และก้นบั้นให้แห้งและสะอาดอยู่เสมอ

3. สอนแนะนำการดูแลให้สวมใส่เสื้อผ้าที่สะอาด ผ้าปูที่นอนสะอาด และปูให้เรียบร้อยไม่ควรให้ผิวหนังผู้ป่วยสัมผัสกับผ้าโดยตรง เพื่อป้องกันการอักเสบ และป้องกันการเสียดสี

4. สอนแนะนำการดูแลผู้ป่วยลดแรงกดทับที่บริเวณปุ่มกระดูกต่าง ๆ โดยการกระตุ้นให้ขยับตัวก้นลอยพ้นจากพื้นเตียง หรือช่วยพลิกตะแคงตัวทุก 2 ชั่วโมง

5. แนะนำให้ใช้ที่นอนลมปรูร่องนอน เพื่อลดแรงกดทับที่ผิวหนังส่วนต่าง ๆ

6. แนะนำญาติในการกระตุ้นให้ผู้ป่วยออกกำลังกายบนเตียง ในอวัยวะส่วนที่ไม่ถูกจำกัดการเคลื่อนไหวเพื่อให้เกิดการเคลื่อนไหวไม่เกิดการกดทับตลอดเวลา

การป้องกันการเกิดภาวะกล้ามเนื้อลีบ ข้อยึดติด

1. กระตุ้นให้ผู้ป่วยมีการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองเท่าที่จะสามารถปฏิบัติได้

2. แนะนำญาติ ในการกระตุ้นให้ผู้ป่วยออกกำลังกายกล้ามเนื้อต้นขา ข้อสะโพก และข้อเท้า เพื่อให้กล้ามเนื้อเกิดการหดคลายตัว เพิ่ม muscle tone และความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ ข้อต่าง ๆ ได้มีการเคลื่อนไหวซึ่งมีวิธีปฏิบัติดังนี้

2.1) การออกกำลังกายกล้ามเนื้อต้นขา (Quadriceps Setting Exercise) คือ การเกร็งกล้ามเนื้อต้นขา โดยข้อไม่มีการเคลื่อนไหว เพื่อให้กล้ามเนื้อต้นขาแข็งแรงสามารถรับน้ำหนักตัวได้ เมื่อเริ่มหัดยืน และหัดเดิน

2.2) การออกกำลังกายข้อสะโพก คือ การยกขาขึ้นตรง ๆ (Straight Leg Raising Exercise) ขณะเตี้ยวาก็เกร็งกล้ามเนื้อต้นขาไว้ด้วย เป็นการป้องกันการงอของข้อสะโพก และทำให้กล้ามเนื้อต้นขาแข็งแรง

2.3) การออกกำลังกายข้อเท้า คือ การให้ผู้ป่วยกระดกข้อเท้าขึ้นปล่อยข้อเท้าลง หมุนข้อเท้าเข้าด้านในและหมุนข้อเท้าออกด้านนอก เป็นการป้องกันข้อเท้าตกร ซึ่งจะทำให้เดินไม่ได้

การป้องกันการเกิดภาวะ Hypostatic Pneumonia

1. ประเมินลักษณะการหายใจ และฟังเสียงปอดอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง

2. ดูแลจัดท่านอนให้ศีรษะสูงเล็กน้อย เพื่อช่วยให้หายใจได้สะดวก

3. แนะนำเรื่อง Breathing Exercise และ Effective Cough

4. ดูแลให้ผู้ป่วยได้ดื่มน้ำสะอาดอย่างเพียงพออย่างน้อยวันละ 6-8 แก้ว เพื่อช่วยให้เสมหะอ่อนตัว และสามารถขับออกได้ง่าย พร้อมทั้งสังเกตลักษณะของเสมหะที่ออก

5. ดูแลให้มีการพลิกตัว หรือขยับตัว โดยไม่นอนอยู่ท่าเดียวนาน ๆ เพื่อให้มีการเคลื่อนไหวของร่างกาย

6. บันทึกสัญญาณชีพ เพื่อดูอุณหภูมิที่เปลี่ยนแปลง ถ้าสูงขึ้นอาจมีการติดเชื้อในปอด ให้ประเมินชีพจร และอัตราการหายใจร่วมด้วย

ประเมินผลการพยาบาล

ผู้ป่วยไม่มีแผลกดทับ ไม่มีภาวะกล้ามเนื้อลีบ ไม่มีอาการข้อติด ไม่เกิดภาวะ Hypostatic Pneumonia

การพยาบาลในระยะก่อนจำหน่าย

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 9 มีความบกพร่องในการเคลื่อนไหวร่างกาย เนื่องจากมีอาการ งอเกร็งของแขนขาเกร็งเหยียด

ข้อมูลสนับสนุน : ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ แขนเกร็งงอ ขาเกร็งเหยียด

วัตถุประสงค์การพยาบาล

ผู้ป่วยสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง ตามความสามารถสูงสุดที่สามารถทำได้ หรือได้รับความช่วยเหลือจากญาติ

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน การเคลื่อนไหวและสภาพอารมณ์ต่อการเคลื่อนไหว

2. อธิบายให้ทราบถึงความสำคัญเกี่ยวกับปัญหาของการเคลื่อนไหวที่บกพร่อง ให้เวลาและให้กำลังใจ

3. ช่วยเหลือทำ passive exercise และส่งเสริม active exercise เพื่อป้องกันกล้ามเนื้อลีบและข้อติด

4. ช่วยเปลี่ยนท่านอนทุก 2 ชั่วโมง เพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ

5. ประสานทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัวให้มีความพร้อมรวมถึงส่งต่อข้อมูลเพื่อให้เกิดการดูแลต่อเนื่องเมื่อจำหน่ายกลับบ้าน

6. วางแผนจำหน่ายโดยใช้หลัก D-METHOD

ประเมินผล

ปัญหานี้ได้รับการแก้ไขบางส่วน ให้คำแนะนำดูแลต่อเนื่องเมื่อกลับไปอยู่บ้าน ต้องติดตามต่อไป โดยส่งต่อให้แผนกที่เกี่ยวข้อง เช่น กายภาพบำบัด หน่วยส่งเสริมสุขภาพเพื่อเยี่ยมบ้าน หรือศูนย์สาธารณสุขชุมชน

สรุปกรณีศึกษา

ผู้ป่วยชายไทย อายุ 20 ปี รถกัญญำนำส่งโรงพยาบาล เวลา 09.05 น. ด้วยประวัติ 30 นาทีก่อนมาโรงพยาบาลผู้ป่วยขึ้นรถจักรยานยนต์ชนท้ายรถพ่วง สลบ ไม่รู้สึกตัว มีแผลฉีกขาดบริเวณกลางศีรษะและหน้าผาก ลึกถึง bone กะโหลกศีรษะส่วนหน้าแตกแบบเปิด มีเยื่อขาวๆ คล้ายเนื้อ brain ไหล แผลฉีกขาดเข้าซ้าย Coma score E1V1M3 = 4 คะแนน สัญญาณชีพ T=37.2C P=127 ครั้ง/นาที R=16 ครั้ง/นาที BP=100/56 mmHg แพทย์ใส่ท่อช่วยหายใจต่อเครื่องช่วยหายใจ รับประทานยาผู้ป่วย ศัลยกรรมอุบัติเหตุ ผลCT brain CT brain brain พบ Open skull fracture bilateral cranial vault, subdural hemorrhage, traumatic ICH, brain edema and increased intracranial pressure ได้รับผ่าตัด Craniotomy (bifrontal) for blood removal, frontal lobectomy, repair of cerebral meninges repair of skull base and cranioplasty with titanium mesh and screws หลังผ่าตัดไม่รู้สึกตัว หายใจเองไม่ได้ จำเป็นต้องคาท่อช่วยหายใจเป็นเวลานาน ต่อมา ต้องเจาะคอและสามารถหย่าเครื่องช่วยหายใจได้ แต่ยังไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ มีแขนเกร็งงอ ขาเกร็งเหยียดจำเป็นต้องอยู่ในภาวะพึ่งพา สามารถนั่งรถเข็นได้ รับประทานอาหารทางปากได้ โดยญาติช่วย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ เช่น แผลกดทับ การติดเชื้อ ข้อยึดติด กล้ามเนื้อลีบ รวมระยะเวลาการรักษาตัวในโรงพยาบาล 55 วัน

วิจารณ์และข้อเสนอแนะ

ผู้ป่วยกรณีศึกษาได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ ร่วมกับ มีบาดแผลฉีกขาดที่ศีรษะขนาดใหญ่ ซึ่งพบว่าบาดแผลมีความลึกและเลือดออกค่อนข้างมาก นอกจากแผลลึก ถึงกะโหลกศีรษะแล้วยังพบว่ากะโหลกศีรษะแตกแบบเปิดและมีเนื้อสมองฉีกขาด อีกด้วย อาการของผู้ป่วยจึงเป็นภาวะฉุกเฉินเร่งด่วนและ คุณภาพต่อชีวิต พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการดูแลให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะวิกฤต จำเป็นต้องคอยดูแล พื้นฟูสภาพร่างกายที่ดี ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน ทั้งในส่วนของญาติผู้ป่วยจะเป็นการสนับสนุนชี้แนะ เพื่อให้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งจะส่งผลต่อการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยทั้งในระยะสั้นและระยะยาวเมื่อหายจากการป่วยแล้ว

ข้อเสนอแนะ

1. พัฒนาสมรรถนะพยาบาลด้านศัลยกรรมอุบัติเหตุอย่างต่อเนื่อง เช่น สมรรถนะด้านการประเมินผู้บาดเจ็บตามแนวปฏิบัติการช่วยชีวิตผู้ได้รับบาดเจ็บขั้นสูง (Advanced Trauma Life Support; ATLS)
2. ส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้ปฏิบัติงาน เข้ารับการอบรมฟื้นฟูความรู้การพยาบาลระบบประสาทศาสตร์และการดูแลผู้ป่วยวิกฤต
3. จัดทำแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุ เพื่อเป็นคู่มือให้บุคลากรทางการแพทย์ และพยาบาล ตั้งแต่ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินและทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้องสามารถดูแลผู้ป่วยให้ปลอดภัย

สรุป

พยาธึสรุภาพของผู้ป่วยที่มีการบาดเจ็บจากการประสบอุบัติเหตุที่รุนแรง มีกะโหลกศีรษะแตกแบบเปิดและมีเนื้อสมองฉีกขาด มักส่งผลต่อการไหลเวียนเลือดในสมอง และพยาธึสรุภาพที่สมองนี้ส่งผลต่อการทำหน้าที่ของ อวัยวะต่างๆ ทว่าร่างกายตามมา โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ระบบการหายใจ โดยผู้ป่วยกรณีศึกษา พบว่ามีภาวะ ช็อก ดังนั้นหากการดูแลช่วยเหลือไม่ทันเวลาอาจ ส่งผลต่อชีวิตผู้ป่วยได้ พยาบาลเป็นหนึ่งในทีมสุขภาพ ต้องใช้ความรู้ ความสามารถในการประเมินสังเกต อาการเปลี่ยนแปลงและเฝ้าระวัง ติดตามภาวะแทรกซ้อนต่างๆ รวมถึงการร่วมมือกับแพทย์ในการรักษาพยาบาล อย่างทันท่วงที เพื่อให้ผู้ป่วยผ่านพ้นภาวะฉุกเฉิน ต่อชีวิตได้ในที่สุด



เอกสารอ้างอิง

1. Thai RSC ศูนย์ข้อมูลอุบัติเหตุประจำจังหวัด. [online]. [เข้าถึงเมื่อ 25 กันยายน 2566]. Available from : <http://www.thairsc.com/p77/index/62>
2. ราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย. แนวทางการรักษาพยาบาลด้านศัลยกรรม CLINICAL PRACTICE GUIDELINES IN SURGERY สาขา: ประสาทศัลยศาสตร์. บาดเจ็บที่ศีรษะ. [online]. [เข้าถึงเมื่อ 20 กันยายน 2566]. Available from: <http://www.rcst.or.th/cpg/2N98.pdf>
3. ราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย. แนวปฏิบัติกรณีสมองบาดเจ็บ. กรุงเทพฯ: พรอสส์พลัส; [ม.ป.ป.].
4. คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี. การบาดเจ็บที่ศีรษะ. [online]. [เข้าถึงเมื่อ 15 กันยายน 2566]. Available from: <https://www.thairath.co.th/lifestyle/health-and-beauty>
5. มลฤดี แสนจันทร์, สุวคนธ์ ทองดอนบม. หลุมพรังการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะที่มีภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง. วารสารพยาบาลสาธารณสุข. 2564;35(2):139-53.
6. กลุ่มงานศัลยกรรม โรงพยาบาลกำแพงเพชร. ข้อมูลสถิติผู้ป่วยกลุ่มงานศัลยกรรม โรงพยาบาลกำแพงเพชร ปี 2563 -2565. กำแพงเพชร: โรงพยาบาลกำแพงเพชร; 2565.
7. นวลทิพย์ วีระเดชากุล, นุชศรา พรหมชัย, นงลักษณ์ พลแสน. ประสิทธิภาพการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บหลายระบบด้วย Multiple Injury Nursing Management Guideline แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลบุรีรัมย์. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์. 2561;33(2):165-77.

Nursing care for acute ST- elevation myocardial infarction Patient : A case study

Gadkanok Khumto, Dip in N.EQU BN.*

Abstract

Introduction :. Acute myocardial infarction in meaning of narrowing or blockage of the coronary arteries. It is a life-threatening condition. Nurses play a role in assess symptoms, early electrocardiogram monitoring for diagnosis, and fast-track care, which can help save lives patients

Objective : To provide nursing guidelines for patients with acute ST-segment elevation myocardial infarction in the observation room

Case study : A 50-year-old Thai man came with uncomfortable at epigastrium for 30 min before. The nurse of emergency room checked the electrocardiogram and it was also normal. The doctor diagnosed Dyspepsia, gave supportive medication and moved to the observation room for waiting troponin I. While waiting in observation room, the patient said symptoms was increased. He looked restless, sweats and cold. After that the nurse re-checked for electrocardiogram and found ST-segment elevation. The doctor's report found ST-segment elevation in leads II, III, aVF and ST-segment depression in lead I, aVL, V2-V5. The doctor diagnosed acute inferior wall ST-segment elevation myocardial infarction (STEMI) and brought him to the emergency room for fast track STEMI care and Streptokinase was giving. While giving the medication, he had low blood pressure. The doctor had loaded IV fluid. But his blood pressure was still low. The doctor decided to give inotropic drug, Norepinephrine and transferred the patient to the medical intensive care unit. Nursing diagnosis includes: 1.Uncomfortable due to abdominal pain and tightness. 2.Risk of developing acute conditions related to heart disease. 3. The volume of blood leaving the heart decreases due to abnormal contraction of the heart muscle due to lack of blood supply.4. Risk of complications due to side effects of the blood-soluble drug. 5. Patients have a chance of deteriorating while being moved. Following up on the patient's condition, it was found that the artery was successfully opened. and the patient was treated by referral for coronary angioplasty.

Conclusion : The role of nurses in the observation room for early detection myocardial infarction, with knowledges and understanding of the pathology of the disease. Assess early emergency situations accurately and appropriately management not only during thrombolytic drugs was giving but also complications after that.

Keywords : Acute ST-elevation Myocardial Infarction Critical care nursing

*Registered nurse, professional Level, Kamphaeng Phet Hospital

การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดเอสทียก : กรณีศึกษา

เกษกนก ขำโต, ป.พย.*

บทคัดย่อ

บทนำ : โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน หมายถึงภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายอันเนื่องมาจากขาดเลือดไปเลี้ยงจากการตีบตันหรืออุดตันของหลอดเลือดแดงโคโรนารี เป็นภาวะวิกฤตฉุกเฉินที่มีความสำคัญเป็นอันตรายต่อชีวิต พยาบาลมีบทบาทในการประเมินอาการ ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจเพื่อการวินิจฉัยที่รวดเร็ว และให้การดูแลแบบช่องทางด่วน จะทำให้ผู้ป่วยรอดชีวิตได้

วัตถุประสงค์ : เพื่อเป็นแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดเอสทียกที่ห้องสังเกตอาการ

กรณีศึกษา : ชายไทย อายุ 50 ปี มาด้วย 30 นาที มีอาการจุกแน่นท้องใต้ลิ้นปี่ พยาบาลห้องฉุกเฉินตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจพบปกติ แพทย์ให้การวินิจฉัยเบื้องต้นเป็น Dyspepsia ให้ยาและย้ายมาห้องสังเกตอาการเพื่อรอผล troponin I ระหว่างรอตรวจอาการผู้ป่วยบอกรู้สึกหน้าอกมากขึ้น ดูกระสับกระส่าย เหงื่อออก ตัวเย็น ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ รายงานแพทย์พบมี ST elevation in leads II, III, aVF ST depression lead I, aVL, V2-V5 แพทย์วินิจฉัยโรค Acute inferior wall STEMI นำเข้าห้องฉุกเฉินให้การดูแลแบบช่องทางด่วน (Fast track STEMI) ให้ยาละลายลิ่มเลือด Streptokinase ระหว่างให้ยามีภาวะความดันโลหิตต่ำรายงานแพทย์ให้ load IV fluid ความดันโลหิตยังต่ำอยู่รายงานแพทย์เริ่มให้ยา Norepinephrine ประสานข้อมูล และเคลื่อนย้ายผู้ป่วยไปหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม การวินิจฉัยทางการแพทย์ ได้แก่ 1. ไม่สุขสบายเนื่องจากปวดจุกแน่นท้อง 2. เสี่ยงต่อการเกิดภาวะเฉียบพลันที่เกี่ยวกับโรคหัวใจ 3. ปริมาตรเลือดที่ออกจากหัวใจลดลงเนื่องจากการบีบตัวของกล้ามเนื้อหัวใจผิดปกติจากการขาดเลือดไปเลี้ยง 4. เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากผลข้างเคียงของยาละลายลิ่มเลือด 5.ญาติและผู้ป่วยวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยและภาวะโรคที่คุกคามชีวิต 6. ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดภาวะทรุดลงขณะมีการเคลื่อนย้าย จากการติดตามอาการของผู้ป่วยพบว่ามีความสำเร็จในการเปิดของหลอดเลือด และผู้ป่วยได้รับการรักษาโดยส่งต่อไปทำสวนหัวใจขยายหลอดเลือด

สรุป : บทบาทพยาบาลในห้องสังเกตอาการในการดูแลผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดเอสทียก โดยมีความรู้ความเข้าใจในพยาธิสภาพของโรค ประเมินภาวะวิกฤตฉุกเฉินได้อย่างถูกต้อง รวดเร็ว ทำให้ได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดทันเวลา รวมถึงมีความรู้ในการบริหารยา เผื่อระวังภาวะผิดปกติที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วย ทำให้ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนและผู้ป่วยรอดชีวิต

คำสำคัญ : ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดเอสทียก การพยาบาลระยะวิกฤต

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลกำแพงเพชร

บทนำ

ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดเอสทียก เป็นกลุ่มอาการกล้ามเนื้อหัวใจตายที่คลื่นไฟฟ้าหัวใจผิดปกติ และพบค่าการทำงานของเอ็นไซม์การทำงานของหัวใจผิดปกติ มักแสดงถึงการอุดตันของหลอดเลือดแดงหัวใจเส้นสำคัญ จนทำให้เลือดไม่สามารถไปเลี้ยงหัวใจได้ เมื่อหัวใจขาดเลือด ผลที่ตามมาคือกล้ามเนื้อหัวใจถูกทำลาย ทำให้เกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด หากไม่ได้รับการดูแลรักษาที่ถูกต้องและรวดเร็ว ผู้ป่วยมีโอกาสเสียชีวิตกะทันหันได้¹ อัตราตายของผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดเอสทียก ปี 2563, 2564, 2565 ของประเทศไทย พบร้อยละ 7.35, 51.6, 10.20 ของเขตสุขภาพที่ 3 พบร้อยละ 8.27, 6.58, 7.10 ตามลำดับ² และจากสถิติข้อมูลของโรงพยาบาลกำแพงเพชร มีผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดเอสทียก เข้ารับการรักษา จำนวน 136, 134 และ 190 ราย ตามลำดับ และเสียชีวิต 20, 22 และ 28 ราย ตามลำดับ³ อาการสำคัญที่นำผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดมาโรงพยาบาล คือ อาการเจ็บหน้าอก ผู้ป่วยบางรายอาจมีอาการแสบร้อนหรืออาการปวดจุกเสียดแน่นบริเวณลิ้นปี่ หรือมีอาการแน่นท้อง คล้ายอาหารไม่ย่อย ซึ่งอาการเหล่านี้เรียกรวมว่า อาการเจ็บหน้าอกที่ไม่จำเพาะเจาะจง และผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันประมาณร้อยละ 20 จะไม่มีอาการเจ็บหน้าอก โดยเฉพาะในผู้ป่วยสูงอายุ โรคเบาหวาน และกลุ่มผู้ป่วย เพศหญิงอาจมาด้วยอาการอื่น เช่น มีอาการอ่อนเพลีย เหนื่อยง่าย หายใจไม่สะดวก หน้ามืด เป็นลม บางรายมีอาการความดันโลหิตต่ำ หมดสติหรือหัวใจหยุดเต้น เสียชีวิตเฉียบพลันได้จากอาการที่หลากหลายดังกล่าวข้างต้นถือได้ว่าเป็นภาวะฉุกเฉินที่ต้องได้รับการวินิจฉัยและการรักษาที่ถูกต้องรวดเร็ว ระยะเวลาที่ผ่านไปหมายถึงภาวะที่กล้ามเนื้อหัวใจที่ตายเพิ่มมากขึ้น⁴

การรักษาโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดจะเน้น ความรวดเร็วในการตรวจวินิจฉัยและการรักษาด้วยวิธีการทำให้หลอดเลือดแดงโคโรนารีที่อุดตันเปิดออกตามคำแนะนำของ American Heart Association ในปี 2004 เนื่องจากสามารถลดอัตราตายและภาวะแทรกซ้อนต่างๆ⁵ ได้และทำให้ผู้ป่วยสามารถกลับไปดำเนินชีวิตตามปกติได้ ซึ่งการเปิดหลอดเลือดด้วยวิธีใดนั้นขึ้นอยู่กับศักยภาพของโรงพยาบาลแต่ละแห่งและความรุนแรงของโรค การให้ยาละลายลิ่มเลือด เช่น streptokinase เป็นทางวิธีการหนึ่งในการเปิดหลอดเลือดหัวใจ ในกรณีที่ไม่สามารถทำหัตถการเปิดหลอดเลือดหัวใจได้เองหรือส่งไปโรงพยาบาลที่มีศักยภาพในการทำได้ ภายในเวลามาตรฐาน⁶ ดังนั้น เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาทันเวลา พยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการคัดกรอง ประเมินอาการ มีทักษะการดูแลผู้ป่วยวิกฤตและให้ยาที่มีความเสี่ยงสูง เผื่อระวัง ป้องกัน แก้ไขภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยในขณะที่เข้ารับการรักษา รวมถึงการประสานงานเพื่อเข้าถึงระบบช่องทางด่วน (Fast Track) ได้อย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ

แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลกำแพงเพชร รับผิดชอบงานสังเกตอาการ (Observe) โดยจัดบริการอยู่ในห้องฉุกเฉิน มีจำนวน 10 เตียง รับผู้ป่วยอาการฉุกเฉินที่ได้รับการตรวจรักษาจากห้องฉุกเฉิน แต่อาการยังไม่ทุเลาพอจะกลับบ้านได้ และยังไม่มีความชัดเจนในการนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มนี้จะมีอาการเปลี่ยนแปลงได้อย่างรวดเร็วตลอดเวลา พยาบาลห้องสังเกตอาการจึงต้องมีความรู้และทักษะสูง เพื่อสังเกต ประเมิน และแก้ไขปัญหาฉุกเฉินเร่งด่วนได้ทันทั่วทั้ง การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิดเอสทียกที่ห้องสังเกตอาการ

กรณีศึกษา

ข้อมูลพื้นฐานทั่วไป : ชายไทย อายุ 50 ปี เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย ศาสนาพุทธ

อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล

จุกแน่นท้องใต้ลิ้นปี่ ไม่มีร้าวไปไหน มีหน้ามืดเหมือนจะเป็นลม 30 นาทีก่อนมาโรงพยาบาล

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน

3 วันก่อนมา จุกแน่นท้องใต้ลิ้นปี่ ใจสั่นไปรักษาที่คลินิกอาการไม่ทุเลา สักพักหายเอง

30 นาทีก่อนมา จุกแน่นท้องใต้ลิ้นปี่ ไม่มีร้าวไปไหน มีหน้ามืดเหมือนจะเป็นลม ผู้ป่วยมารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉิน ได้รับการประเมิน และตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ ผลปกติ แพทย์ให้การวินิจฉัยเบื้องต้นเป็น Dyspepsia ให้ยาและย้ายมาห้องสังเกตอาการเพื่อรอผลตรวจเลือด trop I

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต : ปฏิเสธโรคประจำตัว ปฏิเสธการแพ้ยาและสารเคมี ประวัติสูบบุหรี่ 18-20 มวนต่อวัน
ประเมินสภาพร่างกายตามระบบ

รูปร่าง : สมส่วน น้ำหนัก 56 กิโลกรัม ส่วนสูง 164 เซนติเมตร ค่าBMI = 22.8

สัญญาณชีพ : แรกรับที่ห้องฉุกเฉินอุณหภูมิร่างกาย 36.5 องศาเซลเซียส ความดันโลหิต 133/86 มิลลิเมตรปรอท
ชีพจร 70 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที

ผิวหนัง : ผิวขาวเหลือง ความตึงของผิวหนังดี

ศีรษะและใบหน้า : ศีรษะและใบหน้าสมส่วน ศีรษะไม่มีรอยโรค เส้นผมสีดำมีแสงสีขาว ตา 2 ข้างมองเห็นปกติ
ใบหู จมูก ปาก ลักษณะภายนอกปกติ

ทรวงอกและทางเดินหัวใจ : เจ็บหน้าอก Pain score = 5/10 ทรวงอกรูปร่างปกติ ไม่มีอกบวม อัตราการหายใจ
20 ครั้ง/นาที เสียงการหายใจปกติ ฟังปอดเสียงปกติ ค่าความเข้มข้นออกซิเจนในเลือด 99%

ระบบหัวใจและหลอดเลือด : การเต้นของหัวใจสม่ำเสมอ อัตราการเต้นของหัวใจ 70 ครั้ง/นาที ไม่มีเสียง murmur

ช่องท้องและทางเดินอาหาร : ลักษณะทั่วไปปกติ ปวดท้องใต้ลิ้นปี่ ท้องไม่แข็งตึง ตับ ม้ามปกติไม่โต

ระบบทางเดินปัสสาวะ : ปัสสาวะปกติเหลืองใส อวัยวะสืบพันธุ์ภายนอกปกติ

ระบบประสาท : รู้สึกตัวดี ถามตอบรู้เรื่อง เคลื่อนไหวแขนขาได้ปกติ E4V5M6 Glasgow coma score = 15

ระบบกล้ามเนื้อและกระดูก : โครงสร้างร่างกายปกติ แขนขา 2 ข้างไม่อ่อนแรง เคลื่อนไหวได้ดีมีแรงกำลังระดับ 5

ประเมินสภาพจิตใจและสังคม : สีหน้าไม่สุขสบาย หน้านิ้วคิ้วมวด สีหน้าวิตกกังวล อ่อนเพลีย มีญาติคอยดูแลช่วยเหลือ

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่สำคัญ

Troponin I : 52.7 mg/ml

Electrocardiogram (EKG) : พบมี ST elevation in leads II, III, aVF, STD I, aVI, V2-V5

วินิจฉัยโรคครั้งสุดท้าย : Acute myocardial infarction at Inferior wall

สรุปการดำเนินของโรคขณะรับไว้ดูแล

00.35 น. รับย้ายจากห้องฉุกเฉิน ดูแลให้ยา Omeprazole 40 mg vein stat Buscopan 20mg vein stat on heparin lock เจาะ lab CBC, BUN, Cr, Elyte, trop I ตามแผนการรักษาแพทย์

00.58 น. ผู้ป่วยบอกแน่นหน้าอกมากขึ้น ดูกระสับกระส่าย เหงื่อออก ตัวเย็น ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ รายงานแพทย์ พบมี ST elevation in leads II, III, aVF ST depression lead I, aVI, V2-V5 Pain Score 10/10

00.58 น. แพทย์เวรตรวจเยี่ยมอาการ ปรีกษาอายุรแพทย์โรคหัวใจ วินิจฉัยโรค Acute inferior wall STEMI ได้รับการ
คัดกรองผู้ป่วย (Triage) ระดับ 2(Emergency: ESI 2) นำเข้าห้องฉุกเฉินให้การดูแลแบบช่องทางด่วน (Fast track STEMI)

01.03 น. เพิ่ม lab STEMI พร้อมเปิดเส้นเลือดดำ 2 เส้นเพื่อแยกระหว่างการให้ยาSK กับให้สารน้ำ ตรวจวัดความ
ดันโลหิต 4 รายการค์แขนซ้ายความดันโลหิต 109/71 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 70 ครั้ง/นาที แขนขวาความดันโลหิต 106/85
มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 72 ครั้ง/นาที ขาขวาความดันโลหิต 100/68 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 74 ครั้ง/นาที ขาซ้ายความดัน
โลหิต 106/85 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 72 ครั้ง/นาที และแพทย์ประเมินข้อห้ามและข้อบ่งชี้ในการให้ยาละลายลิ่มเลือด

01.07 น. ดูแลให้รับยา ISDN (5mg) 1 tab SL เพื่อบรรเทาอาการเจ็บหน้าอก และให้รับประทานยาต้านเกล็ดเลือด
ASA (300 mg) 1 tab เคี้ยวกลืน Clopidogrel (75mg) 4 tab oral stat

01.08 น. อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติทราบถึงความจำเป็นในการให้ยาละลายลิ่มเลือด ประโยชน์ ผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้น
เปิดโอกาสให้ซักถามและตัดสินใจรับการรักษา ผู้ป่วยและญาติลงนามยินยอมในการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือด Streptokinase

01.10 น. เริ่มให้ยาละลายลิ่มเลือด Streptokinase 1.5 mU in 0.9% NSS 100 ml iv drip in 1 hr. ตามแผนการ
รักษาแพทย์ เฝ้าระวังและป้องกันภาวะแทรกซ้อนขณะให้ยา วัดสัญญาณชีพทุก 5 นาที

01.15 น. ความดันโลหิต 89/51 มิลลิเมตรปรอท MAP 63 ชีพจร 68 ครั้ง/นาที อัตราหายใจ 20 ครั้ง/นาที O₂Sat 99% รายงานแพทย์เวร แพทย์มีแผนการรักษาให้ load 0.9% NSS 500 ml หลัง load IV ครบ 500 ml ความดันโลหิต 83/45 มิลลิเมตรปรอท MAP 57 ชีพจร 70 ครั้ง/นาที อัตราหายใจ 20 ครั้ง/นาที รายงานแพทย์ให้ load IV เพิ่มอีก 500 ml วัดความดันโลหิต 75/41 มิลลิเมตรปรอท MAP 52 ชีพจร 64 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที O₂Sat 97% รายงานแพทย์

01.30 น. ให้ยา Norepinephrine 4:100 rate 10 ml/hr ตรวจวัดสัญญาณชีพก่อนเคลื่อนย้าย ความดันโลหิต 126/68 มิลลิเมตรปรอท MAP 87 ชีพจร 70 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที O₂Sat 99% Pain Score 3/10

01.30 น. ประสานข้อมูลการดูแลผู้ป่วยกับพยาบาลหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรมและเตรียมเคลื่อนย้ายพร้อมอุปกรณ์ช่วยชีวิต และ monitor EKG ระหว่างเคลื่อนย้ายไปยังหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรมไม่มีภาวะแทรกซ้อน ตรวจวัดความดันโลหิต 124/60 มิลลิเมตรปรอท MAP 81 ชีพจร 74 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที O₂Sat 99% Pain Score 3/10

การวางแผนการพยาบาล

พบว่าผู้ป่วยมีปัญหาทางการพยาบาลที่สำคัญในช่วงเวลาการศึกษา ดังนี้

1. ไม่สบายเนื่องจากปวดจุกแน่นท้อง
2. เสี่ยงต่อการเกิดภาวะเฉียบพลันที่เกี่ยวกับโรคหัวใจ
3. ปริมาตรเลือดที่ออกจากหัวใจลดลงเนื่องจากการบีบตัวของกล้ามเนื้อหัวใจผิดปกติจากการขาดเลือดไปเลี้ยง
4. เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากผลข้างเคียงของยาละลายลิ่มเลือด
5. ญาติและผู้ป่วยวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยและภาวะโรคที่คุกคามชีวิต
6. ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดภาวะทรุดลงขณะมีการเคลื่อนย้าย

ปัญหาและข้อวินิจฉัยการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1 ไม่สบายเนื่องจากปวดจุกแน่นท้อง

ข้อมูลสนับสนุน

S : “ จุกแน่นท้องใต้ลิ้นปี่ ”

O : pain score 5

วัตถุประสงค์ : เพื่อบรรเทาอาการปวดท้อง

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยพักผ่อนได้/หลับได้
2. pain score ลดลง ≤ 3

กิจกรรมการพยาบาล

1. จัดให้อยู่ในท่ากึ่งนอนกึ่งนั่ง โดยให้ศีรษะยกสูง อยู่ในท่าที่สบายเพื่อให้นอนพักได้อย่างเต็มที่
2. สอนและแนะนำผู้ป่วยเรื่องการประเมินความเจ็บปวดโดยใช้ Pain score(0-10)
3. ดูแลให้ยา Omeprazole 40 mg vein stat Buscopan 20mg vein stat ตามแผนการรักษาแพทย์
4. ติดตามและประเมินอาการปวดพร้อมบันทึก ลักษณะ ระยะเวลา และระดับความรุนแรงโดยใช้ Pain score(0-10)
5. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการพักผ่อนเต็มที่(Absolute bed rest) และงดกิจกรรมต่างๆ
6. จัดสิ่งแวดล้อมให้สงบไม่รบกวนผู้ป่วยให้ผู้ป่วยสามารถนอนหลับพักผ่อนได้
7. รายงานแพทย์ หากอาการปวดไม่ทุเลา

การประเมินผล

1. ผู้ป่วยมีอาการเจ็บหน้าอกมากขึ้น ดูกระสับกระส่าย เหงื่อออก ตัวเย็น
2. pain score เท่ากับ 10

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2 เสี่ยงต่อการเกิดภาวะเจ็บพลันที่เกี่ยวกับโรคหัวใจ

ข้อมูลสนับสนุน

S : ผู้ป่วยมีอาการเจ็บหน้าอกมากขึ้น

O : ตูกระสับกระส่าย เหงื่อออก ตัวเย็น
pain score เท่ากับ 10

วัตถุประสงค์ : เพื่อลดความรุนแรงต่อการเกิดภาวะเจ็บพลันที่เกี่ยวกับโรคหัวใจ

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยไม่มีภาวะรุนแรงต่อการเกิดภาวะเจ็บพลันที่เกี่ยวกับโรคหัวใจ เช่น cardiac arrest
2. ผู้ป่วยได้รับการรักษาภาวะเจ็บพลันที่เกี่ยวกับโรคหัวใจได้รวดเร็วและทันเวลา

กิจกรรมการพยาบาล

1. จัดให้ผู้ผู้ป่วยอยู่ในบริเวณใกล้พยาบาลเพื่อสังเกตอาการ เผื่อระวังอาการเปลี่ยนแปลงและเตรียมการช่วยเหลือ ตลอดเวลา
2. ประเมินและสังเกตอาการเจ็บหน้าอกของผู้ป่วยรวมทั้งคำพูดต่าง ๆ ที่บ่งบอกถึงการเจ็บหน้าอก บันทึกลักษณะการเจ็บหน้าอกเพื่อประเมินความผิดปกติและรายงานแพทย์ให้ได้รับการรักษาทันที
3. Monitor EKG ไว้ เพื่อติดตามคลื่นไฟฟ้าหัวใจ เผื่อระวังอาการเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับโรคหัวใจ
4. ประเมินสภาพทั่วไป และสัญญาณชีพทุก 5-15 นาที ขณะเกิดอาการ เพื่อประเมินการทำงานของหัวใจ
5. ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ EKG 12 leads ทันทีที่ผู้ป่วย เจ็บหน้าอก ตัวเย็นเหงื่อออก กระสับกระส่าย รายงานแพทย์ทันทีเมื่อพบ EKG ผิดปกติ

6. ประเมินระดับความรุนแรงด่วนของอาการเจ็บอกคัดกรองผู้ป่วย(Triage) ระดับ 2 เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลแบบช่องทางด่วน Fast track STEMI

การประเมินผล

1. ผู้ป่วยไม่มีภาวะรุนแรงต่อการเกิดภาวะเจ็บพลันที่เกี่ยวกับโรคหัวใจ เช่น cardiac arrest
2. ผู้ป่วยได้รับการดูแลแบบช่องทางด่วน Fast track STEMI

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 3 ปริมาตรเลือดที่ออกจากหัวใจลดลงเนื่องจากการบีบตัวของกล้ามเนื้อหัวใจ ผิดปกติจากการขาดเลือดไปเลี้ยง

ข้อมูลสนับสนุน

S : ผู้ป่วยบอกเจ็บหน้าอกมากขึ้น

O : ผลการตรวจ EKG พบ ST elevateที่ II III aVF, reciprocal STD I aVL V2-V5 เวลา 01.15 น. วัดสัญญาณชีพ ความดันโลหิต 89/51 mmHg ชีพจร 68 ครั้ง/นาที ตรวจเลือดผล Troponin-T 52.7

วัตถุประสงค์ : เพื่อเพิ่มปริมาณเลือดที่ส่งออกจากหัวใจเพียงพอต่ออวัยวะสำคัญในร่างกาย

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยไม่มีอาการเจ็บหน้าอกหรือเจ็บหน้าอกลดลง ให้คะแนน pain score น้อยกว่า 10
2. สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ (ความดันโลหิต $\geq 90/60$ มิลลิเมตรปรอท keep MAP >65 mmHg) ชีพจร 60 - 100 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 16 - 24 ครั้ง/นาที)
3. การเต้นของหัวใจปกติ อัตรา 60 - 100 ครั้ง/นาที
4. ผิวหนังและปลายมือปลายเท้าอุ่นไม่ซีดเขียว

กิจกรรมการพยาบาล

1. เผื่อระวังอาการและอาการแสดงเพื่อประเมินประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจและการกำซาบเลือดของปอด และหัวใจลดลง โดยการสังเกตประเมินอาการเจ็บหน้าอก หัวใจเต้นผิดปกติหัวใจเต้นเร็ว หายใจเร็ว ความดันโลหิตต่ำ ชีพจรแคบอย่างต่อเนื่อง

2. ติดตามคลื่นไฟฟ้าหัวใจและจังหวะการเต้นของหัวใจจาก Monitor EKG อย่างต่อเนื่อง เมื่อพบผิดปกติรายงานแพทย์ทราบทันที และเตรียมอุปกรณ์การช่วยฟื้นคืนชีพไว้ให้พร้อมเพื่อการช่วยเหลือทันที

3. ตรวจวัดสัญญาณชีพทุก 5-10 นาที พร้อมทั้งคลำและสังเกตลักษณะชีพจรส่วนปลายอาการเหนื่อยหอบ หายใจไม่มีอิม นอนราบไม่ได้ปลายมือปลายเท้าเย็น ชีตเขียว เพื่อให้การช่วยเหลือทันทีเมื่อพบความผิดปกติ

4. ประเมินปริมาณเลือดออกจากหัวใจในขณะหัวใจเต้นผิดจังหวะโดยประเมินความแรง และจังหวะการเต้นของชีพจรอาการหน้ามืด วิงเวียนเป็นลม ผิวเย็นชืดความดันโลหิตต่ำ

5. ดูแลควบคุมให้สารน้ำแก่ผู้ป่วยทางหลอดเลือดดำคือ NSS 1,000 cc IV load 1000 ml drip 80 cc/hr ดูแลให้ยา Norepinephrine 4:100 rate 10ml/hr โดยผ่านเครื่อง infusion pump

6. บริหารยาละลายลิ่มเลือด คือ Streptokinase 1.5 mU in 0.9% NSS 100 ml iv drip in 1 hr และสังเกตอาการข้างเคียงของยา คือ การมีเลือดออกตามระบบต่างๆ ความดันโลหิตต่ำ และการเต้นของหัวใจผิดจังหวะ

7. เตรียมยาและอุปกรณ์ช่วยชีวิตไว้ให้พร้อมเพื่อให้การช่วยเหลือผู้ป่วยได้ทันกรณีเกิดเหตุฉุกเฉิน

การประเมินผล

1. ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี สื่อสารถามตอบรู้เรื่องไม่กระสับกระส่าย
2. ผู้ป่วยอาการเจ็บหน้าอก ลดลง ให้คะแนน pain score 3/10
3. ความดันโลหิต 126/68 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 70 ครั้ง/นาที MAP 87 อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที O2 Sat 97%
4. ไม่พบอาการแสดงจากภาวะหัวใจล้มเหลว ผิวหนังและปลายมือปลายเท้า อุ่น ไม่ชืดเขียว หายใจไม่เหนื่อย นอนราบได้

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 4 เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากผลข้างเคียงของยาละลายลิ่มเลือด

ข้อมูลสนับสนุน

S : -

O : EKG พบ ST elevation in leads II, III, aVF ST depression lead I,aVI,V2-V5 วินิจฉัยโรค Acute inferior wall STEMI แพทย์พิจารณาให้ยา Streptokinase 1.5 mU in 0.9% NSS 100 ml iv drip in 1 hr และ ASA (300 mg) 1 tab เคี้ยวก่อนกลืน Clopidogrel (75 mg) 4 tab oral

วัตถุประสงค์ : เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากผลข้างเคียงของยาละลายลิ่มเลือด

เกณฑ์การประเมินผล

1. สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ (ความดันโลหิต $\geq 90/60$ มิลลิเมตรปรอท keep MAP>65 mmHg) ชีพจร 60-100 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 16-24 ครั้ง/นาที)
2. ไม่พบภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาละลายลิ่มเลือด เช่น เลือดออกง่าย ความดันโลหิตลดลง
3. ระดับความรู้สึกตัวปกติ Glasgow Coma Score(GCS)

กิจกรรมการพยาบาล

การพยาบาลก่อนให้ยา

1. อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติทราบถึงความจำเป็นในการให้ยาละลายลิ่มเลือด ประโยชน์ ผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้น เปิดโอกาสให้ซักถามและตัดสินใจรับการรักษา กรณียินยอมให้ลงชื่อในใบยินยอมรับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือด
2. ประเมินผู้ป่วย ซักประวัติเกี่ยวกับข้อห้าม และข้อควรระวังในการให้ยาละลายลิ่มเลือด (Contrain-dication for SK)
3. ประเมินสภาพผู้ป่วย พร้อมวัดความดันโลหิต 4 รยางค์
4. เปิดเส้นเลือดดำ 2 ตำแหน่ง แยกเฉพาะให้ยา Streptokinase เพื่อความรวดเร็วในการต้องรับแก้ไขกรณีเกิดภาวะแทรกซ้อนจากผลข้างเคียงของยา Streptokinase
5. เตรียม Streptokinase 1.5 mU กับ NSS 5 cc โดยฉีด NSS เบาๆ ที่ข้างขวดไม่เขย่าเพราะจะทำให้เกิดฟองอากาศ เมื่อยาละลายดูดยามาผสมกับ NSS 100 ml

การพยาบาลขณะให้ยา

1. ให้ยา Streptokinase 1.5 mU in 0.9% NSS 100 ml iv drip in 1 hr เริ่มให้ยาโดยผ่านเครื่อง infusion pump เพื่อควบคุมปริมาตรการไหลของยาที่ถูกต้องในอัตรา 100 ml/hr ก่อนให้ยาตรวจสอบความถูกต้องของปริมาณยาที่ใช้กับเวลาที่ใช้ในการให้ยาผ่านเครื่อง infusion pump
2. ประเมินสัญญาณชีพอย่างต่อเนื่องทุก 5 -10 นาที เพราะอาจเกิดภาวะ hypotension จากการขยายตัวของหลอดเลือด หากพบสัญญาณชีพที่ผิดปกติ ให้รายงานแพทย์ทันที
3. ติดตามลักษณะคลื่นไฟฟ้าหัวใจอย่างต่อเนื่อง เผื่อสังเกตการเปลี่ยนแปลงของ EKG ในจอ monitor เพราะอาจเกิด cardiac arrhythmia
4. ติดตามภาวะเลือดออกผิดปกติขณะให้ยา เช่น ตำแหน่งที่ทำหัตถการ รอยขีดตามตัว ทุก 5-10 นาที
5. ติดตามการเกิดอาการแพ้ allergic reaction เช่น ไข้ สั่น ผื่นคัน คลื่นไส้ ปวดศีรษะ anaphylaxis ถ้ามีอาการดังกล่าวให้หยุดยาทันทีแล้วรายงานแพทย์

การประเมินผล

1. ตรวจวัดสัญญาณชีพความดันโลหิต 126/68 มิลลิเมตรปรอท MAP 87 ชีพจร 70 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที O₂Sat 99%
2. ไม่พบภาวะแทรกซ้อนจากการให้ยาละลายลิ่มเลือด
3. ระดับความรู้สึกตัวปกติ E4V5M6

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 4 ญาติและผู้ป่วยวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยและภาวะโรคที่คุกคามชีวิต

ข้อมูลสนับสนุน

- S : “เจ็บแน่นหน้าอกมาก” “ไม่เคยมีอาการแบบนี้มาก่อน”
O : ผู้ป่วยสีหน้าวิตกกังวล
ผู้ป่วยขอคุยกับญาติก่อน เนื่องจากกังวลเรื่องต้องให้ยาละลายเลือด

วัตถุประสงค์

เพื่อคลายความวิตกกังวลผู้ป่วยและญาติ

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยและญาติเข้าใจและยินยอมให้ยาได้ตามเวลามาตรฐาน
2. ผู้ป่วยและญาติมีสีหน้าผ่อนคลาย

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินระดับความวิตกกังวลและการยอมรับของผู้ป่วยและญาติ สร้างสัมพันธภาพ แนะนำตัวเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัยระบายนามความรู้สึกให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคแนวทางการรักษาพยาบาลที่อาจจะได้รับให้ผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการรักษาพยาบาล
2. อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติ ทราบถึงอาการการดำเนินการของโรค แผนการดูแลรักษาและการพยากรณ์โรคของผู้ป่วยอย่างเข้าใจเพื่อให้เกิดความเข้าใจและยอมรับสภาพผู้ป่วยที่เป็นอยู่ ลดความวิตกกังวลและให้ความร่วมมือในการดูแลรักษา
3. ก่อนให้การพยาบาลทุกครั้งต้องแจ้งให้ผู้ป่วยและญาติยินยอมพร้อมทั้งอธิบายให้ทราบถึงความจำเป็นในการใช้เครื่องมือและการตรวจพิเศษต่างๆ
4. อธิบายเหตุผลผลการให้ยา อาการข้างเคียงที่อาจพบ ความสำคัญที่ต้องได้รับยาตามแนวทางการรักษาเพื่อคลายความกังวลของผู้ป่วยและญาติพร้อมทั้งมีส่วนร่วมตัดสินใจในการรักษา

การประเมินผล

1. ผู้ป่วยเข้าใจพยาธิสภาพที่เกิดขึ้น ยอมรับ เข้าใจแผนการรักษาของแพทย์และยินยอมรับการรักษา
2. ผู้ป่วยและญาติมีสีหน้าผ่อนคลาย ลดความวิตกกังวล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 5 ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดภาวะทรุดลงขณะมีการเคลื่อนย้าย

ข้อมูลสนับสนุน

S : -

O : ผู้ป่วยมีความเจ็บป่วยอยู่ในระดับวิกฤต(ระดับ 1 สีแดง) ให้ยา Streptokinase 1.5 mU in 0.9% NSS 100 ml iv drip in 1 hr. ใช้เครื่อง Infusion pump และให้ยา Norepinephine 4:100 v start 10ml/hr โดยผ่านเครื่อง infusion pump
วัตถุประสงค์ : เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยระหว่างการเคลื่อนย้าย

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยปลอดภัย ไม่เกิดภาวะทรุดลง หรืออุบัติการณ์ระหว่างเคลื่อนย้าย
2. สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ (ความดันโลหิต $\geq 90/60$ มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 60-100 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 16-24 ครั้ง/นาที)

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประสานงานส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยให้พยาบาลหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรมเตรียมความพร้อมในการรับผู้ป่วย
2. ตรวจสอบตำแหน่งที่ให้สารน้ำและยึดตรึงเพื่อป้องกันการเลื่อนหลุดของเข็มขณะเคลื่อนย้าย
3. เตรียมอุปกรณ์ที่จำเป็นในการเคลื่อนย้าย ได้แก่ monitor EKG Mobile Ambu bag Infusion pump
4. ประสานศูนย์เปลเตรียมเคลื่อนย้ายผู้ป่วยแบบช่องทางด่วน (Fast track)
5. ประเมินอาการผู้ป่วยพร้อมตรวจวัดสัญญาณชีพก่อนออกจากห้องฉุกเฉิน
6. ถึงหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม ส่งต่อข้อมูลกับพยาบาลหอผู้ป่วยถึงอาการและอาการแสดงของผู้ป่วยระหว่างการเคลื่อนย้าย และประเมินอาการผู้ป่วย ณ เวลานั้นร่วมกัน

การประเมินผล

1. ผู้ป่วยปลอดภัย ไม่เกิดภาวะทรุดลง หรืออุบัติการณ์ระหว่างเคลื่อนย้าย
2. สัญญาณชีพ ระหว่างเคลื่อนย้ายตรวจวัดความดันโลหิต 124/60 มิลลิเมตรปรอท MAP 81 ชีพจร 74 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที O_2Sat 99%

สรุปกรณีศึกษา

ชายไทย อายุ 50 ปี มาด้วย 30 นาที มีอาการจุกแน่นท้องใต้ลิ้นปี่ พยาบาลห้องฉุกเฉินตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจพบปกติ แพทย์ให้การวินิจฉัยเบื้องต้นเป็น Dyspepsia ให้ยาและย้ายมาห้องสังเกตอาการเพื่อรอผล trop I ระหว่างรอดูอาการผู้ป่วยบอกแน่นหน้าอกมากขึ้น ดูกระสับกระส่าย เหงื่อออก ตัวเย็น ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ รายงานแพทย์พบมี ST elevation in leads II, III, aVF ST depression lead I, aVI, V2-V5 แพทย์วินิจฉัยโรค Acute inferior wall STEMI นำเข้าห้องฉุกเฉินให้การดูแลแบบช่องทางด่วน (Fast track STEMI) ให้ยาละลายลิ่มเลือด Streptokinase ระหว่างให้ยามีภาวะความดันโลหิตต่ำ รายงานแพทย์ให้ load IV fluid ความดันโลหิตยังต่ำอยู่รายงานแพทย์เริ่มให้ยา Norepinephine ประสานข้อมูล และเคลื่อนย้ายผู้ป่วยไปหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรมได้อย่างปลอดภัย จากการติดตามอาการของผู้ป่วยพบว่ามีความสำเร็จในการเปิดของหลอดเลือด และผู้ป่วยได้รับการรักษาโดยส่งต่อไปทำสวนหัวใจขยายหลอดเลือด

วิจารณ์ และข้อเสนอแนะ

กรณีศึกษารายนี้มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ คือ สูบบุหรี่ 18-20 มวนต่อวัน มีอาการจุกแน่นท้องใต้ลิ้นปี่ ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจครั้งแรก พบว่าปกติ จึงให้นอนที่ห้องสังเกตอาการและรอผล trop I ต่อมาเกิดอาการแน่นหน้าอก เหงื่อออก ตัวเย็น ซึ่งน่าสงสัยว่าจะเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน พยาบาลจึงรีบตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ รายงานแพทย์พบมี ST elevation in leads II, III, aVF, STD I, aVI, V2-V5 ส่งเข้ารักษาในระบบ Fast track STEMI จะเห็นว่า การสังเกตอาการได้รวดเร็ว ถูกต้อง ให้การพยาบาลในภาวะวิกฤตได้อย่างมีประสิทธิภาพ จะทำให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดได้ ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน ลดอัตราการเสียชีวิต จึงมีข้อเสนอแนะในการพัฒนางาน ดังนี้

1. ทบทวนกระบวนการพยาบาลผู้ป่วยและนำมาวิเคราะห์เพื่อหาแนวทางพัฒนา
2. ควรมีการจัดพื้นฟูวิชาการให้พยาบาลที่มีส่วนเกี่ยวข้องข้องในการดูแลผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อ หัวใจตายเฉียบพลัน

สรุป

บทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในระยะวิกฤติ มีความสำคัญยิ่งพยาบาลต้องมีสมรรถนะในการคัดกรอง การซักประวัติการประเมินอาการเจ็บหน้าอกอย่างรวดเร็ว และให้การดูแลที่เหมาะสมตั้งแต่เริ่มแรก โดยการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ และแปลผลเบื้องต้นได้ ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลแบบช่องทางด่วน มีความรู้ในการบริหารยาละลายลิ่มเลือด การเฝ้าระวังภาวะผิดปกติที่อาจเกิดกับผู้ป่วยได้ตลอดเวลา นับแต่ผู้ป่วยเข้ามารักษาในห้องสังเกตอาการจนกระทั่งประสานส่งต่อภายนอกหน่วยงาน เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง

เอกสารอ้างอิง

1. อาสา พิชญ์ภพ. กล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน. [ออนไลน์]. [เข้าถึงเมื่อ 10 ตุลาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก : <https://www.si.mahidol.ac.th/th/healthdetail.asp?aid=1446>
2. กองยุทธศาสตร์ และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. อัตราตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI ปี 2563-2565. [ออนไลน์]. [เข้าถึงเมื่อ 10 ตุลาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: <http://healthkpi.moph.go.th>
3. ศูนย์ข้อมูลโรงพยาบาลกำแพงเพชร. สถิติประจำปี 2564-2566. กำแพงเพชร:โรงพยาบาลกำแพงเพชร;2566.
4. Tungman J. The development of a clinical nursing practice guideline for the assessment of chest pain patients suspected of having acute coronary syndromes. Journal of Phrapokkiao Nursing College. 2012;23(2):40-52.
5. Euswas P. Effect of time-to-treatment to longterm mortality in patients with ST-Elevation Myocardial Infarction in Thai acute Coronary Syndrome registry. (Master's Thesis). Bangkok:Chulalongkorn University;2018.
6. Supasaowapak J, Phutthaphaisan P. Acute Coronary Syndrome. [online]. [cite Oct 10, 2023]. Available from : http://www.thaicpr.com/sites/default/files/ACS_handout.pdf
7. วรณิกา เสนุภย์, พนิดา เตชะโต, สิริพร ตำน้อย. การพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันแผนกฉุกเฉิน โรงพยาบาลสงขลานครินทร์. วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาส. 2562;11(3):104-16.
8. Sitthisuk S. The practical guideline for caring patient with ischemic heart disease (2). Bangkok: The Heart Association of Thailand Underthe Royal Patronage of H.M. The King; 2014.
9. ศศิธร ช่างสุวรรณ, จินต์จุฑา รอดพาล, ศรีสุรีย์ สุนยานนท์, สมทรง บุตรช้วน. การพัฒนาระบบการพยาบาลระยะฉุกเฉินในผู้ป่วย STEMI งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา. วารสารสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย. 2560;8(3):372-84.
10. พรทิพย์ อัครนิจ, ประมวลรัตน์ พงนา. การพัฒนาระบบบริการช่องทางด่วนสำหรับผู้ป่วยโรค กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด STEMI ในงานผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลวชิรภูมิ จังหวัดสกลนคร. วารสารโรงพยาบาลสกลนคร. 2561;21(1):99-111.
11. สุรีย์ กรองทอง, ศศิธร กระจ่ายกลาง, นงลักษณ์ สุคร, สุนันญาพรอมตวง. พัฒนารูปแบบบริการทางด่วนผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด Development of STEMI Fast Track Service Model. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์. 2561;33(1):45-60.
12. อภิญา เพียรพิจารณ์. คู่มือปฏิบัติการพยาบาล เล่ม 1 (ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ: จริยสนิทวงศ์การพิมพ์; 2558.
13. ทรงศักดิ์ เกียรติชูสกุล. กล้ามเนื้อหัวใจตายเหตุขาดเลือดชนิด ST elevation (ST elevation myocardial Infarction). ใน : อนุพล พาณิชยไชติ และคณะ, บรรณาธิการ. อายุรศาสตร์ฉุกเฉิน. (น. 97-110). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา; 2559.
14. วิวรรณ ทั้งสุขบุตร. ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST segment (AcuteST segment Elevation myocardial infarction). ใน : มานพ พิทักษ์ภากร และคณะ, บรรณาธิการ. อายุรศาสตร์ทันยุค 2559. (น. 330-372). นนทบุรี: ภาพพิมพ์; 2559.



Nursing Care of breastfeeding mothers with breast abscess : A Case Study

Aree Sakburanaphet, D.N.S.*

Abstract

Introduction : Breast abscess in breastfeeding mothers is a condition that can develop into a serious infection or sepsis. Breast abscess had seriously pain. It is mainly caused that leading in the end up breastfeeding. The treatment of breast abscess it's not success if not promptly and appropriately treated. It is helped woman who breastfeeding had less painful, not complication and continue breastfeeding.

Objective : To provide guidelines for management nursing care to breastfeeding mothers with breast abscess

Case Study : Thai woman, 26 years old, had post-op cesarean section 25 days ago. There were not complications after the cesarean section, had short nipples that cannot allow the child to breastfeed. She had breastfeeding by pumping milk for 3 days before arrived to the hospital. The left breast had engorgement, pain, and fever. She came to the hospital for treatment had anti-inflammatory medicine. She has less pain. She had medicine for home treatment. But not improve. Then she has severe breast painful. The Doctor diagnosis is Left Breast abscess. Give oral antibiotic treatment and needle aspiration pus by surgery physician. Nursing problems include: 1) There is an abscess on the left breast from retention of milk due to inability to completely drain out the milk. 2) Severe pain in the left breast due to inflammation and an abscess. 3) There is a chance of stopping breastfeeding due to breast abscess. 4) Are worried about surgery due to lack of knowledge about surgery and behavior before surgery. 5) Promote the healing of breast abscess wounds after Excisional debridement & drain. 6) Anxiety, lack of confidence in taking care of yourself when you return home. After providing nursing care, problems can be solved for patients. Length of stayed on hospital for 6 days, left breast no secretions, less pain, pain score 2/10, no fever, Pus C/S no growth results, doctor allowed to go home. She received oral antibiotics medicine for a week. Advise the patient to continue dressing the wound at a nearby hospital and continue breastfeeding

Summary of the case study : A breastfeeding mother with a breast abscess received medical care. Her symptoms improved and she was able to continue breastfeeding. Therefore, nurses must have knowledge. and develop skills and expertise in caring for breastfeeding mothers Leads to nursing practice that can effectively solve mothers' problems. From this case study, it can be used as a guideline for providing nursing care to breastfeeding mothers with breast abscesses.

Keywords : nursing mothers, breast abscess, breastfeeding

*Registered Nurse, Professional level Obstetrics and Gynecology Department, Kamphaeng Phet Hospital

การพยาบาลมารดาให้นมบุตรที่มีภาวะเต้านมเป็นฝี : กรณีศึกษา

อารีย์ ศักดิ์บุรณาเพชร, ป.พส.*

บทคัดย่อ

บทนำ : ภาวะเต้านมเป็นฝีในมารดาให้นมบุตร เป็นภาวะที่อาจพัฒนาไปสู่การติดเชื้อที่รุนแรงหรือแม้แต่การติดเชื้อในกระแสเลือดได้ ภาวะนี้ทำให้เกิดความเจ็บปวดอย่างมาก เป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้มารดาหยุดให้นมบุตร การดูแลรักษาพยาบาลที่ถูกต้องรวดเร็ว จะทำให้มารดาลดความทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวด ไม่มีภาวะแทรกซ้อน และยังคงให้นมบุตรต่อได้

วัตถุประสงค์ : เพื่อเป็นแนวทางในการให้การพยาบาลมารดาให้นมบุตรที่มีภาวะเต้านมเป็นฝี

กรณีศึกษา : หญิงไทย อายุ 26 ปี ผ่าตัดคลอดบุตรคนแรกที่โรงพยาบาลได้ 25 วัน ไม่มีภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดคลอด หิวนมสั้นไม่สามารถให้นมบุตรคนนี้ได้ ให้นมโดยการบีมนม 3 วันก่อนมาเต้านมข้างซ้ายมีก้อน ปวด มีไข้ มารักษาที่โรงพยาบาล ได้ยาแก้อักเสบ ลดปวดกลับไปรับประทาน อาการไม่ดีขึ้น วันนี้ปวดเต้านมมาก แพทย์วินิจฉัย Breast abscess Lt breast ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดระบายหนองออก ปัญหาทางการพยาบาล ได้แก่ 1. มีภาวะเต้านมข้างซ้ายเป็นฝีจากการคั่งของน้ำนมเนื่องจากระบายนมออกได้ไม่หมด 2. ปวดเต้านมข้างซ้ายระดับรุนแรงเนื่องจากการอักเสบเป็นฝี 3. มีโอกาสหยุดการให้นมบุตรจากมีภาวะเต้านมเป็นฝี 4. มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัดเนื่องจากขาดความรู้เกี่ยวกับการผ่าตัดและการปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัด 5. ส่งเสริมการหายของแผลฝีที่เต้านมหลัง Excisional debridement & drain 6. วิตกกังวลขาดความมั่นใจในการดูแลตัวเองเมื่อกลับบ้าน หลังให้การพยาบาลสามารถแก้ปัญหาให้ผู้ป่วยได้นอนรักษาในโรงพยาบาล 6 วัน เต้านมซ้ายไม่มีสิ่งคัดหลั่งซึม ปวดแผลน้อยลง pain score 2/10 ไม่มีไข้ ผล Pus C/S no growth แพทย์อนุญาตกลับบ้านได้ ให้ยาปฏิชีวนะกลับไปรับประทานต่ออีก 1 สัปดาห์ แนะนำผู้ป่วยให้ทำแผลต่อที่สถานพยาบาลใกล้บ้าน สามารถให้นมบุตรต่อได้

สรุปผลกรณีศึกษา : มารดาให้นมบุตรที่มีภาวะเต้านมเป็นฝีได้รับการดูแลรักษาพยาบาล อาการดีขึ้น สามารถให้นมบุตรต่อได้ ดังนั้น พยาบาลจะต้องมีความรู้ และพัฒนาทักษะความชำนาญในการดูแลมารดาให้นมบุตร นำไปสู่การปฏิบัติการพยาบาลที่สามารถแก้ไขปัญหาของมารดาได้อย่างมีประสิทธิภาพ จากกรณีศึกษาครั้งนี้สามารถนำไปเป็นแนวทางในการให้การพยาบาลมารดาให้นมบุตรที่มีภาวะเต้านมเป็นฝีต่อไป

คำสำคัญ : การพยาบาลมารดาภาวะเต้านมเป็นฝี การให้นมบุตร

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ งานสูติ-นรีเวชกลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลกำแพงเพชร

บทนำ

ภาวะเต้านมเป็นฝี (Breast Abscess) หมายถึงการมีหนองสะสมอยู่ในเต้านม ซึ่งอาจเป็นภาวะแทรกซ้อนของโรคเต้านมอักเสบ ฝีที่เต้านมมักเกิดขึ้นกับผู้หญิงที่มีอายุระหว่าง 18 ถึง 50 ปี ในสตรีวัยเจริญพันธุ์ ฝีเหล่านี้มักเกิดจากให้นมบุตรเป็นภาวะที่ร้ายแรงที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยที่รุนแรงในสตรีให้นมบุตร การอักเสบติดเชื้อที่เต้านมพบได้ ร้อยละ 10-20 มักเกิดขึ้นภายใน 6-8 สัปดาห์แรกหลังคลอด โดยพบบ่อยที่สุดในช่วงหลังคลอดสัปดาห์ที่ 2-3 โดยหากไม่ได้รับการรักษาภาวะเต้านมอักเสบอย่างเหมาะสมจะมีโอกาสเกิดฝีที่เต้านมได้ประมาณร้อยละ 3¹ การรักษาฝีที่เต้านมโดยเร็วมีความสำคัญป้องกันการพัฒนาไปสู่การติดเชื้อที่รุนแรงหรือแม้แต่การติดเชื้อในกระแสเลือด ซึ่งการรักษาโดยทั่วไปโดยการให้ยาปฏิชีวนะ และการระบายหนองออกมี 2 วิธี คือ ใช้เข็มดูดออก (Needle Aspirate) และการผ่าระบายหนองออก (Surgical drainage)²

องค์การอนามัยโลก (WHO) และ UNICEF แนะนำให้มีการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวจนถึงหกเดือนหลังคลอดเพราะมีสารอาหารที่จำเป็นต่อการเจริญเติบโตของร่างกายและสมองครบถ้วน รองรับพัฒนาการที่เหมาะสมในช่วงหกเดือนแรกของชีวิต สุขภาพดีกว่าทารกที่กินนมผง ลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ (โดยเฉพาะหูชั้นกลางอักเสบ) enterocolitis necrotizing มะเร็ง (lymphoblastic และ myeloid leukemia) และโรคเมตาบอลิซึม รวมถึงโรคเบาหวานประเภท 1 และประเภท 2 นอกจากนี้ กลุ่มอาการเสียชีวิตกะทันหัน (SIDS) ต่ำกว่าในทารกที่กินนมแม่อย่างมีนัยสำคัญ มากกว่าในทารกที่กินนมผง³ นอกจากนี้การดูดนมแม่ช่วยให้กระดูกบริเวณอกและหน้า มีพัฒนาการและการเจริญเติบโตอย่างเหมาะสมดีกว่าการดูดจากขวด เนื่องจากองค์ประกอบที่เป็นเอกลักษณ์ และมีผลในการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพรวมถึงพัฒนาของเด็กจึงควรส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่⁴ สำหรับประเทศไทยโดยกระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดตัวชี้วัดอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวยุติ 6 เดือน ร้อยละ 50 ซึ่งผลสำรวจโดยกรมอนามัยกระทรวงสาธารณสุขปี 2565 ร้อยละ 28.6 ยังต่ำกว่าเป้าหมายของประเทศ ปัญหาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เกิดขึ้นภายใน 1-2 สัปดาห์หลังคลอด เช่น หัวนมแตก เต้านมคัดตึง เต้านมอักเสบ ซึ่งภาวะเต้านมอักเสบเกิดจากการคั่งของน้ำนมในเต้า (milk stasis) เป็นระยะเวลาหนึ่งทำให้เกิดการอักเสบในส่วนใหญ่ของเนื้อเยื่อเต้านมโดยไม่มีการติดเชื้อ หากไม่ได้รับการดูแลแก้ไข หรือมีแผลเกิดขึ้นที่บริเวณหัวนม เชื้อแบคทีเรียจะสามารถเข้าไปสู่เนื้อเยื่อเต้านม ก่อให้เกิดการติดเชื้อและการอักเสบกระจายไปทั่วทั้งเต้านมได้ เชื้อที่เป็นสาเหตุที่พบได้บ่อยที่สุด คือ Staphylococcus aureus⁵ หากไม่ได้รับการรักษาจะทำให้เกิดฝีที่เต้านม มีผลทำให้หยุดการให้นมแม่ในที่สุด⁶

จากข้อมูลสถิติของโรงพยาบาลกำแพงเพชร ปีงบประมาณ 2563 ถึงปีงบประมาณ 2565 พบมารดาให้นมบุตรที่มีภาวะเต้านมเป็นฝี จำนวน 9⁷, 8⁸, และ 8⁹ ราย ตามลำดับ ผู้ป่วยได้รับการรักษาโดยการให้ยาปฏิชีวนะและการผ่าระบายหนองออก (Surgical drainage) ภาวะเต้านมเป็นฝี มีผลกระทบต่อมารดาที่ให้นมบุตรทั้งด้านร่างกายทำให้เกิดความเจ็บปวด ทุกข์ทรมาน สูญเสียภาพลักษณ์ ด้านจิตใจเกิดความท้อแท้ ความกลัว วิตกกังวล ขาดความมั่นใจในบทบาทความเป็นแม่ และการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ บางรายหยุดการให้นมบุตร ซึ่งปัญหาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ที่เกิดขึ้นสามารถป้องกันได้หากแม่ได้รับคำแนะนำการปฏิบัติที่ถูกต้องในเรื่องการจัดท่าให้นม การดูดนมที่ถูกต้องและมีประสิทธิภาพ การให้ลูกดูดนมบ่อยตามความต้องการ การระบายนมออกด้วยการบีบนมด้วยมือหรือการใช้เครื่องบีบนมอย่างถูกวิธี พยาบาลสูติ-นรีเวชมีหน้าที่ดูแลมารดาอย่างใกล้ชิดต้องมีความรู้ ทักษะ ความชำนาญ การนำกระบวนการพยาบาลมาใช้เพื่อวางแผนการพยาบาล ให้การพยาบาลที่ถูกต้อง รวดเร็วเหมาะสมไม่เกิดปัญหาจากการให้นมไม่ถูกวิธี เพื่อช่วยมารดาที่ให้นมบุตรประสบความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวยุติ 6 เดือน กรณีศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นแนวทางในการให้การพยาบาลมารดาให้นมบุตรที่มีภาวะเต้านมเป็นฝี

กรณีศึกษา

หญิงไทย วัย 26 ปี เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย ศาสนาพุทธ จบการศึกษาระดับปริญญาตรี อาชีพรับราชการ สถานภาพสมรส คู่
อาการสำคัญ

เต้านมข้างซ้ายมีก้อน บวมแดง ปวดมาก 3 วันก่อนมา

ประวัติเจ็บป่วยในปัจจุบัน

25 วัน ก่อนมาโรงพยาบาล ผ่าตัดคลอดบุตรคนแรกที่โรงพยาบาลกำแพงเพชร ไม่มีภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดคลอด หัวนมสันไม่สามารถให้บุตรดูดนมได้ ให้นมโดยการบีบนม

3 วันก่อนมาต๋านนมข้างซ้ายมีก้อน ปวด มีไข้ มาร์กษาที่โรงพยาบาลกำแพงเพชร ได้ยาแก้อักเสบ ลดปวดกลับไป
รับประทาน อาการไม่ดีขึ้น

