



วารสาร โรงพยาบาลกำแพงเพชร

ปีที่ ๒๗ (ฉบับพิเศษ) เดือนมกราคม ๒๕๖๗

KAMPHAENG PHET HOSPITAL JOURNAL
VOL. 27 (SPECIAL EDITION) JANUARY 2024
ISSN 0858 - 5180





วิจารณ์
โรงพยาบาลคำแพงเพชร

คณะผู้จัดทำ

เจ้าของ

โรงพยาบาลกำแพงเพชร

ประธานที่ปรึกษา

นพ.สุรชัย แก้วศิริชัย

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลกำแพงเพชร

คณะที่ปรึกษา

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

รองผู้อำนวยการด้านบริการตติยภูมิและทุติยภูมิ
รองผู้อำนวยการด้านการพยาบาล
รองผู้อำนวยการด้านพัฒนาระบบบริการและสนับสนุนบริการสุขภาพ
รองผู้อำนวยการด้านบริการด้านปฐมภูมิ
รองผู้อำนวยการด้านอำนวยการ

บรรณาธิการ

พญ.ชินานาฏ พวงสายใจ

นายแพทย์เชี่ยวชาญ

รองบรรณาธิการ

พว.ยุคลธร จิตรเกื้อกุล

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ

กองบรรณาธิการ

พญ.ดรุณี พุทธารี
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 และผลงานวิจัย ของพยาบาลวิชาชีพระดับชำนาญการ ซึ่งเป็นผลงานที่แสดงถึงความรู้ ความสามารถในการประเมินขั้นระดับชำนาญการพิเศษ ซึ่งกองบรรณาธิการ มีความเห็นว่าบทความดังกล่าวจะเป็นประโยชน์อย่างยิ่งต่อผู้อ่านใน สายวิชาชีพพยาบาล และวิชาชีพอื่นที่เกี่ยวข้อง

วารสารโรงพยาบาลกำแพงเพชร ฉบับปีที่ ๒๗ (ฉบับพิเศษ) เดือนมกราคม ๒๕๖๗ นี้ เป็นฉบับที่มีพยาบาลวิชาชีพส่งผลงานวิชาการมาลง เผยแพร่ จำนวน ๒๖ บทความ ซึ่งเป็นฉบับที่มีบทความมากกว่าฉบับที่ผ่านมา กองบรรณาธิการมีความยินดียิ่งที่มีผู้สนใจนำบทความวิชาการมาลงเผยแพร่ใน วารสารโรงพยาบาลกำแพงเพชรเป็นจำนวนมาก

ในการนี้ทางกองบรรณาธิการขอขอบคุณผู้ส่งผลงานที่ให้ความสนใจส่งผลงานมาตีพิมพ์ และขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่สละเวลา อันมีค่าในการประเมินผลงาน เพื่อให้วารสารมีคุณภาพที่ดียิ่งขึ้น และหวัง เป็นอย่างว่าจะมีประโยชน์กับผู้อ่านทุกท่านในการประยุกต์ใช้เป็นแนวทาง ในการทำผลงานวิชาการ และการปฏิบัติงานต่อไป

บรรณาธิการ

วารสารโรงพยาบาลกำแพงเพชร

บรรณาธิการแถลง

บทความวิชาการ

- การพยาบาลแบบประคับประคองในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง : กรณีศึกษา = Palliative Nursing Care for Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease : A Case Study / ภัทรภรณ์ หมอกเมฆ _____ 1
- การพยาบาลผู้ป่วยหลอดเลือดสมองแตก : กรณีศึกษา = Nursing care of patients with cerebral hemorrhage : A case study / อิศราภรณ์ บรรดาศักดิ์ _____ 12
- การพยาบาลผู้ป่วยวัณโรคปอดที่มีภาวะหายใจล้มเหลว : กรณีศึกษา = The Nursing care in patient with Pulmonary Tuberculosis with respiratory failure : A Case Study / วรณา แก้วดี _____ 24
- การพยาบาลผู้ป่วยต้อกระจกที่มีภาวะจอประสาทตาลอก : กรณีศึกษา = Nursing care of senile cataract with Tractional retinal detachment : A case study / เพ็ญศรี ออกแมน _____ 34
- การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน : กรณีศึกษา = Nursing Care for Stroke Patients with Dependency in the Community : A Case Study / ยุพา แสงใส _____ 45
- การพยาบาลผู้คลอดที่มีภาวะความดันโลหิตสูง : กรณีศึกษา = Nursing care of pregnant women with high blood pressure : A case study / วราภรณ์ อยู่เจริญ _____ 56
- การพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ : กรณีศึกษา = Nursing Care of Type 2 Diabetes Patients with Uncontrollable Blood Glucose Levels : A Case Study / เพ็ญทิมล เนตรขำ _____ 67
- การพยาบาลฉุกเฉินในผู้ป่วยที่มีภาวะหลอดเลือดสมองแตก : กรณีศึกษา = Emergency nursing care for patients with Hemorrhagic Stroke : A Case Study / อาริรัตน์ บุษย์ศรีเจริญ _____ 78
- การพยาบาลผู้ป่วยภาวะอ้วนที่มีโรคความดันโลหิตสูง : กรณีศึกษา = Nursing care of obesity patients with hypertension : A case study / ทิมลรัตน์ อินแสน _____ 89
- การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะแท้งคุกคามร่วมกับติดเชื้อไวรัสเดงกีและติดเชื้อในกระแสเลือด : กรณีศึกษา = Nursing care of pregnant women with threatened miscarriage combined with Dengue virus infection and bloodstream infections: A case study / มณฑาทิพย์ นาคทอง _____ 100
- การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่เสพยาเสพติด : กรณีศึกษา = Nursing care of Schizophrenia patients with substances abuse : A case study / อติศักดิ์ กำแพงจินดา _____ 111
- การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสันหลังส่วนเอวและมีภาวะช็อก : กรณีศึกษา = Managing Nursing Care in a Patient with Lumbar Laminectomy and Hypovolemic Shock : A Case Study / วิมล อินทร์ประเสริฐ _____ 121
- การพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาในระบบทางเดินอาหารร่วมกับมีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด : กรณีศึกษา = Nursing interventions for patients with antimicrobial-resistant infections in the gastrointestinal tract are complicated by sepsis. : Case study / ประจัน จันทรสุก _____ 132
- การพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคเบาหวานที่มีภาวะเลือดเป็นกรด : กรณีศึกษา = Nursing care of Diabetic Ketoacidosis In Pediatric Patients : A case study / สุกัญญา อุ่ทอง _____ 144

บทความวิชาการ

- การพยาบาลผู้คลอดที่ติดเชื้อเอชไอวี : กรณีศึกษา = Nursing care for HIV-infected pregnant :
A case study / วณิชชา สังขินท์ _____ 156
- การพยาบาลชุมชนในผู้ป่วยวัณโรคปอดกลับเป็นซ้ำที่มีเบาหวานเป็นโรคร่วม : กรณีศึกษา = Community nursing care
in patients with recurrent Pulmonary tuberculosis who have diabetes as a comorbidity : A case study /
จารุลิริ อาจสม _____ 167
- การพยาบาลผู้คลอดที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอด : กรณีศึกษา = Nursing care of postpartum hemorrhage :
A case study / ลัดดา นวลทิม _____ 178
- การพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ยังสูบบุหรี่ : กรณีศึกษา = Nursing care for patients with chronic
obstructive pulmonary disease who still smoke : A Case study / ดวงเดือน วิจารณ์ปัญญา _____ 190
- การพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนหลายระบบ : กรณีศึกษา = Nursing Care for Diabetic Patient
with Multiple System Complications : A Case Study / วิชรา เมืองแก _____ 201
- การพยาบาลมารดาที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอดจากรกค้าง : กรณีศึกษา = Maternal Nursing Postpartum
Hemorrhage from Retained Placenta : A Case Study / สุภาวิตา อ่อนไทย _____ 213
- ปัจจัยและระดับความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดทางสูตินรีเวชในโรงพยาบาลทั่วไป = Factors
and levels of preoperative anxiety among patients undergoing obstetric and gynecologic surgery in
general hospitals / สมเกียรติ พุ่มพองฟู, ศรีสุดา อัครพลังกุล, มงคล สุริเมือง _____ 225
- การศึกษาลักษณะของผู้ป่วยอายุรกรรมที่ย้ายออกจากหอผู้ป่วยพิเศษโดยไม่ได้วางแผนในโรงพยาบาลทั่วไป =
A study of the characteristics of medical patients unplanned transferred from a special ward in a
general hospital / กัญธนา ประเทือง, มงคล สุริเมือง, ศรีสุดา อัครพลังกุล _____ 235
- ปัจจัยและการปฏิบัติตามหลักการผ่าตัดที่ปลอดภัยในผู้ป่วยผ่าตัดไส้ติ่งของพยาบาลวิชาชีพแผนกศัลยกรรม
โรงพยาบาลทั่วไป = Practices of safe surgical principles in appendix surgery patients of registered nurses
in the surgical department general hospital / หทัยชนก ธารา, ศรีสุดา อัครพลังกุล, มงคล สุริเมือง _____ 246
- การบริหารความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่ห้องพักรฟื้นในโรงพยาบาลทั่วไป = Pain management among
postoperative patients at the recovery room in the general hospital / อัญชุลี นัยจิต,
ศรีสุดา อัครพลังกุล, มงคล สุริเมือง _____ 256
- ผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดเครื่องมือผ่าตัดต่ออัตราการสูญหายและอัตราชุดผ่าตัดคลาดเคลื่อน ในโรงพยาบาล
ทั่วไป = Effects of the program to promote the provision of surgical instruments on the loss rate and the
rate of surgical gown errors in general hospital / สุนา เปี้ยสา, มงคล สุริเมือง, ศรีสุดา อัครพลังกุล _____ 266
- ผลของโปรแกรมส่งเสริมการจำแนกประเภทผู้ป่วยใน ในพยาบาลแผนกศัลยกรรม โรงพยาบาลทั่วไป =
The results of the program to promote inpatient classification among nurses in the surgical department
of a general hospital / มณีนรัตน์ ชาวसान, มงคล สุริเมือง, ศรีสุดา อัครพลังกุล _____ 277

คำแนะนำสำหรับผู้พิมพ์



Palliative Nursing Care for Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease : A Case Study

Pattraporn Mokmek, B.N.S*

Abstract

Introduction : Palliative care for patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD) necessitates the integration of comprehensive nursing care with a palliative approach to empower both patients and their families in advance care planning. This case study aims to provide insights into the implementation of palliative care for patients with chronic obstructive pulmonary disease.

Objectives : To establish guidelines for providing palliative care for patients with chronic obstructive pulmonary disease.

Case Study : A 66-year-old female patient, married, not employed, with her daughter as the primary caregiver, has been diagnosed with COPD and is receiving continuous treatment at Lankrabue Hospital. The patient has a history of COPD exacerbation (COPD with AE), treated with assisted breathing, and was referred to Kamphaengphet Hospital. On February 6, 2566, the patient returned from Kamphaengphet Hospital for continued treatment. Palliative care criteria for pulmonary disease were assessed, and the physician diagnosed the patient with chronic obstructive pulmonary disease, recommending palliative care. The initial patient assessment revealed a Palliative Performance Scale (PPS) of 40%. The healthcare team coordinated and scheduled a family meeting, involving relatives in advance care planning (ACP). Nursing problems identified included 1) oxygen desaturation due to decreased gas exchange efficiency, 2) reduced tolerance for activities due to oxygen desaturation and difficulty breathing, 3) the patient's and family need for discharge planning and caregiver preparation and 4) Patients and their families are experiencing anxiety in caring for the patient. Outcomes included improved knowledge and confidence among relatives in caring for the patient. The patient understood and accepted their illness, enabling them to face symptoms and maintain their quality of life in the end-of-life period. The total caregiving duration was 130 days.

Conclusion : Nurses play a crucial role in providing palliative care for patients with chronic obstructive pulmonary disease, collaborating with interdisciplinary teams. This includes managing family care and making prepared decisions for the end-of-life phase, fostering understanding, and enhancing the skills of the patient's relatives. Responding to the patient's needs helps them adapt appropriately during the transition to the end-of-life stage.

Keywords : Palliative nursing, Chronic obstructive pulmonary disease

*Professional nurse Nursing work for Outpatient work Lankrabue Hospital, Kamphaengphet Province

การพยาบาลแบบประคับประคอง ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง : กรณีศึกษา

ภัทราภรณ์ หมอกเมฆ, พย.บ.*

บทคัดย่อ

บทนำ : การพยาบาลแบบประคับประคองในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จำเป็นต้องนำแนวคิดทางการพยาบาลบูรณาการ ร่วมกับการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองมาใช้เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมวางแผนดูแลล่วงหน้า และผู้ป่วย สามารถเผชิญอาการเจ็บป่วยและดำรงชีวิตในระยะสุดท้ายได้

วัตถุประสงค์ : เพื่อเป็นแนวทางการพยาบาลแบบประคับประคองในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

กรณีศึกษา : ผู้ป่วยเพศหญิง อายุ 66 ปี สถานภาพสมรสคู่ ไม่ได้ประกอบอาชีพ บุตรสาว เป็นผู้ดูแลหลัก มีโรคประจำตัว COPD รักษาต่อเนื่องที่โรงพยาบาลลานกระบือ เคยมารักษาด้วยภาวะ COPD with AE ใส่ท่อช่วยหายใจ และ refer ไป โรงพยาบาลกำแพงเพชร และวันที่ 6 กุมภาพันธ์ 2566 ผู้ป่วย refer กลับมาจากโรงพยาบาลกำแพงเพชรเพื่อรักษาต่อและ ได้มีการประเมินและเข้าได้ตามเกณฑ์ข้อบ่งชี้ทาง palliative care for pulmonary disease แพทย์วินิจฉัยเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังให้การพยาบาลแบบประคับประคอง แกรับประเมินผู้ป่วย PPS=40% มีการประสานทีมและนัดญาติทำ Family meeting มีแผนการดูแลล่วงหน้า (ACP) พบปัญหาทางการพยาบาล ได้แก่ 1. ผู้ป่วยมีภาวะพร่องออกซิเจนเนื่องจาก ประสิทธิภาพการแลกเปลี่ยนก๊าซลดลง 2. ความทันทานในการทำกิจกรรมลดลงเนื่องจากภาวะพร่องออกซิเจนและอาการ หายใจลำบาก 3. ผู้ป่วยและญาติต้องการวางแผนจำหน่ายและเตรียมความพร้อมในการดูแล (Discharge Planning) และ 4. ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวล ในการจัดการกับอาการต่างๆ ที่เป็นผลจากพยาธิสภาพของโรค ผลลัพธ์ คือ ญาติมีความรู้ความเข้าใจในโรคและมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยและผู้ป่วยมีความเข้าใจและยอมรับในอาการเจ็บป่วยของตนเอง สามารถเผชิญอาการเจ็บป่วยและดำรงชีวิตในระยะสุดท้ายได้รวมระยะเวลาที่ให้การดูแล 130 วัน

สรุปผลกรณีศึกษา : พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยการทำงานร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ รวมถึงการจัดการดูแลในครอบครัวและตัดสินใจเตรียมพร้อมสำหรับระยะสุดท้ายของชีวิต ร่วมกับผู้ป่วย และสร้างความเข้าใจ ฝึกทักษะ ญาติและครอบครัวของผู้ป่วย ให้สามารถดูแล ตอบสนองความต้องการของ ผู้ป่วยจะช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถปรับตัวยอมรับเมื่อเข้าสู่ช่วงการเปลี่ยนผ่านสู่ระยะท้ายอย่างเหมาะสม

คำสำคัญ: การพยาบาลแบบประคับประคอง โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ งานการพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลลานกระบือ จังหวัดกำแพงเพชร

บทนำ

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (Chronic Obstructive Pulmonary Disease : COPD) เป็นปัญหาสำคัญด้านสาธารณสุขไทย จากสถิติคลังข้อมูลสุขภาพ ของกระทรวงสาธารณสุขประจำปีงบประมาณ 2563-2565 พบว่ามีผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังทั้ง 12 เขตบริการสุขภาพ ในปี 2563-2565 มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจำนวน 183,422 คน 187,543 คน และ 189,898 คน และมีอัตราการตาย จำนวน 4.66, 4.44, 4.30 ต่อแสนประชากร¹ ตามลำดับ ซึ่งโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง หมายถึงกลุ่มโรคที่มีอาการอุดกั้นของทางเดินหายใจอย่างถาวร ประกอบด้วยกลุ่มโรค 2 กลุ่มได้แก่ หลอดลมอักเสบเรื้อรัง (Chronic bronchitis) และโรคถุงลมโป่งพอง (Emphysema) โดยมีพยาธิสภาพที่สำคัญ คือ มีการอุดกั้นของหลอดลมต่อการไหลเวียนของอากาศอย่างถาวร ไม่สามารถหายกลับเป็นปกติได้ สาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดโรคดังกล่าวเกี่ยวข้องกับ การสูบบุหรี่ถึงร้อยละ 90-95 ส่วนที่เหลืออาจเป็นปัจจัยของมลภาวะทางอากาศและจากการทำงานในสิ่งแวดล้อมที่มีมลภาวะ และจากพยาธิสภาพของปอดที่ถูกทำลายไม่สามารถกลับคืนสู่สภาพปกติได้ ทำให้ผู้ป่วยมีอาการที่เกิดขึ้นและพบบ่อยตั้งแต่ระยะเริ่มแรกของการเจ็บป่วยจนถึงระยะสุดท้ายของโรค คือ หายใจลำบาก (dyspnea) โดยเฉพาะเวลาที่ออกแรงมากขึ้น²

เนื่องจากโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ และเมื่อมีการดำเนินของโรคอย่างต่อเนื่องจนถึงระยะสุดท้ายของโรคจะมีอาการรุนแรงมาก ผู้ป่วยจะไม่สามารถดูแลตนเองในการประกอบกิจวัตรประจำวัน มีอาการเหนื่อยหอบมาก มีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมต่างๆ ขาดความกระฉับกระเฉง พักผ่อนได้น้อยลง เมื่ออาหาร การดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยและบุคคลในครอบครัวเปลี่ยนแปลงไป ผู้ป่วยต้องเข้าออกโรงพยาบาลอยู่เป็นประจำ สมรรถภาพของร่างกายลดลง ต้องพึ่งพาอาศัยผู้อื่น สิ่งเหล่านี้มีผลกระทบต่อทั้งร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ผู้ป่วยจะมีความวิตกกังวล ความรู้สึกการมีคุณค่าในตนเองลดลง สูญเสียพลังอำนาจ ไม่สามารถควบคุมสถานการณ์หรือเหตุการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับตัวเองได้ และเมื่อผู้ป่วยได้รับการประเมินและเข้าได้ตามเกณฑ์ข้อบ่งชี้ทาง palliative care for pulmonary disease³ จะได้รับการรักษาแบบประคับประคอง (Palliative care) ครอบคลุมการรักษาทั่วไป โดยมีเป้าหมายเพื่อลดภาวะแทรกซ้อน ควบคุมอาการทุกข์ทรมานที่เกิดขึ้นจากพยาธิสภาพของโรค การรักษาแบบประคับประคองจะเป็นการตัดสินใจและการวางแผนร่วมกันระหว่างผู้ป่วย ญาติ และบุคลากรทางการแพทย์ รูปแบบการพยาบาลแบบประคับประคองในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจะเน้นการส่งเสริมการดูแลตนเองและดูแล ซึ่งผู้ป่วยและครอบครัวต้องได้รับคำแนะนำและการดูแลสนับสนุนจากสหสาขาวิชาชีพที่เหมาะสม ดังนั้นในฐานะพยาบาลมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วย จึงควรตระหนักถึงความสามารถในการเผชิญ หรือจัดการกับอาการต่างๆ ที่เกิดขึ้นของผู้ป่วย โดยมีหน้าที่ให้ความรู้ผู้ป่วยและญาติในการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมกับโรค การบริหารจัดการวางแผนและดำเนินการช่วยเหลือผู้ป่วยและประสานงานทีมสุขภาพในการดูแลผู้ป่วย ตลอดจนทำหน้าที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยเห็นคุณค่าตนเอง สนับสนุนครอบครัวเพื่อเสริมสร้างคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วย^{4,5}

จากข้อมูลสถิติผู้ป่วยของโรงพยาบาลลานกระบือ ในปี พ.ศ. 2563-2565 มีจำนวนผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่รับบริการจำนวน 145, 157 และ 168 รายตามลำดับ ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น และพบว่า มีจำนวนผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่เข้าเกณฑ์ตามข้อบ่งชี้ของ palliative care for pulmonary disease จำนวน 8, 10 และ 12 รายตามลำดับ⁶ และผลทบทวนพบว่า แนวทางการพยาบาลแบบประคับประคองในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังยังไม่เป็นแนวทางเดียวกัน ทำให้ผู้ป่วยยังไม่ได้รับการประเมินปัญหาและวางแผนการพยาบาล ด้วยเหตุผลที่กล่าวมา ผู้ศึกษาจึงสนใจการพยาบาลแบบประคับประคองในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จำนวน 1 รายและได้นำแนวคิดการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะท้ายมาใช้ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ถูกต้อง ครอบคลุม และต่อเนื่อง ตามมาตรฐานการดูแลที่ดีที่เป็นแนวทางเดียวกัน อันก่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดแก่ผู้ป่วยและครอบครัวต่อไป และการศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นแนวทางการพยาบาลแบบประคับประคองในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

กรณีศึกษา

ผู้ป่วยเพศหญิง อายุ 66 ปี สถานภาพสมรสคู่ ไม่ได้ประกอบอาชีพ บุตรสาว เป็นผู้ดูแลหลัก

อาการสำคัญ

Refer กลับมาจาก โรงพยาบาลกำแพงเพชรเพื่อมารักษาต่อโรงพยาบาลใกล้บ้าน



ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน

10 ปีก่อน เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง รับการรักษาต่อเนื่องที่คลินิก COPD โรงพยาบาลลานกระบือ

1 ปีก่อนมาโรงพยาบาล เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลด้วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังกำเริบ (COPD exacerbation จำนวน 4 ครั้ง และนอนพักรักษาโรงพยาบาลทั้งหมด 2 ครั้ง

1 สัปดาห์ก่อนมาโรงพยาบาล มีอาการไข้ ไอมีเสมหะ หายใจเหนื่อย มารับการรักษาที่โรงพยาบาลลานกระบือ แพทย์ทำการรักษาโดยใช้ท่อช่วยหายใจ และส่งต่อ โรงพยาบาลกำแพงเพชร นอนพักรักษา 7 วัน อาการดีขึ้นเป็นลำดับ

วันนี้โรงพยาบาลกำแพงเพชร Refer กลับมารักษาต่อ

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต

ปฏิเสธโรคประจำตัวและการผ่าตัด ปฏิเสธการแพ้ยาและสารเคมี ปฏิเสธการดื่มสุรา แต่สูบบุหรี่วันละ 10 มวน/วัน มา 30 ปี ปัจจุบันเลิกมา 3 ปี

การประเมินสภาพร่างกายตามระบบ

รูปร่างทั่วไป : รูปร่างผอม น้ำหนัก 38 กิโลกรัม สูง 150 เซนติเมตร BMI = 16.89 kg/m²

สัญญาณชีพ : BT= 36.1 °C ,PR= 102/min regular ,RR= 24-26/min, BP= 110 /80 mmHg.