วันนี้ปวดต๋านนมมาก จึงมาโรงพยาบาล

ประวัติเจ็บป่วยในอดีต

ปฏิเศรโรคประจำตัวหรือโรคติดต๋อเรื้อรังทุกชนิด 5 ปีก่อนเคยผ่าตัด ORIF 8 hole Rt tibia ที่โรงพยาบาลกำแพงเพชร
ประวัติการแพ้ยา : ปฏิเศร

ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว : บิดามารดาสุขภาพแข็งแรงดี ปฏิเศรโรคประจำตัวหรือโรคติดต๋อเรื้อรังทุกชนิด
การประเมินสภาพร่างกายตามระบบ

รูปร่างทั่วไป : อ้วน น้ำหนัก 85 กิโลกรัม ส่วนสูง 163 เซนติเมตร

สัญญาณชีพ : อุณหภูมิร่างกาย 36.2 องศาเซลเซียส ความดันโลหิต 154/80 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 96 ครั้ง/
นาที อัตราหายใจ 18 ครั้ง/นาที

ระบบประสาท : รู้สึกตัวดี ตอบคำถามได้ เคลื่อนไหวแขนขาได้ปกติ บอกอาการและต๋าแหน่งความเจ็บปวดได้

ผิวหนัง : ผิวขาว มีความยืดหยุ่นของผิวหนังดี ไม่มีจ้ำเลือด ไม่มีบาดแผล เล็บมือตัดสั้น

ศีรษะและใบหน้า : ผมสั้นสีดำ ศีรษะไม่มีบาดแผล คลำไม่พบก้อนบริเวณต๋อมน้ำเหลือง ตา 2 ข้าง สมมาตรกัน
มองเห็นปกติ เปลือกตาไม่ซีด ไขว้ จมูก ปาก ลักษณะภายนอกปกติ

ทรวงอกและทางเดินหายใจ : ทรวงอกรูปร่างปกติสมมาตรกัน หายใจสม่ำเสมออัตราการหายใจ 22 ครั้ง/นาที
เสียงการหายใจปกติไม่เจ็บแน่นหน้าอก

หัวใจและหลอดเลือด : การต๋นของหัวใจเร็ว สม่าเสมอ อัตราการต๋นของหัวใจ 96 ครั้ง/นาที ไม่มีเส้นไม่มีเส้น เลือดที่คอ
โป่งพอง ระดับออกซิเจนในเลือด = 98%

ช่องท้องและทางเดินอาหาร : หน้าท้องไม่โป่งตึง ไม่มีกตเจ็บทั่วท้อง ไม่คลิ้นไส้อาเจียน ไม่มีถ่ายอุจจาระต๋าหรือถ่ายเหลว

กล้ามเนื้อและกระดูก : โครงสร้างร่างกายปกติ

ระบบทางเดินปัสสาวะ : กระเพาะปัสสาวะไม่โป่งตึง

ระบบอวัยวะสืบพันธุ์ : ต๋านนมข้างขวาต๋ดตึงเล็กน้อยไม่ปวด ไม่อักเสบบวมแดง ต๋านนมข้างซ้ายอักเสบบวมแดง
ปวดมาก บีบมีน้่านมหลั่งออกจากหัวนมทั้ง 2 ข้าง อวัยวะสืบพันธุ์ภายนอกปกติ

สภาพจิตใจ : สีหน้าวิตกกังวลไม่สุขสบาย คิ้วขมวด ไม่ตอบคำถามบางครั้ง กังวลเรื่องการรักษาถามเกี่ยวกับการ
การผ่าตัด กลัวให้นมบุตรต๋อไม่ได้

การวินิจฉัยโรค : Breast abscess Lt breast

การผ่าตัด : Excisional debridement Lt breast

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

วันที่ 2 กุมภาพันธ์ 2565

CBC	ผลการตรวจ
- WBC (5,000-10,000/uL)	14,500
- Hb (12-15.5 g/dL)	12.3
- Hct (34.9 - 44.5 %)	37.1
- PLT (140,000-400,000/uL)	317,000
- NE% (43.7 - 70.9 %)	67.6
- LY% (20.1 - 44.5%)	16.8

ผลการตรวจ Ultrasound ต๋านนมข้างซ้าย : พบ ที่ต๋าแหน่ง 6-8 O'clock collection 3*4 cms

วันที่ 4 กุมภาพันธ์ 2565

Pus from Lt breast abscess

Gram stain	ผลการตรวจ
- WBC (OPF)	: Moderate
- Epithelial cell (OPF)	: Not Fond
- Gram stain Result	: No Microorganism found
- Aerobic C/S	: No growth after 3 days incubation

สรุปการดำเนินของโรคขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

วันที่ 2 กุมภาพันธ์ 2565 เวลา 16.51 น. แรกรับผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ทำทางอ่อนเพลีย สีหน้าแสดงความเจ็บปวด วิตกกังวล ไม่อยากพูดคุย ตรวจพบเต้านมข้างซ้าย อักเสบ บวมแดง ร้อน หัวนมสั้น ไม่มีน้ำนมหรือหนองไหลออกจากหัวนม ประเมิน pain score 8/10 ไม่มีไข้ อุณหภูมิกาย 36.8 °C ชีพจร 96 ครั้ง/นาที หายใจ 18 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 154/80 มิลลิเมตรปรอท ให้ยา ปฏิชีวนะ Augmentin injection 1.2 gm IV q 8 hrs ได้ยาลดอักเสบ Ibuprofen tab 400 mg เม็ด 1*3 @ pc ยาแก้ปวดลดไข้ Paracetamol tab 500 mg เม็ด 1 tab q 4-6 hrs pm fever or pain รอผ่าตัด

วันที่ 3 กุมภาพันธ์ 2565 ผู้ป่วยได้รับยาปฏิชีวนะ Augmentin injection 1.2 gm IV q 8 hrs ต่อ ปวดเต้านมข้างซ้าย pain score 8/10 ได้รับยาลดปวด MO Injection 3 mg IV q 4-6 hrs pm for pain ไม่มีไข้

วันที่ 4 กุมภาพันธ์ 2565 ผู้ป่วยได้รับการรักษาในห้องผ่าตัดโดยการทำให้ Excisional debridement Lt breast ส่ง Pus C/S and Pus Gram stain ได้ยาปฏิชีวนะ Augmentin injection 1.2 gm IV q 8 hrs ต่อ ปวดแผล

วันที่ 5 - 7 กุมภาพันธ์ 2565 หลังทำ Excisional debridement Lt breast แผลดีขึ้น ปวดแผลน้อยลง ไม่มีไข้ บีมนมออกดี

วันที่ 8 กุมภาพันธ์ 2565 แผล Excisional debridement ที่เต้านมซ้ายไม่มีสิ่งคัดหลั่งซึม ปวดแผลน้อยลง pain score 2/10 ไม่มีไข้ ผล Pus C/S no growth แพทย์อนุญาตกลับบ้านได้ ให้ยาปฏิชีวนะกลับไปรับประทานต่ออีก 1 สัปดาห์ แนะนำทำแผลต่อที่โรงพยาบาลใกล้บ้าน นัดดูแผลและผลเพาะเชื้อ 2 สัปดาห์

การวางแผนการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 1 มีภาวะเต้านมข้างซ้ายเป็นฝีจากการคั่งของน้ำนมเนื่องจากระบายนมออกได้ไม่หมด

ข้อมูลสนับสนุน

1. เต้านมข้างซ้ายเป็นก้อน อักเสบบวมแดง ปวด
2. มารดาบอบบีมนมไม่สม่ำเสมอบางครั้งหลับไม่ตื่นบีมตามรอบและหลังบีมมยังรู้สึกเต้านมเป็นก้อน ไม่ได้บีบนมด้วยมือ เพื่อระบายนมออกให้เกลี้ยงเต้าหลังใช้เครื่องบีม
3. ผลUltrasound ที่เต้านมข้างซ้าย at 6 -8 O' Clock Collection 3*4 cms Lt Breast abscess
4. ผล CBC WBC 14,500

วัตถุประสงค์ : เพื่อลดการอักเสบของเต้านมข้างซ้าย และคงการสร้างน้ำนมทั้ง 2 ข้าง

เกณฑ์การประเมินผล

1. สัญญาณชีพปกติ ไม่มีไข้ อุณหภูมิกายน้อยกว่า 37.6 องศาเซลเซียส
2. เต้านมข้างซ้ายไม่อักเสบบวมแดงเพิ่ม ข้างขวาปกติไม่คัดตึง น้ำนมออกดีทั้ง 2 ข้าง

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินลักษณะเต้านมทั้ง 2 ข้าง มีลักษณะการอักเสบ คัดตึง ปวด บวมแดง
2. อธิบายถึงสาเหตุที่ทำให้เต้านมคัดตึง เต้านมอักเสบของผู้ป่วยที่เกิดขึ้นเนื่องจากการระบายน้ำนมออกได้ไม่หมดเต้า ทำให้น้ำนมเหลือค้างในเต้านมเกิดการคั่งของน้ำนมทำให้เกิดการอักเสบและเป็นฝีเกิดขึ้น

3. แนะนำให้บีบระบายนมออกทุก 3 ชั่วโมงต่อเนื่องในรอบ 24 ชั่วโมง สอนและฝึกทักษะในการระบายน้ำนมออกจากเต้าไม่ให้มีน้ำนมเหลือค้างอยู่ในเต้านม โดยการบีบน้ำนมด้วยมือและใช้เครื่องปั๊มพร้อมทั้งติดตามประเมินความสามารถของมารดาว่าสามารถทำเองได้ถูกต้อง

4. ให้กำลังใจมารดาโดยให้สามีเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแล เช่น ช่วยนวดสัมผัสแบบเบามือเพื่อช่วยกระตุ้น Oxytocin Reflex ให้มีการไหลของน้ำนมดีก่อนและช่วยบีบน้ำนมออกจากเต้า

5. ดูแลให้ได้รับยาปฏิชีวนะ Augmentin injection 1.2 gm IV q 8 hrs และเฝ้าระวังผลข้างเคียงของยาฝิ่นแพ้รุนแรง คื่นฉิมพิษ หายใจหรือกลืนลำบาก

6. ตรวจอาการและวัดสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมงโดยเฉพาะอุณหภูมิกายเพื่อประเมินการติดเชื้อ

7. ดูแลมารดาให้พักผ่อนอย่างเต็มที่ ดื่มน้ำและรับประทานอาหารอย่างเพียงพอ

8. แนะนำการทำความสะอาดของร่างกาย มือ เล็บ เสื้อผ้า อาบน้ำอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง ล้างมืออย่างถูกวิธีทุกครั้งก่อนและหลังบีบน้ำนมเพื่อป้องกันการติดเชื้อเพิ่ม

การประเมินผล

1. เต้านมข้างซ้ายเป็นก้อน บวมแดง บีบน้ำนมยังออกแต่ออกน้อย
2. เต้านมข้างขวาคัดตึงเล็กน้อย บีบน้ำนมไหลดี เต้านมข้างขวานิ่มลงหลังบีบนมออก
3. สัญญาณชีพปกติ ไม่มีไข้ อุณหภูมิกาย 36.5 องศาเซลเซียส

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 2 ปวดเต้านมข้างซ้ายระดับรุนแรงเนื่องจากการอักเสบเป็นฝี

ข้อมูลสนับสนุน

1. เต้านมข้างซ้ายเป็นก้อน อักเสบบวมแดง ปวดมาก pain score 8/10
2. มารดาบอกรปวดมาก สัมผัสเต้านมไม่ได้ สีหน้าไม่สุขสบาย คิ้วขมวด

วัตถุประสงค์ : เพื่อบรรเทาอาการปวดเต้านม

เกณฑ์การประเมินผล

1. ระดับความปวดลดลง pain score < 5
2. สีหน้าผ่อนคลาย ให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินอาการและสอบถามผู้ป่วยบันทึกระดับการปวดด้วย Numeric pain score ทุก 4 ชั่วโมง เพื่อประเมินอาการปวด ถ้า pain score มากกว่า 5 ฉีดยา morphine 3 mg ทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษาของแพทย์ ประเมินอาการหลังฉีดยา เพื่อเฝ้าระวังอาการข้างเคียงรุนแรงของยา หาก pain score น้อยกว่า 5 ให้ยาลดปวด paracetamol tab 500 mg 2 tab ทางปาก ทุก 4 - 6 ชั่วโมง

2. วัดสัญญาณชีพ และบันทึก ทุก 4 ชั่วโมง เพื่อเป็นข้อมูลการจัดการความปวด
3. ดูแลประคบเย็นเพื่อลดอาการปวดและลดบวม
4. จัดสิ่งแวดล้อมให้สะอาด และสงบเพื่อให้มารดาได้พักผ่อนอย่างเต็มที่
5. ให้การพยาบาลด้วยความนุ่มนวล พุดคุยปลอบโยนเพื่อให้มารดาผ่อนคลาย

การประเมินผล

1. ผู้ป่วยสีหน้าผ่อนคลายบอกรหลังได้ยาแก้ปวด อาการปวดลดลงระดับความปวด 5/10
2. ให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล ดูแลตนเองได้

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 3 มีโอกาสหยุดการให้นมบุตรจากมีภาวะเต้านมเป็นฝี

ข้อมูลสนับสนุน

1. มารดาสอบถามบ่อยครั้งว่าเต้านมเป็นฝีถูกยักกินนมได้อยู่หรือไม่ จะเป็นอันตรายต่อลูกหรือไม่?
2. มารดาบอกรเครียด รู้สึกท้อใจ มีคนอื่นเป็นหรือไม่?

วัตถุประสงค์ : เพื่อส่งเสริมความมั่นใจให้มารดาสามารถให้นมบุตรต่อได้หลังการรักษาเต้านมเป็นฝี

เกณฑ์การประเมินผล

1. มารดามีความเข้าใจเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่
2. คลายความกังวลมีความมั่นใจสามารถให้นมบุตรต่อได้

กิจกรรมการพยาบาล

1. สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย แสดงท่าทีจริงใจ เห็นอกเห็นใจ และเป็นมิตร พร้อมจะให้ความช่วยเหลือและเปิดโอกาสให้ซักถามเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วย และแนวทางการรักษา
2. สร้างความมั่นใจและให้กำลังใจว่ายังสามารถให้นมลูกได้ อธิบายสาเหตุของการเกิดเต้านมเป็นฝี การรักษาของแพทย์
3. แนะนำมารดายังสามารถให้นมบุตรได้ข้างที่เป็นฝีหลังผ่าระบายหนองออก ยกเว้นการผ่าเป็นแผลขนาดใหญ่ใกล้ลานนม ในช่วงแรกใช้การบีบน้ำนมออกก่อนเท่าที่แม่จะทนได้ 2-3 วันจะดีขึ้น
4. แนะนำมารดาให้พักผ่อนอย่างเต็มที่ ดื่มน้ำและรับประทานอาหารให้เพียงพอ
5. จัดสภาพแวดล้อมที่สงบ แนะนำมารดาคิดถึงสิ่งที่สวยงาม และสิ่งดี ๆ เกี่ยวกับบุตรเพื่อให้มารดารู้สึกผ่อนคลาย
6. เสริมพลังอำนาจแก่มารดาโดยแนะนำให้เห็นถึงประโยชน์และความสำคัญของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือนที่มีต่อสุขภาพ ความแข็งแรง การเจริญเติบโต และพัฒนาการในด้านต่างๆ ของลูก และความเสียหายของลูกถ้าได้รับนมผสม
7. สนับสนุนสามีให้เข้ามามีส่วนร่วมและให้กำลังใจมารดา

การประเมินผล

1. มารดาให้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค และแผนการรักษา
2. มารดาคลายความกังวล และตัดสินใจให้นมบุตรต่ออย่างน้อย 1 ปี

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 4 มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัดเนื่องจากขาดความรู้เกี่ยวกับการผ่าตัด และการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยสีหน้าวิตกกังวล ถามว่าผ่าตัดแล้วต้องทำอะไรต่อ แผลใหญ่มากหรือไม่?
2. แพทย์ Set OR for Incision & drain at Lt breast abscess

วัตถุประสงค์ : เพื่อให้มีความเข้าใจในเรื่องการผ่าตัด และคลายความกังวล

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยเข้าใจ และให้ความร่วมมือในการเตรียมผ่าตัดดี
2. ผู้ป่วยคลายความกังวล

กิจกรรมการพยาบาล

1. สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและญาติ เพื่อให้เกิดความมั่นใจและความไว้วางใจในการรักษาพยาบาล
 2. รับฟังปัญหาของผู้ป่วย เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติซักถามข้อสงสัยเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด
- ตอบคำถามด้วยความเต็มใจ
3. ให้ข้อมูลผู้ป่วยและญาติเข้าใจถึงการรักษาด้วยการผ่าตัดระบายหนองฝีที่เต้านม
 4. อธิบายเหตุผลในการเตรียมพร้อมด้านร่างกายให้ผู้ป่วยและญาติทราบ ได้แก่ การเตรียมความสะอาดร่างกาย อาบน้ำสระผม ตัดเล็บมือให้สั้น การเจาะเลือด การให้สารน้ำ การงดอาหารและน้ำเป็นต้น
 5. ให้ข้อมูลถึงการระงับความรู้สึกขณะผ่าตัด การให้ยาระงับปวดหลังออกจากห้องผ่าตัด และการดูแลรักษา การพยาบาลหลังผ่าตัดเพื่อลดความกังวลแก่ผู้ป่วยและญาติ

การประเมินผล

1. ผู้ป่วยมีความเข้าใจในการผ่าตัด ให้ความร่วมมือปฏิบัติตัวได้
2. ผู้ป่วยคลายความกังวล สีหน้าผ่อนคลายขึ้น

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 5 ส่งเสริมการหายของแผลฝีที่เต้านมหลัง Excisional debridement & drain ข้อมูลสนับสนุน

1. เต้านมข้างซ้ายมีแผล Excisional debridement & drain บวมแดง มี discharge เป็นเลือดปนหนองซึม
2. ปวดแผลพอทนได้ pain score 5/10

วัตถุประสงค์ : เพื่อให้แผลหาย ไม่ติดเชื้อเพิ่ม

เกณฑ์การประเมินผล

1. แผล Excisional debridement & drain ที่เต้านมข้างซ้ายไม่บวมแดงเพิ่มขึ้น ไม่มี discharge ซึม
2. อาการปวดแผลลดลง pain score <4
3. ไม่มีสัญญาณการติดเชื้อไม่มีไข้ อุณหภูมิกายอยู่ในช่วง 36.5 -37.5 องศาเซลเซียส

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินอาการและลักษณะแผล discharge จากแผลว่ามีเปลี่ยนแปลงหรือมีลักษณะการติดเชื้อเพิ่มขึ้นหรือไม่
2. ดูแลทำแผลให้ด้วยเทคนิคปราศจากเชื้ออย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง เช้า-เย็น หรือตามความจำเป็นเมื่อแผลมีซุ่มมาก
3. ดูแลให้ได้รับยาปฏิชีวนะ Augmentin injection 1.2 gms IV q 8 hrs และยาบรรเทาปวดตามแผนการรักษา และ

เฝ้าระวังผลข้างเคียงของยา

4. วัดและบันทึกสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมงโดยเฉพาะอุณหภูมิกายเพื่อประเมินการติดเชื้อ
5. ดูแลให้รับประทานอาหารที่มีโปรตีนและวิตามินซีสูงอย่างเพียงพอเพื่อส่งเสริมการหายของแผล
6. แนะนำการดูแลทำความสะอาดของร่างกาย มือ เล็บ เสื้อผ้า ล้างมืออย่างถูกวิธีเพื่อป้องกันการติดเชื้อเพิ่ม

และการดูแลแผลไม่ให้โดนน้ำ

การประเมินผล

1. แผล Excisional debridement & drain ดีขึ้นไม่อักเสบ บวมแดงลดลง มี discharge ซึมน้อยลง
2. ปวดแผลลดลง pain score 2/10
3. ไม่มีไข้ อุณหภูมิกายน้อยกว่า 37.5 องศาเซลเซียส

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 6 วิดกกังวลขาดความรู้ในการปฏิบัติตัวเองเมื่อกลับบ้าน

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยสอบถามว่าจะต้องปฏิบัติตัวอย่างไร กลัวกลับมาเป็นซ้ำอีก
2. สีหน้ากังวล

วัตถุประสงค์ : เพื่อให้ผู้ป่วยมีความพร้อมก่อนจำหน่ายและมีความรู้สามารถการปฏิบัติตัวอย่างถูกวิธีเมื่อกลับไปอยู่บ้าน ไม่เป็นซ้ำ

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยมีความพร้อมก่อนจำหน่ายและมีความรู้สามารถตอบคำถามเรื่องการปฏิบัติตนได้อย่างถูกต้อง

กิจกรรมการพยาบาล

1. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามข้อสงสัย ให้กำลังใจด้วยท่าที่เป็นมิตร
2. สอนสาธิต ให้มารดาฝึกปฏิบัติ และประเมินย้อนกลับ จนปฏิบัติได้ ในเรื่องต่อไปนี้ การบีบเก็บน้ำนมด้วยมือ และการใช้เครื่องปั๊มที่ถูกต้อง

3. แนะนำให้ระบายนมออกทุก 3 ชั่วโมงต่อเนื่องในรอบ 24 ชั่วโมงหากเว้นระยะห่างของรอบไม่ควรนานเกิน 4 ชั่วโมง เพื่อไม่เกิดการคั่งของน้ำนม หากพบว่ามีอาการคั่งของน้ำนมในเต้านม (Milk stasis) ให้บีบออกโดยการประคบอุ่น และนวดบริเวณที่มีน้ำนมคั่งไปในทิศทางของหัวนม

4. แนะนำปัจจัยเสี่ยงและหลีกเลี่ยงในการเกิดภาวะอักเสบติดเชื้อที่ตา เช่น มีน้ำนมเหลือค้างในตา อาจเกิดจากการให้นมที่ไม่ถูกวิธีหรือแม่มีการสร้างน้ำนมมากเกินไป มีภาวะเต้านมคัดตึงที่ไม่ได้รับการรักษา มีภาวะท่อน้ำนมอุดตัน เว้นระยะการให้นมนานเกินไป ใส่ชุดชั้นในที่กดและรัดแน่น ทำให้มีน้ำนมคั่งในตา มีภาวะเครียด พักผ่อนไม่พอ เป็นต้น
5. แนะนำให้นมแม่อย่างเดียว 6 เดือน โดยไม่ต้องให้น้ำตาม และเลี้ยงนมแม่นานถึง 2 ปี
6. แนะนำสถานที่ที่มารดาสามารถไปรับบริการหากมีปัญหาในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เช่น คลินิกนมแม่ คลินิกสุขภาพเด็กดี โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลใกล้บ้าน เป็นต้น
7. แนะนำสังเกตอาการผิดปกติที่ต้องนำมาพบแพทย์ เช่น เต้านมอักเสบบวมแดงเพิ่มขึ้น ปวด มีไข้ เป็นต้น

การประเมินผล

ผู้ป่วยมีความรู้ในการปฏิบัติตัว สามารถบอกวิธีการปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง สามารถบีบน้ำนมออกด้วยมือได้ถูกต้อง

การวางแผนการจำหน่ายและการติดตามเยี่ยม ตามรูปแบบ M-E-T-H-O-D

M (Medication) : ความรู้เกี่ยวกับยา

- แนะนำการรับประทานยาที่ถูกวิธีและยาปฏิชีวนะจนครบตามแผนการรักษา ไม่ให้หยุดยาหรือซื้อยามารับประทานเอง และควรเฝ้าระวังอาการข้างเคียงของยาที่รับประทานต่อเนื่องที่บ้าน ได้แก่
- Augmentin Tab 625 mg รับประทานครั้งละ 1 เม็ด วันละ 3 ครั้งหลังอาหารเช้า กลางวัน เย็น ให้รับประทานพร้อมอาหาร เฝ้าระวังอาการผื่นแพ้รุนแรง คัน ลมพิษ หายใจหรือกลืนลำบาก ถ้ามีอาการให้มาพบแพทย์ทันที
- Ibuprofen Tab 400 mg รับประทานครั้งละ 1 เม็ดวันละ 3 ครั้งหลังอาหารทันที เช้า กลางวัน เย็น มีฤทธิ์บรรเทาอาการปวดบวม เฝ้าระวัง อาการคลื่นไส้ อาเจียน ปวดท้อง ถ่ายอุจจาระดำ ควรหยุดยาแล้วมาพบแพทย์
- Paracetamol Tab 500 mg รับประทานครั้งละ 1 เม็ดเวลาปวด หรือมีไข้ ห่างกันทุก 4-6 ชั่วโมง เฝ้าระวังอาการปวดท้อง คลื่นไส้ อาเจียน ท้องอืด ตัวเหลือง ตาเหลือง ปัสสาวะสีเข้มขึ้น แนะนำให้หยุดยาแล้วรีบไปพบแพทย์ทันที

E (Environment & Economic) : ความรู้เกี่ยวกับการจัดการสิ่งแวดล้อมที่บ้านให้เหมาะสมกับภาวะสุขภาพและเศรษฐกิจ

- แนะนำการจัดบริเวณที่พักให้สะอาด ภายในบ้านดูแลข้าวของเครื่องใช้ให้สะอาด สะดวกต่อการใช้งาน มีสถานที่และสบู่สำหรับล้างมือ ผ้าเช็ดมือที่สะอาด
- ไม่มีเสียงรบกวนหรือกลิ่นเหม็น มีการกำจัดขยะและสิ่งปฏิกูลอย่างถูกวิธี
- ในเรื่องเศรษฐกิจ แนะนำให้มีการปรึกษาวางแผนหารายได้เมื่อมีสมาชิกเพิ่มในครอบครัว ประหยัดค่าใช้จ่ายโดยการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ให้นานที่สุด ลดการเกิดความเจ็บป่วยในทารก

T (Treatment) : ระบุอาการรักษาและมีทักษะที่จำเป็นในการปฏิบัติตามแผนการรักษา สามารถเฝ้าระวัง สังเกตอาการของตนเองได้

- อธิบายให้ผู้ป่วยรับทราบแนวทางการรักษาของแพทย์ เพื่อให้มารดาให้ความร่วมมือและสามารถวางแผนการดูแลสุขภาพของตนเองได้แก่
- แนะนำมารดาและญาติ ให้ทราบเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่ คือ เต้านมเป็นฝี สาเหตุของโรคที่เป็น อาการ การดูแลรักษา การป้องกันไม่ให้เกิดซ้ำ การปฏิบัติตัว
- ให้คำแนะนำมารดาในการให้นมบุตรดังนี้ ถ้าลูกดูดนมได้ให้ดูดทุก 3 ชั่วโมง ถ้าลูกดูดไม่ได้ให้ระบายนมด้วยการบีบน้ำนมออกด้วยมือหรือเครื่องปั๊มนมทุก 3 ชั่วโมง
- แนะนำหลีกเลี่ยงการใช้สบู่ฟอกที่หวนนม เพราะจะทำให้หวนนมแห้งอาจทำให้หวนนมแตกง่ายขึ้น
- สังเกตอาการผิดปกติที่ควรมาพบแพทย์ก่อนนัด เช่น เต้านมคัดตึงมาก ปวด แดง ร้อน มีไข้ หนาวสั่น

H (Health) : เข้าใจภาวะสุขภาพและการป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ

- แนะนำมารดาฝึกการระบายน้ำนมออกให้เกลี้ยงเต้าเพื่อไม่ให้เกิดการคั่งของน้ำนมป้องกันการเกิดการอักเสบของเต้านมซึ่งหากปล่อยทิ้งไว้จะพัฒนากลายเป็นฝีที่เต้านมได้ หลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ครบ 5 หมู่อย่างเพียงพอ การออกกำลังกาย การพักผ่อนอย่างเต็มที่ล้วนเป็นสิ่งจำเป็นที่มารดาควรปฏิบัติ

O (Outpatient Referral) : เข้าใจความสำคัญของการมาตรวจตามนัดทั้งเวลาและสถานที่

- แนะนำทำแผลต่อที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพใกล้บ้านทุกวันจนแผลหายหรือมาพบแพทย์ตามนัด
- มารดาเข้าใจถึงการกลับมารตรวจตามนัดเพื่อให้แพทย์ตรวจแผลและผลเพาะเชื้อที่แผลหลังจากจำหน่าย 2 สัปดาห์
- ถ้ามีปัญหาเกี่ยวกับการให้นมบุตร สามารถโทรศัพท์ปรึกษาได้ที่คลินิกนมแม่

D (Diet) : เข้าใจและเห็นความสำคัญในการเลือกรับประทานอาหารได้ถูกต้อง

- แนะนำมารดาให้รับประทานอาหารที่มีประโยชน์ ให้ครบ 5 หมู่ งดอาหารหมักดอง อาหารที่มีรสจัด กาแฟ เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ดื่มน้ำสะอาดอย่างน้อยวันละ 8-10 แก้ว
- แนะนำสำหรับลูกให้นมแม่อย่างเดียว 6 เดือน โดยไม่ต้องให้น้ำตาม และเลี้ยงนมแม่นานถึง 2 ปี

สรุปกรณีศึกษา

หญิงไทยอายุ 26 ปี มาโรงพยาบาลด้วยเต้านมข้างซ้ายมีก้อนอักเสบบวมแดง ปวด มีไข้(หลังคลอดC/S 25 วัน) แพทย์วินิจฉัยมีภาวะเต้านมข้างซ้ายเป็นฝี ซึ่งปัญหาการเกิดเต้านมเป็นฝีทำให้มารดาเกิดความเจ็บปวดมาก ได้รับการผ่าตัดระบายหนองออกหลังผ่าตัดมีความวิตกกังวลเรื่องการให้นมบุตรต่อขาดความมั่นใจ และกลัวการเกิดเป็นซ้ำ ได้รับการดูแลรักษาพยาบาลที่ครอบคลุมทั้งร่างกายและจิตใจ เสริมสร้างพลังอำนาจในตัวเองได้รับคำแนะนำและฝึกทักษะในการระบายนมออกอย่างต่อเนื่องดูแลแผลจนอาการดีขึ้น นอนโรงพยาบาลรวม 6 วันนัดตรวจติดตามอาการไม่มีภาวะแทรกซ้อน ผลเพาะเชื้อปกติ ติดตามต่อมารดาสามารถให้นมบุตรต่อได้จนบุตรอายุ 1 ปี

วิจารณ์และข้อเสนอแนะ

ภาวะเต้านมเป็นฝี มีโอกาสเกิดกับมารดาหลังคลอดบุตรได้เกิดจากการเกิดการปล่อยให้น้ำนมคั่งหรือคั่งในเต้านานเกินซึ่งเกิดขึ้นได้หลายสาเหตุ เช่น การให้นมแม่ไม่ถูกวิธีหัวนมเจ็บแตกเป็นแผล มารดาไม่ได้บีมนมตามเวลา ทำให้เต้านมคั่งตั้งเกิดการอักเสบมารดาไม่สามารถแก้ไขปัญหาค้นหาได้หรือแก้ปัญหาได้ไม่ถูกต้อง ดังนั้นเพื่อเป็นการป้องกันและแก้ไขปัญหาเต้านมอักเสบจึงมีข้อเสนอแนะ ดังนี้

1. ควรมีการเตรียมความพร้อมมารดาและครอบครัว เพื่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์
2. พัฒนาทักษะบุคลากร เรื่องการช่วยเหลือมารดาหลังคลอดให้สามารถเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้สำเร็จตั้งแต่อยู่ในโรงพยาบาลทุกรายช่วยเหลือแก้ไขปัญหาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ที่พบบ่อย เช่น มารดาตั้งครกแรก มารดาหัวนมสั้น ทารกมีปัญหาการดูดนม ทารกมีภาวะลิ้นติด มารดาต้องกลับไปทำงานนอกบ้าน
3. แนะนำช่องทางการขอความช่วยเหลือ ปรึกษาปัญหาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เมื่อกลับบ้านแก่มารดา เช่น คลินิกนมแม่ โรงพยาบาลใกล้บ้าน คลินิกเด็กดี ชมรมนมแม่ อสม.ช่องทางออนไลน์ต่างๆ

สรุป

กรณีศึกษามีภาวะเต้านมเป็นฝีเกิดจากการปล่อยให้น้ำนมคั่งอยู่ในเต้านานจากการทิ้งช่วงการบีมนมที่ยาวนานซึ่งสัมพันธ์กับทฤษฎีการเกิดนมคั่งในเต้าจากการไม่ได้ให้นมบุตรตามเวลา ลูกดูดนมออกได้ไม่หมด ไม่ได้บีมนมออกทำให้นมคั่งเต้าเกิดเต้านมคั่งตั้งและเต้านมอักเสบแล้วพัฒนากลายเป็นฝี การดูแลให้การพยาบาลมารดาหลังคลอดเพื่อให้นมได้อย่างถูกต้องสามารถให้นมบุตรได้ตั้งแต่อยู่ในโรงพยาบาลเป็นเรื่องสำคัญเพื่อลดปัญหาเมื่อกลับบ้าน พยาบาลต้องมีความรู้และพัฒนาทักษะตนเองอย่างต่อเนื่องเป็นประโยชน์ต่อตนเองและหน่วยงานต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. รุจิรา วัฒนาขึงเจริญชัย เต้านมอักเสบและฝีที่เต้านม. ใน : ภาวิน พัวพรพงษ์, คมกฤษ เอี่ยมจิรกุล, ศิรินุช ชมโท, อรพร ดำรงวงศ์ศิริ, บรรณธิการ. เวชปฏิบัติการณ์เลี้ยงลูกด้วยนมแม่. กรุงเทพฯ: บียอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์; 2559. หน้า 86-91.
2. Irusen H, Rohwer AC, Steyn DW, Young T. Treatments for breast abscesses in breastfeeding women. *Cochrane Database Syst Rev.* 2015 Aug 17;2015(8):CD010490.
3. Eryilmaz R, Sahin M, Tekelioglu MH, Daldal E. Management of lactational breast abscesses. *The Breast.* 2005;14(5):375-9.
4. กุสุมา ชูศิลป์. การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่กับสุขภาพทารก. ใน : ศุภวิทย์ มุตตามาระ, กุสุมา ชูศิลป์, อุมพร สุทัศน์วรุฒิ, วราภรณ์ แสงทวีสิน, ยุพยงค์ แห่งเชาวนิช, บรรณธิการ. ตำราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่. กรุงเทพฯ: ไอยรา; 2555. หน้า 33-44.
5. Toomey A, Le JK. Breast Abscess. [Updated 2023 Jun 26]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023 Jan-. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK459122/>
6. Egbe TO, Njamen TN, Essome H, Tendongfor N. The estimated incidence of lactational breast abscess and description of its management by percutaneous aspiration at the Douala General Hospital, Cameroon. *Int Breastfeed J.* 2020 Apr 10;15(1):26.
7. ศูนย์ข้อมูลโรงพยาบาลกำแพงเพชร. รายงานประจำปี 2563. กำแพงเพชร: โรงพยาบาลกำแพงเพชร; 2563.
8. ศูนย์ข้อมูลโรงพยาบาลกำแพงเพชร. รายงานประจำปี 2564. กำแพงเพชร: โรงพยาบาลกำแพงเพชร; 2564.
9. ศูนย์ข้อมูลโรงพยาบาลกำแพงเพชร. รายงานประจำปี 2565. กำแพงเพชร: โรงพยาบาลกำแพงเพชร; 2565.
10. ปรีศนา พาศิกุล. ปัญหาเต้านมในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่. ใน : ศุภวิทย์ มุตตามาระ, กุสุมา ชูศิลป์, อุมพร สุทัศน์วรุฒิ, วราภรณ์ แสงทวีสิน, ยุพยงค์ แห่งเชาวนิช, บรรณธิการ. ตำราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่. กรุงเทพฯ: ไอยรา; 2555. หน้า 135-45.
11. วรรณภา พายุวัฒน์กร. แนวปฏิบัติในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ที่มีปัญหาเต้านม. ใน : กรรณิการ์ณ วิจิตรสุคนธ์, พรรณรัตน์ แสงเพิ่ม, นันทิยา วัฒมา, สุพินดา เรื่องจิรัชฐิเยร, สุตาภรณ์ พยัคฆเรือง, บรรณธิการ. การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่. กรุงเทพฯ: ฟรี-วัน; 2557. หน้า 193-218.
12. ศิราภรณ์ สวัสดิ์วร, จริยา วิทยะศุภกร, บรรณธิการ. Breast Pain and Common Misleading Management in Breast feeding and New Trend. เอกสารประกอบการประชุมวิชาการนมแม่แห่งชาติ ครั้งที่ 7 เรื่อง สานต่อและเรียนรู้สิ่งใหม่ ; 5-7 สิงหาคม 2563; ณ โรงแรมมิราเคิลแกรนด์. กรุงเทพมหานคร: 2563. หน้า 55-62.
13. Boakes E, Woods A, Johnson N, Kadoglou N. 1Department of General Surgery, London North West Healthcare NHS Trust, Northwick Park Hospital, Middlesex, London 2Department of Medicine, Croydon University Hospital, Croydon, London Breast Infection: A Review of Diagnosis and Management Practices *Eur J Breast Health.* 2018;14:136-43.

Nursing care of patients for spinal cord injuries with shock : A case study

Preedaporn Soodkaew, B.N.S.*

Abstract

Introduction : Shock from spinal cord injury, it is considered a critical situation that requires monitoring of symptoms and provide nursing care to patients closely. Nurses who provide patient care are extremely important. That will help spinal cord injury patients escape from critical situations in the acute phase and the period that must be rehabilitated from various organs that have lost their function, including psychosocial preparation, preparing families and health networks to care for patients when they return to society.

Objective : To provide guidelines for providing nursing care to patients with cervical spinal cord injuries who are in shock.

Case study : Thai male patient, age 72 years, important symptoms are called consciousness, slow response, both arms can be lifted but are weak, and both legs cannot be moved. History of current illness : 2 hours ago, the patient rode a motorcycle over a curve, wake up show response, both arms can be lifted but are weak, both legs cannot move. Rescuers transported to hospital, GCS 8 points E3V1M4, pupil 3 mm RTL both eyes, temperature 36.5 °C, pulse rate 72 times/minute, respiratory rate 30 times/minute, BP=75/58 mmHg, oxygen saturation 90%, on ET tube No.7.5 mark 22 and sent to work up CT Brain Include C – spine. Clinical of patient admitted to the trauma surgery ward. Coma score E3VtM6 = 9T, CT Brain No ICH, CT C spine found Grade 1 Anterolisthesis at C4 over C5 and MRI found fracture C2-6 and spinal cord compression C4-6. Undergo Laminectomy C3-C6 with PLF with Flu, ORMJ 2.5-3.5. Important nursing problems were found as follows : 1. The patient has Spinal shock. 2. The patient has Respiratory Failure. 3. The patient and relatives Are worried about the disease and preparation before and after surgery 4. There is an infection in the body from inserting a medical device. 5. Risk of pressure sores due to organ paralysis. 6. There is a chance of deep vein thrombosis due to restricted movement. 7. There is a chance of constipation due to the large intestine losing its function. After nursing care, it was found that this patient was able to breathe on his own using a steel endotracheal tube. Insert a feeding tube through the nose and inserting a urinary catheter. The nurses taught, provided knowledge, and practiced necessary care skills to patients and relatives. Be able to take care of yourself when you are with your family.

Conclusion : Nurses are the ones who play a great role in providing nursing care to patients. The goal is to prevent death and disability. along with restoring the patient's self-help skills. The results of nursing care in the case study found that the patient was able to return to live at home with his family very well.

Keywords : Nursing care of patients with cervical spinal cord injury, Shock from spinal cord injury

*Registered nurse, Kamphaeng Phet Hospital

การพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังระดับคอที่มีภาวะช็อค : กรณีศึกษา

ปริตมาภรณ์ สุดแก้ว, พย.บ.*

บทคัดย่อ

บทนำ : ภาวะช็อคจากการบาดเจ็บไขสันหลัง ถือเป็นภาวะวิกฤตที่ต้องเฝ้าระวังอาการ และให้การพยาบาลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด พยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยมีความสำคัญอย่างยิ่ง ที่จะช่วยให้ผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังพ้นจากภาวะวิกฤตในระยะเฉียบพลัน และระยะที่ต้องฟื้นฟูจากอวัยวะต่างๆ ที่เสียหายที่ รวมทั้งการเตรียมตัวจิตสังคม การเตรียมครอบครัวและเครือข่ายสุขภาพในการดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับไปอยู่ในสังคม

วัตถุประสงค์ : เพื่อให้การพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังระดับคอที่มีภาวะช็อค

กรณีศึกษา : ผู้ป่วยชายไทย อายุ 72 ปี อาการสำคัญ เรียกรู้สึกตัว การตอบสนองช้า แขน 2 ข้างยกได้แต่อ่อนแรง และขา 2 ข้าง ขยับไม่ได้ ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน 2 ชั่วโมงก่อน ผู้ป่วยช็อกจากรยานยนต์หนักโค้ง เรียกรู้สึกตัว การตอบสนองช้า แขน 2 ข้าง ยกได้แต่อ่อนแรง ขา 2 ข้างไม่สามารถเคลื่อนไหวได้ หน่วยกู้ภัยนำส่งโรงพยาบาล GCS 8 คะแนน E3V1M4 pupil 3 mm RTL BE.T 36.5 °C P 72 ครั้ง/นาที R 30 ครั้ง/นาที BP=75/58 mmHg Oxygen saturation 90 % แพทย์ on ET tube No.7.5 mark 22 และส่งทำ CT Brain Include C – spine เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุ Coma score E3V1M6 = 9T คะแนน ผลCT Brain No ICH, ผล CT C spine พบ Grade 1 Anterolisthesis at C4 over C5 และ ผล MRI พบ fracture C2-6 and spinal cord compression C4-6 ได้รับผ่าตัด Laminectomy C3-C6 with PLF with Fluoroscopy จากข้อมูลของผู้ป่วยมาตั้งข้อวินิจฉัย การพยาบาล ดังนี้ 1. ผู้ป่วยมีภาวะ Spinal shock 2. ผู้ป่วยมีภาวะ Respiratory Failure 3. ผู้ป่วยและญาติ มีความวิตกกังวล เกี่ยวกับภาวะโรค และการเตรียมตัวก่อนหลังผ่าตัด 4. มีการติดเชื้อในร่างกายจากการสอดใส่อุปกรณ์ทางการแพทย์ 5. ภาวะเสีย สมดุลของสารน้ำและ Electrolyte จากพยาธิสภาพของโรค 6. เสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับเนื่องจากอวัยวะเป็นอัมพาต 7. มีโอกาส เกิดภาวะหลอดเลือดดำส่วนลึกอุดตันเนื่องจากถูกจำกัดการเคลื่อนไหว 8. ผู้ป่วยและญาติมีความรู้ไม่เพียงพอในการดูแลตนเอง ภายหลังจากกลับบ้าน 9. มีโอกาสเกิดภาวะท้องผูกเนื่องจากใส่ใหญ่สูญเสียหน้าที่ ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นแต่ยังไม่สามารถ ช่วยเหลือตัวเองได้ ผู้ป่วยหายใจได้เองด้วยท่อหลอดลมคอสแตนเลส ใส่สายให้อาหารทางจมูก และสายสวนปัสสาวะกลับไปดูแล ต่อเนื่องที่บ้าน ผู้ดูแลหลัก คือ บุตร บุตรชาย และภรรยา ต้องทำกิจวัตรประจำวันให้ทั้งหมด ขณะอยู่ในหอผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟู สภาพ และวางแผนจำหน่ายร่วมกับสหสาขาวิชาชีพให้ผู้ป่วยและญาติ โดยการให้ความรู้ สอน สาธิต และฝึกทักษะในการดูแล ที่จำเป็น จนสามารถดูแลตนเองได้เมื่ออยู่กับครอบครัว รวมระยะเวลาการรักษาตัวในโรงพยาบาล 86 วัน

สรุปผลกรณีศึกษา : พยาบาลเป็นผู้มีบทบาทอย่างยิ่งในการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บไขสันหลัง มีเป้าหมายเพื่อ ป้องกันการเสียชีวิต ความพิการ และฟื้นฟูทักษะการช่วยเหลือตนเองของผู้ป่วย ผลการให้การพยาบาล กรณีศึกษา พบว่า ผู้ป่วยสามารถกลับไปใช้ชีวิตที่บ้านร่วมกับครอบครัวได้เป็นอย่างดี

คำสำคัญ : การพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังระดับคอ ภาวะช็อคจากการบาดเจ็บไขสันหลัง

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลกำแพงเพชร

บทนำ

การบาดเจ็บไขสันหลัง (Spinal cord injury) เป็นสาเหตุให้เกิดความบกพร่องของการทำงานของระบบประสาท โดยเฉพาะการบาดเจ็บกระดูกสันหลังระดับคอ (cervical spine injuries) ซึ่งเป็นตำแหน่งที่พบบ่อย เมื่อไขสันหลังได้รับการบาดเจ็บรุนแรง ผู้ป่วยจะเกิดอาการและอาการแสดงของภาวะ Spinal shock จะมีการสูญเสียการส่งสัญญาณประสาทจากสมอง (Descending tract) และเสียการยับยั้งของไขสันหลัง รวมทั้งเส้นใยประสาท (Axon) เสื่อม จึงทำให้การส่งสัญญาณประสาทระหว่างไขสันหลังและสมองส่วนบนหยุดความต่อเนื่องทันที จึงเกิดการสูญเสียรีเฟล็กซ์ (Reflexes) อย่างสมบูรณ์ เสียการรับความรู้สึก (Sensory motor) สูญเสียการเคลื่อนไหวและหน้าที่ของระบบประสาทอัตโนมัติ (Autonomic dysreflexia) ในระดับที่ต่ำกว่าระดับไขสันหลังที่มีพยาธิสภาพ มีอาการสำคัญ ดังนี้ 1. อัมพาตอ่อนปวกเปียก (Flaccid) กล้ามเนื้อไม่มีความตึงตัวไม่มีรีเฟล็กซ์ 2. สูญเสียการรับความรู้สึกและการเคลื่อนไหว 3. ความดันโลหิตต่ำ (Hypotension) ซึ่งพหุขั้ว อัตราการเต้นของหัวใจช้ากว่าปกติ (Bradycardia) เนื่องจากหลอดเลือดส่วนปลายขยายตัว เกิดเลือดคั่ง มีผลทำให้ Cardiac output ลดลงเกิดภาวะ Hypovolemic shock ท้องอืด เนื่องจากลำไส้เป็นอัมพาต ปัสสาวะคั่ง สูญเสียความรู้สึกทางเพศ ก่อให้เกิดผลกระทบต่อผู้ป่วยไม่สามารถหายใจได้เองต้องใช้เครื่องช่วยหายใจและใช้เวลาในการหย่าเครื่องช่วยหายใจเป็นเวลานาน ส่งผลให้ต้องนอนพักรักษาตัวที่โรงพยาบาลนานหลายเดือน มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนขณะนอนโรงพยาบาล ทางกายภาพ จิตสังคม และอาชีพการงานสำหรับผู้ป่วยและครอบครัว โดยทั่วไปหากเกิดขึ้นชั่วคราวรีเฟล็กซ์จะกลับมาภายใน 24-72 ชั่วโมง และมีผู้ป่วยเพียงร้อยละ 1 เท่านั้น ที่มีการฟื้นตัวการทำงานของระบบประสาทอย่างสมบูรณ์ เป้าหมายของการดูแลรักษาผู้ป่วยให้มีความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ในชีวิตประจำวันโดยไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น และคงไว้ซึ่งคุณภาพชีวิตที่ดีภายใต้ข้อจำกัดของความบกพร่องทางร่างกายจากการบาดเจ็บไขสันหลัง^{1,2}

ภาวะช็อกทางระบบประสาท (Neurogenic shock)¹ เป็นภาวะความดันโลหิตต่ำจากหัวใจและหลอดเลือดทำงาน ผิดปกติ (Cardiovascular hypotension) ซึ่งเป็นผลจากมีการขัดขวางการทำงานของระบบประสาทซิมพาเทติก ขณะที่ระบบประสาทพาราซิมพาเทติกยังทำงานตามปกติ พบในรายที่ได้รับบาดเจ็บไขสันหลังตั้งแต่ระดับ กระดูกสันหลังส่วนอกระดับที่ 6 (Thoracic spine level 6: T6) ขึ้นไปเท่านั้น อาการแสดงที่สำคัญ ได้แก่ ความดันโลหิตต่ำ (Hypotension) อัตราการเต้นของหัวใจช้ากว่าปกติ (Bradycardia) และผิวหนังแห้ง อุ่น (Warm skin) เพื่อเพิ่มเลือดไปเลี้ยงไขสันหลังได้ดี พยาบาลต้องมีความรู้ในการประเมินอาการและการติดตามอาการเปลี่ยนแปลงอย่างใกล้ชิด การวินิจฉัยที่ถูกต้องและรวดเร็ว การดูแลรักษา การบริหารยา แก้ปัญหาได้ทันทั่วทั้ง เพื่อป้องกันไขสันหลังไม่ให้ถูกทำลายเพิ่มขึ้นและการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้นขณะนอนโรงพยาบาลเป็นเวลานาน^{1,2}

จากข้อมูลหน่วยเวชระเบียนและสถิติโรงพยาบาลกำแพงเพชร มีผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังตั้งแต่ระดับคอถึงหลัง เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2563 – 2566 จำนวน 68 ราย เป็นการบาดเจ็บไขสันหลังระดับคอ จำนวน 42 ราย คิดเป็นร้อยละ 61.7 เสียชีวิต จำนวน 5 ราย คิดเป็นร้อยละ 11.9 โดยมีสาเหตุการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจร ร้อยละ 57.0 และการพลัดตกหกล้ม ร้อยละ 31.4 พยาบาลในหอผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุ มีบทบาทอย่างยิ่งในการพยาบาลผู้ป่วยที่บาดเจ็บไขสันหลังระดับคอ ให้พ้นจากภาวะ Spinal shock ตั้งแต่ระยะวิกฤติ ระยะต่อเนื่องและฟื้นฟูให้ครอบคลุมทุกระยะ การวางแผนจำหน่ายที่เหมาะสมกับผู้ป่วย ร่วมกับสหสาขาวิชาชีพติดตามอาการต่อเนื่องหลังกลับบ้าน การประเมินและเสริมสร้างพลังให้กับผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักให้ครอบคลุมทั้งทางด้าน ร่างกาย อารมณ์ สังคมจิตใจ ให้ผู้ป่วยบาดเจ็บได้รับการดูแลที่มีประสิทธิภาพและปลอดภัยภายหลังการจำหน่าย³⁹ การศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์ เพื่อให้การพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังระดับคอที่มีภาวะช็อก

กรณีศึกษา

ผู้ป่วย ชายไทย อายุ 72 ปี

อาการสำคัญ

ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจรรุนแรง 2 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล หน่วยกู้ภัยนำส่ง

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน

2 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาลผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุจากรถจักรยานยนต์หน่วยกู้ภัยนำส่งโรงพยาบาล ประเมินสภาพแรกพบว่ามีอาการความรู้สึกตัว แขนขาคอ 2 ข้างอ่อนแรง grade 3 ขา 2 ข้างไม่เคลื่อนไหว grade 0 ระบบประสาท GCS E3V1M4 รวม 8 คะแนน pupil 3 mm RTL both eye, T 36.5 °C P 72 ครั้ง/นาที R 28 ครั้ง/นาที BP=75/50 mmHg Oxygen saturation 90% on ET tube,



on 0.9% NSS1000 cc IV load 1000 cc then 100 cc/hr. ส่งตรวจ CT brain include C spine รายงานแพทย์ศัลยกรรมประสาท admit ตึกศัลยกรรมอุบัติเหตุ

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต : ปฏิเสธโรคประจำตัว ประวัติแพ้ยา Tetracycline

ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว : ปฏิเสธการเจ็บป่วยด้วยโรคทางพันธุกรรมและโรคร้ายแรง

การวินิจฉัยโรค : Acute spinal injury with fracture C2-6 with incomplete cord C4-C6

การผ่าตัด : Laminectomy C3 – C6 with PLF with Fluoroscopy

การตรวจร่างกายตามระบบ

รูปร่างทั่วไป : รูปร่างอ้วน น้ำหนัก 80 กิโลกรัม ส่วนสูง 160 เซนติเมตร BMI 31.25 น้ำหนักเกินอ้วน

สัญญาณชีพ : อุณหภูมิร่างกาย 37.3 องศาเซลเซียส ชีพจร 86 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 19 ครั้ง/นาที BP 85/58 mm/Hg

ระบบประสาท : Glasgow Coma Scale (GCS) E3M4V7 pupil 3 min RTL both eyes, Motor Power แขนทั้ง 2 ข้าง ยกได้ ต้านได้ Grade 3 Motor Power ขาทั้ง 2 ข้าง ยกไม่ได้ ต้านไม่ได้ Grade 0

ผิวหนัง : ผิวดำแดง ไม่มีจ้ำเลือด หนังตาขวาบวมปิด มีแผลถลอกบริเวณริมฝีปากล่าง และข้อเท้าซ้ายมีเลือดซึม พบรอยแดงที่ชายโครงซ้าย เปลือกตาล่างซีดเล็กน้อย

ทรวงอกและทางเดินหายใจ : ทรวงอกรูปร่างปกติสมมาตรกัน หายใจสม่ำเสมอ เสียงการหายใจปกติ

หัวใจและหลอดเลือด : การเต้นของหัวใจปกติ สม่าเสมอ ความดันโลหิตลดลง ต่ำกว่าปกติ

ช่องท้องและทางเดินอาหาร : ท้องปกติ ปฏิเสธการอาเจียน หรือถ่ายเป็นเลือด

กล้ามเนื้อและกระดูก : กระดูกบริเวณต้นคอมีการบาดเจ็บ ขาทั้งสองข้างมีภาวะไร้ความรู้สึก กดไม่เจ็บ และไม่สามารถควบคุมการเคลื่อนไหวได้ตามปกติ

ระบบทางเดินปัสสาวะและอวัยวะสืบพันธุ์ : ไม่สามารถควบคุมการขับถ่าย

สภาพจิตใจ : มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของตนเอง

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

สิ่งส่งตรวจ	ค่าปกติ	09/04/66	23/04/66	26/4/66	30/6/66
WBC	5.0-10 $10^3/uL$	10.5	14.2	4.8	6.6
RBC	4.5-6 $10^3/uL$	3.83	3.0	5.1	4.8
Hct	Male 42-52%	37.2	27.7	32	30.2
PLt.Count	140-400 $10^3/uL$	225	388	432	362
Ne%	43.7-70.9%	84.2	87.8	82.8	63.8

ผลการตรวจ Hct ต่ำกว่าเกณฑ์ แปลผล มีภาวะซีด Neutrophil สูงกว่าปกติ มีการติดเชื้อ

สิ่งส่งตรวจ	ค่าปกติ	09/04/66	23/04/66	07/05/66	30/6/66
BUN	8-20 mg/dL	17	16	12	13
Creatinine	0.72-1.18 mg/dL	1.6	0.60	0.77	0.74
Na	136-146 mmo/L	139	136	123	135
K	3.4-4.5 mmol/L	5.1	3.7	4.1	3.9
Mg	Male 1.8-2.6mg/dL	1.8	1.8	1.9	2.1
Alb	3.5-5.2 g/dL	3.2	2.5	2.7	2.7
SGOT(AST)	<50U/L	99	98	72	70
SGPT(ALT)	<50U/L	55	58	56	56
ALP	30-120IU/L	90	91	88	90

มีภาวะ Electrolyte Imbalance : Hyperkalemia, Hyponatremia, การทำงานของตับผิดปกติจากค่า SGOT(AST) SGPT(ALT), ALP สูงกว่าเกณฑ์

วันที่ 27/04/66 sputum C/S : Acenitobacter Baumannii Complex (MDR) พบว่า มีการติดเชื้อดื้อยาที่ระบบทางเดินหายใจ

วันที่ 11/06/66 UA : WBC 50-100 cell/cm² and U/C : Proteus mirabilis พบว่า มีการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ ปัสสาวะขุ่นมีตะกอน

สรุปการดำเนินโรคขณะรับการรักษาในโรงพยาบาล

วันที่ 1-3 (9-11/04/66) แกรับผู้ป่วยรู้สึกตัว การวินิจฉัยโรค: Acute spinal injury with fracture C2-6 with incomplete cord C4-C6 ได้รับการใส่ท่อทางเดินหายใจต่อกับเครื่องช่วยหายใจแบบปริมาตร ผู้ป่วยหายใจสม่ำเสมอ ใส่สายสวนปัสสาวะ ใส่สายให้อาหารต่อลงถุง และงดน้ำอาหาร ได้รับการผ่าตัด Laminectomy C3-C6 with PLF (posterolateral fusion) with Fluoroscopy (11/04/66) ภายหลังกลับจากห้องผ่าตัด ผู้ป่วยหายใจทางท่อหายใจต่อกับเครื่องช่วยหายใจ แผลผ่าตัดด้านหน้า และหลังคอไม่ซีม, Philadelphia neck collar support

วันที่ 4-9 (12-17/04/66) ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี อ่อนเพลีย ยังหายใจทางท่อหายใจต่อกับเครื่องช่วยหายใจ แขน 2 ข้าง ยกได้ grade 3 ขาทิ้ง 2 ข้าง grade 0 เริ่มโม่มีเสมหะ หายใจเร็ว RR 32 /min มีไข้ T 39 องศาเซลเซียส หัวใจเต้นเร็ว HR 110 /min, Breathing sound พบ crepitation both lungs with Wheezing, CXR: พบ bilateral Infiltration both lungs, consult แพทย์อายุรกรรม ให้ on Meropenem 1 g. IV ทุก 8 ชั่วโมง 7 days ประเมินระบบทางเดินอาหาร normal active bowel sound เริ่มให้อาหารทางสายยาง และส่งปรึกษานักโภชนาการ

วันที่ 10-13 (18-21/04/66) ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี แขน 2 ข้าง ยกได้ต้านแรงได้มากขึ้น grade 4 ขาทิ้ง 2 ข้าง grade 0 ยังมีไข้ T37- 38°C ได้รับ antibiotic Meropenem 2 g. IV ทุก 8 ชั่วโมง เพิ่มปริมาณอาหารทางสายยางเป็น BD 1.5:1 250 ml x 4 feed จำนวน 4 วัน ประสานนักกายภาพบำบัดเพื่อกระตุ้น ambulate bed side หลังผ่าตัดผู้ป่วยยังไม่ถ่าย ดูแลให้ยา Senokot 7.5 mg. tab 2x1 feed hs และ Lactulose Syr 10g/15ml. 30ml.feed hs หลังได้รับยาระบาย ยังไม่สามารถขับถ่ายได้เอง ต้องล้วงออก ต่อมาผู้ป่วยสามารถถ่ายอุจจาระได้เอง 2-3 วัน/ครั้ง อุจจาระอ่อนตัวดี

วันที่ 15 (23/04/66) มีภาวะ Anemia Hct = 27.7% ดูแลให้ PRC 1 unit IV drip เจาะ Hct เพิ่มขึ้นเป็น 32% เพิ่มปริมาณอาหารทางสายยาง เป็น BD 1.5:1 350 ml และเพิ่มไขขาวมีอะลุ่มฟอง (23 - 03/07/66 D/C)

วันที่ 17 (25/04/66) ผู้ป่วยบอกรอนไม่หลับ ดูแลให้ยา Lorazepam 1 mg feed 1x1 hs.

วันที่ 20 (28/04/66) ได้รับการผ่าตัดเจาะคอ Tracheostomy tube No.8 dimeter 11 min.ต่อเครื่องช่วยหายใจงดน้ำอาหาร หลังผ่าตัด 6 ชั่วโมง หลังจากนั้นจึงให้อาหารทางสายยาง

วันที่ 22 (30/04/66) มีไข้ T 37.5-38.5 องศาเซลเซียส มีเสมหะเหลืองขุ่น ผล Sputum G/S WBC > 25 cell ดูแลให้ยา Cef3 2 gm IV OD

วันที่ 25 (03/05/66) มีไข้ T38-38.5 องศาเซลเซียส โม่มีเสมหะเหลืองขุ่น เป็นพักๆ แพทย์สั่ง off Cef3 2 gm IV OD เปลี่ยนเป็น Tazocin 4.5 gm IV ทุก 8 ชั่วโมง

วันที่ 29 (07-14/05/66) ภาวะ Hyponatremia พบค่าโซเดียม (Na⁺) 123 mmo/L น้อยกว่าค่าปกติ ได้รับการแก้ไขจนผลเป็นปกติ : 135 mmo/L ไม่มีอาการและอาการแสดง Hyponatremia เช่น กล้ามเนื้อกระตุก หรือ ซึมลง

วันที่ 30 (08/05/66) ผล Sputum C/S : Acenitobacter Baumannii Complex (MDR) พบการติดเชื้อทางเดินหายใจ : VAP ดูแลให้ยา Meropenem inj. 1 gm IV ทุก 8 ชั่วโมง and Colistin inj. 300 mg IV stat then 100 mg IV ทุก 12 ชั่วโมง (7 days 08-15/10/66)

วันที่ 33-58 (11/05/66-05/06/66) เริ่มหย่าเครื่องช่วยหายใจโดยการปรับเครื่องช่วยหายใจแบบ PCV mode สลับ CPAP PSV แบบค่อยเป็นค่อยไป (Gradual weaning) รวมใช้เวลาในการหย่าเครื่องช่วยหายใจ 25 วัน

วันที่ 64 (11/6/66) ผล UA : WBC 50-100 cell/cm² and U/C : Proteus mirabilis พบการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ ดูแลใส่สายสวนปัสสาวะ

วันที่ 67-74 (14/04/66-21/06/66) ผู้ป่วยหายใจได้เอง On O₂ T piece 2 วัน และเปลี่ยนเป็น Callar Mask flow 10 LPM try ลด flow O₂ ลงวันละ 2 LPM จนสามารถหายใจได้เอง Room air RR 18-22/min No cyanosis O₂ sat 98-99% ช่วยเหลือแพทย์เปลี่ยนท่อหลอดลมเป็นแบบสแตนเลส (Jackson tube) diameter 10 mm. with O₂ room air (21/06/66)

วันที่ 75-85 (22/06/66-02/07/66) ผู้ป่วยหายใจปกติผ่านท่อหลอดลม สีหน้าแจ่มใส และยิ้มบางครั้ง เริ่มสื่อสารทางวาจาได้ วางแผนจำหน่ายร่วมกับทีมสหสาขา เพื่อเตรียมความพร้อมโดยใช้ Home Program ให้กับผู้ป่วยและญาติที่ดูแล พยาบาลสอนสาธิต การดูแลท่อหลอดลมคอ และการดูดเสมหะ การดูแลสายสวนปัสสาวะ และสายให้อาหารทางสายยาง ส่งฝึกทำกายภาพบำบัดที่แผนกเวชศาสตร์ฟื้นฟู และการฝึกทำอาหารทางสายยางกับนักโภชนาการ ส่งปรึกษาแพทย์หู คอ จมูก for off TT tube และวันนัดพบแพทย์ ENT and Neuro Surgeon หลังจำหน่าย 10 วัน การเตรียมสถานที่ที่บ้าน เตียง เครื่องดูดเสมหะ เครื่องพ่นยา อุปกรณ์ของใช้ต่างๆ

วันที่ 86 (03/07/66) จำหน่ายผู้ป่วย รู้ตัวดี สีหน้ายิ้มแย้ม หายใจได้เองด้วยท่อหลอดลมคอสแตนเลส เสมหะสีขาวใส ออกเองได้ แขน 2 ข้างสามารถยกได้ และมีมือจับตัวเองตะแคงได้ ขา 2 ข้างมีความรู้สึก แต่ไม่สามารถเคลื่อนไหวได้ ไม่มีข้อติดแข็ง ยังใส่สายให้อาหารทางจมูก และสายสวนปัสสาวะไว้ มอบใบนัด และให้ญาติเข้าร่วม Line group ของหน่วยงาน ประสานงานเยี่ยมบ้านโดยใช้ โปรแกรม Thai COC

การวางแผนการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังระดับคอที่มีภาวะช็อกจากไขสันหลัง

ผู้ป่วยมีปัญหาทางการพยาบาลที่สำคัญในช่วงระยะเวลาที่ศึกษา โดยแบ่งเป็น 3 ระยะ ดังนี้
ระยะที่ 1 ระยะวิกฤต

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1 ผู้ป่วยมีภาวะ Spinal shock

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บไขสันหลังระดับคอที่ 4-6
2. Bulbocavernosus reflex: negative, loose sphincter tone, loss of sensation below C7
3. BP drop = 85/58 mmHg, HR = 78/ min

วัตถุประสงค์ ปลอดภัยจากภาวะ Spinal shock

เกณฑ์การประเมิน

1. รู้สึกตัวดี ไม่มีอาการกระสับ กระส่าย สับสน หมดสติ
2. สัญญาณชีพปกติ: T= 36.5 - 37.5 °C, HR = 60-100 /min, BP \geq 90/60 mmHg, RR = 16-24 /min, O₂ sat room air \geq 95% และชีพจรส่วนปลายเต้นแรง
3. Intake / Out put สมดุลกัน

กิจกรรมการพยาบาล

1. ตรวจวัดสัญญาณชีพ ประเมินความผิดปกติของระบบประสาทไขสันหลัง Monitor EKG และ O₂ Sat ทุก 24 ชั่วโมง หรือเมื่อมีอาการเปลี่ยนแปลง
2. บันทึกปริมาณน้ำเข้า-ออกจาก ร่างกาย ปริมาณปัสสาวะควรออกมากกว่าหรือ เท่ากับ 0.5 ml/kg/hr6 เพื่อประเมินอาการผิดปกติ และรายงานแพทย์
3. ดูแลให้ผู้ปวยดื่มน้ำดอาหารทุกชนิด
4. ประเมินการทำหน้าที่ของระบบประสาท และกล้ามเนื้อ เพื่อเฝ้าระวังการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจากการกดทับไขสันหลัง เช่น อาการอ่อนแรงของแขนขา ได้แก่ การตรวจประเมินกำลังกล้ามเนื้อ การรับความรู้สึก และการตอบสนองอัตโนมัติ โดยการให้ผู้ปวยขยับหรือยกแขน ขาให้ได้มากที่สุดเท่าที่ทำได้ และสอบถามอาการฯ ทุก 4 ชั่วโมง รายงานแพทย์หากพบอาการทางระบบประสาทไขสันหลังที่รุนแรง
5. จัดทำให้ผู้ป่วยนอนราบ On Philadelphai neck callar support

ประเมินผล

1. ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี E4VtM6 pupil 3 min RTL BE หายใจ On ET tube with Ventilator สม่ำเสมอดี No Cyanosis O₂ sat 99-100%
2. สัญญาณชีพปกติ T=37.2°C P=60-80 ครั้ง/นาที R=16 ครั้ง/นาที BP=128/84 mmHg Sat O₂ ≥ 99% ผิวหนังอุ่น สัญญาณชีพปกติ ชีพจรส่วนปลายแรง
3. Intake / Out put สมดุลกัน

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2 ผู้ป่วยมีภาวะ Respiratory Failure

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยหายใจเองไม่พอ ON ET tube 7.5 mark 22 with Volume Ventilator setting PCV Mode Pi16 RR14 Peep4 FiO₂ 0.4
2. ผู้ป่วยหายใจ 28-30 ครั้ง/นาที โดยใช้กล้ามเนื้อหน้าท้อง และไม่มีแรงในการไอขับเสมหะ

วัตถุประสงค์ : ปลอดภัยจากภาวะ Respiratory Failure

เกณฑ์การประเมินผล

1. ระดับความรู้สึกตัวไม่เปลี่ยนแปลง ไม่มีอาการกระสับกระส่าย ปลายมือปลายเท้าเย็นและริมฝีปากซีด
2. หายใจสะดวกดี ไม่มีเสียงเสมหะ ไม่มีเสียงหายใจที่ผิดปกติ RR = 14-22 /min O₂ sat room air ≥ 95%
3. ไม่ใช้กล้ามเนื้อหน้าท้องในการหายใจ
4. สามารถไอขับเสมหะออกได้เอง

กิจกรรมการพยาบาล

1. ดูแลให้ On ET Tube with Volume Ventilator setting PCV mode Pi16 RR14 Peep4 FiO₂ 0.4 ตามแผนการรักษาของแพทย์
2. ประเมิน และติดตามการหายใจของผู้ป่วย เช่น ลักษณะการหายใจ เสียงหายใจที่ผิดปกติ วัดและบันทึกสัญญาณชีพ ค่า O₂ sat ทุก 2 - 4 ชั่วโมง
3. ประเมินภาวะพร้อมออกซิเจน ได้แก่ ระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลง กระสับกระส่าย ปลายมือปลายเท้าเย็น และริมฝีปากซีด ประเมิน ลักษณะการหายใจที่ผิดปกติ เช่น หายใจหอบเหนื่อย อัตราการหายใจมากกว่า 30 ครั้งต่อนาที หายใจโดยใช้กล้ามเนื้อหน้าท้อง เป็นต้น หากมี อาการผิดปกติให้รีบรายงานแพทย์
4. ดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง ดูดเสมหะในปาก และคอ
5. เตรียมความพร้อมของอุปกรณ์ และเวชภัณฑ์ที่ใช้ในการใส่ท่อช่วยหายใจพร้อม เผื่อระงับการเลื่อนหลุดของท่อทางเดินหายใจ

การประเมินผล

1. ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี E4VtM6 pupil 3 min RTL BE
2. หายใจ On ET tube with Ventilator สม่ำเสมอดี No Cyanosis, O₂ sat 99-100%
3. ไอมีเสมหะสีขาวขุ่นเล็กน้อย

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 3 ผู้ป่วยและญาติ มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับภาวะโรค และการเตรียมตัวก่อนหลังผ่าตัด

ข้อมูลสนับสนุน

1. สีหน้าวิตกกังวล ซักถามเกี่ยวกับโรค และซักถามข้อแผนการดูแลรักษา
2. ช่วยเหลือตนเองได้น้อย แขน 2 ข้าง อ่อนแรงและขา 2 ข้างขยับไม่ได้
3. แพทย์ Set OR for Laminectomy C3-C6

วัตถุประสงค์

ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวลลง

เกณฑ์การประเมินผล

ผู้ป่วยมีสีหน้าสดชื่นขึ้น นอนหลับได้ บอกว่าคลายความวิตก กังวลในเรื่องโรค และการผ่าตัด

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินความวิตกกังวลโดยการสังเกต สีหน้าท่าทางและสอบถามความรู้สึก สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยและญาติ โดยทักทายผู้ป่วยด้วยท่าที่เป็นกันเอง สุภาพ ให้ความสนใจผู้ป่วยและสร้างความมั่นใจให้ผู้ป่วย เกิดความรู้สึกปลอดภัย เพื่อให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีเกิดความไว้วางใจในตัวของผู้ให้การพยาบาล

2. เปิดโอกาสให้ซักถามปัญหาข้อสงสัย และพูดระบายความรู้สึกต่าง ๆ เกี่ยวกับความวิตกกังวล ความกลัว โดยรับฟังปัญหาของผู้ป่วยอย่างตั้งใจ และตอบคำถามผู้ป่วยอย่างชัดเจนให้ผู้ป่วย คลายความวิตกกังวล ให้กำลังใจและสร้างความเชื่อมั่นในทีมการดูแลรักษาพยาบาล

3. ประสานงานแพทย์เจ้าของไข้ในการให้ข้อมูลผู้ป่วยและญาติทราบเกี่ยวกับโรค การดำเนินโรคและแผนการรักษา การทำผ่าตัด และการเตรียมความพร้อมก่อนหลังผ่าตัด เพื่อลดความวิตกกังวล

4. ดูแลให้ยาแก้ปวด Control pain: Parecoxib inj. (Dynastat) 40 mg IV ทุก 12 ชั่วโมง Fentanyl 50 mcg IV prn ทุก 4 ชั่วโมง ตามแผนการรักษาของแพทย์

การประเมินผล

ผู้ป่วยมีสีหน้า สดชื่น สบายใจมากขึ้น ผู้ป่วยนอนหลับพักผ่อนได้ บอกระดับความเจ็บปวดได้ ปวดเล็กน้อย = 3 ปวดมาก = 10 ภายหลังได้ยาแก้ปวด ปวดลดลง = 0 หลับ พักได้

ระยะที่ 2 ระยะต่อเนื่อง

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 4 มีภาวะการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจและระบบทางเดินปัสสาวะ

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผลการตรวจ CXR Lung Infiltrate วันที่ 27/04/66 และพบเชื้อ Acenitobacter Baumanni Complex (MDR), Gram stain WBC >25 cells/LPF ใน sputum

2. ผล UA : WBC 50-100 cell/cm² and พบเชื้อ Proteus Mirabilis ในปัสสาวะ

วัตถุประสงค์ : ปลอดภัยจากการติดเชื้อในร่างกาย

เกณฑ์การประเมิน

1. สัญญาณชีพปกติ
2. ผล Lab sputum G/S, UA ปกติ
3. ผลการตรวจ CXR ปกติ
4. Urine flow \geq 30 cc/hr. เหลืองใส ไม่มีตะกอน

กิจกรรมการพยาบาล

1. ล้างมือก่อนทำกิจกรรมการพยาบาลทำแผลผ่าตัดด้วยหลักปราศจากเชื้อ ควรสวมถุงมือ และล้างมือทั้งก่อนและหลังทำกิจกรรมให้ผู้ป่วย

2. สอนญาติผู้ป่วยให้เห็นความสำคัญของการล้างมือ สอน สกิดการดูแลท่อช่วยหายใจ ขณะอยู่โรงพยาบาลและภายหลังกลับบ้าน

3. แนะนำการทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ทุกครั้งหลังการขับถ่าย และเฝ้าระวังการอุดตันของสายสวนปัสสาวะ โดยการบีบรูตสายเป็นระยะๆ

4. ดูแลให้ยา Meropenam inj. 1 gm IV ทุก 8 ชั่วโมง and Colistin inj. 300 mg IV stat then 100 mg IV ทุก 12 ชั่วโมง (7 days 08-15/10/66)

5. เก็บสิ่งส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการและติดตามผล

การประเมินผล

1. ผู้ป่วยสัญญาณชีพปกติ T=37 -37.3°C P=60-80 ครั้ง/นาที R=14-16 ครั้ง/นาที BP=126/84 mmHg Sat O₂ 98-100%
2. CXR Infiltrate ลดลง, BS clear both lung, เสมหะลดลง , ผล Sputum G/S WBC 2-3 cells/LPF
3. ปัสสาวะสีเหลืองใส ไม่มีตะกอน ผล UA WBC = 0 -1 cell/mm³

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 5 ภาวะเสียสมดุลของสารน้ำ และ Electrolyte จากพยาธิสภาพของโรค

ข้อมูลสนับสนุน

1. พบค่าโปตัสเซียม (Potassium) K⁺ 5.1 mmol/L ในเลือดมากกว่าค่าปกติ
2. พบค่าโซเดียม (Na⁺) 123 mmol/L ในเลือดน้อยกว่าค่าปกติ

วัตถุประสงค์

เพื่อให้ร่างกายของผู้ป่วยมีภาวะสมดุลของกรด ต่าง และ Electrolyte

เกณฑ์การประเมินผล

ไม่มีภาวะ Electrolyte Imbalance และขาดสารน้ำ

กิจกรรมการพยาบาล

1. ดูแลให้ได้รับสารน้ำและ Electrolyte ทดแทนให้เพียงพอวันละ 2,000 ถึง 3,000 มิลลิลิตร
2. สังเกตอาการและอาการแสดงของภาวะ K⁺ สูงหรือต่ำ หรือภาวะที่มีความผิดปกติของ Na⁺, Cl เช่น กล้ามเนื้อกระตุก ชักเกร็ง หรือ อ่อนแรง และซีมลง
3. ติดตามผลเลือดเพื่อติดตามหาความผิดปกติของสารน้ำ และ Electrolyte
4. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับอาหารและน้ำอย่างเพียงพอ

การประเมินผล

1. K⁺ = 4.2 mmol/L
2. Na⁺ = 135 mmol/L
3. ไม่มีภาวะ Electrolyte Imbalance และขาดสารน้ำ

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 6 เสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับเนื่องจากอวัยวะสูญเสียหน้าที่

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บไขสันหลังระดับคอที่ 3-6
2. แขน 2 ข้าง อ่อนแรงและขา 2 ข้าง ไม่สามารถเคลื่อนไหวได้
3. มีอาการชาตั้งแต่ใต้ราวนมถึงปลายเท้า 2 ข้าง
4. ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะและอุจจาระ

วัตถุประสงค์ : ไม่เกิดแผลกดทับ

เกณฑ์การประเมิน

1. ไม่มีรอยแดงบริเวณก้นกบหรือปุ่มกระดูกต่าง ๆ
2. ไม่พบแผลกดทับที่อวัยวะต่าง ๆ ของร่างกายผู้ป่วย

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินสภาพผิวหนังใต้บริเวณปุ่ม กระดูก สันเท้า โดยตรวจดูว่ามีรอยแดง รอยช้ำ บวม ผิวหนังมีสีคล้ำ แข็ง นิ่ม ร้อนหรือเย็น แตกต่างไปจากผิวหนังบริเวณใกล้เคียง เจ็บปวด หรือมีแผล และใช้ polyurethane foam ปิดบริเวณปุ่มกระดูก
2. ใส่ที่นอนลดกระจายแรงกดและตรวจสอบให้มีประสิทธิภาพอยู่เสมอ
3. พลิกตะแคงตัวทุก 2 ชม และเปลี่ยนท่าโดยใช้ผ้ารองยกตัว หลีกเลี่ยงการลากดึง ต้องมีเจ้าหน้าที่ช่วยเปลี่ยนท่า และเคลื่อนย้ายผู้ป่วยอย่างน้อย 2-4 คน
4. ประเมินผิวหนังบริเวณ perineum และ perianal area ว่ามีความชุ่มชื้นมากเกินไป มีรอยแดง ลอก ถลอก ผิวหนังเปิดหรือไม่ ทำความสะอาดอุจจาระหรือปัสสาวะด้วยสำลีชุบน้ำเปล่า โดยไม่ขัดถูและซับให้แห้ง พร้อมทั้งทาผลิตภัณฑ์ปกป้องผิวหนัง เช่น วาสลีน ครีมหาผิว เป็นต้น ทุกครั้งหลังทำความสะอาด

การประเมินผล

ผู้ป่วยมีแผลกดทับ รอยแดง grade 1 ในระยะ 3 วันแรก และไม่มีแผลกดทับเกิดขึ้นในระยะต่อมา

ระยะที่ 3 ระยะจำหน่าย และการวางแผนจำหน่าย

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 7 ผู้ป่วยและญาติมีความรู้ไม่เพียงพอในการดูแลตนเองภายหลังจากกลับบ้าน

ข้อมูลสนับสนุน : ญาติถามพยาบาลว่าต้องเตรียมตัวอย่างไร เมื่อผู้ป่วยกลับไปอยู่บ้าน

วัตถุประสงค์ : เพื่อผู้ป่วยและญาติคลายความวิตกกังวล และสามารถกลับไปดูแลผู้ป่วยภายหลังจากกลับบ้านได้

เกณฑ์การประเมิน : ผู้ป่วยและญาติสามารถบอกวิธีการปฏิบัติตัวภายหลังจากกลับบ้านได้

กิจกรรมการพยาบาล

1. วางแผนจำหน่ายร่วมกับสหสาขาวิชาชีพ แพทย์ นักกายภาพบำบัด นักโภชนาการ และครอบครัว ในการเตรียมความพร้อมก่อนที่จะจำหน่ายผู้ป่วย กำหนดผู้ดูแลอย่างชัดเจน
2. สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและญาติอย่างเป็นกันเอง
3. อธิบายทำความเข้าใจเกี่ยวกับสถานะของโรค และทบทวนแผนการรักษาของแพทย์ การจัดเตรียมยาให้ผู้ป่วยทางสายยาง ประเมินความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับโรคที่เป็น และสังเกตอาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์
4. ให้ข้อมูลเกี่ยวกับความเสี่ยงที่มีโอกาสเกิดการและการแสดงภาวะแทรกซ้อน ตลอดจนคำแนะนำในการปฏิบัติตัวให้เหมาะสมกับโรค และสังเกตอาการผิดปกติ
5. ให้ความรู้เกี่ยวกับจัดสภาพแวดล้อมของห้องที่ผู้ป่วยไปอยู่ให้สะอาด มีแสงสว่างเพียงพอ และเรียบสงบ
6. ให้ความรู้ สอนสาธิต ในการดูแลกิจวัตรประจำวัน การอาบน้ำบนเตียง ล้างหน้า และแปรงฟัน การเปลี่ยนเสื้อผ้า การดูแลทำความสะอาดท่อทางเดินหายใจแบบท่อหลอดลมคอสแตนเลส การทำความสะอาดหลังขั้วถ่าย การดูดเสมหะ การพ่นยา การให้อาหารทางสายยาง และการล้างมือ
7. ประสานงานส่งผู้ดูแล ฝึกทำอาหารที่ให้ทางสายให้อาหาร กับนักโภชนาการ
8. ประสานงานส่งผู้ดูแลและผู้ป่วยไปแผนกเวชศาสตร์ฟื้นฟู ฝึกการออกกำลังกาย ป้องกันข้อติด และแผลกดทับ
9. การมาพบแพทย์ตามนัด และควรมาให้ตรงเวลา
10. แนะนำให้ผู้ป่วยรู้จักผู้ป่วยรายอื่น ที่เป็นโรคเดียวกัน ที่มีอาการดีขึ้นแล้ว เพื่อช่วยกันให้กำลังใจซึ่งกันและกัน

การประเมินผล

1. ญาติและผู้ดูแลตอบคำถามได้ถูกต้อง และมีความรู้ความมั่นใจ และความเข้าใจโรคมมากขึ้น
2. ผู้ป่วยมีสีหน้าแจ่มใสสดชื่น คลายวิตกกังวล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 8 มีโอกาสเกิดภาวะหลอดเลือดดำส่วนลึกอุดตันเนื่องจากถูกจำกัดการเคลื่อนไหว

ข้อมูลสนับสนุน

1. ขา 2 ข้างไม่สามารถเคลื่อนไหวได้
2. ถูกจำกัดการเคลื่อนไหวบนเตียงมากกว่า 72 ชั่วโมงภายหลังการบาดเจ็บ และแก้ไขภาวะข้อก

วัตถุประสงค์ : ไม่เกิดภาวะหลอดเลือดดำส่วนลึกอุดตัน

เกณฑ์การประเมิน

1. ผู้ป่วยไม่มีมีอาการขาบวมตึง แดง ร้อน
2. ผู้ป่วยไม่มีอาการปวดน่อง ขา หรือเป็นตะคริว
3. ไม่มีอาการกดเจ็บบริเวณน่องหรือขาหนีบ

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะหลอดเลือดดำส่วนลึกอุดตัน ได้แก่ ขาบวมข้างเดียว (unilateral leg swelling) ปวดที่ขาข้างเดียว Homan's sign แสดงผลบวก ผิวหนังแดงและอุณหภูมิที่ผิวหนังสูงขึ้น สังเกตเห็นหลอดเลือดดำที่อยู่ในชั้นใต้ผิวหนังได้ชัดขึ้น
2. วัดเส้นรอบวงต้นขาและน่อง ทุกวัน วันละ 1 ครั้ง ถ้าพบว่าขาบวมข้างเดียว ≥ 2 เซนติเมตร รายงานให้แพทย์ทราบเพื่อพิจารณาทำ Duplex ultrasound

3. กระตุ้นดื่มน้ำมากกว่า 2,000 มิลลิลิตรต่อวัน หากไม่มีข้อจำกัดเพื่อเพิ่มการไหลเวียนโลหิต
4. กรณีไม่มีข้อห้ามต่อการขยับข้อ กระตุ้นให้ผู้ป่วยออกกำลังกายชนิดคงพิสัยข้อแบบทำด้วยตนเอง (active range of motion) หรือให้ผู้อื่นช่วยบางส่วน (active assistive ROM) โดยใช้ท่ากระดกข้อเข่าขึ้นลง (ankle pump) การหมุน ข้อเท้า (ankle cycle) และเลื่อนเท้าขึ้นลงบนเตียง (ankle slide) อย่างน้อยท่าละ 15 ครั้ง 2 รอบ ต่อวัน กรณีผู้ป่วยสามารถลุกขึ้นยืนเดินเองได้ ควรแนะนำให้ลุกออกจากเตียง แล้วเริ่มยืนเดินให้เร็วที่สุด
5. ดูแลใส่ Intermittent pneumatic compression device (IPC หรือ PCD) ให้ผู้ป่วยตามแผนการรักษา เพื่อส่งเสริมการไหลเวียนเลือดกลับ

การประเมินผล

ผู้ป่วยไม่มีอาการปวด บวมตึง หรือกดเจ็บบริเวณน่องหรือขาหนีบ ได้รับการรักษาและฝึกออกกำลังกายจากนักกายภาพบำบัด และสอนสาธิตญาติทำให้ผู้ป่วยและญาติ

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 9 มีโอกาสเกิดภาวะท้องผูกเนื่องจากลำไส้ใหญ่เคลื่อนไหวได้น้อย

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บไขสันหลังระดับคอที่ 3-6 ทำให้ประสาทไขสันหลังที่ควบคุมการขับถ่าย ถูกทำลาย ไม่สามารถถ่ายอุจจาระเองได้
2. พบอาการและอาการแสดงของภาวะท้องผูก ได้แก่ อุจจาระมีลักษณะแข็ง ถ่ายอุจจาระ ลำบากหรือไม่ถ่ายอุจจาระนาน 3 วัน
3. ขา 2 ข้างขยับไม่ได้ เคลื่อนไหวร่างกายได้น้อย
4. จดน้ำและอาหารในระยะเจ็บป่วย ทำให้ได้รับอาหารที่มีกากน้อยและได้รับน้ำไม่เพียงพอ

วัตถุประสงค์

ไม่เกิดภาวะท้องผูก

เกณฑ์การประเมิน

1. สามารถถ่ายอุจจาระได้เอง 1-2 ครั้ง ใน 3 วัน หรือตามแบบแผนการขับถ่ายเดิม
2. อุจจาระนิ่ม ลักษณะปกติ

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินการเคลื่อนไหวของลำไส้ สังเกตและบันทึกการขับถ่ายอุจจาระ อาการแสดงที่เกิดร่วมกับ เช่น อาการปวดศีรษะ คลื่นไส้ ท้องอืดและอ่อนเพลีย แบบแผนการขับถ่ายของผู้ป่วย เพื่อวางแผนสร้างโปรแกรมฝึกขับถ่ายอุจจาระกับผู้ป่วย และเลือกเวลาที่เหมาะสมในการฝึกขับถ่ายอุจจาระ
2. ประเมินอาการท้องผูก รายงานแพทย์ให้ Senna extract tab (Senokot) 7.5 mg. tab 2x1 feed ก่อนนอน และ Lactulose Syr.10 g / 15ml. 30 ml. feed ก่อนนอน
3. ให้ผู้ป่วยได้รับน้ำอย่างเพียงพอ วันละ 2,000 ถึง 3,000 มิลลิลิตร ถ้าไม่มีข้อจำกัด เพื่อให้อุจจาระอ่อนตัว
4. ดูแลการให้อาหารและน้ำทางสายยางตามแผนการรักษา

การประเมินผล

ขับถ่ายอุจจาระออกได้เอง ทุก 3-4 วัน อุจจาระมีลักษณะปกติ

บทสรุป

ผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บจากไขสันหลังระดับคอจะมีโอกาสเกิดภาวะข้อติดจากระบบประสาทไขสันหลังสูญเสียหน้าที่ ถือเป็นภาวะวิกฤติที่ต้องเฝ้าระวังอาการและให้การพยาบาลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด โดยมีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงและเมื่อผู้ป่วยเข้าสู่ระยะฟื้นฟูการพยาบาลจะเน้นการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากอวัยวะต่างๆไม่สามารถทำงานได้ เช่น การติดเชื้องูทางเดินหายใจจากภาวะไม่สามารถหายใจได้เอง การติดเชื้องูทางเดินปัสสาวะ ผลกดทับ ภาวะหลอดเลือดดำส่วนลึกอุดตัน ภาวะท้องผูก เป็นต้น นอกจากนี้การดูแลด้านจิตใจก็เป็นสิ่งสำคัญ ผู้ป่วยและญาติ มักมีความเครียดและวิตกกังวล

จึงต้องมีการให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคและแผนการรักษาเป็นระยะ ๆ รวมไปถึงการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโดยการให้ความรู้ ฝึกทักษะ แก่ญาติ จะสามารถช่วยเกิดความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านได้

สรุปกรณีศึกษา

ผู้ป่วยชายไทย อายุ 72 ปี เรียกร้องตัว การตอบสนองช้า แขน 2 ข้างยกได้แต่อ่อนแรง และขา 2 ข้างขยับไม่ได้ 2 ชั่วโมงก่อน มาโรงพยาบาล ประวัติปัจจุบัน 2 ชั่วโมงก่อน ผู้ป่วยขับรถจักรยานยนต์แตกหัก เรียกไม่รู้สีกตัว การตอบสนองช้า แขน 2 ข้างยกได้แต่ อ่อนแรง grade 3 ขา 2 ข้างไม่ขยับ grade 0 ญาตินำส่งโรงพยาบาล แพทย์วินิจฉัยเป็น Acute spinal injury with fracture C2-6 with incomplete cord C4-C6 compression ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ ใส่สายให้อาหาร ใส่สายสวนปัสสาวะ ยาและสารน้ำต่างๆ ในช่วง ระยะเวลาผู้ป่วยมีอาการและอาการแสดงของภาวะช็อกจากพยาธิสภาพของไขสันหลังบาดเจ็บ มีอาการชาขา 2 ข้าง ระบบการหายใจ ไม่มีประสิทธิภาพ พบปัญหาทางการพยาบาลที่สำคัญ ดังนี้ มีโอกาสเกิดอันตรายจากภาวะช็อกจากไขสันหลังเนื่องจากการบาดเจ็บไข สันหลังระดับคอ เสี่ยงต่อภาวะพร่องออกซิเจนเนื่องจากกล้ามเนื้อทรวงอกที่ช่วยในการหายใจและกล้ามเนื้อหน้าท้องที่ช่วยในการไออ่อน แรง เสี่ยงต่อการเกิดภาวะระบบประสาทไขสันหลังทำหน้าที่ลดลงเนื่องจากการกดทับไขสันหลังระดับคอ มีโอกาสเกิดการคั่งค้างของ ปัสสาวะเนื่องจากภาวะปัสสาวะหยุดทำงานจากการบาดเจ็บไขสันหลังระดับคอ เสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับเนื่องจากอวัยวะที่อยู่ต่ำกว่า ระดับที่ไขสันหลังได้รับบาดเจ็บเป็นอัมพาต มีโอกาสเกิดภาวะหลอดเลือดดำส่วนลึกอุดตันเนื่องจากถูกจำกัดการเคลื่อนไหวมี โอกาสเกิดภาวะท้องผูกเนื่องจากใส่ใหญ่สูญเสียหน้าที่จากการบาดเจ็บไขสันหลังระดับคอ หลังจากให้การพยาบาล พบว่าผู้ป่วยราย นี้สามารถหายใจได้เองใส่ท่อช่วยหายใจชนิดเหล็ก ใส่สายให้อาหารทางจมูก และใส่สายสวนปัสสาวะ พยาบาลได้สอน ให้ความรู้ การฝึก ทักษะการดูแลที่จำเป็นแก่ผู้ป่วยและญาติ สามารถดูแลตนเองได้เมื่ออยู่กับครอบครัว

วิจารณ์

จากกรณีศึกษา จะพบว่าผลกระทบที่เกิดขึ้นจากภาวะการบาดเจ็บไขสันหลังระดับคอ มีความรุนแรงทำให้อวัยวะ ต่างๆ สูญเสียหน้าที่ หรือสามารถทำให้เกิดภาวะวิกฤตต่อชีวิตของผู้ป่วยได้ พยาบาลเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการประเมิน สภาพผู้ป่วยและให้การพยาบาลอย่างรวดเร็ว ทันต่อเหตุการณ์ เพื่อรักษาชีวิตของผู้ป่วย รวมทั้งการพยาบาลในระยะฟื้นฟู สภาพจากการสูญเสียหน้าที่ของอวัยวะต่างๆ เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัว สามารถดูแลตนเอง และป้องกันภาวะแทรกซ้อน ที่ต่างๆ ที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วย

ข้อเสนอแนะ

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล พยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลัง จำเป็นต้องมีความรู้ ความชำนาญ ในการประเมินอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย โดยเฉพาะในช่วงการเกิดภาวะ neurogenic shock
2. ด้านหน่วยงาน ควรจัดทำคู่มือการดูแลผู้ป่วยมะเร็งบาดเจ็บไขสันหลัง
3. ด้านการวิจัย ควรทำการศึกษาวิจัยแนวทางหรือนวัตกรรม การป้องกันและแก้ไขการเกิดภาวะ neurogenic shock และ แผนการฟื้นฟูการทำงานของอวัยวะต่างๆ ที่สูญเสียไป

เอกสารอ้างอิง

1. ชำรง เลิศอุดมผลวณิช. คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี. [internet]. [cite 2023, Oct 24]. Available from: <https://med.mahidol.ac.th/files/textbook> > pdf.
2. จุฬามาศ คงกลาง, พัชรี บุตรแสนโคตร. การพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังระดับคอที่มีภาวะช็อกจากไขสันหลัง. วารสารพยาบาลสภาวิชาชีพไทย. 2565;15:55-72.
3. ธัญลักษณ์ จิตประเสริฐ, พิกุล พรพิบูลย์, จันทรฉาย โยธาใหญ่. การเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลัง: กรณีศึกษา. พยาบาลสาร มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. 2565;49:163-76.

4. มุกิตา จอจวรรณศิริ, วิทย์ วิเศษสินธุ์. การพยาบาลผู้ป่วยกระเพาะปัสสาวะพิการจากการบาดเจ็บไขสันหลังที่ได้รับการตรวจยูโรพลศาสตร์. วารสารพยาบาลรามาศิบัติ. 2562;25(3):270-9.
5. ทศมนภรณ์ วรวิทย์, วศิน รัตนะวิชัย. การพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บไขสันหลังโดยใช้การจัดการรายการถนัด. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ. 2563;13:78-85.
6. รัชชธรณ์ มณีรัตน์, พันยลัค ตันตลีปิกร เอิร์ด, นพพล ประโมทยกุล. ปัจจัยส่งเสริมและอุปสรรคต่อการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังในประเทศไทย เขตเมือง: การศึกษาเชิงคุณภาพ. Thai Journal of Physical Therapy. 2023; 45(1):25-41.
7. มนัสวี ให้สิริกุล. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลังเมื่อกลับไปพักฟื้นอยู่บ้าน. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศิริราชเกษ สุนิรินทร์ บุรีรัมย์. 2562;34(3):385-97.
8. พัชรี บุตรแสนโคตร, จุฑามาต คงกลาง. การพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยบาดเจ็บกระดูกสันหลังและไขสันหลังในระยะฟื้นฟู. ศรีนครินทร์เวชสาร. 2564;36(5):639-47.
9. พิมพ์ภา วงศ์เวชวศิน, รัชวรรณ สุขเสถียร. อัตราและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการประกอบอาชีพของผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลัง ณ โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา. วารสารกรมการแพทย์. 2566;48(2):86-93.

Postoperative palliative nursing care for patient with advanced metastatic colorectal cancer : A case study

Panitnun Namdokmai, M.N.S. (Gerontological Nursing)*

Abstract

Introduction : Colorectal cancer usually has no symptoms in the early stages of the disease. Symptoms will appear as the disease progresses. It is more common in the elderly, who may already have physical, mental, and social health challenges. Surgical interventions for colorectal cancer and the emotional impact of receiving distressing news can have both physical and psychological effects. Compassionate nursing care can help the patients to face the illness more effectively.

Objectives : To provide effective postoperative palliative nursing care for the patient with advanced metastatic colorectal cancer.

Case Study : A 67-year-old Thai man presented with fresh blood in the stool. He underwent the exploratory laparotomy, the cancer was found in the upper rectum and the end of transverse colon and the operation Total Colectomy was performed. On the fifth day after surgery, the patient had severe sepsis and respiratory failure, he received the critical care in the intensive care unit for 10 days until symptoms improved. A high-flow nasal cannula (HFNC) could be changed to regular nasal cannula, therefore the patient was transferred to a surgical special care unit. At the ward, the patient was fatigued. A percutaneous drain was placed under the right costal margin with the content of 20 cc and a Jackson Pratt drain was placed on the left side of the abdomen with the pale red content. Body temperature was 37.8 Celsius and Respiratory rate was 22-24 times/minute. The oxygen was administered through nasal cannula 3 liters/minute, the arterial blood oxygen level was 98%. He had symptoms of insomnia, disorientation to date, time and place. The biopsy results revealed advanced colorectal cancer with lymph nodes and liver metastasis. He was planned to receive palliative treatment and adjuvant chemotherapy to relieve the symptoms. An important nursing problems were that the patient was at risk of deteriorating in his condition, risk of oxygen depletion, risk of repeated sepsis, acute confusion, uncomfortable from postoperative pain and the drainage tube, risk of malnutrition, patient and relatives unaccepted to the bad news and risk of facing problems in the family due to lack of knowledge about the palliative care. A discharge plan was developed in the form of D-METHOD-P. Nurses at the surgical special care unit provided nursing care and observe sign of complications. The patient was safe without recurrent sepsis and hypoxia. Acute confusion could be identified early and managed appropriately. Nurses relieved disturbing symptoms to keep the patient comfortable, including preparing patient and families together with the palliative care team, helped the patient and families to understand the disease progression and prognosis and helped the patient and families to accept the palliative care and adjuvant chemotherapy treatment to relieve symptoms. The total stay at the surgical special care unit was 7 days.

Conclusions : This case was the patient presented to the hospital with suspected colorectal cancer, post operatively found that the cancer spreaded to lymph nodes and the liver. The prognosis is poor, the survival rate is about 1 year. Nurses play an important role in postoperative physical recovery so that the patient can perform daily activities on his own, and also provide mental and spiritual care to the patient and relatives to accept the progression of the disease and accept palliative treatment to relieve the symptoms. Nurses must have the knowledge and skills to provide palliative care so that patients can live their final days with quality.

Keywords : Colorectal cancer surgery, Palliative care.

*Registered nurse, Kamphaeng Phet Hospital

การพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่ระยะลุกลาม แบบประคับประคอง : กรณีศึกษา

พินิตนันท์ น้ำดอกไม้, พย.ม. (การพยาบาลผู้สูงอายุ)*

บทคัดย่อ

บทนำ : มะเร็งลำไส้ใหญ่มักจะไม่มีอาการในระยะเริ่มแรกของโรค จะมีอาการเมื่อโรคลุกลามมากขึ้นจนถึงระยะสุดท้าย ผู้สูงอายุเป็นกลุ่มที่พบได้มากกว่ากลุ่มอื่นและเป็นวัยที่มีเสื่อมถอยทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจและสังคม เมื่อต้องเข้ารับการผ่าตัด การเผชิญกับรับฟังข่าวร้าย ส่งผลกระทบต่อทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม การให้การพยาบาลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญกับการเจ็บป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์ : เพื่อให้การพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่ระยะลุกลามแบบประคับประคองได้อย่างมีประสิทธิภาพ

กรณีศึกษา : ชายไทย อายุ 67 ปี มาด้วยถ่ายอุจจาระมีเลือดสดปน แพทย์ทำผ่าตัดเปิดหน้าท้องพบก้อนที่ลำไส้ตรงส่วนบน และลำไส้ใหญ่ส่วนขวางช่วงปลาย ได้รับการผ่าตัดตัดลำไส้ใหญ่ออกทั้งหมด หลังผ่าตัดวันที่ 5 เกิดภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงและระบบหายใจล้มเหลว ได้รับการดูแลรักษาภาวะวิกฤตในห้องผู้ป่วยหนักนาน 10 วัน จนอาการดีขึ้น สามารถเปลี่ยนจากการให้ออกซิเจนแบบอัตรการไหลสูงผ่านจมูกเป็นให้ออกซิเจนทางจมูกได้ จึงย้ายมาหอผู้ป่วยพิเศษศัลยกรรม ขณะรับไว้ในความดูแลผู้ป่วยมีอาการอ่อนเพลีย ช่วยเหลือตัวเองได้บนเตียง คาสายระบายทางผิวหนังไว้ที่ใต้ชายโครงขวามีหนองออก 20 ซีซี คาสายระบาย Jackson Pratt drain หน้าท้องด้านซ้าย สารคัดหลั่งเป็นเลือดสีแดงจาง อุณหภูมิร่างกาย 37.8 องศาเซลเซียส หายใจเหนื่อยเมื่อออกแรง อัตรการหายใจ 22-24 ครั้ง/นาที ให้ออกซิเจนทางจมูก 3 ลิตร/นาที ระดับออกซิเจนในเลือดแดง 98% มีอาการนอนไม่หลับ สับสน วันเวลาและสถานที่ ผลชิ้นเนื้อพบเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่ระยะลุกลามและแพร่กระจายไปต่อมน้ำเหลืองและตับ แพทย์วางแผนให้การรักษาระดับประคับประคอง และให้ยาเคมีบำบัดเพื่อบรรเทาอาการ ปัญหาทางการพยาบาลที่สำคัญ คือ ผู้ป่วยเสี่ยงต่อภาวะทรุดลงเสี่ยงต่อภาวะพร่องออกซิเจน ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการติดเชื้อในกระแสเลือดซ้ำ มีภาวะสับสนเฉียบพลัน ไม่สุขสบายจากปวดแผลผ่าตัดและคาสายระบายเพื่อการรักษาเสี่ยงต่อการเกิดภาวะขาดสารอาหาร ผู้ป่วยและญาติเสี่ยงต่อไม่ยอมรับความจริง ตกใจ วิตกกังวล หลังรับแจ้งข่าวร้ายเสี่ยงต่อการเผชิญปัญหาในครอบครัวเนื่องจากขาดความรู้เกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคอง และเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่ายผู้ป่วยในรูปแบบของ D-METHOD-P พยาบาลในหอผู้ป่วยพิเศษศัลยกรรมได้ให้การดูแลและเฝ้าระวังอันตรายจากภาวะแทรกซ้อน จนผู้ป่วยปลอดภัย ไม่เกิดการติดเชื้อในกระแสเลือดซ้ำและไม่มีภาวะพร่องออกซิเจน สามารถค้นหาภาวะสับสนเฉียบพลันได้ตั้งแต่เริ่มต้นและจัดการได้อย่างเหมาะสม ดูแลบรรเทาอาการรบกวนให้ผู้ป่วยสุขสบาย รวมถึงมีเตรียมความพร้อมผู้ป่วยและครอบครัวร่วมกับทีมดูแลแบบประคับประคอง ช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวเข้าใจตัวโรค การพยากรณ์โรค และช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวตัดสินใจเลือกการรักษาได้ตามความต้องการ พร้อมรับการดูแลแบบประคับประคองและให้ยาเคมีบำบัดเพื่อบรรเทาอาการรวมรับผู้ป่วยไว้ในความดูแลเป็นเวลา 7 วัน

สรุปผลกรณีศึกษา : ผู้ป่วยที่มาโรงพยาบาลด้วยสงสัยมะเร็งลำไส้ใหญ่ หลังผ่าตัดพบว่ามะเร็งลำไส้ใหญ่ลุกลามแพร่กระจายไปต่อมน้ำเหลืองและตับ การพยากรณ์โรคไม่ดี ผู้ป่วยอาจมีชีวิตได้ประมาณ 1 ปี พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการฟื้นฟูสภาพร่างกายหลังผ่าตัดให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองได้ ดูแลด้านจิตใจและจิตวิญญาณให้ผู้ป่วยและญาติยอมรับการดำเนินของโรคและรับการรักษาแบบประคับประคองเพื่อบรรเทาอาการ พยาบาลจะต้องมีความรู้และทักษะการดูแลแบบประคับประคองเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถใช้ชีวิตช่วงสุดท้ายอย่างมีคุณภาพ

คำสำคัญ : การผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่ การดูแลแบบประคับประคอง

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลกำแพงเพชร

บทนำ

มะเร็งลำไส้ใหญ่เป็นสาเหตุของการเสียชีวิตที่สำคัญของประชากรทั่วโลก จากสถิติทะเบียนมะเร็งระดับโรงพยาบาลของประเทศไทย ปี 2564 พบมะเร็งลำไส้ใหญ่มากอันดับ 2 มะเร็งลำไส้ใหญ่ แบ่งออกเป็น 4 ระยะ ระยะที่ 1 เซลล์มะเร็งยังอยู่ในเยื่อลำไส้ ระยะที่ 2 เซลล์มะเร็งทะลุเข้ามาในชั้นกล้ามเนื้อของลำไส้เยื่อหุ้มลำไส้ ระยะที่ 3 เซลล์มะเร็งลุกลามเข้าต่อมน้ำเหลืองข้างเคียง ระยะที่ 4 เซลล์มะเร็งลุกลามเข้าต่อมน้ำเหลืองที่อยู่ไกลออกไป หรือลุกลามตามกระแสโลหิตไปยังอวัยวะที่อยู่ไกลออกไป เช่น ตับ ปอด เป็นต้น ซึ่งระยะของโรคที่พบส่วนใหญ่อยู่ในระยะที่ 3 ร้อยละ 26.6 และระยะที่ 4 ร้อยละ 46.1 ตามลำดับ¹ การรักษาแบ่งออกเป็น 2 แบบ คือ การรักษาแบบจำเพาะเพื่อให้หายขาดจากโรค และการรักษาแบบประคับประคองเป็นวิธีการดูแลผู้ป่วยที่มุ่งเน้นในการบรรเทาความเจ็บปวดและการทุกข์ทรมาน โดยอาจใช้ควบคู่กับวิธีการรักษาอื่นที่เหมาะสมไปด้วย เพื่อให้ผู้ป่วยมีอากาที่ดีขึ้น มีคุณภาพชีวิตที่ดี ในระหว่างการรักษาและให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้จากไปอย่างสงบ รวมถึงให้ครอบครัวได้เตรียมความพร้อมทางด้านจิตใจ และการใช้ชีวิตหลังผู้ป่วยเสียชีวิตไปแล้ว^{2,3}

วิธีการรักษามะเร็งลำไส้ใหญ่ในปัจจุบันมี 3 วิธี คือ การผ่าตัด รังสีรักษา และเคมีบำบัด การจะเลือกใช้วิธีใดขึ้นอยู่กับระยะการเป็นโรค การกระจายของโรค และสภาพของผู้ป่วย⁴ โดยการรักษาลักษณะของมะเร็งลำไส้ใหญ่คือ การผ่าตัดเอาลำไส้ส่วนที่เป็นโรคออกไป เพื่อขจัดมะเร็งออกจากร่างกายให้ได้มากที่สุด โดยในระยะที่มีการลุกลามจะมีการให้ยาเคมีบำบัดเป็นการรักษาเสริม และมีการฉายรังสีร่วมด้วยในบางราย การรักษาต่างๆ เหล่านี้ส่งผลกระทบทั้งร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยสูงอายุเป็นอย่างมาก เนื่องจากเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงทางด้านสรีรวิทยาในทางที่เสื่อมถอยลงและพลังงานสำรองของร่างกายลดลง อาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ปอดแฟบ แผลผ่าตัดติดเชื้อ ลำไส้อุดตัน รอยต่อลำไส้รั่ว⁵ ส่งผลให้ระยะเวลาในการรักษาตัวในโรงพยาบาลนานขึ้น ซึ่งอาจทำให้ผู้ป่วยสูงอายุมีภาวะสับสนเฉียบพลันตามมาได้ เมื่อเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันจะส่งผลกระทบต่ออัตราการเจ็บป่วย และอัตราการตายเพิ่มขึ้น⁶

ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ระยะลุกลาม การรักษาเป็นแบบประคับประคอง รักษาไม่หายขาด การให้ยาเคมีบำบัดเสริมเพียงเพื่อบรรเทาอาการเท่านั้น (Palliative Chemotherapy) การใช้เคมีบำบัดควบคุมยับยั้งมะเร็งที่กระจายไปอวัยวะอื่นๆ มีจุดประสงค์สำคัญเพื่อให้ผู้ป่วยมีชีวิตรอดยาว และมีคุณภาพชีวิตดีกว่าการไม่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด⁴ การดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยสูงอายุ การดูแลต้องให้ผู้ป่วยปฏิบัติกิจวัตรต่างๆ ด้วยตนเอง ตามกำลังความสามารถที่มีอยู่ และให้สมาชิกครอบครัวมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือดูแล พยาบาลต้องมีความรู้เกี่ยวกับทฤษฎีความเสื่อมถอยของผู้สูงอายุ มีการพูดคุยกับผู้ป่วยเป็นระยะให้เปรียบเทียบญาติผู้ใหญ่ของพยาบาล⁷ การพยาบาลแบบประคับประคองในโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ใช้หลักการดูแลแบบองค์รวม มีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัว สามารถเผชิญกับความเครียดและปรับตัวกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น อีกทั้งช่วยบรรเทาอาการและความทุกข์ทรมานจากอาการทางกาย ตอบสนองทางด้านจิตใจ และจิตวิญญาณ ให้สามารถใช้ชีวิตช่วงสุดท้ายอย่างมีคุณภาพตามมุมมองและบริบทของผู้ป่วยและครอบครัว การให้คำแนะนำ การทำความเข้าใจ และการให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมตัดสินใจในแนวทางการรักษา ตลอดจนการดูแลสภาพจิตใจของญาติภายหลังจากที่ผู้ป่วยเสียชีวิตไปแล้ว⁸

จากข้อมูลศูนย์มะเร็งของโรงพยาบาลกำแพงเพชร ปี 2563, 2564, 2565 พบผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่รายใหม่จำนวน 80, 100, 83 ราย และได้รับการผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่ จำนวน 50, 61, 55 ราย คิดเป็นร้อยละ 62.5, 61.0 และ 66.3 ตามลำดับ⁹ มะเร็งลำไส้ใหญ่ส่วนใหญ่มักพบในผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นวัยที่มีความเปราะบาง การผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนมากกว่าวัยอื่นๆ นอกจากนี้การวินิจฉัยระยะของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่จะผลขึ้นเนื่องจากการผ่าตัดและเมื่อทราบระยะของโรค หลังผ่าตัด 4-6 สัปดาห์ จะเริ่มรักษาด้วยยาเคมีบำบัดเพื่อบรรเทาอาการ¹ ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยสูงอายุทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม ทัศนศึกษา ที่มีวัตถุประสงค์เพื่อให้การพยาบาลผู้ป่วยหลังผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่ระยะลุกลาม โดยนำการดูแลแบบประคับประคองมาใช้ในกระบวนการพยาบาลเพื่อดูแลผู้ป่วยและญาติได้รับการดูแลทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ และใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่ระยะลุกลามแบบประคับประคองต่อไป

กรณีศึกษา

ผู้ป่วยชาย อายุ 67 ปี รูปร่างผอม สถานภาพสมรส คู่ สัญชาติ ไทย ศาสนา พุทธ ประกอบอาชีพธุรกิจส่วนตัว อาศัยอยู่กับภรรยา

อาการสำคัญ

1 วัน ก่อนมาโรงพยาบาล มีถ่ายเป็นเลือดสด มีลิ่มเลือด 2 ครั้ง จึงมาพบแพทย์ก่อนนัด

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน

1 เดือนก่อนมาโรงพยาบาล ผู้ป่วยถ่ายอุจจาระมีเลือดสดปน ท้องผูกสลับท้องเสีย มีน้ำหนักลด 3 กิโลกรัม มาตรวจที่โรงพยาบาล แพทย์สงสัยเนื้องอกในลำไส้ใหญ่ 2 สัปดาห์ถัดมา แพทย์ส่องกล้องทางทวารหนัก นัดฟังผลชิ้นเนื้อในอีก 1 สัปดาห์

1 วัน ก่อนมาโรงพยาบาล มีถ่ายเป็นเลือดสด มีลิ่มเลือด 2 ครั้ง จึงมาพบแพทย์ก่อนนัด

ผู้ป่วยรับใหม่ที่หอผู้ป่วยสามัญศัลยกรรม รู้สึกตัวดี มีถ่ายอุจจาระมีเลือดสดปน 1 ครั้ง ปวดหน่วงทวารหนัก Hematocrit 32 % แพทย์ set OR for Exploratory laparotomy total colectomy หลังผ่าตัดผู้ป่วยย้ายไปห้องผู้ป่วยหนักเพื่อเฝ้าระวังอาการใกล้ซิติ ผู้ป่วย on ET tube with ventilator setting PCV mode มีแผลผ่าตัดหน้าท้อง on Jackson Pratt drain content เป็นเลือดจางๆ ใส่เครื่องช่วยหายใจครบ 24 ชั่วโมง เปลี่ยนเป็น on mask with bag 10 ลิตร/นาที หลังผ่าตัดวันที่ 3 ทดลองเปลี่ยนเป็นให้ออกซิเจนทางจมูก 3 ลิตร/นาที อัตราการหายใจ 24 ครั้ง/นาที ระดับออกซิเจนในเลือดแดงอยู่ระหว่าง 96-98 % ย้ายออกหอผู้ป่วยสามัญศัลยกรรม หลังผ่าตัดวันที่ 4 ผู้ป่วยรู้สึกตัวดีให้ออกซิเจนทางจมูก 3 ลิตร/นาที เริ่มมีไข้ อุณหภูมิ 38.1 องศาเซลเซียส หลังผ่าตัดวันที่ 5 ผู้ป่วยมีความดันโลหิตต่ำ 92/55 mmHg ชีพจร 104 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 28 ครั้ง/นาที ให้ออกซิเจนแบบอัตราการไหลสูงผ่านจมูก (HFNC) อัตราการไหล(flow rate) 40 ลิตร/นาที ความเข้มข้นของออกซิเจน (FiO2) 0.4 ย้ายผู้ป่วยเข้าห้องผู้ป่วยหนัก

ที่ห้องผู้ป่วยหนักหลังผ่าตัดวันที่ 6 ผู้ป่วย on HFNC เพิ่มอัตราการไหลเป็น 60 ลิตร/นาที ความเข้มข้นของออกซิเจน 0.4 ทุเลาเหนื่อย หายใจ 24 ครั้ง/นาที สีข้างข้างขวาแดง กดเจ็บ ส่งทำ CT whole abdomen พบมีการสะสมของของเหลวและลมจำนวนมากบริเวณพื้นที่ใต้ตับ แพทย์ set OR Ultrasound guide Percutaneous drainage (PCD) at side abdominal collection ได้หนอง 50 มิลลิลิตร หลังผ่าตัดวันที่ 7-8 สัญญาณชีพคงที่ สามารถปรับลดอัตราการไหลของ HFNCเหลือ 30 ลิตร/นาที ความเข้มข้นของออกซิเจน 0.4 ให้ระดับออกซิเจนในเลือดแดงมากกว่า 96 % หลังผ่าตัดวันที่ 9 เปลี่ยนเป็นให้ออกซิเจนทางหน้าอกชนิดมีถุง 10 ลิตร/นาที หลังผ่าตัดวันที่ 10 ทดลองเปลี่ยนเป็นให้ออกซิเจนทางจมูก 3 ลิตร/นาที อัตราการหายใจ 24 ครั้ง/นาที ระดับออกซิเจนในเลือดแดงอยู่ระหว่าง 96-98 % ย้ายเข้าหอผู้ป่วยพิเศษศัลยกรรม

การวินิจฉัยโรค : CA colon stage 4 with Liver metastasis

การผ่าตัด : Exploratory laparotomy total colectomy

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต

โรคความดันโลหิตสูง 10 ปี โรคเบาหวาน 3 ปี ไชมันในเลือดสูง 3 ปี รับการรักษาที่โรงพยาบาลกำแพงเพชร

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่สำคัญ

Hematocrit (Hct) ค่าปกติค่าปกติ 42-52 % ค่าที่ตรวจพบ 23 พฤศจิกายน 2565 = 31.9 % 27 พฤศจิกายน 2565 = 33.1%

ผลการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์

CT whole abdomen วันที่ 18 พฤศจิกายน 2565 : A large fluid collection with gas at from subhepatic space and to right lower abdominal cavity, measured about 22.5x 6.7x 22.0 cm. Hypoenhancing lesion in hepatic segment 2 and newly seen two ill-defined hypoenhancing lesions in hepatic segment 3 and 8.

ผลการตรวจพยาธิวิทยา

ผลตรวจชิ้นเนื้อจากการส่องกล้องทางทวารหนัก Colon, hepatic flexure, polypectomy; Sigmoid colon, biopsy adenocarcinoma, moderately differentiated

ผลตรวจชิ้นเนื้อจากการผ่าตัด พบ Adenocarcinoma moderately differentiated at transverse colon tumor invaded into serosa , Metastatic pericolic ,perirectal lymph nodes.

การประเมินสภาพร่างกายตามระบบ

รูปร่างทั่วไป :	ผู้ชาย วัยสูงอายุ รูปร่างผอม น้ำหนัก 53 กิโลกรัม ส่วนสูง 172 เซนติเมตร BMI = 17.96 กิโลกรัมต่อตารางเมตร (kg/m ²)
สัญญาณชีพ :	อุณหภูมิ 37.8 องศาเซลเซียส ความดันโลหิต 115/70 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 86 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 24 ครั้ง/นาที
ผิวหนัง :	ผิวสองสี ไม่มีจ้ำเลือด มีแผลผ่าตัดที่หน้าท้อง แผลไม่ซึม
ศีรษะและหน้า :	ศีรษะรูปทรงปกติ ผมสีดำปนสีขาว ตา 2 ข้าง สมมาตรกัน เยื่อบุตาซีดเล็กน้อย การมองเห็นปกติ ใบหู จมูก ปาก ลักษณะภายนอกปกติ
ทรวงอกและทางเดินหายใจ :	รูปร่างทรวงอกปกติ สมมาตร หายใจเหนื่อยเล็กน้อย อัตราการหายใจ 24 ครั้ง/นาที
หัวใจและหลอดเลือด :	การเต้นของหัวใจปกติ สม่ำเสมอ อัตราการเต้นของหัวใจ 86 ครั้ง/นาที ไม่มีเส้นเลือดที่คอโป่งพอง
ช่องท้องและทางเดินอาหาร :	รูปร่างปกติ กดไม่เจ็บ ตับ ม้ามไม่โต เสียงลำไส้ปกติ 3-5 ครั้ง/นาที
ระบบทางเดินปัสสาวะ :	ใส่สายสวนปัสสาวะคาไว้ ปัสสาวะสีเหลือง ไม่มีตะกอน อวัยวะเพศปกติ
ระบบประสาท :	รู้สึกตัวดี ตามตอบรู้เรื่อง E4M6V5 GCS = 15 คะแนน
ระบบกล้ามเนื้อและกระดูก :	โครงสร้างร่างกายปกติแขนขา กำลังปกติ
สภาพจิตใจ :	ผู้ป่วยวิตกกังวล

สรุปการดำเนินโรคขณะรับไว้ในความดูแล

หลังผ่าตัดวันที่ 11 รับย้ายผู้ป่วยจากห้องผู้ป่วยหนัก ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี อ่อนเพลีย ช่วยเหลือตัวเองได้บนเตียง ประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน (Barthel ADL Index) 11 คะแนน มีแผลผ่าตัดหน้าท้องปิดก๊อชไว้แผลไม่ซึม เจ็บแผลผ่าตัดปานกลาง คาสายระบายทางผิวหนังไว้ที่ใต้ชายโครงขวาต่อลงถุง (on Rt PCD bag) มีหนองออก 20 ซีซี และคาสายระบาย Jackson Pratt drain หน้าท้องด้านซ้าย (on Lt Jackson Pratt drain) สารคัดหลั่ง (content) เป็นเลือดสีแดงจาง มีไข้ อุณหภูมิ 37.8 องศาเซลเซียส ให้ออกซิเจนทางจมูก 3 ลิตร/นาที หายใจเหนื่อยหอบเล็กน้อย อัตราการหายใจ 22-24 ครั้ง/นาที ระดับออกซิเจนในเลือดแดง 98% on 0.9% NSS 1000 cc iv 60 cc/hr. คาสายสวนปัสสาวะไว้ ปัสสาวะใสเหลือง ถ่ายอุจจาระเหลว 2-3 ครั้ง/วัน โรคประจำตัวเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ระดับน้ำตาลในเลือด 134 mg% ความดันโลหิต 125/75 mmHg

หลังผ่าตัดวันที่ 12 ผู้ป่วยและญาติสอบถามผลชิ้นเนื้อ มีสีหน้าวิตกกังวล รายงานผลชิ้นเนื้อจากการผ่าตัดลุกลามไปที่ชั้น serosa และต่อมน้ำเหลือง และจากผล CT whole abdomen มีลุกลามไปที่ตับ แพทย์วินิจฉัย CA colon with Liver metastasis ทีมแพทย์และพยาบาลผู้ดูแลมีความเห็นตรงกันว่า ผู้ป่วยควรได้รับการรักษาแบบประคับประคอง จึงนัดผู้ป่วยและญาติเพื่อให้ข้อมูลทางสุขภาพของผู้ป่วยว่าอยู่ในระยะสุดท้าย โดยแจ้งผลระยะของโรค ผู้ป่วยเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่ระยะที่ 4 ลุกลามแพร่กระจายไปที่ต่อมน้ำเหลืองและตับ พยากรณ์โรคไม่ดี ผู้ป่วยอาจมีชีวิตอยู่ได้ประมาณ 1 ปี แผนการรักษาแบบประคับประคอง และให้ยาเคมีบำบัดเพื่อบรรเทาอาการผู้ป่วยและญาติยอมรับการดำเนินโรคของผู้ป่วย

หลังผ่าตัดวันที่ 13 ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ค่าคะแนน PPS (Palliative Performance scale) เท่ากับร้อยละ 70 ผู้ป่วยอยู่ในระยะคงที่ ประสานงานกับทีมดูแลแบบประคับประคอง ทำ Family meeting และ Advance care plan เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัววางแผนการดูแลร่วมกัน และให้ผู้ป่วยทำในสิ่งที่ต้องการทำหรือสิ่งค้างคา อธิบายการรักษารักษาบรรเทาอาการด้วยยาเคมีบำบัด ส่งนัดคลินิกมะเร็ง ให้ยาเคมีบำบัดสูตร CAPOX+Beva cycle 1 หลังผ่าตัด 4 สัปดาห์

หลังผ่าตัดวันที่ 14 ญาติบอกเมื่อคืนผู้ป่วยนอนไม่หลับ เข้านี้ถามตอบ มีสับสน วันเวลาและสถานที่ บุคคลในครอบครัว คะแนนแบบทดสอบสมรรถภาพสมองของไทย TMSE (Thai Mental State Examination) 20 คะแนน แพทย์ส่งตรวจเลือดทางห้องปฏิบัติการ CBC, Electrolyte ผลตรวจปกติ ผู้ป่วยไม่มีพลาตคตกหล่ม

หลังผ่าตัดวันที่ 15 ผู้ป่วยเริ่มพักผ่อนได้ ยังมีสับสน ผู้ป่วยหายใจไม่เหนื่อย หยุดให้ออกซิเจนทางจมูก ระดับออกซิเจนในเลือดแดง 99 % ผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองได้มากขึ้น รับประทานอาหารอ่อน ½ ถ้วย หยุดให้สารน้ำและนำสายสวนปัสสาวะออก

หลังผ่าตัดวันที่ 16 ผู้ป่วยเริ่มจำสถานที่ เวลา บุคคลในครอบครัวได้ สับสนลดลง Rt PCD ไม่มีหนองเพิ่ม และ on Lt Jackson Pratt drain ไม่มี content ออกเพิ่ม ไม่มีไข้ แพทย์ให้ off PCD & Jackson Pratt drain และ off staple ที่แผลผ่าตัด วางแผนจำหน่าย ประสานทีมดูแลแบบประคับประคอง ในการดูแลติดตามเยี่ยมผู้ป่วยประเมินและติดตามอาการต่างๆ ของ ESAS (Edmonton Symptom Assessment System) 9 อาการ พบว่า ผู้ป่วยมีอาการปวด 2 คะแนน อาการเหนื่อยอ่อนเพลีย 2 คะแนน อาการคลื่นไส้ 0 คะแนน อาการซึมเศร้า 0 คะแนน อาการวิตกกังวล 3 คะแนน อาการร่วงซึม 0 คะแนน อาการเบื่ออาหาร 2 คะแนน ความสบายดีทั้งกายและใจ 5 คะแนน และอาการเหนื่อยหอบ 0 คะแนน ส่งต่อข้อมูลให้ทีมดูแลแบบประคับประคอง

หลังผ่าตัดวันที่ 17 ผู้ป่วยรู้สึกตัวดีตามตอบรู้เรื่อง ไม่มีสับสน หายใจปกติ ถ่ายอุจจาระเหลวเริ่มมีเนื้อปนแพทย์จำหน่าย ผู้ป่วยกลับบ้าน นัดติดตามอาการของแพทย์ศัลยกรรม 1 เดือน พร้อม CBC, CEA, ALP, CXR ก่อนพบแพทย์และนัดให้ยา CAPOX+Beva cycle 1 ที่แผนกเคมีบำบัด

การวางแผนการพยาบาล

ปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อภาวะทรุดลง

ข้อมูลสนับสนุน

1. รับย้ายผู้ป่วยจากห้องผู้ป่วยหนัก เป็นผู้ป่วยสูงอายุมีโรคประจำตัวความดันโลหิตสูงและเบาหวาน
2. ผู้ป่วยหลังผ่าตัด Exploratory laparotomy total colectomy มีภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด
3. ผู้ป่วยหอบเหนื่อยเล็กน้อย อัตราการหายใจ 22-24 ครั้ง/นาที ให้ออกซิเจนทางจมูก 3 ลิตร/นาที

วัตถุประสงค์ทางการพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการเฝ้าระวังไม่มีภาวะทรุดลง

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยได้รับการเฝ้าระวังภาวะทรุดลง
2. ผู้ป่วยมีอาการและอาการแสดงดีขึ้น ไม่มีภาวะทรุดลง

กิจกรรมการพยาบาล

1. หลังจากรับส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยจากห้องผู้ป่วยหนัก บริหารจัดการห้องพิเศษโดยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอยู่ห้องพิเศษที่ห้องใกล้กับเคาน์เตอร์พยาบาล เพื่อเฝ้าระวังภาวะทรุดลง
2. อธิบายระเบียบปฏิบัติของห้องพิเศษ การเฝ้าระวังความเสี่ยงต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้น โดยเน้นให้มีญาติหรือผู้ดูแลอยู่ในห้องพิเศษกับผู้ป่วยตลอดเวลา พร้อมทั้งอธิบายให้ผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วมในการเฝ้าระวังอาการผิดปกติ
3. อธิบายการใช้สัญญาณเรียกฉุกเฉินและอินเตอร์คอมในการติดต่อสื่อสารกับพยาบาล
4. ตรวจสอบอาการผู้ป่วยทุก 2-4 ชั่วโมง อธิบายสิ่งที่ได้จากการตรวจเยี่ยมและการเฝ้าระวังอาการผิดปกติ
5. ดูแลให้การพยาบาลในเรื่องการรับประทานยาโรคประจำตัว การให้ออกซิเจนทางจมูก การฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด

ประเมินผล ผู้ป่วยมีอาการและอาการแสดงดีขึ้น ไม่มีภาวะทรุดลง

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อภาวะพร่องออกซิเจน

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยหายใจเหนื่อยหอบเล็กน้อยเมื่อออกแรง อัตราการหายใจ 22-24 ครั้ง/นาที
2. ผู้ป่วยให้ออกซิเจนทางจมูก 3 ลิตร/นาที ระดับออกซิเจนในเลือดแดงอยู่ระหว่าง 96-98 %

วัตถุประสงค์ทางการพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอไม่มีภาวะพร่องออกซิเจน

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยขณะออกแรงทำกิจกรรมหายใจไม่เหนื่อย ผู้ป่วยอัตราการหายใจ 16-20 ครั้ง/นาที ระดับออกซิเจนในเลือดแดงอยู่ระหว่าง 96-100 %
2. ผู้ป่วยสามารถหายใจโดยไม่ต้องให้ออกซิเจน ระดับออกซิเจนในเลือดแดงอยู่ระหว่าง 96-100 %

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินการหายใจ ลักษณะการหายใจ พังเสียงปอด ขณะผู้ป่วยพัก และขณะผู้ป่วยออกแรงทำกิจกรรม
 2. ประเมินความสามารถในการทำกิจกรรมที่ผู้ป่วยปฏิบัติโดยไม่มีอาการเหนื่อย ประเมินจากการสอบถามผู้ป่วย ลักษณะการหายใจ พังเสียงปอด ระดับออกซิเจนในเลือดแดง
 3. ดูแลให้ออกซิเจนทางจมูก 3 ลิตร/นาที ดูแลไม่ให้สายออกซิเจนดึงรั้ง หรือหักพับงอ ดูปริมาณน้ำกลั่นในกระป๋องทุกครั้งที่เราตรวจเยื่อมาการถ้าใกล้หมดเปลี่ยนกระป๋องออกซิเจนใบใหม่ วัดระดับออกซิเจนในเลือดแดงทุก 4 ชั่วโมง
 4. จัดทำนอนศีรษะสูง 45-60 องศาเพื่อให้ออกซิเจนไหลเวียนดีขึ้น เพิ่มพื้นที่ในการขยายตัวของปอด
 5. สอนและฝึกการหายใจ ให้ผู้ป่วยใช้มือข้างหนึ่งวางไว้ที่หน้าท้อง อีกข้างหนึ่งวางที่หน้าอก หลังจากนั้นหายใจเข้าทางจมูกให้รู้สึกถึงอากาศผ่านเข้าไปถึงภายในช่องท้อง ท้องจะป่องขึ้น ค่อยๆ หายใจออกทางจมูกอย่างช้า ๆ จนรู้สึกว่ ท้องค่อยแฟบ ทำซ้ำ 10 รอบ
 6. สอนและฝึกการเคลื่อนไหวทรงตัวด้วยตนเอง การบริหารทรงตัวด้านหน้า ให้ผู้ป่วยวางแขนข้างลำตัว ยกแขนขึ้นทั้งสองข้าง พร้อมกับหายใจเข้าทางจมูก แอนตัวไปทางด้านหลัง จากนั้นวางแขนลงข้างลำตัว พร้อมกับหายใจออกทางปาก ทำซ้ำ 10 ครั้ง
 7. แนะนำการฟื้นฟูสภาพร่างกายหลังผ่าตัด การทำกิจกรรมที่ผู้ป่วยไม่เหนื่อยการเคลื่อนไหวร่างกาย การลุกนั่ง การลุกเดิน
- การประเมินผล**

1. ผู้ป่วยสามารถลุกยืนข้างเตียง หายใจไม่เหนื่อย อัตราการหายใจ 16-20 ครั้ง/นาที ระดับออกซิเจนในเลือดแดงอยู่ระหว่าง 96-98%
2. ผู้ป่วยสามารถหายใจโดยไม่ใช้ออกซิเจนได้ 2 วันก่อนจำหน่าย

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 3 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการติดเชื้อในกระแสเลือดซ้ำ

ข้อมูลสนับสนุน

1. ที่หอผู้ป่วยสามัญศัลยกรรมและห้องผู้ป่วยหนักผู้ป่วยมีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง
2. ที่หอผู้ป่วยพิเศษศัลยกรรม ผู้ป่วย on Rt PCD content ยังเป็นหนอง อัตราการหายใจ 22-24 ครั้ง/นาที อุณหภูมิ 37.8 องศาเซลเซียส

วัตถุประสงค์ทางการพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยไม่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดซ้ำ

เกณฑ์การประเมินผล

1. สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ อุณหภูมิ 36-37.5 องศาเซลเซียส ชีพจร 60-100 ครั้ง/นาที การหายใจ 16-20 ครั้ง/นาที
2. ผู้ป่วย on Rt PCD content ไม่มีหนอง สามารถ off Rt PCD ได้

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินสภาพผู้ป่วย การรู้สึกตัว ตรวจวัดสัญญาณชีพ ระดับออกซิเจนในเลือดแดง ทุก 4 ชั่วโมง เพื่อเฝ้าระวัง ภาวะการติดเชื้อในกระแสเลือด
2. บันทึกปริมาณจำนวนน้ำที่ได้รับและขับออก ใน 8 ชั่วโมง เพื่อประเมินการทำงานของไต
3. ทำแผลผ่าตัดหน้าท้อง แผลที่สายระบาย PCD & Jackson Pratt drain ด้วยน้ำเกลือล้างแผล ปิดด้วยผ้าก๊อช
4. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยา Tazocin 4.5 กรัม ผสมใน 0.9% NSS 100 มิลลิลิตร หยดเข้าทางหลอดเลือดดำ ทุก 6 ชั่วโมง บริหารยาอย่างถูกต้อง ตรงเวลา ประเมินผลข้างเคียงของยา ได้แก่ ผื่น คันตามร่างกาย คลื่นไส้ อาเจียน
5. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับ 0.9 % NSS 1,000 cc v 60 cc/hr ตามแผนการรักษาของแพทย์
6. ให้การพยาบาลด้วยเทคนิคปลอดเชื้อ เช่น ล้างมือก่อนและหลังทำการพยาบาลทุกครั้ง
7. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับอาหารเหลวหรืออาหารอ่อนที่มีพลังงานและโปรตีนสูง ปริมาณพลังงาน 1,500-2,000 กิโลแคลอรีต่อวัน

การประเมินผล

1. ผู้ป่วยไม่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดซ้ำ สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ อุณหภูมิ 37 องศาเซลเซียส ชีพจร 80-90 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที
2. ผู้ป่วย on Rt PCD content ไม่มีหนอง สามารถ off Rt PCD ได้

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 4 ผู้ป่วยมีภาวะสับสนเฉียบพลัน

ข้อมูลสนับสนุน

1. จากการพูดคุยถามตอบกับผู้ป่วย ผู้ป่วยมีสับสน วันเวลาและสถานที่ บุคคลในครอบครัว
2. ผู้ป่วยสูงอายุ รักษาอยู่โรงพยาบาลนาน 13 วัน ย้ายหอผู้ป่วยหลายครั้ง
3. คะแนนแบบทดสอบสมรรถภาพสมองของไทย TMSE 20 คะแนน

วัตถุประสงค์ทางการพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยไม่มีภาวะสับสนเฉียบพลัน สามารถรับรู้และคิดอย่างมีเหตุมีผล

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยมีการรับรู้วัน เวลา สถานที่ บุคคลได้ถูกต้อง
2. คะแนนแบบทดสอบสมรรถภาพสมองของไทย TMSE มากกว่า 23 คะแนน

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมิน ค้นหาสาเหตุ หรือปัจจัยที่กระตุ้นให้เกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน ด้วยแบบประเมินปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน 7 ข้อคำถาม ได้แก่ การนอนไม่หลับ ภาวะไม่สมดุลของเกลือแร่ ภาวะติดเชื้อ ภาวะ Dehydration การจำกัดการเคลื่อนไหว อาการปวด และอัตราการหายใจ เพื่อลดหรือกำจัดสาเหตุออก
2. สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจ ไว้วางใจ สนับสนุนให้ผู้ป่วยรับรู้ข้อมูลและแนวทางการรักษาตามความเหมาะสม ให้อิสระในการคิดและตัดสินใจ
3. พูดคุยกับผู้ป่วยด้วยโทนเสียงที่นุ่มนวล ชัดเจน ใช้ภาษาที่ง่ายต่อการเข้าใจ สังเกตและระวังในเรื่องความรู้สึก และความกลัวของผู้ป่วย
4. ขณะเยี่ยมอาการผู้ป่วยทบทวนการรับรู้ วันเวลา สถานที่และบุคคลให้เป็นปัจจุบัน ทบทวนบทบาทของผู้ป่วย สนับสนุนให้ผู้ป่วยมีความคิดด้านบวก มองโลกในแง่ดี รับผิดชอบสิ่งรอบตัวตามความเป็นจริง
5. ดูแลจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อส่งเสริมการรับรู้ของผู้ป่วย โดยให้ผู้ป่วยมองเห็นนาฬิกาและปฏิทินได้ชัดเจน
6. ดูแลให้ผู้ป่วยลดสิ่งกระตุ้น สิ่งเร้าและให้มีแสงสว่างเพียงพอ ดูแลความปลอดภัยยกไม้กั้นเตียงขึ้น

การประเมินผล

1. ผู้ป่วยมีการรับรู้วัน เวลา สถานที่ บุคคลได้ถูกต้อง
2. ผู้ป่วยได้รับการดูแล คะแนนแบบทดสอบสมรรถภาพสมองของไทย TMSE 25 คะแนน

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 5 ไม่สุขสบายจากปวดแผลผ่าตัดและคาสายระบายเพื่อการรักษา

ข้อมูลสนับสนุน

1. มีแผลผ่าตัด Exploratory laparotomy total colectomy และมีสายระบาย PCD & Jackson Pratt drain
2. ผู้ป่วยบอกปวดแผลผ่าตัดเวลาพลิกตัวและเจ็บบริเวณชายโครงขวาข้างที่ใส่สายระบายไว้
3. ผู้ป่วยมีสีหน้าไม่สุขสบาย ประเมินระดับความปวดได้ 5 คะแนน

วัตถุประสงค์ทางการพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยบรรเทาอาการปวดแผลผ่าตัดและภาวะไม่สุขสบายจากคาสายระบาย

เกณฑ์การประเมินผล

1. ระดับความปวดน้อยกว่าหรือเท่ากับ 3 คะแนน
2. ผู้ป่วยมีสีหน้าสุขสบาย สามารถพลิกตะแคงตัวและช่วยเหลือตัวเองได้

กิจกรรมการพยาบาล

1. สังเกต ชักถาม อาการไม่สุขสบายจากการคาสายระบาย ลักษณะอาการปวดแผลผ่าตัด กรณีผู้ป่วยมีอาการปวด ไม่สุขสบาย จะได้รับการประเมินด้วยเครื่องมือประเมินระดับความปวดแบบมาตรวัดตัวเลข (Numerical Rating Scale) หรือมาตรวัดแบบแสดงความรู้สึกทางสีหน้า (Faces Pain Scale) เมื่อมีอาการปวดหรือทุก 4 ชั่วโมง

2. อธิบายแบบประเมินความปวด แบ่งเป็น 3 ระดับ ระดับน้อย (1-3 คะแนน) ระดับปานกลาง (4-6 คะแนน) ระดับมาก (7-10 คะแนน) ของผู้ป่วยประเมิน 5 คะแนน อยู่ระดับปานกลาง อธิบายการจัดการอาการปวดทั้งแบบใช้ยาบรรเทาปวดและวิธีไม่ใช่ยา ให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตัดสินใจการเลือกวิธีจัดการอาการปวด

3. กรณีผู้ป่วยมีความปวดระดับมาก 7-10 คะแนน ดูแลให้ยาแก้ปวด MO 3 mg dilute iv พร้อมทั้งสังเกตอาการข้างเคียง ได้แก่ คลื่นไส้ อาเจียน แน่นหน้าอก

4. จัดท่านอน Fowler's position โดยหัวเตียงสูง 45-60 องศา และส่วนท้ายเตียงบริเวณเข่าสูง 15-20 องศา จะช่วยให้กล้ามเนื้อหน้าท้องมีการหย่อนตัว ลดอาการเจ็บตึงแผล

5. แนะนำการจัดการอาการปวดแบบไม่ใช่ยาด้วยการเบี่ยงเบนความสนใจ เช่น การหายใจเข้าช้าๆ เป็นจังหวะ การฟังเพลง การดูรูปภาพ การอ่านหนังสือ พูดคุยกับญาติ สอนวิธีการผ่อนคลายกล้ามเนื้อโดยการออกคำสั่งตนเอง การผ่อนคลายกล้ามเนื้อที่ละส่วนของร่างกาย

6. แนะนำวิธีการพลิกตะแคงตัวหรือเปลี่ยนอิริยาบถ โดยใช้มือทั้งสองข้างประคองบริเวณแผลผ่าตัด ขณะเคลื่อนย้ายหรือเปลี่ยนท่านอน ให้ทำด้วยความระมัดระวัง และดูแลไม่ให้สายระบายตึงรั้ง

7. ดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยในการทำกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ เพื่อให้ผู้ป่วยสุขสบายขึ้น

ประเมินผล

1. ผู้ป่วยไม่สุขสบายจากอาการปวดแผลผ่าตัดและคาสายระบายลดลง ระดับความปวด 1-2 คะแนน

2. ผู้ป่วยมีสีหน้าสุขสบาย สามารถพลิกตะแคงตัวและช่วยเหลือตัวเองได้ดีขึ้น

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 6 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะขาดสารอาหาร

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยบอกรับน้ำหนักลดลง 3 กิโลกรัม ภายใน 1 เดือน

2. ผู้ป่วยเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่ระยะลุกลาม ผ่าตัดตัดลำไส้ใหญ่ออกทั้งหมด ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้น้อย ถ่ายอุจจาระเหลวเนื่องจากไม่มีลำไส้ใหญ่ดูดซึมสารอาหารกลับ