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

ผิวหนัง : ผิวสองสี ไม่มีฟกช้ำ ไม่มีผื่นคัน ผิวแห้ง mild skin turgor ปลายมือปลายเท้าเย็น

ศีรษะและใบหน้า : รูปร่างปกติ ผมสีดำแซมขาวไม่มีบาดแผลหรือ ผื่น ใบหน้า:สมมาตร รูปร่างปกติไม่บวม

ทรวงอกและการหายใจ : ทรวงอกมีลักษณะอกถังเบียร์ (Barrel chest) เคาะปอดได้ยินเสียงโปร่งเท่ากัน ลักษณะการหายใจเหนื่อย การขยายตัวของปอดเท่ากันทั้ง 2 ข้าง ไอมีเสมหะสีขาวใส อัตราการหายใจ 26 ครั้ง/นาที ฟังปอดได้ยินเสียง Wheezing both Lung Film chest Rt lung infiltration ค่า O₂ sat room air 88%

หัวใจและหลอดเลือด : ชีพจร 100-102 ครั้ง/นาที regular ไม่มีเส้นเลือดที่คอโป่ง

ช่องท้องและทางเดินอาหาร : คลำทั่วหน้าท้องอืดเล็กน้อย pain 5 คะแนน Hypoactive bowel sound

ระบบอวัยวะสืบพันธุ์ : ปกติ

ระบบกล้ามเนื้อและกระดูก : กล้ามเนื้อขา 2ข้างปกติ ช่วยเหลือตัวเองได้บนเตียง

การประเมินสภาพจิตใจและสังคม : มีสีหน้าไม่สุขสบาย อ่อนเพลีย มีบุตรสาวดูแลให้ความช่วยเหลือ

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่สำคัญ

รายการ	ค่าปกติ	6 ก.พ. 66	10 ก.พ. 66
CBC :			
- WBC	5-10 x 10 ³ cell/mm ²	11,300	6,800
- RBC	4.0 -5.5 x 10 ⁶ cell/mm ³	300,000	340,000
- HCT	37-47%	35.8	37.8
- Neutrophil	43.7-70.9 %	85	79
- Hemoglobin	12-16 mg%	12.1	10.19
- Platelet count	1.5-4 x 10 ⁶ cell/mm ³	343,000	360,000
Biochemistry			
- Cr	0.51-0.95 mg/dl	0.74	
- eGFR	>90 cc/min/1.7m	84.7	



รายการ	ค่าปกติ	6 ก.พ. 66	10 ก.พ. 66
Electrolyte			
- Na	135-148 mEq/L	141	
- K	3.7-5.3 mEq/L	3.29	
- Cl	95-105mEq/L	105	
- CO2	25-32mEq/L	21.6	
Chest X-ray PA Upright	normal	Rt lung infiltration	Decreased Rt lung infiltration

การวินิจฉัยโรค : COPD (Chronic Obstructive Pulmonary Disease)

การดำเนินของโรคขณะรับไว้ในความดูแล

วันที่ 6 กุมภาพันธ์ 2566 รับ Refer กลับมาจาก โรงพยาบาลกำแพงเพชร เพื่อมาให้ Antibiotic ต่อโรงพยาบาลใกล้เคียง แพทย์วินิจฉัยเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและให้ใช้ออกซิเจน 2 ลิตร/นาทีที่บ้าน ใช้ 15 ชั่วโมงต่อวัน ขณะผู้ป่วยนอนพักรักษาในโรงพยาบาล ได้รับการประสานงานร่วมกับทีม Palliative ในการทำ Advance care plan กับผู้ป่วยและญาติ เนื่องจากมีการประเมินและเข้าได้ตามเกณฑ์ข้อบ่งชี้ทาง palliative care for pulmonary disease คือ Severe airway obstruction (FEV1 <30% predicted) มีประวัติการรักษาที่โรงพยาบาลเนื่องจากอาการหอบเหนื่อยกำเริบมากกว่า 3 ครั้งในช่วง 1 ปี และมีการรักษาด้วยการบำบัดด้วยออกซิเจนระยะยาว (Long term oxygen therapy : LTOT) ผู้ป่วยนอนพักรักษาในโรงพยาบาล 5 วัน PPS score ก่อนจำหน่าย 40 % และนัดติดตามอาการที่ COPD clinic วันที่ 17 มีนาคม 2566

วันที่ 17 กุมภาพันธ์ 2566 หลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลได้ติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์จำนวน 1 ครั้ง บุตรสาวแจ้งว่าผู้ป่วยมีอาการเหนื่อยเวลาลุกนั่ง และบุตรสาวสามารถทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยได้บางส่วน ยังมีความไม่มั่นใจถ้าผู้ป่วยมีอาการกำเริบอีกครั้งว่าจะจัดการได้หรือไม่

วันที่ 17 มีนาคม 2566 ผู้ป่วยมาตรวจอาการตามนัด แต่มีอาการหายใจเหนื่อยและอ่อนเพลีย รับประทานอาหารได้น้อย แพทย์ให้นอนพักรักษาที่โรงพยาบาลเพื่อแก้ไขอาการหายใจลำบากและอาการอ่อนเพลียจากรับประทานอาหารได้น้อย ประเมิน PPS score 30% ทำ Advance care plan กับผู้ป่วยและญาติอีกครั้ง นอนพักรักษาในโรงพยาบาล 3 วัน และนัดติดตามที่ COPD clinic วันที่ 21 เมษายน 2566

วันที่ 21 เมษายน 2566 ญาติรับยาโรคประจำตัวแทน ญาติแจ้งว่าผู้ป่วยมีอาการเหนื่อยเวลาทำกิจกรรม แต่ให้ออกซิเจนก็จะดีขึ้น นอนพักที่บ้านทำกิจกรรมต่างๆได้บนเตียง ไม่สะดวกมาตรวจตามนัดที่โรงพยาบาลเอง จึงมารับยาแทนและนัดติดตามที่ COPD clinic วันที่ 19 พฤษภาคม 2566

วันที่ 9 พฤษภาคม 2566 มาห้องฉุกเฉินด้วยอาการ ไอ หายใจเหนื่อย Wheezing both lung O2sat 89 % อัตราการหายใจ 28 ครั้ง/นาที แพทย์ให้ Dexamethazone 8 mg. IV และ พ่นยา Berodual ผสม NSS 2:2 จำนวน 3 ครั้ง ทูลาอาการเหนื่อย Decrease Wheezing both lung O2sat 92 % อัตราการหายใจ 24 ครั้ง/นาที ไม่มีภาวะcyanosis แพทย์พิจารณา admit แต่ผู้ป่วยและญาติขอกลับไปดูอาการที่บ้าน จึงแนะนำอาการผิดปกติที่ต้องมา โรงพยาบาลและการปฏิบัติตัว

วันที่ 19 พฤษภาคม 2566 ผู้ป่วยมาตรวจอาการตามนัด ยังมีอาการเหนื่อยเล็กน้อย อัตราการหายใจ 24 ครั้ง/นาที O2sat 90% ญาติปรึกษาเรื่องการให้ยาพ่นโดยใช้เครื่อง เพราะญาติต้องการให้กับผู้ป่วยที่บ้านเมื่อมีอาการ ถ้าอาการไม่ดีขึ้นจะมาโรงพยาบาล แพทย์ให้ยาโรคประจำตัวเดิมและพ่นยา Berodual ผสม NSS 2:2 จำนวน 2 ครั้ง ก่อนกลับบ้าน นัดติดตามที่ COPD clinic วันที่ 16 มิถุนายน 2566

วันที่ 26 พฤษภาคม 2566 ทีมลงเยี่ยมที่บ้าน ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ตามตอบรู้อาการ ช่วยเหลือตัวเองได้บนเตียง เวลาลุกนั่งมีหายใจเหนื่อยเล็กน้อย อัตราการหายใจ 24 ครั้ง/นาที ฟังเสียงปอด Wheezing both lung O2sat 89% แนะนำญาติเรื่องการให้ยาพ่นจากเครื่องที่ญาติได้ซื้อมาแล้ว พ่นยา 1 ครั้งอาการทุเลา Decreased wheezing both lung O2sat 90% และแนะนำอาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์

วันที่ 16 มิถุนายน 2566 เมื่อครบตามนัด ญาติมารับยาแทนให้ผู้ป่วยที่ COPD clinic โดยวัดสัญญาณชีพ และแจ้งอาการของผู้ป่วย ญาติมีความมั่นใจและความรู้ความเข้าใจในโรคสามารถดูแลผู้ป่วยได้ และผู้ป่วยมีความเข้าใจและยอมรับในการเจ็บป่วยของตนเอง

การวางแผนการพยาบาล

ได้นำกรอบแนวคิดการวางแผนจำหน่าย METHOD Model⁷ และกระบวนการพยาบาล มาเป็นแนวทางในการประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วยและครอบครัว โดยเน้นการพยาบาลแบบองค์รวม ทั้งกาย จิต สังคม และสิ่งแวดล้อม เป็นการนำทฤษฎีสู่ภาคปฏิบัติ เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถดูแลตนเองที่บ้านได้ และผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีตามศักยภาพเท่าที่จะทำได้ ดังนี้

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 1 ผู้ป่วยมีภาวะพร่องออกซิเจน เนื่องจากประสิทธิภาพการแลกเปลี่ยนก๊าซลดลง

ข้อมูลสนับสนุน

1. Hx. สูบบุหรี่วันละ 10 มวน/วัน มา 30 ปี ปัจจุบันเลิกมา 3 ปี
2. หายใจเหนื่อย ไอมีเสมหะสีขาวใส อัตราการหายใจ 26 ครั้ง/นาที ค่า O₂ sat room air 88%
3. ฟังปอดได้ยินเสียง Wheezing both Lung ปลายมือปลายเท้าเย็น

วัตถุประสงค์การพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนเพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย

เกณฑ์การประเมินผล

1. อัตราการหายใจปกติ 18-24 ครั้ง/นาที O₂ sat room air > 88 - 90%
2. ไม่มีภาวะร่างกายขาดออกซิเจน (cyanosis) คือ ริมฝีปาก ปลายมือ ปลายเท้าเขียว

กิจกรรมการพยาบาล

- ขณะมารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก ให้การพยาบาลดังนี้
 1. จัดให้ผู้ป่วยนอนบนเปลรอดตรวจที่สามารถมองเห็นได้ชัดเจน และจัดเตรียม รถEmergencyให้ใกล้และพร้อมใช้
 2. จากการคัดกรองเป็นผู้ป่วยประเภท urgent ดูแลรักษาพยาบาลและได้รับการตรวจรักษาภายใน 30 นาที
 3. ติดตามประเมินอาการด้วยสัญญาณชีพ ระดับความรู้สึกตัว และระดับ O₂sat ทุก 15 - 30 นาที
 4. แนะนำญาติให้แจ้งอาการผิดปกติแก่เจ้าหน้าที่ทันทีได้แก่ เหนื่อยหอบริมฝีปาก ปลายมือ ปลายเท้าเขียว
 5. แพทย์วางแผนให้ผู้ป่วยรักษาตัวในโรงพยาบาล โดยให้ Dexamethazone 4 mg. IV และพ่นยา Berodual ผสม NSS 2:2 จำนวน 3 ครั้ง ที่ห้องอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน ก่อนเข้าไปที่หอผู้ป่วยใน ประสานงานกับงานอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน และหอผู้ป่วยในและเพื่อส่งต่ออาการและแผนการรักษาพยาบาล
- หลังเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลได้ 2 วัน ให้การพยาบาลร่วมกับทีม เพื่อวางแผนจำหน่าย ดังนี้
 1. ศึกษาประวัติการเจ็บป่วย การวินิจฉัยโรค แผนการรักษา และประวัติครอบครัว เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการวางแผนการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวที่บ้าน
 2. อธิบายผู้ป่วยและญาติถึงกลไกของโรคที่ทำให้เกิดภาวะหายใจเหนื่อย
 3. แนะนำญาติและสาธิตการพ่นยาขยายหลอดลม ชนิด Meter Dose inhaler ได้แก่ Seretide Evohalor พ่นวันละ 1 ครั้ง เข้าและเย็น และSalbutamal inhaler พ่น 1 ครั้งเวลามีอาการหอบ ทุก 4 ชั่วโมง
 4. แนะนำและสาธิตการฝึกหายใจแบบ pursed-lips Breathing เพื่อการหายใจที่มีประสิทธิภาพ
 5. แนะนำและสาธิตการเคาะปอด สอนเทคนิคการไอที่ถูกวิธีเพื่อระบายเสมหะ
 6. แนะนำญาติโดยการเปิดพัดลมเป่าเบาๆ ให้เย็น และจัดสภาพห้องให้มีการระบายอากาศที่ดี และจัดทำของผู้ป่วยให้สุขสบาย เช่น การจัดทำนอนศีรษะสูง นอนตะแคง และให้ผู้ป่วยพลิกตะแคงตัวหรือลุกนั่งทุก 2 ชั่วโมง เพื่อป้องกันภาวะปอดแฟบ
 7. แนะนำการทำความสะอาดช่องปาก เนื่องจากอาการเหนื่อยหอบ ทำให้ปากแห้งและเกิดการติดเชื้อได้ง่าย
 8. แนะนำญาติเกี่ยวกับการใช้เครื่องผลิตออกซิเจน ตามแผนการรักษาของแพทย์คือให้ใช้ออกซิเจน 2 ลิตร/นาทีที่บ้าน 15 ชั่วโมงต่อวัน และการใช้เครื่องวัด O₂ sat เมื่อผู้ป่วยกลับไปอยู่บ้าน
 9. แนะนำอาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์ ได้แก่ หายใจเหนื่อยมากขึ้น พ่นยาแล้วอาการไม่ทุเลา O₂ sat < 88% และมีริมฝีปาก ปลายมือ ปลายเท้าเขียว เป็นต้น

การประเมินผล

1. อัตราการหายใจปกติ 18-24 ครั้ง/นาที O_2 sat room air > 88 -90%
2. ไม่มีภาวะร่างกายขาดออกซิเจน (cyanosis) คือ ริมฝีปาก ปลายมือ ปลายเท้าเขียว

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 2 ความทนทานในการทำกิจกรรมลดลง เนื่องจากภาวะพร่องออกซิเจนและอาการหายใจลำบาก

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยบอกว่า ขยับตัวลุกนั่งก็เหนื่อย
2. ผู้ป่วยมีอาการเหนื่อยง่ายในขณะที่เคลื่อนไหว และทำกิจกรรมต่างๆได้ลดลง

วัตถุประสงค์การพยาบาล

1. ผู้ป่วยมีความทนต่อกิจกรรมในระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง โดยไม่มีอาการหายใจลำบากหรือหัวใจเต้นผิดปกติ

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยมีความทนต่อกิจกรรมในระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง
2. ไม่มีอาการหายใจลำบากหรือไม่สบายขณะทำกิจกรรมหรือหลังจากการมีกิจกรรม
3. ไม่มีภาวะพร่องออกซิเจน ไม่มีอาการปลายมือ-เท้าเขียว PR = 70-100 /min regular RR= 24-26 /min ค่าความเข้มข้นของออกซิเจนมากกว่า 90%

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยร่วมกับญาติ
2. แนะนำญาติในการวางแผนปฏิบัติกิจกรรมที่ควรทำได้และค่อยๆเพิ่มกิจกรรมขึ้นตามสภาพของผู้ป่วยให้การดูแลช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวัน que ผู้ป่วยทำไม่ได้
3. แนะนำญาติเรื่องการพักผ่อนให้เพียงพอ โดยวางแผนการทำกิจกรรมและวิธีใช้พลังงาน เช่น การใช้อุปกรณ์ช่วยเดิน หรือวางอุปกรณ์ที่เป็นใกล้ตัว เป็นต้น และจัดช่วงการพักผ่อนให้เพียงพอโดยจัดสิ่งแวดล้อมให้เงียบ ไม่มีเสียงรบกวน เพื่อลดภาระงานการหายใจ
4. แนะนำญาติในการวัดสัญญาณชีพ และ O_2 sat ก่อนและหลังทำกิจกรรมจากเครื่องอัตโนมัติและสังเกตผลที่ผิดปกติและอาการหายใจลำบาก
5. แนะนำให้ผู้ป่วยมีการพักผ่อนกับการทำกิจกรรมหรือดูแลให้ผู้ป่วยได้พักผ่อนก่อนและหลังการมีกิจกรรมเพื่อไม่ให้เหนื่อยเกินไป และจัดกิจกรรมในช่วงที่ร่างกายมีการใช้ออกซิเจนไม่มาก เช่น หลีกเลี้ยงการมีกิจกรรมหลังมื้ออาหาร เพื่อป้องกันภาวะขาดออกซิเจนขณะมีกิจกรรม

การประเมินผล

1. ความทนต่อกิจกรรมในระดับเล็กน้อย เช่น ลุกนั่งข้างเตียง และทำกิจวัตรประจำวันได้บนเตียง เช่น กินข้าว
2. ไม่มีอาการหายใจลำบากหรือไม่สบายขณะทำกิจกรรมหรือหลังจากการมีกิจกรรม
3. ไม่มีภาวะพร่องออกซิเจน ไม่มีอาการปลายมือ-เท้าเขียว PR= 70-100/min regular RR= 24-26/min O_2 sat= 90%

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 3 ผู้ป่วยต้องการวางแผนจำหน่าย และเตรียมความพร้อมผู้ดูแล (Discharge Planning)

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยมีอาการเหนื่อยหอบและอ่อนเพลีย ช่วยเหลือตนเองได้น้อย สมาชิกในครอบครัวมีความประสงค์ที่จะดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองที่บ้าน
2. แพทย์วางแผนจำหน่าย เมื่อญาติพร้อมรับผู้ป่วยกลับบ้าน
3. ผู้ป่วยและญาติบอกวิธีและการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการใช้ยา การฟื้นฟูสมรรถภาพปอดสิ่งกระตุ้นไม่บ่อยถูกต้อง

วัตถุประสงค์การพยาบาล

1. ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวเข้าใจและยอมรับความเจ็บป่วย พร้อมทั้งจะรับผู้ป่วยกลับไปดูแลต่อเองที่บ้าน

2. ครอบครัวมีความรู้และทักษะในการดูแลเพื่อจัดการอาการเหนื่อยหอบ และ อาการอื่นๆที่เกิดกับผู้ป่วยได้
3. เสริมสร้างศักยภาพของสมาชิกในครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ให้สามารถจัดการกับอาการที่เปลี่ยนแปลงไปของ ผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ

เกณฑ์การประเมินผล

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

ตรงความต้องการของผู้ป่วย

กิจกรรมการพยาบาล

1. วางแผนการจำหน่ายโดยใช้หลัก D-METHOD

- **D** : Diagnosis อธิบายผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับ สาเหตุการดำเนินของโรค การรักษา และการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง เพื่อลดอุปสรรคการกลับมารักษาซ้ำ

- **M** : Medicine แนะนำความจำเป็นของการ ใช้ยาให้ถูกต้องและต่อเนื่องของยาพ่น steroid และยาอื่นๆที่ได้รับ ครอบคลุมถึงสรรพคุณของยา ขนาด วิธีใช้ และอาการข้างเคียง ได้แก่ 1) Seretide Evohalor พ่นวันละ 1 ครั้งเช้าและเย็น และSalbutamal inhaler พ่น 1 ครั้งเวลามีอาการหอบ ทุก 4 ชั่วโมง 2) Morphine syrup (2 mg/ml) รับประทานครั้งละ 2 ml เมื่อมีอาการหายใจเหนื่อย หรือปวด โดยรับประทานซ้ำได้ทุก 1-2 ชั่วโมง 3) ยา Ativan (0.5 mg) รับประทานครั้งละ 1 เม็ด เมื่อมีอาการนอนไม่หลับ ควรใช้ในกรณี ที่ผู้ป่วยนอนไม่หลับ หรือต้องการพักผ่อน หากรับประทานยาแล้วนอนไม่หลับ ไม่ควร ปรึบยาเอง ควรปรึกษาแพทย์ 4) Milk of Magnesia รับประทานครั้งละ 2 ช้อนโต๊ะก่อนนอน เพื่อช่วยในการระบาย หลีกเลี่ยง การใช้ยาเกินความจำเป็น ไม่ควรรับประทานยาต่อเนื่องเป็นประจำหรือใช้ในปริมาณมาก เพราะอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนได้

- **E** : Environment แนะนำผู้ป่วยและญาติในการดูแลจัดสิ่งแวดล้อมในบ้านให้สะอาด โลง ขจัดสิ่งกระตุ้นที่จะทำให้เกิด อาการหอบกำเริบเฉียบพลันและหลีกเลี่ยงการเข้าไปในชุมชนแออัด เสียงต่อการติดเชื้อเนื่องจากเป็นวัย สูงอายุมีโอกาสที่ จะติดเชื้อได้ง่าย แนะนำให้ผู้ป่วยนอนชั้นล่างและใกล้ห้องน้ำ เพื่อสะดวกต่อการดำรงชีวิตประจำวัน

- **T** : Treatment ผู้ป่วยและญาติได้ปรึกษาแพทย์เกี่ยวกับแผนและแนวทางการรักษาเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่ และอธิบาย การสังเกต อาการผิดปกติที่อาจเกิดขึ้นและจำเป็นต้องมารักษาตามนัดและต่อเนื่อง และแนะนำการดูแลผู้ป่วยที่เหมาะสม กับอาการ และแผนการรักษา โดยเน้นการฝึกทักษะที่จำเป็นโดยเฉพาะเมื่อมีอาการหายใจลำบาก และแนะนำการฟื้นฟู สมรรถภาพปอดการจัดการตนเองให้มีความต่อเนื่อง เพื่อลดอุปสรรคอาการหอบกำเริบเฉียบพลัน และจะทำให้การ Progress ของพยาธิสภาพของปอดมีมากขึ้น และการใช้อุปกรณ์ต่างๆ ได้แก่ การใช้เครื่องผลิตออกซิเจน การใช้เครื่องวัด ความดันโลหิต ปรอทวัดไข้ และอุปกรณ์วัด O₂ sat

- **H** : Health ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ การปรับวิถีการดำเนินชีวิตประจำวัน ให้เหมาะสมกับภาวะการ เจ็บป่วย ได้แก่ 1) แนะนำผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับอาการผิดปกติที่ควรมาพบแพทย์ เช่น ถ้าผู้ป่วยยังมีอาการหายใจลำบาก แม้รับประทานยา morphine syrup (2 mg/ml) ครั้งละ 2 ml ไปแล้ว 2 ครั้ง หรือผู้ป่วยมีการสับสนหน่วยที่ญาติไม่สามารถ จัดการได้ เป็นต้น 2) แนะนำให้ผู้ป่วยรับประทานยา morphine syrup (2 mg/ml) ครั้งละ 2 ml ก่อนการมีกิจวัตรประจำ วันนี้อาจทำให้ผู้ป่วยมีอาการหายใจลำบาก เช่น การไปห้องน้ำหรือขับถ่าย เป็นต้น 3) แนะนำให้ผู้ป่วยเปลี่ยนท่าหรือ อิริยาบถซ้ำๆ เพื่อป้องกันอาการเวียนศีรษะหรือหน้ามืด ป้องกันพลัดตกหกล้ม

- **O** : Out patient แนะนำผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับสิทธิการรักษา การมาตรวจตามแพทย์นัดเพื่อติดตามอาการอย่าง ต่อเนื่อง ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถมารับการตรวจได้ด้วยตนเอง แนะนำให้สมาชิกในครอบครัวที่ดูแลผู้ป่วยมารับยาแทน และหากมีอาการผิดปกติให้มาตรวจก่อนแพทย์นัด หรือกรณีฉุกเฉินสามารถติดต่อผ่าน 1669

- **D : Diet** ให้ความรู้เรื่องอาหารที่เหมาะสมกับโรค และภาวะการเจ็บป่วยของผู้ป่วย เช่น การรับประทานอาหารที่ละน้อยแต่บ่อยครั้ง การรับประทานอาหารเสริมทางการแพทย์เท่าที่ผู้ป่วยรับประทานได้โดยไม่ทำให้เกิดอาการแน่น หรือ อึดอัดท้อง เช่น การเลือกรับประทานอาหาร โดยปรับ / เพิ่ม มื้ออาหารเป็น 4-6 มื้อ/วัน แนะนำการดื่มอาหารเสริมทางการแพทย์ เช่น Ensure ครั้งละ 100-200 ซีซี เสริมมื้ออาหารตามต้องการ

2. ให้ผู้ป่วยได้ดำเนินการเขียน Living Will ตามความต้องการของผู้ป่วย โดยมีสมาชิกในครอบครัวที่ให้การดูแลผู้ป่วยได้แก่สามี บุตรชายและบุตรสาว ร่วมรับรู้แผนการรักษาที่ผู้ป่วยต้องการระยะสุดท้ายของชีวิต

การประเมินผล

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

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 4 ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวล ในการจัดการกับอาการต่างๆ ที่เป็นผลจากพยาธิสภาพของโรค

ข้อมูลสนับสนุน

1. บุตรสาวที่ดูแลมีความวิตกกังวล บอกว่า “ ถ้าแม่เหนื่อยมากขึ้น ไม่รู้จะทำยังไง ถ้าต้องใส่ท่อเหมือนครั้งก่อนแม่จะไหวไหม แล้วถ้าไม่ใส่ท่อจะได้อะไร แล้วถ้าหมอให้เอาออกซิเจนไปใช้ที่บ้านจะต้องใช้ยังไง”
2. มีการประเมินและเข้าใจได้ตามเกณฑ์ข้อบ่งชี้ทาง palliative care for pulmonary disease คือ Severe airway obstruction (FEV1 <30% predicted) มีประวัติการรักษาที่โรงพยาบาล เนื่องจากอาการหอบเหนื่อยกำเริบมากกว่า 3 ครั้ง ในช่วง 1 ปี และมีการรักษาด้วยการบำบัดด้วยออกซิเจนระยะยาว (Long term oxygen therapy : LTOT)
3. ผู้ป่วยและญาติให้คะแนนความวิตกกังวล ตามแบบประเมิน ESAS เท่ากับ 8 คะแนน

วัตถุประสงค์การพยาบาล

1. ผู้ป่วยและญาติคลายความวิตกกังวล และสามารถเผชิญความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพ

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยมีสีหน้าและท่าทางที่ผ่อนคลาย
2. ผู้ป่วยสามารถนอนหลับและพักผ่อนได้อย่างเพียงพอ
3. ผู้ป่วยให้คะแนนความวิตกกังวล ตามแบบประเมิน ESAS ลดลงจากเดิม 2 ระดับ

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินระดับความวิตกกังวล จากการสังเกตสีหน้า ท่าทาง และสอบถามระดับคะแนน ความวิตกกังวล ESAS.
2. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้แสดงความรู้สึกกระหายสิ่งที่คับข้องใจ ความกังวล พุดคุยความหวังเกี่ยวกับการเจ็บป่วย ให้กำลังใจ สนับสนุนให้ผู้ป่วยและญาติมีความหวังตามที่เป็นจริง ช่วยเหลือให้ปรับตัวกับความรู้สึกสูญเสียและเศร้า
3. ประเมินอาการและอาการแสดงตามพยาธิสภาพของโรค และอาการรบกวนต่างๆ และให้คำปรึกษาเกี่ยวกับอาการและการดำเนินของโรค
4. อธิบายวิธีการจัดการกับอาการรบกวนต่างๆ แก่ผู้ป่วยและญาติ เพื่อลดอาการไม่สุขสบายและจัดการกับอาการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น เช่น อาการหายใจเหนื่อย หรืออ่อนเพลีย เป็นต้น โดยเฉพาะอาการหายใจเหนื่อยจะพบได้บ่อยครั้งเนื่องจากพยาธิสภาพของโรค
5. ให้คำแนะนำกับผู้ป่วยและครอบครัวเรื่องการวางแผนการดูแลตนเองล่วงหน้าในอนาคตให้ข้อมูล เกี่ยวกับแผนการรักษาดูแลและทางเลือก เพื่อให้ผู้ป่วยตัดสินใจ