3. ผู้ป่วยผอม อ่อนเพลีย หลังผ่าตัดน้ำหนักลดลงอีก 2 กิโลกรัม ค่า BMI ต่ำ 17.96

4. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ 23 พฤศจิกายน 2565 Hct 31.9% Serum albumin 3.1 g/dL

วัตถุประสงค์ทางการพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับสารอาหารที่เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้อย่างน้อย ½ ถ้วย/มื้อ

2. ผู้ป่วยมีน้ำหนักตัวไม่ลดลงจากเดิม

3. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ Hct เพิ่มขึ้น 2% Serum albumin มากกว่า 3.5 g/dL

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินสภาวะการขาดสารอาหาร น้ำหนักลด หรือต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ ตามอายุ ค่า BMI อาการอ่อนเพลีย ปากอ้ากเสม เป็นแผล เป็ลือกตาซีด ค่า Hct, serum albumin

2. ประเมินปัจจัยส่งเสริมการเกิดภาวะขาดสารอาหาร สังเกตจากปริมาณอาหาร คุณค่าสารอาหาร พลังงานที่ได้จากอาหาร ความสามารถในการเคี้ยวอาหาร การช่วยเหลือตนเองในการรับประทานอาหาร

3. ปรึกษานักโภชนาการเพื่อคำนวณสารอาหารที่เหมาะสมกับสภาพผู้ป่วย และกำหนดแผนในการให้อาหารในแต่ละมื้อและแต่ละวันโดยในผู้ป่วยรายนี้มีโปรตีนในเลือดต่ำ อาหารที่สมควรมีปริมาณโปรตีนสูงขึ้น

4. ส่งเสริมให้ร่างกายได้รับอาหารอย่างเพียงพอให้คำปรึกษาในการช่วยผู้ป่วยเลือกอาหารวิตามินและแร่ธาตุให้มีปริมาณคุณภาพ ตรงกับความต้องการ และความชอบของผู้ป่วย

5. ประเมินและติดตามน้ำหนักตัว ชั่งน้ำหนักสัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง และติดตามผลตรวจทางห้องปฏิบัติการค่า Hct และ Serum albumin

6. อธิบายให้ผู้ป่วยและครอบครัวเข้าใจ ผู้ป่วยได้รับการตัดลำไส้ใหญ่ออกทั้งหมด ไม่มีลำไส้ใหญ่ไว้ดูหน้า วิตามิน แร่ธาตุ น้ำตาลกลูโคสออกจากรากอาหาร ไม่มีที่รองรับกากอาหารที่ย่อยจากลำไส้เล็กมาเก็บ แนะนำเลือกรับประทานอาหารเหลว หรืออาหารอ่อนที่มีโปรตีนคุณภาพสูง พลังงานสูง เช่น ปลา ไข่ นม ควรเพิ่มจำนวนมื้อให้มากขึ้น

การประเมินผล

1. ผู้ป่วยรับประทานอาหารอ่อนได้มี้อละ ½ ถ้วย ไม่มีอาเจียน
2. ผู้ป่วยมีน้ำหนักตัว 53 กิโลกรัม เท่าเดิม
3. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการวันที่ 25 พฤศจิกายน 2565 Hct 33.1 % (เพิ่มขึ้น 2%)

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 7 ผู้ป่วยและญาติเสี่ยงต่อไม่ยอมรับความจริง ตกใจ วิตกกังวล หลังรับแจ้งข่าวร้าย

ข้อมูลสนับสนุน

1. แพทย์และทีมผู้ดูแลนัดผู้ป่วยและญาติแจ้งผลชันเนื้อ ระยะลุกลามของโรคและวางแผนการดูแล
2. ผู้ป่วยและญาติสับสนวิตกกังวล

วัตถุประสงค์ทางการพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติได้รับการดูแลด้านจิตใจหลังรับแจ้งข่าวร้าย

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยหรือญาติยอมรับการเจ็บป่วย ไม่มีภาวะตกใจ วิตกกังวล
2. ผู้ป่วยหรือญาติให้ความร่วมมือและร่วมตัดสินใจวางแผนการดูแล ไม่มีสับสนวิตกกังวล

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินความพร้อมของผู้ป่วยและญาติต่อการรับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคที่เป็นและอาการเปลี่ยนแปลงที่รุนแรงของผู้ป่วย จากการสอบถาม การสังเกตกริยาท่าทาง
2. จัดเตรียมสถานที่เป็นส่วนตัวขณะสนทนา ผู้ป่วยพักรักษาที่ห้องพิเศษมีความเป็นส่วนตัว จัดให้ผู้ป่วยและผู้เข้าร่วมสนทนาได้นั่งอย่างสบาย เพื่อให้รู้สึกผ่อนคลาย เจ็บสงบไม่มีเสียงรบกวน เช่น เสียงโทรทัศน์ เสียงโทรศัพท์
3. ตั้งใจฟัง เข้าใจและยอมรับอารมณ์ความรู้สึกของผู้ป่วยและญาติ ประเมินปฏิกิริยาตกใจ วิตกกังวลของผู้ป่วยและญาติขณะแพทย์แจ้งผลชันเนื้อและระยะลุกลามของโรค
4. สังเกตความรู้สึกของผู้ป่วยและญาติหลังได้รับแจ้งข่าวร้าย ถ้าผู้ป่วยหรือญาติตกใจร้องไห้ อยู่ใกล้ ๆ ไม่ทำให้ผู้ป่วยหรือญาติรู้สึกถูกทอดทิ้ง แสดงความเข้าใจ เห็นใจ อยู่กับผู้ป่วยหรือญาติจนรู้สึกดีขึ้น หรืออาจมีปฏิกริยาอื่น ได้แก่ ไม่เชื่อเรื่องที่แพทย์บอก วิตกกังวล รับรู้ความรู้สึกผู้ป่วยหรือญาตินำมาวางแผนช่วยเหลือ
5. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติสอบถามสิ่งที่สงสัย หรือร่วมตัดสินใจวางแผนการดูแลกับทีมผู้ดูแล

การประเมินผล

1. ผู้ป่วยและญาติแสดงอาการตกใจ วิตกกังวล เล็กน้อย แต่ยอมรับการดำเนินโรค ผู้ป่วยบอกแพทย์ได้แจ้งว่าสงสัยเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่
2. ผู้ป่วยและญาติให้ความร่วมมือและร่วมตัดสินใจวางแผนการดูแลกับทีมผู้ดูแล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 8 เสี่ยงต่อการเผชิญปัญหาในครอบครัวเนื่องจากขาดความรู้เกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคอง

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่ระยะลุกลามแพร่กระจายไปต่อมน้ำเหลืองและตับ พยากรณ์โรคไม่ดี ผู้ป่วยอาจมีชีวิตอยู่ได้ประมาณ 1 ปี
2. ครอบครัวของผู้ป่วยสอบถามการดูแลแบบประคับประคอง ความก้าวหน้าของโรคจะเป็นอย่างไร
3. ภรรยาและบุตรของผู้ป่วยมีสับสนวิตกกังวล

วัตถุประสงค์ทางการพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถเผชิญปัญหาปรับตัวเข้ากับภาวะของโรคได้

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยและครอบครัวเผชิญปัญหาเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองได้
2. ผู้ป่วยและครอบครัวปรับตัวเข้ากับภาวะของโรคได้ สิ้นหน้ไม่มี ความกังวล

กิจกรรมการพยาบาล

1. สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและครอบครัวเพื่อให้เกิดความไว้วางใจ อธิบายระยะของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ การพยากรณ์โรค แผนการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด รับฟังปัญหา เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้ซักถามข้อสงสัยต่างๆ ระบายความรู้สึก
2. อธิบายการดูแลแบบประคับประคองเป็นการดูแลที่มุ่งเน้นการเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว โดยลดความทุกข์ทรมานทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ การดูแลแบบประคับประคอง ผู้ป่วยยังคงได้รับการรักษาแบบมาตรฐาน แต่ในระยะท้ายที่สภาวะที่สภาพร่างกายไม่เหมาะสมกับการรักษาเดิม การดูแลแบบประคับประคอง จะมีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจตัวโรค และช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวตัดสินใจได้ดีขึ้น
3. ทำ Family meeting และ Advance care plan ร่วมกับทีมสหสาขา ผู้ป่วยและครอบครัว ซึ่งมีภรรยา บุตรชายและบุตรสาว เพื่อทำความเข้าใจเกี่ยวกับเป้าหมายหลักของการดูแลและแนวทางของการดูแลผู้ป่วยในอนาคต ค้นหาความต้องการด้านอื่นๆ ของผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้ทำในสิ่งที่ต้องการหรือสิ่งที่ค้างคา
4. ให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและครอบครัวในการตอบสนองความต้องการทางด้านร่างกาย เช่น ดูแลการรับประทานอาหาร และ น้ำ ดูแลความสะอาดของร่างกาย การขับถ่าย การพักผ่อนนอนหลับ การป้องกันอันตราย การช่วยเหลือให้ผู้ผู้ป่วยได้รับความสุขสบาย การจัดสภาพแวดล้อมให้เหมาะสม
5. ค้นหาสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจของผู้ป่วย สิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจของผู้ป่วยคือหลานสาว แนะนำญาติให้พาหลานสาวมาให้กำลังใจผู้ป่วย หรือให้ใช้การสื่อสารผ่านวิดีโอคอล ให้ได้พูดคุยกับหลาน
6. แนะนำจัดสิ่งแวดล้อมให้เย็นสบายและสงบ จัดหากิจกรรมที่ผู้ป่วยสนใจและชอบ เช่น ฟังเพลง ฟังธรรมะ การนั่งสมาธิบำบัด
7. อธิบายผู้ป่วยและครอบครัวในการประสานทีมดูแลแบบประคับประคอง เพื่อดูแลติดตามเยี่ยมอาการต่างๆ ของผู้ป่วย 9 อาการ ได้แก่ อาการปวด อาการเหนื่อยอ่อนเพลีย อาการคลื่นไส้ อาการซีดหรืออาการวิตกกังวล อาการร่งวงซีม อาการเบื่ออาหาร ความสบายดีทั้งกายและใจ และอาการเหนื่อยหอบ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลมีความสุขสบาย
8. สนับสนุนให้กำลังใจผู้ป่วยและครอบครัวในการเผชิญปัญหาในช่วงเวลาสุดท้ายของชีวิต เปิดโอกาสให้ปรึกษาสอบถาม สิ่งต่างๆ หรือการบรรเทาอาการไม่สุขสบาย

การประเมินผล

1. ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถเผชิญปัญหาการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองได้ในระดับดี
2. ผู้ป่วยและครอบครัวมีสึหน้าคลายความกังวล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 9 เตรียมความพร้อมก่อนจำหน่ายผู้ป่วยในรูปแบบของ D-METHOD-P

ข้อมูลสนับสนุน

1. แพทย์วางแผนจำหน่ายผู้ป่วย ผู้ป่วยมีนัดให้ยาเคมีบำบัดครั้งที่ 1 ในวันที่ 13 ธันวาคม 2565
2. ผู้ป่วยและครอบครัวยังไม่ทราบวิธีปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้านบางส่วน

วัตถุประสงค์ทางการพยาบาล

1. เพื่อเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนจำหน่าย
2. เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้าน

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยและครอบครัวมีความรู้ มีความมั่นใจในการดูแลตนเองเมื่อกลับบ้านได้อย่างถูกต้อง
2. คะแนนการประเมินความรู้ย้อนกลับ หลังจากให้ความรู้มากกว่า 80%

กิจกรรมการพยาบาล

วางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ระยะลุกลามแพร่กระจายไปต่อมน้ำเหลืองและตับที่ได้รับการผ่าตัดและให้ยาเคมีบำบัด ให้ผู้ป่วยสามารถจัดการสุขภาพตนเองได้ ในรูปแบบของ D-METHOD-P ดังนี้

1. D = Disease อธิบายการตรวจพบโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ระยะที่ 4 แพร่กระจายไปต่อมน้ำเหลืองและตับ
2. M = Medication ให้ข้อมูลเกี่ยวกับยาเคมีบำบัด สูตรยาที่ผู้ป่วยได้รับ CAPOX+Beva ประกอบด้วยยาเคมีบำบัด 3 ชนิด คือ ยาเม็ด Capecitabine ยาฉีด Oxaliplatin และ Bevacizumab อธิบายผลข้างเคียงของยาเคมีบำบัด Capecitabine มีผลข้างเคียง เช่น ความรู้สึกผิดปกติบริเวณมือหรือเท้า มีผื่นแดงหรือค้ำขื่น ผิวลอก มีการบวม แดง ชา รู้สึกเจ็บผิวหนัง ท้องเสีย คลื่นไส้ อาเจียน ยา Oxaliplatin อาจทำให้เกิดอาการเกร็ง หรือความรู้สึกผิดปกติรอบๆ ปาก และคอ หลอดลมตีบ แน่นหน้าอก หายใจลำบาก ควรหลีกเลี่ยงการกินอาหารหรือดื่มเครื่องดื่มที่เย็นโดยเฉพาะ ช่วงระหว่างให้ยาและหลังให้ยา 1-2 วันแรก ยา Bevacizumab ผลข้างเคียง ท้องเสีย มีผื่น ผิวแห้งลอก หลีกเลียงการถูกแสงแดด
3. E = Environment & Economic แนะนำการจัดการสิ่งแวดล้อมให้มีความเหมาะสมกับโรค ที่อยู่อาศัยเป็นระเบียบเรียบร้อย สะอาด อากาศถ่ายเทได้สะดวก การป้องกันอุบัติเหตุ เช่น การพลัดตกหกล้มของผู้ป่วยที่อ่อนเพลีย และติดตามการใช้สิทธิการรักษาตามหลักประกันสุขภาพอย่างต่อเนื่องทุกครั้ง
4. T = Treatment แนวทางการรักษาพยาบาล แนวทางส่งเสริมการดูแลสุขภาพและการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง
5. H = Health ภาวะสุขภาพการเจ็บป่วย การจัดการกับอาการไม่พึงประสงค์หลังรับยาเคมีบำบัดของสูตร CAPOX+Beva การสังเกตอาการผิดปกติที่ต้องมาโรงพยาบาล ชนิดการออกกำลังกายที่ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติได้
6. O = Outpatient อธิบายและให้ใบนัดให้ยาเคมีบำบัดครั้งที่ 1 ในวันที่ 13 ธันวาคม 2565 และนัดพบแพทย์ศัลยกรรม 1 เดือนข้างหน้า ในวันที่ 28 ธันวาคม 2565 พร้อม CBC, CEA, ALP, CXR ก่อนพบแพทย์ อธิบายมาพบแพทย์ตามนัดอย่างสม่ำเสมอ
7. D = Diet ดื่มน้ำสะอาดให้เพียงพอ รับประทานอาหารที่มีโปรตีนสูง เช่น ไข่ขาว นม อาหารที่ไม่ควรรับประทาน เช่น อาหารหมักดอง อาหารที่ปรุงไม่สุก และไม่สะอาด การจัดการกับอาการเบื่ออาหารและคลื่นไส้ อาเจียน
8. P = Psychological support การดูแลด้านจิตใจ เพื่อผ่อนคลายความวิตกกังวลอย่างเหมาะสม เช่น ฟังธรรมะ ฟังเพลง ทำสมาธิ การให้กำลังใจ และการดูแลการพักผ่อนอย่างน้อย 6-8 ชั่วโมง

ประเมินผล

1. ผู้ป่วยและครอบครัวมีความรู้ มีความมั่นใจในการดูแลตนเองเมื่อกลับบ้านได้อย่างถูกต้อง
2. ผู้ป่วยและครอบครัวได้ร่วมกิจกรรมในการเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่าย การประเมินย้อนกลับรู้เรื่องโรค และการปฏิบัติตัวผู้ป่วยและญาติตอบได้มากกว่า 90 %

สรุปกรณีศึกษา

ผู้ป่วยชายไทย อายุ 67 ปี มาด้วยถ่ายเป็นเลือดสด พบก้อนที่พบบริเวณลำไส้ตรงส่วนบน และลำไส้ใหญ่ส่วนขวางช่วงปลาย ได้รับการผ่าตัดตัดลำไส้ใหญ่ออกทั้งหมด หลังผ่าตัดผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจ และ on HFNC มีภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด โดยพบว่า มีหนองบริเวณพื้นที่ใต้ตับ ผู้ป่วยรักษาอยู่ที่หอผู้ป่วยสามัญศัลยกรรมและห้องผู้ป่วยหนักเป็นเวลา 10 วัน อาการทุเลา ย้ายมาหอผู้ป่วยพิเศษศัลยกรรม ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี อ่อนเพลีย ช่วยเหลือตัวเองได้บนเตียง ให้ออกซิเจนทางจมูก 3 ลิตร/นาที หายใจเหนื่อยหอบเล็กน้อยเมื่อออกแรง อัตราการหายใจ 22-24 ครั้ง/นาที ระดับออกซิเจนในเลือดแดง 98 % ได้รับฟื้นฟูสภาพร่างกายหลังผ่าตัด ภายภาพบำบัด ผักการหายใจ หลังผ่าตัดวันที่ 12 แพทย์วินิจฉัยโรคจากผลชิ้นเนื้อ เป็น CA colon stage 4 with Liver metastasis การพยากรณ์โรคไม่ดี ผู้ป่วยอาจมีชีวิตอยู่ได้ประมาณ 1 ปี แผนการรักษาแบบประคับประคอง และให้ยาเคมีบำบัดเพื่อบรรเทาอาการพยาบาลได้ดูแลเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยและครอบครัวในการดูแลแบบประคับประคอง ประสานงานกับทีมดูแลแบบประคับประคอง ทำ Family meeting และ Advance care plan เพื่อให้ผู้ป่วยทราบระยะของโรคและทำในสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการทำหรือสิ่งค้างคาใจ ผู้ป่วยและครอบครัวยอมรับการดำเนินโรคของผู้ป่วย ผู้ป่วยมีภาวะสับสนเฉียบพลัน หลังจากให้ข้อมูล ดูแลให้กำลังใจจัดสิ่งแวดล้อมให้ผู้ป่วยได้พักผ่อน

ภาวะสับสนเฉียบพลันดีขึ้น ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่หอบผู้ป่วยพิเศษมี 9 ข้อ ทุกข้อได้รับการแก้ไข และประสานส่งข้อมูลต่อกับทีมดูแล
ระดับประคองผู้ป่วยสามารถจำหน่ายกลับบ้านได้ รมรับผู้ป่วยไว้ในความดูแลที่หอบผู้ป่วยพิเศษคัดลยกรณเป็นนเวลา 7 วัน
วิจารณ์

จากกรณีศึกษาผู้ป่วยหลังผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่ในระยะฟื้นฟูสภาพร่างกาย ผู้ป่วยทุเลาเหนื่อย ให้ยาปฏิชีวนะต่อเนื่อง แต่เมื่อ
ทราบระยะของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่อยู่ในระยะลุกลามแพร่กระจายไปต่อมน้ำเหลืองและตับ พยากรณ์โรคไม่ดี ผู้ป่วยอาจมีชีวิตอยู่ได้ประมาณ
1 ปี แผนการรักษาแบบประคับประคอง และให้ยาเคมีบำบัดเพื่อบรรเทาอาการ พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวให้
สามารถเผชิญกับการเจ็บป่วย ช่วยบรรเทาความทุกข์ทรมานทางกาย ตอบสนองความต้องการด้านจิตใจและจิตวิญญาณ โดยให้การดูแลด้วย
ความเป็นมิตร มีความรัก ความเมตตาใส่ใจปัญหาและความทุกข์ของผู้ป่วยและครอบครัว ดังนั้นพยาบาลจึงควรมีความรู้ความเข้าใจ
มีสัมพันธภาพที่ดี สามารถประเมินความต้องการทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณของผู้ป่วยได้อย่างครอบคลุม

ข้อเสนอแนะ

1. ผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่แล้วผลชิ้นเนื้ออยู่ในระยะลุกลามแพร่กระจายไปต่อมน้ำเหลืองและตับ
พยาบาลควรให้ความสำคัญกับการดูแลด้านจิตใจ จิตวิญญาณของผู้ป่วยและครอบครัว
2. เสริมสร้างความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ควรให้พยาบาลทุกคนผ่านการอบรมการดูแลผู้ป่วยแบบ
ประคับประคอง มีการฝึกภาคปฏิบัติโดยมีพยาบาลเฉพาะทางการดูแลแบบประคับประคองนี้เทศแบบสนับสนุนให้เกิดการเปลี่ยนแปลง
(coaching) มีการสะท้อนกลับ เพื่อให้พยาบาลทุกคนมีทักษะและมีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง
3. ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ระยะลุกลามแพร่กระจายไปต่อมน้ำเหลืองและตับทุกรายมีการประสานส่งต่อทีมดูแลแบบ
ประคับประคองเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลมีคุณภาพชีวิตที่ดี

สรุป

มะเร็งลำไส้ใหญ่การรักษาหลักคือการผ่าตัดเอาลำไส้ส่วนที่เป็นโรครอกออก การผ่าตัดในวัยสูงอายุโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนหลัง
ผ่าตัดสูงกว่าวัยอื่น นอกจากนี้มะเร็งลำไส้ใหญ่ส่วนใหญ่พบในระยะลุกลาม รักษาด้วยยาเคมีบำบัดแบบประคับประคองเพื่อบรรเทาอาการ
ซึ่งส่งผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณของผู้ป่วยและครอบครัว พยาบาลเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลแบบ
ประคับประคอง โดยมีการประเมิน Palliative Performance scale ตั้งแต่แรก ประเมินความรุนแรง 9 อาการของ ESAS ได้แก่ อาการปวด
เหนื่อยอ่อนเพลีย คลื่นไส้ ซึมเศร้า วิตกกังวล ง่วงซึม เบื่ออาหาร ความไม่สบายกายและใจ และเหนื่อยหอบ เพื่อช่วยเหลื่อบรรเทาอาการให้
ผู้ป่วยมีความสุขสบาย ประสานส่งต่อทีมดูแลประคับประคองเพื่อติดตามเยี่ยม เสริมพลังให้ครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง
เพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี

เอกสารอ้างอิง

1. ทะเบียนมะเร็งระดับโรงพยาบาล พ.ศ. 2564. สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. [online].
[เข้าถึงเมื่อ 15 ตุลาคม 2566]. Available from : https://www.nci.go.th/e_book/hosbased_2564/index.html.
2. กิตติพล นาควิโรจน์. คู่มือการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัว. กรุงเทพฯ: บียอนด์เอ็นเทอร์ไพรซ์; 2559.
3. คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล งานบริหารการรักษายาบาล. มะเร็งลำไส้ใหญ่. [online].
[เข้าถึงเมื่อ 15 ตุลาคม 2566]. Available from: https://www.rama.mahidol.ac.th/health_service/th/km/09feb2018-1836.
4. Thai cancer society มูลนิธิเครือข่ายมะเร็ง. วิธีพิชิตมะเร็ง. [online]. [เข้าถึงเมื่อ 15 ตุลาคม 2566]. Available from:
<https://thaicancersociety.com/conquer-the-cancer/>.
5. ญาณพล ตาลสุข, รัฐพล ตั้งเพียร. ผลการผ่าตัดมะเร็งลำไส้ใหญ่ส่วนปลายและลำไส้ตรงในผู้ป่วยสูงอายุระหว่างการผ่าตัด
แบบผ่านกล้องกับแบบเปิดหน้าท้องโดยศัลยแพทย์ทั่วไป. พุทธชินราชเวชสาร. 2563;37(1):35-41.



6. เนตรดาว ชัชวาลย์, พัชราภรณ์ อุ๋นเตจ๊ะ, อริสรา อยู่รุ่ง. บทบาทพยาบาลกับการดูแลภาวะสับสนเฉียบพลันของผู้สูงอายุ. วารสารพยาบาลทหารบก. 2561;19(2):103-110.
7. เพ็ญจันทร์ สิทธิปรีชาชาญ. การแบ่งปันประสบการณ์การดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยระยะท้าย. Journal of Nursing Science. 2013;31(3):18-26.
8. ไลทอง ภัทรปรียากุล. การพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็งปอดระยะลุกลามแบบประคับประคองที่บ้าน: กรณีศึกษา. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี. 2562;2(2):83-99.
9. ศูนย์โรคมะเร็งโรงพยาบาลกำแพงเพชร. ทะเบียนผู้ป่วยโรคมะเร็งประจำปี 2563-2565. กำแพงเพชร: โรงพยาบาลกำแพงเพชร;2565.



Nursing Care for End-of-Life Liver Cancer Patients at home : A Case Study

Kanyarat Yooyuen, M.N.S. (Community Nurse Practitioner)*

Abstract

Introduction : Liver cancer may arise from cells within the liver that undergo abnormal division, leading to the development of cancer cells, or it may result from the spread of cancer cells from other areas to the liver. In the early stages, liver cancer often does not show symptoms and is typically discovered when the disease has progressed significantly, with little chance of a cure. Palliative care focuses on holistic patient care to provide relief from suffering and ensure a peaceful transition.

Objectives : To provide efficient nursing care for end-of-life liver cancer patients at home.

Case Study : An elderly Thai male patient was admitted to the hospital with right upper abdominal pain and poor appetite. Medical examination suspected a liver mass. An abdominal computed tomography (CT) scan confirmed liver cancer with metastasis. The patient declined aggressive treatment. The medical team decided on palliative care, involving a community palliative care nurse for patient assessment for discharge plan. The patient's Palliative Performance scale version 2 (PPS v 2) score was 30%, indicating the end-of-life care. The Edmonton Symptom Assessment Systems (ESAS) was used to assess symptoms, including weakness (5/10 points), nausea (5/10 points), and loss of appetite (5/10 points). Depression symptoms were minimal (0 points). A family meeting was held to discuss and plan the palliative care, with the patient's preference to die at home. The patient's eldest daughter assumed the role of the primary caregiver with the authority to make decisions when the patient was unable. The patient was visited four times at home. The important nursing care were divided into four stages: 1) Discharge planning, 2) Providing palliative care, 3) Nearing end-of-life care, and 4) Post-patient's passing. The patient, caregiver, and relatives received adequate information and actively participated in decision-making. The patient received relief from distressing symptoms and psychological support, ensuring a peaceful transition. The family expressed satisfaction with the end-of-life care, which lasted 1 month and 6 days.

Conclusion : Nursing care for end-of-life liver cancer patients at home requires a comprehensive approach. Nurses must possess knowledge of palliative care, encompassing physical, psychological, social, and spiritual aspects, as well as an understanding of the disease, its progression, and treatment options. Involving patients, caregiver, and family in the decision-making process helps achieve the goal of a peaceful and end-of-life transition, preserving the patient's humanity.

Keyword : Liver cancer nursing, The end-of-life

*Registered nurse, Professional level, Khlonglan Hospital

การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งตับระยะสุดท้ายของชีวิตที่บ้าน : กรณีศึกษา

กัญญารัตน์ อยู่ยี่น, พย.ม. (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน)*

บทคัดย่อ

บทนำ : มะเร็งตับอาจเกิดจากเซลล์บริเวณตับมีการแบ่งตัวมากกว่าปกติจนพัฒนาเป็นเซลล์มะเร็ง หรืออาจเกิดจากการแพร่กระจายของเซลล์มะเร็งบริเวณอื่นมายังตับก็ได้ มะเร็งตับในระยะแรกมักไม่แสดงอาการ ส่วนใหญ่จึงพบเมื่อการดำเนินโรครออยู่ในระยะท้ายแล้ว และไม่มีโอกาสที่จะรักษาให้หายขาดได้ การพยาบาลแบบประคับประคองมีแนวคิดหลักในการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการบรรเทาความทุกข์ทรมาน และจากไปอย่างสงบ

วัตถุประสงค์ : เพื่อให้การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งตับระยะสุดท้ายของชีวิตที่บ้านอย่างมีประสิทธิภาพ

กรณีศึกษา : ผู้ป่วยชายไทย สูงอายุ รับเข้านอนรักษาตัวในโรงพยาบาล ด้วยอาการเจ็บชายโครงขวา กินอาหารได้น้อย แพทย์ตรวจร่างกายสงสัยมีก้อนที่ตับ ส่งเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ช่องท้อง พบมะเร็งแพร่กระจายมาที่ตับ ผู้ป่วยปฏิเสธการส่งตัวไปหาต้นกำเนิดของมะเร็ง แพทย์วางแผนการรักษาเป็นการดูแลแบบประคับประคอง พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนเข้าตรวจเยี่ยมผู้ป่วยก่อนจำหน่ายผลการประเมินระดับผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Performance scale version 2 : PPS v 2) อยู่ที่ระดับ 30 เปอร์เซนต์ ซึ่งถือว่าอยู่ในระยะวาระสุดท้ายของชีวิต (End of Life) ผลการประเมินและติดตามอาการในผู้ป่วยระยะสุดท้ายตามแบบประเมิน Edmonton Symptom Assessment Systems (ESAS) พบอาการที่รบกวน ได้แก่ อ่อนเพลีย 5/10 คะแนน คลื่นไส้ 5/10 คะแนน เบื่ออาหาร 5/10 คะแนน ผลประเมินภาวะซึมเศร้า 2 คำถาม เท่ากับ 0 คะแนน ทีมสหสาขาที่มีความเห็นตรงกันว่า ควรวางแผนให้การดูแลสุขภาพแบบประคับประคอง จัดประชุมพูดคุยระหว่างครอบครัวผู้ป่วยกับทีมผู้ดูแล (Family Meeting) ตัดสินใจรับการดูแลแบบประคับประคอง โดยต้องการกลับไปเสียชีวิตที่บ้าน ประชุมพูดคุยระหว่างครอบครัวผู้ป่วยกับทีมผู้ดูแล และวางแผนการดูแลตนเองล่วงหน้า ผู้ป่วยขอไม่รับการใส่ท่อช่วยหายใจ ไม่รับการช่วยฟื้นคืนชีพ โดยให้บุตรสาวคนโตเป็นผู้ดูแลและมีสิทธิในการตัดสินใจเมื่อผู้ป่วยไม่รู้สึกรู้ตัว ติดตามเยี่ยมบ้านจำนวน 4 ครั้ง ปัญหาทางการพยาบาลที่สำคัญแบ่งเป็น 4 ระยะ คือ 1) ระยะวางแผนจำหน่ายล่วงหน้า ได้แก่ ผู้ป่วยอ่อนเพลียจากภาวะชืดและรับประทานอาหารได้น้อย ผู้ดูแลและญาติขาดความรู้และความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน 2) ระยะการดูแลแบบประคับประคอง ได้แก่ ผู้ป่วยไม่สุขสบายจากอาการรบกวนในระยะสุดท้ายของชีวิต 3) ระยะช่วงใกล้เสียชีวิต ได้แก่ ผู้ป่วยมีอาการทรุดลงเข้าสู่ระยะใกล้เสียชีวิต ผู้ดูแลและญาติวิตกกังวลกลัวการจากไปของบุคคลอันเป็นที่รัก 4) ระยะหลังผู้ป่วยเสียชีวิต ได้แก่ ผู้ดูแลและญาติอยู่ในภาวะเศร้าโศกกับการจากไปของบุคคลอันเป็นที่รัก กรณีศึกษานี้ ผู้ป่วย ผู้ดูแลและญาติได้รับข้อมูลการดำเนินโรครอย่างเพียงพอ มีส่วนร่วมในการตัดสินใจเลือกรับการรักษา ผู้ป่วยได้รับการบรรเทาอาการรบกวนต่างๆ รวมถึงได้รับการดูแลด้านจิตใจจนผู้ป่วยจากไปอย่างสงบ ตลอดจนผู้ดูแลและญาติได้รับการดูแลสภาพจิตใจหลังการจากไปของบุคคลอันเป็นที่รัก เกิดความพึงพอใจต่อการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของชีวิตที่บ้าน ครอบครัวยังคงมีความดูแลเป็นระยะเวลา 1 เดือน 6 วัน

สรุป : การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งตับระยะสุดท้ายของชีวิตที่บ้าน พยาบาลต้องมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคอง โดยยึดหลักการดูแลแบบองค์รวม ที่ครอบคลุมกาย ใจ สังคม และจิตวิญญาณ รวมถึงต้องมีความรู้เรื่องโรค การดำเนินของโรค และวิธีการรักษา เพื่อวางแผนการดูแลต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่บ้าน โดยการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย ผู้ดูแลและญาติ ส่งผลให้บรรลุเป้าหมายของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของชีวิต คือการจากไปอย่างสงบ และสมศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์

คำสำคัญ : การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งตับ ระยะสุดท้ายของชีวิต

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลคลองลาน

บทนำ

มะเร็งตับเกิดจากการที่เซลล์บริเวณตับมีการแบ่งตัวเพิ่มจำนวนเซลล์มากกว่าปกติแล้วพัฒนาเป็นเซลล์มะเร็งในที่สุด หรืออาจเกิดจากการแพร่กระจายของเซลล์มะเร็งบริเวณอื่นมายังตับก็ได้ จากสถิติขององค์การอนามัยโลกปี 2563 มีผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ทั่วโลกประมาณ 19.2 ล้านราย พบเป็นมะเร็งตับมากเป็นอันดับ 6 ถึง 905,677 ราย หรือ คิดเป็นร้อยละ 4.7 และจากผู้ป่วยเสียชีวิตด้วยโรคมะเร็ง 9.9 ล้านราย สาเหตุเกิดจากมะเร็งตับมากอันดับที่ 3 จำนวน 830,180 ราย หรือคิดเป็นร้อยละ 8.3¹ ซึ่งจะเห็นได้ว่าสัดส่วนผู้ป่วยรายใหม่ต่อผู้ป่วยเสียชีวิตด้วยสาเหตุมะเร็งตับมากถึงร้อยละ 91.66 สำหรับประเทศไทยมีอัตราการเกิดโรคมะเร็งตับอยู่ที่ 22.6 ต่อประชากรแสนคน ซึ่งอยู่ในอันดับ 6 ของโลก และมีแนวโน้มสูงขึ้นจากอัตรา 21.3 ต่อแสนประชากรในปี 2550 เป็นอัตรา 24.8 ต่อแสนประชากรในปี 2562 นอกจากนี้พบว่ากว่าร้อยละ 70 ของผู้ป่วยเสียชีวิตเป็นผู้ชาย และเกินครึ่งหนึ่งพบในประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป² จากข้อมูลทะเบียนผู้ป่วยมะเร็ง โรงพยาบาลคลองลาน ในปี 2564 - 2566 พบผู้ป่วยมะเร็งเสียชีวิตทุกชนิด จำนวน 70, 69 และ 53 ราย พบเป็นผู้ป่วยมะเร็งตับระยะสุดท้าย คิดเป็นร้อยละ 17.14, 23.18 และ 16.98 ตามลำดับ³ ซึ่งเข้าเกณฑ์การดูแลแบบประคับประคองโดยทีมสหสาขา⁴

มะเร็งตับในระยะแรกมักไม่แสดงอาการ ส่วนใหญ่จะพบและได้รับการวินิจฉัยเมื่อการดำเนินโรครอยู่ในระยะท้าย ซึ่งอยู่ในระยะลุกลามและแพร่กระจายแล้ว ทำให้การรักษาค่อนข้างยาก ไม่มีโอกาสที่จะรักษาให้หายขาดได้ และมีการลุกลามของโรคเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ ส่งผลให้ผู้ป่วยเสียชีวิตภายในระยะเวลาอันสั้น การรักษาผู้ป่วยมะเร็งตับระยะสุดท้ายจะมุ่งเน้นไปที่การดูแลแบบประคับประคองเพื่อบรรเทาอาการ โดยมีแนวคิดหลักในการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม ครอบคลุมด้านกาย ใจ สังคม และจิตวิญญาณ บนพื้นฐานการทำความเข้าใจและร่วมกันตัดสินใจในแนวทางการรักษาระหว่างผู้ป่วย ญาติและบุคลากรทีมสุขภาพ เพื่อผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีคุณภาพชีวิตที่ดี ตามสภาพร่างกายและการดำเนินของโรค คลายความวิตกกังวลต่างๆ สามารถจากไปอย่างสงบและเป็นธรรมชาติ สมศักดิ์ศรีของความ เป็นมนุษย์ ตลอดจนการดูแลสภาพจิตใจของญาติต่อเนื่องภายหลังการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รักไปแล้ว^{4,5,6}

ผู้ป่วยมะเร็งตับระยะสุดท้าย จะพบการเปลี่ยนแปลงที่มีผลกระทบต่อสุขภาพหลายด้าน อาการที่พบได้บ่อย ได้แก่ ปวดแน่นท้อง ท้องผูก อ่อนเพลีย เบื่ออาหาร ค้นตามตัว คลื่นไส้ อาเจียน มีไข้ ท้อแท้เบื่อหน่าย ไม่มีกำลังใจ⁴ เป็นผลให้ผู้ป่วยเกิดอาการเหนื่อยล้า นอนไม่หลับ ไม่สุขสบาย และทุกข์ทรมานเพิ่มขึ้นตามระยะของการดำเนินโรค เมื่อถึงช่วงสัปดาห์สุดท้ายก่อนเสียชีวิตผู้ป่วยจะมีอาการสับสน ซึม ความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลง ไม่สามารถรับรู้วัน เวลา สถานที่ได้⁵ จะเห็นได้ว่าการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยมะเร็งตับระยะสุดท้ายส่งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วย ผู้ดูแลและญาติอย่างมาก เกิดปัญหาและความต้องการที่ซับซ้อน ดังนั้นการช่วยเหลือเพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลของมะเร็งตับระยะสุดท้ายของชีวิตจึงเป็นสิ่งจำเป็น การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองเป็นหนึ่งในภารกิจหลักที่สำคัญของพยาบาลในกลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม ผู้ศึกษาจึงเลือกผู้ป่วยมะเร็งตับระยะสุดท้ายของชีวิตที่มีความซับซ้อนในการดูแลมาเป็นกรณีศึกษา โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งตับระยะสุดท้ายของชีวิตที่บ้านอย่างมีประสิทธิภาพ บรรลุเป้าหมายของการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง คือ การบรรเทาอาการทุกข์ทรมาน และผู้ป่วยจากไปอย่างสงบ สามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการให้การพยาบาลในชุมชนต่อไปได้

กรณีศึกษา

ข้อมูลทั่วไป

ชายไทย อายุ 79 ปี สัญชาติไทย ศาสนาพุทธ ไม่ได้เรียนหนังสือ อาชีพเกษตรกร สถานภาพ หม้าย (ภรรยาเสียชีวิต ปี 2561) มีบุตรสาว 2 คน และบุตรชาย 1 คน อาศัยอยู่กับบุตรสาวคนโต ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพ ผู้สูงอายุ ได้รับเงินผู้สูงอายุ 700 บาท/เดือน

อาการสำคัญ

เจ็บชายโครงขวา กินอาหารได้น้อย เป็นมา 1 วัน

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน

17 วันก่อนมาโรงพยาบาล มีอาการเจ็บชายโครงขวา อึดแน่นท้อง มารับบริการที่โรงพยาบาลคลองลาน แพทย์รับไว้รักษาในโรงพยาบาล จำนวน 2 วัน อาการทุเลาแพทย์จำหน่าย ได้มารับประทานต่อที่บ้าน นัดติดตามอีก 3 สัปดาห์ที่แผนกผู้ป่วยนอก

12 วันก่อน มีอาการแน่นอึดท้อง รับประทานอาหารได้น้อย จึงมาโรงพยาบาล แพทย์รับไว้รักษาในโรงพยาบาล ส่งเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ช่องท้อง ผลเป็นมะเร็งแพร่กระจายไปที่ตับระยะสุดท้าย แพทย์วางแผนส่งตัวเพื่อพบแพทย์เฉพาะทาง ค้นหาต้นกำเนิด

ของมะเร็ง และให้การรักษาที่เหมาะสมต่อไป แต่ผู้ป่วยปฏิเสธ เนื่องจากอายุมากแล้ว ไม่อยากเป็นภาระของบุตรสาว ไม่กลัวการเสียชีวิต ทำใจและปรึกษากับบุตรสาวไว้แล้ว หากเกิดการเจ็บป่วยที่รุนแรง ไม่ขอไปรักษาที่ใด ขออยู่ใกล้บ้าน ถ้าจะตายขอตายที่บ้านตัวเอง

วินิจฉัยโรค : Liver cancer

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต

ปฏิเสธการเจ็บป่วยด้วยโรคประจำตัว ปฏิเสธการผ่าตัด ปฏิเสธการแพ้ยาและสารเคมี

การประเมินสภาพร่างกายตามระบบ

รูปร่างทั่วไป : สมส่วน น้ำหนัก 54 กิโลกรัม ส่วนสูง 165 เซนติเมตร ค่าดัชนีมวลกาย 19.82 อยู่ในเกณฑ์ปกติ

สัญญาณชีพ : ความดันโลหิต 126/77 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 88 ครั้งต่อนาที สม่ำเสมอ อัตราการหายใจ 22 ครั้งต่อนาที อุณหภูมิร่างกาย 36.7 องศาเซลเซียส ค่าความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือด 96 เปอร์เซ็นต์

ระบบประสาท : รู้สึกตัวดี ถามตอบรู้เรื่อง รับรู้เวลา สถานที่และบุคคล ระดับความรู้สึกตัว Glasgow Coma Scale 15 คะแนน รูปร่างตาตอบสนองต่อแสงเท่ากันทั้ง 2 ข้าง ขนาด 2.5 มิลลิเมตร

ผิวหนัง : ผิวสีน้ำตาล ผิวแห้ง เหี่ยว ไม่ชุ่มชื้น ไม่มีบวม ไม่มีบาดแผล ไม่มีจ้ำเลือด ไม่มีร้อน

ศีรษะและใบหน้า : ศีรษะและใบหน้ารูปทรงปกติ ผมนั้นสีขาวทั้งศีรษะ ไม่มีบาดแผล ตา 2 ข้างเท่ากัน มองเห็นไม่ชัด ตาข้างขวามัวมากกว่าข้างซ้าย เยื่อบุตาซีดทั้ง 2 ข้าง ริมฝีปากแห้ง ไขว่และจมูกลักษณะภายนอกปกติ คลำไม่พบก้อนบริเวณต่อมน้ำเหลืองบริเวณหลังหูและลำคอ

ทรวงอกและการหายใจ : รูปร่างสมมาตร เคลื่อนไหวเท่ากันทั้ง 2 ข้าง ลักษณะหายใจเหนื่อยเล็กน้อย อัตราการหายใจ 22 ครั้งต่อนาที เสียงลมหายใจเท่ากันทั้ง 2 ข้าง

หัวใจและหลอดเลือด : อัตราการเต้นของหัวใจ 88 ครั้งต่อนาที สม่ำเสมอ ฟังเสียงหัวใจต้นปกติ เส้นเลือดที่คอไม่โป่งพอง ค่าความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือด 96 เปอร์เซ็นต์

ระบบช่องท้องและทางเดินอาหาร : กดเจ็บบริเวณท้องด้านบนขวา คลำพบตับโต 3 เซนติเมตร หน้าท้องไม่แข็งตึง ลำไส้เคลื่อนไหวน้อยลง 3-5 ครั้งต่อนาที ไม่ถ่ายอุจจาระมา 2 วัน

ระบบทางเดินปัสสาวะ : กระเพาะปัสสาวะไม่โป่งตึง ไม่มีบาดแผล ไม่มีบวม ไม่มีรอยฟกช้ำ ปัสสาวะได้เอง 3-5 ครั้งต่อวัน

ระบบอวัยวะสืบพันธุ์ : ปกติ

ระบบกล้ามเนื้อและกระดูก : ขยับแขนขาเคลื่อนไหวบนเตียงได้ แต่ลงเดินไม่ไหว

สภาพด้านจิตใจและสังคม : สีหน้าวิตกกังวลเล็กน้อย กลัวหมอจะไม่ให้กลับบ้าน ผู้ป่วยมีจิตใจที่เข้มแข็ง ปลอดภัย บุตรสาว ผู้ป่วยเตรียมตัวเตรียมใจว่าสักวันก็ต้องเสียชีวิต เป็นกรณีที่ได้รู้ตัวล่วงหน้า วาระสุดท้ายของชีวิตขอให้อยู่ใกล้ลูกหลาน ผู้ป่วยมีธรรมะเป็นสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจ เชื่อว่ากรรมที่ตัวเองได้กระทำจะส่งผลให้ไปสูภพภูมิที่ดี ไม่มีอะไรต้องห่วงสามารถนอนตายตาหลับแล้ว

ผลการตรวจเอกซเรย์และทางห้องปฏิบัติการที่สำคัญ

ผลการตรวจเอกซเรย์

- CT scan whole abdomen: Multiple well defined lobulated peripheral low enhancing hypodense lesion, sized up to 8.3 X 7 cms. in both hepatic lobes are probably metastasis to intraabdominal Lymphadenopathy, Portal V., Hepatic V. and IVC intact spleen, pancreas, both adrenal gland, bowel loops and stomach are unremarkable. Probably liver metastasis

Imp : R/O Non-Colorectal cancer liver metastasis

Plan Refer W/U primary CA

- Film Chest: Normal

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่สำคัญ

- CBC : Hb 7.8 g/dl, HCT 24%, RBC 3.7 X10⁶cell/mm³, MCV 62.9 fL, MCH 21.2 pg, Lymphocyte 13.8%, Monocyte 7.6%, Platelet Count 343 X10³cell/mm³

- Blood chemistry: BUN 10.8 mg/dL, Creatinine 0.82 mg/dL, eGFR 84.11, Potassium 4.99 mmol/L, Sodium 135.4 mmol/L, Chloride 99.0 mmol/L, Carbon dioxide 21.2 mmol/L, AnGap 15.2 mmol/L
- Liver Function Test: Total Billirubin 1.2 mg/dL, Direct Billirubin 0.6 mg/dL, SGOT 198 U/L, SGPT 95 U/L, Alk. Phosphatase 514 U/L, Albumin 3 g/dl, Globulin 4.2 g/dl
- HBsAg –Negative, HBsAb –Negative, Anti-HCV –Negative

สรุปการดำเนินของโรคขณะรับไว้ดูแล

- **ระยะวางแผนจำหน่ายล่วงหน้า** : ก่อนออกจากโรงพยาบาล ผู้ป่วยมีอาการอ่อนเพลีย อึดแน่นท้อง รับประทานอาหารได้น้อย เยื่อตาซีดทั้ง 2 ข้าง แพทย์วางแผนจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน โดยมียาสำหรับรับประทานต่อเนื่องที่บ้าน ได้แก่ Omeprazole(20 mg.) 1 เม็ด รับประทาน 1 เวลา ก่อนอาหารเช้า, Tramadol(50 mg.) 1 เม็ด รับประทาน 2 เวลา หลังอาหาร, Domperidone(10 mg.) 1 เม็ด รับประทาน 3 เวลา ก่อนอาหาร, Folic acid(5 mg.) 1 เม็ด รับประทาน 1 เวลา หลังอาหารเช้า, Ferrous fumarate(200 mg.) 1 เม็ด รับประทาน 3 เวลา หลังอาหาร, Paracetamol(500 mg.) 1 เม็ด รับประทานเฉพาะเวลาปวด แพทย์วินิจฉัยร่วมกับทีมการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care Team) ได้แก่ เภสัชกร พยาบาลประจำหอผู้ป่วย พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน แพทย์แผนไทย นักกายภาพบำบัด นักโภชนาการ ผลการประเมินระดับผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Performance scale version 2: PPS v2) อยู่ที่ระดับ 30 เปอร์เซนต์ ซึ่งถือว่าอยู่ในระยะวาระสุดท้ายของชีวิต (End of Life) ผลการประเมินและติดตามอาการในผู้ป่วยระยะสุดท้ายตามแบบประเมิน Edmonton Symptom Assessment Systems (ESAS) พบอาการที่รบกวน ได้แก่ อ่อนเพลีย 5/10 คะแนน คลื่นไส้ 5/10 คะแนน เบื่ออาหาร 5/10 คะแนน ผลประเมินภาวะซึมเศร้า 2 คำถาม เท่ากับ 0 คะแนน ทีมสหสาขามีความเห็นตรงกันว่า ควรวางแผนให้การรักษาแบบประคับประคอง จัดประชุมพูดคุยระหว่างครอบครัวผู้ป่วยกับทีมผู้ดูแล (Family Meeting) ผู้ป่วย บุตรสาว 2 คนและบุตรชาย 1 คน ตัดสินใจรับการดูแลแบบประคับประคอง โดยต้องการกลับไปเสียชีวิตที่บ้าน มอบหมายให้บุตรสาวคนโตเป็นผู้มีสิทธิในการตัดสินใจกรณีผู้ป่วยอยู่ในภาวะที่ไม่มีความสามารถในการตัดสินใจแล้ว รวมถึงเป็นผู้ดูแลค่าใช้จ่ายในการดูแล ผู้ป่วยขอไม่ใส่ท่อช่วยหายใจ ไม่ช่วยฟื้นคืนชีพ ให้รักษาตามอาการเพื่อลดความทรมานกรณีเกิดสถานการณ์ฉุกเฉินหากผู้ป่วยมีอาการทรุดหนัก ญาติสามารถพาผู้ป่วยกลับบ้านมารับรักษาที่โรงพยาบาลได้ วางแผนติดตามเยี่ยมผู้ป่วยและญาติเป็นระยะๆ และอาจมีการติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์

- **การติดตามเยี่ยมครั้งที่ 1** : ผู้ป่วยอ่อนเพลีย ปวด แน่นท้อง รับประทานอาหารได้น้อย ประเมิน PPS ระดับ 30 เปอร์เซนต์ ประเมิน ESAS พบอาการที่รบกวน ได้แก่ ปวด 5/10 คะแนน อ่อนเพลีย 6/10 คะแนน คลื่นไส้ 4/10 คะแนน และเบื่ออาหาร 5/10 คะแนน ความดันโลหิต 100/67 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 88 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 22 ครั้งต่อนาที อุณหภูมิร่างกาย 37.2 องศาเซลเซียส ค่าความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือด 96 เปอร์เซนต์

- **การติดตามเยี่ยมครั้งที่ 2** : ผู้ป่วยอ่อนเพลีย สีหน้าไม่สุขสบาย บ่นแน่นท้อง ไม่รับประทานอาหาร จิบน้ำจิบนมได้ ไม่คลื่นไส้อาเจียน ประเมิน PPS ระดับ 20 เปอร์เซนต์ ประเมิน ESAS พบอาการที่รบกวน ได้แก่ ปวด 8/10 คะแนน อ่อนเพลีย 8/10 คะแนน และเบื่ออาหาร 9/10 คะแนน ความดันโลหิต 92/67 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 92 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 22 ครั้งต่อนาที อุณหภูมิร่างกาย 36.8 องศาเซลเซียส ค่าความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือด 97 เปอร์เซนต์

- **การติดตามเยี่ยมครั้งที่ 3** : ผู้ป่วยซึม ร้องครางเป็นพักๆ ท้องอืด ไม่รับประทานอาหารและน้ำ ประเมิน PPS ระดับ 10 เปอร์เซนต์ ญาติประเมิน ESAS ปวด 10/10 คะแนน อ่อนเพลีย 9/10 คะแนน ง่วงซึม/ สะลึมสะลือ 8/10 คะแนน และเหนื่อยหอบ 5/10 คะแนน ความดันโลหิต 85/52 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 108 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 24 ครั้งต่อนาที อุณหภูมิร่างกาย 36.5 องศาเซลเซียส ค่าความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือด 93 เปอร์เซนต์

- **การติดตามเยี่ยมครั้งที่ 4** : ผู้ดูแลโทรติดต่อพยาบาลเยี่ยมบ้าน เพื่อบอกกล่าวการเสียชีวิตของบิดา ติดตามเยี่ยมผู้ดูแลและญาติผู้ป่วยหลังจากนั้น 1 วัน พบบุตรสาวคนโตผู้ดูแลใกล้ชิดมีอาการเศร้าโศกเสียใจ กล่าวถึงบิดาด้วยความอาลัย รู้สึกภูมิใจที่ผู้ดูแลและน้องมีโอกาสทำตามความต้องการของบิดา คิดว่าบิดาพอใจที่ได้ทำตามความต้องการของตนเอง จากไปอย่างสงบและไปอยู่ในภพภูมิที่ดี ตั้งใจจะทำบุญใส่บาตรอุทิศส่วนกุศลให้แก่บิดาอย่างที่บิดาเคยทำเป็นประจำ พี่น้องและญาติจะช่วยกันจัดงานศพให้บิดาอย่างที่บิดาสั่งไว้ก่อนเสียชีวิต

การวางแผนการพยาบาล

พบว่า ผู้ป่วย และญาติมีปัญหาทางการพยาบาลที่สำคัญในช่วงระยะเวลาที่ศึกษา แบ่งเป็น 4 ระยะ ดังนี้

1. ระยะวางแผนจำหน่ายล่วงหน้า

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1 ผู้ป่วยอ่อนเพลียจากภาวะชืดและรับประทานอาหารได้น้อย

ข้อมูลสนับสนุน 1. ผู้ป่วยบอกว่า “เพลีย ไม่อยากกินอะไร”

2. CBC: Hb 7.8 g/dl (ค่าปกติ 13-17), HCT 24% (ค่าปกติ 40-48), RBC $3.7 \times 10^6 \text{cell/mm}^3$ (ค่าปกติ 4.5-5.5)

3. เยื่อบุตาชืดทั้ง 2 ข้าง ริมฝีปากแห้ง

4. ประเมิน ESAS พบ อ่อนเพลีย 5/10 คะแนน คลื่นไส้ 5/10 คะแนน เบื่ออาหาร 5/10 คะแนน

วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ป่วยสุขสบายมากขึ้น อาการอ่อนเพลียลดลง

เกณฑ์การประเมินผล 1. ประเมิน ESAS อาการอ่อนเพลีย คลื่นไส้ และเบื่ออาหาร ไม่เกิน 3/10 คะแนน

2. เยื่อบุตาไม่ชืด ผล HCT อยู่ในเกณฑ์ปกติ (40-48%)

3. ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้ตามมื้ออาหารที่จัด

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินและแนะนำผู้ดูแลและญาติประเมิน ESAS ผู้ป่วยเป็นระยะ เพื่อติดตามอาการผู้ป่วย

2. ประเมินและแนะนำผู้ดูแลและญาติตรวจดูภายในช่องปากผู้ป่วยว่ามีปัญหาเกี่ยวกับปากและฟันหรือไม่

3. ดูแลและแนะนำผู้ดูแลและญาติทำความสะอาดปากและฟันผู้ป่วยอย่างน้อย วันละ 2 ครั้ง หรือวันปากบ่อย ๆ

เพื่อเพิ่มการรับรสอาหาร

4. แนะนำผู้ดูแลและญาติให้จัดหาอาหารที่ผู้ป่วยชอบหรือต้องการรับประทาน แบ่งรับประทานครั้งละน้อยๆ แต่เพิ่มมื้ออาหารให้บ่อยขึ้น เป็น 4-5 มื้อ/วัน และแนะนำให้หาอาหารเสริมทางการแพทย์ เช่น นมเสริมสำหรับผู้ป่วยมะเร็งมาให้รับประทาน เพื่อให้ได้รับสารอาหารที่เพียงพอ

5. ดูแล และแนะนำผู้ดูแลและญาติให้ยาเสริมธาตุเหล็ก ได้แก่ Folic acid (5 mg.) 1 เม็ด รับประทาน 1 เวลาหลังอาหาร Ferrous fumarate (200 mg.) 1 เม็ด รับประทาน 3 เวลาหลังอาหาร ตามแผนการรักษาของแพทย์

การประเมินผล

1. ประเมิน ESAS อาการบวมที่พบลดลง ดังนี้ อ่อนเพลีย 3/10 คะแนน คลื่นไส้ 2/10 คะแนน และเบื่ออาหาร 3/10 คะแนน

2. เยื่อบุตาชืด ผล HCT 28%

3. สอบถามผู้ดูแลและญาติ ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้ตามจำนวนมื้อที่จัดให้ 4-5 มื้อ/วัน และรับประทานนม น้ำหวาน และน้ำระหว่างมื้ออาหารได้

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2 ผู้ดูแลและญาติขาดความรู้และความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน

ข้อมูลสนับสนุน 1. บุตรสาวสอบถามพยาบาล “ที่บ้านต้องเตรียมอะไรบ้าง ก่อนที่จะรับพ่อกลับบ้าน”

2. บุตรสาวและญาติ “ไม่แน่ใจว่าจะดูแลพ่อได้ไหม ไม่เคยเจออะไรอย่างนี้มาก่อน”

วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ดูแลและญาติมีความรู้และความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยขณะอยู่ที่บ้าน

เกณฑ์การประเมินผล 1. ผู้ดูแลและญาติสามารถใช้แบบประเมิน ESAS ได้ถูกต้อง

2. ผู้ดูแลและญาติสามารถตอบคำถามย้อนกลับเกี่ยวกับการจัดการอาการบวมต่างๆ การดูแล

สุขภาพร่างกาย และจิตใจได้ถูกต้อง

กิจกรรมการพยาบาล

1. สร้างสัมพันธภาพกับผู้ดูแลและญาติ แนะนำตัวเองในฐานะผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการติดตามเยี่ยม และเป็นพี่ปรึกษาของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยขณะรักษาตัวที่บ้าน บอกชื่อ เบอร์โทรศัพท์เพื่อการติดต่อ หรือขอคำปรึกษากรณีฉุกเฉิน นัดหมายล่วงหน้าตามแผนในการเยี่ยมบ้านในแต่ละครั้ง และตามความสะดวกของญาติ

2. ให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรค อาการแสดง การประเมิน ESAS การดูแลด้านร่างกาย จิตใจ การเตรียมความพร้อมของสถานที่ที่บ้าน และการจัดสภาพแวดล้อมในการดูแลผู้ป่วย ได้แก่

2.1 การประเมินโดยแบบประเมิน ESAS ติดตามและช่วยจัดการอาการที่รบกวนผู้ป่วย

2.2 การรับประทานอาหาร ผู้ป่วยจะมีปัญหาคลื่นไส้ อาเจียน ไม่อยากอาหาร ดูแลให้รับประทานอาหารที่ผู้ป่วยชอบ ปริมาณต่อมื้อไม่มากแต่เพิ่มจำนวนมื้อแทน และดูแลให้ได้รับอาหารตามเวลา

2.3 การขยับถ่าย ผู้ดูแลและญาติต้องดูแลการขยับถ่ายบนเตียง เนื่องจากผู้ป่วยไม่สามารถไปห้องน้ำได้ เตรียมอุปกรณ์สำหรับขยับถ่าย ได้แก่ กระบอกปัสสาวะ ถาดสำหรับถ่ายอุจจาระ จัดสิ่งแวดล้อมให้มีทัศนียภาพขยับถ่าย ดูแลความสะดวกหลังขยับถ่าย และกำจัดกลิ่นไม่พึงประสงค์

2.4 การเคลื่อนไหว ผู้ป่วยไม่สามารถลุกจากเตียงได้ ต้องมีคนคอยประคอง ให้ระวังการเกิดแผลกดทับ ควรช่วยกระตุ้นให้ผู้ป่วยเคลื่อนไหวร่างกาย หรือออกกำลังกายเบาๆ บนเตียง หรือช่วยทำกายภาพบำบัดให้ผู้ป่วย เพื่อเพิ่มการไหลเวียนเลือดและความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ

2.5 การพักผ่อน ควรจัดให้อยู่ในสถานที่อากาศถ่ายเทสะดวก ไม่อับชื้น มีแสงสว่างเพียงพอ เตรียมอุปกรณ์ที่จำเป็นหรือใช้บ่อยๆ ไว้ใกล้ตัว เพื่อความสะดวกในการหยิบจับ

2.6 การประเมินและลดอาการปวด โรคเมเร็งดับที่ผู้ป่วยเป็นจะทำให้ผู้ป่วยมีอาการปวด ซึ่งเกิดจากก้อนมะเร็งขนาดใหญ่ที่ทับ ผู้ดูแลและญาติต้องเข้าใจการดำเนินของโรค เพื่อคลายความวิตกกังวลและดูแลจัดการอาการปวดของผู้ป่วยได้ ทั้งวิธีการรับประทานยาแก้ปวด หรือด้วยวิธีอื่น เช่น นวด ทำสมาธิ สวดมนต์ หรือฟังธรรมะ สามารถประเมินความปวดก่อนและหลังการให้ยาบรรเทาปวด โดยการใช้แบบประเมิน ESAS ที่พยาบาลสอนได้

2.7 อาการท้องผูก อาจพบได้ในผู้ป่วย สาเหตุอาจเกิดจากด้านร่างกายและจิตใจ วิธีสังเกตอาการท้องผูก คือ ถ่ายอุจจาระน้อยกว่า 3 ครั้ง/สัปดาห์หรือถ่ายไม่ออก ญาติสามารถกระตุ้นการเคลื่อนไหว พลิกตะแคงตัว ดื่มน้ำที่พอเพียง หรือปรึกษาทีมผู้ดูแลกรณีต้องใช้อาหารยา

2.8 การรับประทานยาประจำและยาเฉพาะที่มีอาการ ให้ได้รับตามแผนการรักษาของแพทย์ที่กำหนด

2.9 การผ่อนคลายความเครียดของผู้ป่วย ผู้ดูแลและญาติ โดยให้ผู้ป่วยเลือกกิจกรรมที่เหมาะสมกับตนเองในการผ่อนคลาย หรือกิจกรรมที่อยากทำ จัดเวลาระหว่างผู้ดูแลและญาติในการผลัดเวรดูแลผู้ป่วย

3. ให้กำลังใจผู้ดูแลและญาติในการร่วมกันดูแลผู้ป่วยที่บ้านโดยไม่ลำพัง มีทีมดูแลทั้งในโรงพยาบาลและชุมชนในการติดตาม ช่วยเหลือ เป็นที่ปรึกษาตลอดเวลา

การประเมินผล

1. ผู้ดูแลและญาติใช้แบบประเมิน ESAS ประเมินวันละ 1 ครั้ง ได้อย่างถูกต้อง และใช้ประเมินความปวดก่อนและหลังการจัดการความปวดได้

2. ผู้ดูแลและญาติตอบคำถามย้อนกลับเกี่ยวกับการจัดการอาการรบกวนต่างๆ การดูแลสุขภาพร่างกาย และจิตใจ ได้ถูกต้อง แต่ยังไม่มั่นใจเกี่ยวกับวิธีการจัดการอาการปวด จึงทวนซ้ำข้อมูลให้จนผู้ดูแลและญาติเข้าใจ

2. ระยะเวลาดูแลแบบประคับประคอง

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 3 ผู้ป่วยไม่สุขสบายจากอาการรบกวนในระยะสุดท้ายของชีวิต

ข้อมูลสนับสนุน 1. ประเมิน ESAS จากการติดตามเยี่ยม พบอาการรบกวนที่คะแนนมากกว่า 3 คะแนน ดังนี้

- การเยี่ยมครั้งที่ 1 : ปวด 5/10 คะแนน อ่อนเพลีย 6/10 คะแนน คลื่นไส้ 4/10 คะแนน และเบื่ออาหาร 5/10 คะแนน

- การเยี่ยมครั้งที่ 2 : ปวด 8/10 คะแนน อ่อนเพลีย 8/10 คะแนน และเบื่ออาหาร 9/10 คะแนน

- การเยี่ยมครั้งที่ 3 : ปวด 10/10 คะแนน อ่อนเพลีย 9/10 คะแนน ง่วงซึมสะสมสะสม 8/10 คะแนน และเหนื่อยหอบ 5/10 คะแนน

วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ป่วยสุขสบาย ทุเลาจากอาการรบกวนต่างๆ

เกณฑ์การประเมินผล การประเมิน ESAS หลังจัดการอาการรบกวนต่างๆ ตามเป้าหมายที่ผู้ป่วย และผู้ดูแลตั้งไว้

กิจกรรมการพยาบาล

1. นำแบบประเมิน ESAS มาใช้ในการตั้งเป้าหมายของการรักษาร่วมกันระหว่างผู้ป่วย ผู้ดูแล และพยาบาลเยี่ยมบ้าน โดยกำหนดระดับคะแนนอาการรบกวนต่างๆ ที่ผู้ป่วย และผู้ดูแลคิดว่าพอจะใช้ชีวิตได้หรือพอใจ โดยเป้าหมายอาจปรับระดับคะแนนตามการดำเนินของโรคที่รุนแรงมากขึ้น

2. แนะนำวิธีการจัดการกับอาการปวด ดังนี้

2.1 การรับประทานยาบรรเทาอาการปวดตามแผนการรักษา ได้แก่ ยา Tramadol (50 mg.) 1 เม็ด รับประทาน 2 เวลาหลังอาหาร และหากมีอาการปวด สามารถให้ยา Paracetamol (500 mg.) 1 เม็ด เฉพาะเวลาปวดห่างกัน 4-6 ชั่วโมง หรือขอรับคำปรึกษาจากทีมผู้ดูแล หากมีอาการปวดระดับรุนแรง เพื่อปรับแผนการรักษาให้เหมาะสม ภายหลังผู้ป่วยมีอาการปวดรุนแรงมากขึ้น ปรึกษาทีมผู้ดูแล สั่งหยุดยา Tramadol (50 mg.) และเพิ่มยา Morphine (30 mg.) 1 เม็ด รับประทาน 1 เวลาหลังอาหารเช้า และ Morphine syrup 2.5 มิลลิกรัม รับประทานเฉพาะเวลาปวด ทุก 3 – 4 ชั่วโมง ติดตามผลข้างเคียงจากการใช้ยา เช่น คลื่นไส้ อาเจียน ง่วง ซึม ท้องผูก และติดตามประเมินความปวดหลังการให้ยาระดับปวด ½ - 1 ชั่วโมง เพื่อปรับเปลี่ยนแผนการรักษาจนผู้ป่วยไม่รู้สึกปวด

2.2 การบรรเทาอาการปวดแบบไม่ใช้ยา ได้แก่ ทำสมาธิบำบัด (SKT) สวดมนต์ ฟังธรรมะ เป็นต้น แนะนำผู้ดูแล และญาติให้ทำกิจกรรมหลังจากให้ยาบรรเทาปวดตามแผนการรักษาแล้ว

3. แนะนำวิธีการจัดการกับอาการอ่อนเพลีย : ดูแลและแนะนำผู้ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับอาหารและน้ำตามความสามารถ ควรเป็นอาหารอ่อน ย่อยง่าย อาหารที่ผู้ป่วยชอบ หรืออาหารเสริมที่ให้พลังงานสูง เช่น นมสำหรับผู้ป่วยมะเร็ง น้ำหวาน เป็นต้น รวมถึงดูแลให้ผู้ป่วยได้พักผ่อนอย่างเพียงพอ จัดทำนอนให้สบาย ไม่พลิกตะแคงตัวบ่อย สถานที่มีอากาศถ่ายเท สงบ หากนอนกลางคืนได้น้อย ควรจัดให้นอนพักผ่อนในตอนกลางวัน

4. แนะนำวิธีการจัดการกับอาการคลื่นไส้ : ดูแลและแนะนำผู้ดูแลและญาติให้ผู้ป่วยได้รับประทานอาหารและเครื่องดื่มที่ย่อยง่าย ไม่ควรผีนรับประทาน หากมีอาการคลื่นไส้ให้รับประทานอาหารมื้อละน้อยๆ แต่บ่อยๆ รักษาความสะอาดในช่องปาก

5. แนะนำวิธีการจัดการกับอาการเบื่ออาหาร : อธิบายผู้ดูแลและญาติไม่ต้องกังวลหรือคาดหวังให้ผู้ป่วยรับประทานอาหาร เนื่องจากผู้ป่วยระยะสุดท้าย ร่างกายจะไม่ต้องกรอาหารและน้ำ ควรให้เท่าที่ได้ตามความต้องการของผู้ป่วย จัดหาอาหารที่ผู้ป่วยชอบ หรือขอรับประทาน โดยให้ปริมาณน้อยๆ แต่บ่อยครั้งหรือตามความต้องการของผู้ป่วย

6. แนะนำวิธีการจัดการกับอาการเหนื่อยหอบ : แนะนำให้กำลังใจ สัมผัสผู้ป่วยด้วยความนิ่มนวล พุดปลอบโยนเพื่อให้ผู้ป่วยสงบ วางแผนกิจกรรมการดูแลเพื่อลดการรบกวนผู้ป่วย จัดทำให้อุณหภูมิอยู่ในท่านอนที่สบาย หนุนศีรษะให้สูงเล็กน้อย อาจให้ยาบรรเทาอาการปวด หรือให้ออกซิเจน เพื่อให้พักผ่อนได้ ลดอาการเหนื่อยหอบ

7. อธิบายเกี่ยวกับอาการง่วงซึม สะลึมสะลือว่าจะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยเมื่อเข้าสู่ระยะสุดท้าย ระดับความรู้สึกตัวจะลดลง หรือมีอาการสับสนเกิดขึ้นได้ ซึ่งอาการง่วงซึม อาจเกิดจากยาบรรเทาอาการปวดได้

การประเมินผล

จากการประเมินผลติดตาม ESAS เป็นไปตามเป้าหมายที่ผู้ป่วย และผู้ดูแลตั้งไว้ ดังนี้

- การเยี่ยมครั้งที่ 1: อาการรบกวนต่างๆ ลดลงได้ในระดับ ไม่เกิน 3/10 คะแนน ดังนี้ ปวด 3/10 คะแนน อ่อนเพลีย 3/10 คะแนน คลื่นไส้ 2/10 คะแนน และเบื่ออาหาร 3/10 คะแนน

- การเยี่ยมครั้งที่ 2: อาการรบกวนต่างๆ ลดลงได้ในระดับ ไม่เกิน 5/10 คะแนน ดังนี้ ปวด 4/10 คะแนน อ่อนเพลีย 4/10 คะแนน และเบื่ออาหาร 4/10 คะแนน

- การเยี่ยมครั้งที่ 3: อาการรบกวนต่างๆ ลดลงได้ในระดับ ไม่เกิน 5/10 คะแนน ดังนี้ ปวด 4/10 คะแนน อ่อนเพลีย 5/10 คะแนน ง่วงซึม/สะลึมสะลือ 5/10 คะแนน และเหนื่อยหอบ 3/10 คะแนน

3. ระยะช่วงใกล้เสียชีวิต

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 4 ผู้ป่วยมีอาการทรุดลงเข้าสู่ระยะใกล้เสียชีวิต

ข้อมูลสนับสนุน 1. บุตรสาวบอกว่า “เขานี้พ้อซึม เรียกไม่รู้เรื่อง หายใจเหนื่อยๆ เหมือนใกล้จะไปแล้ว”

2. ประเมิน PPS ระดับ 10 เปอร์เซ็นต์

- ประเมิน ESAS ปวด 10/10 คะแนน อ่อนเพลีย 9/10 คะแนน ง่วงซึม 8/10 คะแนน และเหนื่อยหอบ 5/10 คะแนน
- ความดันโลหิต 85/52 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 108 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 24 ครั้งต่อนาที