6. แนะนำการใช้ยา การมาตรวจตามนัด การสังเกตอาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์ การติดต่อขอความช่วยเหลือ เบอร์โทรสายด่วน และให้เบอร์โทรศัพท์ของหน่วยงานในการติดต่อและปรึกษาเพื่อเพิ่มความมั่นใจในการดูแลต่อเนืองที่บ้าน และการใช้อุปกรณ์ต่างๆ

การประเมินผล

1. ผู้ป่วยมีสีหน้าและท่าทางที่ผ่อนคลาย
2. ผู้ป่วยสามารถนอนหลับและพักผ่อนได้อย่างเพียงพอ
3. ผู้ป่วยและญาติให้คะแนนความวิตกกังวล ตามแบบประเมิน ESAS เท่ากับ 5 คะแนน

สรุปกรณีศึกษา

ผู้ป่วยเพศหญิง อายุ 66 ปี สถานภาพสมรสคู่ ไม่ได้ประกอบอาชีพ บุตรสาวเป็นผู้ดูแลหลัก มีโรคประจำตัว COPD รักษาต่อเนื่องที่โรงพยาบาลลานกระบือ ขณะผู้ป่วยนอนพักรักษาในโรงพยาบาล มีการประเมินและเข้าได้ตามเกณฑ์ข้อบ่งชี้ทาง palliative care for pulmonary disease แพทย์วินิจฉัยเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังให้การรักษาแบบประคับประคอง โดยให้ยารักษาและให้ใช้ออกซิเจน 2 ลิตร/นาที่ที่บ้าน ใช้ 15 ชั่วโมงต่อวัน ซึ่งผู้ป่วยได้รับการรักษาแบบประคับประคองที่ โรงพยาบาลลานกระบือ ตั้งแต่วันที่ 6 กุมภาพันธ์ 2566 ได้มีการวางแผนการดูแลร่วมกับญาติและครอบครัวเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลตามมาตรฐานการพยาบาลแบบประคับประคองในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ผลลัพธ์คือญาติมีความมั่นใจและความรู้ความเข้าใจในโรคสามารถดูแลผู้ป่วยและผู้ป่วยมีความเข้าใจและยอมรับในอาการเจ็บป่วยของตนเองสามารถเผชิญอาการเจ็บป่วยและดำรงชีวิตในระยะสุดท้ายได้

วิจารณ์และข้อเสนอแนะ

เนื่องจากผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจะมีสมรรถภาพปอดลดลงอย่างต่อเนื่อง การรักษาด้วยยาในปัจจุบันและ long term Oxygen therapy (LTOT) อาจช่วยชะลอความเสื่อมของสมรรถภาพปอดและลดอัตราการเสียชีวิตได้ แต่โรยังดำเนินต่อและมีความรุนแรงมากขึ้นจนเข้าสู่ระยะสุดท้าย ซึ่งผู้ป่วยอาจเสียชีวิตจากโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและ/หรือภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น ดังนั้นผู้ป่วยทุกรายที่มีอาการรุนแรงมากหรือมีภาวะกำเริบบ่อยควรได้รับคำแนะนำการเตรียมตัวและเตรียมใจในการวางแผนชีวิตในระยะสุดท้ายร่วมกับครอบครัว^๑ และจากกรณีศึกษาพบว่าเมื่อผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาอาการในโรงพยาบาลแล้วอาการดีขึ้นหรือสงบ เมื่อแพทย์พิจารณาให้กลับบ้าน บุคคลสำคัญในการดูแลผู้ป่วยต่อคือครอบครัว ดังนั้นพยาบาลควรมีทักษะและความรู้ในการสร้างความเข้าใจฝึกทักษะ ให้กับญาติและครอบครัวของผู้ป่วย เพื่อให้ญาติและครอบครัวสามารถจัดการดูแล ตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยได้ รวมทั้งสามารถตัดสินใจเตรียมพร้อมสำหรับระยะสุดท้ายของชีวิตร่วมกับผู้ป่วยได้ จึงขอเสนอแนะเพื่อการพัฒนา ดังนี้

1. พัฒนาสมรรถนะพยาบาลในการพยาบาลแบบประคับประคองในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และปรับปรุงแนวทางปฏิบัติที่เป็นมาตรฐานชัดเจนและต่อเนื่อง
2. พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยที่มีข้อจำกัดในการเดินทางมาโรงพยาบาล โดยใช้ระบบการแพทย์ทางไกล (Tele-Medicine)
3. จัดทำแผ่นพับเพื่อเป็นสื่อความรู้ให้กับญาติได้ศึกษาและทบทวนเพิ่มเติมเมื่ออยู่ที่บ้าน

สรุป

พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เพราะผู้ป่วยต้องได้รับการดูแลที่ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ดังนั้นพยาบาลจึงควรมีความรู้เกี่ยวกับโรค พยาธิสภาพ การรักษาและจัดการอาการรบกวน รวมทั้งการจัดระบบการดูแลให้มีประสิทธิภาพ การประสานงานทีมสหสาขาวิชาชีพ และการใช้แนวคิดทางการพยาบาล แล้วนำมาพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองอย่างครอบคลุมและเป็นองค์รวม เพื่อให้การพยาบาลเป็นไปด้วยความเรียบร้อย และบริหารจัดการได้ตามความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อผู้ป่วยให้ลดความทุกข์ทรมาน และสร้างคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยในวาระสุดท้าย รวมทั้งเสริมพลังอำนาจครอบครัวให้สามารถดูแลผู้ป่วยที่บ้านได้และลดการกลับมารักษาตัวในโรงพยาบาลซ้ำ^๑



เอกสารอ้างอิง

1. คลังข้อมูลสุขภาพ. ข้อมูลตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุขประจำปีงบประมาณ 2563-2565. [อินเทอร์เน็ต]. [2566]. [เข้าถึงเมื่อ 1 พฤศจิกายน 2566]. เข้าถึงได้จาก : <http://hdcservice.moph.go.th>.
2. นภารัตน์ อมรพุมิสภาพร 2564.โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (Chronic Obstructive Pulmonary Disease). [อินเทอร์เน็ต]. 2564. [เข้าถึงเมื่อ 1 พฤศจิกายน 2566]. เข้าถึงได้จาก : <https://www.rama.mahidol.ac.th/med/sites/default/files/public/pdf/medicinebook1/COPD.pdf>.
3. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองและระยะท้าย (สำหรับบุคลากรทางการแพทย์). กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการโรงพยาบาล องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก ในพระบรมราชูปถัมภ์;2563.
4. สมทรง จุไรทัศน์ย์. การเสริมพลังครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน. ในการประชุมเชิงปฏิบัติการเรื่องการดูแลผู้ป่วยที่บ้านและครอบครัว 18-20 มิถุนายน 2557; โรงแรมดิเอ็มเมอรัลด์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี. กรุงเทพฯ
5. พรรณิภา สืบสุข. บทบาทพยาบาลกับผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรัง. วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล. 2556;29(2);18-26
6. งานเวชระเบียนและสถิติโรงพยาบาลลานกระบือ โรงพยาบาลลานกระบือ. รายงานสถิติประจำปี. กำแพงเพชร: โรงพยาบาลลานกระบือ; 2563-2565.
7. การวางแผนจำหน่าย (Discharge Plan) โดยใช้ หลัก D- METHOD. [อินเทอร์เน็ต]. 2560 [เข้าถึงเมื่อ 1 พฤศจิกายน 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.gotoknow.org/posts/54816>
8. สมาคมอุรเวชช์แห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์. แนวทางการวินิจฉัยและรักษาโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พ.ศ.2565. กรุงเทพฯ:ภาคพิมพ์;2565
9. พวงรัตน์ มณีวงศ์.การพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่บ้าน:กรณีศึกษา. วารสารพยาบาลสาธารณสุข. 2560;31(3):163-179



Nursing care of patients with cerebral hemorrhage : A case study

Issaraporn Bantasak, B.N.S.*

Abstract

Introduction : Hemorrhagic stroke is a major cause of uncontrolled high blood pressure. The blood that comes out of the ruptured blood vessel clumps together to form a blood clot (hematoma) that replaces the brain tissue in the area of the ruptured blood vessel. causing the brain tissue in that area to be pressed Causes brain cell ischemia and brain death occurs An urgent craniotomy was required. To preserve life and disability Nursing care will focus on the patient's survival. Prevent complications that may occur, reduce disability, and encourage patients to have a good quality of life.

Objective : To provide nursing care to patients who have had a cerebral hemorrhage.

Case study : Thai male patient, 60 years old, with a history of high blood pressure, not taking medication continuously. Drank alcohol every day for 3 days before coming to the hospital, ate and choked on food. He had a cough with thick mucus and had a fever. He bought medicine to take himself. After the patient woke up around 5:00 a.m., he had symptoms of weakness in his left arm, unable to stand up, distorted mouth, headache, no nausea, vomiting, and fever. So relatives took him to the hospital for treatment. Treated at the male surgical ward The patient was conscious, mouth distorted, speech unclear. Pupil 2 mm RTL BE T = 38.5 OC P =82 times per minute R= 22 times/minute BP =178/78 mmHg. The doctor sent for a CT scan and found Right basal ganglia hemorrhage size 6.1 x 2.7 .x4.5 cm 7 cm midline shift,Acute sinusitis of Left maxillary sinus,brain edema Craniotomy to clot removal with duraplasty nursing diagnosis These include : 1. Patients at risk of high intracranial pressure from having a blood clot pressing against the brain. 2. Patients are at risk of going into shock from blood loss. 3. Patients are at risk of oxygen depletion after brain surgery due to decreased level of consciousness. 4. The patient has an electrolyte imbalance in the body. 5. Patients are at risk of having convulsions. Spasms due to brain cell injury 6. Patients are at risk of recurrent cerebral hemorrhage due to high blood pressure. 7. There is a chance of sudden alcohol withdrawal. 8. The patient is at risk of infection in the head surgery wound. 9. Patients lack the knowledge to take care of themselves when they return home. After providing nursing care in the critical period. The patient is free from life-threatening conditions. Providing continuous nursing care and provide nursing care during the rehabilitation period until the patient and relatives are ready to be discharged home Total duration of hospital stay was 21 days.

Summary of the results of the case study : The patient was saved from life-threatening symptoms of a cerebral hemorrhage. There is a blood clot in the brain. But there are still disabilities remaining. Have a good quality of life according to your lifestyle. From a nursing team with nursing skills Able to provide quick, timely nursing care, reducing death from cerebrovascular accident.

Keywords : Nursing care for patients with cerebral hemorrhage

*Register nurse Kamphaeng Phet Hospital

การพยาบาลผู้ป่วยหลอดเลือดสมองแตก : กรณีศึกษา

อิสราภรณ์ บรรดาศักดิ์, พย.บ. *

บทคัดย่อ

บทนำ : โรคหลอดเลือดสมองที่เกิดจากภาวะเลือดออก (hemorrhagic stroke) สาเหตุสำคัญความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ เลือดที่ออกมาจากการแตกของหลอดเลือดจะรวมตัวกันเป็นก้อนเลือด (hematoma) เข้าไปเบียดแทนที่เนื้อสมอง บริเวณที่มีการแตกของหลอดเลือด ทำให้เนื้อสมองบริเวณนั้นถูกกด ทำให้เกิดภาวะเซลล์สมองขาดเลือด และเกิดเนื้อสมองตาย จำเป็นต้องได้รับการผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะอย่างเร่งด่วน เพื่อรักษาชีวิตและภาวะทุพพลภาพ การพยาบาลจะมุ่งเน้นให้ผู้ป่วยรอดชีวิต ป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น ลดความพิการ ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี

วัตถุประสงค์ : เพื่อให้การพยาบาลผู้ป่วยที่มีหลอดเลือดสมองแตก

กรณีศึกษา : ผู้ป่วยชายไทย อายุ 60 ปี มีประวัติเป็นโรคความดันโลหิตสูงทานยาไม่ต่อเนื่อง ตื่นสุราทุกวัน 3 วันก่อนมาโรงพยาบาลรับประทานอาหารเช้าแล้วล้มอาหาร มีอาการไอเสมหะเหนียวข้น มีไข้ ชี้อาาตนเอง หลังจากผู้ป่วยตื่นนอนประมาณ 05.00 น. มีอาการแขนขาข้างซ้ายอ่อนแรง ลุกไม่ได้ ปากเบี้ยว ปวดศีรษะ ไม่มีคลื่นไส้อาเจียน มีไข้ ญาติจึงนำส่งโรงพยาบาลเข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย ผู้ป่วยรู้สึกตัว ปากเบี้ยว พุดไม่ชัด Pupil 2 mm RTL BE T = 38.5 °C P = 82 ครั้ง/นาที R = 22 ครั้ง/นาที BP = 178/78 mmHg แพทย์ส่งตรวจ CT scan พบ Right basal ganglia hemorrhage ขนาด 6.1 x 2.7 x 4.5 cm 7cm midline shift, Acute sinusitis of Left maxillary sinus, brain edema แพทย์ทำผ่าตัด Craniotomy to clot removal with duraplasty ข้อวินิจฉัยการพยาบาล ได้แก่ 1. ผู้ป่วยเสี่ยงต่อภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงจากการมีก้อนเลือดกดเบียดสมอง 2. ผู้ป่วยเสี่ยงต่อภาวะช็อกจากการเสียเลือด 3. ผู้ป่วยเสี่ยงต่อภาวะพร่องออกซิเจนหลังผ่าตัดสมองเนื่องจากระดับความรู้สึกตัวลดลง 4. ผู้ป่วยมีภาวะความไม่สมดุลของอิเล็กโทรไลต์ในร่างกาย 5. ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดการชักเกร็ง กระตุกเนื่องจากเซลล์สมองได้รับบาดเจ็บ กระแทกกระเทือน 6. ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการมีเลือดออกในสมองซ้ำจากการมีความดันโลหิตสูง 7. มีโอกาสเกิดภาวะการขาดแอลกอฮอล์อย่างกระทันหัน 8. ผู้ป่วยมีภาวะเสี่ยงต่อการติดเชื้อที่แผลผ่าตัดที่ศีรษะ 9. ผู้ป่วยขาดความรู้ในการดูแลตนเองเมื่อกลับบ้าน ภายหลังให้การพยาบาลในระยะวิกฤติ ผู้ป่วยพ้นจากภาวะคุกคามต่อชีวิต ให้การพยาบาลต่อเนื่อง และให้การพยาบาลระยะฟื้นฟูจนผู้ป่วยและญาติมีความพร้อมสามารถจำหน่ายกลับบ้าน รวมระยะเวลารักษาตัวในโรงพยาบาล 21 วัน

สรุปผลกรณีศึกษา : ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะคุกคามชีวิตจากการมีหลอดเลือดในสมองแตก มีก้อนเลือดคั่งในสมอง แต่ยังคงมีความพิการเหลืออยู่ มีคุณภาพชีวิตที่ดีตามอัตภาพ จากทีมการพยาบาลที่มีทักษะในการพยาบาล สามารถให้การพยาบาลอย่างรวดเร็ว ทันเวลา ลดการเสียชีวิตจากภาวะหลอดเลือดสมองแตกได้

คำสำคัญ : การพยาบาลผู้ป่วยหลอดเลือดสมองแตก

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลกำแพงเพชร

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมองที่เกิดจากภาวะเลือดออก (hemorrhagic stroke) สาเหตุสำคัญ ได้แก่ ความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ซึ่งพบร่วมกับผนังของหลอดเลือดสมองขนาดเล็กอ่อนแอ ทำให้เกิดการฉีกขาดได้ง่าย เมื่อเกิดการฉีกขาดของหลอดเลือดสมอง เลือดที่ออกมาจากการแตกของหลอดเลือดจะรวมตัวกันเป็นก้อนเลือด (hematoma) เข้าไปเบียดแทนที่เนื้อสมองบริเวณที่มีการแตกของหลอดเลือด ทำให้เนื้อสมองบริเวณนั้นถูกกด เกิดการอักเสบ หากถูกกดและอักเสบเป็นระยะเวลา 3-6 ชั่วโมง^{1,2} ทำให้เกิดภาวะเซลล์สมองขาดเลือด และเกิดเนื้อสมองตายและปัญหาสำคัญ คือ ก้อนเลือดที่มีขนาดใหญ่ที่กดเบียดเนื้อสมองทำให้มีภาวะสมองบวม (brain edema) ส่งผลให้เกิดความดันในกะโหลกศีรษะสูง ถ้าอาการเลือดออกรุนแรงจะทำให้เกิดภาวะสมองยื่น (brain herniation) ได้ ถ้าการแตกของหลอดเลือดสมองไม่มากนัก ก้อนเลือดที่กดเนื้อสมองจะค่อยๆ ซึมเข้าสู่หลอดเลือดสมองจนหมดภายในระยะเวลา 2-6 เดือน ตำแหน่งของสมองที่เกิดภาวะเลือดออกได้บ่อย ได้แก่ basal ganglia, thalamus, cerebellum และ pons^{2,3} รายงานจากองค์การอนามัยโลก (World health organization ; WHO) ปี 2559 พบอุบัติการณ์การเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ทั่วโลกประมาณ 15 ล้านคนในแต่ละปี เป็นโรคที่เป็นสาเหตุการเสียชีวิต เป็นอันดับ 2 รองจากโรคมะเร็ง เป็นปัญหาสุขภาพที่พบมากขึ้นในทางเวชปฏิบัติ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่รอดชีวิต ส่วนใหญ่มีความพิการหลงเหลืออยู่และเกิดความบกพร่องด้านการเคลื่อนไหว การทรงตัว ด้านประสาทการรับรู้ และการเรียนรู้ด้านการสื่อความหมาย ด้านพฤติกรรม และอารมณ์ รวมทั้งอาจมีปัญหา ด้านครอบครัวและสังคม มีคุณภาพชีวิตลดลง มีภาวะพึ่งพิง บางรายเป็นผู้ป่วยติดเตียง⁴ ซึ่งเป็นปัญหาสาธารณสุขระดับชาติ ข้อมูลสถิติจากสำนักงาน หลักประกันสุขภาพแห่งชาติในปี 2563 - 2565 พบอุบัติการณ์ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรายใหม่ของประเทศไทย อายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป เท่ากับ 328.00, 330.22 และ 330.72 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ นอกจากนี้ยังพบว่า อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรายใหม่ในปี 2563 -2565 เป็นร้อยละ 10.35, 11.00 และ 10.92 ตามลำดับ⁵

เป้าหมายของการรักษาพยาบาลในระยะวิกฤตทั้ง 3 ด้าน คือการรักษาด้วยยา การผ่าตัดและการฟื้นฟูสมรรถภาพ เพื่อควบคุมไม่ให้ความดันในกะโหลกศีรษะสูงจนเกินไป โดยใช้ยาลดความดันโลหิตทางหลอดเลือดดำ (antihypertensive drug) กรณีที่ SBP >180 มิลลิเมตรปรอท การลดความดันโลหิตอาจช่วยให้ขนาดของก้อนเลือดในสมองไม่เพิ่มขึ้นใน 24 ชั่วโมงแรกแต่ไม่ควรลด SBP ให้ต่ำกว่า 140 มิลลิเมตรปรอท นอกจากนี้การดูแลรักษาด้วยยากันชัก ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีโอกาสชักร้อยละ 8-10 ส่วนการผ่าตัดเพื่อลดความดันในช่องกะโหลกในรายที่ขนาดก้อนเลือดเกินกว่า 2 เซนติเมตร การเบียดดันแนวกึ่งกลาง (midline shift) เกินกว่า 0.5 เซนติเมตร หรือกรณีเลือดออกบางบริเวณที่สำคัญ จำเป็นต้องพิจารณาผ่าตัด และสุดท้ายคือการฟื้นฟูสภาพเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง พึ่งพาตนเองให้ได้มากที่สุด ลดการพึ่งพาผู้อื่น การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก คือในระยะวิกฤต คือ การประเมินระบบประสาท การเฝ้าระวังภาวะพร่องออกซิเจนในเลือด การให้ยาลดความดันโลหิตและเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน การให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำและการให้ยากันชัก การประสานการดูแลกับแพทย์ระบบประสาท เมื่อพ้นภาวะวิกฤตก็จะเป็นระยะฟื้นฟู พยาบาลจะมีบทบาทสำคัญต่อการวางแผนการพยาบาลเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถฟื้นฟูสภาพได้อย่างเหมาะสมร่วมกับทีมการฟื้นฟูสภาพ ได้แก่ แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู นักกายภาพบำบัด นักโภชนาการ นักกิจกรรมบำบัด เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น พยาบาลจะให้คำแนะนำการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันการเกิดโรคซ้ำและร่วมวางแผนจำหน่ายกับเวชกรรมสังคมเพื่อส่งผู้ป่วยดูแลต่อที่บ้าน⁶

จากข้อมูลสถิติผู้ป่วยที่รักษาที่โรงพยาบาลกำแพงเพชร รับรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ปี 2564-2566 จำนวน 1,928, 1,882 และ 2,007 ราย ตามลำดับ รับการผ่าตัด จำนวน 130, 144 และ 156 ราย หอผู้ป่วยศัลยกรรมชายให้บริการรักษาผู้ป่วยหลอดเลือดสมองชนิดแตกที่ต้องรับการผ่าตัด ซึ่งมักมีสาเหตุจากเป็นโรคความดันโลหิตสูง ควบคุมไม่ได้ ทานยาไม่ต่อเนื่องแทบทั้งสิ้น ในปี 2564-2566 มีผู้ป่วยมารับการรักษาด้วยภาวะเลือดออกในสมอง จำนวน 179, 182 และ 179 ราย รับการผ่าตัด 69, 72 และ 74 ราย⁷ พยาบาลหอผู้ป่วยศัลยกรรมจึงต้องมีการพัฒนาทักษะ ความรู้ ความเข้าใจในการให้การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดสมอง ทั้งก่อนผ่าตัด หลังผ่าตัด ฟื้นฟูสภาพและการวางแผนจำหน่าย เพื่อผู้ป่วยมีความปลอดภัยจากภาวะวิกฤต ภาวะแทรกซ้อน จากเหตุผลดังกล่าวผู้ศึกษาเห็นความสำคัญของเรื่องดังกล่าว จึงได้ศึกษาเรื่องการพยาบาลผู้ป่วยหลอดเลือดสมองแตกโดย นำกรอบแนวคิดของกระบวนการพยาบาล (nursing process) ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ได้แก่ การประเมินภาวะสุขภาพ การวินิจฉัยการพยาบาล การวางแผนการพยาบาล การใช้แผนการพยาบาลและการประเมินผลเพื่อให้การพยาบาลผู้ป่วยเฉพาะรายได้อย่างมีประสิทธิภาพ การศึกษานี้วัตถุประสงค์เพื่อให้การพยาบาลผู้ป่วยที่มีหลอดเลือดสมองแตก



กรณีศึกษา

ผู้ป่วยชายไทย อายุ 60 ปี มีโรคประจำตัวเป็นความดันโลหิตสูง
อาการสำคัญ : แขนขาซ้ายอ่อนแรง ปากเบี้ยว ก่อนมาโรงพยาบาล 1 ชั่วโมง
ประวัติเจ็บป่วยปัจจุบัน : 3 วันก่อนมาโรงพยาบาลดื่มเหล้าตามปกติ รับประทานอาหารแล้วสลักอาหาร
 2 วัน ไอเสมหะเหนียวสีขาว มีไข้ ซ้ำยาทานเองไม่ได้มารักษาที่โรงพยาบาล
 ตอนเย็นผู้ป่วยดื่มเหล้าตามปกติ ก่อนนอนรู้สึกปวดศีรษะไม่รุนแรง ทานยาแล้วเข้านอน หลังจากตื่นนอน 1 ชั่วโมง
 มีอาการแขนขาข้างซ้ายอ่อนแรง ลุกไม่ได้ ปากเบี้ยว ปวดศีรษะ ไม่มีคลื่นไส้อาเจียน ญาติจึงนำส่งโรงพยาบาล
ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต

เป็นโรคความดันโลหิตสูง รับประทานยาไม่ต่อเนื่อง ดื่มสุราทุกวัน ปฏิเสธการแพ้ยา อาหาร และสารเคมี
การวินิจฉัยโรค Right Basal ganglion hemorrhage

การผ่าตัด Craniotomy to remove blood clot with duraplasty

การประเมินสภาพร่างกายตามระบบ

ศีรษะ : ลักษณะรูปร่างผอม ผมนสั้น ไม่มีบาดแผลที่ศีรษะ
ตา : รูปร่างปกติเปลือกตาล่างด้านในซีดไม่เหลือง รูม่านตาขนาด 2 มม. มีปฏิกิริยาต่อแสงดี ทั้งสองข้าง
หู : รูปร่างปกติไม่มีสิ่งคัดหลั่งและการได้ยินปกติทั้งสองข้าง
จมูก : รูปร่างปกติกระดูกอ่อนที่ปีกจมูกเท่ากันทั้งสองข้าง เยื่อจมูกสีชมพูแห้งก้นจมูกอยู่ตรงกลางไม่มีน้ำมูกไม่มี
 แผลหรือจุดเลือดออก บริเวณโพรงจมูกกุดไม่เจ็บ
ปากและคอ : รูปร่างปกติริมฝีปากแห้งเล็กน้อย ปากเบี้ยวข้างซ้าย พุดไม่ชัด ไม่มีแผลในปาก ปากลิ้นรูปร่าง
 ปกติไม่มีฝ้าขาว ต่อมทอนซิลไม่โต คอไม่แดง ต่อม้ำเหลืองไม่โต ต่อมไทรอยด์ค้ำไม่โต คอไม่แข็ง
ทรวงอกและปอด : รูปร่างทั่วไปปกติผิวเรียบ การเคลื่อนไหวของทรวงอกเท่ากันทั้งสองข้าง ฟังปอดมี
 Creptationที่ปอดข้างขวา อัตราการหายใจ 22 ครั้งต่อนาที
ระบบหัวใจและหลอดเลือด : อัตราการเต้นของหัวใจ 82 ครั้ง/นาที เต้นแรงสม่ำเสมอ ฟังเสียงหัวใจปกติ
ระบบต่อมไร้ท่อและน้ำเหลือง : คล้ำไม่พบต่อมน้ำเหลืองโต ต่อมไทรอยด์ปกติ ตามร่างกายไม่พบก้อน
ระบบทางเดินอาหาร : หน้าท้องกุดไม่เจ็บ ไม่แข็งตึง การเคลื่อนไหวของลำไส้ปกติ
ระบบกระดูกกล้ามเนื้อ : แขนขาข้างซ้ายอ่อนแรงกว่าข้างขวา Motor power แขนขาข้างซ้าย = 0 ข้างขวา = 4
ระบบประสาท : รู้สึกตัว ทำตามคำสั่งได้ Coma score E4M6V5 Pupil 2 mm RTL BE
ระบบทางเดินปัสสาวะ : ใส่สายสวนปัสสาวะ น้ำปัสสาวะสีเหลืองปกติไม่มีเลือด

ประเมินสภาพร่างกายทั่วไป

รู้สึกตัว ทำตามคำสั่ง สื่อสารได้ พุดไม่ชัด ปากเบี้ยว ปวดศีรษะแขนขาข้างซ้ายอ่อนแรง Motor power แขนขาข้างซ้าย = 0
 ข้างขวา = 4 Coma score E4V5M6 = 15 คะแนน Pupil 2 mm RTL BE T =38.5 °C P =88 ครั้งต่อนาที R= 22 ครั้ง/นาที
 BP =178/78 mmHg

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่สำคัญ

รายการที่ผิดปกติ	ค่าปกติ	6 ก.ย. 65	16 ก.ย. 65	18 ก.ย. 65
WBC	5.0 - 10.0 10 ³ /uL	14.15		
HCT	42 -52%	39.6		
PLT	140- 40010 ³ /uL	27.6		
Potassium	3.6- 5.1 mmol/L	2.9	5.6	4.6
sodium	136-144 mmol/L		129	131
magnesium	1.9-2.5 mmol/L	1.6	1.8	

สรุปการดำเนินโรคขณะรับการรักษาในโรงพยาบาล

วันที่ 6 กันยายน 2565 รับใหม่เวลา 07.00 น. ผู้ป่วยรู้สึกตัว ทำตามคำสั่ง สื่อสารได้ พูดไม่ชัด ปากเบี้ยว ปวดศีรษะ แขนขาข้างซ้ายอ่อนแรง Motor power แขนขาข้างซ้าย = 0 ข้างขวา = 4 Coma score E4V5M6 = 15 คะแนน Pupil 2 mm RTL BE T = 38.5 °C P = 82 ครั้ง/นาที R = 20 ครั้ง/นาที BP = 178/78 mmHg Sat O₂ = 95% on O₂ cannular 3 lit/min ส่งทำ CT Brain พบ Right basal ganglion hemorrhage ขนาด 6.1x2.7x4.5 cm on Nicardipine (1:5) v drip keep BP <140/90 mmHg มีอาการแสดงของการติดเชื้อทางเดินหายใจ แพทย์ให้ยาปฏิชีวนะ Ceftriaxone 2 gm v stat c OD แพทย์ Set OR for Craniotomy to removal blood clot หลังผ่าตัด รู้สึกตัว On ET Tube with ventilator PCV mode PI 14 RR 16 / min PEEP 5 cmH₂O FiO₂ 0.4 หายใจสัมพันธ์กับเครื่อง BP = 114/60-153/82 mmHg on Nicardipine (1:5) v drip keep BP <140/90 mmHg ต่อ Motor power แขนขาข้างซ้าย = 2 ข้างขวา = 4 on radivac drain 1 เส้น ผลตรวจเลือดพบ Magnesium = 1.6 mmol/L Potassium = 2.9 mmol/L ดูแลให้ 0.9% NSS 1,000 ml + 50 % MgSO₄ 8 ml v drip in 4 hr และ 0.9 % NSS 1,000 ml+KCl 40 mEq v drip 100 ml/hr I = 3,075 ml O = 1,700 ml (blood loss=500 ml, drain =550 ml)

วันที่ 7 กันยายน 2565 รู้สึกตัว Try wean off ET Tube ได้ on O₂ mask with bag 8 lit/min ทำตามคำสั่งได้ Motor power แขนขาข้างซ้าย = 1-2 ข้างขวา = 4 E3V3M6 ยังคง on Nicardipine (1:5) v drip keep BP <140/90 mmHg BP 140/80-156/60 mmHg ประเมินผลเลือดซ้ำ Magnesium = 1.8 mmol/L ,Potassium = 3.6 mmol/L มีไข้ T= 37.5-38°C I = 3,500 ml O = 500 ml

วันที่ 8-12 กันยายน 2565 รู้สึกตัว ดีขึ้น ปวดศีรษะ pain score = 3 on O₂ cannular 3 lit/min E4V5M6 ทำตามคำสั่งได้ Motor power แขนขาข้างซ้าย = 1-2 ข้างขวา = 4-5 ทานอาหารเองได้น้อย On NG tube feed BD 250 ml x 4 feed + น้ำระหว่างมื้อ 100 ml Tail off Nicardipine (1:5) v drip keep BP <140/90 mmHg BP = 110/70-130/80 mmHg เริ่มให้ยาลดความดันโลหิตชนิดรับประทาน

วันที่ 13-15 กันยายน 2565 รู้สึกตัว ดีขึ้นมาก E4V5M6 ทุเลापวดศีรษะ pain score = 1-2 BP = 110/70-130/80 mmHg Off Nicardipine (1:5) v drip ปรึกษากายภาพบำบัดทำ ROM บนเตียง รับ Feed อาหารทางสายยางได้ Motor power แขนขาข้างซ้าย = 1-2 ข้างขวา = 4-5

วันที่ 16 กันยายน 2565 รู้สึกตัว ดีขึ้นมาก E4V5M6 Off IV fluid เจาะเลือดตรวจ Electrolyte พบ K=5.6 mmol/L ให้ Kalemate 30 gm NG feeding x 3 days Na = 129 mmol/L ให้ 3% NaCl 2x3 pc NG feeding Motor power แขนขาข้างซ้าย = 1-2 ข้างขวา = 4 ครบตัดไหม 10 วัน แผลติดดี ทำกายภาพต่อเนื่องพร้อมสอนญาติ

วันที่ 17-21 กันยายน 2565 ช่วยเหลือตัวเองได้มากขึ้น เดินโดยมีคนประครองได้ Off NG tube ทานอาหารอ่อนได้ Off foley's cath ประเมินผลเลือด K=4.6 mmol/L Na = 131 mmol/L ได้เตรียมจำหน่ายกลับบ้าน

วันที่ 24 กันยายน 2565 จำหน่ายกลับบ้าน E4V5M6 Motor power แขนขาข้างซ้าย = 1-2 ข้างขวา = 5 นัดตรวจ 1 เดือน ให้มารับประทานต่อบ้าน

การวางแผนการพยาบาล

การพยาบาลในระยะวิกฤตก่อนผ่าตัด

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงจากการมีก้อนเลือดกดเบียดสมอง

ข้อมูลสนับสนุน S : -

O : - ความดันโลหิตสูง BP= 150-170/80-100 mmHg

- แขนขาข้างซ้ายอ่อนแรง motor power=0 ปากเบี้ยว ปวดศีรษะมาก

วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง

เกณฑ์การประเมินผล

1. ไม่มีอาการแสดงของภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง ได้แก่ระดับความรู้สึกตัวลดลง ปวดศีรษะ คลื่นไส้อาเจียน
2. สัญญาณชีพปกติ อัตราการหายใจ 18-20 ครั้ง/นาที ชีพจร 60-80 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 130/80 มิลลิเมตรปรอท

กิจกรรมการพยาบาล

1. จัดทำนอนให้ศีรษะสูง 30 องศา ลำคอตรง สะโพกไม่งอมากกว่า 90 องศา
2. ตรวจสอบและบันทึกสัญญาณชีพและอาการทางระบบประสาท ทุก 15 นาที 4 ครั้ง ทุก 30 นาที 2 ครั้ง และทุก 1 ชั่วโมง ตามสภาพอาการของผู้ป่วยจนกระทั่งเข้าสู่สภาวะปกติหากพบความผิดปกติ ให้รายงานแพทย์
3. สังเกตอาการและอาการแสดงของภาวะความดันโลหิตศีรษะสูง และรายงานแพทย์ เมื่อพบอาการดังต่อไปนี้ - ปวดศีรษะ ตาพร่ามัว อาเจียนพุ่งโดยไม่มีอาการคลื่นไส้นำ
- systolic blood pressure จะสูงขึ้น และ diastolic blood pressure จะต่ำลงเล็กน้อย ไม่ได้สัดส่วนกับ systolic blood pressure ที่เพิ่มขึ้น แต่ อัตราการหายใจเริ่มเปลี่ยนแปลงและไม่สม่ำเสมอ ระดับความรู้สึกตัวลดลงมากกว่าหรือเท่ากับ 2 คะแนน
4. ดูแลให้ได้รับยา 20% Manital 300 ml v drip โดยยาออกฤทธิ์เพิ่มการขับน้ำออกจากเนื้อสมอง ลดปริมาณน้ำไขสันหลัง ขณะผู้ป่วยได้รับยาสังเกตและบันทึกปริมาณน้ำที่ร่างกายได้รับและขับออก ดูแลให้มีสมดุลน้ำและเกลือแร่
5. ดูแลให้ได้รับยาลดความดันโลหิต Nicardipine (1:5) v drip keep BP \leq 140/90 mmHg รายงานแพทย์เมื่อ BP <90/60 mmHg, HR <50 ครั้ง/นาที การหายใจ ถ้า <14 ครั้ง/นาที หรือพบอาการไม่พึงประสงค์ คือ ใจสั่น ร้อนวูบวบ หน้าแดง หัวใจเต้นช้า peripheral edema ปวดศีรษะ
6. ดูแลให้ได้รับยา Transmine 1 gm q 8 hr โดยยาจะออกฤทธิ์ยับยั้งการสลายตัวของลิ่มเลือดช่วยให้เลือดแข็งตัว
7. ประเมินระดับความเจ็บปวดและจัดการความปวด
 - 7.1 ให้ยาแก้ปวด Dynastat 40 mg v ตามแผนการรักษา
 - 7.2 วางแผนในการปฏิบัติการพยาบาล เพื่อไม่ให้เป็นกวนผู้ป่วยขณะพักนอนหรือนอนหลับ
 - 7.3 บรรเทาอาการปวดโดยไม่ต้องใช้ยา ประคบเย็น ตามความต้องการของผู้ป่วย
8. เตรียมความพร้อมด้านร่างกายและจิตใจผู้ป่วยเพื่อรับการผ่าตัดสมองโดยการให้ข้อมูลกับผู้ป่วยและญาติอย่างละเอียด เช่นชื่อยินยอมผ่าตัดสมอง

ประเมินผล

1. ไม่มีอาการแสดงของภาวะความดันโลหิตศีรษะสูง pain score = 2-3/10
2. สัญญาณชีพปกติ อัตราการหายใจ 16-20 ครั้งต่อนาที ชีพจร 70-80 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 120-130/70-80 มิลลิเมตรปรอท

การพยาบาลในระยะวิกฤตหลังผ่าตัด

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อภาวะช็อกจากการเสียเลือด

ข้อมูลสนับสนุน S : -

O : ขณะผ่าตัดเสียเลือด 500 มิลลิลิตร

- Radivac drain ออก 450 ml

วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะช็อก

เกณฑ์การประเมินผล

1. สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติได้แก่ ความดันโลหิตเปลี่ยนแปลงไม่เกิน 20 เปอร์เซ็นต์ของความดันโลหิตเดิม อัตราการหายใจ 14-20 ครั้ง/นาที ชีพจร 60-100 ครั้ง/นาที
2. ปัสสาวะออกมากกว่า 30 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง Radivac drain ออกน้อยกว่า 50 mlต่อชั่วโมง

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินแผลผ่าตัด และบันทึกจำนวนเลือดที่ออกจากท่อระบาย ถ้าออกมากกว่าหรือเท่ากับ 200 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง ให้เจาะ Hematocrit พร้อมรายงานแพทย์
2. ตรวจวัดและบันทึกสัญญาณชีพทุก 15 นาที 4 ครั้ง ทุก 30 นาที 2 ครั้ง และทุก 1 ชั่วโมง จนกว่าอาการผู้ป่วยจะคงที่

3. รายงานแพทย์ทันทีที่เมื่อพบ

- ความดันโลหิตน้อยกว่า 90/60 มิลลิเมตรปรอท ซีฟจรมากกว่า 100 ครั้งต่อนาที
- ผลการตรวจความเข้มข้นของเลือดน้อยกว่า 30% หรือลดลงจากเดิม 3%
- ผู้ป่วยมีอาการเหงื่อออกตัวเย็น บัสสาวะออกน้อยกว่า 30 มิลลิลิตร/ชั่วโมง

4. ดูแลให้ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ พร้อมบันทึกจำนวนสารน้ำที่เข้า และออกจากร่างกาย ทุก 1 ชั่วโมง ทุก 8 ชั่วโมง และทุก 24 ชั่วโมง

ประเมินผล

1. สัญญาณชีพปกติ อัตราการหายใจ 14-20 ครั้งต่อนาที ซีฟจร 70-80 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 120-130/70-80 มิลลิเมตรปรอท Hct = 36.3 %

2. บัสสาวะออกมากกว่า 30 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง Radivac drain ออก 20 mlต่อชั่วโมง

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 3 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อภาวะพร่องออกซิเจนหลังผ่าตัดสมองเนื่องจากระดับความรู้สึกตัวลดลง และมีภาวะปอดอักเสบ
ข้อมูลสนับสนุน S :-

- O :- ผู้ป่วยได้รับยาระงับความรู้สึกระหว่างผ่าตัดนาน หลังผ่าตัด On ET Tube c Ventilator
- 2 วันก่อนมาโรงพยาบาล มีไข้ ไอเสมหะเหนียวข้นสีขาวหลังการสำลักอาหาร
- CXR พบ Infiltration Right lower lung ฟังปอดมีเสียงCrepitation

วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะพร่องออกซิเจนหลังผ่าตัด

เกณฑ์การประเมินผล

1. ไม่มีภาวะ cyanosis Sat O₂ อยู่ในช่วง 98 -100 %
2. สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ ได้แก่ ความดันโลหิต 120/80-140/80 มิลลิเมตรปรอท อัตราการหายใจ 14-20 ครั้ง/นาที ซีฟจร 60-100 ครั้ง/นาที

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินความโล่งของทางเดินหายใจ เสียงครืดคราดของเสมหะ ปริมาณ สีและความเหนียวของเสมหะ การไอ และเสียงปอด ประเมินทุก 2 ชั่วโมงและดูดเสมหะเมื่อมีเสมหะใช้เวลาในการดูดเสมหะแต่ละครั้งไม่เกิน 15 วินาที
2. ให้ออกซิเจน 100%ก่อนและหลังดูดเสมหะแต่ละครั้ง โดยบีบ Ambu bag ต่อกับออกซิเจนประมาณ 3-4 ครั้ง หรือ 1-2 นาที
3. สังเกตและบันทึกสัญญาณชีพทุก 1-2 ชั่วโมง จนกว่าอาการคงที่ประเมินทุก 4 ชั่วโมง เมื่อมีไข้เช็ดตัวลดไข้หรือพิจารณาให้ยาลดไข้ตามแผนการรักษา
4. จัดทำนอนศีรษะสูง 30-45 องศา ช่วยให้ระบบการหายใจดี
5. ดูแลการทำงานของเครื่องช่วยหายใจให้ทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ
6. วัดและบันทึกค่าความอิ่มตัวของออกซิเจน (Sat O₂)
7. ดูแลให้ได้รับสารน้ำ 0.9% NSS 1,000 ml v drip 100 ml/hr อย่างเพียงพอ
8. ดูแลให้ได้รับยาปฏิชีวนะ Ceftriaxone 2 gm iv OD ตามแผนการรักษาของแพทย์
9. ประเมินความพร้อมในการหย่าเครื่องช่วยหายใจ และถอดท่อช่วยหายใจเมื่อผู้ป่วยสามารถหายใจได้เอง

การประเมินผล

1. ผู้ป่วย On ET Tube c Ventilator หายใจสัมพันธ์กับเครื่อง ไม่เหนื่อยหอบ ไม่มีภาวะ cyanosis Sat O₂ = 99-100% สามารถถอดเครื่องช่วยหายใจได้ หลังผ่าตัด 1 วัน
2. สัญญาณชีพปกติ อัตราการหายใจ 14 - 20 ครั้งต่อนาที ซีฟจร 70-80 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 120-130/70-80 มิลลิเมตรปรอท T = 37.0 - 37.5°C

ปัญหาการพยาบาลระยะดูแลต่อเนื่อง

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 4 ผู้ป่วยมีภาวะความไม่สมดุลของอิเล็กโทรไลต์ในร่างกาย ได้แก่ภาวะโปแตสเซียมต่ำ และแมกนีเซียมต่ำ

ข้อมูลสนับสนุน S : -

O : ผล ค่า K=2.7-2.9 mmol/L Mg = 0.8 mmol/L

EKG show normal sinus rhythm

วัตถุประสงค์ : เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะโปแตสเซียมต่ำและแมกนีเซียมต่ำ

เกณฑ์การประเมินผล

1. ระดับ serum K⁺ ปกติ 3.5-5.5 mmol/L, Mg =1.9-2.5 mmol/dL
2. ไม่มีกล้ามเนื้ออ่อนแรง
3. คลื่นไฟฟ้าหัวใจปกติ

กิจกรรมการพยาบาล

1. ตรวจสอบวัดและบันทึกสัญญาณชีพ โดยเฉพาะอัตราการเต้นของหัวใจ หรือชีพจร
2. ดูการเปลี่ยนแปลงของ wave จากการ on Monitor EKG ว่ามี Arrhythmia หรือไม่
3. ดูแลให้ได้รับยา 0.9% NSS 1,000 ml+Kcl 40 mEq v drip 100 ml/hr ตามแผนการรักษาของแพทย์ พร้อมสังเกตอาการข้างเคียงของยา ได้แก่ สับสน การทำงานของหัวใจลดลง ทำให้ EKG ผิดปกติ มีโปแตสเซียมในเลือดสูง คลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสีย ปวดท้อง
4. ดูแลให้ได้รับยา 0.9+ NSS 1,000 ml +50% MgSO₄ 8 ml v drip in 4 hr x 3 day ควบคุมการให้สารน้ำที่ให้ทางหลอดเลือดดำโดยผ่านเครื่องควบคุมปริมาตร พร้อมสังเกตอาการข้างเคียงของยา โดยการ
 - 4.1 วัด RR, HR ทุก 4 ชั่วโมง ถ้าผิดปกติให้แจ้งแพทย์ RR ไม่ควรต่ำกว่า 14 ครั้ง/นาที HR ควรอยู่ระหว่าง 60 – 100 ครั้ง/นาที
 - 4.2 ประเมินและบันทึกสารน้ำที่ร่างกายได้รับ และที่ร่างกายขับออกอย่างน้อยทุก 4 ชั่วโมงควรมากกว่า 100 ml/4hr เพื่อประเมินสมดุลของน้ำและอิเล็กโทรไลต์ของร่างกาย
 - 4.3 ตรวจ deep tendon reflex โดยดู knee jerk reflex ทุก 4 ชั่วโมง ถ้า negative ให้ทำ bicep jerk reflex และถ้ายัง negative ควรพิจารณาปรึกษาแพทย์เพื่อหยุด
5. สังเกตและติดตามอาการกล้ามเนื้ออ่อนแรงหรือชัก
6. ติดตามผล serum K⁺, Mg วันรุ่งขึ้น

ประเมินผล

1. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ serum K = 3.6 mEq/L หลังจากได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ 4 วัน ค่า Mg =1.8 mmol/L
2. ผิวหนึ่งซุ่มขึ้นขึ้นและไม่มีการเกร็งของกล้ามเนื้อยกแขนขาได้ motor power เกรด 4
3. คลื่นไฟฟ้าหัวใจปกติ normal sinus rhythm

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 5 ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดการชักเกร็ง กระตุก เนื่องจากเซลล์สมองได้รับบาดเจ็บ กระทบกระเทือน

ข้อมูลสนับสนุน S : -

O : หลังผ่าตัดเอาก้อนเลือดในสมองออก

วัตถุประสงค์ : เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากการชักเกร็งหลังผ่าตัด

เกณฑ์การประเมินผล : ผู้ป่วยไม่เกิดการชักเกร็ง กระตุก

กิจกรรมพยาบาล

1. เตรียมอุปกรณ์สำหรับดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย ได้แก่ เครื่องดูดเสมหะ ออกซิเจน

2. กรณีที่ผู้ป่วยชักจัดทำให้ผู้ป่วยนอนตะแคงหน้าไปด้านที่ไม่มีแผลผ่าตัด ดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง ได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ ยกที่ก้นเตียงขึ้น ใช้หมอนก้นเพื่อป้องกันการบาดเจ็บของร่างกาย ไม่จัดขากรรไกรและ ใส่สิ่งของในปาก ไม่ผูกยึด สังกะสี และบันทึกลักษณะการชัก ระยะเวลา ความถี่ ระดับความรู้สึกตัว รายงานแพทย์

3. ตรวจวัดและบันทึกสัญญาณชีพ และอาการทางระบบประสาททุก 2-4 ชั่วโมง

4. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยากันชัก (Dilantin 100 mg v q 8 hr) ตามแผนการรักษาและสังเกตอาการข้างเคียงของยา และ Dilantin (50 mg) 2 เม็ด ทุก 8 ชั่วโมงเมื่อกลับบ้าน

5. ภายหลังให้การพยาบาลทุกครั้ง ยกที่ก้นเตียงขึ้นทั้ง 2 ข้าง เพื่อป้องกันการตกเตียง

6. ดูแลจัดสิ่งแวดล้อมให้ผู้ป่วยได้รับการพักผ่อนอย่างเพียงพอ ปราศจากสิ่งกระตุ้นและปลอดภัย จากอุบัติเหตุ

7. ติดตามผลระดับยากันชักตามแผนการรักษาและรายงานแพทย์

ประเมินผล : ผู้ป่วยไม่มีการชักเกร็ง กระตุก

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 6 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการมีเลือดออกในสมองซ้ำจากการมีความดันโลหิตสูง

ข้อมูลสนับสนุน S :-

O : มีประวัติเป็นโรคความดันโลหิตสูง รับประทานต่อเนื่อง

- หลังผ่าตัด ความดันโลหิต 140/80-156/60 mmHg

วัตถุประสงค์ : เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะเลือดออกในสมองซ้ำ

เกณฑ์ประเมินผล

1. สัญญาณชีพปกติอยู่ในเกณฑ์ปกติ ได้แก่ ความดันโลหิต 120/80-140/80 มิลลิเมตรปรอท อัตราการหายใจ 14-20 ครั้ง/นาที ชีพจร 60-100 ครั้ง/นาที

2. ไม่มีภาวะเลือดออกในสมองซ้ำ

กิจกรรมการพยาบาล

1. ตรวจสอบและบันทึกสัญญาณชีพ และอาการทางระบบประสาท ทุก 15 นาที 4 ครั้ง ทุก 30 นาที 2 ครั้ง และ ทุก 1 ชั่วโมง ตามสภาพอาการของผู้ป่วยจนกระทั่งเข้าสู่สภาวะปกติหากพบความผิดปกติ ให้รายงานแพทย์

2. สังเกตอาการและอาการแสดงของภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง และรายงานแพทย์ เมื่อพบอาการดังต่อไปนี้ - ปวดศีรษะ ตาพร่ามัว อาเจียนพุ่งโดยไม่มีอาการคลื่นไส้

- systolic blood pressure จะสูงขึ้น และ diastolic blood pressureจะต่ำลงเล็กน้อย ไม่ได้สัดส่วนกับ systolic blood pressure ที่เพิ่มขึ้น แต่ อัตราการหายใจเริ่มเปลี่ยนแปลงและไม่สม่ำเสมอ ระดับความรู้สึกตัวลดลงมากกว่าหรือเท่ากับ 2 คะแนน

3. ดูแลให้ได้รับยาลดความดันโลหิต Nicardipine (1:5) v drip keep BP \leq 140/90 mmHg รายงานแพทย์เมื่อ BP < 90/60 mmHg, HR 50 ครั้ง/นาที การหายใจ ถ้า <14 ครั้ง/นาที หรือพบอาการไม่พึงประสงค์ คือ ใจสั่น ร้อนวูบวบ หน้าแดง หัวใจเต้นช้า peripheral edema ปวดศีรษะ