อุณหภูมิร่างกาย 36.5 องศาเซลเซียส ค่าความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือด 93 เปอร์เซ็นต์

วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลตามการวางแผนดูแลรักษาตนเองล่วงหน้า

เกณฑ์การประเมินผล ผู้ป่วยได้รับการดูแลตามการวางแผนดูแลรักษาตนเองล่วงหน้าตามที่ตั้งไว้

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินความเข้าใจและทวนกลับการวางแผนดูแลรักษาตนเองล่วงหน้า (Advance Care Planning) กับผู้ป่วย และญาติ เพื่อยืนยันความเข้าใจเกี่ยวกับแนวทางการดูแลได้ถูกต้อง ตรงกัน

2. อธิบายการวางแผนการดูแลรักษาล่วงหน้าแก่ผู้ป่วยและญาติที่ดูแลทุกคน ได้แก่

2.1 ผู้ป่วยมีความต้องการไม่รับการดูแลรักษาเมื่อถึงระยะสุดท้าย หรือความทุกข์ทรมานจากโรคเมื่อไม่สามารถตัดสินใจได้ด้วยตนเอง คือ การไม่ใส่ท่อช่วยหายใจ ไม่กดนวดหัวใจ

2.2 เลือกรับไม่ใส่ท่อช่วยหายใจ และไม่ช่วยฟื้นคืนชีพ

2.3 ผู้ป่วยให้บุตรสาวคนโต เป็นผู้แสดงเจตนาแทนเมื่อไม่สามารถตัดสินใจได้ด้วยตนเอง

3. ทบทวนข้อดีของการวางแผนดูแลรักษาตนเองล่วงหน้าของผู้ป่วยที่วางแผนไว้ ซึ่งเป็นการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยตามหลักจริยธรรมและกฎหมาย ครอบครัวหรือผู้เกี่ยวข้องไม่ต้องเป็นภาระตัดสินใจ ผู้ป่วยได้ตั้งเป้าหมายตามความปรารถนาของตนเอง และได้ใช้ชีวิตช่วงสุดท้ายกับครอบครัว

4. ทวนคำแนะนำอย่างซ้ำๆ เพื่อประเมินการรับรู้ของผู้ป่วยและพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย

การประเมินผล

จากการติดตามเยี่ยมครั้งที่ 3 ผู้ป่วย ผู้ดูแลและญาติยืนยันรับการดูแลตามการวางแผนดูแลรักษาตนเองล่วงหน้าตามที่ตั้งไว้

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 5 ผู้ดูแลและญาติวิตกกังวลกลัวการจากไปของบุคคลอันเป็นที่รัก

ข้อมูลสนับสนุน 1. บุตรสาวบอกว่า “เขานี้พ่อซิม เรียกไม่รู้เรื่อง หายใจเหนื่อยๆ เหมือนใกล้จะไปแล้ว”

2. ประเมิน PPS ระดับ 10 เปอร์เซ็นต์

วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ดูแลและญาติคลายความวิตกกังวล เข้าใจการดำเนินของโรค

เกณฑ์การประเมินผล ผู้ดูแลและญาติยอมรับและเข้าใจสภาวะของผู้ป่วย และการดำเนินของโรค

กิจกรรมการพยาบาล

1. พยาบาลอธิบายเกี่ยวกับอาการแสดงของผู้ป่วย และการดำเนินของโรคที่ผู้ป่วยเป็นแก่ผู้ดูแลและญาติเพื่อให้อารมณ์เปลี่ยนแปลงที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วย โดยที่ผู้ป่วยจะมีอาการทรุดลงเรื่อย ๆ จนถึงเสียชีวิต

2. แนะนำผู้ดูแลให้การช่วยเหลือตอบสนองปัญหา ลดความทุกข์ทรมานต่างๆ ของผู้ป่วย เช่น จัดการอาการปวด การดูแลความสะอาดร่างกายทั่วไป และการอยู่ใกล้ชิด บอกรักหรือความรู้สึกที่มีต่อผู้ป่วย

3. แนะนำให้ผู้ดูแลและญาติปฏิบัติตามความเชื่อในศาสนาพุทธตามความเหมาะสม เปิดเทปธรรมะให้ผู้ป่วยฟัง ถึงแม้ว่าระดับการรับรู้ของผู้ป่วยจะลดลงหรือไม่ตอบสนอง หรือจัดให้ผู้ป่วยได้ปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา เช่น ได้ถวายสังฆทาน ใส่บาตร

4. แนะนำให้ผู้ดูแลวางแผนการดูแล โดยรบกวนเวลาผู้ป่วยให้น้อยที่สุด เพื่อให้ผู้ป่วยอยู่ในบรรยากาศที่สงบ

5. จัดสิ่งแวดล้อมให้สงบ มีอากาศถ่ายเทสะดวก มีที่ซุกซอมสำหรับการได้อยู่กันตามลำพังกับบุคคลใกล้ชิด

6. แนะนำให้ญาติเตรียมความพร้อมในการจัดการเกี่ยวกับพิธีกรรมทางศาสนากรณีผู้ป่วยเสียชีวิต เช่น เตรียมเสื้อผ้าชุดที่

ผู้ป่วยชอบ เตรียมพิธีการจัดงานศพ

การประเมินผล

ผู้ดูแลและญาติยอมรับและเข้าใจสภาวะของผู้ป่วย ผู้ป่วยจากไปด้วยอาการสงบในช่วงเวลากลางคืนหลังให้ยาบรรเทาปวด ญาติจัดการเกี่ยวกับร่างกายผู้ป่วยหลังเสียชีวิต แล้วโทรติดต่อพยาบาลเยี่ยมบ้าน เพื่อแจ้งข่าวเสียชีวิต และแผนการจัดการเกี่ยวกับบิดา

4. ระยะหลังผู้ป่วยเสียชีวิต

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 6 ผู้ดูแลและญาติอยู่ในภาวะเศร้าโศกกับการจากไปของบุคคลอันเป็นที่รัก

ข้อมูลสนับสนุน 1. บุตรสาวกล่าวด้วยเสียงสั่นเครือ “พอไม่อยู่แล้ว”

2. ญาติมีสีหน้าโศกเศร้า ขณะกล่าวถึงผู้ป่วย

วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ดูแลและญาติสามารถเผชิญกับการจากไปได้อย่างเหมาะสม

เกณฑ์การประเมินผล ผู้ดูแลและญาติยอมรับการจากไปของผู้ป่วย สามารถจัดการหลังผู้ป่วยเสียชีวิตได้

กิจกรรมการพยาบาล

1. สอบถามความต้องการของผู้ดูแลและญาติ แนะนำสิ่งที่ต้องปฏิบัติภายหลังการเสียชีวิต เช่น การเตรียมเอกสาร การแจ้งเสียชีวิต การจัดการศพ เป็นต้น

2. สอบถามความรู้สึกของผู้ดูแลและญาติเกี่ยวกับการสูญเสียที่เกิดขึ้น เพื่อประเมินระดับความโศกเศร้าและความต้องการการประคับประคองจากทีมสุขภาพ

3. ให้ผู้ดูแลและญาติได้ระบายอารมณ์และความรู้สึกต่างๆ ในสถานที่ที่มีความเป็นส่วนตัว และปลอดภัย

3. สังเกตพฤติกรรมของผู้ดูแลและญาติเกี่ยวกับความวิตกกังวล เช่น สับสน ไม่สามารถตัดสินใจได้ เป็นต้น

4. ช่วยเหลือ ให้กำลังใจผู้ดูแลและญาติสามารถดำเนินชีวิตต่อไปตามปกติอย่างเต็มความสามารถ

การประเมินผล

ผู้ดูแลและญาติยอมรับการจากไปของผู้ป่วย สามารถดูแลจัดการหลังจากผู้ป่วยเสียชีวิตแล้วได้อย่างเหมาะสม

สรุปกรณีศึกษา

ผู้ป่วยชายไทยสูงอายุ ปฏิเสธโรคประจำตัว เข้ารับไว้รักษาตัวในโรงพยาบาล ด้วยอาการเจ็บชายโครงขวา กินอาหารได้น้อย แพทย์ตรวจร่างกายพบมีก้อนที่ตับ ผลเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ช่องท้องพบมะเร็งแพร่กระจายไปที่ตับ -ผู้ป่วยปฏิเสธการส่งตัวไปหาต้นกำเนิดของมะเร็ง ประเมิน PPS ระดับ 30 เปอร์เซ็นต์ เข้าเกณฑ์ให้การดูแลแบบประคับประคอง จัด Family Meeting ผู้ป่วยและครอบครัวตัดสินใจรับการดูแลแบบประคับประคอง ทำ Advance care plan ต้องการกลับไปเสียชีวิตที่บ้าน ให้บุตรสาวเป็นผู้ดูแลและมีสิทธิตัดสินใจเมื่อผู้ป่วยไม่รู้สึกตัว พยาบาลได้ใช้ความรู้ ความชำนาญ ในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองที่บ้าน ตั้งแต่การเตรียมความพร้อมผู้ป่วย ผู้ดูแลและญาติ ให้ความรู้และสร้างความมั่นใจให้แก่ผู้ดูแลและญาติ สามารถจัดการอาการรบกวนต่างๆ ได้แก่ อาการปวด อ่อนเพลีย เมื่ออาหาร คลื่นไส้ อาการเหนื่อย ได้ตามเป้าหมายที่ผู้ป่วยและผู้ดูแลตั้งไว้ ส่งผลให้ผู้ป่วยจากไปอย่างสงบตามเจตนาารมณ์ ซึ่งเป็นการดูแลแบบองค์รวมที่ครอบคลุมทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณของผู้ป่วย ผู้ดูแลและญาติ ทั้งระยะใกล้เสียชีวิตและหลังเสียชีวิต ครอบครัวพึงพอใจการให้การดูแลแบบประคับประคองที่บ้าน ครอบครัวยอมรับได้ในความดูแลเป็นระยะเวลา 1 เดือน 6 วัน

วิจารณ์และข้อเสนอแนะ

การดูแลแบบประคับประคองที่บ้าน ในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายของชีวิต มุ่งเน้นให้ผู้ป่วยมีความสุขสบายเท่าที่จะสามารถทำได้ในช่วงระยะสุดท้ายของโรค และจากไปอย่างสงบ ในกรณีศึกษา นี้ ผู้ป่วย และครอบครัวเลือกรับการดูแลแบบประคับประคอง วางแผนการรักษาล่วงหน้าโดยต้องการกลับไปเสียชีวิตที่บ้าน พยาบาลได้ให้การดูแลตามแผนการพยาบาลที่ตั้งไว้ จนบรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ ดังนั้นพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนจึงต้องมีความรู้เรื่องโรค มีทักษะการให้คำแนะนำเป็นที่ปรึกษา ตลอดจนวางแผนการพยาบาล และติดตามให้การพยาบาลที่บ้านครอบคลุมแบบองค์รวม จึงมีข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนา ดังต่อไปนี้

1. นำกรณีศึกษามาทบทวนร่วมกับทีมดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง

2. พัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่สมควรเสียชีวิตที่บ้าน

3. พัฒนาพยาบาลให้มีองค์ความรู้เกี่ยวกับอาการและการจัดการอาการรบกวนในผู้ป่วยระยะสุดท้าย ประยุกต์การจัดการแบบรายกรณี เสริมพลังและสนับสนุนการมีส่วนร่วมในการดูแลของครอบครัว

สรุป

การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายของชีวิตที่บ้าน พยาบาลต้องมียุติธรรมความรู้เรื่องการดูแลแบบประคับประคอง โดยยึดหลักการดูแลแบบองค์รวม ประเมินสภาพปัญหาทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ เพื่อวางแผนการดูแลต่อเนื่อง จากโรงพยาบาลสู่บ้าน บรรเทาอาการทุกข์ทรมานที่เกิดขึ้นโดยมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและญาติ ส่งผลให้บรรลุเป้าหมายของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของชีวิต คือการจากไปอย่างสงบ และสมศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Cancer Today. Cancer Fact Sheets. [Online]. 2020 [cited 2023 October 13]; 2020:1-2. Available from: <https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/cancers/39-All-cancers-fact-sheet.pdf>
2. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม (วปส.) มหาวิทยาลัยมหิดล. รายงานสุขภาพคนไทย ปี 2564. [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: อมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง; 2564. [เข้าถึงเมื่อ 13 ตุลาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.thaihealth.or.th/รายงานสุขภาพคนไทย-ปี-2564/>
3. โรงพยาบาลคลองลาน. งานพัฒนาระบบบริการสุขภาพสาขามะเร็ง. ทะเบียนมะเร็งโรงพยาบาลคลองลาน. กำแพงเพชร: โรงพยาบาลคลองลาน; 2566.
4. จุรีย์ เพชรน้ำแหลม, กิตติกร นิลมานัตรและคณะ. ประสบการณ์อาการ การจัดการอาการ และผลลัพธ์การจัดการอาการของผู้ป่วยมะเร็งตับ. การประชุมมหาดใหญ่วิชาการ ครั้งที่ 4 [อินเทอร์เน็ต]. 2556 [เข้าถึงเมื่อ 14 ตุลาคม 2566]; 2556: หน้า 161-169. เข้าถึงได้จาก: <https://www.hu.ac.th/conference/conference2013/>
5. พรทวี ยอดมงคล. คู่มือสำหรับประชาชน การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง (Palliative Care). กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.); 2561.
6. ศิวพันธ์ ฟองจันทร์, สุรีย์พันธุ์ วรพงศธร. การป้องกันและควบคุมมะเร็งตับ. วารสารโรคมะเร็ง. 2556;29:64-74.
7. นิตยา ททรัพย์วงศ์เจริญ, ทีปทัศน์ ชินตาปัญญากุล. บทบาทพยาบาลในการดูแลแบบประคับประคองในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ. วารสารพยาบาลทหารบก. 2563;21:26-34.
8. วีระชล สาดสิน, ปิยะพงษ์ หารศรีและคณะ. การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งตับอ่อนในระยะสุดท้าย. วารสารการพยาบาล. 2564 กรกฎาคม-ธันวาคม;23(2):82-96.
9. ศูนย์คุณากรักษ์ โรงพยาบาลกำแพงเพชร สนง.ปลัดกระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (Palliative Caare). ฉบับปรับปรุง. กำแพงเพชร: ศูนย์คุณากรักษ์ โรงพยาบาลกำแพงเพชร; 2559.
10. คณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาการดูแลผู้ป่วยประคับประคองจังหวัดปทุมธานี. การดูแลผู้ป่วยประคับประคองระยะท้าย (Palliative) [หนังสือ]. ปทุมธานี; 2561 [cited 2566, Oct 26. Available from: <https://www.cgtoolbook.com/books004/2/#zoom=z>
11. พญ.ปฐมพร ศิรประภาศิริ, พญ.เดือนเพ็ญ ห่อรัตนาริเอง, บรรณาริการ. คู่มือการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองและระยะสุดท้าย (สำหรับบุคลากรทางการแพทย์). นนทบุรี: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์ องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก ในพระบรมราชูปถัมภ์; 2563.
12. มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช สาขาพยาบาลศาสตร์. การพยาบาลพื้นฐานและการฝึกปฏิบัติการพยาบาล 2. นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช; 2566.



Nursing Care of Hemorrhagic Transformation of Ischemic Brain Tissue : A Case Study

Nitaya Tatiya, B.N.S.*

Abstract

Background : Ischemic stroke is the brain lacks blood supply condition. If this condition present at the major blood supplies of the brain, and the ischemic area is spreading increasingly. Accordingly, the increased intracranial pressure from bleeding in the brain will compress the brainstem resulted high rate death. In case patient does not access to treatment immediately then the long-term disabilities remain persistently. The prolong negative consequences effect the physical, psychological, family and social aspects. Therefore, nurses must have knowledge and understanding pathology of the disease to provide patient care promptly and the patient will be safety and without complication successfully.

Objective : This paper provided the nursing guidelines for patient with Hemorrhagic Transformation of Ischemic Brain Tissue.

Case Study : A 69 years-old Thai male was a cerebral artery stenosis condition. He was received coagulation drug after his extremity side including left arm and leg was weakness and the Motor Power grade 0. Then, the hospital refer him to the community hospital for physical therapy and he developed uncontrolled headache and sever painful eyes after one day of referral. As a result, he was referred to the Kamphaeng Phet Hospital and he was admitted at the medicine department with normal neurological symptoms and vital sign including E4 V5 M6, blood pressure was 151/80 mmHg, pulse was 68 beats/min (regular), respiratory rate was 18 times/min, oxygen saturation was 99 %. On the other hand, his motor power grade 0 of the left side and grade 5 of the right side. The result of the computed tomography presented progression of acute large hemorrhagic transformation in the large right MCA and a 0.7 cm. midline shift to the right. After they physician consulted the neurosurgeon, the final decision is no indication for brain surgery. Therefore, the conservative activities were implemented and the nursing diagnosis for intervene this patient including : 1. Risk for Increased intracranial pressure with brain hemorrhage, 2. Uncomfortable or painful condition due to headache, 3. Risk for Acute Airway Obstruction with Respiratory tract infection due to swallowing difficulties, 4. Diminished self-care ability due to the weakness of the left arm and leg. 5. Risk of developing complications from prolonged bed rest due to impaired physical mobility, 6. Anxiety due to low self-image and dependency status, and 7. Risk of recurrence prevention based on knowledge deficiency. After providing nursing interventions to this patient, the serious symptoms were improved and the coma score continued E4V5M6, The left arm and leg motor power and the right arm and leg motor power grad did not change grading 0 and 5 respectively. The physician discharged this patient without complication during 8 days of the length of hospital stay.

Conclusion from this case study : This patient was wellbeing situation and recovered from the critical condition of hemorrhagic stroke. Even though he is staying with the weakness and the motor power grade 0 of the left side of arm and leg, he can perform daily activity appropriately. Summarily, nurses need to improve their skill and knowledge as the expertise to care for hemorrhage stroke patient in order to assess and provide nursing care timely and perfectly.

Key words : Nursing care for patients with stroke, Hemorrhagic stroke

*Registered nurse, professional Level, Male Medical department, Kampheng Phet hospital

การพยาบาลผู้ป่วยโรคเลือดออกในสมองจากภาวะหลอดเลือดสมองตีบ : กรณีศึกษา

นิตยา ตะติยะ, พย.บ.*

บทคัดย่อ

บทนำ : โรคหลอดเลือดสมองตีบ เป็นภาวะที่สมองขาดเลือดไปเลี้ยงจากการที่หลอดเลือดไปเลี้ยงสมองตีบ ถ้าเกิดจากการตีบของเส้นเลือดสมองเส้นใหญ่จะทำให้มีพื้นที่สมองขาดเลือดเป็นบริเวณกว้าง มีโอกาสเกิดเลือดออกในสมองทำให้ความดันในกะโหลกศีรษะสูงขึ้น ทำให้เกิดการกดเบียดสมอง โดยเฉพาะก้านสมอง เมื่อเป็นแล้วมีโอกาสเสียชีวิตสูงหรือหากได้รับการรักษาไม่ทันท่วงทีจะทำให้เกิดความพิการหลงเหลืออยู่ เกิดเป็นผลสืบเนื่องระยะยาว ส่งผลกระทบทั้งด้านร่างกาย จิตใจ ครอบครัวและสังคมของผู้ป่วย ดังนั้นพยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วยจะต้องมีความรู้ ความเข้าใจพยาธิสภาพของโรค เพื่อให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยได้อย่างทันท่วงที ปลอดภัยและไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน

วัตถุประสงค์ : เพื่อเป็นแนวทางในการให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคเลือดออกในสมองจากภาวะหลอดเลือดสมองตีบ

กรณีศึกษา : ผู้ป่วยชายไทยอายุ 69 ปี มีภาวะหลอดเลือดสมองตีบ ได้รับการรักษาโดยได้รับยาละลายลิ่มเลือด หลังได้ยา มีอาการแขนขาซ้ายอ่อนแรงเกรด 0 ส่งกลับไปรักษาตัวต่อโรงพยาบาลใกล้บ้านเพื่อทำกายภาพบำบัด 1 วันก่อนมามีปวดศีรษะ และกระบอกตามาก โรงพยาบาลชุมชนส่งตัวมารักษาต่อที่โรงพยาบาลกำแพงเพชร รับไว้ในหอรักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย แกร็บคะแนนความรู้สึกตัว E4V5M6 แขนขาซ้ายเกรด 0 แขนขาขวาเกรด 5 ความดันโลหิต 151/80 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 68 ครั้ง/นาที สม่่าเสมอ หายใจ 18 ครั้ง/นาที ค่าความเข้มข้นของออกซิเจน 99 เปอร์เซ็นต์ ผลเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมองพบ Progression of acute large hemorrhagic transformation in the large right MCA. A 0.7 cm midline shift to the left right ส่งปรึกษาแพทย์ศัลยกรรมประสาทร่วมดูแลไม่มีข้อบ่งชี้ในการผ่าตัด จึงได้รับการรักษาแบบประคับประคอง ระหว่างรับไว้ในความดูแลผู้ป่วยมีข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ได้แก่ 1. มีโอกาสเกิดภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงเนื่องจากเส้นเลือดสมองตีบร่วมกับเลือดออกในสมอง 2. ไม่สุขสบายเนื่องจากปวดศีรษะ 3. เสี่ยงต่อการอุดกั้นทางเดินหายใจและติดเชื้อระบบทางเดินหายใจจากความผิดปกติของการกลืน 4. ความสามารถในการดูแลตนเองลดลงเนื่องจากแขนขาซ้ายอ่อนแรง 5. เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานเนื่องจากการเคลื่อนไหวร่างกายบกพร่อง 6. ผู้ป่วยและญาติมีความเครียดและวิตกกังวลเนื่องจากสูญเสียสภาพลักษณะ บทบาทเปลี่ยนแปลงต้องพึ่งพาผู้อื่น 7. มีโอกาสกลับมารักษาซ้ำเนื่องจากขาดความรู้และการดูแลตนเองและความสามารถในการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน หลังให้การพยาบาลผู้ป่วยอาการทุเลา คะแนนความรู้สึกตัว E4V5M6 แขนขาข้างซ้ายเกรด 0 แขนขาข้างขวาเกรด 5 ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนขณะนอนโรงพยาบาล แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้ รวมวันนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล 8 วัน

สรุปผลกรณีศึกษา : ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะวิกฤตของโรคเลือดออกในสมอง แม้จะมีแขนขาซ้ายอ่อนแรงแต่สามารถทำกิจวัตรประจำวันบางส่วนได้ พยาบาลผู้ให้การดูแลจึงจำเป็นต้องมีทักษะความรู้ความชำนาญในการดูแลผู้ป่วย เพื่อประเมินและให้การพยาบาลผู้ป่วยได้รวดเร็วและทันเวลา

คำสำคัญ : การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ภาวะเลือดออกในสมอง

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย โรงพยาบาลกำแพงเพชร

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) หมายถึง ภาวะสมองขาดเลือดไปเลี้ยง จากการที่หลอดเลือดไปเลี้ยงสมองตีบ ตัน หรือแตก จนเกิดการทำลายเนื้อสมอง¹ จะทำให้เกิดอาการทางระบบประสาทซึ่งมักจะเกิดขึ้นอย่างทันทีทันใด ทำให้สูญเสียการควบคุมการทำงาน ของอวัยวะในร่างกาย ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เกิดจากการตีบของเส้นเลือดสมองเส้นใหญ่ middle cerebral artery ซึ่งเป็น เส้นเลือดที่เลี้ยงสมอง 2 ใน 3 ของสมองใหญ่ ทำให้มีพื้นที่สมองขาดเลือดเป็นบริเวณกว้าง มีโอกาสเกิดภาวะสมองบวมและเลือดออกในสมอง² ซึ่งจะทำให้ความดันในกะโหลกศีรษะสูงขึ้น ทำให้เกิดการกดเบียดสมอง โดยเฉพาะก้านสมองทำให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีโอกาสเสียชีวิตสูงหรือ มีความพิการหลงเหลืออยู่ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย ครอบครัว เศรษฐกิจและสังคม จากรายงานปี 2563 - 2565 พบอัตราการเกิด โรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลันต่อแสนประชากรอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป เท่ากับ 328.01, 330.22, 330.72 และพบอัตราการตายด้วย โรคหลอดเลือดสมองตีบและโรคหลอดเลือดสมองแตกร้อยละ 4.74, 4.89, 5.19 และ 26.65, 27.43, 27.58³ ตามลำดับ จะเห็นได้ว่าอัตราการ ตายยังอยู่ในเกณฑ์สูงและยังไม่มีแนวโน้มจะลดลงถึงแม้จะมีการพัฒนาระบบบริการโรคหลอดเลือดสมองที่ได้มาตรฐานมากขึ้น

ในผู้ป่วยที่มีภาวะสมองขาดเลือดเฉียบพลันพบว่ามีร้อยละ 10-15 เป็นหลอดเลือดสมองตีบและอุดตันในแขนงของหลอดเลือด middle cerebral artery⁴ ซึ่งเป็นการตีบของเส้นเลือดสมองเส้นใหญ่ ทำให้มีการสูญเสียหน้าที่ของสมองและเกิดความผิดปกติของ ร่างกายหลายด้าน การพยาบาลที่สำคัญแบ่งเป็น 3 ระยะคือ ระยะแรกโดยเฉพาะ 72 ชั่วโมงแรกพยาบาลมีส่วนสำคัญในการติดตามเฝ้า ระวังอาการผู้ป่วยเนื่องจากผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา อาจเกิดอาการสมองบวมหรือเลือดออกในสมอง ถ้าผู้ป่วยมีอาการ ทางระบบประสาทเลวลง มีความจำเป็นต้องปรึกษาศัลยแพทย์เพื่อพิจารณาผ่าตัดลดความดันในสมอง ระยะป้องกันภาวะแทรกซ้อน ผู้ป่วยกลุ่มนี้มักมีภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ เช่น ปอดอักเสบ แผลกดทับ ข้อติด⁵ จึงควรเฝ้าระวังและติดตามอาการแทรกซ้อนดังกล่าวซึ่ง อาจมีผลทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิต หรือเพิ่มอัตราการนอนผู้ป่วยมากขึ้น และการรักษาประคับประคอง เมื่อผู้ป่วยพ้นภาวะวิกฤตแล้ว พยาบาลมีส่วนในการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยและญาติในการดูแลผู้ป่วย⁶ รวมถึงส่งต่อเยี่ยมบ้านให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย ต่อไป

โรงพยาบาลกำแพงเพชร ปี 2563-2565 พบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบอุดตันเข้ารับการรักษาจำนวน 144, 200, 222 ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก จำนวน 211, 184, 165⁴ตามลำดับ อัตราการตายหลอดเลือดสมองตีบคิดเป็นร้อยละ 10.41, 4.5, 7.2⁷ และ อัตราการตายด้วยหลอดเลือดสมองแตกคิดเป็นร้อยละ 17.06, 20.65, 15.15⁷ ซึ่งจะเห็นได้ว่ามีจำนวนผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้นและอัตราการ ตายที่เพิ่มขึ้น โดยเฉพาะโรคหลอดเลือดสมองแตก สำหรับตีบอายุรกรรมชายโรงพยาบาลกำแพงเพชรเป็นหอผู้ป่วยที่รับผู้ป่วยทางด้าน อายุรกรรม รวมถึงผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ อุดตันและแตกไว้ในการดูแล ซึ่งจัดเป็นโรคหนึ่งในห้าโรคหลักของผู้มารับบริการ จาก ข้อมูลสถิติที่ผ่านมาในปี 2563-2565 พบจำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบและแตก จำนวน 150, 171, 144 ราย⁷ ตามลำดับ และอัตรา ตายคิดเป็นร้อยละ 14.66, 10.52, 6.54⁸ ตามลำดับ ในฐานะพยาบาลเป็นผู้ที่ต้องให้การดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด เพื่อประเมินอาการ เปลี่ยนแปลงของโรคหลอดเลือดสมอง ถ้าพยาบาลมีความรู้และทักษะในการปฏิบัติการพยาบาลสามารถประเมินและติดตามอาการได้อย่างมี มาตรฐานและทันที่ทั้งนี้ จะทำให้ลดอัตราการตายและความพิการของผู้ป่วยได้ อันส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วย การศึกษานี้มี วัตถุประสงค์เพื่อเป็นแนวทางในการให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบที่มีภาวะเลือดออกในสมองร่วมด้วย

กรณีศึกษา

ผู้ป่วยชายไทย อายุ 69 ปี สัญชาติไทย ศาสนาพุทธ

อาการสำคัญ

ส่งตัวมาจากโรงพยาบาลชาณุวรลักษบุรีด้วย ปวดศีรษะและกระบอกตามาก 1 วัน

ประวัติเจ็บป่วยปัจจุบัน:

20 วันลี้มนในห้องน้ำ หลังจากนั้นมีอาการแขนขาซ้ายอ่อนแรง ญาติพาไปรักษาที่โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ ผลเอกซเรย์ คอมพิวเตอร์สมองพบ Right Middle cerebral artery infarct ได้รับยา rt-PA หลังได้ยาระดับคะแนนความรู้สึกรู้ตัว E3V2M แขนขา ด้านซ้ายเกรด 0 ลิ้นแข็ง ส่งกลับโรงพยาบาลชาณุวรลักษบุรีเพื่อทำกายภาพ



7 วันโรงพยาบาลฯส่งผู้ป่วยมาโรงพยาบาลกำแพงเพชร เพื่อทำเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมองพบ Subacute infarction of Middle cerebral artery with hemorrhagic transformation ปรึกษาแพทย์ศัลยกรรมประสาท ให้เริ่มยาต้านเกร็ดเลือด วันที่ 18 กันยายน 2566 หลังจากนั้นส่งกลับไปรักษาต่อโรงพยาบาลนครสวรรค์ เพื่อพิจารณาให้ยาต้านการแข็งตัวของเลือด และทำกายภาพบำบัดต่อ

1 วันปวดศีรษะและกระบอกตามาก Pain score 10/10 ค่ะ แน่น ความรู้สึกตัว E4V5M6 แขนขาข้างขวาเกรด 5 แขนขาข้างซ้ายเกรด 0 Pupil 3 min สงสัยอาการทางระบบประสาทมากขึ้นจึงส่งตัวมารักษาต่อ

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต

ความดันโลหิตสูง 10 ปี ไชมันในเลือดสูง 10 ปี รับประทานยาลดไขมัน ยาปฏิชีวนะ แพ้ยาและสารเคมี ปฏิเสธสารเสพติด ดื่มสุรารวันละ 1 ก๊ก

การประเมินสภาพร่างกายตามระบบ

รูปร่างทั่วไป : รูปร่างค่อนข้างท้วม น้ำหนัก 69 กิโลกรัม ส่วนสูง 160 เซนติเมตร

สัญญาณชีพ : อุณหภูมิ 36.4 องศาเซลเซียส ชีพจร 68 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 151/80 มิลลิเมตรปรอท ค่าความเข้มข้นของออกซิเจน 99%

ระบบประสาท : รู้สึกตัวดี ถามตอบรู้เรื่อง พูดคุยได้ รับประทานอาหารที่ บุคคล ค่ะ แน่นความรู้สึกตัว E4V5M6

ผิวหนัง : ผิวสองสี ไม่มีจ้ำเลือด ไม่มีผื่น

ศีรษะและใบหน้า : ผมสั้นสีดำ ศีรษะไม่มีบาดแผล คลำไม่พบก้อน ตา 2 ข้างสมมาตรกัน มองเห็นปกติ ใบหูจมูก ปาก ลักษณะภายนอกปกติ

ทรวงอกและทางเดินหายใจ : ทรวงอกรูปร่างปกติสมมาตรกัน หายใจสม่ำเสมออัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที เสียงการหายใจปกติ

หัวใจและหลอดเลือด : การเต้นของหัวใจปกติ สม่าเสมอ อัตราการเต้นของหัวใจ 68 ครั้ง/นาที ไม่มีเส้นเลือดที่คอโป่งพอง

ช่องท้องและทางเดินอาหาร : บริเวณหน้าท้องกดไม่เจ็บ ไม่มีก้อน ไม่มีแข็งตึง

กล้ามเนื้อและกระดูก : โครงสร้างร่างกายปกติ แขนขาต้านขยับได้ปกติ เกรด 5 แขนขาต้านซ้ายยกไม่ได้เกรด 0

ระบบทางเดินปัสสาวะ : กระเพาะปัสสาวะไม่โป่งตึง สามารถขับถ่ายปัสสาวะได้ปกติ สีเหลืองใส

ระบบอวัยวะสืบพันธุ์ : เต้านมปกติ อวัยวะสืบพันธุ์ภายนอกปกติ

สภาพจิตใจ : สิ้นหัวใจตึงกังวล พูดคุยตอบคำถามได้ บางครั้งไม่ตอบ บอกว่าปวดศีรษะ

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

รายการ	วันที่ 12 กันยายน 2566	วันที่ 19 กันยายน 2566
BUN (mg/dL)	13.0	
Creatinine (mg/dL)	0.71	0.67
eGFR (ml/min)	96	98
Sodium (mmol/L)	135	138
Potassium (mmol/L)	4.0	3.8
Chloride (mmol/L)	101	97
WBC	11,100	12,300
Platelet Count	245,000	246,000
PT (sec)	11.70	
PTT (sec)	32.20	
INR	1.08	

ผลเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง

Progression of acute large hemorrhagic transformation in the large right MCA territory infarction area as described. A 0.7 cm midline shift to the left .right subfalcine herniation and impending right uncal herniation

วินิจฉัยโรค : Right Middle cerebral artery infarct with Hemorrhagic transformation

การดำเนินของโรคขณะรับไว้รักษา

วันที่ 12 กันยายน 2566 ส่งตัวมาจากโรงพยาบาลชุมชนด้วยปวดศีรษะมาก แกร็บและแน่นความรู้ตัว E4V5M6 แขนขาข้างขวาเกรด 5 ข้างซ้ายเกรด 0 บ่นปวดศีรษะมาก ความดันโลหิต 151/80 มิลลิเมตรปรอท ผลเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง พบ large hemorrhagic transformation in the large right MCA midline shift to the left ได้ส่งปรึกษาศัลยแพทย์ระบบประสาทไม่มีข้อบ่งชี้ในการผ่าตัด On Nicardipine 1:5 ควบคุมความดันโลหิตให้น้อยกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท รอส่งเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมองซ้ำในวันพรุ่งนี้เวลา 6.00 นาฬิกา

วันที่ 13 กันยายน 2566 02.30 นาฬิกา บ่นปวดศีรษะมาก Pain Score 10/10 ระดับความรู้ตัวคงเดิม แขนขาข้างขวาเกรด 4 ข้างซ้ายเกรด 0 รายงานแพทย์เลื่อนทำเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมองขอด่วน ผลไม่ต่างจากเดิม เวลา 10.00 นาฬิกา รายงานแพทย์ศัลยแพทย์ระบบประสาท ยังไม่มีข้อบ่งชี้ในการผ่าตัดให้ดูแลแบบประคับประคอง ให้งดยาต้านเกร็ดเลือด จนถึงวันที่ 26 กันยายน 2566

วันที่ 14 กันยายน 2566 ค่ะแน่นความรู้ตัว E4V5M6 แขนขาข้างขวาเกรด 5 ข้างซ้ายเกรด 0 หละปวดศีรษะ ประเมินการกลืนผ่าน แพทย์มีคำสั่งให้รับประทานอาหารอ่อน ผู้ป่วยสามารถรับได้โดยญาติช่วยป้อน ไม่มีสำลัก

วันที่ 15 กันยายน 2566 ค่ะแน่นความรู้ตัวคงเดิม สามารถลดยา Nicardipine ได้

วันที่ 16-19 กันยายน 2566 ส่งคนไข้ทำกายภาพตามโปรแกรมของนักกายภาพได้ อาการปวดศีรษะทุเลาลงหลับพักผ่อนได้

วันที่ 20 กันยายน 2566 ค่ะแน่นความรู้ตัว E4V5M6 แขนขาข้างขวาเกรด 5 ข้างซ้ายเกรด 0 ขณะนอนโรงพยาบาลไม่มีภาวะแทรกซ้อน ผู้ป่วยและญาติสามารถดูแลตนเองได้และได้เตรียมเตียงนอนไว้ให้ผู้ป่วยแล้ว แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้ รวมผู้ป่วยรักษาตัวในโรงพยาบาล 8 วัน

การวางแผนการพยาบาล

ระยะแรกเริ่ม

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1 มีโอกาสเกิดภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง (Increased Intracranial Pressure: IICP) เนื่องจากเส้นเลือดสมองตีบร่วมกับเลือดออกในสมอง

ข้อมูลสนับสนุน

1. ค่ะแน่นระดับความรู้สึกตัว E4V5M6 แขน-ขาข้างขวา เกรด 5 แขน ขาข้างซ้ายเกรด 0 Left Facial Palsy ความดันโลหิต 151/80 มิลลิเมตรปรอท

2. ผลตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง: acute large hemorrhagic transformation in the large right Middle cerebral artery infarct territory infarction A 0.7cm midline shift to the left right uncal herniation

วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง

เกณฑ์การประเมินผล

1. ระดับความรู้สึกตัวคงเดิม ไม่มีอาการ อาเจียนพุ่ง ปวดศีรษะ เกร็งกระดูก
2. Glasgow coma scale ไม่ต่ำกว่า 15 คะแนน
3. Motor power ดีขึ้นหรือไม่ลดลงจากเดิม
4. ความดันโลหิตอยู่ช่วง 90/60-139/90 มิลลิเมตรปรอท

กิจกรรมการพยาบาล

1. ชักประวัติ ตรวจร่างกาย ประเมินอาการแรกเริ่ม โดยใช้ CPG stroke ของโรงพยาบาลกำแพงเพชร
2. ประเมินอาการทางระบบประสาท ได้แก่ Glasgow coma score ทุก 1-2 ชั่วโมง หากระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลงมากกว่าหรือเท่ากับ 2 ให้รีบรายงานแพทย์ทันที ในผู้ป่วยรายนี้ มีคะแนน Glasgow coma score เท่ากับ 15 ตลอดการรักษา

3. ตรวจวัดและประเมินสัญญาณชีพ ทุก 1/2 - 1 ชั่วโมง เพื่อเฝ้าระวังความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง เพื่อให้การช่วยเหลือที่ทันเวลา ในผู้ป่วยรายนี้มีภาวะหลอดเลือดสมองซีกขวาตีบและมีการเคลื่อนของแกนกึ่งกลางของสมอง มีโอกาสเกิดภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง อาการของผู้ป่วยรายนี้คือ มีอาการปวดศีรษะมาก ความดันโลหิตแรกเริ่ม 151/80 มิลลิเมตรปรอท แพทย์มีคำสั่งให้ยาลดความดันโลหิต Nifedipine 1:5 rate 5-75 cc/hr. โดยให้ติดตามทุก 15 นาที ในช่วงแรก จากนั้น ทุก 1 hr และติดตามภาวะข้างเคียงของยา เช่น ใจสั่น หน้าแดง หัวใจเต้นช้า มึนงง ปวดกล้ามเนื้อ

4. ดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง โดยติดตามค่าความเข้มข้นของออกซิเจนให้มากกว่า 94% เพื่อให้สมองได้รับอย่างเพียงพอ ป้องกันไม่ให้เนื้อสมองขาดออกซิเจนและลดความเสียหายต่อสมอง ในผู้ป่วยรายนี้ค่าความเข้มข้นของออกซิเจนตลอดการรักษา 97-99%

5. จัดทำให้ผู้ป่วยนอนศีรษะสูง 30 องศา รักษาแนวศีรษะและลำตัวให้อยู่ในแนวตั้งตรง ในผู้ป่วยรายนี้มีปัญหาเลือดออกในสมองร่วมด้วย การนอนศีรษะสูงจะทำให้เลือดไหลกลับสู่หัวใจได้ดีขึ้นลดภาวะสมอง

6. หลีกเลี่ยงการขยับสะโพกมากกว่า 90 องศา เนื่องจากจะทำให้มีการคั่งของเลือดในช่องท้องทำให้แรงดันในช่องท้องสูงเป็นผลให้แรงดันช่องอกสูงขึ้นด้วย มีผลไปขัดขวางการไหลกลับของเลือดดำจากศีรษะ

7. วัดและติดตามอุณหภูมิในร่างกายทุก 4 ชั่วโมง กรณีอุณหภูมิมากกว่า 37.5 องศาเซลเซียส ควรพิจารณาให้ยาลดไข้ตามแผนการรักษาและเช็ดตัวลดไข้ จากการศึกษาพบว่าเมื่ออุณหภูมิร่างกายสูงขึ้นจะมีผลทำให้มีการเพิ่มขึ้นของการเผาผลาญพลังงานของสมอง ส่งเสริมให้เกิดภาวะสมองบวม¹ ในผู้ป่วยรายนี้ตลอดการรักษาอุณหภูมิ อยู่ในช่วง 36.4-37.0 องศาเซลเซียสตลอดแผนการรักษา

8. ดูแลให้สารน้ำ 0.9% Normal saline 40-80 cc/hr โดยสารน้ำที่ใช้จะต้องไม่ทำให้น้ำเข้าไปในเนื้อสมองมากนัก เพราะจะยิ่งทำให้สมองบวมขึ้น โดยพยาบาลผู้ดูแลจะต้องติดตามอาการขณะได้สารน้ำ เช่น ฟังเสียงปอด ติดตามน้ำเข้าและออก เพื่อประเมินภาวะน้ำเกิน ในผู้ป่วยรายนี้มีสมองขาดเป็นบริเวณกว้างอาจเกิดภาวะสมองบวมได้หากได้รับสารน้ำมาก

9. ติดตามระดับน้ำตาลในร่างกาย โดยเจาะระดับน้ำตาลปลายนิ้ว ทุก 8 ชั่วโมงเพื่อติดตามระดับน้ำตาลในเลือดรักษาระดับ 80-140 mg% เนื่องจากภาวะน้ำตาลที่ต่ำเกินไปจะทำให้เกิดความเสียหายต่อสมองและน้ำตาลที่สูงเกินไปจะเกิดกรดในเนื้อเยื่อสูงขึ้นเกิดภาวะสมองบวมตามมา แรกเริ่มระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วย 175 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ แพทย์มีแผนการรักษาให้ติดตามทุก 8 ชั่วโมง ระดับน้ำตาลลดลงเหลือ 115 mg%

10. เตรียมอุปกรณ์ใส่ท่อช่วยหายใจหาก Glasgow coma score น้อยกว่าหรือเท่ากับ 8 ในผู้ป่วยรายนี้จัดให้อยู่ในเตียง 2 ซึ่งอยู่ใกล้เคาน์เตอร์ พยาบาลสามารถมองเห็นได้ชัดเจน

11. แนะนำญาติผู้ป่วยสังเกตอาการผิดปกติ เช่น ปวดศีรษะมากขึ้น ปากเบี้ยว แขน-ขาอ่อนแรงเพิ่มมากขึ้น ชีวมลง หดสติ หากมีอาการให้รีบแจ้งเจ้าหน้าที่ทันที

ประเมินผล

1. ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ไม่มีอาการ อาเจียนพุ่ง ปวดศีรษะ เกร็งกระตุก
2. Glasgow coma scale ตลอดการรักษา 15 คะแนน
3. Motor power แขนขาข้างขวาเกรด 5 แขนขาข้างซ้ายเกรด 0 เท่าเดิม
4. สามารถลดยา Nifedipine ได้วันที่ 15 กันยายน 2566 ความดันโลหิตก่อนกลับบ้าน 141/60 มิลลิเมตรปรอท

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2 ไม่สุขสบายเนื่องจากปวดศีรษะ

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยบอกว่าปวดศีรษะมาก นอนไม่หลับ อยากได้ยาแก้ปวด ใช้ม็อกูมศีรษะข้างขวาตลอด สีหน้าไม่สุขสบาย Pain score 10/10
2. ความดันโลหิต 151/80 มิลลิเมตรปรอท

วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ป่วยทุเลาจากอาการปวดศีรษะ

เกณฑ์การประเมินผล

1. Pain score น้อยกว่า 3 คะแนน
2. หลับพักผ่อนได้

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินภาวะปวดโดยใช้ pain score โดยบันทึกลักษณะ อาการปวด ความรุนแรง และความถี่ของการปวด
2. ขออนุญาตผู้ป่วยก่อนให้การพยาบาล แจ้งเหตุผลของกิจกรรมการพยาบาล และให้การพยาบาลด้วยความนุ่มนวล เพื่อลดภาวะเครียดและวิตกกังวล อันส่งเสริมอาการปวดให้เพิ่มขึ้น
3. จัดทำนอนศีรษะสูงและทำนอนให้อยู่ในท่าที่สุขสบาย
4. สอนทักษะการผ่อนคลาย เพื่อบรรเทาอาการ เช่น การหายใจเข้าออกลึก ๆ ซ้ำ ๆ การทำสมาธิ เพื่อส่งเสริมการผ่อนคลาย ลดสิ่งเร้าทางอารมณ์ ชวนผู้ป่วยและญาติพูดคุยเพื่อเบี่ยงเบนความสนใจ
5. จัดกิจกรรมการพยาบาลให้อยู่ช่วงเวลาเดียวกัน ไม่รบกวนผู้ป่วยขณะพักผ่อน นอนหลับ
6. ดูแลให้ยาแก้ปวด Dynastat 40 mg โดยสังเกตอาการข้างเคียงของยา ได้แก่ปวดศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน ปวดท้อง ท้องเสีย ในผู้ป่วยรายนี้หลังได้ยาไม่พบอาการข้างเคียงของยา

ประเมินผล

1. หลังให้การพยาบาล Pain score ลดลง 4/10
2. สิ้นหน้สุขสบาย จากการสังเกตผู้ป่วยสามารถหลับได้นานขึ้น ไม่กระสับกระส่าย

ระยะต่อเนื่อง

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 3 เสี่ยงต่อการอุดกั้นทางเดินหายใจและติดเชื้อระบบทางเดินหายใจจากความผิดปกติของการกลืน

ข้อมูลสนับสนุน

- ใบหน้าซีดช้ำอ่อนแรง ลิ้นแข็งไปด้านซ้าย พูดไม่ชัดลิ้นแข็ง

จุดประสงค์

- ไม่เกิดภาวะปอดอักเสบจากจากสำลัก

เกณฑ์การประเมินผล :

1. กลืนได้ไม่สำลัก
2. อัตราการหายใจ 16-20 ครั้ง/นาที ค่าความเข้มข้นของออกซิเจนมากกว่า 94%
3. อุณหภูมิร่างกายอยู่ในช่วง 36.5-37.5 องศาเซลเซียส

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินการกลืนของผู้ป่วยตามหลักTOR - BSST (The Toronto Bedside Swallowing Screening Test) ในผู้ป่วยรายนี้ประเมินการกลืนผ่าน
2. เมื่อเริ่มรับประทานอาหารจัดทำทางให้เหมาะสม คือให้เป็นท่านั่งตัวตรงคางขนานกับพื้น ศีรษะสูง 45-90 องศา และหลังรับประทานอาหารควรนั่งอยู่ประมาณ 30 นาที เพื่อป้องกันสำลัก อาหารที่แนะนำคืออาหารเหลว น้อยหรือโจ๊ก และควรป้อนอาหารด้านขวาเนื่องจากข้างซ้ายอ่อนแรง ให้ก้มหน้า เอียงคอไปด้านใดด้านหนึ่งขณะกลืนเพื่อให้กลืนได้ง่าย ในผู้ป่วยรายนี้สามารถจัดท่านั่งได้ 45 องศา รับประทานอาหารต้มและโจ๊กได้ไม่มีไอ หรือน้ำไหลจากมุมปาก
3. สอนการรักษาความสะอาดช่องปากและฟัน โดยใช้ไม้พ่นน้ำสัฟเซ็ดน้ำเกลือทำความสะอาดช่องปากเข้า-เย็นเพื่อเพิ่มการรับรสของอาหารและเพื่อช่วยลดการสะสมของแบคทีเรียในช่องปากซึ่งจะช่วยลดโอกาสการเกิดปอดอักเสบได้
4. สังเกตอาการขณะให้อาหารถ้ามีอาการไอ เสียงแหบ หายใจสั้นตื้น ค่าความเข้มข้นของออกซิเจนลดลง ให้หยุดให้อาหารและรายงานแพทย์ทันที
5. ฝึกออกกำลังกล้ามเนื้อของปาก ลิ้น ขากรรไกร และฝึกให้มีการทำงานอย่างประสานกัน ในผู้ป่วยรายนี้มีมือข้างขวาใช้การได้สามารถนำมาใช้นวดแก้มได้ และผู้ป่วยสามารถส่งเสียง อา ไอ อี อุ ได้

ประเมินผล

1. ประเมินการกลืนผ่าน ผู้ป่วยสามารถรับประทานอาหารและอาหารอ่อนได้ไม่มีสำลักแต่ต้องให้ช้า ๆ
2. อัตราการหายใจ 16-18 ครั้ง/นาที ค่าความเข้มข้นของออกซิเจน 97-100 % ไม่มีไอ

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 4 ความสามารถในการดูแลตนเองลดลงเนื่องจากแขนขาซ้ายอ่อนแรง

ข้อมูลสนับสนุน

1. ไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ นอนบนเตียงตลอด Barthel index of activity of daily living เท่ากับ 4 จาก 25 Modifile ranging scale = 5 คือ มีภาวะติดเตียง
2. ประเมินกำลังของแขน - ขา ด้านซ้ายเกรด 0

จุดประสงค์

- ผู้ป่วยสามารถฝึกการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เพิ่มมากขึ้น

เกณฑ์การประเมินผล

1. สามารถช่วยเหลือตนเองได้มากขึ้น เช่น เปลี่ยนท่าลุกนั่งบนเตียง รับประทานอาหารได้ ทำกายภาพด้วยตนเองได้
2. คะแนน Barthel index of activity of daily living คงเดิมหรือดีขึ้น

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินอาการทางระบบประสาทและประเมินความสามารถของผู้ป่วยในการทำกิจวัตรประจำวัน ผู้ป่วยมีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหวมากน้อยเพียงใด
2. สอนญาติและผู้ป่วยให้ทำกิจวัตรประจำวันอย่างเป็นขั้นตอนและเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ ตามความสามารถ เช่นการรับประทานอาหาร ลุกนั่งได้ด้วยตนเอง
3. แนะนำฝึกให้ผู้ป่วยทำกายภาพบำบัดโดยเริ่มจากท่าที่ง่ายและมีความจำเป็นก่อนและให้ญาติมีส่วนช่วยผู้ป่วยบางขั้นตอน เช่นให้ผู้ป่วยประสานมือ 2 ข้างเข้าด้วยกันเหยียดข้อศอกตรง แขนแนบหู และให้ผู้ป่วยมองตามมือทั้ง 2 ข้างขณะทำ แล้วยกแขนลง ให้ฝึกบ่อย ๆ อย่างน้อย 20-30 ครั้งต่อวัน
4. จัดอุปกรณ์เครื่องใช้ของผู้ป่วย เช่น แก้วน้ำ กระจกชำระ และเครื่องใช้ในการทำกิจวัตรประจำวันที่เป็นให้มองเห็นและหยิบจับได้ง่าย โดยวางไว้ด้านอ่อนแรง เพื่อกระตุ้นให้ผู้ป่วยสนใจส่วนของร่างกายที่อ่อนแรง
5. กระตุ้นให้ผู้ป่วยทำกิจกรรมและออกกำลังกายตามแนวทางการดูแลแบบ Intermediate Care ของนักกายภาพบำบัด
6. สอนแนะนำให้ญาติได้ช่วยให้ผู้ป่วยพลิกตะแคงตัว และจัดท่านอนเตียงไม่นอนทับข้างที่อ่อนแรงนาน ๆ ควรเปลี่ยนท่าทุก 2 ชั่วโมง

ประเมินผล

1. ผู้ป่วยสามารถพยุงตัวเองลุกนั่งได้โดยใช้แขนข้างซ้ายเป็นตัวช่วยพยุงลุกขึ้น มีเสียงขาข้างแต่มีญาติช่วยพยุง
2. ผู้สามารถจับแก้วน้ำด้วยมือขวา ใช้หลอดดูดน้ำได้ไม่ลำบาก แต่ยังไม่รับประทานอาหารเองไม่ได้
3. ผู้ป่วยสามารถใช้มือข้างขวาช่วยจับแขนซ้ายออกก้างกายได้ ขาขวาไม่สามารถช่วยขาซ้ายในการออกก้างกายได้
4. ผลการประเมิน Barthel index of activity of daily living จาก 4 คะแนน เป็น 8 คะแนน

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 5 เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน จากการนอนนานเนื่องจากการเคลื่อนไหว ร่างกายบวมพร่อง

ข้อมูลสนับสนุน

1. นอนอยู่บนเตียงตลอดเวลาช่วยเหลือตัวเองได้น้อย
2. ไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ แขน ขาข้างขวาเกรด 5 แขนขาด้านซ้ายเกรด 0
3. Braden for predicting pressure sore = 14: moderate risk

วัตถุประสงค์การพยาบาล

ผู้ป่วยปลอดภัยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ จากการเคลื่อนไหวบวมพร่อง

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผิวหนังไม่มีแผลจากการกดทับ
2. ไหล่ไม่บวม ไม่ปวด เคลื่อนไหวข้อไหล่ได้
3. ไม่เกิดภาวะหลอดเลือดอุดตันอวัยวะส่วนปลาย

กิจกรรมการพยาบาล

1. ตรวจสอบผิวหนังและสอนญาติให้ช่วยประเมินผู้ป่วยโดยเฉพาะบริเวณปุ่มกระดูก ดูว่ามีรอยแดง สีผิดปกติ มีฟองบริเวณหลัง ก้น และสันเท้าหรือไม่
2. ช่วยนวดและสอนญาติ บริเวณปุ่มกระดูกต่าง ๆ ทุกครั้งที่พลิกตัว ช่วยเปลี่ยนท่า เพื่อรักษาความสะอาด ของผิวหนังอย่าให้ชื้นแฉะหรือแห้งเกินไป และเปลี่ยนอิริยาบถอย่างน้อยทุก 2 ชั่วโมง
3. จัดท่าทางของแขนให้อยู่ในท่าปกติ ระวังระดับช่วงข้อที่อ่อนแรงให้วางในท่าที่ไม่ผิดรูปหลีกเลี่ยงท่าห้อยแขนข้างที่อ่อนแรง แนะนำให้ใช้ผ้าคล้องไหล่เวลาผู้ป่วยนั่ง ญาติสามารถใช้ผ้าคล้องไหล่ได้ถูกต้องโดยเฉพาะทำนั่ง
4. ขณะออกกำลังกายหรือเคลื่อนไหว ต้องประคับประคองข้างที่อ่อนแรง ไม่ดึงรั้งแขนข้างที่อ่อนแรง
5. สังเกต Neuro-vascular sign ของขาทั้ง 2 ข้างเป็นระยะๆ ได้แก่ pulse, cyanosis, edema เปรียบเทียบกัน หากมีอาการเปลี่ยนแปลงที่ผิดปกติ รายงานแพทย์ทันที

ประเมินผลการพยาบาล

1. ไม่พบแผลกดทับ
2. ไม่มีข้อยึดติดและไหลเคลื่อน สามารถฝึกออกกำลังกายได้ด้วยตนเอง
3. ชีพจรปลายเท้าที่ Dorsalispedis pulse และที่ Posterior tibiapulse คล่าชีพจรได้สม่ำเสมอเท่ากันดีทั้ง 2 ข้าง อัตราชีพจร 64-84 ครั้ง/นาที อุณหภูมิที่ปลายเท้า 2 ข้างอุ่นเท่ากัน ไม่มีอาการปลายเท้าซีดคล้ำ

ระยะที่ 3 การพยาบาลระยะก่อนจำหน่ายกลับบ้าน

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 6 ผู้ป่วยและญาติมีความเครียดและวิตกกังวลเนื่องจากสูญเสียภาพลักษณ์
บทบาทเปลี่ยนแปลงต้องพึ่งพาผู้อื่น

ข้อมูลสนับสนุน

1. ญาติมักจะถามอาการของผู้ป่วยว่าเป็นอย่างไรบ่อย ๆ จะดีขึ้นหรือไม่ ข้างที่อ่อนแรงจะยกได้หรือไม่
2. ผู้ป่วยและญาติมีสีหน้า วิตกกังวล บางครั้งไม่ยอมยกและพูดคุยกับบุคคลอื่น
3. ก่อนป่วยผู้ป่วยมีอาชีพรับจ้างสามารถทำงานหาเลี้ยงตนเองและครอบครัวได้เฉลี่ยวันละ 300 บาท การเจ็บป่วยทำให้เสียบทบาทในการช่วยเหลือครอบครัว

วัตถุประสงค์การพยาบาล

ผู้ป่วยและญาติ คลายความวิตกกังวล มีความรู้ ความเข้าใจ สามารถปรับตัวให้เข้ากับสภาพ มีพฤติกรรมปฏิบัติสัมพันธ์กับบุคคลอื่นได้เหมาะสม

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยและญาติสีหน้าคลายความวิตกกังวล ให้ความร่วมมือในกิจกรรมการดูแล
2. ญาติเข้าใจแผนการรักษาและบอกวิธีการดูแลฟื้นฟูสภาพและช่วยเหลือกิจวัตรประจำวัน

กิจกรรมการพยาบาล

1. สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับญาติและผู้ป่วยโดยพูดคุยด้วยท่าทางที่อ่อนโยน ให้ความเป็นกันเองเพื่อให้เกิดความคุ้นเคย และไว้วางใจให้การพยาบาลโดยใช้เทคนิคการสัมผัส ร่วมรับฟังปัญหาที่ผู้ป่วยระบายให้ฟังอย่างสนใจ
2. ประเมินและวิเคราะห์การรับรู้ของผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับโรคและอาการที่เป็น เพื่ออธิบายสภาพของผู้ป่วย และแนวทางการรักษาให้ญาติรับรู้เพื่อวางแผนร่วมกันในการฟื้นฟูสภาพดูแลระดับประคองด้านจิตใจและอารมณ์
3. จัดเวลาให้ผู้ป่วย ญาติ และแพทย์ ได้พูดคุยถึงแนวทางการรักษา และสิ่งที่ต้องการทราบหรือสงสัย เพื่อให้ญาติได้เข้าใจถึงสภาพการเจ็บป่วยของผู้ป่วย
4. อธิบายกระบวนการดำเนินของโรค แผนการรักษา และวิธีการดูแลผู้ป่วยเป็นระยะ ให้ญาติมีส่วนร่วม ร่วมในการกำหนดแผนการรักษา การวางแผนการจำหน่าย และการเตรียมความพร้อมในการดูแลที่บ้าน โดยให้ข้อมูลซ้ำ ๆ เป็นระยะ ๆ จนเข้าใจ ยอมรับ การเจ็บป่วยและการรักษาพยาบาลได้

ประเมินผลการพยาบาล

1. ผู้ป่วยและญาติลดความวิตกกังวล สีหน้าคลายกังวล ให้ความร่วมมือในการการฝึกกายภาพ การช่วยเหลือ กิจกรรมประจำวัน
2. ญาติสามารถช่วยเหลือกิจกรรมประจำวันผู้ป่วยเช่นเช็ดตัว ป้อนอาหาร กายภาพได้คล่องขึ้น

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 7 มีโอกาสกลับมารักษาซ้ำเนื่องจากขาดความรู้และการดูแลตนเองที่บ้าน
และความสามารถในการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน

ข้อมูลสนับสนุน

ญาติบอกต้องกลับไปดูแลคนไข้คนเดียว ลูกอยู่คนละบ้าน ไม่เคยดูแลคนไข้โรคหลอดเลือดสมองมาก่อน ไม่แน่ใจจะดูแลได้หรือไม่ คุณหมอคณะพยาบาลสอนอะไรจำไม่ค่อยได้

วัตถุประสงค์ : ญาติมีความรู้ความสามารถในการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยและญาติมีความรู้และความสามารถในการดูแลผู้ป่วยได้เมื่อกลับบ้าน
2. ญาติเข้าใจเกี่ยวกับอาหารเฉพาะโรคของผู้ป่วย การทำกายภาพ และสังเกตอาการผิดปกติได้
3. ผู้ป่วยและญาติเข้าใจและเห็นความสำคัญของการมาตรวจตามนัด

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินความรู้ความสามารถของญาติในการดูแลเมื่อกลับบ้าน
2. สอนและแนะนำวิธีการปฏิบัติตนแก่ผู้ป่วยและญาติ ให้ทราบถึงปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรค เพื่อให้สามารถปรับตัวในการดำเนินชีวิตประจำวันได้ตามปกติ ดังนี้
 - แนะนำงดอาหารมันและเค็ม กาแฟ เนื่องจากผู้ป่วยชอบรับประทานอาหารเค็ม อาหารมันโดยเฉพาะหมูสามชั้น และดื่มกาแฟผสมครีมเทียม
 - รับประทานยาตามแพทย์สั่งอย่างเคร่งครัด งดซื้อสมุนไพรและอาหารเสริมมารับประทานเอง
 - แนะนำให้ผู้ป่วยนอนบนเตียงที่มีไม้กั้นเตียงป้องกันอุบัติเหตุ โดยให้ติดต่อกับสถานพยาบาลใกล้บ้าน
 - หากมีอาการผิดปกติ เช่น มีอาการปวดศีรษะมาก มีอาการตาพร่ามัวมองไม่เห็น มีอาการชักเกร็ง กระตุก แขนขาอ่อนแรง ซึมลง เป็นต้น ให้มาพบแพทย์ทันที
 - แนะนำให้มาตรวจตามนัดพบแพทย์อายุรกรรมและแพทย์ศัลยกรรมประสาท
 - แนะนำสถานพยาบาลใกล้บ้านให้ผู้ป่วยและญาติรับบริการเมื่อเกิดอาการผิดปกติ และแจ้งให้ทราบว่าส่งอาการผู้ป่วยให้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลใกล้บ้านเพื่อติดตามเยี่ยมบ้าน แนะนำเบอร์โทร 1669 เมื่อเกิดเหตุฉุกเฉิน

ประเมินผล

ญาติมีความรู้ ความเข้าใจเพิ่มมากขึ้นเกี่ยวกับการดูแลต่อเองที่บ้าน มีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น แจ้งว่าบุตรสาวไปติดต่อโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลได้เตียงนอนสำหรับคนไข้มานั่งไว้ใช้ที่บ้านแล้ว

สรุปกรณีศึกษา

ผู้ป่วยชายไทย อายุ 69 ปี มาโรงพยาบาลด้วยปวดศีรษะและกระบอกตามาก 1 วันก่อนมา แรกรับคะแนนระดับความรู้ตัว E4V5M6 แขนขาซ้ายเกรด 0 แขนขวาวาเกรด 5 ผลเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมองพบ Progression of acute large hemorrhagic transformation in the large right MCA territory infarction ได้ส่งปรึกษาแพทย์ศัลยกรรมประสาท ร่วมดูแลไม่มีข้อบ่งชี้ในการผ่าตัดรักษาแบบประคับประคอง ขณะนอนโรงพยาบาลผู้ป่วยอาการปวดศีรษะทุเลาลง ไม่มีอาการของภาวะอาการฉุกเฉินทางระบบประสาทเพิ่มขึ้น ไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากโรค ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคที่เป็น หลังจากได้ข้อมูลและได้รับคำแนะนำผู้ป่วยและญาติคลายความวิตกกังวล มีความเข้าใจอาการและอาการแสดงของโรครวมทั้งแนวทางการดูแลรักษา รวมวันนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล 8 วัน

วิจารณ์และข้อเสนอแนะ

ผู้ป่วยกรณีศึกษานี้มีปัญหาโรคหลอดเลือดสมองตีบจากเส้นเลือดใหญ่ middle cerebral artery ที่ไปเลี้ยงสมอง ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีความเสียหายของสมองบริเวณกว้าง มีผลทำให้เกิดอาการทางสมองที่รุนแรง เกิดภาวะเลือดออกในสมอง การพยาบาลจะแตกต่างจากโรคหลอดเลือดสมองตีบจากเส้นเลือดเล็ก ๆ เนื่องจากมีโอกาสเกิดระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนจากภาวะสมองบวม พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการประเมินอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย การประเมินที่รวดเร็วจะทำให้การช่วยเหลือผู้ป่วยได้ทันทั่วทั้ง การพยาบาลผู้ป่วยควรให้การพยาบาลตามมาตรฐานครอบคลุมองค์รวมและควรมีการพัฒนาสมรรถนะของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ทันต่อการเปลี่ยนแปลงของโรคที่มีความซับซ้อนมากขึ้น

สรุป

ผู้ป่วยกรณีศึกษามีอาการเปลี่ยนแปลงการดำเนินของโรคหลอดเลือดสมองจากเส้นเลือดสมองขนาดใหญ่ขาดเลือด ทำให้มีความเสียหายของสมองเป็นพื้นที่กว้างมีผลทำให้เกิดเลือดออกในสมอง การดำเนินของโรคทำให้ผู้ป่วยมีภาวะสมองบวมมีอาการนำของภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง คือ ปวดศีรษะมากและความดันโลหิตสูง ได้ปรึกษาศัลยแพทย์มีความเห็นว่าการผ่าตัดมีผลเสียมากกว่าผลดี เนื่องจากผู้ป่วยมีอายุมากจึงแนะนำให้รักษาแบบประคับประคอง หลังจากแพทย์ให้การรักษาและให้การพยาบาลจนพ้นภาวะวิกฤตแล้ว การส่งเสริมฟื้นฟูในผู้ป่วยรายนี้เป็นสิ่งสำคัญมากเนื่องจากผู้ป่วยมีความพิการหลงเหลืออยู่มากจัดอยู่ในภาวะพึ่งพิง ได้ส่งผู้ป่วยปรึกษาแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู ผู้ป่วยและญาติให้ความร่วมมือในการฟื้นฟูและสามารถช่วยเหลือตัวเองได้มากขึ้น ไม่มีภาวะแทรกซ้อนขณะนอนโรงพยาบาล ส่วนระยะจำหน่ายได้ให้ความรู้และส่งเสริมบ้าน เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีการดูแลตนเองที่ดี เพื่อลดปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้อาการกำเริบซ้ำ ช่วยให้ผู้ป่วยปรับตัวสามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีคุณภาพ

เอกสารอ้างอิง

1. กัณฑ์พร ยอดไชย, ทิพนามาส ชินวงศ์, เฟลินพิศ ฐานิวัฒน์นนท์. การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุทางอายุรศาสตร์ 2 เล่ม 2. สงขลา: มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2561.
2. อรุณา ชูติเนตร, นิจศิริ ชาญณรงค์. Neuroscience 1. กรุงเทพฯ: คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2562.
3. สมศักดิ์ เทียมเก่า. อุบัติการณ์โรคหลอดเลือดสมองประเทศไทย. วารสารประสาทวิทยาแห่งประเทศไทย. 2566;39(2):39-46.
4. ดวงพล ศรีมณี. ความสัมพันธ์ระหว่าง Hyperdense ที่แขนงของหลอดเลือด Middle Cerebral Artery กับผลการรักษาที่ไม่ดีในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบเฉียบพลันที่ได้รับการรักษาด้วย Recombinant Tissue Plasminogen Activate. วารสารประสาทวิทยาแห่งประเทศไทย. 2559.;32(4):1-13.
5. ศรีธยา ไชยิตะมงคล, มั่นนชยา กองเมืองปัก, กฤณา ชูกิจ, วันเพ็ญ ภิญโญภาสกุล. การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสู่ผลลัพธ์ที่เป็นเลิศทางการพยาบาล. กรุงเทพฯ: คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล; 2564.
6. จิราวรรณ เนียมชชา. ผลของโปรแกรมการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันต่อการเกิดการสำลักและปอดอักเสบในโรงพยาบาล. วารสารพยาบาลและการดูแลสุขภาพ. 2560;35(4):167-75.
7. งานศูนย์ข้อมูลคุณภาพ กลุ่มภารกิจด้านพัฒนาระบบบริการสุขภาพ. รายงานประจำปี 2563-2565 โรงพยาบาลกำแพงเพชร. [online]. [เข้าถึงเมื่อ 20 กันยายน 2566]. Available from : <https://www.kph.go.th/html/index.php/service-reportcat-menu/4484-รายงานประจำปี>.
8. สาทิต คุระทอง, ธนันดา ตระการนิช, วรางคณา มั่นสกุล, สุภัทศรี เศรษฐสินธุ์, กิตติศักดิ์ ผลถาวรกุลชัย. ตำราอายุรศาสตร์ 1. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยนวมินทราชินราช; 2561.



Nursing Care for Patients with Heart Failure from Acute Myocardial Infarction : A Case Study

Yuwadee Piluek, B.N.S*

Abstract

Introduction : Heart failure from acute myocardial infarction is a significant health issue today due to its high mortality rate. Patients have a high rate of readmissions and decreased quality of life. This affects their physical, mental, social and emotional aspects making them unable to live a normal life. Prompt, accurate, and appropriate nursing care is crucial to ensure patient safety, reduce mortality rates, prevent complications, and improve overall quality of life.

Objectives : To provide effective nursing care for patients with heart failure from acute myocardial infarction.

Case Study : A 75-year-old Thai woman was admitted for treatment in the female medical ward. She was referred from the county hospital and presented with chest pain, dyspnea, inability to lie flat, respiratory rate of 40 breaths per minute, heart rate of 126 beats per minute, and oxygen saturation of 92%, ET tube intubation. She was diagnosed with heart failure from acute myocardial infarction. There were three stages of nursing problems encountered. I. Critical stage: 1. Insufficient blood supply sent to tissues due to a decrease in the amount of blood pumped out of the heart per minute. 2. Risk of hypoxia due to ineffective breathing pattern. 3. Chest pain due to lack of blood supply to the heart. II. Continuous period: 1. Risk of arrhythmias due to having hypokalemia. 2. Risk of complications from using a ventilator. 3. Having a urinary tract infection. 4. Impairment in daily activities due to fatigue and limited movement. 5. Patient and family were worried due to the critical illness. III. Discharge planning stage: 1. Patient and family lacked knowledge and readiness for patient care when returning home. After receiving the nursing care, the patient was safe from the heart failure and acute myocardial infarction. She now breathes spontaneously without the need for oxygen, exhibits no signs of dyspnea, and shows no symptoms of chest pain. The patient has been discharged home. The total length of hospital stay was 6 days. The patient was followed up, received continuous treatments, and did not re-admit to the hospital.

Conclusion : The patient was safe from heart failure following the acute myocardial infarction. The nurses possess the knowledge and skills, include applying nursing process to care for both the patient and the family by integrating holistic nursing practices with the interdisciplinary team. These resulted in the patient's safety, crisis resolution, reduced mortality risk, prevention of complications, shortened hospital stays, and an improved quality of life.