4. เมื่อเริ่มให้ยารับประทาน ดูแลให้ได้รับยาลดความดันโลหิต ได้แก่ Atenolol (50mg) 1x1 pc, Enalapril (20 mg) 1x2 pc และสังเกตอาการข้างเคียงของยาเช่น ใจสั่น เวียนศีรษะ

ประเมินผล

1. สัญญาณชีพปกติอยู่ในเกณฑ์ปกติ ได้แก่ ความดันโลหิต 110/80-130/80 มิลลิเมตรปรอท อัตราการหายใจ 16-20 ครั้ง/นาที ชีพจร 60-80 ครั้ง/นาที

2. ไม่มีภาวะเลือดออกในสมองซ้ำ

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 7 มีโอกาสเกิดภาวะการขาดแอลกอฮอล์อย่างกระทันหัน

ข้อมูลสนับสนุน S : -

O : มีประวัติดื่มเหล้าทุกวัน มานานกว่า 10 ปี

วัตถุประสงค์ เพื่อให้ปลอดภัยจากภาวะขาดแอลกอฮอล์อย่างกระทันหัน

เกณฑ์การประเมินผล

1. ไม่มีอาการสับสน วุ่นวาย ชัก ประสาทหลอน
2. ไม่เกิดอันตรายจากการขาดแอลกอฮอล์อย่างกระทันหัน

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินอาการขาดสุราเพื่อติดตามการเปลี่ยนแปลงของระดับการขาดสุรา
 2. ตรวจวัดสัญญาณชีพ และอาการทางระบบประสาททุก 4 ชั่วโมง
 3. หากผู้ป่วยมีอาการแสดงของการขาดสุรา ได้แก่ สับสน วุ่นวาย กระวนกระวาย ชัก ประสาทหลอน รายงานแพทย์เพื่อรับการรักษาที่ถูกต้อง ปรีกษาจิตแพทย์
 4. พิจารณาผูกมัดผู้ป่วยหากผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมตัวเองได้โดยคำนึงถึงความปลอดภัยและให้เกียรติผู้ป่วยเสมอ
- คลายผ้าผูกมัดเมื่ออาการสงบ
5. ยกกันเตียงขึ้นตลอดเวลาป้องกันผู้ป่วยตกเตียง
 6. ดูแลความสะอาดของร่างกาย สิ่งแวดล้อม

ประเมินผล

ผู้ป่วยไม่มีอาการแสดงของภาวะขาดแอลกอฮอล์อย่างกระทันหัน

การพยาบาลในระยะก่อนจำหน่าย

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 8 ผู้ป่วยขาดความรู้ในการดูแลตนเองเมื่อกลับบ้าน

ข้อมูลสนับสนุน

S : - ผู้ป่วยสอบถามการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน

O : - สิ้นหัวใจวิตกกังวล

วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย สามารถดำรงชีวิตอย่างปกติสุข

เกณฑ์การประเมินผล

ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติตนเมื่อกลับ

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินสภาพและความสามารถของผู้ป่วยในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ให้คำแนะนำผู้ป่วยและญาติ
2. สอน/แนะนำผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวดังนี้
 - 2.1 สังเกตอาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์ทันที เช่น ปวดศีรษะมาก อาเจียน ชัก ซึมลง แขนขาอ่อนแรง แผลผ้าตัดบวมแดง มีสิ่งคัดหลั่งออกจากแผล
 - 2.2 รับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่
 - 2.3 รับประทานยาตามแพทย์สั่งทั้งยาลดความดันโลหิต และยากันชักและสังเกตอาการข้างเคียงของยา หากพบว่ามีอาการแพ้ยา ให้หยุดทานยานั้นและมาพบแพทย์
 - 2.4 แนะนำให้มาตรวจตามแพทย์นัด เพื่อติดตามผลการรักษา และการวางแผนรักษาต่อไป

การประเมินผล

1. ผู้ป่วยมีความเข้าใจในการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน
2. ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวล สิ้นหัวใจแจ่มใส ให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล

สรุปกรณีศึกษา

ผู้ป่วยชายไทย อายุ 60 ปี มีประวัติเป็นความดันโลหิตสูง รักษาไม่ต่อเนื่อง ต้มเหล้าเป็นประจำ 3 วันก่อนมาโรงพยาบาลรับประทานอาหารแล้วสลักอาหาร มีอาการไอเสมหะเหนียวข้น มีไข้ ชื่อยาทานเอง หลังจากผู้ป่วยตื่นนอนประมาณ 05.00 น. มีอาการแขนขาข้างซ้ายอ่อนแรง ลุกไม่ได้ ปากเบี้ยว ปวดศีรษะ ไม่มีคลื่นไส้อาเจียน มีไข้ ญาติจึงนำส่งโรงพยาบาล ผู้ป่วยรู้สึกตัว ปากเบี้ยว พูดไม่ชัด Pupil 2 mm RTL BE T = 38.5 °C P = 82 ครั้งต่อนาที R = 22 ครั้ง/นาที BP = 178/78 mmHg แพทย์ส่งตรวจ CT scan พบ Right basal ganglia hemorrhage แพทย์ทำผ่าตัด Craniotomy to clot removal with duraplasty ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิดจนปลอดภัยจากภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง ไม่มีเลือดออกในสมองซ้ำ ได้รับการฟื้นฟูสภาพร่างกายโดยกายภาพบำบัดสามารถช่วยเหลือตัวเองได้ในกิจวัตรประจำวัน จนอาการดีขึ้นตามลำดับ ไม่มีภาวะแทรกซ้อน จำหน่ายกลับบ้าน รวมระยะเวลาการรักษาตัว 21 วัน

วิจารณ์และข้อเสนอแนะ

จากกรณีศึกษาสาเหตุการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยรายนี้ มีปัจจัยมาจากโรคความดันโลหิตสูงกินยาไม่สม่ำเสมอ ต้มสุราทุกวัน พฤติกรรมเหล่านี้ล้วนเป็นปัจจัยให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองแตกเป็นข้อบ่งชี้ในการผ่าตัดและได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดสมองนำเลือดที่คั่งในสมองยาปฏิชีวนะรักษาภาวะปอดอักเสบ หลังผ่าตัดผู้ป่วยต้องใส่ท่อช่วยหายใจ และเครื่องช่วยหายใจ การพยาบาลกรณีศึกษารายนี้คือการเฝ้าระวังภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง (IICP) พยาบาลจะต้องประเมิน Gasglow Coma Score และสัญญาณชีพ เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนผลพบว่าหลังผู้ป่วยได้รับการรักษาและฟื้นฟูสภาพแล้วแม้ผู้ป่วยยังคงหลงเหลือความพิการอยู่แต่ภายหลังเข้ารับการรักษาพยาบาลฟื้นฟูอย่างต่อเนื่อง ทั้งการทำกายภาพบำบัด การดูแลทางด้านจิตใจทั้งผู้ป่วยและญาติเพื่อเสริมสร้างกำลังใจทำให้ผู้ป่วยมีกำลังใจในการรักษามากขึ้น กล้ามเนื้อแข็งแรงมากขึ้นจนกระทั่งสภาพอาการโดยรวมของผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นตามลำดับ

ข้อเสนอแนะ

1. เมื่อจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้านควรมีการส่งต่อข้อมูลให้หน่วยปฐมภูมิติดตามเยี่ยมบ้าน ในเรื่องการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ การทำกายภาพบำบัดบริหารกล้ามเนื้อโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ
2. เสริมสร้างความตระหนักในการลดปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดในสมองแตก ทั้งการรับประทานยาความดันโลหิตสูง อย่างสม่ำเสมอ การงดดื่มสุรา เพื่อลดความพิการและอัตราการเสียชีวิต

บทสรุป

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกเป็นโรคแทรกซ้อนที่มีปัจจัยเสี่ยงต่างๆ เช่น การเป็นความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน หรือ การมีระดับไขมันในเลือดสูง ซึ่งหากไม่ได้รับการรักษาจะเป็นอันตรายต่อผู้ป่วยและอาจทำให้เสียชีวิตได้ อย่างไรก็ตามโรคหลอดเลือดสมองแตกเป็นโรคที่สามารถป้องกันได้โดยการลดปัจจัยเสี่ยงต่างๆ พยาบาลเป็นผู้มีบทบาทสำคัญ ในการประเมินและค้นหาคำปรึกษาของผู้ป่วยตั้งแต่แรกเริ่ม เฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงทางระบบประสาทส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาพยาบาลที่รวดเร็วทันเวลา มีระบบการฟื้นฟูสภาพร่างกาย ลดภาวะแทรกซ้อน นอกจากนี้ยังส่งเสริมให้ญาติ ผู้ดูแลมีความรู้ในการดูแลฟื้นฟูและลดปัจจัยในโอกาสการกลับเป็นซ้ำทำให้ผู้ป่วยปลอดภัยมีคุณภาพชีวิตที่ดี



เอกสารอ้างอิง

1. ฐิตาพร วรภักดิ์วิศิษฐ์. บทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกที่ได้รับการรักษาโดยไม่ผ่าตัด. ราชานิติพยาบาลสาร. 2564;27(2):165-8.
2. ทนันทชัย บุญบุรพงศ์. การดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ : การบำบัดระบบหายใจในเวชปฏิบัติ. พิมพ์ครั้งที่ 8. กรุงเทพฯ:ปัญญามิตร การพิมพ์;2561.
3. อรัญญา ยศคำลือ. การพยาบาลฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. [online]. [เข้าถึงเมื่อ 1 ธันวาคม 2566]. Available from: <https://www.medi.co.th>
4. สมบัติ มุ่งทวีพงษ์. โรคหลอดเลือดสมองและประสาทวิทยาวิกฤติ. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2565.
5. สมศักดิ์ เทียมเก่า. อุบัติการณ์โรคหลอดเลือดสมองประเทศไทย. วารสารประสาทวิทยาแห่งประเทศไทย. 2566; 39(2):39-46.
6. จรูญลักษณ์ บ้องเจริญ. บทบาทพยาบาลผู้จัดการรายกรณีโรคหลอดเลือดสมองแตก : กรณีศึกษาโรงพยาบาลศูนย์เจ้าพระยายมราช. [online]. [เข้าถึงเมื่อ 1 ธันวาคม 2566]. Available from: <https://www.https://he02.tci-thaijo.org/index.php/SNC/article/view/248596/169066>
7. กลุ่มงานศัลยกรรม โรงพยาบาลกำแพงเพชร. ข้อมูลสถิติผู้ป่วยกลุ่มงานศัลยกรรม โรงพยาบาลกำแพงเพชร ปี 2564 – 2566. กำแพงเพชร:โรงพยาบาลกำแพงเพชร;2566.



The Nursing care in patient with Pulmonary Tuberculosis with respiratory failure : A Case Study

Wanna Kaewdee, B.N.S.*

Abstract

Introduction : Pulmonary Tuberculosis (TB) is an infectious disease that can be spread through the air by inhaling droplets containing the bacteria. When the TB bacteria enter the lung parenchyma, they can cause pathology and acute respiratory failure. This is a critical condition in which the patient may stop breathing and die if not treated promptly. Nurses, as healthcare providers, must have the competency to use standard nursing care effectively and quickly to help the patient be saved from the crisis.

Objective : To provide effective nursing care for Pulmonary tuberculosis patients with respiratory failure

Case Study : A case study of a 48-year-old Thai man with underlying pulmonary TB who has been on anti-TB drugs for 6 months. One day before the referral, he was admitted to a community hospital with symptoms of fever, cough, and tachypnea. Despite receiving antibiotic drugs, his symptoms did not improve. Two hours before coming to the tertiary hospital, he experienced shortness of breath, and his oxygen saturation on room air was 84%. Thus, the doctor intubated him with an ET tube and then referred him to the tertiary hospital, where he was admitted to the male medicine department. Upon initial assessment, he presented with E4VTM6, a body temperature of 38.1°C, a respiratory rate of 32/min, blood pressure of 90/48 mmHg, and crepitation in the RLL lungs. Chest x-ray revealed reticulonodular infiltrates, leading to a diagnosis of Pulmonary Tuberculosis with respiratory failure. The treatment order was on volume ventilator PCV IP18 mmH₂O RR 10/min FiO₂ 0.4% flow trigger 1 LPM PEEP 5 mmH₂O, antibiotic drugs, and anti-TB drugs which include assessment and the respiratory system and infection. In addition, he was given 0.9% NaCl 1000 ml IV rate 80 ml/hr, levophed (1:25) rate of 10 cc/hr, and retained Foley Catheter. His nursing problems were 1. Respiratory failure from impaired gas exchange. 2. Pulmonary TB infection. 3. Electrolyte imbalance. 4. Tolerance of activity was reduced due to weakness, fatigue, and limited activities. 5. Risk of spreading infection due to active TB. 6. Patient and his family were anxious due to illness and intervention. 7. Lack of knowledge in self-care. After treatment, the ventilator was successful weaned off on the 3rd day after admission to the hospital. The patient recovered without complications, and the total length of hospital stay was 6 days.

Conclusion from this case study : The patient was saved from respiratory failure. The nurse should have skills in respiratory care. This case study can be implemented in holistic nursing for Pulmonary Tuberculosis with respiratory failure.

Key words : Pulmonary Tuberculosis. respiratory failure, Nursing in Pulmonary Tuberculosis Disease.

*Registered nurse, professional Level, Nurse medicine Department, Kamphaeng Phet hospital

การพยาบาลผู้ป่วยวัณโรคปอด ที่มีภาวะหายใจล้มเหลว : กรณีศึกษา

วรรณภา แก้วดี, พย.บ.*

บทคัดย่อ

บทนำ : วัณโรคปอด เป็นโรคติดเชื้อที่ติดต่อได้ทางอากาศหายใจเอาละอองฝอยที่มีเชื้อเข้าไป เมื่อเชื้อวัณโรคเข้าไปยังเนื้อเยื่อปอด จะทำให้เกิดพยาธิสภาพและเกิดภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน เป็นภาวะวิกฤตผู้ป่วยจะหยุดหายใจและเสียชีวิตได้หากไม่ได้รับการดูแลรักษาอย่างทันที่ พยาบาลเป็นบุคลากรในทีมสุขภาพต้องมีสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาพยาบาลที่ดีมีมาตรฐาน มีประสิทธิภาพ รวดเร็วจะช่วยให้ผู้ป่วยพ้นภาวะวิกฤต

วัตถุประสงค์ : เพื่อให้การพยาบาลผู้ป่วยวัณโรคปอดที่มีภาวะหายใจล้มเหลวอย่างมีประสิทธิภาพ

กรณีศึกษา : ผู้ป่วยชายไทย วัย 48 ปี 6 เดือนก่อนตรวจพบวัณโรคปอด รับประทานยา 6 เดือน 1 วันก่อนมา มีไข้ ไอ หายใจเหนื่อย ไปรักษาที่โรงพยาบาลชุมชน รับวัณโรครักษาได้ยาฆ่าเชื้อ 2 วัน อาการไม่ดีขึ้น มีหายใจเหนื่อยมากขึ้นได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจแล้ว refer แรกรับที่หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย รุสีกิตติวัตต์ E4VTM6, on ETT No 7.5 Mark 22 หายใจเหนื่อยหอบอัตราการหายใจ 32 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 90/48 มิลลิเมตรปรอท อุณหภูมิ 38.1 องศาเซลเซียส ชีพจร 122 ครั้ง/นาที ใช้ accessory muscle RLL crepitation film CXR มี reticulonodular infiltration both lungs เสมหะสีเหลือง ให้การรักษาโดย on PCV mode IP18 mmH₂O RR 10/min FiO₂ 0.4% flow trigger 1 LPM PEEP 5 mmH₂O และ on 0.9% NaCl 1000 ml IV rate 80 ml/hr, on levophed (1:25) rate 10 cc/hr, retained Foley Catheter และให้ยาต้านวัณโรค ยาปฏิชีวนะ วินิจฉัยโรค Pulmonary Tuberculosis with respiratory failure ระหว่างรับไว้ในความดูแล ผู้ป่วยมีปัญหาทางการพยาบาล ได้แก่ 1. มีภาวะหายใจล้มเหลวเนื่องจากการแลกเปลี่ยนแก๊สในปอดลดลง 2. ติดเชื้อวัณโรคปอด 3. มีความไม่สมดุลของอิเล็กโตรลัยท์ 4. ผู้ป่วยมีความทนในการทำกิจกรรมลดลงเนื่องจากอ่อนเพลียเหนื่อยง่ายและมีขีดจำกัดในการเคลื่อนไหว 5. เสี่ยงต่อการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคปอดเนื่องจากอยู่ในระยะแพร่กระจายเชื้อ 6. ผู้ป่วยและครอบครัววิตกกังวลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและแผนการรักษา 7. พร่องความรู้ในการดูแลตนเอง ภายหลังให้การพยาบาลปัญหาต่างๆ ได้รับการแก้ไข ผึกหายใจ โดยใช้ mechanical ventilator CPAP mode และ on O₂ T-piece ผู้ป่วยผึกหายใจได้ดี wean off ET tube ได้ จนกระทั่งหายใจได้เองไม่เหนื่อย แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้ รวมวันนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล 6 วัน

สรุปผลกรณีศึกษา : ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะวิกฤตระบบหายใจ ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน มีความรู้ในการดูแลตนเอง จาก การที่พยาบาลมีทักษะ ความรู้ ความชำนาญ กรณีศึกษานี้นำไปเป็นแนวทางในการพยาบาลผู้ป่วยวัณโรคปอดที่มีภาวะหายใจล้มเหลวได้

คำสำคัญ : วัณโรคปอด ภาวะหายใจล้มเหลว การพยาบาลผู้ป่วยวัณโรคปอด

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย โรงพยาบาลกำแพงเพชร

บทนำ

วัณโรคปอด เป็นโรคติดเชื้อที่เกิดจากเชื้อ *Mycobacterium tuberculosis* ติดต่อกันทางอากาศหายใจเอาละอองฝอยที่มีเชื้อเข้าไปหรือมีการแพร่กระจายจากปอดส่วนหนึ่งไปยังปอดส่วนอื่น และทางกระแสเลือดไปยังอวัยวะอื่นๆ ผู้ที่ได้รับเชื้อ ร้อยละ 5 เท่านั้นที่จะแสดงอาการของโรคผู้ที่มีภูมิคุ้มกันปกติโดยทั่วไปจะแสดงอาการหรือไม่ขึ้นอยู่กับการสร้างภูมิคุ้มกันต่อเชื้อ¹ อุบัติการณ์วัณโรคของประเทศไทยในช่วง 20 ปีที่ผ่านมา มีแนวโน้มลดลง แต่มีอุบัติการณ์ของเชื้อวัณโรคที่ดื้อยาเพิ่มขึ้น โดยในปี พ.ศ. 2563 อุบัติการณ์ของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และรายเก่าที่กลับมาเป็นซ้ำประมาณ 105,000 ราย หรือคิดเป็น 150 รายต่อแสนประชากร^{2,3} การรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และรายเก่าที่กลับมาเป็นซ้ำมีแนวโน้มสำเร็จเพิ่มขึ้น โดยมีอัตราการรักษาล้มเหลวและขาดยาลดลง⁴ แต่อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรคในประเทศไทยยังคงสูง เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุและมีโรคเรื้อรัง⁵ เมื่อเชื้อวัณโรคลุกล้ำเข้าสู่เนื้อเยื่อของร่างกายจะมีการแบ่งตัวเพิ่มจำนวนขึ้น แพร่กระจายเข้าสู่กระแสเลือดและไปยังอวัยวะต่างๆ หากเข้าไปยังเนื้อเยื่อปอดจะทำให้เกิดพยาธิสภาพและเกิดภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน เป็นภาวะวิกฤตผู้ป่วยจะหยุดหายใจและเสียชีวิตได้หากไม่ได้รับการดูแลรักษาอย่างทันที่⁶

บทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยนี้ แบ่งได้ 3 ระยะ ตั้งแต่ในระยะวิกฤตที่มีภาวะหายใจล้มเหลวใส่เครื่องช่วยหายใจภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ต้องมีสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจ การดูแลผู้ป่วยวิกฤต ประยุกต์แนวคิดทฤษฎีทางการพยาบาลมาปฏิบัติพยาบาลแบบองค์รวมที่มีประสิทธิภาพ ใช้กระบวนการพยาบาลประสานทีมสหสาขาในการดูแลผู้ป่วยให้ครอบคลุมไปตลอดทั้งระยะต่อเนื่องและวางแผนจำหน่ายให้สอดคล้องกับปัญหาของผู้ป่วยตลอดจนประสานการส่งต่อข้อมูลในการติดตามผลการรักษาการรับยาจนครบ ลดอุบัติการณ์วัณโรค ลดการเสียชีวิต ไม่มีผู้ป่วยวัณโรคและครอบครัวที่ได้รับผลกระทบจากการดูแลรักษาวัณโรค⁶

ในปี พ.ศ. 2564-2566 หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย โรงพยาบาลกำแพงเพชร มีผู้ป่วยวัณโรคปอดเข้ารับการรักษา รวมทั้งสิ้น 191, 167, 161 ราย ในจำนวนนี้เป็นผู้ป่วยวัณโรคปอดที่มีภาวะหายใจล้มเหลว จำนวน 63, 58, 69 ราย คิดเป็นร้อยละ 32.98, 34.73, 42.85 เสียชีวิต 28, 34, 36 ราย คิดเป็นร้อยละ 44.44, 58.62, 52.17⁷ จะเห็นว่าผู้ป่วยกลุ่มนี้มีอัตราการเสียชีวิตที่สูง นอกจากนั้นแล้วจากการทบทวนเวชระเบียนพบว่าภายหลังจำหน่ายกลับบ้าน พบว่า ผู้ป่วยหยุดยาเอง รับประทานยาไม่ครบ ส่งผลให้กลับมารักษาซ้ำ และเกิดการดื้อยาวัณโรคปอด พยาบาลเป็นบุคคลากรในทีมสุขภาพต้องมีสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาพยาบาลที่ดีมีมาตรฐาน มีประสิทธิภาพ รวดเร็วจะช่วยให้ผู้ป่วยพ้นภาวะวิกฤต การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อให้การพยาบาลผู้ป่วยวัณโรคปอดที่มีภาวะหายใจล้มเหลวอย่างมีประสิทธิภาพ

กรณีศึกษา

ชายไทย อายุ 48 ปี สัญชาติไทย ศาสนาพุทธ

อาการสำคัญ

Refer จากโรงพยาบาลชุมชนด้วย ไข้ ไอ หายใจเหนื่อยหอบมาก 2 ชั่วโมงก่อนมา

ประวัติเจ็บป่วยในปัจจุบัน

6 เดือน ก่อนมาตรวจพบวัณโรคปอด กินยาครบ 6 เดือนจนผลตรวจเสมหะปกติ

1 วันก่อนมารพ. มีไข้ ไอ หายใจเหนื่อย ไปรับการรักษาที่รพช.รับไว้นอนรักษา

2 ชั่วโมงมีอาการไข้ ไอ หายใจเหนื่อยหอบมากขึ้นไปรักษาโรงพยาบาลชุมชนได้ รับการใส่ท่อช่วยหายใจ refer มา

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต ปฏิเสธโรคประจำตัวอื่น ๆ

การวินิจฉัยโรค Pulmonary Tuberculosis with respiratory failure

การประเมินสภาพร่างกายตามระบบ

รูปร่างทั่วไป : ผอม ผิวขาวเหลือง ผิวแห้ง น้ำหนัก 52 กิโลกรัม ส่วนสูง 162 เซนติเมตร BMI = 19.84

สัญญาณชีพ : อุณหภูมิกาย 38.1 องศาเซลเซียส ความดันโลหิต 90/48 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 122 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 32 ครั้ง/นาที oxygen saturation 94% Braden Scale : 13

ระบบประสาท : รู้สึกตัวดี ตอบคำถามได้ พูดคุยได้ การรับรู้เวลา สถานที่ บุคคล E₄M₆V₅, GCS = 10T คะแนน

ผิวหนัง : ผิวขาวเหลือง ไม่มีจ้ำเลือด ไม่มีผื่น

ศีรษะและใบหน้า : ผมสั้นสีดำ ศีรษะไม่มีบาดแผล คลำไม่พบก้อนบริเวณต่อมหน้าเหลือง ตา 2 ข้าง สมมาตรกัน
สายตายาว ไบฮู จมูก ปาก ลักษณะภายนอกปกติ

ทรวงอกและทางเดินหายใจ : ทรวงอกรูปร่างปกติสมมาตรกัน หายใจเร็วตื่น อัตราการหายใจ 32 ครั้ง/นาที
การขยายตัวของทรวงอกขณะหายใจ เท่ากันทั้ง 2 ข้าง เสียงการหายใจฟังเสียงลมผ่านปอด crepitation secretion sound ทั้งสอง

หัวใจและหลอดเลือด : การเต้นของหัวใจปกติ สม่าเสมอ อัตราการเต้นของหัวใจ 122 ครั้ง/นาที ไม่มีเส้นเลือดที่คอ
โป่งพองชีพจรเต้นสม่าเสมอ ไม่มีเสียงหัวใจเต้นผิดปกติ ไม่มีเสียง murmur normal S1, S2

ช่องท้องและทางเดินอาหาร : ท้องไม่อืด คลำไม่พบก้อน กดไม่เจ็บ ไม่มีคลื่นไส้อาเจียน เสียงการเคลื่อนไหวของลำไส้ปกติ
ตับ ม้าม ไม่โต

กล้ามเนื้อและกระดูก : แนวกระดูกสันหลังตรง กล้ามเนื้อ แขน-ขาไม่ตึงตัว ข้อไม่มีการอักเสบบวมแดง

ระบบทางเดินปัสสาวะ : ใส่สายสวนปัสสาวะต่อลงถุงไว้ สีเหลืองเข้มเล็กน้อยไม่มีตะกอน

ระบบอวัยวะสืบพันธุ์ : เต้านมปกติ อวัยวะสืบพันธุ์ภายนอกปกติ

สภาพจิตใจ : สิ้นใจไม่สุขสบาย ทำทางอ่อนล้า กระวนกระวาย

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่สำคัญ

ผลการตรวจเลือด Complete blood count 8/04/66

รายการ	ค่าปกติ	ค่าที่ตรวจพบ
Neutrophil (%)	43.7 - 70.9	88.9
Lymphocyte (%)	20.2 - 44.5	5.2

ผลการตรวจ Biochemistry

รายการ	ค่าปกติ	ค่าที่ตรวจพบ	
		08/04/66	10/04/66
potassium(mmol/L)	3.5 - 5.1	3.2	3.7
Magnesium (mg%)	1.8 - 2.6	1.0	2.0
Albumin (mg%)	3.5 - 5.0	2.7	-
SGOT (U/L)	10 - 50	32	51
SGPT (U/L)	10 - 50	12	8

ผลการตรวจอื่นๆ

Sputum exam	(วันที่ 8 เมษายน 2566)	AFB positive 1+ WBC >25 cell/LPF
Sputum C/S	(วันที่ 8 เมษายน 2566)	No Growth
Hemoculture	(วันที่ 8 เมษายน 2566)	No Growth
Film chest	(วันที่ 8 เมษายน 2566)	reticulonodular infiltration both lungs

สรุปการดำเนินโรคขณะรับไว้ในการดูแล

8 เม.ย. 66 แรกรับ รู้สึกตัวดี E4VTM6, on ETT No 7.5 Mark 22 หายใจเหนื่อยหอบ อัตราการหายใจ 32 ครั้ง/นาที
ความดันโลหิต 90/48 มิลลิเมตรปรอท อุณหภูมิ 38.1 องศาเซลเซียส ชีพจร 122 ครั้ง/นาที ใช้ accessory muscle ช่วยหายใจ
RLL crepitation film CXR มี infiltration right lung เสมหะสีเหลือง ให้การรักษา on PCV mode IP18 mmH₂O RR10/min
FiO₂0.4% flow trigger 1LPM PEEP 5 mmH₂O อาการหายใจเหนื่อยหอบทุเลา RR 22-24/min O₂sat97-98% no cyanosis no
dyspnea on levophed 1:25 rate 10 cc/hr. on 0.9% NaCl 1000 ml IV rate 80 ml/hr. retained foley's cath urine ออกมากกว่า

60 ml/hr. on Tazocin inj 4.5 gm iv q 6 hr. NPO ยกเว้นยาให้ยารักษาวัณโรคปอดได้แก่ Isoniazid (INH) 100 mg. 3 tab Rifampicin 300 mg. 2 tab Ethambutol 500 mg. 2 tab Pyrazinamide (PZA) 500 mg. 3 tab oral hs.

วันที่ 9 เมษายน 2566 ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี อาการหายใจหอบลดลง on ETT with ventilator PCV mode RR 18-22/min O₂saturation 99% no cyanosis lungs poor air อ่อนเพลีย มีไข้ เสมหะสีขาวยุ่น monitor EKG show sinus rhythm off Levophed

วันที่ 10 เมษายน 2566 ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี on ETT with ventilator PCV mode RR 18-22/min O₂sat 99% no cyanosis lungs poor air อ่อนเพลีย เสมหะสีขาวยุ่น monitor EKG show sinus rhythm feed รับประทานได้ทาง NG tube ปัสสาวะออกดีทางสายสวน ปัสสาวะ พักหลับได้ V/S ปกติ O₂ saturation 95-99%

วันที่ 11 เมษายน 2565 ผู้ป่วยรู้สึกตัวดีหายใจ on ETT with ventilator PCV mode RR 18-22/min O₂sat 99% no cyanosis lungs rhonchi อ่อนเพลีย เสมหะสีขาวยุ่น monitor EKG sinus rhythm HR 80-90/min on NG feed รับประทานได้ 10.00 on PSV PS 10 PEEP 5 CMH₂O FIO₂ 0.4% O₂ saturation 100% ประเมินความพร้อมในการหย่าเครื่องช่วยหายใจ on O₂ T-piece FIO₂ 35% 13.30 off ETT on HF Flow 60 LPM FIO₂ 0.4% V/S ปกติ

วันที่ 12 เมษายน 2565 ผู้ป่วย E4V5M6 off HF on O₂ mask with bag RR 19/min O₂ sat 98% เหนื่อยเล็กน้อยเวลา มี activity no cyanosis lungs rhonchi อ่อนเพลีย ไอขับเสมหะเองได้ monitor EKG sinus rhythm off NG tube รับประทานอาหารได้ off foley's cath ปัสสาวะเองได้ 10.00 on mask with bag 10 LPM O₂ saturation 95-99 %

วันที่ 13 เมษายน 2566 ผู้ป่วย E4V5M6 on O₂ canula 3 LPM 15.00 try off RR 22-24/min O₂ sat 98-99% เหนื่อยง่าย เวลา มี activity no cyanosis lungs clear อ่อนเพลีย ไอขับเสมหะเองได้ monitor EKG show sinus rhythm O₂ saturation 96-99%

วันที่ 14 เมษายน 2566 E4V5M6 หายใจเอง RR 22-24/min O₂ sat 98-99% เหนื่อยง่ายเวลา มี activity no cyanosis lungs clear ไอขับเสมหะเองได้ monitor EKG sinus rhythm แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านกรรยามารับ มียา และใบนัด TB clinic รพช.

การวางแผนพยาบาล

แบ่งการพยาบาลออกเป็น 3 ระยะ ตามการดำเนินของโรค

ระยะ 24 ชั่วโมงแรก

การวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1 มีภาวะหายใจล้มเหลวจากการแลกเปลี่ยนก๊าซในปอดลดลง

ข้อมูลสนับสนุน

1. oxygen saturation room air 84% ผู้ป่วยหายใจเหนื่อยหอบ หายใจ 32 ครั้ง/นาที ผู้ป่วยกระสับกระส่ายผิวหนังขึ้นหives
2. ผู้ป่วยมีอาการไอ เสมหะสีขาวยุ่น มีเสมหะครีตคราดในท่อทางเดินหายใจฟังเสียงปอดได้เสียง crepitation
3. ผลภาพถ่ายรังสีปอดพบ reticulonodular infiltration both lungs

วัตถุประสงค์ ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะหายใจล้มเหลว

เกณฑ์การประเมินผล

1. หายใจสม่ำเสมอ อัตราการหายใจ 12-24 ครั้ง/นาที อัตราการเต้นของชีพจร 60-100 ครั้ง/นาที ความดันโลหิตอยู่ในช่วง 90/60-140/90 มิลลิเมตรปรอท
2. เสียงการหายใจเข้า ฟังเสียงปอดปกติ
3. ปลายมือปลายเท้าไม่เขียวหรือซีด O₂ saturation >=94%
4. ผลเอกซเรย์ปอดไม่พบ New patchy infiltration

กิจกรรมการพยาบาล

1. จัดทำนอนศีรษะสูง 30-45 องศา เพื่อให้ปอดขยายตัวจำกัดการเคลื่อนไหวที่ไม่จำเป็นเพื่อลดงานการหายใจ
2. วัดและบันทึกชีพจร ความดันโลหิตและการหายใจทุก 15 นาที 4 ครั้ง 30 นาที 2 ครั้ง และทุกชั่วโมง เมื่อพบว่าสัญญาณชีพคงที่ ประเมินลักษณะการหายใจและอาการ cyanosis
3. ประเมินระดับความรู้สึกรู้ตัว รุ่มางตา อาการปลายมือปลายเท้าเขียวซีดทุกชั่วโมง

4. ฟังเสียงปอดประเมินเสียงหายใจที่ผิดปกติ สังเกตอาการไอ ลักษณะเสมหะอาการหายใจลำบาก
5. ประเมินการทำงานของเครื่องช่วยหายใจ และดูแลเครื่องช่วยหายใจทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ ต่อเครื่องช่วยหายใจ volume ventilator เข้ากับท่อช่วยหายใจ ปรับตั้งเครื่องช่วยหายใจ PCV mode IP18 mmH₂O RR12/mim FiO₂0.4% flow trigger 1 LPM PEEP 5 mmH₂O ตามแผนการรักษาของแพทย์
6. ดูแลทางเดินหายใจให้โล่งโดยดูดเสมหะทุกครั้งที่มีผู้ป่วยมีเสมหะ หรือได้ยินเสียงเสมหะในทางเดินหายใจ เคาะปอดเพื่อช่วยให้เสมหะออกง่ายปรึกษา นักกายภาพบำบัด ร่วมกันในการดูแลรักษาเกี่ยวกับการบริหารปอด
7. ตรวจวัดและบันทึกค่าความอิ่มตัวของออกซิเจน ในเลือดที่ปลายนิ้ว โดยให้มีค่า $\geq 94\%$ ตามแผนการรักษา
8. ประเมินสีผิว อาการเขียวคล้ำทุก 4 ชั่วโมง เพราะแสดงถึงภาวะเนื้อเยื่อส่วนปลายขาดออกซิเจน

การประเมินผล

1. ผู้ป่วยระดับความรู้สึกตัวดีหายใจ ไม่เหนื่อย อัตราการหายใจ 22-26 ครั้ง/นาที อัตราการเต้นของชีพจร 76-94 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 107/58-62 มิลลิเมตรปรอท
2. ฟังเสียงปอด rhonchi เสมหะสีขาวขุ่น ปริมาณไม่มาก wean off ET tube ได้ในวันที่ 11 เมษายน 2566
3. ปลายมือปลายเท้าไม่เขียว ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนปลายนิ้ววัดได้ 95-99%
4. ผลเอกซเรย์ปอดไม่พบ New patchy infiltration

วินิจฉัยการพยาบาลที่ 2 มีการติดเชื้อวัณโรคที่ปอด

ข้อมูลสนับสนุน S : -

- O : 1. อุณหภูมิ 38.1 องศาเซลเซียส(แรกรับ)
2. ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการพบค่า Neutrophil 88.9% Lymphocyte 5.2 %
3. ผลตรวจ sputum AFB 1+
4. ผล CXR infiltration

วัตถุประสงค์ เพื่อลดการติดเชื้อวัณโรคที่ปอด

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผลตรวจ sputum AFB negative
3. CXR ไม่พบ infiltration

กิจกรรมการพยาบาล

1. วัดอุณหภูมิร่างกายเพื่อประเมินภาวะไข้ทุก 4 ชั่วโมงและบันทึกข้อมูลเพื่อรายงานแพทย์
2. เช็ดตัวลดไข้ให้ผู้ป่วย หลังเช็ดตัวดูแลให้สวมใส่เสื้อผ้าที่แห้ง สะอาด เพื่อช่วยให้มีความสบาย
3. สังเกตสีลักษณะ และกลิ่นของเสมหะ ถ้าเสมหะมีกลิ่นเหม็น สีเหลือง หรือสีเขียวบันทึกและรายงานแพทย์
4. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับน้ำอย่างเพียงพอ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถขับเสมหะออกได้
5. ดูแลความสะอาดในช่องปากทุกครั้งหลังวันเสมหะและน้ำลาย เพื่อช่วยลดการติดเชื้อในช่องปาก
6. สังเกตอาการอาการแสดงอื่น เช่น อ่อนเพลีย ระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลง ถ้าผิดปกติรายงานแพทย์
7. ดูแลให้ยาปฏิชีวนะและยาวัณโรคตามแผนการรักษาได้แก่ Tazocin inj 4.5 gm iv q 6 hr. Isoniazid (INH) 100 mg. เม็ด 3 tab Rifampicin 300 mg. 2 tab Ethambutol 500 mg. 2 tab Pyrazinamide (PZA) 500 mg. 3 tab oral hs. ประเมินและเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนขณะให้ยา เช่น plebitis ผื่นแพ้ ผื่นแพ้ ตัวตาเหลือง

การประเมินผล

1. sputum AFB day 3 negative
2. CXR ไม่พบ new infiltration
3. ไม่พบผลข้างเคียงจากการได้รับยารักษาวัณโรคสูตร IRZE

การวินิจฉัยการพยาบาลที่ 3 มีความไม่สมดุลอิเล็กโทรลัยท์

ข้อมูลสนับสนุน ค่าโปแตสเซียม 3.2 mmol/L แมกนีเซียม 1.0 mg%

วัตถุประสงค์ เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการที่อิเล็กโทรลัยท์ไม่สมดุล

เกณฑ์การประเมินผล

1. ค่าโปแตสเซียมในเลือด 3.5-5.1 mEq/L ค่าแมกนีเซียมในเลือด 1.8-2.6 mg%
2. ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ไม่พบอาการท้องอืด ไม่มีคลื่นไส้อาเจียน ไม่พบกล้ามเนื้ออ่อนแรง ไม่เป็นตะคริว
3. ไม่มีภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ
4. ปัสสาวะออก 0.5 ml/kg/hr.

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะอิเล็กโทรลัยท์ทุกชั่วโมง ได้แก่ คลื่นไส้ อาเจียน ชักเกร็ง ซาที่ปลายมือ ปลายเท้า คลื่นไฟฟ้าหัวใจเต้นผิดจังหวะ
2. ดูแลให้ Elixir KCL 30 ml oral ตามแผนการรักษาประเมินและเฝ้าระวังอาการหัวใจเต้นผิดจังหวะ คลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสีย ท้องอืดติดตาม serum potassium ตามแผนการรักษา
3. ดูแลให้ 50%MgSO₄ 8 ml IV drip in 4hr. x 3day ตามแผนการรักษา วัด RR, HR ทุก 4 ชั่วโมง Monitor EKG ติดตาม serum Mg BUN, Cr, Electrolyte (potassium, calcium), urine output ประเมินและเฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา ได้แก่ หน้าแดง เหงื่อออก ความดันต่ำ (ให้ยาเร็ว) หัวใจเต้นช้า การหายใจช้า ท้องเสีย กล้ามเนื้ออ่อนแรง ชิมเศร้า ง่วงหลับ สับสน กดระบบประสาทส่วนกลาง รายงานแพทย์เมื่อ BP < 90/60 mmHg RR < 12 ครั้ง/นาที HR < 60 ครั้ง/นาที Urine output < 100 mL/ 4 hr.

การประเมินผล

1. ผู้ป่วยไม่มีอาการแสดงของภาวะอิเล็กโทรลัยท์ไม่สมดุล รู้สึกตัวดี ไม่มีกล้ามเนื้ออ่อนแรง ไม่มีชักเกร็ง
2. อัตราการเต้นของหัวใจปกติ 88-98 ครั้ง/นาที ผลการตรวจคลื่นไฟฟ้าปกติ
3. ค่า serum potassium 3.7 mEq/L Magnesium 2.0 mg%

การวินิจฉัยการพยาบาลที่ 4 ผู้ป่วยทนต่อกิจกรรมลดลง เนื่องจากอ่อนเพลียเหนื่อยง่ายและมีขีดจำกัดการเคลื่อนไหว

ข้อมูลสนับสนุน S : ผู้ป่วยบอกว่าหายใจเหนื่อย

O : 1. ผู้ป่วยอ่อนเพลีย

2. ผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจและใช้เครื่องช่วยหายใจขณะมีกิจกรรมเหนื่อยมากขึ้น

วัตถุประสงค์ ผู้ป่วยมีความทนต่อกิจกรรมในระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง โดยไม่มีอาการหายใจลำบากหรือหัวใจเต้นผิดปกติ

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยทนต่อกิจกรรมเพิ่มขึ้นตามขีดความสามารถ โดยไม่มีอาการหายใจลำบาก หรือเหนื่อยอย่างมาก
2. ซ้ำพร การหายใจ และความดันโลหิตขณะมีกิจกรรม และหลังมีกิจกรรมอยู่ในเกณฑ์ยอมรับได้

กิจกรรมการพยาบาล

1. ในระยะแรกช่วยเหลือการทำกิจวัตรประจำวัน ในระบบทดแทนทั้งหมด
2. วางแผนปฏิบัติกิจกรรมที่ควรทำได้ และค่อยๆ เพิ่มกิจกรรมขึ้นตามสภาพของผู้ป่วย
3. จัดช่วงการพักผ่อนให้เพียงพอโดยจัดสิ่งแวดล้อมให้เงียบสงบ เพื่อลดภาระงานการหายใจ
4. วัตถุประสงค์ชี้พิก่อนและหลังทำกิจกรรมสังเกตอาการหัวใจเต้นเร็ว หัวใจเต้นผิดปกติหายใจลำบากเหงื่อออกมาก
5. กระตุ้นให้ผู้ป่วยมีการพักสลับกับการทำกิจกรรม หรือดูแลให้ผู้ป่วยได้พักผ่อนก่อนและหลังการมีกิจกรรม
6. จัดกิจกรรมในช่วงที่ร่างกายมีการใช้ออกซิเจนไม่มาก เช่น หลีกเลี่ยงการมีกิจกรรมหลัง มีอาหาร
7. แนะนำผู้ป่วยและญาติในการทำกิจกรรมอย่างสงวนพลังงาน

การประเมินผล ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี อ่อนเพลีย เริ่มทำกิจกรรมได้เล็กน้อย หลังถอดท่อช่วยหายใจ

ระยะต่อเนื่อง

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 5 เสี่ยงต่อการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคปอดเนื่องจากอยู่ในระยะแพร่กระจายเชื้อ

ข้อมูลสนับสนุน 1. ผู้ป่วยไอไม่ปิดปาก ถอดหน้ากากอนามัยออกเอง

2. sputum AFB 1+ ผลตรวจรังสีทรวงอกพบ reticulonodular infiltration both lungs

วัตถุประสงค์ ไม่เกิดการแพร่กระจายเชื้อสู่ผู้อื่น

เกณฑ์การประเมินผล

1. สามารถปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อได้ถูกต้องทั้งขณะนอนโรงพยาบาลและเมื่อกลับบ้าน
2. ไม่มีญาติและบุคลากรผู้ดูแลติดเชื้อ

กิจกรรมการพยาบาล

1. จัดให้อยู่ในห้องแยกโรคระบบปิด Modified Negative pressure room เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ
2. บุคลากรสวมใส่อุปกรณ์ป้องกันด้วย Mask N95 ทุกครั้งที่ให้การพยาบาลดูแลผู้ป่วยตามหลัก 5 Moments and

Hand hygiene

3. ดูแลให้รับประทานยารักษาวัณโรคปอด ได้แก่ Isoniazid (INH) 100 mg. เม็ด 3 tab Rifampicin C 300 mg. 2 tab Ethambutol 500 mg. 2 tab Pyrazinamide (PZA) 500 mg. 3 tab oral hs. Vitamin B6 1 tab oral hs ตามแผนการรักษาสังเกตอาการข้างเคียง ได้แก่ ผื่นผิวหนัง ไข้ ปวดข้อ ตับอักเสบ อาการดีซ่าน เกร็ดเลือดต่ำ ไตวายเฉียบพลัน คลื่นไส้อาเจียน ปวดท้อง การมองเห็นผิดปกติ และปวดข้อโดยไม่มีข้ออักเสบได้

4. อธิบายการปฏิบัติตัวให้กับผู้ป่วยและญาติ ได้แก่ การล้างมือด้วยสบู่หรือเจลแอลกอฮอล์ทุกครั้งหลังการบ้วนเสมหะ/น้ำลาย การสวมหน้ากากอนามัย การบ้วนเสมหะ/น้ำลายลงในภาชนะที่โรงพยาบาลจัดให้ (ถุงขยะแดง) การแยกอุปกรณ์เครื่องใช้ส่วนตัว ตลอดจนการทำความสะอาดสิ่งแวดล้อม การไปในที่ชุมชน

5. ติดตามผลเลือดทางห้องปฏิบัติการเพื่อประเมินภาวะติดเชื้อและติดตามภาพถ่ายรังสีทรวงอก

ประเมินผล

จากการติดตามไม่พบบุคลากร หรือ ญาติติดเชื้อวัณโรค

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 6 ผู้ป่วยและครอบครัววิตกกังวลต่อภาวะเจ็บป่วยและแผนการรักษา

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยมีสีหน้ากังวล กระวนกระวาย
2. ญาติผู้ป่วยมีสีหน้าเคร่งเครียดบ่งบอกถึงความไม่สบายใจสอบถามอาการของผู้ป่วยบ่อย

วัตถุประสงค์ เพื่อบรรเทาความวิตกกังวลให้ผู้ป่วยและญาติ

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยและญาติยอมรับและให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล
2. ผู้ป่วยและญาติมีสีหน้าท่าทางคลายความวิตกกังวล

กิจกรรมการพยาบาล

1. สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและญาติเพื่อให้เกิดความไว้วางใจและมั่นใจในแผนการรักษา
2. ให้ข้อมูลและชี้แจงให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจถึงแผนการรักษาของแพทย์ รวมทั้งเปิดโอกาสให้ญาติผู้ป่วยมีส่วนร่วม

ร่วมตัดสินใจในการรักษาพยาบาล

3. อธิบายขั้นตอนการรักษาพยาบาลและความก้าวหน้าของโรคที่เป็นอยู่
4. เปิดโอกาสให้ญาติได้พูดคุย สอบถามข้อมูลแผนการรักษากับแพทย์

การประเมินผล

ผู้ป่วยและญาติคลายความวิตกกังวลเข้าใจในอาการแผนการรักษาให้ความร่วมมือ และยอมรับความเจ็บป่วย

ระยงก่อนจำหน่ย

ข้อวินิจฉัยการพยบาลที่ 7 พรองความรู้และการดูแลตนเอง

- ข้อมูลสหนบสนุน 1. ผู้ป่วยบอกถึงวิธีการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการรับประทนยา ไม่ถูกต้อง
2. ผู้ป่วยกลับเป็นวัณโรคซ้ำ

วัตถุประสงค์ เพื่อส่งเสริมให้ผู้ผู้ป่วยปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง และไม่กลับมารักษาซ้ำ

เกณฑ์การประเมินผล

ผู้ป่วยบอกถึงวิธีการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการรับประทนยา การหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงและอาการผิดปกติได้

กิจกรรมการพยบาล

- อธิบายเกี่ยวกับโรคด้วยคำพูดที่ผู้ป่วยเข้าใจง่าย ประเมินการรับรู้และความเข้าใจของผู้ป่วยเป็นระยง
- เปิดโอกาสให้ผู้ผู้ป่วยสอบถาม และพูดระบายความรู้สึก
- แนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวที่บ้านตาม D-METHOD ดังนี้ Diagnosis (D) แจงให้ผู้ผู้ป่วยและญาติให้ทราบถึงโรคที่ผู้ป่วยเป็นคือโรควัณโรคปอดซึ่ง สามารถแพร่กระจายเชื้อได้ Medicine (M) แนะนำการใช้ยารักษาวัณโรคที่ผู้ป่วยได้รับเน้นย้ำการรับประทนยาที่ถูกต้องและถูกเวลา และต่อเนื่องครบคลุมระยะเวลาการรักษา เพื่อป้องกันการดื้อยาวัณโรค Environment (E) ในระยงเวลา 2 สัปดาห์แรกของโรค เป็นระยงที่เชื้อวัณโรคสามารถแพร่กระจายเชื้อได้มากที่สุด ผู้ดูแลต้องจัดเตรียมสถานที่และห้องพักให้ผู้ผู้ป่วย โดยจัดห้องที่มีแสงแดดส่องถึง อากาศถ่ายเทสะดวก แยกของใช้ส่วนตัวออกจากผู้อื่น ใส่หน้ากากอนามัยตลอดเวลาเมื่อพบเจอคนในบ้าน หลีกเลี่ยงการเข้าใกล้เด็ก ผู้สูงอายุ หรือผู้มีโรคประจำตัว หลีกเลี่ยงไปในสถานที่แออัด ที่งขงของผู้ป่วยในถึงระยงที่มีถุงรองรับและฝักปิดสนิท Treatment (T) แนะนำผู้ป่วยและญาติสังเกตอาการผิดปกติ ได้แก่ มีไข้สูง หนาวสั่น หายใจหอบเหนื่อย หายใจลำบาก กระสับกระส่าย ซีมลง มีผื่นแดงสามารถพาผู้ป่วยเข้าโรงพยาบาลใกล้บ้านเพื่อเข้ารับการรักษาเบื้องต้น หรือโทรเบอร์ฉุกเฉิน 1669 เพื่อขอความช่วยเหลือ Health (H) เปิดโอกาสพูดคุยและสอบถามสิ่งทีผู้ป่วยย้ขาดความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและแนวทางการรักษา Outpatient (O) แนะนำให้ผู้ดูแลพาผู้ป่วยมาตรวจตามนัดของโรงพยาบาล หากมีอาการของโรครุนแรงขึ้น แพ้ยาหรือมีอาการข้างเคียงจากยาอย่างรุนแรง สามารถมาก่อนวันนัดหรือเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลใกล้บ้านได้ Diet (D) แนะนำรับประทนอาหารให้ครบ 5 หมู่ หากผู้ป่วยไม่สามารถทานอาหารทางปากได้ มีอาการเบื่ออาหาร กลืนลำบาก สามารถให้อาหารปั่นทางสายยางทางจมูกแทนได้ นอกจากนี้ควรงดดื่มแอลกอฮอล์ และงดใช้สารเสพติด

การประเมินผล

ผู้ป่วยและญาติสนใจและตั้งใจฟังเมื่อสอบถามวิธีการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้านญาติบอกได้ถูกต้องบอกการนัดตรวจที่คลินิกวัณโรคโรงพยาบาลชุมชนได้ไม่มีการกลับรักษาซ้ำใน 28 วัน