Keywords : Nursing care for acute myocardial infarction patients, Heart failure

*Registered nurse, Professional Level, Female Medical Ward, Kamphaeng Phet Hospital

การพยาบาลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว จากกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน : กรณีศึกษา

ยุวดี พิธิ์ก, พย.บ.*

บทคัดย่อ

บทนำ : ภาวะหัวใจล้มเหลวจากกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ถือเป็นปัญหาสุขภาพที่มีความสำคัญอย่างยิ่งในปัจจุบัน เนื่องจากเป็นภาวะโรคที่มีอัตราการเสียชีวิตสูง ผู้ป่วยมีอัตราการกลับเข้ารับรักษาตัวซ้ำในโรงพยาบาลบ่อยครั้ง มีคุณภาพชีวิตลดลง ส่งผลกระทบทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถดำรงชีวิตได้อย่างปกติ การดูแลรักษาพยาบาลที่ถูกต้อง รวดเร็ว เหมาะสม จะทำให้ผู้ป่วยปลอดภัย ลดอัตราการเสียชีวิต ไม่มีภาวะแทรกซ้อน และมีคุณภาพชีวิตที่ดี

วัตถุประสงค์ : เพื่อให้การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวจากกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันอย่างมีประสิทธิภาพ

กรณีศึกษา : หญิงไทย อายุ 75 ปี เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง โดยส่งต่อมาจากโรงพยาบาลชุมชนด้วยอาการเจ็บแน่นหน้าอก เหนื่อยหอบ นอนราบไม่ได้ อัตราการหายใจ 40 ครั้งต่อนาที ชีพจร 126 ครั้งต่อนาที ค่าความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือดปลายนิ้ว 92% ใส่ท่อช่วยหายใจ ได้รับการวินิจฉัยเป็นภาวะหัวใจล้มเหลวจากกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ปัญหาทางการพยาบาลที่พบ มี 3 ระยะ คือ ระยะวิกฤต 1. เนื้อเยื่อได้รับเลือดไปเลี้ยงไม่เพียงพอจากปริมาณเลือดฉีดออกจากหัวใจในหนึ่งนาทีลดลง 2. เสี่ยงต่อภาวะพร่องออกซิเจนเนื่องจากรูปแบบการหายใจไม่มีประสิทธิภาพ 3. เจ็บแน่นหน้าอกเนื่องจากหัวใจขาดเลือดไปเลี้ยง ระยะต่อเนื่อง 1. เสี่ยงต่อการเกิดภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ เนื่องจากมีภาวะไปตัสเซียมในเลือดต่ำ 2. เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนขณะใช้เครื่องช่วยหายใจ 3. มีการติดเชื้ในทางเดินปัสสาวะ 4. บกพร่องในการทำกิจวัตรประจำวัน เนื่องจากอ่อนเพลียและมีขีดจำกัดการเคลื่อนไหว 5. ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลจากภาวะความเจ็บป่วยรุนแรง

ระยะวางแผนจำหน่าย 1. ผู้ป่วยและญาติขาดความรู้และความพร้อมในการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน หลังการรักษาพยาบาลผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะหัวใจล้มเหลว และกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน หายใจเองโดยไม่ต้องใช้ออกซิเจน ไม่หอบเหนื่อย ไม่มีอาการแน่นหน้าอก จำหน่ายกลับบ้าน รวมระยะเวลาการรักษาตัวในโรงพยาบาล 6 วัน หลังการติดตามผู้ป่วยมารับการรักษาตามนัดและไม่ได้กลับเข้านอนรักษาในโรงพยาบาลซ้ำอีก

สรุปกรณีศึกษา : ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะหัวใจล้มเหลวจากกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน จากการที่พยาบาลมีความรู้ และทักษะในการดูแลผู้ป่วย นำกระบวนการพยาบาลมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวแบบองค์รวมร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ ทำให้ผู้ป่วยปลอดภัยพ้นภาวะวิกฤต ลดอัตราการเสียชีวิต ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน ลดระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาล และมีคุณภาพชีวิตที่ดี

คำสำคัญ : การพยาบาลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ภาวะหัวใจล้มเหลว

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง โรงพยาบาลกำแพงเพชร

บทนำ

กล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน เกิดจากการตีบตัน แคมลงของหลอดเลือดแดงโคโรนารีทำให้ปริมาณออกซิเจนที่ไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจลดลง ทำให้เกิดอาการเจ็บหน้าอกเหมือนถูกกดทับและอาจร้ายไปถึง คอ กราม ไหล่ซ้ายได้^{1,2} แบ่งตามความรุนแรงของโรคได้ 2 ชนิด คือ 1. STEMI จะตรวจพบว่า ECG มี ST segment elevation ร่วมกับ cardiac marker ให้ผลบวก รักษาด้วยการให้ยาละลายลิ่มเลือด (Thrombolytic therapy) ภายใน 12 ชั่วโมง และการขยายหลอดเลือดแดงที่หัวใจด้วยบอลลูนภายใน 12-24 ชั่วโมง³ 2. NSTEMI เป็นกลุ่มที่ตรวจ ECG ไม่มี ST segment elevation ผลการตรวจ cardiac marker ให้ผลบวก บ่งบอกถึงการอุดตันของหลอดเลือดแดงหัวใจบางส่วน รักษาด้วยการเปิดหลอดเลือดหัวใจที่อุดตันด้วยการฉีดสียหลอดเลือดหัวใจ และใส่ขดลวดค้ำยันโดยเร็วในผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงดังต่อไปนี้ เจ็บแน่นหน้าอกและอาการไม่ดีขึ้นหลังให้การรักษาเบื้องต้นด้วยยาต้านเกล็ดเลือด หากผู้ป่วยได้รับการรักษาล่าช้า มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนเป็นหัวใจล้มเหลวได้ 15% และมีความเสี่ยงสูงต่อการเสียชีวิตได้ ภาวะหัวใจล้มเหลวเป็นภาวะที่หัวใจไม่สามารถบีบตัวเพื่อส่งเลือดไปเลี้ยงเนื้อเยื่อและอวัยวะต่าง ๆ ของร่างกายได้อย่างเพียงพอ^{4,5} ทำให้เนื้อเยื่อของอวัยวะต่าง ๆ ได้รับเลือดน้อยลง รวมถึงมีการคั่งของเลือดในปอด ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถนอนราบได้และตื่นมาหอบกลางดึก นอกจากนั้นแล้วถ้ามีพฤติกรรมคาร์ดิโอไม่เหมาะสม เช่น การบริโภคอาหารโดยไม่คำนึงถึงหลักโภชนาการ ขาดการออกกำลังกาย การสูบบุหรี่ การจำกัดปริมาณน้ำดื่มรวมถึงการไม่ได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง จะทำให้โรคมีความรุนแรงและเกิดภาวะแทรกซ้อนจนนำไปสู่การเสียชีวิตได้^{1,2}

พยาบาลเป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการดูแลและระงับวิกฤตของผู้ป่วย การรักษาภาวะหัวใจล้มเหลว ต้องแก้ไขที่สาเหตุ และค้นหาปัจจัยที่ทำให้อาการกำเริบพบว่าปัจจัยกระตุ้นร้อยละ 32 เกิดจากภาวะความผิดปกติของหัวใจที่เป็นมากขึ้น และร้อยละ 16 เกิดจากการไม่ควบคุมอาหารหรือไม่รับประทานยาตามคำแนะนำ⁶ จึงจำเป็นต้องมีความรู้และทักษะการดูแล เพื่อป้องกันการเกิด ความรุนแรงและภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้นขณะทำการรักษา เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะวิกฤต สามารถปฏิบัติตัวได้เหมาะสมและสามารถใช้ชีวิตประจำวัน โดยไม่มีอาการของโรคกำเริบ

จากสถิติของโรงพยาบาลกำแพงเพชร ปี 2563, 2564 และ 2565 พบมีผู้ป่วยโรคหัวใจที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวจากกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน จำนวน 231, 179 และ 143 ราย ตามลำดับ และเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง มีจำนวน 104, 86 และ 66 ราย ตามลำดับ⁷⁻⁹ นอกจากนี้ยังพบเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตมากเป็น 1 ใน 5 อันดับโรคด้วยเช่นกัน กรณีศึกษาครั้งนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อให้การพยาบาลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวจากกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันอย่างมีประสิทธิภาพ

กรณีศึกษา

ข้อมูลทั่วไป ผู้ป่วยหญิง อายุ 75 ปี สัญชาติ ไทย ศาสนา พุทธ

อาการสำคัญ

ส่งตัวมาจากโรงพยาบาลคลองขลุง ด้วยอาการแน่นหน้าอก หายใจหอบเหนื่อย นอนราบไม่ได้ 3 ชั่วโมงก่อนมา

ประวัติเจ็บป่วยปัจจุบัน

5 วันก่อนมา เจ็บแน่นหน้าอกไม่ร้ายไปไหน ไม่มีหอบเหนื่อย นอนราบได้ ไม่ได้รักษาที่ไหน

12 ชั่วโมง ก่อนมา เริ่มหายใจเหนื่อยมากขึ้น ไม่ได้รักษาที่ไหน

3 ชั่วโมงก่อนมา แน่นหน้าอก หายใจหอบเหนื่อย นอนราบไม่ได้ ไปรักษา โรงพยาบาลคลองขลุง ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี หายใจเองไม่ได้ ใส่ท่อช่วยหายใจ และวินิจฉัยว่าเป็น CHF with Acute respiratory failure with R/O NSTEMI จึงส่งตัวมาโรงพยาบาลกำแพงเพชร

ประวัติเจ็บป่วยในอดีต

เป็น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงและไขมันในเลือดสูง 10 ปี รับประทานยาที่โรงพยาบาลคลองขลุง ควบคุมได้ไม่ดี แพทย์ PIOGLITAZONE มีอาการตาบวม มีบวม ปฏิเสธการดื่มแอลกอฮอล์ ไม่สูบบุหรี่หรือใช้สารเสพติด



การประเมินสภาพร่างกายตามระบบ

รูปร่างทั่วไป : ลักษณะรูปร่างสมส่วน น้ำหนัก 55 กิโลกรัม ส่วนสูง 150 เซนติเมตร ใส่ท่อช่วยหายใจ
 สัญญาณชีพ : อุณหภูมิกาย 36.5 องศาเซลเซียส ชีพจรเบาเร็ว 128 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 22 ครั้งต่อนาที
 ความดันโลหิต 122/70 มิลลิเมตรปรอท ค่าความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือด 95%
 ผิวหนัง : ไม่ซีด บวมที่ขาทั้งสองข้าง ไม่มีจำเลือด
 ระบบประสาท : รู้สึกตัวดี ไม่มีแขนขาอ่อนแรง
 ระบบหัวใจและหลอดเลือด : หัวใจเต้นเร็วสม่ำเสมอ ไม่มีเสียงผิดปกติ
 ระบบทางเดินหายใจ : ใส่ท่อช่วยหายใจ หายใจสัมพันธ์กับเครื่องช่วยหายใจ ฟังปอดทั้งสองข้างได้ยินเสียง crepitation
 ระบบกระดูกกล้ามเนื้อ : กล้ามเนื้อแขนขาสามารถเคลื่อนไหวได้ปกติ
 ระบบทางเดินปัสสาวะ : ใส่สายสวนปัสสาวะ น้ำปัสสาวะสีเหลืองขุ่นปนเลือดเล็กน้อย กระเพาะปัสสาวะไม่โป่งตึง
 ช่องท้องและทางเดินอาหาร : ท้องไม่อืด คลำไม่พบก้อน กดไม่เจ็บ

ผลเอกซเรย์และผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่สำคัญ

CXR cardiomegaly CXR, cephalization, lung : crepitation both lungs
 EKG 12 lead : T wave inversion II, III, AVF

สิ่งส่งตรวจ	ค่าปกติ	14/6/66	15/6/66	16/6/66	17/6/66	19/6/66	20/6/66
WBC	5-10 10 ³ /UL	17,200(สูง)					
Neutrophil	43.7-70.9%	79.4(สูง)					
hsTropI	0-11ng/L	325.9(สูง)	2216.6(สูง)				
Potassium	3.4- 4.5mmol/L			3.3 (ต่ำ)	3.5		
Urine	WBC 0-5 cells/HPF				10-20(สูง)	5-10(สูง)	1-2

การวินิจฉัยโรค : Acute congestive heart failure precipitated by NSTEMI

การดำเนินของโรคขณะรับไว้ความดูแล

วันที่ 14 มิถุนายน 2566 ส่งตัวมาจากโรงพยาบาลชุมชนด้วยแน่นหน้าอก หายใจเหนื่อย นอนราบไม่ได้ แกรรับรู้สึกตัวดี ใส่ท่อช่วยหายใจ มีอาการแน่นหน้าอก ชีพจรเบาเร็ว 128 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 22 ครั้งต่อนาที แพทย์ให้ Furosemide 1000 mg IV drip in 24 hrs เพื่อลดภาวะน้ำเกินโดย Keep urine output > 1000 mL/d

วันที่ 15 มิถุนายน 2566 ยังมีอาการแน่นหน้าอก หายใจเหนื่อย ผล hsTropI 2216.6 ng/L แพทย์ให้ ENOXAPARIN 0.6 ml. SC q 24 hrs และ Dobutamine (2: 1) IV rate 7 mL/hr (Fix rate)

วันที่ 16 มิถุนายน 2566 รู้สึกตัวดี หายใจเหนื่อยลดลง แพทย์ปรับเครื่องช่วยหายใจและนำท่อช่วยหายใจออกได้สำเร็จ พบผล Potassium 3.3 mmol/L แพทย์ให้ U-Potassium Chloride Sol. 30 mL PO

วันที่ 17-19 มิถุนายน 2566 หายใจเหนื่อยลดลง ไม่แน่นหน้าอก สามารถปรับลดยา Dobutamine ได้

วันที่ 20 มิถุนายน 2566 รู้สึกตัวดี หายใจเหนื่อยขณะออกแรงทำกิจกรรม ไม่แน่นหน้าอก ขณะนอนโรงพยาบาลไม่พบภาวะแทรกซ้อน แพทย์ refer CAG โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ นครสวรรค์ OPD case แต่ผู้ป่วยปฏิเสธการทำ CAG แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้ รวมระยะเวลาการรักษาตัวในโรงพยาบาล 6 วัน

การวางแผนการพยาบาล

แบ่งได้ 3 ระยะ ได้แก่ การพยาบาลระยะวิกฤติ การพยาบาลระยะดูแลต่อเนื่อง และการพยาบาลระยะวางแผนจำหน่าย
การพยาบาลระยะวิกฤติ

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1 เนื้อเยื่อได้รับเลือดไปเลี้ยงไม่เพียงพอจากปริมาณเลือดออกจากหัวใจในหนึ่งนาทีลดลง
ข้อมูลสนับสนุน

S : บกหายใจเหนื่อย แน่นหน้าอก

O : หายใจเหนื่อย กระสับกระส่าย นอนราบไม่ได้ หายใจ 22-26 ครั้ง/นาที ชีพจร 128 ครั้ง/นาที lung: crepitation both lungs, CXR cardiomegaly, EKG 12 lead: T wave inversion II, III, AVF

วัตถุประสงค์การพยาบาล ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนเพียงพอที่จะเลี้ยงส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย

เกณฑ์ประเมินผล

1. ระดับความรู้สึกตัวดี ไม่มีอาการเจ็บหน้าอก และอาการหอบเหนื่อย อัตราหายใจอยู่ในช่วง 16-20 ครั้ง/นาที
2. ความดันโลหิตอยู่ระหว่าง 90/60 – 140/90 mmHg อัตราการเต้นของหัวใจ 60-100 ครั้ง/นาที
3. ไม่มี cyanosis ปลายมือปลายเท้าอุ่น ชีพจรส่วนปลายชัดเจน, O₂ sat 95-100%, capillary refill time < 2 วินาที
4. ปัสสาวะออก > 0.5 มิลลิลิตร/กิโลกรัม/ชั่วโมง

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะหัวใจวายเฉียบพลัน เช่น หายใจหอบเหนื่อย หายใจลำบาก นอนราบไม่ได้ อีกทั้งประเมินอาการแสดงของภาวะเลือดไปเลี้ยงอวัยวะต่าง ๆ ลดลง เช่น อาการกระสับกระส่าย ซีมลง ปวดศีรษะ ปัสสาวะออกน้อย เป็นต้น
2. ประเมินและบันทึกสัญญาณชีพทุก 1 ชั่วโมงและรายงานแพทย์เมื่อพบการเปลี่ยนแปลง
3. ติดตามการเปลี่ยนแปลงของคลื่นไฟฟ้าหัวใจ ถ้าพบความผิดปกติ เช่น ST segment elevate, ventricular tachycardia ฯลฯ ให้บันทึกความผิดปกติและรีบรายงานแพทย์
4. ดูแลให้ absolute bed rest เพื่อลดความต้องการใช้ออกซิเจนของกล้ามเนื้อหัวใจ
5. ดูแลให้ยา Furosemide 1000 mg IV drip in 24 hrs และสังเกตอาการข้างเคียงขณะให้ยา ดังนี้ ปัสสาวะออกจำนวนมาก เกิดภาวะขาดแร่ธาตุโพแทสเซียมหรือโซเดียมในเลือดต่ำกว่าปกติ เวียนศีรษะ เป็นตะคริว หากพบอาการให้รายงานแพทย์ทันที
6. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาเพิ่มประสิทธิภาพการบีบตัวของหัวใจตามแผนการรักษา Dobutamine (2: 1) IV rate 7 mL/hr (Fix rate) เพื่อเพิ่มปริมาณเลือดออกจากหัวใจ โดยใช้ infusion pump เพื่อป้องกันการได้รับยาเกินขนาด และสังเกตอาการข้างเคียงของยาดังนี้ คลื่นไส้อาเจียน ปวดศีรษะ เป็นตะคริว หากพบอาการให้รายงานแพทย์ทันที
7. สังเกต/บันทึกปริมาณปัสสาวะทุก 4 ชั่วโมง ถ้ามีปริมาณน้อยกว่า 0.5 มิลลิลิตร/กิโลกรัม/ชั่วโมง ให้รายงานแพทย์

การประเมินผล

1. ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ไม่เจ็บแน่นหน้าอก หายใจเหนื่อยขณะออกแรงทำกิจกรรม ไม่กระสับกระส่าย อัตราการหายใจอยู่ในช่วง 18-22 ครั้ง/นาที
2. ความดันโลหิต 106/72 mmHg อัตราการเต้นของหัวใจ 90-116 ครั้ง/นาที
3. ไม่มี cyanosis ปลายมือปลายเท้าอุ่น ชีพจรส่วนปลายชัดเจน O₂ sat 100% capillary refill time < 2 วินาที
4. ปัสสาวะออก 600 ซีซี/ชั่วโมง

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2 เสี่ยงต่อภาวะพร่องออกซิเจนเนื่องจากรูปแบบการหายใจไม่มีประสิทธิภาพ

ข้อมูลสนับสนุน

S : ผู้ป่วยบอกหายใจเหนื่อย

O : On ET-Tube with ventilator setting PCV mode Pi 14 PEEP 5 FiO₂ 0.4 Ti 1 RR 12 FiO₂ 1.0, Pitting edema 1+ ประเมินเสียงปอดได้เสียง crepitation ในปอดทั้งสองข้าง

วัตถุประสงค์การพยาบาล เพื่อให้มีการแลกเปลี่ยนก๊าซดีขึ้น หรือได้รับออกซิเจนเพียงพอที่จะเลี้ยงส่วนต่างๆ ของร่างกาย

เกณฑ์การประเมินผล

1. อัตราการหายใจสม่ำเสมอ 16-20 ครั้ง/นาที ไม่มีอาการหอบเหนื่อย ไม่กระสับกระส่าย ไม่มีอาการเจ็บหน้าอก
2. ไม่มี cyanosis ปลายมือปลายเท้า O₂ sat \geq 95%

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินการหายใจและการขาดออกซิเจน โดยสังเกตลักษณะอัตราการหายใจ ความลึกของการหายใจ และวัดค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนโดยวัดที่ปลายนิ้ว
2. จัดท่านอนศีรษะสูงเพื่อให้ปอดขยายตัวได้อย่างเต็มที่เพื่อลดการใช้ออกซิเจน
3. ดูแล On ventilator setting PCV mode Pi 14 PEEP 5 FiO₂ 0.4 Ti 1 RR 12 FiO₂ 1.0 ตามแผนการรักษาของแพทย์ เพื่อแก้ไขภาวะพร่องของออกซิเจน
4. ประเมินและบันทึกสัญญาณชีพ ทุก 1 ชั่วโมงและรายงานแพทย์เมื่อมีการเปลี่ยนแปลง
5. ประเมินการทำงานของเครื่องช่วยหายใจและให้การดูแลผู้ป่วยขณะใช้เครื่องช่วยหายใจเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น
6. ดูแลทางเดินหายใจให้โล่งตลอดเวลา โดยให้การพยาบาลดังนี้คือ
 - ดูดเสมหะทุกครั้งที่มีเสมหะ ระยะเวลาของการดูดเสมหะไม่ควรเกิน 15 วินาที ในแต่ละครั้ง
 - ตรวจสอบ cuff pressure ทุกเวร
 - สังเกตการหายใจของผู้ป่วย ตลอดจนอาการเปลี่ยนแปลงอย่างใกล้ชิด
7. ติดตามการเปลี่ยนแปลงของคลื่นไฟฟ้าหัวใจ ถ้าพบความผิดปกติ เช่น ST segment elevate, VT, ฯลฯ ให้บันทึกความผิดปกติและรีบรายงานแพทย์

ประเมินผล

1. อัตราการหายใจสม่ำเสมอ 18-22 ครั้ง/นาที ไม่มีอาการหอบเหนื่อย ไม่กระสับกระส่าย ไม่มีอาการเจ็บหน้าอก TV 400-500 ml, PIP 24 cmH₂O, RR 20-24/min
2. ไม่มี cyanosis ปลายมือปลายเท้า O₂ sat \geq 100%

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 3 เจ็บแน่นหน้าอกเนื่องจากหัวใจขาดเลือดไปเลี้ยง

ข้อมูลสนับสนุน

O : EKG show T wave inversion II, III, AVF, ผลตรวจ hsTropI = 325.9, 2216.6

วัตถุประสงค์การพยาบาล เพื่อบรรเทาอาการเจ็บหน้าอกและป้องกันการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดมากขึ้น

เกณฑ์ประเมินผล

1. ไม่มีอาการเจ็บแน่นหน้าอก เหงื่อออกตัวเย็น หน้ามืด เป็นลม
2. EKG show normal sinus rhythm ชีพจร 60-100 ครั้ง/นาที O₂ sat 95-100%

กิจกรรมการพยาบาล

1. ดูแลให้ร่างกายและกล้ามเนื้อหัวใจได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ โดยดูแล On ventilator setting PCV mode Pi 14 PEEP 5 FiO₂ 0.4 Ti 1 RR 12 FiO₂ 1.0 ตามแผนการรักษาของแพทย์และติดตามคลื่นไฟฟ้าหัวใจ ชีพจรและออกซิเจนปลายนิ้วอย่างต่อเนื่อง เมื่อพบผิดปกติให้รายงานแพทย์ทราบทันที
2. ดูแลให้พักผ่อนเพื่อลดความต้องการออกซิเจนของกล้ามเนื้อหัวใจ
3. ดูแลให้ยา Isosorbide dinitrate 10 mg. 1x3 @ ac, Isosorbide dinitrate 5 mg. 1 tab SL pm chest pain เพื่อขยายหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงหัวใจ ถ้าอาการเจ็บหน้าอกไม่ดีขึ้น ให้รายงานแพทย์ทราบทันที

4. ดูแลให้ยาต้านเกล็ดเลือดและยาต้านการแข็งตัวของเลือดตามแผนการรักษา ดังนี้ Enoxaparin 0.6 ml SC q 24 hr, Aspirin 81 mg. 1x1@ pc, Clopidogrel (Plavix) 75 mg 1x1@pc และต้องสังเกตฤทธิ์ข้างเคียงของยา เช่น มีรอยพิกซ์ตามร่างกาย เลือดออกตามไรฟัน อาเจียนเป็นเลือด ปัสสาวะมีเลือดปน อุจจาระมีสีดำหรือสีแดง เป็นต้น หากพบอาการผิดปกติให้รายงานแพทย์ทราบ

5. ประเมินอาการเจ็บหน้าอก ความรุนแรง ความถี่ ช่วงระยะเวลาที่เจ็บหน้าอก

6. ประเมินสัญญาณชีพถ้าความดันโลหิตผิดปกติ หัวใจเต้นเร็วขึ้น และไม่สม่ำเสมออาจเกิดภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ (Arrhythmia) ต้องรีบรายงานแพทย์ทราบ

7. ติดตามผลการตรวจ EKG และ Cardiac enzyme เพื่อตรวจสอบการเต้นของหัวใจที่อาจผิดปกติได้

การประเมินผล

1. ผู้ป่วยไม่มีอาการเจ็บแน่นหน้าอก ไม่มีเหงื่อออกตัวเย็น ไม่มีหน้ามืดเป็นลม

2. EKG show normal sinus rhythm ชีพจร 90-110 ครั้ง/นาที O₂ sat 99-100%

การพยาบาลระยะต่อเนือง

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1 เสี่ยงต่อการเกิดภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะเนื่องจากมีภาวะโปตัสเซียมในเลือดต่ำ
ข้อมูลสนับสนุน

O: Serum K = 3.3 mEq/L

วัตถุประสงค์การพยาบาล ป้องกันการเกิดภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะจากการมีระดับโปตัสเซียมในเลือดต่ำ

เกณฑ์ประเมินผล

1. ไม่มีอาการของภาวะ Hypokalemia คือระดับความรู้สึกตัวลดลง ซึม สับสน

2. ชีพจรเต้นสม่ำเสมอ 60-100 /min EKG ไม่พบการเต้นของหัวใจผิดปกติ (Arrhythmia)

3. ระดับ Serum K 3.4-4.5 mmol/L

กิจกรรมการพยาบาล

1. สังเกตอาการผิดปกติภาวะ Hypokalemia ดังนี้ระดับความรู้สึกตัวลดลง มีอาการซึม สับสน กล้ามเนื้ออ่อนแรง

2. ติดตามดู EKG ถ้าพบ QT interval ยาว T wave เตี้ยและมี U wave หากพบต้องรีบรายงานแพทย์ทันที เพื่อป้องกันการเกิดหัวใจเต้นผิดจังหวะ

3. ดูแลให้ยา U-Potassium Chloride Sol. 30 mL PO x 1 dose ตามแผนการรักษา

4. ติดตามประเมิน Serum K อย่างสม่ำเสมอ

การประเมินผล

1. ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ไม่ซึมลงหรือสับสน

2. ชีพจรเต้นสม่ำเสมอ 80-106 /min EKG ไม่พบการเต้นของหัวใจผิดปกติ (Arrhythmia)

3. ระดับ Serum K 3.5 mmol/L

วินิจฉัยการพยาบาลที่ 2 เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนขณะใช้เครื่องช่วยหายใจ

ข้อมูลสนับสนุน

O : On ET-Tube with ventilator PCV mode Pi 14 PEEP 5 FiO₂ 0.4 Ti 1 RR 12 FiO₂ 1.0

วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน ดังนี้ การบาดเจ็บต่อเนื้อเยื่อปอดจากแรงดันสูงหรือปริมาตรปอดมากเกินไป การลดลงของปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจ ภาวะพิษจากออกซิเจน การเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจโดยไม่ได้วางแผน ภาวะปอดอักเสบที่สัมพันธ์กับการใช้เครื่องช่วยหายใจ (VAP)

เกณฑ์ประเมินผล

1. อัตราการหายใจสม่ำเสมอ 16-20 ครั้ง/นาที ไม่มีอาการหอบเหนื่อย กระสับกระส่าย ไม่มีปลายมือปลายเท้าเขียว

2. ประเมินไม่พบการมลมรัวในชั้นใต้ผิวหนัง (Subcutaneous emphysema)
3. ตำแหน่งท่อช่วยหายใจอยู่ตำแหน่งเดิม ไม่มีการเลื่อนหลุด
4. ค่าความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับเครื่องช่วยหายใจปกติ ดังนั้น ปริมาตรอากาศที่ผู้ป่วยได้รับใน 1 ครั้งของการหายใจ (VTi) = 300-350 ซีซี ค่าความดันสูงสุดในช่วงหายใจเข้า (PIP) \leq 35 เซนติเมตรน้ำ
5. สามารถหย่าเครื่องช่วยหายใจและถอดเครื่องช่วยหายใจได้สำเร็จ

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินและสังเกตลักษณะการหายใจ ฟังเสียงลมเข้าปอด สังเกตและฟังเสียงการทำงานของเครื่องช่วยหายใจ
2. การดูค่า ventilatory parameter ที่ตั้งไว้ให้ถูกต้องตามแผนการรักษาของแพทย์
3. ดูผลของการช่วยหายใจ ค่าที่เฝ้าระวัง และการเตือน (alarm): VT, RR, P peak, มี auto-PEEP หรือไม่ เพื่อป้องกันการบาดเจ็บต่อเนื้อเยื่อปอดจากปริมาตรปอดมากเกินไป
4. ดูแลปรับตั้งสัญญาณเตือนของเครื่องช่วยหายใจให้เหมาะสมกับพยาธิสภาพของโรค
5. ประเมินและติดตามการเปลี่ยนแปลงของ Cardiovascular system ดังนั้นติดตามคลื่นไฟฟ้าหัวใจ ซีพจร ความดันโลหิต และออกซิเจนปลายนิ้วอย่างต่อเนื่อง เมื่อพบผิดปกติให้รายงานแพทย์ทราบทันที
6. ประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะพิษจากออกซิเจน เช่น กล้ามเนื้อไอบหน้ากระดูก ชักเกร็ง การมองเห็นผิดปกติ เวียนศีรษะ บุคลิกและพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงจากปกติ เมื่อพบผิดปกติให้รายงานแพทย์ทราบทันที
7. ปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิด VAP ใช้หลักการ VAP BUNDLE "WHAPO" ดังนี้ Wean การหย่าเครื่องช่วยหายใจ Hand Hygiene การล้างมือ. Aspiration Precautions การป้องกันการสำลัก, Prevent Contamination การป้องกันการปนเปื้อนของเชื้อโรค, Oral care การทำความสะอาดช่องปาก
8. ตรวจสอบตำแหน่งของท่อช่วยหายใจและยึดท่อช่วยหายใจให้อยู่กับที่เพื่อป้องกันการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจ
9. อธิบายให้ญาติทราบเหตุผลการใส่ท่อช่วยหายใจและการดูแลไม่ให้สายดึงรั้งเพื่อป้องกันการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจ

การประเมินผล

1. สัญญาณชีพปกติ อัตราการหายใจสม่ำเสมอ 18-20 ครั้ง/นาที ไม่กระสับกระส่าย ไม่มีปลายมือปลายเท้าเขียว
2. ไม่พบการมลมรัวในชั้นใต้ผิวหนัง (Subcutaneous emphysema)
3. ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการรักษา ตำแหน่งท่อช่วยหายใจอยู่ตำแหน่งเดิม
4. ผู้ป่วยตอบสนองต่อการรักษาดี ไม่มีภาวะ Ventilator induced lung injuries
5. สามารถหย่าเครื่องช่วยหายใจและถอดเครื่องช่วยหายใจได้สำเร็จ

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 3 มีการติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะ

ข้อมูลสนับสนุน

○ : ใส่สายสวนปัสสาวะ ปัสสาวะสีเหลืองขุ่น มีเลือดปน ผลตรวจปัสสาวะ พบ WBC 10-20 Cells/HPF RBC over 100 Cells/HPF, CBC WBC 17,200, T 38.6°C

วัตถุประสงค์การพยาบาล เพื่อลดการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ

เกณฑ์ประเมินผล

1. อุณหภูมิร่างกายอยู่ในช่วง 36.5-37.5 องศาเซลเซียส
2. ปัสสาวะสีเหลืองใส ไม่มีตะกอน ไม่พบเม็ดเลือดแดง และเม็ดเลือดขาวในปัสสาวะ

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินสัญญาณชีพ อาการและอาการแสดงทุก 4 ชั่วโมง โดยเฉพาะอุณหภูมิร่างกาย
2. ดูแลผู้ป่วยตามหลักการ CAUTI Bundle Care เช่น ล้างมือก่อนใส่สายสวน ใช้เทคนิคปราศจากเชื้อ เลือกใช้สายสวนที่เหมาะสม ยึดตรึงสายสวนให้แน่นกับตัวผู้ป่วย ให้สายสวนปัสสาวะอยู่ในระบบปิด
3. ดูแลความสะอาดของ perineum อยู่เสมอโดยเฉพาะบริเวณรอบๆสายสวนปัสสาวะ

4. ดูแลสายสวนปัสสาวะไม่ให้หัก พับ งอ เพื่อให้ปัสสาวะไหลสะดวก ป้องกันปัสสาวะคั่งค้างภายในเป็นเหตุให้เกิดการติดเชื้อซ้ำได้อีก

5. ควบคุมและกำกับผู้ช่วยเหลือคนไข้ทำความสะอาดสายสวนปัสสาวะ อย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง เช้า-เย็น โดยใช้หลักป้องกันการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ

6. ดูแลให้ได้รับยาปฏิชีวนะ คือ Ceftriaxone 2 gms. IV drip และสังเกตอาการข้างเคียงหรืออาการแพ้ยาหลังได้รับ

7. แนะนำและอธิบายญาติถึงการดูแลสายสวนปัสสาวะ เช่น การดูแลสายสวนปัสสาวะไม่ให้หัก พับ งอ หรือไม่ยกถุงน้ำปัสสาวะสูงเกินระดับหน้าท้อง การดูแลสายข้อต่อต่างๆ ไม่ให้หลุด หรือวางถุงน้ำปัสสาวะไว้กับพื้นห้อง ถ้าพบสิ่งผิดปกติให้แจ้งพยาบาลทราบทันที

8. ติดตามผลการตรวจปัสสาวะ เพื่อประเมินการติดเชื้อหลังได้รับการดูแลและยาปฏิชีวนะ

การประเมินผล

1. อุณหภูมิอยู่ในช่วง 36.7-37.0 องศาเซลเซียส

2. ปัสสาวะมีสีเหลืองใส ไม่มีตะกอน ผลตรวจปัสสาวะปกติ พบเม็ดเลือดขาว 1-2 cell/HPF สามารถถอดสายสวนออกได้ในวันที่ 5 ของการรักษา

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 4 บกพร่องในการทำกิจวัตรประจำวัน เนื่องจากอ่อนเพลียและมีขีดจำกัดการเคลื่อนไหว

ข้อมูลสนับสนุน

S : อ่อนเพลีย หายใจเหนื่อยขณะออกแรงทำกิจกรรม

O : ลุกทำกิจกรรมได้บนเตียงได้น้อย

วัตถุประสงค์การพยาบาล เพื่อให้กิจวัตรประจำวันต่าง ๆ ดำเนินไปตามปกติ และผู้ป่วยมีความสุขสบาย

เกณฑ์ประเมินผล

1. ผู้ป่วยมีผิวหนังสะอาด อวัยวะสืบพันธุ์ภายนอก ไม่มี Discharge ไม่มีกลิ่น

2. ได้รับสารอาหารตามแผนการรักษาของแพทย์

กิจกรรมการพยาบาล

1. ดูแลรักษาความสะอาดของร่างกาย ปาก ฟัน โดยการอาบน้ำ เปลี่ยนเสื้อผ้า แปรงฟันช่วงเช้า และมีการทำความสะอาดช่องปากช่วงเย็นโดยใช้ special mouth wash และเคลือบด้วย 0.125% chlorhexidine mouth wash เพื่อป้องกันการติดเชื้อในช่องปาก

2. ทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ด้วยน้ำสบู่ เช้า-เย็น และทุกครั้งผู้ป่วยขับถ่าย

3. ดูแลให้ BD (2:1) 150 ml X 4 Feed+น้ำ 30 ml/feed ตามแผนการรักษาของแพทย์ โดยก่อนให้อาหารมีการทดสอบตำแหน่งและสังเกตสี ปริมาณที่ค้างในกระเพาะอาหาร กรณีมีอาหารค้างมากกว่า 50 ซีซี ให้รายงานแพทย์ทราบ จัดทำอนศิระสูงก่อนและหลังให้อาหารประมาณครึ่งชั่วโมง เพื่อป้องกันการสำลักอาหาร

4. วางแผนการดูแลและกิจกรรมต่าง ๆ ให้ผู้ป่วยอย่างเหมาะสม โดยให้ผู้ป่วยได้รับการพักผ่อนให้มากที่สุด ไม่รบกวนผู้ป่วยโดยไม่จำเป็น

การประเมินผล

1. ผู้ป่วยร่างกายสะอาด ผิวหนังชุ่มชื้น ไม่มีกลิ่นเหม็น อวัยวะสืบพันธุ์ภายนอกสะอาด ไม่มี Discharge หรือกลิ่นเหม็น

2. feed รับได้ไม่มี gastric content ตกค้าง

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 5 ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลจากภาวะความเจ็บป่วยรุนแรง

ข้อมูลสนับสนุน

S : ญาติสอบถามความรุนแรงของอาการ ระยะเวลาในการรักษา

O : บุตรของผู้ป่วยมีสีหน้าท่าทางกังวล และมีการสอบถามอาการของผู้ป่วยเป็นระยะ ๆ

วัตถุประสงค์การพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติ คลายความวิตกกังวล

เกณฑ์ประเมินผล

1. ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการรักษา พักผ่อนได้มากขึ้น
2. ญาติของผู้ป่วยสีหน้าแจ่มใสขึ้น เข้าใจในแผนการรักษาของแพทย์

กิจกรรมการพยาบาล

1. สร้างสัมพันธ์ภาพที่ดีกับผู้ป่วย แจ้งให้ผู้ป่วยทราบทุกครั้งก่อนให้การพยาบาล ให้ความสนใจและเอาใจใส่อย่างสม่ำเสมอ
2. ให้ข้อมูลเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วยแก่ญาติเป็นระยะๆ และให้ญาติได้มีโอกาสพบแพทย์เจ้าของไข้เพื่อทราบอาการ และแผนการรักษา การพยากรณ์โรคอย่างละเอียด
3. ส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้นอนหลับพักผ่อนอย่างเพียงพอ ลดปัจจัยที่เพิ่มความเครียด ลดความเจ็บปวดและไม่สุขสบาย จัดกิจกรรมการพยาบาลโดยไม่รบกวนผู้ป่วยบ่อย
4. เพิ่มประสิทธิภาพในการติดต่อสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับทีมสุขภาพ โดยจัดทำกระดาน ปากกาสำหรับบอกปัญหาและความต้องการขณะใส่ท่อช่วยหายใจ
5. เปิดโอกาสให้ญาติได้ซักถามข้อสงสัย ระบายความวิตกกังวลและมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยในกิจวัตรประจำวันเท่าที่ทำได้และไม่เกิดอันตราย

การประเมินผล

1. ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการรักษา พักผ่อนได้ สีหน้าแจ่มใสขึ้น
2. ญาติคลายวิตกกังวลลง สีหน้าแจ่มใสขึ้น เข้าใจแผนการรักษา

การพยาบาลระยะวางแผนจำหน่าย

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1 ผู้ป่วยและญาติขาดความรู้และความพร้อมในการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน

ข้อมูลสนับสนุน

S: ผู้ป่วยและญาติถามว่า ต้องดูแลตัวเองอย่างไรเมื่อกลับไปบ้าน และกลับไปรักษาตัวต่อที่โรงพยาบาลใกล้บ้านได้หรือไม่
วัตถุประสงค์การพยาบาล เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยได้รับความรู้ สามารถปฏิบัติตัวได้อย่างเหมาะสม ป้องกันการกลับมาอน
รับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล

เกณฑ์ประเมินผล

1. ผู้ป่วยและญาติมีความรู้ ในการดูแลตนเองเมื่อกลับบ้านได้อย่างถูกต้อง
2. คลายความวิตกกังวลเรื่องการดูแลตนเองเมื่อกลับไปรักษาต่อที่โรงพยาบาลชุมชนใกล้บ้าน

กิจกรรมการพยาบาล

- วางแผนจำหน่ายแบบ D – Method โดยประเมินสภาพทั่วไป วัดสัญญาณชีพก่อนกลับ
1. ประเมินความพร้อมในการดูแลตนเองเมื่อกลับบ้าน เนื่องจากผู้ป่วยเป็นผู้สูงอายุ อธิบายแผนการรักษา สาเหตุของ การเจ็บป่วย ความรู้เรื่องโรค การปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง
 2. ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการกลับไปรับประทานยาตามแผนการรักษาของแพทย์
 3. การจัดสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมเน้นความสะดวก อากาศถ่ายเทได้สะดวก
 4. แนะนำการสังเกตอาการผิดปกติ เช่น แน่นหน้าอกเหมือนถูกบีบรัด อาจร้ายไปที่หลัง ไหล่ คอหรือแขน ใจสั่น หอบเหนื่อย หายใจไม่ทัน มีอาการแน่นหน้าอก หายใจเหนื่อย นอนราบไม่ได้ ให้รีบไปรักษาที่สถานพยาบาลใกล้บ้าน
 5. การดูแลความสะอาดของร่างกาย โดยเฉพาะอวัยวะสืบพันธุ์หลังถ่ายปัสสาวะ การออกกำลังกายเบาๆ เช่น การเดิน การยืดเหยียดกล้ามเนื้อ การดูแลสุขภาพช่องปาก การนอนหลับพักผ่อนอย่างน้อยวันละ 8 ชั่วโมง
 6. การมาตรวจตามนัด 1 เดือน การติดต่อขอความช่วยเหลือจากสถานพยาบาลที่อยู่ใกล้
 7. รับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ ควรเป็นอาหารรสจืด ลดอาหารหวานมัน จำกัดการดื่มน้ำ

การประเมินผล

1. ผู้ป่วยและญาติ มีความรู้ในการปฏิบัติตัว การสังเกตอาการผิดปกติเมื่อกลับบ้าน
2. ผู้ป่วยและญาติ ไม่วิตกกังวลในวันที่แพทย์อนุญาตให้กลับบ้าน และแจ้งว่าจะมาตรวจตามนัด

สรุปกรณีศึกษา

ผู้ป่วยหญิงไทยสูงอายุ มีประวัติเป็นโรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน และไขมันในเลือดสูง ควบคุมได้ไม่ดี เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลคลองขลุงด้วยอาการแน่นหน้าอก หายใจเหนื่อย นอนราบไม่ได้ เป็นมา 1 วัน แพทย์วินิจฉัยว่าเป็น Acute congestive heart failure with acute respiratory failure with R/O NSTEMI จึงส่งตัวมารักษาต่อที่โรงพยาบาลกำแพงเพชร และได้รับการ admit ในตึกอายุรกรรมหญิง ขณะรักษาที่ตึกอายุรกรรมหญิง ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี มีอาการแสดงของภาวะหัวใจล้มเหลวและกล้ามเนื้อหัวใจตายชัดเจน ได้แก่ อาการแน่นหน้าอก หายใจเร็วขึ้น 22-26 ครั้งต่อนาที ชีพจรเร็ว 110-128 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 122/70 mmHg EKG: T wave inversion II, III, AVF ผลการตรวจ hsTropI : 325.9 ng/L แพทย์วินิจฉัย Acute congestive heart failure precipitated by ACS-NSTEMI ให้การรักษาตามแนวทางการรักษาภาวะหัวใจล้มเหลว กล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน หลังการรักษาผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะหัวใจล้มเหลว กล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน หายใจไม่หอบเหนื่อย ไม่แน่นหน้าอก ไม่มีเหงื่อออกตัวเย็น หายใจเองโดยไม่ต้องใช้ออกซิเจน รวมระยะเวลาการรักษาตัวในโรงพยาบาล 6 วัน นัดติดตามอาการ 1 เดือน

วิจารณ์และข้อเสนอแนะ

จากกรณีศึกษาผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวสาเหตุเกิดจากกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน พยาบาลมีบทบาทที่สำคัญอย่างยิ่งในการประเมินอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยเพราะเป็นผู้ใกล้ชิดผู้ป่วยมากที่สุด การประเมินที่รวดเร็ว และให้การช่วยเหลืออย่างถูกต้อง ทันทีที่จะทำให้ผู้ป่วยปลอดภัย ไม่มีภาวะแทรกซ้อนและสามารถลดอัตราการตายได้ จึงมีข้อเสนอแนะ ดังนี้

1. พยาบาลควรมีการเพิ่มพูนความรู้ในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวสาเหตุเกิดจากกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน รวมถึงทักษะการใช้เครื่องช่วยหายใจ
2. ควรทบทวนการดูแลผู้ป่วยกับทีมสหสาขาวิชาชีพและนำผลที่ได้จากการทบทวน มาปรับปรุงแนวทางการดูแลให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น
3. ค้นหาวิธีการใหม่ๆ เพื่อให้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นโดยเร็วและช่วยลดระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาลได้

สรุป

ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดภาวะหัวใจล้มเหลว เป็นความเจ็บป่วยรุนแรงและวิกฤตที่อาจทำให้เสียชีวิตกะทันหันได้ ส่งผลกระทบต่อทั้งด้านร่างกายและจิตใจต่อผู้ป่วย และสิ่งสำคัญในการดูแลผู้ป่วยคือ การประเมินอย่างรวดเร็วและการให้ความช่วยเหลืออย่างถูกต้องเหมาะสม สามารถลดอัตราการตายและภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้นได้ ดังนั้นพยาบาลต้องมีความรู้และพัฒนาทักษะในการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด เพื่อให้การช่วยเหลืออย่างทันที่ในภาวะฉุกเฉินและวิกฤต นอกจากนี้พยาบาลควรให้การดูแลอย่างต่อเนื่องโดยให้คำแนะนำ หรือให้ความรู้เกี่ยวกับโรคและการดูแลตนเองเมื่อกลับไปอยู่บ้าน เพื่อป้องกันการกำเริบหรือการกลับเป็นซ้ำ ซึ่งช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวดำรงอยู่อย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดี



เอกสารอ้างอิง

1. เพ็ญจันทร์ แสนประสาร, จารุกัญญา พริกบุญจันทร์. การพยาบาลโรคหัวใจและหลอดเลือดหัวใจ. กรุงเทพฯ: สุขุมวิทการพิมพ์; 2560.
2. โรคหัวใจขาดเลือด. [online]. [เข้าถึงเมื่อ 25 ตุลาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.sikarin.com/doctor-articles/โรคหัวใจขาดเลือด>.
3. รู้้อการ รักษาทัน ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน. [online]. [เข้าถึงเมื่อ 25 ตุลาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.siphospital.com/th/news/article/share/acute-coronary-syndrome>
4. วศิณี สมศิริ, กัณฑ์พร ยอดไชย. การพยาบาลผู้ป่วยภาวะวิกฤตทางหัวใจและหลอดเลือด. ใน: กัณฑ์พร ยอดไชย, ทิพนาม ชินวงศ์, เพลินพิศ ฐานิวัฒน์นันท์, บรรณาริการ. การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุทางอายุรศาสตร์ 2 เล่ม 1. พิมพ์ครั้งที่ 3. สงขลา: นีโอพ้อยท์ (1995); 2564. หน้า 121-36.
5. โรคหัวใจวายหรือหัวใจล้มเหลว. [online]. [เข้าถึงเมื่อ 21 ตุลาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.bnhhospital.com/th/article/โรคหัวใจ>.
6. พรศิริ พันธสี. กระบวนการพยาบาลและแบบแผนสุขภาพ : การประยุกต์ใช้ทางคลินิก. พิมพ์ครั้งที่ 29. กรุงเทพฯ: พิมพ์อักษร; 2566.
7. ศูนย์ข้อมูลโรงพยาบาลกำแพงเพชร. รายงานประจำปี 2563. กำแพงเพชร: โรงพยาบาลกำแพงเพชร; 2563.
8. ศูนย์ข้อมูลโรงพยาบาลกำแพงเพชร. รายงานประจำปี 2564. กำแพงเพชร: โรงพยาบาลกำแพงเพชร; 2564.
9. ศูนย์ข้อมูลโรงพยาบาลกำแพงเพชร. รายงานประจำปี 2565. กำแพงเพชร: โรงพยาบาลกำแพงเพชร; 2565.



Perioperative nursing in emergency surgery of perforated peptic ulcer patient : A case study

Sumalee Hengsuwan, M.Sc.*

Abstract

Introduction : Perforated peptic ulcer is an important cause of death of the peptic ulcer disease patients. Patients usually come to the hospital with severe and acute abdominal pain together with complications that needs emergency surgery. Effectively perioperative nursing can help patients survive from serious complications and death.

Objective : To be the guidelines for perioperative nursing in emergency surgery of perforated peptic ulcer patient.

Case study : A 81-year-old Thai male attended to the hospital with severely acute abdominal pain incurred two hours ago. CXR-PA (upright) revealed free air under right dome of diaphragm Having been diagnosed as perforated prepyloric ulcer with hypovolemic shock, the patient got emergency surgery using simple suture with omental patch, under general anesthesia with ET intubation. Operation finding was perforated prepyloric ulcer in 1 cm diameter. Intra-operative, his vital signs consisted of pulse rate of 80-90 beats/min, respiration rate of 12 breaths/min, blood pressure of 90/60-140/90 mmHg and O₂ saturation of 100%. The operation consumed two hours. Blood loss was 10 ml. 45-minutes post-operative, the patient was not fully recovered with E1VTM1 scores. His vital signs were normal. After transferring to ICU, the patient was mounted with respirator. Perioperative nursing diagnosis comprised : 1. unreadiness for emergency major surgery, 2. hypovolemic shock from perforated peptic ulcer, 3. surgical wound infection, 4. hypothermia, 5. adverse events from surgical equipment, surgery position and patient transfer, 6. post-operative complications in post-anesthetic unit and patient transfer, and 7. post-operative continuous nursing care. 30-hours post-operative, the patient was able to breathe himself and the respirator was off. His ICU admission was 14 days, then moving to have more rehabilitation in the surgery ward for 3 days, length of stay was totally 17 days. The patient was safe from emergency surgery without any surgical complications.

Conclusions : The perforated peptic ulcer patient was safe and recovered from emergency surgery. The surgical nurses needed both knowledge and skill in nursing emergency surgical patients, to be responsible for the patients' problems order to save patients from surgical complications and death.

Key words : Perioperative nursing, Perforated peptic ulcer, Emergency surgery

*Registered Nurse, Professional Level, Head Nurse Operating room, Khanu Woralaksaburi Hospital

การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดแผลกระเพาะอาหารทะลุแบบฉุกเฉิน : กรณีศึกษา

สุมาลี เสงสุวรรณ, วท.ม.*

บทคัดย่อ

บทนำ : โรคแผลกระเพาะอาหารทะลุเป็นสาเหตุการตายที่สำคัญสำหรับผู้ป่วยโรคแผลเป็บติค ผู้ป่วยมักจะมาโรงพยาบาลด้วยอาการปวดท้องรุนแรงเฉียบพลันและมีภาวะแทรกซ้อน จำเป็นต้องได้รับการผ่าตัดฉุกเฉิน การให้พยาบาลผ่าตัดที่มีประสิทธิภาพสามารถป้องกันผู้ป่วยจากภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงและการเสียชีวิตได้

วัตถุประสงค์ : เพื่อเป็นแนวทางในการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดแผลกระเพาะอาหารทะลุแบบฉุกเฉิน

กรณีศึกษา : ผู้ป่วยชายไทย อายุ 81 ปี มาโรงพยาบาลด้วยอาการ 2 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาลปวดท้องเฉียบพลันรุนแรง CXR-PA (upright) พบมีลมรั่วใต้กระบังลมข้างขวา วินิจฉัย Perforated prepyloric ulcer with hypovolemic shock ได้รับการผ่าตัด Simple suture with omental patch under general anesthesia with ET tube พบ prepyloric ulcer perforation แผลมีขนาดเส้นผ่านศูนย์กลาง 1 เซนติเมตร สัญญาณชีพระหว่างผ่าตัด อัตราชีพจร 80 - 90 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 12 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 90/60 - 140/90 มิลลิเมตรปรอท ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 100% ใช้เวลาผ่าตัด 2 ชั่วโมง สูญเสียโลหิตจากการผ่าตัด 10 ml หลังผ่าตัด 45 นาที ผู้ป่วยยังไม่รู้สึกตัว E1VTM1 สัญญาณชีพปกติ ย้ายไปหอผู้ป่วย ICU ใช้เครื่องช่วยหายใจ ซ้อวินิจฉัยทางการพยาบาลในระยะก่อน ขณะ และหลังผ่าตัด ได้แก่ 1. มีโอกาสเกิดความไม่พร้อมในการผ่าตัดใหญ่แบบฉุกเฉิน 2. มีภาวะช็อกจากสูญเสียสารน้ำจากแผลกระเพาะอาหารทะลุ 3. มีโอกาสเกิดแผลผ่าตัดติดเชื้อ 4. มีโอกาสเกิดภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำ 5. เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุเกี่ยวกับสิ่งของ / อุปกรณ์ที่ใช้ในการผ่าตัดและอุบัติเหตุจากการจัดท่าและเคลื่อนย้ายผู้ป่วย 6. มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดในท้องพักฟื้น และจากการเคลื่อนย้าย และ 7. ส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลต่อเนื่องหลังผ่าตัด หลังผ่าตัด 30 ชั่วโมงผู้ป่วยหายใจได้เองสามารถถอดเครื่องช่วยหายใจได้ พักรักษาตัวที่หอผู้ป่วย ICU รวม 14 วัน และได้ย้ายไปฟื้นฟูสภาพร่างกายหลังผ่าตัดที่หอผู้ป่วยในศัลยกรรมอีก 3 วัน รวมเวลาดอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล 17 วัน ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดที่ปลอดภัยและไม่มีการแทรกซ้อนจากการผ่าตัด

สรุป : ผู้ป่วยปลอดภัยจากการผ่าตัดรักษาแผลกระเพาะอาหารทะลุแบบฉุกเฉิน พยาบาลห้องผ่าตัดต้องมีองค์ความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดแบบฉุกเฉินสอดคล้องกับปัญหาของผู้ป่วย ช่วยให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนและการเสียชีวิตจากการผ่าตัด

คำสำคัญ : การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด แผลกระเพาะอาหารทะลุ ผ่าตัดแบบฉุกเฉิน

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หัวหน้างานการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดและวิสัญญีพยาบาล โรงพยาบาลชาณุวรลักษบุรี

บทนำ

แผลเป็บติคทะเล (Perforated Peptic Ulcer) เป็นภาวะแทรกซ้อนสำคัญของผู้ป่วยโรคแผลเป็บติค (Peptic ulcer disease) เกิดจากการแตกทะลุของแผลกระเพาะอาหารหรือดูโอดีนัม ทำให้กรดน้ำย่อยและสารอาหารรั่วไหลเข้าไปในช่องท้องเกิดปวดท้องเฉียบพลันรุนแรง¹ อุบัติการณ์รายใหม่ 3.77-10 รายต่อแสนประชากรต่อปี เป็นสาเหตุการตายสำคัญของผู้ป่วยแผลเป็บติค 70% อัตราตายเฉลี่ย 30 วันหลังการรักษา (Average 30-day mortality) พบประมาณ 10.7-27% และเกิดแผลทะลุซ้ำประมาณ 12.1%² ผู้ป่วยมีอาการปวดท้องบริเวณลิ้นปี่เฉียบพลันและรุนแรง อาจมีภาวะช็อกวัดค่าความดันเลือดแดงเฉลี่ย (Mean arterial pressure หรือ MAP) น้อยกว่า 80 มิลลิเมตรปรอท ความดันโลหิตต่ำ การตรวจทางรังสีสามารถวินิจฉัยโรคถูกต้อง 80-90% การรักษาพยาบาลเริ่มแรกต้องรีบฟื้นฟูสภาพร่างกายผู้ป่วยทันที โดยการให้สารน้ำเกลือแร่ (Crystalloids) ในปริมาณที่เพียงพอ ใส่สายดูดของเหลวในกระเพาะอาหาร (Nasogastric tube) เพื่อดูดให้กระเพาะอาหารว่างไม่มีสิ่งตกค้าง ให้ยาต้านจุลชีพที่ออกฤทธิ์กว้าง ประเมินสภาพความพร้อมของผู้ป่วยในการผ่าตัด การรักษาอาจไม่ต้องผ่าตัด (Conservative treatment) ผู้ป่วย 40 - 80% แผลทะลุสามารถปิดและหายเองถ้าขนาดแผลเล็ก ถ้าแผลขนาดใหญ่เสี่ยงโรคมะเร็งและมีภาวะช็อกจำเป็นต้องผ่าตัดเร่งด่วนโดยใช้การเย็บแผลธรรมดา (Simple closure) ปิดหรือไม่ปิดทับด้วยแผ่น Omental patch หรือ ผ่าตัดแบบอื่นๆ ตามข้อบ่งชี้³ การผ่าตัดเร่งด่วนนับว่าสำคัญที่ช่วยลดอัตราตายต้องล้างทำความสะอาดช่องท้องหลังผ่าตัดด้วยน้ำเกลือ NSS จำนวน 5 - 10 ลิตร อาจไม่จำเป็นต้องใส่สายระบายของเหลว (Drain) แต่ถ้ามีการวางสายระบายจะถอดออกหลังผ่าตัด 3 - 5 วัน⁴ ปัจจัยเสี่ยงต่อการเสียชีวิตสำหรับผู้ป่วยแผลเป็บติคทะเลมี 4 ประการสำคัญ ได้แก่ อายุมากกว่า 60 ปี โดยอายุมากขึ้นอัตราตายเพิ่มขึ้น 2-5 เท่า การรักษาล่าช้าเกินกว่า 24 ชั่วโมง ซึ่งทุกๆ แต่ละชั่วโมงที่การผ่าตัดล่าช้าจะทำให้อัตราการรอดชีวิตหลังผ่าตัดลดลง 2 - 4% มีอาการช็อกเมื่อมารักษา และมีโรคร่วม เช่น โรคปอด โรคหัวใจ โรคไต และ โรคเบาหวาน^{5,6,7}

การผ่าตัดฉุกเฉินนอกเวลาในโรงพยาบาลรัฐพบได้เกือบ 45% ของการผ่าตัดทั้งหมด พยาบาลห้องผ่าตัดมีบทบาทสำคัญในการจัดการและการบริการ ตั้งแต่การจัดลำดับความสำคัญผู้ป่วยสู่การผ่าตัดตามภาวะเร่งด่วน การจัดการงาน ที่ต้องการใช้ห้องผ่าตัดให้เกิดความสมดุล และ จัดเตรียมบุคลากรให้เหมาะสมกับการผ่าตัดในและนอกเวลา⁸ การพยาบาลปริศัลยกรรม (perioperative nursing) หมายถึง กระบวนการดูแลผู้ป่วยระยะก่อนผ่าตัด ระยะผ่าตัด และหลังผ่าตัด พยาบาล มีบทบาทสำคัญ ดังนี้ ระยะก่อนผ่าตัด เริ่มจากการสื่อสารกับผู้ป่วยและครอบครัวเพื่อลดความกังวล ตรวจสอบความถูกต้องตัวบุคคลและตำแหน่งที่จะผ่าตัด ตรวจสอบเวชระเบียน ผลตรวจห้องปฏิบัติการ การวินิจฉัยโรค ประวัติเจ็บป่วยอดีต ประวัติการแพ้ยาและอาหาร โรคร่วมที่สำคัญ การติดเครื่องติดตามสัญญาณชีพเพื่อติดตามความปลอดภัย การให้ความรู้เพื่อดูแลหลังผ่าตัด การเตรียมด้านอารมณ์ผู้ป่วยเพื่อลดความกังวล การให้ข้อมูล และการฝึกทักษะที่จำเป็นสำหรับหลังผ่าตัด ระยะผ่าตัดพยาบาลมีบทบาทเกี่ยวกับการตรวจสอบความถูกต้องของผู้ป่วย การให้ยาปฏิชีวนะป้องกันการติดเชื้อก่อนผ่าตัด การทำให้กระเพาะอาหารว่าง การใส่สายสวนปัสสาวะ ตำแหน่งผ่าตัด ทำที่เตรียมผ่าตัด การติดเครื่องติดตามสัญญาณชีพเพื่อติดตามการเต้นของหัวใจ ความดันโลหิต และค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด ความพร้อมของอุปกรณ์เครื่องมือในการทำผ่าตัด การระวังแผลกดทับขณะผ่าตัด การระวังการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัด การส่งเครื่องมือและช่วยผ่าตัด และการรักษาอุณหภูมิร่างกายให้ปกติ ระยะหลังผ่าตัดต้องระวังขณะย้ายผู้ป่วยจากห้องผ่าตัดไปห้องพักฟื้น ต้องมีการสื่อสารอาการผู้ป่วยที่ดีโดยเฉพาะข้อมูลทางคลินิก ดูแลระบบการหายใจและระบบหัวใจหลอดเลือด การเฝ้าระวังอาการข้างเคียงจากยาสงบ เช่น คลื่นไส้อาเจียน เป็นต้น และการจัดการอาการปวดแผลหลังผ่าตัดเสร็จ⁹

โรงพยาบาลชาณุวรลักษบุรี จังหวัดกำแพงเพชร เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาดใหญ่ มีศัลยแพทย์ประจำ 1 ท่าน มีภาระงานผ่าตัดมากทั้งการผ่าตัดแบบนัดผ่าตัด (Elective surgery) และแบบฉุกเฉิน (Emergency surgery) ภาระงานผ่าตัดเพิ่มขึ้นต่อเนื่องปี 2564-2566 ผ่าตัดใหญ่จำนวน 150, 224 และ 365 ราย เป็นการผ่าตัดช่องท้อง 127, 128 และ 157 ราย พบว่าปี 2565 ผ่าตัดผู้ป่วยแผลกระเพาะอาหารทะลุ 2 ราย และ ปี 2566 พบเพิ่ม 1 ราย ทุกรายเป็นการผ่าตัดฉุกเฉินนอกเวลาที่มีความยุ่งยากซับซ้อนในการพยาบาลปริศัลยกรรม การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดแผลกระเพาะอาหารทะลุแบบฉุกเฉิน

กรณีศึกษา

ข้อมูลทั่วไป

ชายไทย อายุ 81 ปี สถานะพระภิกษุ การศึกษาประถมศึกษาปีที่ 4

อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล

ปวดท้องเฉียบพลันรุนแรง 2 ชั่วโมง ก่อนมาโรงพยาบาล

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน

1 ปีก่อนรักษาแบบผู้ป่วยในโรงพยาบาลชาตุนรลักษณ์บุรี 2 ครั้ง ด้วยโรค Dyspepsia

25 วันก่อนอาเจียน 3-4 ครั้ง ถ่ายอุจจาระกระปรืดกระปรอย รักษาโรคกระเพาะอาหารเป็นแผล

18 วันก่อนรักษาแบบผู้ป่วยในของโรงพยาบาลชาตุนรลักษณ์บุรีด้วยอาการปวดท้อง ซีด อุจจาระพบ occult blood positive ให้เลือด PRC กลุ่มโอ จำนวน 2 ยูนิต และนัดส่งกล้องตรวจกระเพาะอาหารและลำไส้ส่วนต้น แต่ผู้ป่วยขาดนัด

3 วันก่อนท้องผูกและปวดอืดท้องท้วๆ ไป

2 ชั่วโมงก่อนปวดท้องลึ้นปี ปวดรุนแรงมากขึ้นลามไปบริเวณท้องด้านขวาเวลาเคลื่อนไหว หน้ามืด จึงมาโรงพยาบาล

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต : ปฏิเสธการเจ็บป่วยในอดีต

ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว : ไม่มีโรคประจำตัวหรือโรคมะเร็งในครอบครัว

ประวัติแพ้ยา : แพ้ยา Penicillin และ Sulfadiazine กินยาแก้ปวดแอสไพริน และยาต้านการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ (NSAIDs) ประจำการประเมินสภาพร่างกายตามระบบ :

รูปร่างทั่วไป : รูปร่างผอม น้ำหนัก 45 กิโลกรัม ส่วนสูง 145 เซนติเมตร ค่าดัชนีมวลกายเท่ากับ 21.40 Kg/m²

สัญญาณชีพ : อุณหภูมิร่างกาย 37.4 องศาเซลเซียส ชีพจร 100 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 121/69 มิลลิเมตรปรอท

ระบบประสาท : รู้สึกตัวดี สื่อสารได้

ผิวหนัง : ผิวขาว ซีด ผิวหนังเย็น ชื้น ไม่มีผื่นคัน ไม่มีจ้ำเลือด ไม่มีปลายมือปลายเท้าเขียว ไม่บวม

ตารูและใบหน้า : เปลือกตาล่างซีดปานกลาง ตาไม่เหลือง ลักษณะภายนอกของจมูก ปากและใบหูปกติ

ทรวงอกและการหายใจ : ทรวงอกปกติสมมาตรดี หายใจตื้น 20 ครั้ง/ นาที หายใจแรงเจ็บท้อง ไม่มีอกบวม ทรวงอกเคลื่อนไหวสอดคล้องกับการหายใจเข้าออก เคาะปอดโปร่งกระเทือนเจ็บท้อง เสียงหายใจปกติ

หัวใจและหลอดเลือด : หัวใจเต้นปกติ สม่าเสมอ ไม่มีเสียง Murmur

ช่องท้องและทางเดินอาหาร : ท้องไม่บวม กดเจ็บทั่วท้อง กดเจ็บมากบริเวณลิ้นปี่และแถบขาล่าง เมื่อกดทั่วท้องแล้วปล่อยรู้สึกเจ็บ เคาะตบมีเสียงโปร่ง เสียงลำไส้เคลื่อนไหวลดลง

ระบบทางเดินปัสสาวะ : กระเพาะปัสสาวะไม่ป่องตึง ปัสสาวะออกน้อย

อวัยวะสืบพันธุ์ : อวัยวะเพศไม่บวมแดง

กล้ามเนื้อและกระดูก : กระดูกโครงสร้างปกติ ไม่มีรอยหักหรือผิดรูป มวลกล้ามเนื้อน้อย Motor power grade 5

ด้านจิตใจและสังคม : วิตกกังวลเรื่องเจ็บป่วยครั้งนี้ ร่วมมือดี ตามตอบสื่อสารได้

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่สำคัญ

CBC : Hct 33% Hb 10.7 g/dL Neutrophils 74.9% Lymphocytes 16.2% Eosinophils 7.5% Monocytes 1.2% Basophils 0.2% Platelet 468,000 cells/mm³ Red blood cells ปกติ

Blood chemistry : BUN 32.3 mg/dL, Creatinine 2.06 mg/dL, eGFR 32.59 ml/min/ 1.73m²

Electrolytes : Na⁺ 129 mmol/L, K⁺ 4.6 mmol/L, Cl⁻ 90 mmol/L, Co₂ 22 mmol/L

EKG : Sinus rhythm. Rt ventricular hypertrophy Widespread ST-T abnormality maybe due to the hypertrophy or ischemia.