สรุปกรณีศึกษา

ผู้ป่วยชายไทย วัย 48 ปี มาโรงพยาบาลด้วยอาการสำคัญ 1 วันก่อนมารพ.มีไข้ ไอ หายใจเหนื่อย ไปรับการรักษาที่รพช. รับไว้นอนรักษา ได้รับ Tazocin 4.5 gm iv q 6 hr. Ciprofloxacin 250 mg. 2tab oral bid pc 2 ชั่วโมงมีอาการไข้ ไอ หายใจเหนื่อย หอบมากขึ้น oxygen saturation room air 84% On ET tube NO7.5 Mark 22 under Valium 10 mg 2 dose Morphine 4 mg IV เจาะ BL 5.3 mmol/L BP 80 /50 mmHg load NSS 2,000 ml then Levophed (1:25) 10 ml/hr. stat Cef 3 2gm iv refer มาโรงพยาบาล กำแพงเพชร แรกรับหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย มีอาการไอ เหนื่อย หอบ lung sound crepitation ใช้เครื่องช่วยหายใจแก้ไขภาวะหายใจล้มเหลว ให้ยาต้านวัณโรค ยาปฏิชีวนะ ระหว่างรับไว้ในความดูแล ผู้ป่วยมีปัญหาวงการพยบาล ในระยงแรก 24 ชั่วโมงแรก ระยงต่อเนื่องและระยงก่อนจำหน่ย ได้รับการแก้ไข ภายหลังให้การพยบาลผู้ป่วยทุเลาเหนื่อยแพทย์พิจารณาฝักหายใจ โดยใช้ mechanical ventilator setting CPAP mode และ on O₂ T-piece ผู้ป่วยฝักหายใจได้ดี สามารถ wean off ET tube ได้ โดยใช้ระยงเวลา 3 วัน สามารถหายใจเองโดยใช้ High flow จนปรับเปลี่ยน O₂ cannula 3 LPM ได้ O₂ sat 97-98% ผู้ป่วยไอมีสวมหะน้อยลง เหนื่อยเล็กน้อยขณะมีกิจกรรมเสี่ยงปอดปกติสามารถเลิกใช้ออกซิเจนได้ในวันที่ 5 ของการเข้ารับการรักษา ไม่มีไข้ สัญญาณชีพ ความดันโลหิต BP 98-112/69-74 MAP 75-77 มิลลิเมตรปรอท อุณหภูมิ 36.9-37.1 องศาเซลเซียสชีพจร 90 ครั้ง/นาที หายใจ 24 ครั้ง/นาที แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้ รวมวันนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล 6 วันส่งนัดติดตามคลินิกวัณโรคโรงพยาบาลชุมชน

วิจารณ์และเสนอแนะ

การพยาบาลผู้ป่วยวัณโรคปอดในกรณีศึกษา มีภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลันทำให้มีภาวะพร่องออกซิเจน เป็นภาวะวิกฤต ต้องใช้ เครื่องช่วยหายใจ พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยในระยะวิกฤตมีสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจ สามารถประเมินความพร้อมในการเลิกใช้เครื่องช่วยหายใจโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์หรือแนวปฏิบัติที่เป็นมาตรฐานมาประยุกต์ใช้ตลอดจนในระยะต่อเนื่องและวางแผนจำหน่ายที่มีปัญหาในเรื่องความไม่สมดุลของอิเล็กโทรลัยท์ มีขีดจำกัดในการทำกิจกรรม เสี่ยงต่อการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคปอดเนื่องจากยังอยู่ในระยะแพร่กระจายเชื้อผู้ป่วยมีผลการรักษาล้มเหลว (treatment failure) มีการกลับเป็นซ้ำทำให้ต้องเริ่มการรักษาใหม่เนื่องจากพร่องความรู้ในการดูแลตนเองพยาบาลมีบทบาทสำคัญในทุกๆระยะมีการนำกระบวนการพยาบาลมาประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมกับผู้ป่วยมีการวางแผนการดูแลร่วมกันกับทีมแพทย์ผู้รักษา ผู้ป่วย ญาติจนผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะวิกฤต ตลอดจนถึงส่งต่อไปยังสถานบริการใกล้บ้านเพื่อติดตามดูแลผู้ป่วยให้ได้รับการดูแลต่อเนื่องไม่เกิดการแพร่กระจายเชื้อและมีผลสำเร็จในการรักษา

ข้อเสนอแนะ

1. พยาบาลควรมีการทบทวนความรู้และมีทักษะในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะหายใจล้มเหลวและใช้เครื่องช่วยหายใจ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยปลอดภัยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนและสามารถเลิกใช้เครื่องช่วยหายใจได้โดยเร็ว ลดวันนอนรักษาในโรงพยาบาล ลดค่าใช้จ่าย

2. ผู้ป่วยและญาติควรมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรควัณโรคปอด การดำเนินโรค การดูแลรักษา การดูแลตนเองและบุคคลในครอบครัวไม่ให้เกิดการแพร่กระจายเชื้อสู่บุคคลอื่น การป้องกันการติดเชื้อที่ปอดและการเกิดภาวะหายใจล้มเหลวซ้ำ การปฏิบัติตัวให้เกิดผลสำเร็จต่อการรักษาการส่งเสริมโภชนาการ การป้องกันการกลับรื้อซ้ำในโรงพยาบาล อาการผิดปกติที่ต้องมาโรงพยาบาลตลอดจนการตรวจตามนัดหลังจำหน่าย

เอกสารอ้างอิง

1. อนุพงษ์ ปิติเรืองจรัส. พยาธิวิทยาของวัณโรคปอด. ใน วัณโรคปอดในศตวรรษที่ 2. กรุงเทพฯ: สหมิตรพัฒนาการพิมพ์ (1992); 2564.
2. World Health Organization [WHO]. Tuberculosis. 2022. [cited 2023 Nov 3]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/tuberculosis>
3. นิธิพัฒน์ เจียรกุล. วัณโรคในตำราโรกระบบหายใจ. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: ภาพพิมพ์. 2551.
4. Division of Tuberculosis, Department of Disease Control, Minister of Public Health, Thailand. National Tuberculosis control Programme Guidelines, Thailand, 2018. [cited 2023, Nov 3]. Available from: <http://tbthailand.org/download/Manual/NTP2018.pdf>.
5. Nunthaugool V. Factors related to tuberculosis of tuberculosis patients receiving services in tuberculosis Clinic, Phuwiang Hospital, Khon Kaen Province. Journal of the Office of DPC 7 Khon Kaen. 2564;28(2):53-62.
6. Division of Tuberculosis, Department of Disease Control. Thailand Operational Plan to End TB 2017-2021. Bangkok: Aksorn Graphic and Design Publishing; 2021.
7. ศูนย์ข้อมูลโรงพยาบาลกำแพงเพชร. รายงานประจำปี 2562-2564. กำแพงเพชร: โรงพยาบาลกำแพงเพชร; 2562-2564.



Nursing care of senile cataract with Tractional retinal detachment : A case study

Pensri Oakman, B.N.S.*

Abstract

Introduction : Visually significant cataract and tractional retinal detachment could arise concurrently in same patients . Although potential benefits to patient & physician may arise from addressing both issues during the same surgery, the outcome of such combined surgery in patients depend on many factors. Preoperation nursing care assessment would provide effectiveness outcome.

Objective : To provide effective nursing care for cataract patients with retinal detachment.

Case study : Thai male patient, age 58 year, presented with a history of vision loss and black spot floaters in his left eye that he detected 1 month prior. His visual acuity at presentation was 20/70 in right eye and 20/200 in left eye. An ocular examination, left eye was nuclear cataract level 2.5+ with tractional retinal detachment caused by proliferative diabetic retinopathy. After 3 session of intravitreal injection of antiangiogenic biologics (Anti-VEGF),there was no improvement in visual outcome. Next step of treatment was to performing operation for cataract and tractional retinal detachment. Combined Phacoemulsification with Intraocular lens implantation and pars plana vitrectomy ,membrane peeling and pefluoropropane injection was planned. Nursing care assessment before operation was 1. Assess and acknowledge about disease and treatment 2. Complications associated with pre operative medication include increase intraocular pressure. 3. After the pupils were dilated, intraocular injected and patched the vision in one eye that left opened would become blurry and cause accidents. 4. Pain and uncomfotable in the injected eye. 5. Complications after combined operation included inflammation, infection ,retinal detachment and intraocular hemorrhage. 6. Risk of incorrected intraocular lens type and power. 7. Assess information instructions before cataract and retinal detachment surgery. As a result of surgery, this patient had the right type and power of intraocular lens, visual outcome improvement to 20/100 in right eye, intact surgical wound, no postoperative complication and satisfactory outcome.

Conclusion : Cataract patient with tractional retinal detachment has undergone phacoemulsification with intraocular lens implantation, pars plana vitrectomy, membrane peeling and perfluorocarbon injection .Nursing care of standard intraocular lens power calculation made an effective and satisfactory outcome. From this case study, it can be used as a guideline for effective nursing care of cataract patients with retinal detachment.

Keywords : Nursing care in cataract and retinal detachment patient.

*Registered nurse, Professional Level, Ophthalmology Department, Kamphaeng Phet Hospital

การพยาบาลผู้ป่วยต่อกระจกที่มีภาวะจอประสาทตาลอก : กรณีศึกษา

เพ็ญศรี ออกแมน, พย.บ.*

บทคัดย่อ

บทนำ : ต้อกระจก เป็นโรคสำคัญทางจักษุที่ทำให้ตาบอดได้ สามารถรักษาได้โดยการผ่าตัดเปลี่ยนเลนส์แก้วตาเทียม การมองเห็นที่ดีขึ้นหลังผ่าตัดขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายอย่าง ถ้าผู้ป่วยมีภาวะจอประสาทตาลอกร่วมด้วยจะทำให้การวัดเลนส์แก้วตาเทียมมีความคลาดเคลื่อนได้ พยาบาลจึงต้องปฏิบัติการพยาบาลที่มีความซับซ้อนมากขึ้น

วัตถุประสงค์ : เพื่อให้การพยาบาลผู้ป่วยต่อกระจกที่มีภาวะจอประสาทตาลอกอย่างมีประสิทธิภาพ

กรณีศึกษา : ผู้ป่วยชายไทย อายุ 58 ปี มาด้วย 1 เดือนก่อนมาโรงพยาบาลตาซ้ายมัวมาก มองเห็นจุดดำลอยไปมา ระดับสายตามองเห็นที่ระยะตาขวา 20/70 ตาซ้าย 20/200 ตาซ้ายเลนส์แก้วตาขุ่นบริเวณนิวเคลียส ระดับ 2.5 + ได้รับการวินิจฉัย Senile Cataract with Proliferative Diabetic Retinopathy Both Eye with Tractional retinal detachment Left Eye แพทย์ฉีดยายับยั้งการเจริญผิดปกติของผนังหลอดเลือด (Anti-VEGF) Avastin เข้าช่องน้ำวุ้นตาตาซ้าย 3 ครั้ง หลังฉีดยาตาซ้ายมองเห็นเท่าเดิม ระดับสายตามองเห็นที่ระยะ ตาขวา 20/100 ตาซ้าย 20/200 แพทย์นัดนอนโรงพยาบาล ผ่าตัด Phacoemulsification with Intraocular Lens with Pars plana vitrectomy with Membrane peeling with perfluoro propane gas Left Eye ข้อวินิจฉัยการพยาบาลขณะรับไว้ดูแล ได้แก่ 1. วิตกกังวลจากการขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการรักษา 2. มีโอกาสเกิดภาวะต่อหินเฉียบพลันหลังหยอดยาขยายม่านตา 2 ชั่วโมง 3. เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุเนื่องจากความสามารถในการมองเห็นลดลงหลังหยอดยาขยายม่านตา 2 ชั่วโมงและปิดตาข้างซ้ายหลังฉีดยาเข้าช่องน้ำวุ้นตา 4. ไม่สุขสบายเนื่องจากปวดตาข้างที่ฉีดยาเข้าช่องน้ำวุ้นตา 5. เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังฉีดยา Avastin เข้าช่องน้ำวุ้นตาซ้าย ได้แก่ การอักเสบติดเชื้อในตา จอตาลอก เลือดออกในตา 6. เสี่ยงต่อการได้รับเลนส์แก้วตาเทียมที่ไม่ถูกต้องทั้งกำลังเลนส์และชนิดของเลนส์ 7. วิตกกังวลจากการขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตนก่อนผ่าตัด ผลลัพธ์การพยาบาล พบว่า ผู้ป่วยได้รับการใส่เลนส์แก้วตาเทียมถูกกำลังเลนส์และชนิดของเลนส์ มองเห็นชัดขึ้น ระดับสายตามองเห็นที่ระยะตาขวา 20/100 ตาซ้าย20/70 แผลผ่าตัดดี ไม่มีภาวะแทรกซ้อน พึงพอใจการมองเห็นที่ดีขึ้น

สรุป : ผู้ป่วยเป็นต่อกระจกและมีภาวะจอประสาทตาลอกตาซ้าย แพทย์ผ่าตัดต่อกระจกใส่เลนส์แก้วตาเทียม ร่วมกับการผ่าตัดเอาน้ำวุ้นตาและเนื้อเยื่อพังพืดที่ตึงรั้งจอประสาทตาออก ร่วมกับฉีดแก๊สในลูกตาซ้ายให้การพยาบาลโดยวัดเลนส์แก้วตาเทียมที่ได้มาตรฐาน หลังผ่าตัดผู้ป่วยมองเห็นชัดเจนขึ้น จากกรณีศึกษาครั้งนี้สามารถนำไปเป็นแนวทางในการพยาบาลผู้ป่วยต่อกระจกที่มีภาวะจอประสาทตาลอกอย่างมีประสิทธิภาพได้

คำสำคัญ : การพยาบาลผู้ป่วยต่อกระจก จอประสาทตาลอก

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานจักษุวิทยา โรงพยาบาลกำแพงเพชร

บทนำ

ข้อมูลจาก World Report on Vision 2019 ซึ่งจัดทำโดยองค์การอนามัยโลก (WHO) ชี้ชัดว่า 45% ของผู้ที่มีความบกพร่องทางการมองเห็นทั่วโลก (ประมาณ 2,200 ล้านคน) หรืออย่างน้อย 1,000 ล้านคน เกิดจากสาเหตุที่สามารถป้องกันได้ หรือยังสามารถแก้ไขได้หากมีการตรวจพบอย่างทันที่หนึ่งในนั้น คือ โรคต้อกระจก¹ ซึ่งเป็นโรคที่เกิดจากความเสื่อมตามวัย และสาเหตุอื่น ๆ เช่น เบาหวาน เป็นภาวะที่เลนส์แก้วตาขุ่น โดยปกติเลนส์แก้วตาจะมีลักษณะใส ทำหน้าที่รวมแสงให้ตกลงบนจอประสาทตาทำให้เกิดการมองเห็นภาพ เมื่อเกิดต้อกระจก แสงไม่สามารถเข้าไปในตาได้ตามปกติทำให้การมองเห็นไม่ชัดเจนหรือมีอาการตามัว²

การรักษาโรคต้อกระจกในปัจจุบันยังไม่มียารักษาได้ การรักษาที่เหมาะสมได้ผลดีคือ การผ่าตัดใส่เลนส์แก้วตาเทียม³ วิธีที่ได้รับความนิยมสูงสุดในปัจจุบัน คือวิธีสลายต้อกระจกโดยใช้คลื่นอัลตราซาวด์ร่วมกับการใส่เลนส์แก้วตาเทียม (Phacoemulsification With Intraocular Lens) โดยการนำเครื่องมือที่มีขนาดเท่าปลายปากกาสอดผ่านแผลขนาดประมาณ 3 มิลลิเมตรบริเวณขอบตาต่ำ เพื่อเข้าไปสลายเลนส์แก้วตาที่ขุ่นแล้วดูดออกมา หลังจากนั้น จะใส่เลนส์แก้วตาเทียมเข้าไป² เลนส์แก้วตาเทียมมีกำลังเลนส์แตกต่างกันในผู้ป่วยแต่ละราย ผู้ป่วยจึงจำเป็นต้องได้รับการวัดเลนส์แก้วตาเทียมที่มีประสิทธิภาพ กำลังเลนส์ถูกต้อง เหมาะสม เพื่อให้การมองเห็นดีขึ้นหลังผ่าตัด⁴ การวัดเลนส์แก้วตาเทียม ด้วยเครื่องวัดความยาวลูกตาและคำนวณเลนส์แก้วตาเทียมแบบใช้แสงเลเซอร์ (IOL Master) สำหรับผู้ป่วยต้อกระจกที่มีภาวะจอประสาทตาดอกร่วมด้วย จะมีความยุ่งยากซับซ้อน เกิดความคลาดเคลื่อนได้ เนื่องจากการวัดเลนส์แก้วตาเทียม แสงเลเซอร์จะผ่านจากกระจกตาซึ่งเป็นส่วนหน้าสุดของลูกตาไปจนถึงสิ้นสุดที่จอประสาทตา ได้ค่าความยาวของลูกตานำมาคำนวณ ออกมาเป็นค่าของเลนส์แก้วตาเทียม หากส่วนของจอประสาทตามีการหลุดลอก อาจทำให้การวัดความยาวของลูกตาทำได้ยากยิ่งขึ้น ค่าที่วัดได้คลาดเคลื่อน ทำให้การคำนวณขนาดของเลนส์แก้วตาเทียมผิดพลาดได้ ดังนั้นผู้วัดเลนส์แก้วตาเทียมต้องมีความรู้ ทักษะในการปฏิบัติงานและเนื่องจากผู้ป่วยต้อกระจกที่มีภาวะจอตาลอก มีการรักษาและการผ่าตัดรวมทั้งการปฏิบัติตนก่อนและหลังผ่าตัดที่ซับซ้อนกว่าผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจกเพียงอย่างเดียว⁵ ผู้ป่วยจึงจำเป็นต้องมีความรู้และความเข้าใจในการปฏิบัติตนอย่างถูกต้องเหมาะสม

จากสถิติข้อมูลโรงพยาบาลกำแพงเพชร ปี พ.ศ. 2564 - 2566 มีผู้ป่วยต้อกระจกที่เข้ารับการรักษา จำนวน 3,644, 2,969 และ 3,455 ราย⁶ และมีผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจกที่มีภาวะจอประสาทตาดอก เริ่มผ่าตัด ปี พ.ศ. 2565 - 2566 จำนวน 20, 96 ราย⁷ ซึ่งการมองเห็นหลังผ่าตัดดีขึ้นร้อยละ 56 , 62⁸ ตามลำดับ การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อให้การพยาบาลผู้ป่วยต้อกระจกที่มีภาวะจอประสาทตาดอกอย่างมีประสิทธิภาพ

กรณีศึกษา

ข้อมูลทั่วไป

ชายไทย อายุ 58 ปี สัญชาติ ไทย นับถือ ศาสนาพุทธ

อาการสำคัญ

ตาซ้ายมัวมาก มองเห็นจุดดำลอยไปมา 1 เดือนก่อนมาโรงพยาบาล

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน

5 เดือน ก่อนมา ตาซ้ายมัวเป็นๆ หายๆ 1 เดือนตาซ้ายมัวมากขึ้นเห็นจุดดำลอยไปมา จึงมาโรงพยาบาล

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต

เป็นโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง รักษาต่อเนื่องโรงพยาบาลพรานกระต่าย 5 ปี

ประวัติเจ็บป่วยในครอบครัว

สมาชิกในครอบครัวสุขภาพดี ไม่มีโรคประจำตัว

ประวัติการแพ้ยา : ปฏิเสธการแพ้ยา

การวินิจฉัยโรค

Senile Cataract with Proliferative Diabetic Retinopathy Both Eye with Tractional retinal detachment Left Eye

การผ่าตัด

Phacoemulsification with Intraocular Lens with Pars plana vitrectomy with Membrane peeling with perfluoro propane gas Left Eye

การประเมินสภาพร่างกายตามระบบ

รูปร่างทั่วไป : รูปร่างอ้วน น้ำหนัก 71 กิโลกรัม ส่วนสูง 163 เซนติเมตร BMI 26.72 kg/m

สัญญาณชีพ : อุณหภูมิร่างกาย 37.1 องศาเซลเซียส ความดันโลหิต 126/89 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 67 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที

ระบบประสาท : ผู้ป่วยรู้สึกตัวดีพูดคุยรู้เรื่อง

ผิวหนัง : ผิวสีแทน ผิวหนังแห้ง ไม่มีรอยแตก ไม่มีจ้ำเลือด ไม่มีแผล ไม่บวม เล็บมือสะอาดไม่ซีด ไม่มีนิ้วปม

ศีรษะและใบหน้า : ไม่มีบาดแผล คลำไม่พบก้อน กัดไม่เจ็บ ไบหู ปาก ลักษณะภายนอกปกติ

ตา : การมองเห็น : ตาขวา มองเห็นที่ระยะ 20/70 ฟุต ตาซ้ายมองเห็นที่ระยะ 20/200 ฟุต

ความดันภายในลูกตา : ตาขวา 12 มิลลิเมตร ตาซ้าย 10 มิลลิเมตร

ขนตาและเปลือกตา : ตาทั้งสองมีหนังตาดกเล็กน้อย ไม่มีขนตาเก หรือเปลือกตาดกผิดปกติ

เยื่อตาขาว : ปกติ ไม่ซีดขาว ไม่มีลักษณะแดงผิดปกติ ไม่มีขี้ตา หรือน้ำตาไหลทั้ง 2 ข้าง

กระจกตา :ใส เป็นปกติทั้ง 2 ข้าง

ความลึกของช่องหน้าม่านตา : ลึกเป็นปกติทั้ง 2 ข้าง ไม่มีลักษณะของช่องม่านตาดื้น

ม่านตา : สีน้ำตาลเท่ากันหมดทั้ง 2 ตา ไม่มีลักษณะการตายของม่านตา

รูม่านตา : ตาทั้งสองข้าง มีปฏิกิริยาต่อแสงไฟดี และมีรูกลม

เลนส์ : ตาขวา เลนส์แก้วตาชั้นบริเวณนิวเคลียส (Nuclear sclerosis ,NS) ระดับ 2.0

ตาซ้ายเลนส์แก้วตาชั้นบริเวณนิวเคลียส (Nuclear sclerosis ,NS) ระดับ 2.5+

จอประสาทตา : ตาขวาตรวจพบ เบาหวานขึ้นจอตาระยะที่มีการสร้างหลอดเลือดขึ้นมาใหม่

ตาซ้ายตรวจพบ เบาหวานขึ้นจอตาระยะที่มีการสร้างหลอดเลือดขึ้นมาใหม่ ร่วมกับจอตาลอกชนิดที่เกิดจากพังผืดดึงรั้ง

ทรวงอกและทางเดินหายใจ : ทรวงอกรูปร่างปกติสมมาตร หายใจสม่ำเสมอ อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที

หัวใจและหลอดเลือด : การเต้นของหัวใจสม่ำเสมอ อัตราการเต้น 67 ครั้ง/นาที

ช่องท้องและระบบทางเดินอาหาร : ไม่มีก้อน ท้องไม่อืด ไม่มีจุดที่กดเจ็บเฉพาะที่ (rebound tenderness)

กล้ามเนื้อและกระดูก : โครงสร้างร่างกายปกติ ไม่มีการโค้งงอของกระดูกสันหลังแขนขา

ระบบทางเดินปัสสาวะ : ปกติ ไม่มีปัสสาวะแสบขัด

สภาพจิตใจ : สิ้นหัวใจกังวลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยการปฏิบัติตนและการรักษา

สรุปการดำเนินโรคขณะรับไว้ดูแล

30 ม.ค. 2566 ผู้ป่วยมาตรวจด้วย ตาซ้ายมัวมาก มองเห็นจุดดำลอยไปมา 1 เดือน ก่อนมาโรงพยาบาล แพทย์วินิจฉัย ต้อกระจก ร่วมกับเบาหวานขึ้นจอตาระยะที่มีการสร้างหลอดเลือดขึ้นมาใหม่ตา 2 ข้าง ร่วมกับจอตาลอกชนิดที่เกิดจากพังผืดดึงรั้งตาซ้าย(Senile Cataract with Proliferative Diabetic Retinopathy Both Eye with Tractional retinal detachment Left Eye , SC c PDR BE c TRD LE) นัดฉีดยายับยั้งการเจริญผิดปกติของผนังหลอดเลือด (Anti-VEGF) Avastin เข้าช่องน้ำวุ้นตา(Intravitreal Injection)ตาซ้าย ระดับสายตามองเห็นที่ระยะ ตาขวา 20/70 ตาซ้าย 20/200

6 ก.พ. 2566 ผู้ป่วยมา ฉีดยา Avastinเข้าช่องน้ำวุ้นตาซ้าย ครั้งที่ 1 การมองเห็นเท่าเดิม ระดับสายตามองเห็นที่ระยะ ตาขวา 20/70 ตาซ้าย 20/200

13 มี.ค. 2566 แพทย์นัดตรวจหลังฉีดยาเข้าช่องน้ำวุ้นตาซ้าย ไม่มีการติดเชื้อ อาการของโรคคงเดิม แพทย์นัดผ่าตัด Phacoemulsification with Intraocular Lens with Pars plana vitrectomy with Membrane peeling with perfluoro propane gas Left Eye การมองเห็นเท่าเดิม ระดับสายตามองเห็นที่ระยะ ตาขวา 20/70 ตาซ้าย 20/200