CXR-PA (upright) : พบลมรั่วใต้กระบังลมข้างขวา

การวินิจฉัย : Perforated prepyloric ulcer with hypovolemic shock

สรุปการดำเนินของโรคขณะรับไว้ในโรงพยาบาล

ระหว่างเตรียมผ่าตัดที่ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี สัญญาณชีพ ชีพจร 100 ครั้ง/นาที ให้สารน้ำ RLS IV load 500 ml ต่อด้วย 120 ml/hr แรกที่ห้องผ่าตัด ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ปวดท้อง สัญญาณชีพ อัตราชีพจร 82 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 106/46 มิลลิเมตรปรอท มีปัสสาวะออก 10 ml คาสายปัสสาวะ ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัด Simple suture with omental patch under general anesthesia with ET tube พบ prepyloric ulcer perforation แผลมีขนาดเส้นผ่านศูนย์กลาง 1 เซนติเมตร นาที่ที่ 5 ของการผ่าตัด ชีพจร 110 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 83/35 มิลลิเมตรปรอท ให้ PRC กลุ่มโอ transfusion 215 ml, Ringer lactate solution 2,150 ml, 0.9% NSS 400 ml, Cef-3 IV 2 gm, Metronidazole IV 500 mg สัญญาณชีพระหว่างผ่าตัด อัตราชีพจร 80-90 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 12 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 90/60 -140/90 มิลลิเมตรปรอท ความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 100% ใช้เวลาผ่าตัด 2 ชั่วโมง สูญเสียเลือดจากการผ่าตัด 10 ml ปัสสาวะไม่ออกเพิ่ม หลังผ่าตัด 45 นาที ผู้ป่วยยังไม่รู้สึกตัว E1VTM1 สัญญาณชีพปกติ ย้ายไปหอผู้ป่วย ICU ใช้เครื่องช่วยหายใจ ให้ RLS 1000 ml IV 60 ml/hr, NSS 1000 ml IV 60 ml/hr, MO 2 mg IV q 4 hr, Plasil 10 mg IV q 8 hr, DTX q 6 hr keep 80-120 mg%, urine output keep \geq 40 ml/ 2 hr ให้ยา Cef-3 2 gm IV OD, Metronidazole 500 mg IV q 8 hr, Omeprazole 40 mg IV q 12 hr

24 ชั่วโมงแรก หลังผ่าตัด : หลังผ่าตัด 3 ชั่วโมงผู้ป่วยเริ่มรู้สึกตัว (E2VTM4-5) หายใจสัมพันธ์กับเครื่องช่วยหายใจ แผลผ่าตัดหน้าท้องไม่ซึม แสดงสีหน้าเจ็บปวดเวลากระตุ้นให้ MO 2 mg IV q 4 hr. No gastric content ปัสสาวะออกคาสายสวน ปัสสาวะ น้ำตาลในเลือดต่ำ (DTX 65 mg%) ให้ 50% glucose 50 ml IV 5 ชั่วโมงหลังผ่าตัดผู้ป่วยลืมตาได้เอง หายใจสัมพันธ์กับเครื่องช่วยหายใจ หลังได้รับเลือด Hct 32.4% Hb10.6 g/dL WBC 12,400 Cell/cu.mm Neutrophil 92% 9 ชั่วโมงหลังผ่าตัด ความดันโลหิต 89/43 มิลลิเมตรปรอท (MAP 58 มิลลิเมตรปรอท) ให้ RLS 500 ml IV load หลังให้ความดันโลหิต 113/55 มิลลิเมตรปรอท (MAP 74 มิลลิเมตรปรอท) หลังผ่าตัด 20 ชั่วโมง ผู้ป่วยเรียกลืมตา (E3VTM6) ปัสสาวะออก 396 ml No gastric content ปริมาณน้ำเข้าและออกร่างกายเท่ากับ 4,107 และ 396 ml

หลังผ่าตัด 30 ชั่วโมง ผู้ป่วยหายใจได้เองสามารถถอดเครื่องช่วยหายใจได้

ขณะพักรักษาตัวที่ หอผู้ป่วย ICU รวม 14 วันหลังผ่าตัดผู้ป่วยได้รับการแก้ไขช็อกจากภาวะขาดสารน้ำ น้ำตาลในเลือดต่ำ ภาวะไม่สมดุลของเกลือแร่ในร่างกาย ได้รับยาปฏิชีวนะ 14 วัน ไม่พบภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด แผลผ่าตัดดีดี ได้รับการฟื้นฟูสภาพร่างกายหลังผ่าตัดในด้านการฝึกหายใจ การเคลื่อนไหวร่างกาย และด้านโภชนาการ จนอาการทั่วไปปกติ รับประทานอาหารได้ เดินได้โดยมีคนช่วยพยุงและการขับถ่ายปกติ ได้ย้ายไปฟื้นฟูสภาพร่างกายหลังผ่าตัดที่ หอผู้ป่วยในศัลยกรรมอีก 3 วัน รวมเวลาดนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล 17 วัน

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

ระยะเวลาที่ทำการฝึกศึกษารั้วนี้ ตั้งแต่รับข้อมูลการ Set ผ่าตัด จนถึง 24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลแบ่งเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะก่อนผ่าตัด

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล : มีโอกาสเกิดความไม่พร้อมในการผ่าตัดใหญ่แบบฉุกเฉิน

ข้อมูลสนับสนุน : ศัลยแพทย์ Set emergency explore laparotomy under GA ช่วงเวลาเวรป่วย

วัตถุประสงค์การพยาบาล : เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดใหญ่แบบฉุกเฉินที่มีความพร้อมของทีมนผ่าตัด ห้องผ่าตัด เครื่องมือและอุปกรณ์ต่าง ๆ ทำให้ผู้ป่วยไม่ต้องรอคอยนานในระยะเวลาผ่าตัดและลดภาวะแทรกซ้อนจากการดำเนินของโรค

เกณฑ์การประเมินผล : ไม่พบอุบัติเหตุการไม่พร้อมของทีมนผ่าตัด ห้องผ่าตัด เครื่องมือและอุปกรณ์

กิจกรรมการพยาบาล

1. จัดการเรียกทีมนผ่าตัดตามตารางเวรปฏิบัติงานนอกเวลาราชการ ได้แก่ วิทยาลัยพยาบาล พยาบาลห้องผ่าตัด และผู้ช่วยเหลือคนไข้ประจำห้องผ่าตัด โดยให้ข้อมูลการวินิจฉัย อาการ และความเร่งด่วนของการผ่าตัด
2. จัดลำดับความสำคัญของผู้ป่วยรายนี้ก่อนผู้ป่วยรายอื่นที่มีภาวะฉุกเฉินน้อยกว่า
3. ตรวจสอบความพร้อมของยา และอุปกรณ์ช่วยชีวิตฉุกเฉิน รวมทั้งติดตามโลหิตที่จองไว้ที่ห้องปฏิบัติการ

4. ติดตามประเมิน และช่วยพยาบาลห้องผ่าตัดในการเตรียมเครื่องมือผ่าตัด เครื่องจี้ไฟฟ้า เครื่องดูดสารคัดหลั่ง ใหมเย็บ วัสดุการแพทย์ และการอุ่นสารน้ำ 0.9 % NSS irrigation ที่คาดว่าจะใช้ในการผ่าตัดครั้งนี้ให้พร้อมใช้
5. ควบคุมและติดตามผู้ช่วยเหลือคนไข้ในการเตรียมห้อง และเตียงผ่าตัดให้พร้อมใช้งานได้ทันที
6. รายงานศัลยแพทย์และวิสัญญีแพทย์ทราบถึงความพร้อมผ่าตัด
7. ประเมินผู้ป่วยซักก่อนเคลื่อนย้ายผู้ป่วยเข้ารับการผ่าตัด ใช้แบบตรวจสอบรายการผ่าตัดปลอดภัย (Surgical safety checklist) ก่อนการดมยา (Sign In) โดยขานดังๆ ให้ศัลยแพทย์ วิสัญญีแพทย์และพยาบาล ได้ยินทั่วกัน ได้แก่ การลงนามยินยอม ผ่าตัดแล้วของผู้ป่วยและผู้ดูแลของผู้ป่วย การระบุตัวผู้ป่วย ประเภทการผ่าตัด ตำแหน่งผ่าตัด การตรวจสอบการดมยาครบถ้วน เครื่องติดตามสัญญาณชีพ เครื่องวัดความอึดตัวของออกซิเจน และออกซิเจนพร้อมใช้ ผู้ป่วยมีประวัติแพ้ยา Penicillin และ Sulfadiazine ทางเดินหายใจใส่ท่อช่วยหายใจไม่ลำบาก และมีโอกาสน้อยในการเสียเลือดมากกว่า 1,000 ml
8. สอบถามศัลยแพทย์ถึงความต้องการเครื่องมือและอุปกรณ์พิเศษอื่น ๆ เพื่อให้พร้อมใช้ได้ที่ทันทีในระยผ่าตัด

ประเมินผลการพยาบาล

ไม่พบอุบัติการณ์ความไม่พร้อมของทีมผ่าตัด ห้องผ่าตัด เครื่องมือและอุปกรณ์

ระยผ่าตัด

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 1 ผู้ป่วยมีภาวะช็อกจากสูญเสียสารน้ำจากแผลกระเพาะอาหารทะลุ

ข้อมูลสนับสนุน : นาที่ที่ 5 นาที่ของการผ่าตัดอัตราชีพจร 110 ครั้ง/ นาที ความดันโลหิต 83/35 มิลลิเมตรปรอท

วัตถุประสงค์การพยาบาล : เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากการช็อกจากสูญเสียสารน้ำจากแผลกระเพาะอาหารทะลุ

เกณฑ์การประเมินผล :

1. ปลายมือปลายเท้าไม่มีสีเขียวคล้ำ
2. อัตราชีพจร <100 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต >90/60 มิลลิเมตรปรอท ค่าความอึดตัวของออกซิเจนในเลือด >95%

ปัสสาวะออก >30 ml/hr

กิจกรรมการพยาบาล

1. วัดและบันทึกสัญญาณชีพ อาการ และอาการแสดง ทุก 5 นาที รายงานแพทย์เมื่อพบสิ่งผิดปกติ
2. ประเมินภาวะ Cyanosis ปลายมือเขียวคล้ำ ผิวหนังเย็นชื้น เหงื่อออก
3. ดูแลให้สารน้ำและโลหิตทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษา คือ Ringer lactate solution 2,150 ml, 0.9% NSS 400 ml และ PRC กลุ่มโอ 215 ml โดยให้พยาบาลช่วยรอบนอกร่วมกับวิสัญญีพยาบาลตรวจสอบก่อนให้เลือดเกี่ยวกับ ชื่อ นามสกุลผู้ป่วยตรงกับป้ายข้อมือ ถูงเลือด ใบคล่องเลือดและกลุ่มของเลือด และสังเกตปฏิกิริยาผิดปกติจากการให้เลือด ได้แก่ มีไข้ หนาวสั่น มีผื่นแดง ความดันโลหิตต่ำ ตัวเขียว และช็อก
4. ดูแลให้ฉีดยา Ephedrine 18 mg ทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษา เพื่อแก้ไขภาวะความดันโลหิตต่ำ
5. ประเมินและบันทึกปริมาณ ลักษณะ และสีของของเหลวใน NG tube และในช่องท้อง รวมทั้งประเมินการสูญเสียโลหิตของผู้ป่วย และรายงานศัลยแพทย์และทีมวิสัญญีอย่างสม่ำเสมอ
6. ประเมินและบันทึกปริมาณ ลักษณะและสีของปัสสาวะต่อชั่วโมง

ประเมินผลการพยาบาล

1. ผู้ป่วยปลายมือปลายเท้าไม่มีสีเขียวคล้ำ
2. ระหว่างผ่าตัด อัตราชีพจร 80-90 ครั้ง/ นาที ความดันโลหิต 90/60-140/90 มิลลิเมตรปรอท ค่าความอึดตัวของออกซิเจนในเลือด 100% ในระยผ่าตัด 2 ชั่วโมง ปัสสาวะของผู้ป่วยไม่ออกเพิ่ม

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2 ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดแผลผ่าตัดติดเชื้อ

ข้อมูลสนับสนุน

ผู้ป่วยมีภูมิคุ้มกันร่างกายต่ำเนื่องจากสูงอายุ และมีภาวะโลหิตจาง และแผลผ่าตัดมีโอกาสปนเปื้อนเชื้อโรคจากแผลกระเพาะอาหารและสารในกระเพาะอาหาร (Gastric content) ในขณะที่ผ่าตัด

วัตถุประสงค์การพยาบาล : เพื่อป้องกันแผลผ่าตัดติดเชื้อ

เกณฑ์การประเมินผล : ไม่มีการติดเชื้อแผลผ่าตัด

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินสภาพผิวหนังของผู้ป่วยโดยเฉพาะตำแหน่งผ่าตัด เช่น บาดแผล ผื่นแดง และ ตุ่มหนอง
2. ฟอกทำความสะอาดผิวหนังก่อนผ่าตัดด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อ ด้วยวิธี Aseptic technique โดยสวมถุงมือปราศจากเชื้อ ใช้ผ้าก๊อซชุบ 7.5% Povidone-iodine scrub ฟอกบริเวณผ่าตัดประมาณ 5 นาที และใช้ผ้าแห้งปราศจากเชื้อซับน้ำยาฆ่าเชื้อออก และทาผิวหนังด้วย 10% Povidone-iodine solution โดยเริ่มจากตำแหน่งผ่าตัดวนออกไปรอบนอก จับเวลารอผิวหนังแห้ง 2 นาทีและแจ้งแพทย์ทราบก่อนลงมีดผ่าตัด
3. ดูแลการให้ยาปฏิชีวนะทางหลอดเลือดดำ ได้แก่ Cef-3 2 gm, Metronidazole 500 mg และสังเกตผลข้างเคียงเฉียบพลันของยา เช่น ปวดศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน ผื่นคัน ลมพิษ มีไข้ เป็นต้น
4. ล้างมือ เช็ดมือ สวมเสื้อและถุงมือปราศจากเชื้อตามหลัก Operating room technique ในการส่งเครื่องมือผ่าตัด
5. ตรวจสอบความถูกต้องของตัวบ่งชี้ทางเคมีและสภาพหีบห่อของอุปกรณ์และเครื่องมือผ่าตัดที่ใช้ในการผ่าตัด เพื่อประเมินความคงสภาพความปราศจากเชื้อก่อนนำไปใช้ในการผ่าตัด
6. ดูแลให้พยาบาลช่วยเหลือนอก (Circulating nurse) ช่วยคัดแยกแพทย์แต่งกายในชุดปราศจากเชื้อก่อนผ่าตัด
7. ส่งเครื่องมือโดยยึดหลัก Aseptic technique อย่างถูกต้องทั้งชนิดและเทคนิคการส่งเครื่องมือ และรวดเร็ว เพื่อประหยัดเวลาในการผ่าตัด
8. ช่วยคัดแยกแพทย์ ล้างช่องท้องด้วยน้ำเกลืออุ่น ประมาณ 3,000 ml เพื่อลดการปนเปื้อนของเชื้อโรค
9. แยกเครื่องมือที่ปนเปื้อนจากการผ่าตัด โดยใส่ภาชนะแยกไว้ไม่นำกลับมาใช้อีก
10. ดูแลและควบคุมการปฏิบัติตามมาตรฐานการช่วยผ่าตัดอย่างเคร่งครัดโดยยึดหลัก Sterile and aseptic technique เช่น การเปิดห้องของปราศจากเชื้อถูกวิธีและเปิดหลังย้ายผู้ป่วยขึ้นเตียงผ่าตัดแล้ว การปูผ้าผ่าตัดปราศจากเชื้ออย่างถูกต้องไม่สะบัดผ้าแรงและเปิดเฉพาะส่วนที่จะลงมือผ่าตัดเท่านั้น เปิดประตูเข้าออกห้องผ่าตัดเท่าที่จำเป็น จำกัดคนเข้าช่วยในห้องผ่าตัดเท่าที่จำเป็น การช่วยส่งเครื่องมือผ่าตัดอย่างถูกต้อง และการเปิดและส่งเครื่องมือที่ขอเพิ่มเติม รวมทั้งเทศบาลน้ำในของพยาบาลช่วยเหลือนอก เป็นต้น
11. ดูแลช่วยคัดแยกแพทย์ปิดแผลผ่าตัดอย่างถูกต้อง และดูแลไม่ให้แผลผ่าตัดปนเปื้อนสิ่งแวดล้อมภายนอกขณะทำความสะอาดร่างกายผู้ป่วยผ่าตัด

ประเมินผลการพยาบาล

หลังผ่าตัดผู้ป่วยไม่มีไข้ แผลผ่าตัดไม่อักเสบบวมแดง แผลติดดีหลังตัดไหม

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 3 ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำ (Hypothermia)

ข้อมูลสนับสนุน : ร่างกายผู้ป่วยสูญเสียความร้อนได้ง่ายจากผู้ป่วยมีร่างกายผอม มีภาวะขาดน้ำ ห้องผ่าตัดมีอุณหภูมิ < 25 องศาเซลเซียส การผ่าตัดใช้เวลานาน มีการเปิดเผยร่างกายผู้ป่วยขณะผ่าตัด และความเย็นจากเลือดที่ให้เร่งด่วน

วัตถุประสงค์การพยาบาล : เพื่อป้องกันไม่ทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำ (Hypothermia)

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผิวหนังอุ่น อุณหภูมิของร่างกายมากกว่าหรือเท่ากับ 36.5 องศาเซลเซียส
2. ความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด > 95% การคืนกลับของเลือดในหลอดเลือดฝอย (Capillary refill) ไม่เกิน 3 วินาที

กิจกรรมการพยาบาล

1. ควบคุมอุณหภูมิห้องผ่าตัดให้อยู่ระหว่าง 23-25 องศาเซลเซียส และปิดเครื่องปรับอากาศชั่วคราวขณะผ่าตัดตามแผนการรักษาของแพทย์
2. ไม่เปิดเผยร่างกายผู้ป่วยโดยไม่จำเป็น เพื่อป้องกันการสูญเสียความร้อน (Passive external rewarming)
3. คลุมผ้าให้ผู้ป่วยตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัด จนถึงระยะผ่าตัดให้คลุมผ้าผ่าตัดโดยเปิดเฉพาะส่วนที่ต้องทำผ่าตัด และคลุมผ้าห่มมร้อนบริเวณหน้าอกและแขน 2 ข้างของผู้ป่วย เพื่อป้องกันการสูญเสียความร้อน (Active external rewarming)
4. ดูแลให้ผ้าที่ปูรองตัวของผู้ป่วยแห้งอยู่เสมอและใช้ผ้าห่มเป่าลมร้อนบริเวณหน้าอกและแขนทั้ง 2 ข้างของผู้ป่วยเพื่อเพิ่มความอบอุ่นขณะผ่าตัด
5. ขณะผ่าตัดดูแลให้ชุ่มผ้าซับโลหิต และล้างช่องท้องด้วยสารน้ำอุ่น 0.9% NSS irrigation
6. ทำความสะอาดร่างกายผู้ป่วยหลังผ่าตัดด้วยน้ำอุ่นโดยเช็ดเลือดและคราบน้ำยาที่ใช้ในการทำผ่าตัด
7. หลังผ่าตัดคลุมผ้าหลาย ๆ ชั้น ใช้ผ้าห่มเป่าลมร้อนให้ความอบอุ่นแก่ร่างกายของผู้ป่วย

ประเมินผลการพยาบาล

1. ระยะผ่าตัดผู้ป่วยมีผิวหนังอุ่น อุณหภูมิร่างกาย 37-37.2 องศาเซลเซียส
2. ระยะผ่าตัดค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 96-100 % การคืนกลับของเลือดในหลอดเลือดฝอย (Capillary refill) 2 วินาที

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 4 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุเกี่ยวกับสิ่งของ/อุปกรณ์ที่ใช้ในการผ่าตัดและอุบัติเหตุจากการจัดทำและเคลื่อนย้ายผู้ป่วย

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยจะได้รับการผ่าตัดเปิดช่องท้อง (Explore laparotomy) เป็นผ่าตัดใหญ่ที่มีความยุ่งยากซับซ้อน ใช้เวลาผ่าตัดนาน อาจทำให้มีโอกาสเกิดสิ่งของและอุปกรณ์ตกค้างในร่างกายผู้ป่วยได้หากขาดความระมัดระวัง
2. การผ่าตัดต้องใช้เครื่องมือไฟฟ้า อาจเกิดการไหม้ของผิวหนังบริเวณติดแผ่นสื่อนำไฟฟ้าได้ และผู้ป่วยได้รับยาสลบแบบทั่วร่างกาย ไม่รู้สึกตัว อาจทำให้เกิดอุบัติเหตุจากการจัดทำและการเคลื่อนย้ายได้

วัตถุประสงค์การพยาบาล : เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดอุบัติเหตุเกี่ยวกับสิ่งของ/ อุปกรณ์ที่ใช้ในการผ่าตัดและอุบัติเหตุจากการจัดทำและเคลื่อนย้ายผู้ป่วย

เกณฑ์การประเมินผล :

1. ไม่มีสิ่งของและอุปกรณ์ตกค้างในร่างกายหลังผ่าตัด
2. ผู้ป่วยไม่เกิดการพองไหม้ของผิวหนังบริเวณที่ติดแผ่นสื่อนำไฟฟ้าของเครื่องมือไฟฟ้า และไม่เกิดอุบัติเหตุจากการจัดทำและเคลื่อนย้ายผู้ป่วย

กิจกรรมการพยาบาล :

1. ดูแลเคลื่อนย้ายผู้ป่วยจากเปลนอนขึ้นเตียงผ่าตัดโดยเจ้าหน้าที่ 3 คนและใช้ Pat slide โดยเลื่อนเปลนอนให้ชิดเตียงผ่าตัด ล็อกล้อเปลนอนไว้ และระมัดระวังการเลื่อนหลุดของสายสวนน้ำทางหลอดเลือดดำ สายปัสสาวะและสาย NG tube
2. ช่วยศัลยแพทย์และทีมผ่าตัดในการจัดทำผู้ป่วยนอนหงายราบ (Supine position) บนเตียงผ่าตัด โดย
 - จัดท่านอนให้กระดูกท้ายทอย กระดูกสันหลังอยู่แนวเดียวกับกระดูกสะโพกและขา
 - ใช้ผ้านุ่มๆ รองรับบริเวณปุ่มกระดูกสันหลัง ข้อศอก ข้อเข่า และกระดูกสันหลัง เพื่อลดแรงกดทับ
 - กางอุปกรณ์รองแขน (Arm boards) ไม่เกิน 90 องศาจากลำตัว และใช้ผ้านุ่มรองแขน
 - จัดผ้าปูให้เรียบตึงเพื่อป้องกันการบาดเจ็บของกล้ามเนื้อ เส้นประสาท และหลอดเลือดจากแรงกดทับ
 - ใช้สายรัดเหนือเข่าของผู้ป่วยติดเตียงผ่าตัดให้แน่นพอดีที่มือสามารถถอดผ่านสายรัดได้
 - ร่วมตรวจสอบการจัดทำกับศัลยแพทย์และทีมผ่าตัดอีกครั้งก่อนเริ่มทำผ่าตัด
3. ประเมินสภาพผิวหนังผู้ป่วยก่อนติดแผ่นสื่อนำไฟฟ้า วางแผ่นสื่อนำไฟฟ้าบริเวณที่มีกล้ามเนื้อรองรับผิวหนังตำแหน่งวาง Electric plate ไม่มีขนหรือมีขนน้อยที่สุด วาง Electric plate บริเวณที่แห้งและไม่มีการเปียกน้ำจาก

ทำผ่าตัด วางใกล้บริเวณที่ทำผ่าตัดที่สุด ไม่วางบนปุ่มกระดูกต่างๆ ติดแผ่นสื่อนำไฟฟ้าให้แนบสนิทกับผิวหนังของผู้ป่วย ระวังไม่ให้ผิวหนังของผู้ป่วยสัมผัสกับโลหะของเตียงผ่าตัดหรืออุปกรณ์อื่นๆ ตรวจสอบการพองใหม่บริเวณผิวหนังส่วนที่วางสื่อนำไฟฟ้า ลงบันทึกลักษณะผิวหนังหลังผ่าตัด

4. ส่งเครื่องมือผ่าตัดถูกต้องตามเทคนิค ตื่นตัว สนใจ ติดตามการผ่าตัดตลอดเวลา และความระมัดระวังการใช้เครื่องมือ เช่น ระวังระวังในการใช้เครื่องมือมีคม ใช้ผ้าซับโลหิตรองก่อนใช้เครื่องมือดัดรั้ง ใช้ผ้าชุบ NSS อุณหภูมิเหมาะสมในการคลุมกระเพาะอาหารและลำไส้ที่สัมผัสกับอากาศนาน ๆ เพื่อป้องกันเนื้อเยื่อแห้งและขาดเลือดมาเลี้ยง

5. ตรวจสอบเครื่องมือผ่าตัด อุปกรณ์ ผ้าซับโลหิต และเข็มเย็บแผลที่ใช้ในการผ่าตัด ร่วมกันกับช่วยรอบนอกก่อนเริ่มผ่าตัด เมื่อเปิดห้องใหม่ และก่อนเย็บปิดช่องท้อง ดูแลให้พยาบาลช่วยรอบนอกขนานตั่ง ๆ ให้ทีมผ่าตัดได้ยินทั่วกัน บันทึกในบนกระดานและในเวชระเบียน

ประเมินผลการพยาบาล

1. ไม่มีสิ่งของและอุปกรณ์ตกค้างในร่างกายหลังผ่าตัด
2. ผิวหนังของผู้ป่วยปกติไม่มีรอยพองใหม่ ไม่เกิดอุบัติเหตุจากการเคลื่อนย้ายและจัดท่า ได้แก่ ท่อช่วยหายใจ ไม่เลื่อนหลุดและอุปกรณ์ที่ติดตัวผู้ป่วยไม่เลื่อนหลุดและไม่หักพับ

ระยะหลังผ่าตัด

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 1 ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้น และจากการเคลื่อนย้าย

ข้อมูลสนับสนุน : หลังผ่าตัดผู้ป่วยไม่รู้สึกรู้สึกร่างกายระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย กล้ามเนื้อที่ช่วยหายใจยังทำงานไม่ปกติและกลไกการป้องกันตนเองจากกล้ามเนื้อยังไม่ปกติ

วัตถุประสงค์การพยาบาล : เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนระยะหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้นและระหว่างเคลื่อนย้ายไปหอผู้ป่วย ICU

เกณฑ์การพยาบาล

1. อัตราชีพจร < 100 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต > 90/60 มิลลิเมตรปรอท ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด > 95%
2. ไม่เกิดอุบัติเหตุจากการเคลื่อนย้าย

กิจกรรมการพยาบาล

1. ช่วยวิสัญญีพยาบาลในการจัดท่าที่เหมาะสม การติดอุปกรณ์ช่วยหายใจ การติดเครื่องติดตามสัญญาณชีพ และเครื่องวัดความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด และคลุมผ้าห่มเป่าลมร้อนให้ความอบอุ่นแก่ร่างกายผู้ป่วย

2. ร่วมกับทีมวิสัญญีในการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัด

- ประเมินและบันทึกสัญญาณชีพทุก 5 นาที
- ติดตามประเมินลักษณะการหายใจของผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด ดูแลทางเดินหายใจให้โล่งโดยช่วยดูดเสมหะให้ทันที่ตามสภาพความต้องการของผู้ป่วย
- ดูแลการได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษา
- ประเมินปริมาณสารน้ำที่ใช้ในการผ่าตัด และปริมาณของเหลวในเครื่องดูดสุญญากาศ เพื่อประเมินน้ำเข้าและออกจากร่างกายของผู้ป่วย

3. จัดให้ทีมผ่าตัด 4 คนช่วยเคลื่อนย้ายผู้ป่วยไปเปลนอนอย่างนุ่มนวลโดยใช้ Pat slide ตรวจสอบตำแหน่งท่อช่วยหายใจ สายต่อเชื่อม Self-inflating bag กับถังออกซิเจน เครื่องตรวจค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด ผ้าปิดแผลผ่าตัด สายสารน้ำทางหลอดเลือดดำ สายสวนปัสสาวะและ Nasogastric tube ดูแลไม่ให้อุปกรณ์ที่ติดตัวผู้ป่วยเลื่อนหลุดหรือหักพับ และดูแลให้หนีบสายปัสสาวะหรือให้ถุงปัสสาวะอยู่ต่ำกว่าร่างกายของผู้ป่วยขณะเคลื่อนย้าย

4. จัดให้มีพยาบาลห้องผ่าตัด 2 คน ไปด้วยกันกับวิสัญญีพยาบาลในระหว่างเคลื่อนย้ายผู้ป่วยด้วยความนุ่มนวลถึงหอผู้ป่วย ICU เพื่อดูแลช่วยหายใจด้วยอุปกรณ์ช่วยหายใจชนิด Self-inflating bag และป้องกันการเกิดอุบัติเหตุการเคลื่อนย้าย

ประเมินผลการพยาบาล

1. ในระยะห้องพักฟื้น อัตราชีพจร 84-106 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 120/60-130/70 มิลลิเมตรปรอท ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 96-100%

2. ไม่เกิดอุบัติเหตุจากการเคลื่อนย้าย

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 2 ส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลต่อเนื่องหลังผ่าตัด

ข้อมูลสนับสนุน : หลังผ่าตัดศัลยแพทย์ย้ายผู้ป่วยไปดูแลรักษาต่อที่หอผู้ป่วย ICU

วัตถุประสงค์การพยาบาล : เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องที่หอผู้ป่วย ICU

เกณฑ์การประเมินผล

1. พยาบาลประจำหอผู้ป่วย ICU ได้รับข้อมูลผู้ป่วย การระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย ผลการผ่าตัด และ ปัญหาของผู้ป่วยครบถ้วน

2. ผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดและกลับสู่ภาวะปกติได้เร็วขึ้น

กิจกรรมการพยาบาล

1. ใช้เครื่องมือ SBAR ในการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยอย่างครบถ้วนแก่หอผู้ป่วย ICU โดยเฉพาะข้อมูลการผ่าตัด และ ภาวะวิกฤตหลังผ่าตัด ได้แก่ ผู้ป่วยยังไม่ฟื้นจากการดมยาสลบต้องการใช้เครื่องช่วยหายใจ ปัญหาภาวะช็อกและการแก้ไข ขึ้นต้นและความไม่สมดุลของเกลือแร่ และแผนการรักษาของศัลยแพทย์และวิสัญญีแพทย์

2. บันทึกการพยาบาลต่าง ๆ ในระยะผ่าตัดลงในแบบบันทึกทางการพยาบาล (Perioperative nursing record) ให้ถูกต้องครบถ้วนกระบวนกรพยาบาลตามหลัก 4 C (Correct, Complete, Clear, Concise) เพื่อใช้สื่อสารในทีมสุขภาพ และผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง

3. ติดตามเยี่ยมหลังผ่าตัดภายใน 24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด และหลังผ่าตัด 72 ชั่วโมง โดยประเมินความรู้สึกตัว ความเจ็บปวด ภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ เมื่อผู้ป่วยรู้สึกตัวดีแล้วให้ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตนหลังผ่าตัด

4. นำปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยที่ได้จากการเยี่ยมหลังผ่าตัดแจ้งแก่พยาบาลหอผู้ป่วย ICU เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการจัดการความเจ็บปวด ได้รับการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดโดยนักร่างกายบำบัดในการบริหารปอดและการเคลื่อนไหวเมื่อผู้ป่วยพร้อม และดูแลด้านโภชนาการโดยจัดอาหารตามแผนการรักษาที่ผู้ป่วยชอบ

ประเมินผลการพยาบาล

1. พยาบาลประจำหอผู้ป่วย ICU ได้รับข้อมูลผู้ป่วย การระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย ผลการผ่าตัด และ ปัญหาของผู้ป่วยครบถ้วนในการจัดเตรียมความพร้อมรับที่หอผู้ป่วย ICU

2. หลังผ่าตัดผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟูสภาพโดยทีมสหวิชาชีพ มีนักร่างกายบำบัดดูแลฟื้นฟูฝึกการหายใจและฝึกนั่ง ยืนและเดินซึ่งผู้ป่วยปฏิบัติได้ และการดูแลจากงานโภชนาการ ผู้ป่วยสามารถรับประทานอาหารอ่อนได้ การขับถ่ายปกติ

สรุปกรณีศึกษา

ผู้ป่วยชายไทย สถานะพระภิกษุ อายุ 81 ปี 2 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาลปวดท้องบริเวณลิ้นปี่เฉียบพลันรุนแรง จึงมาโรงพยาบาล มีประวัติไข้ยาแอสไพรินและยาต้านอักเสบชนิดไม่ใช้สเตียรอยด์ (NSAIDs) ประจำ 18 วัน ก่อนมานอนรักษาตัวในโรงพยาบาลชาตุนุรลักษณ์บุรีด้วยอาการปวดท้อง ซีด ได้รับ PRC กลุ่มโอ 2 ยูนิต ครั้งนี้ที่ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน พบชีพจร 100 ครั้ง/นาที กดเจ็บมากบริเวณลิ้นปี่และแถบขาล่าง เมื่อกดทั่วท้องแล้วปล่อยรู้สึกเจ็บ เคาะตบมีเสียงโปร่ง ผลตรวจชั้นสูตร Hct 33% BUN 32.3 mg/dL Creatinine 2.06 mg/dL, eFGR 32.59 ml/min/ 1.73m² Na⁺129 mmol/L, CXR-PA (upright) พบลมรั่วใต้กระบังลมข้างขวา การวินิจฉัย : Perforated peptic ulcer with hypovolemic shock ได้รับการผ่าตัดแผลกระเพาะอาหารทะลุ (Simple suture with omental patch) โดยใช้วิธีระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย ผ่าตัดแบบฉุกเฉินนอกเวลาราชการ หลังผ่าตัดผู้ป่วยได้รับการดูแลระบบทางเดินหายใจและการแก้ไขภาวะช็อก ความไม่สมดุลของเกลือแร่และภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ การดูแลแผลผ่าตัด และพักรักษาตัวที่หอผู้ป่วย ICU รวม 14 วัน และได้ย้ายไปฟื้นฟูสภาพร่างกายหลังผ่าตัดที่หอผู้ป่วยในศัลยกรรมอีก 3 วัน รวมเวลานอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล 17 วัน

วิจารณ์และข้อเสนอแนะ

จากกรณีศึกษาพบว่าผู้ป่วยมีแผลกระเพาะอาหารทะลุร่วมกับภาวะช็อกจากการขาดสารน้ำ เตรียมผ่าตัดที่ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ต้องรับการผ่าตัดใหญ่ฉุกเฉินนอกเวลาราชการ มีโอกาสเกิดความไม่พร้อมของการผ่าตัด ผู้ป่วยมีโอกาสดิตเชื้อแผลผ่าตัด และใช้เวลาผ่าตัด 2 ชั่วโมง ผู้ป่วยได้รับยาปฏิชีวนะทางหลอดเลือดดำหลังลงมีดผ่าตัด ซึ่งการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดรายนี้ มีโอกาสในการพัฒนา ดังนี้

1. การจัดตารางเวรพยาบาลส่งเครื่องมือผ่าตัดสำรองเข้าช่วยผ่าตัดเพิ่มเติม เพื่อช่วยให้การผ่าตัดราบรื่นรวดเร็วขึ้น
2. การกำหนดหน้าที่รับผิดชอบของบุคลากรทางการพยาบาลในการเตรียมเครื่องมือและอุปกรณ์เพื่อไม่ให้งานล่าช้าซ้อนกันและลดระยะเวลาการเตรียมความพร้อมในการผ่าตัด
3. แนวทางการให้ยาปฏิชีวนะสำหรับผู้ป่วยผ่าตัด ซึ่งอาจเริ่มให้ตั้งแต่ที่จุดเตรียมผ่าตัด หรือทีมผ่าตัดควรเคร่งครัดในการให้ยาปฏิชีวนะ ซึ่งโอกาสเกิดการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัดเริ่มตั้งแต่ตอนศัลยแพทย์ลงมีด จึงมีความจำเป็นที่ต้องให้ยาปฏิชีวนะตั้งแต่มีก่อนการปนเปื้อนของบาดแผล ภายใน 30 นาทีก่อนลงมีด

บทสรุป

จากกรณีศึกษาผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดกระเพาะอาหารทะลุ ซึ่งเป็นการผ่าตัดทางศัลยกรรมทั่วไปที่ย่างยากซับซ้อนสำหรับโรงพยาบาลชุมชน เนื่องจากผู้ป่วยมีภาวะช็อกและต้องการรับการผ่าตัดฉุกเฉินนอกเวลาราชการ พยาบาลห้องผ่าตัดต้องมีความรู้ความสามารถในการบริหารจัดการ วิชาการและการจัดบริการผ่าตัดโดยใช้กระบวนการพยาบาลในการวางแผนร่วมกับทีมผ่าตัด และปฏิบัติตามมาตรฐานการพยาบาลทั้งระยะก่อน ขณะ และหลังผ่าตัด โดยเฉพาะการเตรียมความพร้อมของห้องผ่าตัด ทีมผ่าตัด เครื่องมือและอุปกรณ์ต่าง ๆ ให้พร้อมบริการตลอดเวลาโดยเฉพาะนอกเวลาราชการที่มีจำนวนบุคลากรน้อยลง การดูแลผู้ป่วยภาวะวิกฤต รวมทั้งการสื่อ/ประสานงานกับทีมสหวิชาชีพเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการบริการต่อเนื่องและฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด ทำให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้รวดเร็วทันทั่วทั้งที่และปลอดภัย ดังนั้นการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดที่มีประสิทธิภาพสามารถป้องกันผู้ป่วยจากภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงและการเสียชีวิตได้

เอกสารอ้างอิง

1. Perforated ulcer. In: Wikipedia [Internet]. 2022. [cited 2023 Sept 9]. Available from: https://en.wikipedia.org/wiki/Perforated_ulcer.
2. Lau JY, Sung J, Hill C, Henderson C, Howden CW, Metz DC. Systematic review of the epidemiology of complicated peptic ulcer disease: incidence, recurrence, risk factors and mortality. *Gastroenterologia* [Internet] 2011 [cited 2023 Sept 26];84(2):102-13. Available from: <https://karger.com/dig/article-pdf/84/2/102/4034394/000323958.pdf>
3. Bertleff MJ, Lange JF. Perforated peptic ulcer disease: a review of history and treatment. *Dig Surg* [Internet] 2010. [cited 2023 Sept 27];27:161-9. Available from: <https://karger.com/dsu/article-pdf/27/3/161/2673909/000264653.pdf>
4. Stern E, Sugumar K, Journey JD. Peptic ulcer perforated. In: StatPearls. [Internet]. 2023. [cited 2023 Sept 27]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK538326/>.
5. SIVaram P, Sreekumar A. Preoperative factors influencing mortality and morbidity in peptic ulcer perforation. *Eur J Trauma Emerg Surg*. [Internet]. 2018. [cited 2023 Oct 4];44:251-57. Available from: <https://link.springer.com/article/10.1007/s00068-017-0777-7>



6. Idris M, Smiley A, Patel S, Latifi R. Risk factors for mortality in emergently admitted patients with acute gastric ulcer: an analysis of 15,538 patients in national Inpatient sample, 2005-2014. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2022. [cited 2023 Sept 27];19(23):16263. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9736004/pdf/ijerph-19-16263.pdf>
7. ปราโมทย์ โคตรพันธุ์กุล. รายงานผลการรักษาและปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดแผลกระเพาะอาหารทะลุในโรงพยาบาลเลย. *วารสารการแพทย์โรงพยาบาลอุดรธานี*. [อินเทอร์เน็ต]. 2560. [เข้าถึงเมื่อ 29 ต.ค. 2566]. 26(2):178-87. เข้าถึงได้จาก: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/udhhosmj/article/view/159191/115155>
8. Agency for Clinical Innovation. NSW emergency surgery guidelines and principles for improvement. [Internet]. 2021 [cited 2023 Oct 30]. Available from: https://www1.health.nsw.gov.au/pds/ActivePDSDocuments/GL2021_007.pdf
9. Salazar-Maya AM. Nursing care during the perioperative within the surgical context. *In-vest. Educ. Enferm.* [Internet]. 2022. [cited 2023 Oct. 29]; 40(2):e02. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9714984/pdf/2216-0280-iee-40-02-e02.pdf>.



Nursing care of patient with Diabetic Ketoacidosis :

A case study

Puttawan Maksuwan, M.N.S.*

Abstract

Introduction : Diabetic Ketoacidosis (DKA) is characterized by severe uncontrolled blood sugar levels due to the presence of hyperglycemia, Including with metabolic acidosis and precipitating the progress of ketonosis. This critical condition indicated by emergency case and primary affects to the patient with diabetes mellitus. Patients diagnosed with diabetic ketoacidosis are at risk of potentially life-threatening complication and the condition is usually seen in patients with type-1 diabetes mellitus, Rarely this condition may also occur in patients with type-2 diabetes mellitus. The clinically relevant by increasing of high mortality rate associated with a lack of compliance by nursing care and treatment.

Objective : Providing to optimizes the effective guideline of nursing care for patients with Diabetic Ketoacidosis.

Case Study : A 58-year-old Thai male patient has been diagnosed with type 2 diabetes for 10 years and is currently being treated with oral medications was admitted to the hospital with symptom of difficulty breathing, nausea, vomiting, and fatigue. His breathing became increasingly labored. Seven hours before coming, admitted to the emergency accident department for treatment. The doctor decided to intubate the patient and transfer to the Medical intensive care unit. His clinical progress are presented with consciously, Alert, Co-operate with commands, Agitation and dyspnea. The vital signs monitoring informations showed temperature of 37.3 degrees Celsius, Heart rate of 100-120 beats per minute, Respiratory rate of 24-32 breaths per minute, Blood pressure of 106/75 mmHg and oxygen saturation of 94%. An electrocardiogram showed Sinus tachycardia. The glucose levels in blood remains very high and urine analysis revealed 2+ ketones. His blood lactate level was 2.8, Respectively leading to the diagnosis of diabetic ketoacidosis associated with septicemia and acute respiratory failure. The important problems of nursing care for this patient are: 1) loss of consciousness is accompanied by ketoacidosis, 2) Septicemia, 3) Hypoxia by Inefficient of gas exchange is accompanied with acidosis 4) electrolyte imbalance due to loss in urine from osmotic diuresis, 5) The potentially high risk complications due to high blood pressure, and 6) Patient and family lack knowledge about diabetic ketoacidosis. The patient received treatment and nursing care according to the Standards of Nursing Practice for Critically Ill Patients, Ministry of Public Health and the Gordon Health Pattern Model. Various problems have been resolved. The patient is safe from diabetic ketoacidosis and no immediately complications. The patient was sent for further treatment at medication ward. The hospitalization are total of four days and discharge with follow-up appointment in one-week later, After the discharge process, He was referred to a community hospital for continued treatment procedure, a well as outpatient procedure.

Conclusions : Patients with diabetic ketoacidosis have indicated by clinical improve, Stable condition without additional infections or serious complications. This article outlines aim to facilitate nurse in a main role to understanding about cause of DKA and the important role in improving them by advocate the knowledge to provide a guideline for holistic nursing care associate with the efficiency management of DKA to prevents further complications. The following guideline is considered as an important clinical task for DKA associated with critical condition due to sepsis or respiratory failure.

Keywords : Diabetic Ketoacidosis, nursing care of patients with Diabetic Ketoacidosis

* Professional Nursing Nurse, Critical Care Nursing Unit, Kamphaeng Phet Hospital.

การพยาบาลผู้ป่วยภาวะเลือดเป็นกรดจากเบาหวาน : กรณีศึกษา

พุทธรวรรณ มากสุวรรณ, พย.ม.*

บทคัดย่อ

บทนำ : ภาวะเลือดเป็นกรดจากเบาหวาน (Diabetic Ketoacidosis: DKA) เป็นภาวะการณที่เกิดตามมาจากระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้น และไม่สมดุลอย่างรุนแรง ทำให้การสะสมของสารคีโตนและกรดแทรกซีสทางเมตาบอลิซึมเพิ่มขึ้นอย่างมาก ภาวะเลือดเป็นกรดจากเบาหวานนี้ เป็นภาวะฉุกเฉินที่มีผลกระทบหลักโดยตรงในผู้ป่วยโรคเบาหวาน ส่งผลให้เกิดภาวะวิกฤติที่คุกคามและเป็นอันตรายต่อชีวิต ซึ่งส่วนใหญ่เกิดขึ้นในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิด 1 ในบางกรณีอาจพบเกิดขึ้นในผู้ป่วยที่เป็นโรคเบาหวานชนิด 2 เช่นกัน หากไม่ได้รับการรักษาพยาบาลอย่างทันท่วงที จะพบว่ามีอัตราการเสียชีวิตที่สูงขึ้น

วัตถุประสงค์ : เพื่อเป็นแนวทางในการให้การพยาบาลภาวะเลือดเป็นกรดจากเบาหวาน

กรณีศึกษา : ผู้ป่วยชายไทย อายุ 58 ปี มีโรคประจำตัวเป็นโรคเบาหวานมา 10 ปี รักษาด้วยยาปรับประเทาน เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วย หายใจไม่สะดวก คลื่นไส้อาเจียน อ่อนเพลีย ต่อมาหายใจเหนื่อยมากขึ้น 7 ชั่วโมงก่อนมา เข้ารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉิน แพทย์พิจารณาใส่ท่อช่วยหายใจ เข้ารับการรักษาห้องผู้ป่วยหนักอายุรกรรม แรกรับรู้สีกตัว ทำตามสั่งได้ กระวนกระวาย E4VTM6 หายใจเหนื่อย อุณหภูมิ 37.3 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 100-120 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 24-32 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 106/75 มิลลิเมตรปรอท Oxygen saturation 94% คลื่นไฟฟ้าหัวใจแสดง sinus tachycardia, ค่าน้ำตาลในเลือดสูง ผลการตรวจปัสสาวะพบค่าคีโตน 2+ ค่า Blood lactated 2.8 ได้รับการวินิจฉัยเป็น ภาวะเลือดเป็นกรดจากเบาหวาน ร่วมกับติดเชื้อในกระแสเลือด และภาวะหายใจล้มเหลว ปัญหาทางการพยาบาลที่สำคัญ ได้แก่ 1) เสี่ยงต่อภาวะหมดสติเนื่องจากภาวะการณคั่งของกรดคีโตนในร่างกาย 2) ติดเชื้อในกระแสโลหิต 3) ภาวะพร่องออกซิเจนจากประสิทธิภาพการแลกเปลี่ยนก๊าซลดลงจากการมีภาวะกรดในร่างกาย 4) ภาวะไม่สมดุลของอิเล็กโทรไลต์เนื่องจากสูญเสียไปกับปัสสาวะจาก osmotic diuresis 5) เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนเนื่องจากมีความดันโลหิตสูง และ 6) ผู้ป่วยและญาติขาดความรู้เรื่องโรคภาวะเลือดเป็นกรดจากเบาหวาน ผู้ป่วยได้รับการรักษา และการพยาบาลตามมาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยหนัก กองการพยาบาล และตามแนวคิดแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน ปัญหาต่างๆ ได้รับการแก้ไข ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะเลือดเป็นกรดจากเบาหวานและภาวะแทรกซ้อน ส่งรักษาต่อตึกสามัญอายุรกรรม รวมระยะเวลาการรักษาในโรงพยาบาล 4 วัน นัดติดตามอาการ 1 สัปดาห์ และส่งต่อโรงพยาบาลชุมชนเพื่อการติดตามดูแลต่อเนื่อง

สรุปกรณีศึกษา : ผู้ป่วยภาวะเลือดเป็นกรดจากเบาหวาน ปลอดภัยจากภาวะวิกฤติ ไม่มีภาวะแทรกซ้อน หรือติดเชื้อเพิ่มขึ้น ดังนั้นพยาบาลมีบทบาทสำคัญ จะต้องมีความรู้ และพัฒนาทักษะความชำนาญในการดูแล นำไปสู่การปฏิบัติการพยาบาลที่สอดคล้องกับปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อดูแลผู้ป่วยให้รอดชีวิต และป้องกันภาวะแทรกซ้อน จากกรณีศึกษาการรักษารั้งนี้ สามารถนำไปเป็นแนวทางในการให้การพยาบาลภาวะเลือดเป็นกรดจากเบาหวาน ร่วมกับมีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด และภาวะหายใจล้มเหลว ในภาวะวิกฤตต่อไป

คำสำคัญ : ภาวะเลือดเป็นกรดจากเบาหวาน การพยาบาลผู้ป่วยภาวะเลือดเป็นกรดจากเบาหวาน

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยหนักอายุรกรรม โรงพยาบาลกำแพงเพชร

บทนำ

ภาวะเลือดเป็นกรดจากเบาหวาน (Diabetic Ketoacidosis: DKA) เป็นภาวะวิกฤตที่พบบ่อยในผู้ป่วยที่มีเบาหวานชนิด 1 โดยจะมีผลต่อระบบร่างกายที่แสดงอาการเร่งระบบของโรคเบาหวาน และมีลักษณะทางชีวเคมี ดังนี้ ระดับน้ำตาลในเลือดสูง (เกิน 250 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร) การสะสมกรดไขมันอยู่ในระดับสูง (การตรวจปัสสาวะพบการมีกรดอะซิโตะเซเตตเป็นบวก) และการเกิดกรดเป็นกรดเมตาบอลิกในร่างกาย (ค่า pH ต่ำกว่า 7.3) แต่ก็เป็นไปได้ในผู้ป่วยที่มีเบาหวานชนิด 2 ด้วย¹ สาเหตุหลัก คือ สภาวะเครียดที่เข้าสู่ร่างกายและทำให้ระบบการเผาผลาญพลังงานถดถอย (catabolic stress) เช่น การเจ็บป่วยวิกฤตรุนแรงหรือฉุกเฉิน บาดเจ็บจากอุบัติเหตุ การผ่าตัด หรือการติดเชื้อ นอกจากนี้ยังมีปัจจัยอื่น ๆ ที่เสี่ยงให้เกิดภาวะเลือดเป็นกรดจากเบาหวานได้ เช่น การไม่ปฏิบัติตามการรับประทานยา การเป็นเบาหวานครั้งแรก หรือการเป็นโรคที่เกิดขึ้นโดยฉับพลัน เช่น ปอดบวม หรือการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ² อาการและอาการแสดงของภาวะเลือดเป็นกรดจากเบาหวาน ได้แก่ ปวดท้อง เบื่ออาหาร ปัสสาวะบ่อย การดื่มน้ำมาก และน้ำหนักลดลงอย่างรวดเร็ว การเข้าสู่สภาวะ Ketosis อาจเป็นที่สังเกตได้ด้วยอาการคลื่นไส้และอาเจียน รวมถึงอาการรุนแรงเมื่อเกิด Ketoacidosis ที่รวมถึงอาการหอบ หายใจลึก (Hyperpnea หรือ Kussmaul's Respiration) ความดันโลหิตต่ำที่ทำให้รู้สึกไม่ตัว ซึ่งอาจเป็นอันตรายถึงชีวิต³ ข้อมูลห้องผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม 1 โรงพยาบาลกำแพงเพชร ปี 2563 - 2565 จำนวนผู้ป่วยวิกฤตจากภาวะเลือดเป็นกรดจากเบาหวานที่มีความจำเป็นต้องเข้ารับการรักษาในห้องผู้ป่วยหนักอายุรกรรมมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ จำนวน 5, 17, และ 13 ราย ตามลำดับ⁴

ผลกระทบของภาวะเลือดเป็นกรดจากเบาหวาน ไม่เฉพาะผู้ป่วยโรคเบาหวานเท่านั้น แต่ยังมีผลกระทบต่อครอบครัวและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยด้วยเช่นกัน การรักษาภาวะ DKA มีผลกระทบทางเศรษฐกิจและสังคมอย่างมาก เนื่องจากมีค่าใช้จ่ายที่สูงและอาจทำให้ผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นระยะเวลานาน¹ การดูแลผู้ป่วย DKA ในระยะวิกฤตเป็นเรื่องที่มีความเร่งด่วนจำเป็นที่สำคัญ เนื่องจากภาวะนี้อาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่ร้ายแรง และทำให้อาการทรุดลง และรุนแรงขึ้น การดูแลทางการแพทย์ในระยะวิกฤตจึงเป็นสิ่งที่มีความสำคัญอย่างยิ่งในการพยาบาลผู้ป่วยและป้องกันภาวะแทรกซ้อน

การบริหารจัดการผู้ป่วยภาวะเลือดเป็นกรดจากเบาหวาน เป็นงานที่ซับซ้อนและต้องใช้การดูแลทางการแพทย์อย่างรอบคอบในห้องผู้ป่วยหนักอายุรกรรม เนื่องจากมีความเสี่ยงที่จะทำให้เสียชีวิตได้สูง เกิดขึ้นอย่างรวดเร็วและมีภาวะแทรกซ้อนที่ร้ายแรง แต่สามารถรักษา แก้ไขให้การพยาบาล และป้องกันได้ การเข้าใจและการรับรู้เกี่ยวกับโรคนี้ มีความสำคัญอย่างยิ่งในการรักษาและป้องกัน ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและการดูแลสุขภาพอย่างเหมาะสมจะช่วยลดความเสี่ยงในการเกิดภาวะ DKA และเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวในระยะยาว การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นแนวทางในการให้การพยาบาลภาวะเลือดเป็นกรดจากเบาหวาน

กรณีศึกษา

ผู้ป่วยชาย อายุ 58 ปี สัญชาติไทย เชื้อชาติไทย

อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล

refer จากโรงพยาบาลชุมชน ด้วยหายใจเหนื่อย 7 ชั่วโมง ก่อนมาโรงพยาบาล

ประวัติเจ็บป่วยปัจจุบัน

2 วันก่อนมา คลื่นไส้ อาเจียน กินข้าวไม่ได้ อ่อนเพลีย เลงงดรับประทานยาเบาหวาน

7 ชั่วโมง ก่อนมาโรงพยาบาล หายใจเหนื่อยมากขึ้น ไม่มีไข้ ปัสสาวะออกดี ไม่บวม ไม่มีไอเจ็บคอ ญาตินำส่งโรงพยาบาลชุมชน ให้การรักษาแล้วส่งตัวมารักษาต่อ

ประวัติเจ็บป่วยในอดีต

โรค DM, HT, DLP มามากกว่า 10 ปี รับประทานยาที่ โรงพยาบาลชุมชน ต่อเนื่อง

ประวัติเจ็บป่วยในครอบครัว : สมาชิกในครอบครัวสุขภาพดี ไม่มีโรคประจำตัว

ประวัติการแพ้ยา : ไม่มีประวัติแพ้ยา



การตรวจร่างกาย

ระบบทางเดินหายใจและทรวงอก : ทรวงอกไม่เขียว การเคลื่อนไหวเท่ากันทั้ง 2 ข้าง หายใจสัมพันธ์กับเครื่องช่วยหายใจ ฟังปอดจะได้ยินเสียงกรอบแกรบที่ปอดด้านซ้าย ไม่มีอาการเจ็บ หรือแน่นหน้าอก

ระบบหัวใจและหลอดเลือด : อัตราการเต้นของหัวใจ (HR) 100-120 ครั้งต่อนาที หัวใจเต้นสม่ำเสมอ

ระบบประสาท : การรับรู้ปกติ สามารถสื่อสารได้เข้าใจ

ระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ : กล้ามเนื้อและกระดูกมีการเคลื่อนไหวปกติ กำลังแขน ขาปกติ กระดูกสันหลังตรง

ระบบทางเดินอาหาร : ไม่อาการมีจุกแน่นท้อง จากการตรวจ คลำไม่พบก้อน ตาตัวเหลืองเล็กน้อย กดไม่เจ็บ

ผิวหนังและเล็บ : ผิวหนังมีความตึงตัวดี เล็บมือและเล็บเท้าสะอาด

ศีรษะ ใบหน้า : ผมนั่งตรงสะอาด หนังศีรษะไม่มีรังแค กะโหลกศีรษะได้รูป ไม่มี Facial palsy

ตา : หนังตาไม่บวม ไม่ตก เปลือกตาไม่มีการอักเสบหรือก้อนขุ่นมัว ลูกตาปกติ เยื่อตาไม่ซีด การเคลื่อนไหวของลูกตาปกติ
รูม่านตา 2.5 มม. ทั้งข้างซ้ายและข้างขวา มีปฏิกิริยาต่อแสงทั้ง 2 ข้าง

หู จมูก : การได้ยินหูทั้งสองข้างได้ยินชัดเจนนดี รูปร่างปกติ ไม่มีน้ำมูก หรือสิ่งขับหลังออกจากจมูก

ระบบปัสสาวะ : ผู้ป่วยปัสสาวะ 2-3 ครั้งตอนกลางคืน

ระบบต่อมไร้ท่อ : จากการตรวจพบต่อมไทรอยด์ที่คอไม่โต ไม่เคยมีประวัติชักจากน้ำตาลในเลือดต่ำ

การตรวจทางห้องปฏิบัติการที่สำคัญ

Lab Item	ค่าปกติ	7 มี.ค. 66 05:14 น.	7 มี.ค. 66 09:40 น.	7 มี.ค. 66 17:30 น.
pH.	7.35-7.45	6.94	7.32	7.47
pCO2	35-45 mmHg	26	31	31
pO2	80-100 mmHg	54	37	188
HCO3	18-23 mmol/L	5.6	16	22.6
SO2c	95 - 98	62	65	100
Blood lactate		2.8	-	1

Lab Item	ค่าปกติ	7 มี.ค.66 05:14 น.	7 มี.ค.66 09:40 น.	8 มี.ค.66
BS		1195	781	HbA1C 9.9
BUN	8-20mg/dL	53	-	30
Creatinine	0.72-1.18 mg/dLmg/dL	2.87	-	1.3
eGFRM	1.73m ²	23	-	60
Sodium	136-146 mmol/L	125	135	140
Potassium	3.4-4.5 mmol/L	5.3	3.5	3.8
Chloride	101-109 mmol/L	78	92	107
CO2	21-31 mmol/L	5	16	24
Anion Gap	5-15	42.0	27.0	1.0
Calcium	8.8-10.6	8	-	-
Magnesium	1.8-2.6	1.5	-	1.8
Phosphorus	Adult : 2.5-4.5	5.6	781	-
UA: Ketone	Negative	2+	-	Negative
UA: Sugar	Negative	4+	-	1+



การตรวจทางห้องปฏิบัติการที่สำคัญ (ต่อ)

Lab Item	ค่าปกติ	7 มี.ค. 66
WBC	5.0-10.0 10^3 /uL	26.3 x 10^3 /uL
HCT	42-52%	30.9 %
NE%	43.7-70.9%	90.0%

ปัญหาสุขภาพ ประเมินปัญหาสุขภาพโดยนำกรอบแนวคิดแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน ดังนี้

แบบแผนที่ 1 การรับรู้และรู้เกี่ยวกับสุขภาพและการดูแลตนเอง รู้ว่ามีโรคประจำตัวคือเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ต่อมะเร็ง 1-2 ขวด/สัปดาห์ มานาน 20 ปี สูบบุหรี่ พยายามเลิกหลายครั้ง แต่ไม่สามารถทำได้ ทำได้เพียงลดปริมาณ

แบบแผนที่ 2 โภชนาการและการเผาผลาญอาหาร รับประทานอาหารวันละ 3 มื้อ ไม่ตรงเวลา ชอบอาหารรสจัดและเค็ม รับประทานอาหารหมักหมมหวานที่มีกะทินานๆ ครั้ง การย่อยอาหารปกติ ไม่มีอาการท้องอืดท้องเฟ้อ

แบบแผนที่ 3 การขยับถ่ายกระบวนกรขยับถ่ายของเสียออกจากร่างกาย ปัสสาวะปกติ 5-6 ครั้ง/วัน อุจจาระ 2-3 วันครั้ง

แบบแผนที่ 4 กิจกรรมและออกกำลังกาย ปฏิบัติกิจกรรมต่างๆในชีวิตประจำวันได้เอง ไม่ต้องพึ่งพา คิดว่าการทำงานหนักออกเป็นการออกกำลังกายด้วย ไม่มีข้อจำกัดหรือกำลังกาย

แบบแผนที่ 5 การพักผ่อน นอนหลับ นอนวันละ 6-8 ชั่วโมง หลับลึกไม่มีการตื่นตอนกลางคืน ไม่ใช้ยานอนหลับ

แบบแผนที่ 6 สติปัญญา ความสามารถในการรับรู้และตอบสนองต่อสิ่งเร้า การได้ยิน มองเห็น กลิ่น การรับรส และการสัมผัส ความจำปกติ ตัดสินใจเร็วต่างๆ แก้ปัญหาได้เหมาะสมกับสถานการณ์

แบบแผนที่ 7 การรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์ความมั่นใจในตนเอง ยอมรับว่าเจ็บป่วย ถ้าหายแล้วกลับไปดำเนินชีวิตได้

แบบแผนที่ 8 บทบาทและสัมพันธภาพ มีสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลในครอบครัวเป็นครอบครัวเดี่ยวอยู่กับภรรยาและลูก

แบบแผนที่ 9 เพศและการเจริญพันธุ์ มีเพศสัมพันธ์กับภรรยาตามปกติ ความสัมพันธ์กับภรรยาราบรื่นดี

แบบแผนที่ 10 การปรับตัวและการเผชิญความเครียด ปรับตัวได้ จะปรึกษากับคนในครอบครัวหากทางแก้ไขร่วมกัน

แบบแผนที่ 11 คุณค่าความเชื่อมีความมั่นคงเข้มแข็งทางจิตใจ กราบไหว้สิ่งศักดิ์สิทธิ์ที่ใช้เป็นเครื่องยึดเหนี่ยวทางจิตใจ

สรุปการดำเนินของโรคขณะรับไว้ในการดูแล

7 มีนาคม 2566 เข้ารับการรักษาในห้องผู้ป่วยหนักอายุรกรรม 1 รุ้สึกตัว ทำตามสั่งได้ กระวนกระวาย E4VTM6 หายใจเหนื่อย on ventilator PCV mode PI 14 RR 18 PEEP 5 FT 1 FIO2 0.4 แรกรับอุณหภูมิ 37.3-38.5 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 100-120 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 24-32 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 106/75 มิลลิเมตรปรอท Oxygen saturation 94% คลื่นไฟฟ้าหัวใจแสดง sinus tachycardia, ได้รับการรักษา RI 8 unit IV push และ Humulin-R 1:1 IV rate 12 ml/hr. DTX ทุก 1 ชั่วโมง 0.9% NaCl 1000 ml Rate 150 ml/hr. then 5%D/N/2 1000 ml Rate 80 ml/hr., 0.9% NaCl 1000 ml Rate 60 ml/hr, 7.5% NaHCO3 50 ml V push, 7.5% NaHCO3 100 ml + 5% D/W 100 ml V drip in 1 hr., Kalimate 30 g + น้ำ 200 ml po q 3 hr. x 2 dose และ 50%MgSO4 8 ml + NSS 100 ml IV drip in 4 hr. in day 1 then 4 ml + NSS 100 ml IV drip in 4 hr in day 2

8 มีนาคม 2566 ผู้ป่วยรู้สึกตัว E4VTM6 หายใจสม่ำเสมอสัมพันธ์กับเครื่อง ปลายมือ ปลายเท้าไม่เขียวทูละอากการ กระสับกระส่าย เสียงหายใจปกติ ไม่มีการใช้กล้ามเนื้อหน้าท้องช่วยในการหายใจ SpO₂ 98-100% สัญญาณชีพปกติ ปัสสาวะออกดี แพทย์มีการรักษา off RI drip เปลี่ยนเป็น Humulin-N inj เข้า 24 เย็น 24 u sc ac, Humulin-R inj 12-12-12 unit sc ac และ RI scale, setting ventilator weaning Mode สามารถ extubation tube ได้ ระยะเวลา on HFNC 10 LPM หายใจสม่ำเสมอ RR 16-24 ครั้ง/นาที SpO₂ 98-100% ผู้ป่วยบอกว่าปวดศีรษะเล็กน้อย BP 178/109 mmHg, Hx. HT, DLP 10 ปี ไม่ได้ควบคุมอาหาร แพทย์มีการรักษา Manidipine 20 mg. 1 เม็ด OD oral pc

9 มีนาคม 2566 ผู้ป่วยรู้สึกตัว E4V5M6 หายใจสม่ำเสมอ ปรับเป็น On Oxygen canular 3 LPM RR 16-24 ครั้ง/นาที SpO₂ 96-100% ค่า HCO₃ 24 mEq/L DTX 140-250 mg/dl ไม่มีอาการและอาการแสดงของ Hyperglycemia ผล Blood lactate 1 mmol/L SBP 140 -178 mmHg DBP 66-100 mmHg ไม่มีอาการปวดศีรษะ ตาพร่ามัว คลื่นไส้อาเจียน ย้ายไปหอผู้ป่วยสามัญอายุรกรรม

การวางแผนการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ 1 เสี่ยงต่อภาวะหมดสติเนื่องจากการคั่งของกรดคีโตนในร่างกาย

ข้อมูลสนับสนุน

1. กระวนกระวาย GCS E4VTM5 หายใจเหนื่อย หอบลึก RR 24-32 ครั้ง/นาที
2. Blood sugar 1195 ตรวจ VBG: pH 6.94 HCO₃ 5.6 PaCO₂ 26 ตรวจปัสสาวะพบ Ketone 2+ sugar 4+

วัตถุประสงค์การพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะการคั่งของกรดคีโตนในร่างกาย

เกณฑ์การประเมินผล

1. ระดับความรู้สึกตัวดี GCS 15 คะแนน หายใจไม่มีหอบลึก RR 12-24 ครั้ง/นาที
2. ค่า Blood sugar < 200 mg% ค่า Ketone < 0.6 mmol/L ค่า pH 7.35-7.45 mmol/L HCO₃ 22-26 mmol/L
3. ตรวจปัสสาวะไม่พบ Ketone และ sugar

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินระดับความรู้สึกตัว สังเกตอาการเปลี่ยนแปลง บันทึกสัญญาณชีพทุก 1 ชั่วโมง
2. ดูแลให้ 0.9% NaCl 500 ml IV loading then rate 200 ml/hr บันทึก BP I/O เฝ้าระวัง Side effect (S/E) จากการให้สารน้ำ ปริมาณมากและเร็วเกินไป ได้แก่ สมองวม หัวใจวาย น้ำท่วมปอด และเลือดเป็นกรดชนิด non-anion gap hyperchloremic acidosis ได้
3. ดูแลให้ RI 8 unit IV push และ Humulin-R 1:1 IV rate 12 ml/hr ก่อนให้อินซูลินควรปล่อยน้ำที่ผสมอินซูลินทิ้งประมาณ 30 มล. เนื่องจากอินซูลินจับกับสายน้ำเกลือ และ DTX ทุก 1 ชั่วโมง ในระยะแรก(เป้าหมาย 140-180 มก./ดล.) และเฝ้าระวัง S/E ได้แก่ ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ เช่น ใจสั่น เหงื่อออกมาก หน้ามืด เป็นลม หมดสติ ติดตาม serum K เนื่องจากเสี่ยงการเกิด hypokalemia ถ้า DTX ลดลงถึง 250 มก./ดล. รายงานแพทย์เพื่อเปลี่ยนเป็นสารน้ำที่มีน้ำตาลเป็นส่วนประกอบ เพื่อป้องกันการเกิดภาวะน้ำตาลต่ำในเลือด
4. หลังจากค่า DTX ต่ำกว่า 250 มก./ดล. ติดตาม DTX ทุก 8 ชั่วโมง ดูแลให้ Regular insulin ตามแผนการรักษา ประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะน้ำตาลในเลือดสูง เช่น กระสับกระส่าย หน้าแดง คลื่นไส้อาเจียน กระหายน้ำ ปัสสาวะมาก ซึม ไม่รู้สึกตัว ชีพจรเต้นเร็ว เพื่อให้การพยาบาลได้อย่างถูกต้องเหมาะสม
5. ดูแลให้ Sodium Bicarbonate 7.5% inj 50 ml. 1 amp push then 1 amp IV drip in 1 hr. เฝ้าระวัง S/E คือ ปวดบิบบท้อง ท้องอืด ท้องเฟ้อ ผายลม และการตายของเนื้อเยื่อบริเวณแผลฉีดยา หรือแพ้ยารุนแรง ได้แก่ มีผื่น ลมพิษ แน่นหน้าอก หายใจลำบาก มีอาการมวมที่ใบหน้า ปาก ริมฝีปาก หรือลิ้น⁵
6. ดูแลให้ on ventilator PCV mode PI 14 RR 18 PEEP 5 FT 1 FIO₂ 0.4 บันทึก O₂ saturation ทุก 1 ชั่วโมง
7. บันทึกสารน้ำที่ได้รับและจำนวนปัสสาวะทุก 4 ชั่วโมงเพื่อประเมินภาวะขาดน้ำ

การประเมินผล

1. ระดับความรู้สึกตัวดี E4VTM6 หายใจสัมพันธ์กับเครื่อง หายใจไม่มีหอบลึก RR 12-24 ครั้ง/นาที
2. ค่า Blood sugar 140-250 mg/dl HCO₃ 24.5 mEq/L Anion gap 10 BUN 30 mg/dL, Creatinine 1.3 mg/dL DTX 140-255 mg% VBG: pH 7.47 HCO₃ 22.6 PaCO₂ 31
3. ตรวจปัสสาวะไม่พบ Ketone และ sugar

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ 2 มีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิต

ข้อมูลสนับสนุน

1. มีไข้ T 38.5 องศาเซลเซียส RR > 30 ครั้ง/นาที HR 120-130 ครั้ง/นาที
2. Blood lactate 2.8 mmol/L CBC : WBC 26.3 10³/uL, Neutrophil 90.0%

วัตถุประสงค์การพยาบาล

ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิต

เกณฑ์การประเมินผล

1. SBP 90 - 140 mmHg DBP 60 - 90 mmHg RR 16 - 20 ครั้ง/นาที HR 60 - 100 ครั้ง/นาที T 36.5 - 37.4 องศาเซลเซียส บัสสาวะออกมากกว่า 30 มิลลิลิตร/ชั่วโมง
2. Capillary refilling time < 2 วินาที
3. Blood lactate < 2 mmol/L WBC 4,600 - 10,200 cell/cu.mm Neutrophil 50 - 60 %

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดด้วย qSOFA ประกอบด้วย GCS <15 RR \geq 22 ครั้ง/นาที SBP \leq 100 mmHg พบอย่างน้อย 2/3 แสดงว่าโอกาสจะมีภาวะ Sepsis สูง ประเมินระดับความรู้สึกตัว ภาวะพร่องออกซิเจน สัญญาณชีพ อาการและอาการแสดงของภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิต อื่นๆ เช่น เหงื่อออก ตัวเย็น กระสับกระส่าย สับสน ซึมไม่รู้สึกตัว หัวใจ / ชีพจรเต้นเร็ว ความดันเลือดต่ำ ผิวหนังซีด และเขียว เย็นขึ้นอย่างต่อเนื่อง ทุก 30 - 60 นาที เพื่อให้การรักษาที่ทันเวลาที่
2. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจน on ventilator PCV mode PI 14 RR 18 PEEP 5 FT 1 FIO₂ 0.4 และติดตามผล ABG Lactate เพื่อประเมินภาวะ tissue perfusion เป้าหมายในการ keep preferential ที่ ABG PaO₂ 55 - 70 mmHg SpO₂ 88-92%
3. ดูแลให้ได้รับยา Ceftriaxone inj (Cef-3, Rocephin) 2 gm iv OD สังเกตและบันทึกอาการข้างเคียง
4. ดูแลให้ได้รับ 0.9% NaCl rate 200 ml/hr. ตามแผนการรักษา ประเมิน Volume status เจาะ Blood lactate ซ้ำ บันทึก Pulse pressure ประเมิน Capillary refill time เพื่อดูการตอบสนองต่อการให้สารน้ำ Record urine q 4 hr. I/O q 8 hr. เพื่อประเมินผลการรักษาและเฝ้าติดตามระงับภาวะไตวาย และน้ำเกิน
5. ดูแลให้ Sodium Bicarbonate 7.5% inj. 50 ml. push then 50 ml. IV drip in 1 hr. สังเกต เฝ้าระวังอาการข้างเคียงจากการได้รับยา เนื่องจากผู้ป่วยที่มีภาวะผู้ป่วย Sepsis จะมีภาวะ Metabolic acidosis จาก Lactate ที่เพิ่มขึ้นได้ หากมีภาวะ Severe metabolic acidosis (pH < 7.2)
6. ให้การพยาบาลเพื่อลดไข้ โดยวิธี Tepid Sponge และให้ยาลดไข้เมื่ออุณหภูมิมากกว่า 38 องศาเซลเซียส

การประเมินผล

1. ไม่มีไข้ T 36.8-37.3 องศาเซลเซียส สัญญาณชีพปกติ บัสสาวะ > 30 มิลลิลิตร/ชั่วโมง
2. Capillary refilling time < 2 วินาที
3. Blood lactate 1 mmol/L

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ 3 มีภาวะพร่องออกซิเจนจากประสิทธิภาพการแลกเปลี่ยนก๊าซลดลงจากการมีภาวะกรด

ข้อมูลสนับสนุน

1. หอบเหนื่อย RR 30-35 ครั้ง/นาที, SpO₂ 93% lung crepitation Rt lung, CXR : infiltration both lungs.
2. VBG: pH 6.94 HCO₃ 5.6 PaCO₂ 26 ขณะ On ET tube with ventilator PCV mode

วัตถุประสงค์การพยาบาล

เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ ประสิทธิภาพการแลกเปลี่ยนก๊าซปกติ

เกณฑ์การประเมินผล

1. ไม่มีอาการของหายใจลำบาก สันตัน ไซ้กล้ามเนื้อช่วยหายใจ หรือหายใจแบบ air hunger
2. ไม่มีอาการของภาวะพร่องออกซิเจน RR 12-24 ครั้ง/นาที HR 80-100 ครั้ง/นาที BP 90/60-140/90 mmHg SpO₂ > 95% Capillary Refill time < 2sec.
3. ค่า Arterial blood gas: pH 7.35-7.45, PaO₂ 80-100 mmHg PaCO₂ 35-45 mmHg HCO₃ 22-26 mEq/L
4. ฟังปอดไม่พบเสียงผิดปกติ ผล chest x-ray infiltration ลดลง no cephalization

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินสัญญาณชีพ ภาวะพร่องออกซิเจน เช่น ผิวหนังเย็นซีด หายใจเร็วขึ้น ไม่สัมพันธ์กับเครื่องช่วยหายใจ ติดตาม SpO₂ ทุก 1 ชั่วโมง ผล CXR และ ABG เพื่อประเมินความรุนแรง และระดับออกซิเจนในเลือด^{7,8}

2. ให้การพยาบาลผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจ และใช้เครื่องช่วยหายใจ ดูดเสมหะในผู้ใหญ่ที่ใส่ท่อช่วยหายใจตามแนวปฏิบัติทางการพยาบาล

3. เผื่อระวังป้องกันการติดเชื้อที่ปอดที่สัมพันธ์กับการใช้เครื่องช่วยหายใจ โดยปฏิบัติตาม VAP bundle : Supra WHAPO ร่วมกับ +C (Consult Physical therapy) เพื่อส่งเสริมการเคลื่อนไหว ป้องกันการเกิดอาการอ่อนแรง (intensive care unit-acquired weakness: ICU-AW) และประเมินและเผื่อระวังภาวะปอดแฟบ ปอดแตก เป็นต้น

4. ส่งเสริมการถอด และหย่าเครื่องช่วยหายใจ ประเมินความพร้อมการหย่าเครื่องช่วยหายใจด้วย Modified Burns wean assessment program (m-BWAP) ปรับตั้ง PSV mode PS PEEP FIO₂ 0.4 เผื่อระวังขณะหย่าเครื่องช่วยหายใจต่อเนื่อง 2 ชั่วโมง ประเมินความพร้อมในการถอดท่อช่วยหายใจ ความสามารถในการไอขับเสมหะ และ cuff leak test จากนั้นพิจารณาถอดท่อช่วยหายใจ

5. หลังถอดท่อช่วยหายใจ on High Flow Nasal Cannula (HFNC) ปรับตั้งเครื่อง Flow 40 LPM Temp 36 FIO₂ 0.4 จดบันทึกการปรับตั้งค่า ให้การพยาบาลต่อเนื่อง โดยครอบคลุมการปฏิบัติพยาบาล⁹ ดังนี้

5.1 สังเกตการตอบสนองต่อการได้รับ HFNC ได้แก่ สัญญาณชีพคงที่ ทุเลาเหนื่อย RR ลดลง > 20% ของค่าเริ่มต้น ในเวลา 120 นาทีหลังใช้งาน หากพบอาการของ Ineffective response หลังปรับ 1-2 ชั่วโมง เช่น หอบเหนื่อยใช้ accessory muscle SpO₂ < 95% secretion มาก ABG แย่ลง Hemodynamic unstable รายงานแพทย์ทันที เพื่อพิจารณา chest X-ray

5.2 ตรวจสอบ ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น แผลกดทับในจมูก อาการท้องอืด ผู้ป่วยที่ใส่สายให้อาหารให้ดูดลมออกจากสายให้อาหารทุก 2 - 4 ชั่วโมง หรือก่อนให้อาหารทุกครั้ง

6. หย่าการใช้ HFNC เมื่อตอบสนองต่อการรักษาที่ดี เปลี่ยนไปใช้ nasal cannula 3 LPM และเลิกให้ออกซิเจน

การประเมินผล

1. extubation tube ได้ในวันที่ 08/03/2566 เสียงหายใจปกติ ไม่มีการใช้กล้ามเนื้อหน้าท้องช่วยในการหายใจ
2. ไม่มีอาการของภาวะพร่องออกซิเจน สัญญาณชีพปกติ SpO₂ > 95% Capillary Refill time < 2 sec.
3. ค่า HCO₃ 24 mEq/L ฟังปอดไม่พบเสียงผิดปกติ ผล chest x-ray infiltration ลดลง no cephalization

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ 4 มีภาวะไม่สมดุลของอิเล็กโทรไลต์เนื่องจาก osmotic diuresis

ข้อมูลสนับสนุน

ประวัติโรคประจำตัว DM แพทย์วินิจฉัยเป็น Diabetic Ketoacidosis LAB: BUN 53 mg/dL, Creatinine 2.87 mg/dL eGFR 23 ml/min/1.73m² Potassium 5.3 mmol/L Na 125 mmol/L HCO₃ 5 mmol/L Mg 1.5 mg/dL I/O (07/03/2566) 5,434/2,370 ml.

วัตถุประสงค์การพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย มีภาวะสมดุลของอิเล็กโทรไลต์

เกณฑ์การประเมินผล

1. LAB: K 3.8-5.1 mEq/L Na 135-145 mEq/L Cl 95-105mEq/L HCO₃ 22-30 mEq/L Mg 1.8-2.6 mg/dL,
2. Osmolarity serum 289-308 mOSMOL/Kg, Intake/ Output สมดุล Urine output > 0.5 ml/kg/hr.

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินอาการและอาการแสดงของ Hyperkalemia Hyponatremia Hypomagnesemia และ HCO₃ ต่ำ
2. วัดและบันทึกสัญญาณชีพ ระดับความรู้สึกตัวทุก 1 ชั่วโมง Monitor EKG ประเมิน rate และ rhythms, Record urine output q 4 hr. keep 0.5 ml/kg/hr.
3. ดูแลให้ 0.9% NaCl 1000 ml Rate 150 ml/hr. x 2hr then 5%D/N/2 1000 ml Rate 80 ml/hr. 0.9% NaCl 1000 ml Rate 60 ml/hr

4. ดูแลให้ 7.5% NaHCO₃ 50 ml V push, 7.5% NaHCO₃ 100 ml + 5% D/W 100 ml V drip in 1 hr. และติดตามประเมินระดับของอิเล็กโทรไลต์ในเลือด

5. ดูแลให้ Kalimate 30 g + น้ำ 200 ml po q 3 hr. x 2 dose เฝ้าระวังอาการ และอาการแสดงของ Hyperkalemia และ Hypokalemia

6. ดูแลให้ได้รับ 50%MgSO₄ 8 ml + NSS 100 ml IV drip in 4 hr. in day 1 then 4 ml + NSS 100 ml IV drip in 4 hr in day 2 ติดตามเฝ้าระวังบันทึก RR, record Urine output, สังเกตอาการ Hypermagnesemia ได้แก่ ชีมี, hyporeflexia, weakness, paralysis, คลื่นไฟฟ้าหัวใจผิดปกติ ได้แก่ prolonged PR และ QRS interval ชัก และกตการหายใจ⁵ ตรวจ knee jerk reflex ทุก 4 ชั่วโมง ถ้า negative รายงานแพทย์เพื่อหยุดยา

การประเมินผล

1. BUN 30 mg/dL, Creatinine 1.3 mg/dL, eGFR 60 ml/min/1.73m², K 3.8 mmol/L, Na 140 mmol/L, HCO₃ 24 mmol/L, Mg 1.9 mmol/l

2. Intake/ Output สมดุล (09/03/2566) 2,910/850 ml

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ 5 ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเนื่องจากภาวะความเจ็บป่วยรุนแรง

ข้อมูลสนับสนุน

ภรรยาและลูกมีสีหน้าวิตกกังวล บอก "ผู้ป่วยเคยนอนโรงพยาบาล 2 ครั้งแต่นอน ICU ครั้งแรก จะได้เอาที่ออกเมื่อไร อาการจะดีขึ้นไหม เห็นเขาดิ้นมากเหลือเกิน" ผู้ป่วยต้องนอนใน ICU ไม่มีญาติข้างเตียง

วัตถุประสงค์การพยาบาล

เพื่อคลายความวิตกกังวลสภาพความเจ็บป่วยในภาวะวิกฤตของผู้ป่วยและญาติ และเพื่อให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจภาวะของโรคแผนการรักษาพยาบาลและปฏิบัติตนได้ถูกต้อง

เกณฑ์การประเมินผล

ผู้ป่วยและญาติมีสีหน้าคลายความกังวล เข้าใจในข้อมูล และให้ความร่วมมือในการรักษา

กิจกรรมการพยาบาล

1. สร้างสัมพันธภาพด้วยวาจา ทำทางที่เป็นมิตร ค้นหา Key Man ทำหน้าที่ผู้ประสานข้อมูลภายในครอบครัว เพื่อลดความคลาดเคลื่อนในการสื่อสารและป้องกันความซ้ำซ้อนในการให้ข้อมูลทางสุขภาพผู้ป่วยวิกฤต สื่อสารกับผู้ป่วยขณะใช้เครื่องช่วยหายใจ โดยให้ผู้ป่วยเขียน วาดรูปและใช้ท่าทางประกอบและใช้คำถามที่ตอบ "ใช่" "ไม่ใช่"

2. ประเมินความรู้สึกกลัวและวิตกกังวล โดยการสังเกตจากพฤติกรรม สีหน้า ท่าทาง และจากการซักถามของผู้ป่วย ญาติ/ผู้ดูแล เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ซักถามข้อสงสัย ระบายความรู้สึกและให้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการรักษา⁷

3. ให้ข้อมูลเกี่ยวกับสภาวะเจ็บป่วย อาการของโรค สาเหตุ แผนการรักษาพยาบาล การปฏิบัติตัว ข้อมูลที่เกี่ยวข้องในการให้บริการ การใช้อุปกรณ์ทางการแพทย์ การพยาบาลขณะเข้ารับการรักษาในห้องผู้ป่วยหนัก

4. ชี้แจงข้อมูลเกี่ยวกับกฎระเบียบของหอผู้ป่วยวิกฤต สิ่งอำนวยความสะดวก หรือสิ่งแวดล้อมแก่ผู้ป่วยและญาติ

5. แนะนำให้มาเยี่ยม ให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลและเข้าเยี่ยมตามเวลา หรือยืดหยุ่นเวลาในการเข้าเยี่ยม ให้ความเป็นส่วนตัว

การประเมินผล

ก่อนย้ายกลับตึกผู้ป่วยสามัญ ผู้ป่วยและญาติมีสีหน้าคลายความวิตกกังวล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ 6 เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนเนื่องจากมีความดันโลหิตสูง

ข้อมูลสนับสนุน

ผู้ป่วยบอกว่าปวดศีรษะเล็กน้อย BP 178/109 mmHg, Hx. HT, DLP 10 ปี ไม่ได้ควบคุมอาหาร

วัตถุประสงค์การพยาบาล ไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากความดันโลหิตสูง

เกณฑ์การประเมินผล

BP 90-140/ 60-90 mmHg ไม่มีอาการปวดศีรษะ ตาพร่ามัว คลื่นไส้ อาเจียน

กิจกรรมการพยาบาล

1. วัดความดันโลหิต ทุก 1-2 ชั่วโมง สังเกตอาการปวดศีรษะ ตาพร่ามัว มองเห็นภาพซ้อน คลื่นไส้ อาเจียน ปากเบี้ยว พุดไม่ชัด พุดไม่ชัด แขนขาอ่อนแรง และอาการที่แสดงถึงภาวะแทรกซ้อนของหลอดเลือดสมองตีบแตก โรคไต จอตาบวม
2. ดูแลให้ Manidipine 20 mg. 1 เม็ด OD oral pc ตามแผนการรักษา เป็นยารักษา HT ในกลุ่ม calcium channel blockers (CCBs) ทำให้หลอดเลือดขยายตัว สามารถลดได้ทั้ง SBP, DBP รวมทั้ง proteinuria ได้
3. แนะนำการควบคุมอาหารตามแนวทางอาหารต้านโรคความดันโลหิตสูง DASH Diet (Dietary Approaches to Stop Hypertension Diet) เน้นประเภทผัก ผลไม้ นมและผลิตภัณฑ์นมไขมันต่ำ ธัญพืช ถั่วเปลือกแข็งและควบคุมพลังงาน ให้ไม่เกิน 2,000 กิโลแคลอรีต่อวัน

การประเมินผล

SBP 140-178 mmHg DBP 66-100 mmHg ไม่มีอาการปวดศีรษะ ตาพร่ามัว คลื่นไส้ อาเจียน

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ 7 แบบแผนการดำรงกิจวัตรประจำวันเปลี่ยนแปลง เนื่องจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤต

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยยังเจ็บป่วยวิกฤต ใส่ท่อช่วยหายใจและเครื่องช่วยหายใจ ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้
2. หายใจตื้นเครื่องช่วยหายใจ RR > 30 ครั้ง/นาที ดิ้นกระสับกระส่าย พยายามลงเตียง เสียสติกับที่นอน จำกัดกิจกรรมไว้โดยการผูกยึด กระสับกระส่าย พักหลับได้ช่วงสั้นๆ ตื่นบ่อย

3. Braden scale 13 คะแนน Barthel Activities of Daily Living (ADLs) 3 คะแนน (ภาวะพึ่งพาโดยสมบูรณ์)

วัตถุประสงค์การพยาบาล เพื่อให้ร่างกายถูกสุขลักษณะเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้นอนหลับพักผ่อนอย่างเพียงพอ และผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเองตามความสามารถที่ทำได้

เกณฑ์การประเมินผล

1. รู้ตัว รู้เรื่อง ทำตามคำบอกได้ GCS 15 คะแนน Braden scale 16 คะแนน ไม่เกิดแผลกดทับ ADLs คะแนนเพิ่มขึ้น
2. นอนหลับได้มากกว่า 5 ชั่วโมง/วัน สีหน้าสดชื่น ร่างกายสะอาด ไม่มีแผลกดทับ Feed อาหาร รับประทานได้ ไม่มีคลื่นไส้ อาเจียน

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินความสามารถ และความทนในการทำกิจกรรมของผู้ป่วย
2. ช่วยเหลือในการปฏิบัติกิจกรรม เช่น การพลิกตะแคงตัวหรือเคลื่อนไหวร่างกายบางส่วนทุก 2 ชั่วโมง ดูแลทำความสะอาดร่างกาย และให้ได้รับสารอาหารที่เพียงพอตามความต้องการ⁷
3. ส่งเสริมการนอนหลับตามแนวทางการส่งเสริมการนอนหลับในผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่มีภาวะเจ็บป่วยวิกฤต จัดสิ่งแวดล้อม อ่อนนุ่มห้อง แสง ลดการรบกวนจากกิจกรรมทางการพยาบาล จัดกิจกรรม/หัตถการต่างๆ ให้เสร็จสิ้นในครั้งเดียวกัน จัดช่วงเวลาเงียบ เช่น เวลา 20.00 - 24.00 น. และ 02.00 - 04.00 น.
4. ให้การพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ ตามแนวทางการป้องกันการเกิดแผลกดทับ hospital-acquired pressure injuries (HAPI) ในผู้ป่วยวิกฤต ประกอบด้วย การประเมินความเสี่ยง Braden scale ทุกวัน จัดให้นอนบนที่นอนลมที่มีประสิทธิภาพ หลีกเลี่ยงการลากดึงและใช้อุปกรณ์ช่วย เช่น ผ้ายก เป็นต้น หลีกเลี่ยงการใช้ผ้าอุ่น ใช้สบู่ที่มีความเป็นกรดต่าง 4.5-5.5 และทาโลชั่นหลังอาบน้ำและเช็ดตัวทุกครั้ง ควบคุมความเปียกชื้นจากการขับถ่าย
5. คัดกรองโภชนาการเบื้องต้น (spent nutrition screening tool) เพื่อวางแผนกำหนดอาหาร ดูแลให้ BD DM 1:1 200 ml * 4 feed + น้ำ 50 ml/feed (TV 1000 TC 800)

การประเมินผล

1. รู้ตัว รู้เรื่อง ทำตามคำบอกได้ GCS 15 คะแนน Braden scale 16 คะแนน ไม่เกิดแผลกดทับ ADLs 19 คะแนน
2. นอนหลับได้นอนหลับได้ > 90 นาที/รอบ ร่างกายสะอาด ไม่มีแผลกดทับ Feed รับประทานได้ ไม่มีคลื่นไส้ อาเจียน

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ 8 ผู้ป่วยและญาติขาดความรู้เรื่องภาวะเลือดเป็นกรดจากเบาหวาน ข้อมูลสนับสนุน

ผู้ป่วยบอก "เคยเข้าโรงพยาบาลเมื่อเดือน พฤศจิกายน พ.ศ. 2565 เพราะโรคเบาหวาน แต่ไม่หนักขนาดนี้ คิดไม่ถึงว่าโรคเบาหวานจะทำให้รุนแรงได้ขนาดนี้"

วัตถุประสงค์การพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วย และญาติมีความรู้ในการดูแลตนเองเกี่ยวกับภาวะ DKA
เกณฑ์การประเมินผล สามารถตอบคำถามย้อนกลับได้ถูกต้อง

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน 7 ด้าน (ADCES7 Self-Care Behaviors) ตั้งเป้าหมายร่วมกับผู้ป่วย และครอบครัวร่วมกัน เพื่อให้ได้รับแรงจูงใจ และวางแผนการให้ความรู้ และสร้างทักษะการดูแลตนเอง
2. ให้ความรู้ภาวะเลือดเป็นกรดจากเบาหวาน ตามแนวทางเวชบำบัดสำหรับโรคเบาหวาน 2566 เพื่อการส่งเสริมสุขภาพ การแก้ไขปัญหาในการใช้ชีวิตประจำวัน และบูรณาการจัดการปัญหา ด้านจิตวิทยาสังคมในชีวิตประจำวัน โดยใช้สื่อเป็น Power point แนะนำแหล่งความรู้บน internet-based ให้แก่บุตรของผู้ป่วยเพื่อศึกษาเพิ่มเติม
3. การสอนทักษะ การปฏิบัติ เพื่อการดูแลตนเอง ในเรื่องการตรวจระดับน้ำตาลในเลือดด้วยตนเอง และการฉีดอินซูลินด้วยตนเอง ส่งเสริมเทคนิคในการฉีดอินซูลินอย่างถูกต้อง
4. การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการดำเนินชีวิต เพื่อการควบคุมน้ำหนัก โดยเน้นในเรื่องการปรับพฤติกรรมกรรมการกินอาหารให้เป็นไปตามหลักโภชนาการ การเพิ่มกิจกรรมทางกายที่เหมาะสม
5. การประเมินผลการให้ความรู้ และสอนทักษะ โดยการสอบถามความเข้าใจ และการสาธิตย้อนกลับ จากผู้ป่วยและครอบครัว

การประเมินผล

ผู้ป่วยและญาติสามารถบอกได้เกี่ยวกับสาเหตุที่ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อน และบอกการปฏิบัติตัวและอาการผิดปกติที่ควรมาโรงพยาบาล และสามารถฉีดอินซูลินได้ด้วยตนเอง โดยผู้ป่วยตั้งเป้าหมายในเรื่อง การควบคุมน้ำหนัก และอาหาร

สรุปกรณีศึกษา

ผู้ป่วยชายไทย วัย 58 ปี รับการรักษาที่โรงพยาบาลด้วยภาวะเลือดเป็นกรดจากเบาหวาน (DKA) ร่วมกับภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด และหายใจล้มเหลว รับไว้ในโรงพยาบาล เข้ารับการรักษาในห้องผู้ป่วยหนักอายุรกรรม วันที่ 7 - 9 มีนาคม 2566 ให้การพยาบาลตามแผนการรักษาผู้ป่วยพ้นภาวะวิกฤตโดยพ้นจากภาวะ DKA ปลอดภัยจากภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด และสามารถถอดท่อช่วยหายใจได้ ย้ายไปรับการรักษาต่อที่หอผู้ป่วยสามัญ และแพทย์อนุญาตให้ออกจากโรงพยาบาลได้ในวันที่ 9 มีนาคม 2566 โดยนัดติดตามอาการ 1 สัปดาห์และรักษาต่อเนื่องโรงพยาบาลชุมชนใกล้บ้าน ภายหลังให้การพยาบาลผู้ป่วยได้รับการแก้ไขทั้งหมด และได้จำหน่ายกลับบ้าน แต่ยังมีปัญหาสุขภาพที่ต้องดูแลต่อเนื่องโดยการส่งต่อชุมชนให้ติดตามผลคือการควบคุมระดับน้ำตาลในกระแสเลือด การควบคุมความดันโลหิต การควบคุมน้ำหนักและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

วิจารณ์

ในการศึกษาผู้ป่วยเพื่อประเมินปัญหาสุขภาพของผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดเป็นกรดจากเบาหวานจากการใช้กรอบแนวคิดแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน (Gordon's Functional Health Patterns) เพื่อช่วยในการประเมินโดยรวมกรอบแนวคิดนี้ประกอบด้วย 11 แบบแผนที่ช่วยในการระบุปัญหาสุขภาพ รวมถึงการปฏิบัติตามมาตรฐานการปฏิบัติทางการพยาบาลผู้ป่วยหนัก 11 มาตรฐานที่ได้รับการกำหนดให้เป็นมาตรฐานการปฏิบัติทางการพยาบาล กองการพยาบาล

จากการศึกษาผู้ป่วยรายนี้ เราพบว่ายังมีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเลือดเป็นกรดจากเบาหวาน ได้แก่ เพศ อายุระยะเวลาที่มีโรคเบาหวาน และการติดเชื้อ นอกจากนี้ยังพบว่าพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และการควบคุมน้ำหนักก็เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการควบคุมโรคอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ¹⁰ ส่วนสำคัญของการเรียนรู้จากการศึกษาผู้ป่วยรายนี้ คือ การระบุปัญหาสุขภาพและปัจจัยเสี่ยงที่สามารถส่งผลกระทบต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด โดยเฉพาะปัจจัยบุคคล เช่น การมีโรคประจำตัว ซึ่งสามารถทำให้อาการเข้าสู่ระยะรุนแรงมากขึ้น



ข้อเสนอแนะ

1. หน่วยงานควรมีการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลการดูแลผู้ป่วยภาวะเลือดเป็นกรดจากเบาหวาน ในระยะวิกฤตจากการหลักฐานเชิงประจักษ์ เพื่อเป็นแนวทางในการให้การพยาบาลที่มีมาตรฐาน และคุณภาพ
2. การส่งเสริมพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเอง เพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดเป็นสิ่งสำคัญในการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนวิกฤตจากเบาหวาน ซึ่งสามารถเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวในระยะยาว

เอกสารอ้างอิง

1. Gangakhedkar GR. Diabetic Ketoacidosis and Intensive Care. Journal of Research & Innovation in Anesthesia. 2019 April; 4(2):29-31.
2. สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์. แนวทางเวชปฏิบัติ สำหรับโรคเบาหวาน 2566 : Clinical Practice Guideline for Diabetes 2023. กรุงเทพฯ: ศรีเมืองการพิมพ์; 2566.
3. Azkoul A, Sing S, Lawrence V. Diabetic Ketoacidosis in Adults: Part 1. Pathogenesis and Diagnosis. South Sudan Medical Journal. 2022;15(2):62-66.
4. ศูนย์ข้อมูล โรงพยาบาลกำแพงเพชร. ตัวชี้วัดผู้ป่วยในปี 2563-2566. กำแพงเพชร: โรงพยาบาลกำแพงเพชร; 2566.
5. คณะกรรมการเภสัชกรรม และการบำบัด โรงพยาบาลศิริราช. คู่มือการใช้ยาที่มีความเสี่ยงสูง High Alert Drug. ฉบับปรับปรุง. กรุงเทพฯ; ม.ป.ท.2565.
6. Guarino M, Perna B, Cesaro AE, Maritati M, Spampinato MD, Contini C, et al. 2023 Update on Sepsis and Septic Shock in Adult Patients: Management in the Emergency Department. Journal of clinical medicine. 2023 Apr 28; 12(9):3188.
7. วิจิตรา กุสุมภ์. การพยาบาลผู้ป่วยภาวะวิกฤต :แบบองค์รวม (CRITICAL CARE NURSING: A HOLISTIC APPROACH. 7th ed. กรุงเทพฯ: สหประชาพานิชย์; 2565.
8. ปณัญชา พงศ์สวัสดิ์. ผลของการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจห้องผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลเลย. ชัยภูมิเวชสาร. 2561;38(3): 28-38.
9. ธนรัตน์ พรศิริรัตน์, สุรัตน์ ทองอยู่. การพยาบาลผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่มีภาวะพร่องออกซิเจนและได้รับการรักษาด้วย High Flow Nasal Cannula. Siriraj Medical Bulletin. 2563 มกราคม - มีนาคม;13(1):60-8.
10. วีรศักดิ์ พาจันท์, กฤษกันทร สุวรรณพันธ์, บุญสัน อนารัตน์, นรินทร์ ฤาละคร. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 อำเภอท่าบ่อ จังหวัดหนองคาย. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9 : วารสารส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม. 2565;16(1): 285 - 98.

วารสารโรงพยาบาลกำแพงเพชร

คำแนะนำสำหรับผู้พิมพ์

วารสารโรงพยาบาลกำแพงเพชร จัดทำขึ้นเพื่อเผยแพร่ผลงานทางวิชาการ และเป็นเวที เสนอผลงานทางวิชาการ และงานวิจัย มีความยินดีรับผลงานเกี่ยวกับการแพทย์และสาธารณสุข ผู้ประสงค์จะส่งต้นฉบับเพื่อตีพิมพ์ในวารสารควรเตรียมต้นฉบับตามคำแนะนำอย่างถูกต้อง ทั้งนี้เพื่อความสะดวก และรวดเร็วในการลงพิมพ์

ประเภทผลงานที่ตีพิมพ์

1. นิตยสารต้นฉบับ (original article)

เป็นรายงานผลการวิจัยที่เกี่ยวกับการแพทย์และสาธารณสุข

2. กรณีศึกษา (case study)

เป็นรายงานการศึกษา วิเคราะห์ ข้อมูลของผู้ป่วยเป็นรายบุคคลหรือรายกลุ่ม

3. บทความปริทรรศน์ (review article)

เป็นบทความที่ทบทวนหรือรวบรวมความรู้เรื่องใดเรื่องหนึ่งจากวารสารหรือหนังสือต่าง ๆ ทั้งในและต่างประเทศ

การเตรียมต้นฉบับ

รายละเอียดของการพิมพ์

1. เป็นบทความที่ไม่เคยตีพิมพ์ที่ใดมาก่อน โดยผู้เขียนเป็นผู้รับผิดชอบต่อเนื้อหาที่เขียน
2. บทความที่ส่งมาจะได้รับการตรวจแก้ไขเพื่อความเหมาะสมทั้งในเรื่องของรูปแบบ (format) และความถูกต้องของเนื้อหาโดยกองบรรณาธิการ และส่งข้อเสนอแนะให้ผู้เขียนทาง e-mail
3. ขั้นตอนการให้ข้อเสนอแนะและแก้ไขให้แล้วเสร็จ กองบรรณาธิการจะกำหนดเวลา เพื่อให้ทันเวลาในการออกวารสาร ใช้เวลาเฉลี่ยภายใน 3 เดือนโดยประมาณ โดยกองบรรณาธิการจะรับวารสารตามความเห็นชอบแล้วเท่านั้น
4. เมื่อบทความได้รับการตีพิมพ์แล้ว ผู้เขียนจะได้รับวารสาร จำนวน 2 เล่มต่อเรื่อง
5. ต้นฉบับพิมพ์ด้วยคอมพิวเตอร์ โปรแกรม **Microsoft Words for Windows 2007** ใช้ตัวอักษร **browallia new** ขนาด **14 point Single Space** และใช้กระดาษพิมพ์ A4 เว้นห่างจากขอบ 1 นิ้วโดยรอบ ความยาวไม่เกิน 10 - 12 หน้า โดยรวมบทความย่อ และเอกสารอ้างอิง
6. ตาราง ภาพ และแผนภูมิ เป็น ขาว-ดำ สอดแทรกไว้ในเนื้อเรื่อง มีชื่อตาราง ภาพ และแผนภูมิกำกับที่ชัดเจน

การเรียงลำดับเนื้อหาของต้นฉบับ

(กองบรรณาธิการจะไม่รับพิจารณาบทความที่ไม่แก้ไขให้ตรงตามรูปแบบที่กำหนด)

1. การเตรียมนิตยสารต้นฉบับ (Original article)

- 1.1 ชื่อเรื่อง (ภาษาไทย) ควรกะทัดรัด สื่อเป้าหมายหลักของการศึกษาวิจัย ไม่ใช่คำย่อ ไม่ควรยาวเกิน 100 ตัวอักษร จัดไว้กึ่งกลางหน้ากระดาษ
- 1.2 ชื่อผู้พิมพ์ (ภาษาไทย) ระบุชื่อของผู้เขียนทุกคน พร้อมระบุตัวย่อของวุฒิการศึกษาสูงสุด จัดชิดขวาของหน้ากระดาษ ส่วนหน่วยงานหรือสถาบันใช้การอ้างอิงแบบเชิงอรรถไว้ส่วนล่างสุดของหน้ากระดาษของเอกสาร
- 1.3 บทความย่อ (ภาษาไทย) เขียนแบบโครงสร้างตามลำดับดังนี้
 - บทนำ :
 - วัตถุประสงค์ :
 - วิธีการศึกษา :

- ผลการศึกษา :

- สรุป :

1.4 คำสำคัญ (ภาษาไทย) ไม่เกิน 5 คำ ใส่ไว้ท้ายบทคัดย่อของภาษาไทย เพื่อประโยชน์ในการสืบค้นในอนาคต

1.5 เชิงอรรถ (ภาษาไทย) อยู่ใต้เส้นคั่นซึ่งยาว 2 นิ้ว หรือ 5 เซนติเมตร เป็นรายการเชิงอรรถที่ระบุตำแหน่ง และหน่วยงานต้นสังกัดของผู้พิมพ์

หมายเหตุ ข้อ 1.1 – 1.5 ไม่เกิน 1 หน้ากระดาษ A4

1.6 Title (ชื่อเรื่องภาษาอังกฤษ) จัดกึ่งกลางหน้ากระดาษ มีความหมายตรงกับชื่อเรื่องภาษาไทย

1.7 Authors (ชื่อผู้พิมพ์ภาษาอังกฤษ) จัดชิดขวาของหน้ากระดาษ พร้อมพร้อมระบุตัวของวุฒิการศึกษา สูงสุดภาษาอังกฤษ

1.8 Abstract (บทคัดย่อภาษาอังกฤษ) ต้องมีเนื้อหาตรงกับบทคัดย่อภาษาไทย และเป็นประโยคอดีต โดยเขียนแบบโครงสร้างตามลำดับดังนี้

- Introduction:

- Objectives:

- Methods:

- Results:

- Conclusions:

1.9 Keyword (คำสำคัญภาษาอังกฤษ) ต้องตรงกับบทคัดย่อภาษาไทย ไม่เกิน 5 คำ ใส่ไว้ท้ายบทคัดย่อของภาษาอังกฤษ

1.10 Footnote (เชิงอรรถ) ระบุตำแหน่ง และหน่วยงานต้นสังกัดของผู้พิมพ์เป็นภาษาอังกฤษ

หมายเหตุ ข้อ 1.6 – 1.10 ไม่เกิน 1 หน้ากระดาษ A4 และแยกไว้คนละหน้ากับภาษาไทย

1.11 เนื้อเรื่อง (Text) ใช้หัวข้อดังนี้

- บทนำ (Introduction)

เป็นส่วนของบทความที่บอกเหตุผล นำไปสู่การศึกษา แต่ไม่ต้องทบทวนวรรณกรรม ที่ไม่เกี่ยวกับจุดมุ่งหมายของการศึกษา เป็นส่วนที่อธิบายให้ผู้อ่านรู้ปัญหา ลักษณะ และขนาด เป็นการนำไปสู่ความจำเป็นในการศึกษาวิจัยให้ได้ผลเพื่อแก้ปัญหาหรือตอบคำถามที่ตั้งไว้ หากมีทฤษฎีที่จำเป็นต้องใช้ในการศึกษา อาจวางพื้นฐานไว้ในส่วนนี้ได้ และให้รวมวัตถุประสงค์ของการศึกษาเป็นร้อยแก้วในส่วนท้ายของบทนำ ไม่ใส่ผลการศึกษา และสรุป

- วิธีการศึกษา (Methods)

ประกอบด้วย ประชากร และกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูล และจริยธรรมการวิจัย

- ผลการศึกษา (results)

แจ้งผลที่พบตามลำดับหัวข้อของแผนการศึกษาอย่างชัดเจน ดูได้ง่าย ถ้าผลไม่ซับซ้อนไม่มีตัวเลขมากบรรยาย เป็นร้อยแก้ว แต่ถ้าตัวเลขมาก ตัวแปรมากควรใช้ตาราง หรือแผนภูมิโดยไม่ต้องอธิบายตัวเลขในตารางซ้ำอีกในเนื้อเรื่อง ยกเว้นข้อมูลสำคัญ ๆ อย่างจำกัด แปลความหมายของผลที่ค้นพบหรือวิเคราะห์และสรุปเปรียบเทียบกับสมมติฐานที่วางไว้

- วิจารณ์ (discussion)

เริ่มด้วยการวิจารณ์ผลการศึกษาตรงกับวัตถุประสงค์ สมมติฐานของการวิจัย หรือแตกต่างไปจากผลงานที่มีผู้รายงานไว้ก่อนหรือไม่ อย่างไร เพราะเหตุใดจึงเป็นเช่นนั้น วิจารณ์ผลที่ไม่ตรงตามที่คาดหวังอย่างไม่ปิดบัง อาจแสดงความคิดเห็นเบื้องต้นตามประการณ์หรือข้อมูลที่ตนมีเพื่ออธิบายส่วนที่โดดเด่นแตกต่างเป็นพิเศษได้ แล้วจบบทความด้วยข้อยุติ

- **สรุป (conclusion)**

ผลที่ได้ตรงกับวัตถุประสงค์การวิจัยหรือไม่ ให้ข้อเสนอแนะที่นำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์หรือให้ประเด็นคำถามการวิจัยต่อ ข้อยุติอาจใส่ไว้ในหัวข้อเดียวกันกับวิจารณ์ก็ได้

- **กิตติกรรมประกาศ (acknowledgments)**

มีเพียงย่อหน้าเดียว แจ้งให้ทราบว่ามีการช่วยเหลือที่สำคัญจากที่ใดบ้าง เช่น ผู้บริหาร ผู้ช่วยเหลือทางเทคนิคบางอย่าง และผู้สนับสนุนทุนการวิจัยเท่าที่จำเป็น แต่การใส่ชื่อคนช่วยมากมาย ทำให้บทความด้อยความภูมิฐานเพราะผู้อ่านจะอนุมานว่างานส่วนใหญ่มีคนช่วยทั้งหมด

- **เอกสารอ้างอิง (references)** ดูในหัวข้อการเขียนเอกสารอ้างอิง

2. การเตรียมต้นฉบับกรณีศึกษา (Case Study)

2.1 **ชื่อเรื่อง ชื่อผู้พิมพ์ คำสำคัญ และเชิงอรรถ** ทั้งภาษาไทย และภาษาอังกฤษ มีข้อกำหนดในการเขียนและการจัดรูปแบบเหมือนนิพนธ์ต้นฉบับ (Original article)

2.2 **บทคัดย่อ (ภาษาไทย)** ใช้ภาษารัดกุมเป็นประโยคสมบูรณ์มีความหมายในตัวเองไม่ต้องหาความหมายเพิ่มเติมไม่ควรยืดยาว เขียนแบบโครงสร้างตามลำดับดังนี้

- **บทนำ :** เขียนย่อถึงความสำคัญโรคที่ศึกษาการดูแลรักษาที่สำคัญ และภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น (ไม่ควรเกิน 2 - 3 บรรทัด)

- **วัตถุประสงค์ :** เขียนวัตถุประสงค์การศึกษาต่อผู้ป่วย เช่น เพื่อดูแลและเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนจนผู้ป่วยพ้นภาวะวิกฤต เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยดูแลตนเองได้อย่างถูกต้อง เป็นต้น

- **กรณีศึกษา :** เขียนย่อเพื่อให้เห็นภาพรวมว่า ผู้ป่วยกรณีศึกษาเป็นใคร จำนวนกี่รายเข้าการรักษาในโรงพยาบาลในช่วงใด อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล แพทย์ให้การรักษาที่สำคัญอะไร ในช่วงเวลาที่ศึกษาพบปัญหาทางการแพทย์พยาบาลอะไรบ้าง และให้การพยาบาลที่สำคัญอย่างไร ผลการประเมินหลังให้การพยาบาลเป็นอย่างไร

- **สรุป :** เขียนสรุปกรณีศึกษา สรุปโรค และข้อเสนอแนะสั้นๆ อยู่ในย่อหน้าเดียวกัน

2.3 **Abstract (บทคัดย่อภาษาอังกฤษ)** ต้องมีเนื้อหาตรงกับบทคัดย่อภาษาไทย และเป็นประโยคอดีต โดยเขียนแบบโครงสร้างตามลำดับดังนี้

- **Introduction:**

- **Objectives:**

- **Case Study:**

- **Conclusions:**

2.4 **เนื้อเรื่อง (Text) ใช้หัวข้อดังนี้**

- **บทนำ**

เป็นส่วนของบทความที่บอกเหตุผลที่มาของนำไปสู่การศึกษา ได้แก่ ความสำคัญของโรคที่ศึกษา ข้อมูลสถิติ (อย่างน้อยในสถานที่ที่ศึกษา) วิธีการคัดเลือกกรณีศึกษาหรือสาเหตุที่เลือกผู้ป่วยรายนี้มาศึกษา แต่ไม่ต้องใส่ทฤษฎีและทบทวนวรรณกรรมมาทั้งหมด ใช้ลักษณะการวิเคราะห์มาเขียนแทน และให้รวมวัตถุประสงค์การศึกษาร้อยแก้วในส่วนท้ายของบทนำ

- **กรณีศึกษา**

เป็นการสรุปข้อมูลของผู้ป่วยที่ศึกษา เขียนสรุปใจความสำคัญตามลำดับหัวข้อดังนี้ ข้อมูลทั่วไป อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล ประวัติการเจ็บป่วย การประเมินสภาพร่างกายตามระบบ การประเมินสภาพด้านจิตใจและสังคม ผลการเอกซเรย์และ/หรือผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่สำคัญ (ตามโรคและแสดงให้เห็นถึงแนวโน้ม) สรุปการดำเนินโรค การวางแผนการพยาบาลโดยสรุปปัญหาที่สำคัญเป็นรายชื่อ

- **ข้อวินิจฉัยทางการแพทย์**

เขียนเรียงลำดับตามความสำคัญของปัญหา ข้อวินิจฉัยทางการแพทย์ต้องเป็นสิ่งที่ถูกวิเคราะห์มาจากปัญหาเฉพาะของผู้ป่วยที่ศึกษา โดยมีข้อมูลสนับสนุน วัตถุประสงค์การพยาบาล เกณฑ์การประเมินผล กิจกรรมการพยาบาลที่ให้ในกรณีศึกษา และประเมินผลการพยาบาล

- **สรุปกรณีศึกษา**

เป็นการสรุปกรณีศึกษาที่สำคัญ 1 ย่อหน้า เพื่อให้เห็นภาพรวมทั้งหมดตั้งแต่อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล ระยะเวลาที่ทำการศึกษา ปัญหาทางการแพทย์ที่สำคัญ ผู้ศึกษาให้การพยาบาลที่สำคัญอะไรบ้าง และการประเมินผลการพยาบาล

- **วิจารณ์และข้อเสนอแนะ**

อธิบายสาเหตุสำคัญของการเกิดปัญหา หรือหลุมพราง (pitfall) ที่พบจากการศึกษาเฉพาะกรณีนี้ และขอแนะนำในการให้การพยาบาลที่จะนำไปใช้ในผู้ป่วยรายอื่น ๆ ต่อไป

- **สรุป**

ให้สรุปโรคที่ศึกษาที่สัมพันธ์กับทฤษฎี

- **เอกสารอ้างอิง**

ดูในหัวข้อการเขียนเอกสารอ้างอิง

การเขียนเอกสารอ้างอิง

การเขียนรายการอ้างอิงตามรูปแบบแวนคูเวอร์ (Vancouver Style) เป็นรูปแบบการเขียนรายการอ้างอิงสำหรับสาขาวิชาวิทยาศาสตร์การแพทย์ โดยการอ้างอิงประกอบด้วย 2 แบบ คือ การอ้างอิงในเนื้อหา และการอ้างอิงท้ายบทความ

1. การอ้างอิงในเนื้อหา ใช้การอ้างอิงระบบลำดับหมายเลข โดย 1. ระบุหมายเลขเรียงลำดับกันไปที่ทำยข้อความหรือชื่อบุคคลที่ใช้อ้างอิงเริ่มจากหมายเลข 1,2,3 ไปตามลำดับที่อ้างอิง ก่อนหลังเป็นเลขอารบิกโดยไม่มีการเว้นวรรค ไม่ใส่วงเล็บ และใช้ **“ตัวเลขยก”** 2. ทุกครั้งที่มีการอ้างซ้ำจะต้องใช้หมายเลขเดิมในการอ้างอิง และหมายเลขที่ใช้อ้างอิงจะต้องตรงกับหมายเลขของ รายการอ้างอิงท้ายเล่มด้วย 3. สำหรับการอ้างอิงในตารางหรือในคำอธิบายตารางให้ใช้เลขที่สอดคล้องกับที่ได้เคยอ้างอิงมาก่อนแล้วในเนื้อเรื่อง 4. การอ้างอิงจากเอกสารมากกว่า 1 รายการต่อเนื่องกันจะใช้เครื่องหมายติงศกัณฐ์ (-) เชื่อมระหว่างรายการแรกถึง รายการสุดท้าย เช่น (1-3) หากเป็นการอ้างถึงเอกสารที่มีลำดับไม่ต่อเนื่องกัน จะใช้เครื่องหมายจุลภาค (,) โดยไม่มีการเว้นวรรค เช่น (2,6,10)

ตัวอย่าง Plasmodium falciparum and Wuchereria bancrofti are parasites that cause human malaria and lymphatic filariasis in the population of South-East Asian countries.^{1-3,6,10} The diseases are abundant and widely spread in the endemic area especially Thailand and its neighbor countries.^{3,7}

2. การอ้างอิงท้ายบทความ การอ้างอิงที่อยู่ท้ายบทความหรือที่เขียนว่า “เอกสารอ้างอิง” หรือ “References”

มีหลักการอ้างอิง ดังนี้ 1. พิมพ์ตามลำดับการอ้างอิงตามหมายเลขที่ได้กำหนดไว้ภายในเนื้อหาที่ได้อ้างถึงในเนื้อหา โดยไม่ต้องแยกภาษา ประเภทของเอกสารอ้างอิง ไม่ต้องเรียงตามตัวอักษรให้เลขตามหมายเลขที่อ้างอิง 2. พิมพ์หมายเลขลำดับการอ้างอิงไว้ชิดขอบกระดาษด้านซ้าย หากรายการอ้างอิงมีความยาวมากกว่าหนึ่งบรรทัดให้พิมพ์บรรทัดถัดไปโดยย่อหน้าให้ตรงกับข้อความในบรรทัดแรก 3. ระหว่างข้อมูลการอ้างอิงแต่ละส่วน ให้เว้น 1 วรรค 4. รูปแบบการอ้างอิงจะแตกต่างกันตามประเภทของเอกสารที่นำมาอ้างอิง

หลักเบื้องต้นในการอ้างอิงข้อมูลแต่ละส่วน

1. ผู้แต่ง เป็นได้ทั้งบุคคล กลุ่มบุคคล หรือหน่วยงาน และเป็นได้ทั้งผู้เขียนบรรณาธิการ หรือผู้รวบรวม ตามด้วยเครื่องหมายมหัพภาค (.)

1.1 กรณีเป็นผู้แต่งเป็นคนไทย ให้ใช้ชื่อและนามสกุลตามลำดับ โดยเว้น 1 วรรค

ตัวอย่าง สมบัติ ตริประเสริฐสุข.

1.2 กรณีเป็นผู้แต่งชาวต่างประเทศ ให้ใช้ชื่อสกุลขึ้นก่อน เว้น 1 วรรค ตามด้วยอักษรย่อของชื่อตัว และชื่อกลาง โดยไม่ต้องเว้นวรรคหรือมีเครื่องหมายใดใดคั่น

ตัวอย่าง Redfern SJ.

1.3 กรณีที่ผู้แต่งมีจำนวนมากกว่า 1 คน

1.3.1 หากผู้แต่งมีจำนวนไม่เกิน 6 คน ให้ใส่ชื่อทุกคน โดยใช้เครื่องหมายจุลภาค (,) คั่นระหว่างชื่อ และเว้น 1 วรรค หลังชื่อผู้แต่งชื่อสุดท้ายให้ใส่เครื่องหมายมหัพภาค (.)

ตัวอย่าง สมบัติ ตริประเสริฐสุข, มงคล หงษ์ศิรินิรชร, อนุชิต จุฑะพุทธิ.

Lodish H, Baltimore D Jr, De Berk AE.

1.3.2 หากผู้แต่งมีจำนวนมากกว่า 6 คน ให้ใส่ชื่อ 6 คนแรก โดยใช้เครื่องหมายจุลภาค (,) คั่นระหว่างชื่อ และเว้น 1 วรรค หลังชื่อผู้แต่งชื่อที่ 6 ให้ใส่คำว่า “ และคณะ.” (สำหรับภาษาไทย) หรือ “ et al.” (สำหรับภาษาอังกฤษ) และตามด้วยเครื่องหมายมหัพภาค (.)

ตัวอย่าง สมบัติ ตริประเสริฐสุข, มงคล หงษ์ศิรินิรชร, อนุชิต จุฑะพุทธิ, ชินกร ประชาธิรัฐ, อาภา ใจชื่น, กรสุตา รักษา, และคณะ.

Choi HK, Won LA, Kontur PJ, Hammond DN, Fox AP, Wainer BH, et al.

1.4 ผู้แต่งที่เป็นกลุ่ม เป็นคณะ หรือสถาบัน ให้ใช้ชื่อก่อน คณะ หรือสถาบันนั้นเป็นผู้แต่ง กรณีมีทั้งหน่วยงานใหญ่ และหน่วยงานย่อย ให้ใส่เครื่องหมายจุลภาค (,) หลังชื่อหน่วยงานใหญ่ เว้น 1 วรรค ตามด้วยชื่อหน่วยงานย่อย และเครื่องหมายมหัพภาค (.)

ตัวอย่าง คณะกรรมการวิทยาศาสตร์ทางทะเลแห่งชาติ. มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, คณะแพทยศาสตร์.

Institute of Medicine (US). American Occupational Therapy Association, Ad Hoc Committee.

1.5 ไม่ปรากฏชื่อผู้แต่ง ให้ใช้ชื่อหนังสือหรือชื่อบทความแทนตำแหน่งชื่อผู้แต่ง

ตัวอย่าง 1. การบริหารงานวิจัย แนวคิดจากประสบการณ์. กรุงเทพฯ: ดวงกลม; 2540.

2. Health promotion in nursing practice. Stamford: Appleton & Lange; 1996.

2. ชื่อหนังสือ / ชื่อวารสาร / ชื่อบทความ

2.1 ชื่อหนังสือ / ชื่อบทความ กรณีเป็นภาษาไทย ให้ใช้ชื่อตามที่ปรากฏ กรณีเป็นภาษาอังกฤษ ให้ใช้อักษรตัวใหญ่ เฉพาะคำแรกของชื่อ หลังจากนั้นให้ใช้อักษรตัวเล็กทั้งหมด ยกเว้นศัพท์เฉพาะ และตามด้วยเครื่องหมายมหัพภาค (.)

ตัวอย่าง Fischer JS. Carbohydrate metabolism disorder. New York: Academic Press; 1975.

2.2 ชื่อวารสาร กรณีเป็นวารสารภาษาไทย ให้ใช้ชื่อตามที่ปรากฏ กรณีเป็นวารสารภาษาอังกฤษ ให้ใช้ชื่อย่อของวารสารที่ปรากฏใน Index Medicus ซึ่งจัดทำโดยหอสมุดแพทย์แห่งชาติสหรัฐอเมริกา (National Library of Medicine: NLM) หากเป็นวารสารชื่อสั้นๆ คำเดียว มักจะไม่ย่อชื่อวารสาร

ตัวอย่าง 1. พิชัย พัวเพิ่มพูลศิริ. โรคจุกอกอักเสบจากภูมิแพ้. ศรีนครินทรวิโรฒเวชสาร. 2538;2(1):22-33.

2. Halpern SD, Ubel PA, Caplan AL. Solid-organ transplantation in HIV-infected patients. N Engl J Med. 2002 Jul 25; 347(4): 284-7.

3. จำนวนเล่ม กรณีหนังสือมีหลายเล่ม (Volume) หากนำมาใช้อ้างอิงทุกเล่ม ให้ใส่จำนวนเล่มทั้งหมดไว้ท้ายรายการอ้างอิง เช่น 3 ล. หรือ 3 vol. (ใช้อักษร v ตัวพิมพ์เล็ก)

ตัวอย่าง 1. พรเทพ เทียนสิวกุล, บรรณาธิการ. โลกจิตวิทยาคลินิกชั้นสูง. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2541. 2 ล.

2. Hamilton S, editor. Animal welfare & anti-vivisection 1870-1910: nineteenth-century women's mission. London: Routledge; 2004. 3 vol.

หากนำมาใช้อ้างอิงเพียงเล่มใดเล่มหนึ่ง ให้ใส่เฉพาะเล่มที่อ้างไว้หลังชื่อเรื่องหรือครั้งที่พิมพ์ (ถ้ามี) เช่น เล่ม 3. หรือ Vol. 3. (ใช้อักษร v ตัวพิมพ์ใหญ่) และใส่จำนวนหน้าของเล่มที่อ้างไว้หลังปีพิมพ์

ตัวอย่าง สุรเกียรติ อชานานุภาพ. ตำราการตรวจรักษาโรคทั่วไป. พิมพ์ครั้งที่ 4 (ฉบับปรับปรุง). เล่ม 1. กรุงเทพฯ: โฮลิสติก; 2551. 383 น.

4. ครั้งที่พิมพ์ ระบุตั้งแต่การพิมพ์ครั้งที่ 2 เป็นต้นไป โดยใช้คำว่า “พิมพ์ครั้งที่” (สำหรับภาษาไทย) หรือ “ed.” (สำหรับภาษาอังกฤษ) ตามด้วยเครื่องหมายมหัพภาค (.) เช่น พิมพ์ครั้งที่ 2. พิมพ์ครั้งที่ 5. 2nd ed. 3rd ed. 4th ed. 5th ed. เป็นต้น ทั้งนี้ nd, rd, th ไม่ต้องทำเป็นตัวยก ส่วนคำประกอบอื่นๆ ให้ใช้อักษรย่อ เช่น revised ใช้ “rev.” reprint(ed) ใช้ “repr.” เป็นต้น

ตัวอย่าง 1. สมศักดิ์ นวลแก้ว. เกษษกรรมแผนไทยประยุกต์. พิมพ์ครั้งที่ 8. มหาสารคาม: มหาวิทยาลัยมหาสารคาม, คณะเกษตรศาสตร์; 2563.

2. Murray PR, Rosenthal KS, Kobayashi GS, Pfaller MA. Medical microbiology. 4th ed. St. Louis (MO): Mosby; 2002.

5. เมืองที่พิมพ์

5.1 ใส่ชื่อเมืองที่สำนักพิมพ์ตั้งอยู่ หากมีชื่อเมืองมากกว่า 1 ชื่อ ให้ใช้ชื่อเมืองแรก ตามด้วยเครื่องหมายมหัพภาค (:)

5.2 กรณีที่ชื่อเมืองไม่เป็นที่รู้จัก ให้ใส่ชื่อรัฐหรือประเทศไว้ในวงเล็บกลมตามหลังชื่อเมือง สำหรับชื่อรัฐในประเทศสหรัฐอเมริกา ให้ใช้อักษรย่อ 2 ตัวที่ใช้เป็นรหัสไปรษณีย์ โดยพิมพ์เป็นตัวพิมพ์ใหญ่ เช่น CN สำหรับรัฐ Connecticut หรือ NY สำหรับรัฐ New York เป็นต้น

5.3 กรณีที่ไม่สามารถระบุเมืองที่พิมพ์ได้ ให้ระบุไว้ในวงเล็บเหลี่ยมโดยใช้คำว่า [ม.ป.ท.] (สำหรับภาษาไทย) หรือ [place unknown] (สำหรับภาษาอังกฤษ) หมายถึง ไม่ปรากฏเมืองที่พิมพ์

ตัวอย่าง กรุงเทพฯ: [ม.ป.ท.]

White Plains (NY): [place unknown]

6. สำนักพิมพ์ ใส่ชื่อสำนักพิมพ์ตามที่ปรากฏในหนังสือ ตามด้วยเครื่องหมายอัฒภาค (;) ทั้งนี้คำประกอบอื่นไม่ต้องใส่ เช่น สำนักพิมพ์, บริษัท, Publisher, Publishing, Limited, Company, Co. เป็นต้น ยกเว้นสำนักพิมพ์ที่มีชื่อเดียวกับหน่วยงาน ต้องระบุคำว่า “สำนักพิมพ์” ด้วย กรณีสำนักพิมพ์เป็นหน่วยงานที่มีทั้งหน่วยงานใหญ่ และหน่วยงานย่อย ให้ใส่เครื่องหมายจุลภาค (,) หลังชื่อหน่วยงานใหญ่ เว้น 1 บรรทัด แล้วตามด้วยชื่อหน่วยงานย่อย

6.1 กรณีไม่ปรากฏสำนักพิมพ์: ให้ชื่อสถาบันที่ผู้แต่งสังกัดแทน

6.2 กรณีไม่ปรากฏหน่วยงานใดๆ: ให้ลงชื่อโรงพิมพ์ที่พิมพ์หนังสือนั้น โดยระบุคำว่า “โรงพิมพ์” ไว้ด้วย

6.3 กรณีเป็นสิ่งพิมพ์รัฐบาล: ให้ลงชื่อหน่วยราชการที่รับผิดชอบเป็นสำนักพิมพ์ แม้ว่าในหนังสือจะมีการระบุชื่อสำนักพิมพ์หรือโรงพิมพ์ก็ตาม

6.4 กรณีที่ชื่อสำนักพิมพ์เป็นชื่อเดียวกับชื่อผู้แต่ง ให้เขียนย่อ เช่น ชื่อผู้แต่ง คือ กระทรวงการคลัง สำนักพิมพ์ให้ใส่ว่า กระทรวง ชื่อผู้แต่ง คือ American Occupational Therapy Association สำนักพิมพ์ให้ใส่ว่า The Association

6.5 กรณีไม่สามารถระบุชื่อสำนักพิมพ์หรือโรงพิมพ์ได้: ให้ระบุไว้ในวงเล็บเหลี่ยมโดยใช้คำว่า [ม.ป.พ.] (สำหรับภาษาไทย) หรือ [publisher unknown] (สำหรับภาษาอังกฤษ) หมายถึง ไม่ปรากฏสำนักพิมพ์

ตัวอย่าง มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, คณะแพทยศาสตร์, ภาควิชาจิตเวชศาสตร์; [ม.ป.พ.];

7. ปีพิมพ์

7.1 ใส่เฉพาะตัวเลขของปีพิมพ์ตามด้วยเครื่องหมายมหัพภาค (.) เช่น 2544. 2020. เป็นต้น

7.2 หากไม่มีปีพิมพ์ ให้ใส่ปีลิขสิทธิ์ได้ โดยใส่ “c” ก กับไว้ด้วย เช่น c2020 เป็นต้น

7.3 หากไม่มีปีพิมพ์หรือปีลิขสิทธิ์ สามารถใส่ปีโดยประมาณโดยดูจากข้อมูลที่แสดงไว้ในเนื้อหา และใส่ไว้ในวงเล็บเหลี่ยมตามด้วยเครื่องหมายปรศน์ (?) เช่น [2020?] เป็นต้น

7.4 หากไม่สามารถระบุปีพิมพ์ได้ ให้ระบุไว้ในวงเล็บเหลี่ยมโดยใช้คำว่า [ม.ป.ป.] (สำหรับภาษาไทย) หรือ [date unknown] (สำหรับภาษาอังกฤษ) หมายถึง ไม่ปรากฏปีที่พิมพ์

8. ปี เดือน เล่มที่ และฉบับที่ ของวารสาร

8.1 กรณีเป็นวารสารที่มีเลขหน้าต่อเนื่องกันทั้งปี: วารสารวิชาการทางการแพทย์ส่วนใหญ่จะใช้เลขหน้าต่อเนื่องกันทั้งปี ให้ใส่เฉพาะปีพิมพ์ ตามด้วยเครื่องหมายอัฒภาค (;) และเล่มที่ (Volume) โดยไม่มีการเว้นวรรค และไม่จำเป็นต้องใส่เดือน วันที่และฉบับที่

ตัวอย่าง 1. Figueroa JV, Chieves LP, Johnson GS, Buening GM. Multiplex polymerase chain reaction based assay for detection of Babesia bigemina, Babesia bovis and Anaplasma marginale DNA in bovine blood. Vet Parasitol. 1993;50:69-81.

8.2 กรณีเป็นวารสารที่ไม่ได้ใช้เลขหน้าต่อเนื่องกันทั้งปี: หากเป็นวารสารภาษาอังกฤษ ให้ใส่ปี เดือน* วันที่พิมพ์ (ถ้ามี) หากเป็นวารสารภาษาไทย ให้ใส่วัน (ถ้ามี) เดือน* ปีที่พิมพ์ จากนั้นตามด้วยเครื่องหมายอัฒภาค (;) เล่มที่ (Volume) และถ้ามีฉบับที่ (Issue/Number) ให้พิมพ์ไว้ในวงเล็บกลม โดยไม่มีการเว้นวรรค *กรณีเป็นภาษาอังกฤษ ให้ใช้ตัวอักษร 3 ตัวแรกของเดือน เช่น Sep, Jan เป็นต้น กรณีเป็นภาษาไทย ให้ใช้ตัวย่อของเดือน

ตัวอย่าง Halpern SD, Ubel PA, Caplan AL. Solid-organ transplantation in HIV-infected patients. N Engl J Med. 2002 Jul 25;347(4):284-7.

9. เลขหน้า ให้ระบุเลขหน้าตั้งแต่หน้าแรกถึงหน้าสุดท้าย คั่นด้วยเครื่องหมายติงศกัณฐ์ (-) ตามด้วยเครื่องหมายมหัพภาค (.) หลังเลขหน้าสุดท้าย โดยเลขหน้าสุดท้ายให้ใส่เฉพาะเลขที่ไม่ซ้ำกับเลขหน้าแรก ยกเว้นเลขโรมัน หรือเลขหน้าที่มี ตัวอักษรต่อท้ายให้ระบุเลขโดยไม่ต้องตัดเลขหน้าออก กรณีเลขหน้าไม่ต่อเนื่องกัน ให้คั่นด้วยเครื่องหมายจุลภาค (,)

ตัวอย่าง หน้า 7-29 ให้ใส่ 7-29. หน้า 980-983 ให้ใส่ 980-3. หน้า 325A-329A ให้ใส่ 325A-329A.
หน้า 20-29 ให้ใส่ 20-9. หน้า xi-xii ให้ใส่ xi-xii. หน้า 2, 4, 7 ให้ใส่ 2, 4, 7.

10. การระบุความเป็นเอกสารอิเล็กทรอนิกส์ การเขียนรายการอ้างอิงเอกสารอิเล็กทรอนิกส์ ให้เขียนตามประเภทของเอกสารนั้นๆ และเพิ่มเติมข้อมูลที่แสดง ความเป็นเอกสารอิเล็กทรอนิกส์หลักๆ 3 ส่วน ได้แก่

10.1 ประเภทของสื่อ: ให้ระบุประเภทของสื่อไว้ในวงเล็บเหลี่ยมหลังชื่อเรื่อง เช่น [อินเทอร์เน็ต] หรือ [Internet] [ซีดีรอม] หรือ [CD-ROM] [ดีวีดี] หรือ [DVD] เป็นต้น โดยย้ายเครื่องหมายมหัพภาค (.) หลังชื่อเรื่องไปไว้หลังวงเล็บเหลี่ยม แทน

10.2 วันที่เข้าถึง: เนื่องจากข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์อาจมีการปรับปรุงเปลี่ยนแปลงได้เสมอ จึงต้องระบุวันที่เข้าถึงไว้ด้วย โดยหลังปีพิมพ์ของรายการอ้างอิงให้ระบุในวงเล็บเหลี่ยมไว้ว่า [เข้าถึงเมื่อ วัน เดือน ปี] สำหรับภาษาไทย หรือ [cited ปี เดือน วัน] สำหรับภาษาอังกฤษ กรณีที่แหล่งข้อมูลมีการแจ้งวันที่ปรับปรุงข้อมูลล่าสุด สามารถเพิ่มข้อมูลดังกล่าวไว้ในวงเล็บเหลี่ยมข้างต้น โดยให้ระบุเพิ่มไว้ด้านหน้า ตามด้วยเครื่องหมายอัฒภาค (;) เว้น 1 วรรค ดังนี้ [ปรับปรุงเมื่อ วัน เดือน ปี; เข้าถึงเมื่อ วัน เดือน ปี] สำหรับภาษาไทย หรือ [updated ปี เดือน วัน; cited ปี เดือน วัน] สำหรับภาษาอังกฤษ

10.3 แหล่งที่มาของข้อมูล: ให้ระบุ URL ของแหล่งที่มาของข้อมูล ไว้ท้ายรายการอ้างอิง โดยใช้คำว่า “เข้าถึงได้จาก: URL ของแหล่งข้อมูล” สำหรับภาษาไทย หรือ “Available from: URL ของแหล่งข้อมูล” สำหรับภาษาอังกฤษ ทั้งนี้ หลัง URL ของแหล่งข้อมูลไม่ต้องตามด้วยเครื่องหมายมหัพภาค (.)

ตัวอย่าง นาดยา อังคนาวิน. ผลของการใช้สตีเวียและมอลทิทอลต่อสมบัติทางเคมี-กายภาพการทดสอบประสาทสัมผัสคุณค่าทางโภชนาการและฤทธิ์ต้านอนุมูลอิสระของเซอร์เบทหม่อน. วารสารมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ (สาขาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี). [อินเทอร์เน็ต]. ก.ค.-ธ.ค. 2562 [เข้าถึงเมื่อ 16 ส.ค. 2563];11(22):78-90. เข้าถึงได้จาก: <http://ejournals.swu.ac.th/index.php/SWUJournal/article/view/12118/10268>

การอ้างอิงตามประเภทของเอกสาร

ในที่นี่ขอนำเสนอเฉพาะเอกสารที่ได้รับความนิยมในการนำมาใช้อ้างอิง สำหรับเอกสารประเภทอื่นๆ ดูรายละเอียดได้จากวิธีการอ้างอิงรูปแบบแวนคูเวอร์ โดยหอสมุดแพทย์แห่งชาติสหรัฐอเมริกา (National Library of Medicine: NLM) ที่ https://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html

หนังสือ

ชื่อผู้แต่ง. ชื่อหนังสือ. ครั้งที่พิมพ์. สถานที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีพิมพ์.

ตัวอย่าง

1. สมศักดิ์ นวลแก้ว. เกสัชกรรมแผนไทยประยุกต์. พิมพ์ครั้งที่ 8. มหาสารคาม: มหาวิทยาลัยมหาสารคาม, คณะเภสัชศาสตร์; 2563.
2. Murray PR, Rosenthal KS, Kobayashi GS, Pfaller MA. Medical microbiology. 4th ed. St. Louis (MO): Mosby; 2002.
3. Gilstrap LC, Cunningham FG, VanDorsten JP, editors. Operative obstetrics. 2nd ed. New York: McGraw-Hill; 2002.
4. Institute of Medicine (US). Looking at the future of the Medicaid program. Washington: The Institute; 1992.

หนังสือที่มีทั้งผู้แต่งและบรรณาธิการหรือผู้แปล

ชื่อผู้แต่ง. ชื่อหนังสือ. ครั้งที่พิมพ์. ชื่อบรรณาธิการ, บรรณาธิการ/editor/editors. หรือ ชื่อผู้แปล, ผู้แปล/translator/translators. สถานที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีพิมพ์.

ตัวอย่าง

1. นภลัย สุวรรณธาดา, อิดา โมสิกรัตน์, สุมาลี สังข์ศรี. การเขียนผลงานวิชาการและบทความ. พิมพ์ครั้งที่ 2 ปรับปรุงแก้ไขเพิ่มเติม. ประสิทธิ์ ฤทธิภิรมย์, บรรณาธิการ. กรุงเทพฯ: ภาพพิมพ์; 2553.
2. บาเบอร์ ทีเอฟ, อิกกินส์-บิตเติล เจซี. การบำบัดแบบสั้นสำหรับผู้ตีพิมพ์แบบเสี่ยงและผู้ตีพิมพ์อันตราย: คู่มือสำหรับสถานพยาบาลปฐมภูมิ. พันธุ์ภา กิตติรัตน์ไพบูลย์, บรรณาธิการ, ผู้แปล. เชียงใหม่: แผนงานการพัฒนาระบบ รูปแบบ และวิธีการบำบัดรักษาผู้มีปัญหาการบริโภคสุราแบบบูรณาการ (ผรส.); 2552.

หนังสือที่มีเฉพาะบรรณาธิการ

ชื่อบรรณาธิการ, บรรณาธิการ/editor/editors. ชื่อหนังสือ. ครั้งที่พิมพ์. สถานที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีพิมพ์.

ตัวอย่าง

1. ชนิกา ตูจินดา, สุริยเดว ทรีปาตี, ปิยะดา ประเสริฐสม, บรรณาธิการ. เลี้ยงลูกอย่างไร ห่างไกลโรคอ้วน. กรุงเทพฯ: รักลูกแฟมมีลี้กรุ๊ป; 2547.
2. Gilstrap LC 3rd, Cunningham FG, VanDorsten JP, editors. Operative obstetrics. 2nd ed. New York: McGraw-Hill; 2002.

๒. บทความวารสาร

1. วารสารที่ใช้เลขหน้าต่อเนื่องกันทั้งปี

ชื่อผู้แต่ง. ชื่อบทความ. ชื่อวารสาร. ปีพิมพ์;เล่มที่:เลขหน้าแรก-หน้าสุดท้าย.

ตัวอย่าง

1. Figueroa JV, Chieves LP, Johnson GS, Buening GM. Multiplex polymerase chain reaction based assay for erection of Babesia bigemina, Babesia bovis and Anaplasma marginale DNA in bovine blood. Vet Parasitol. 1993;50:69-81.
2. Kane RA, Kane RL. Effect of genetic testing for risk of Alzheimer's disease. N Engl J Med. 2009; 361:298-9.

๒. วิทยานิพนธ์

ชื่อผู้แต่ง. ชื่อเรื่อง [ประเภท/ระดับปริญญา]. เมืองที่พิมพ์: มหาวิทยาลัย; ปีที่รับปริญญา.

*ประเภท/ระดับปริญญา เช่น วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต วิทยานิพนธ์ปริญญาวิศวกรรมศาสตรดุษฎีบัณฑิต
dissertation, thesis, Ph.D. เป็นต้น

ตัวอย่าง

1. พงษ์พัฒน์ เวชสิทธิ์. การศึกษาโปรตีนจากพิษงูแมวเซาที่มีผลต่อการทำงานของไตในหนูขาว [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ; 2542.
2. สุวลักษณ์ หนูสัมฤทธิ์. การศึกษาและพัฒนาพิพิธภัณฑ์ยาหอมไทยเสมือนจริงบนบรรจุภัณฑ์ [วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ; 2561.
3. Kaplan SJ. Post-hospital home health care: the elderly's access and utilization [dissertation Ph.D. Medicine]. St. Louis (MO): Washington University; 1995.

● บทความวารสารอิเล็กทรอนิกส์

ชื่อผู้แต่ง. ชื่อบทความ. ชื่อวารสาร [อินเทอร์เน็ต/Internet]. ปีพิมพ์ [เข้าถึงเมื่อ/cited ปี เดือน วัน];เล่มที่: เลขหน้าแรก-หน้าสุดท้าย. เข้าถึงได้จาก/Available from: <http://...>

ตัวอย่าง

1. นาดยา อังคนาวิน. ผลของการใช้สติเวียและมอลทิทอลต่อสมบัติทางเคมี-กายภาพการทดสอบประสาทสัมผัส คุณค่าทางโภชนาการและฤทธิ์ต้านอนุมูลอิสระของเซอร์เบทหม่อน. วารสารมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ (สาขาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี) [อินเทอร์เน็ต]. ก.ค.-ธ.ค. 2562 [เข้าถึงเมื่อ 16 ส.ค. 2563];11(22): 78-90. เข้าถึงได้จาก: <http://ejournals.swu.ac.th/index.php/SWUJournal/article/view/12118/10268>
2. Happell B. The influence of education on the career preferences of undergraduate nursing students. Aust Electron J Nurs Educ [Internet]. 2002 Apr [cited 2007 Jan 8];8(1):[about 12 p.]. Available from: http://www.scu.edu.au/schools/nhcp/aejne/vol8-1/refereed/happell_max.html

การส่งต้นฉบับ

ต้นฉบับที่ส่งให้บรรณาธิการ ต้องเป็น ไฟล์ข้อมูลต้นฉบับ 2 ไฟล์ คือ **Microsoft Word 1 ไฟล์** และ **ไฟล์ PDF 1 ไฟล์** ควรแจ้งรายละเอียด สถานที่อยู่ หมายเลขโทรศัพท์ของผู้พิมพ์ ที่กองบรรณาธิการสามารถจะติดต่อได้สะดวก

การตรวจทานต้นฉบับก่อนตีพิมพ์ (final proof)

ผู้พิมพ์ต้องตรวจทานพิสูจน์อักษรบทความของท่านเองในลำดับสุดท้าย เพื่อให้ความถูกต้อง ครบถ้วนของเนื้อหา ก่อนลงตีพิมพ์

กำหนดการรับต้นฉบับ และกำหนดการออกของวารสาร

กำหนดออกของวารสารโรงพยาบาลกำแพงเพชร ปีละ 2 ฉบับ ราย 6 เดือน

- ฉบับที่ 1 เดือนมกราคม – มิถุนายน (ส่งต้นฉบับภายใน 30 มีนาคม ออกเล่มภายใน 30 มิถุนายน)
- ฉบับที่ 2 เดือนกรกฎาคม – ธันวาคม (ส่งต้นฉบับภายใน 30 กันยายน ออกเล่มภายใน 30 ธันวาคม)

****ในกรณีบทความเต็มก่อนเวลาปิดรับ ขออนุญาตปิดรับก่อนเวลา****

การส่งต้นฉบับ

กรุณาส่งถึง

คุณอากาศร เอ็มโอฐ

งานห้องสมุด โรงพยาบาลกำแพงเพชร

e-mail : kphlibrary@gmail.com

โทรศัพท์ (055) 022000 - 29 ต่อ 1403

รพ.ผิดชอบ ชื่อล้นยศ มีน้ำใจ