20 มี.ค. 2566 ผู้ป่วยมา ฉีดยา Avastin เข้าช่องน้ำวุ้นตาซ้าย ครั้งที่ 2 การมองเห็นเท่าเดิม ระดับสายตามองเห็นที่ระยะ ตาขวา 20/70 ตาซ้าย 20/200

10 เม.ย. 2566 แพทย์นัดตรวจหลังฉีดยาเข้าช่องน้ำวุ้นตาซ้าย ไม่มีการติดเชื้อ เบาหวานขึ้นจอตาระยะที่มีการสร้างหลอดเลือดขึ้นมาใหม่ตา 2 ข้าง ตีขึ้น มีเส้นเลือดงอกใหม่ลดลง การมองเห็นดีขึ้น ระดับสายตามองเห็นที่ระยะ ตาขวา 20/50 ตาซ้าย 20/100

12 มิ.ย. 2566 ตรวจตามนัด โรคเบาหวานขึ้นจอตาระยะที่มีการสร้างหลอดเลือดขึ้นมาใหม่ตา 2 ข้าง แยกมีการสร้างหลอดเลือดใหม่เพิ่มขึ้น การมองเห็นลดลง ระดับสายตามองเห็นที่ระยะ ตาขวา 20/100 ตาซ้าย 20/200

19 มิ.ย. 2566 ผู้ป่วยมา ฉีดยา Avastin เข้าช่องน้ำวุ้นตาซ้าย ครั้งที่ 3 การมองเห็นเท่าเดิม ระดับสายตามองเห็นที่ระยะตาขวา 20/70 ตาซ้าย 20/200

26 มิ.ย. 2566 Admit ผ่าตัดผ่าตัดสลายเลนส์แก้วตาที่ขุ่นด้วยคลื่นอัลตราซาวด์และใส่เลนส์แก้วตาเทียม ร่วมกับการผ่าตัดเอาน้ำวุ้นตาและเนื้อเยื่อพังผืดที่ติ่งรังจอประสาทตาออกร่วมกับการฉีดแก๊สในลูกตาซ้าย (Phacoemulsification with Intraocular Lens with Pars plana vitrectomy with Membrane peeling with perfluoro propane gas Left Eye) การมองเห็นเท่าเดิม ระดับสายตามองเห็นที่ระยะ ตาขวา 20/100 ตาซ้าย 20/200

3 ก.ค. 2566 ตรวจหลังผ่าตัดต่อกระจกและจอประสาทตาซ้าย 1 สัปดาห์ เลนส์แก้วตาเทียมอยู่ในตำแหน่งปกติ แผลผ่าตัดดี ไม่มีการติดเชื้อ จอประสาทตาติดเป็นบางส่วน การมองเห็นยังไม่ชัด ระดับสายตามองเห็นที่ระยะ ตาขวา 20/70 ตาซ้าย Fc 1 ft

7 ส.ค. 2566 ตรวจหลังผ่าตัดต่อกระจกและจอประสาทตาซ้าย 5 สัปดาห์ เลนส์แก้วตาเทียมอยู่ในตำแหน่งปกติ แผลผ่าตัดดี ไม่มีการติดเชื้อ จอประสาทตาติดดีทั้งหมด การมองเห็นดีขึ้น ระดับสายตามองเห็นที่ระยะ ตาขวา 20/100 ตาซ้าย 20/70

4 ก.ย. 2566 ตรวจหลังผ่าตัดต่อกระจกและจอประสาทตาซ้าย 2 เดือน เลนส์แก้วตาเทียมอยู่ในตำแหน่งปกติ แผลผ่าตัดดี ไม่มีการติดเชื้อ จอประสาทตาติดดี การมองเห็นเท่าเดิม ระดับสายตามองเห็นที่ระยะ ตาขวา 20/70 ตาซ้าย 20/70 ผู้ป่วยพอใจผลการผ่าตัด แพทย์นัดตรวจอีก 6 เดือน วันที่ 4 มีนาคม 2567

การวางแผนการพยาบาล

ระยะตรวจประเมินอาการ

วินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ 1 : วิดกกังวลจากการขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการรักษา

ข้อมูลสนับสนุน ผู้ป่วยมาตรวจตาครั้งแรก มีสีหน้ากังวล สอบถามว่าจะรักษาหายหรือเปล่า ไม่รู้ว่าต้องทำอะไรบ้าง

วัตถุประสงค์การพยาบาล เพื่อลดความวิตกกังวลของผู้ป่วย และผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตนเกี่ยวกับโรคได้อย่างถูกต้อง

เกณฑ์การประเมินผล ผู้ป่วยลดความวิตกกังวล และสามารถปฏิบัติตนเกี่ยวกับโรคได้อย่างถูกต้อง

กิจกรรมการพยาบาล

1. พูดคุยสร้างสัมพันธภาพ ให้กำลังใจ ให้การพยาบาลที่นุ่มนวลและมีท่าที่เป็นกันเอง
2. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้พูดระบายความรู้สึกเกี่ยวกับโรคการรักษา และสอบถามข้อสงสัย
3. แจ้งให้ผู้ป่วยทราบพร้อมทั้งอธิบายเหตุผลก่อนและหลังให้การพยาบาลทุกครั้ง
4. อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจเกี่ยวกับพยาธิสภาพของโรค การดำเนินของโรค การปฏิบัติตัวของผู้ป่วย แผนการรักษา
5. ยกตัวอย่างผู้ป่วยต่อกระจกที่มีภาวะจอประสาทตาดลอกที่มีการรักษาคล้ายกัน และประสบความสำเร็จในการรักษา

การประเมินผลการพยาบาล

ผู้ป่วยมีสีหน้าคลายความกังวลและสามารถปฏิบัติตนเกี่ยวกับโรคได้อย่างถูกต้อง

วินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ 2 : มีโอกาสเกิดภาวะต่อหินเฉียบพลันหลังหยอดยาขยายม่านตา 2 ข้าง

ข้อมูลสนับสนุน

ผู้ป่วยได้รับยาขยายม่านตา 2 ข้าง อาจทำให้ม่านตาส่วนที่ขยายไปบังช่องทางระบายน้ำในตาจนเกิดการอุดตัน ความดันลูกตาสูงจนเกิดเป็นต่อหินเฉียบพลันได้

วัตถุประสงค์การพยาบาล

ป้องกันการเกิดภาวะต่อหินเฉียบพลัน

เกณฑ์การประเมินผล

ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะต่อหินเฉียบพลัน

กิจกรรมการพยาบาล

1. สอบถามประวัติโรคต่อหินของผู้ป่วยและญาติใกล้ชิด เนื่องจากต่อหินเป็นโรครากกรรมพันธุ์
2. ประเมินความดันลูกตาก่อนหยอดยาขยายม่านตา ถ้าสูงเกิน 21 มิลลิเมตรปรอท รายงานแพทย์ เนื่องจากความดันลูกตาที่สูงมีโอกาสที่ผู้ป่วยจะเป็นต่อหิน
3. หยอดยาขยายม่านตาให้ผู้ป่วยครั้งละ 1 หยด ห่างกันอย่างน้อย 5 นาที หลังหยอดยาให้ผู้ป่วยหลับตาไว้เพื่อให้ยาได้ประสิทธิภาพดี หยอดยาเพิ่มจนม่านตาขยาย ไม่เกิน 5 รอบ ถ้าครบแล้วม่านตายังไม่ขยายให้รายงานแพทย์
4. สังเกตอาการตาแดง ปวดตามากหลังหยอดยาขยายม่านตา ถ้าผู้ป่วยมีอาการ วัดความดันลูกตาซ้ำแล้วรายงานแพทย์

การประเมินผลการพยาบาล

ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะต่อหินเฉียบพลัน

วินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ 3 : เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุเนื่องจากความสามารถในการมองเห็นลดลงหลังหยอดยาขยายม่านตา 2 ข้าง และปิดตาข้างซ้ายหลังฉีดยาเข้าช่องน้ำวุ้นตา

ข้อมูลสนับสนุน

ผู้ป่วยได้รับยาขยายม่านตา 2 ข้าง หลังหยอดยาตาจะมัวมากขึ้นและผู้ป่วยปิดตาข้างซ้ายหลังฉีดยาเข้าช่องน้ำวุ้นตา

วัตถุประสงค์การพยาบาล

ป้องกันการเกิดอุบัติเหตุของผู้ป่วย

เกณฑ์การประเมินผล

ผู้ป่วยไม่เกิดอุบัติเหตุ

กิจกรรมการพยาบาล

1. แนะนำสถานที่ห้องตรวจ และห้องฉีดยาที่ผู้ป่วยต้องเข้ารับบริการ เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความคุ้นเคย
2. ดูแลสถานที่ให้เป็นระเบียบเรียบร้อย โส่ง ไม่มีสิ่งกีดขวางทางเดิน ป้องกันการสะดุดล้ม
3. อธิบายผู้ป่วย ถึงฤทธิ์ของยาขยายม่านตาจะทำให้ม่านตาขยายประมาณ 4-6 ชั่วโมงขึ้นอยู่กับม่านตาของแต่ละบุคคล เนื่องจากม่านตาได้รับการขยาย แสงสามารถเข้าตามากขึ้น จะรู้สึกตามัว แพ้แสง เห็นแสงธรรมดาสว่างจ้าขึ้น อาจมีน้ำตาไหลได้ เมื่อหมดฤทธิ์ยา อาการต่าง ๆ ก็จะหายไป
4. ช่วยเหลือผู้ป่วยในกิจกรรมต่าง ๆ ขณะตรวจและฉีดยา ให้เคลื่อนไหวช้า ๆ อย่างมั่นคง
5. ไม่ละทิ้งผู้ป่วยให้อยู่ตามลำพัง แนะนำญาติให้ดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด
6. แนะนำผู้ป่วยนำญาติมาด้วยทุกครั้ง ที่มีการนัดขยายม่านตาและฉีดยาเข้าช่องน้ำวุ้นตา เพื่อป้องกันอุบัติเหตุและสะดวกในการเดินทางกลับบ้าน
7. แนะนำผู้ป่วยเมื่อจะเดินทางกลับบ้าน ให้หลีกเลี่ยงแสงจ้า สวมแว่นตากันแดด เพื่อลดอาการแพ้แสงเมื่อออกกลางแจ้ง

การประเมินผลการพยาบาล

ผู้ป่วยไม่เกิดอุบัติเหตุ

ระยะฉีดยาเข้าหน้าวันตา

วินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ 4 : ไม่สุขสบายเนื่องจากปวดตาข้างที่ฉีดยาเข้าช่องหน้าวันตา

ข้อมูลสนับสนุน

หลังฉีดยาผู้ป่วยบ่นปวดๆ ตึงๆ ตา Pain score ได้ 4 คะแนน

วัตถุประสงค์การพยาบาล

เพื่อลดอาการปวดตาของผู้ป่วย

เกณฑ์การประเมินผล

อาการปวดตาของผู้ป่วยลดลง Pain score ได้น้อยกว่าหรือเท่ากับ 2 คะแนน

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินความดันลูกตาก่อนฉีดยาเข้าช่องหน้าวันตา ถ้าสูงเกิน 21 มิลลิเมตรปรอท รายงานแพทย์ เนื่องจากความดันลูกตาปกติอยู่ระหว่าง 5-21 มิลลิเมตรปรอท เมื่อฉีดยา Avastin 0.1cc/2.5mg เข้าช่องหน้าวันตา ปริมาณยาที่ฉีดเข้าไปจะไปเพิ่มความดันลูกตาให้สูงขึ้นทำให้ผู้ป่วยปวดตาได้ พร้อมทั้งอธิบายผู้ป่วยหลังฉีดยาอาจมีอาการปวดตาได้ ประมาณ 5-10 นาที แล้วจะทุเลา

2. ดูแลหยอดยาชา (0.5%Tetracaine eye drop) สอบถามผู้ป่วยถึงประวัติการแพ้ยา Tetracaine ก่อนหยอดยาชาตาซ้าย ครั้งละ 1-2 หยด ทุก 5-10 นาที อย่างน้อย 3 ครั้งก่อนฉีดยา เพื่อระงับอาการปวดขณะฉีดยาเข้าช่องหน้าวันตา แนะนำผู้ป่วยหลังหยอดยาชาหลีกเลี่ยงการสัมผัสผิสรอบ ๆ ดวงตาเนื่องจากอาการชา การสัมผัสดวงตาอาจรุนแรงจนเกิดอันตรายได้ ฤทธิ์ของยาชาจะหมดภายใน 10-20 นาที หลังหยอดยา หากมีอาการผิดปกติหลังหยอดยาชา เช่น แสบร้อน บริเวณดวงตาให้แจ้งพยาบาล

3. จัดทำนอนราบไม่หนุนหมอน ศีรษะตรงขณะฉีดยา แนะนำผู้ป่วย ไม่สายหน้าไม่มา ลืมตาให้กว้างที่สุดทั้ง 2 ข้าง มองลงด้านล่างขวาแล้วนิ่งไว้ เพื่อให้แพทย์ฉีดยาในตำแหน่งที่เหมาะสม ลดการบาดเจ็บจากการฉีดยา

4. หลังฉีดยา จัดทำนอนราบ ที่สุขสบายเคลื่อนไหวร่างกายช้าๆ โดยเฉพาะศีรษะ ให้ผู้ป่วยนอนพักต่อบนเตียง จนกว่าจะทุเลापวด

5. หลังฉีดประเมินระดับอาการปวด (Pain score) ถ้าอาการปวดไม่ทุเลาให้รับประทาน Paracetamol 500 mg. 1 เม็ด

การประเมินผลการพยาบาล

ผู้ป่วยมีอาการปวดตาลดลง ประเมิน Pain score ได้ 2 คะแนน

วินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ 5 : เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังฉีดยา Avastin เข้าช่องหน้าวันตาซ้าย

ได้แก่ การอักเสบติดเชื้อในตา จอตาลอก เลือดออกในตา

ข้อมูลสนับสนุน

ผู้ป่วยได้รับการฉีดยา Avastin เข้าช่องหน้าวันตาซ้าย แล้วกลับไปดูแลตัวเองที่บ้าน

วัตถุประสงค์การพยาบาล

ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังฉีดยา Avastin เข้าช่องหน้าวันตาซ้าย ได้แก่การอักเสบติดเชื้อในตา จอตาลอก เลือดออกในตา

เกณฑ์การประเมินผล

ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนหลังฉีดยา Avastin เข้าช่องหน้าวันตาซ้าย ได้แก่การอักเสบติดเชื้อในตา จอตาลอก เลือดออกในตา

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมิน ความสะอาดบริเวณใบหน้า ตา 2 ข้าง ไม่มีบวม แดง มีขี้ตา เพื่อป้องกันการนำเชื้อโรคจากภายนอกเข้าสู่ในตา

2. การปฏิบัติตนก่อนฉีดยา เพื่อป้องกันการติดเชื้อ

2.1 ดูแลสวมหมวกเก็บผมให้เรียบร้อย แนะนำผู้ป่วยล้างหน้าด้วยสบู่เหลวแล้วซับให้แห้งด้วยผ้าสะอาด

2.2 ดูแลล้างตาซ้ายด้วย 10% povidone iodine solution ผสม 0.9% Normal Saline 1:1

2.3 หยอดยาปฏิชีวนะ และยาฆ่าเชื้อ 5% povidone iodine solution ให้ผู้ป่วยหลับตาไว้ 3 นาที

3. การปฏิบัติตนขณะฉีดยา

3.1 ให้การพยาบาลโดยใช้หลัก sterile technique ในการเตรียม Set และเครื่องมือ sterile และเตรียม น้ำยา 10% povidone iodine solution และ 0.9% Normal Saline ลงใน Set ฉีดยา เพื่อป้องกันการติดเชื้อ

3.2 เคลื่อนย้ายยา Avastin โดยใช้กระดิกเก็บความเย็น เพื่อคงคุณภาพของยา ตรวจสอบความถูกต้อง ชนิดของยา ปริมาณ ความเรียบร้อยของบรรจุภัณฑ์ รวมทั้งวันหมดอายุยา Avastin เพื่อให้ได้ยาที่ถูกต้อง ไม่ปนเปื้อน มีคุณภาพ ก่อนนำยาให้แพทย์

3.3 ขณะฉีดยาแนะนำผู้ป่วยมองทิศล่างขวาจ้องนิ่ง ห้ามกรอกตา หลับตา กระพริบตาขณะแพทย์ฉีดยา เพื่อป้องกันการบาดเจ็บซึ่งจะทำให้เลือดออกจอตตาและจอตตาลอกได้

3.4 ห้ามนำมือขึ้นสัมผัสผ้าที่คลุมบริเวณใบหน้า ห้ามพูดคุยขณะฉีดยา เพื่อป้องกันการติดเชื้อ

4. การปฏิบัติตนหลังฉีดยา ดูแลหยอดยาปฏิชีวนะให้หลังฉีดยา ใช้ Gaze sterile ชุบ 0.9% Normal Saline เช็ดทำความสะอาดรอบดวงตา ใช้ผ้าก๊อชปิดตา (Eye Pad) ปิดตา เพื่อป้องกันการติดเชื้อ

5. ให้คำแนะนำหลังฉีดยาเพื่อป้องกันการติดเชื้อ

5.1 เมื่อถึงบ้านให้ผู้ป่วยเปิด ผ้าก๊อชปิดตา (Eye Pad) ออกทิ้ง ไม่ต้องปิดตาอีก ไม่ให้น้ำเข้าตาข้างซ้าย 3 วัน หากต้องการทำความสะอาดบริเวณใบหน้า ให้ใช้ผ้าที่สะอาดชุบน้ำสะอาดเช็ดหน้า ไม่ควรขยี้ตา

5.2 ล้างมือก่อนและหลังหยอดยาทุกครั้ง หยอดยาปฏิชีวนะข้างซ้ายครั้งละ 1-2 หยด เข้า กลางวัน เย็น ก่อนนอน หลังหยอดยาให้นำยาแช่ตู้เย็น ยาจะมีอายุอยู่ได้ 1 เดือน เพื่อป้องกันการติดเชื้อ

5.3 มาตรวจตามแพทย์นัด สังเกตอาการผิดปกติ เช่น ปวดตา ตามัวลง ตาแดง ไม่มีขี้ตา ให้มาพบแพทย์ ก่อนวันนัด เพื่อแพทย์จะได้ประเมินอาการ

การประเมินผลการพยาบาล

ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนหลังฉีดยา Avastin เข้าช่องน้ำวุ้นตา ได้แก่การอักเสบติดเชื้อในตา จอตตาลอก เลือดออกในตา

ระยะก่อนผ่าตัด

วินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ 6 : เสี่ยงต่อการได้รับเลนส์แก้วตาเทียมที่ไม่ถูกต้องทั้งกำลังเลนส์และชนิดของเลนส์

ข้อมูลสนับสนุน

ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดต้อกระจกใส่เลนส์แก้วตาเทียม ผู้ป่วยมีภาวะจอประสาทตาดอกซึ่งอาจทำให้การวัดเลนส์คลาดเคลื่อนได้

วัตถุประสงค์ทางการพยาบาล

ผู้ป่วยได้รับการใส่เลนส์แก้วตาเทียมที่กำลังถูกต้องทั้งกำลังเลนส์และชนิดของเลนส์

เกณฑ์การประเมินผล

ตาซ้ายผู้ป่วยอ่านตัวเลขได้มากกว่าเดิมอย่างน้อย 1 บรรทัด (ระดับสายตามองเห็นที่ระยะ $\geq 20/100$)

กิจกรรมการพยาบาล

1. ตรวจสอบ เครื่องวัดความยาวลูกตาและคำนวณเลนส์แก้วตาเทียมแบบใช้แสงเลเซอร์ (IOL Master) ให้อยู่ในสภาพเรียบร้อยพร้อมใช้งาน

2. ลงบันทึกข้อมูลผู้ป่วย Hospital Number, ชื่อ- นามสกุล, แพทย์เจ้าของไข้ ให้ถูกต้อง ครบถ้วน ในเครื่องวัดความยาวลูกตาและคำนวณเลนส์แก้วตาเทียมแบบใช้แสงเลเซอร์ (IOL Master) เพื่อระบุตัวตนผู้ป่วย

3. ดูแลผู้ป่วยให้อยู่ในท่านั่ง วางคาง จัดตำแหน่งตาให้เหมาะสมในการวัดเลนส์ แนะนำผู้ป่วย สวมตากว้าง มองนิ่งที่จุดจากบาท ในเครื่อง ห้ามกรอกตาไปมา เพื่อให้เครื่องวัดเลนส์แก้วตาเทียมแบบใช้แสงเลเซอร์ (IOL Master) ทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ พยาบาลวัดกำลังเลนส์โดยให้แสงเลเซอร์ตกกลางตาผู้ป่วย ในแนวตั้งฉากกับกระจกตาผู้ป่วย เพื่อให้ได้ค่าที่แม่นยำที่สุด

4. วัดกำลังเลนส์ ด้วยเครื่องวัดความยาวลูกตาและคำนวณเลนส์แก้วตาเทียมแบบใช้แสงเลเซอร์ อย่างมีมาตรฐานดังนี้

4.1 ตรวจสอบค่าคงที่ของเลนส์ (A-constant) ชนิด Nanex C เท่ากับ 119.2 เนื่องจากค่าคงที่ของเลนส์ที่ไม่ถูกต้องจะทำให้การคำนวณเลนส์แก้วตาเทียมคลาดเคลื่อนไป

4.2 เลือกรูปแบบ (mode) เลนส์ตาผู้ป่วย ให้ถูกต้องกับสภาวะเลนส์ตาของผู้ป่วยปัจจุบัน ได้แก่ มีเลนส์แก้วตา (phakia) เพื่อการคำนวณเลนส์แก้วตาเทียมที่ถูกต้อง

4.3 วัดค่าความโค้งของกระจกตา (Keratometry) โดยค่าความโค้งของกระจกตา 2 ข้าง ต่างกัน 0.57 Diopter ซึ่งถ้าต่างกันเกิน 2.00 Diopter อาจทำให้ค่ากำลังเลนส์แก้วตาเทียมตา 2 ข้าง ต่างกันมากกว่า 2 กำลังเลนส์แก้วตาเทียม (Power) ได้

4.4 เลือกสูตรให้เหมาะสมตามความยาวลูกตา (Axial length) โดยผู้ป่วยรายนี้มีความยาวลูกตา 22.28 mm. ใช้สูตร SRK/T ความยาวลูกตากลาง (>22.0 mm. และ <24.5 mm) โดยสูตรความยาวลูกตาที่ไม่เหมาะสมทำให้การคำนวณกำลังเลนส์แก้วตาเทียมคลาดเคลื่อนได้

4.5 วัดความยาวลูกตา (Axial Length) แล้วตรวจสอบค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation, SD) ได้ 0.00 ถ้าค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานมากกว่า 0.03 กำลังเลนส์แก้วตาเทียมที่คำนวณออกมาได้จะไม่น่าเชื่อถือ

4.6 ตรวจสอบค่าความต่างของกำลังเลนส์แก้วตาเทียมตาทั้ง 2 ข้าง ซึ่งวัดได้ เบอร์ 22.5 ในตาทั้ง 2 ข้าง ทำให้ค่าความต่างอยู่ที่ 0 ถ้าค่ากำลังเลนส์แก้วตาเทียม (Power) ตาทั้ง 2 ข้าง ต่างกันเกิน 2.0 กำลังเลนส์แก้วตาเทียม (Power) จะทำให้ค่าความน่าเชื่อถือของเลนส์แก้วตาเทียมที่วัดได้ลดลง

4.7 ตรวจสอบชนิดเลนส์แก้วตาเทียมตามวิธีการผ่าตัด Phacoemulsification with Intraocular Lens สิทธิบัตรบัตรทอง ใช้เลนส์ Nanex C

ประเมินผลการพยาบาล

ตาซ้ายผู้ป่วยอ่านตัวเลขได้มากกว่าเดิม 2 บรรทัด (ระดับสายตามองเห็นที่ระยะ 20/70)

วินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ 7 : วิตกกังวลจากการขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตนก่อนผ่าตัด

ข้อมูลสนับสนุน

ผู้ป่วยไม่เคยผ่าตัดเกี่ยวกับตามาก่อน มีสีหน้าวิตกกังวล ผู้ป่วยถามว่าตาจะบอดหรือไม่ ไม่รู้ว่าต้องเตรียมตัวอย่างไรบ้าง

วัตถุประสงค์การพยาบาล

เพื่อให้ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวล สามารถปฏิบัติตนก่อนผ่าตัดได้อย่างถูกต้อง

เกณฑ์การประเมินผล

ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวล สามารถปฏิบัติตนก่อนผ่าตัดได้อย่างถูกต้อง

กิจกรรมการพยาบาล

1. พุดคุยสร้างสัมพันธภาพ เปิดโอกาสให้ผู้ผู้ป่วยพุดคุยระบายความรู้สึก สอบถามข้อสงสัย

2. แนะนำการปฏิบัติตนก่อนมาอน โรงพยาบาลเพื่อผ่าตัด ได้แก่

2.1 ตรวจสอบช่องปากและฟันที่โรงพยาบาลใกล้บ้านเพื่อลดโอกาสติดเชื้อจากช่องปาก

2.2 ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในระดับปกติ หรือสูงไม่เกิน 200 มิลลิกรัม/เดซิลิตร โดยเฉพาะในช่วง 7 วันก่อนผ่าตัด เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด

2.3 ฝึกหายใจแบบคลุ่มผ้าสะอาดตลอดทั้งตัวและศีรษะ ประมาณ 1 ชั่วโมง เพื่อช่วยให้รู้สึกไม่อึดอัดในระหว่างผ่าตัด

2.4 นำยาโรคประจำตัว ได้แก่ ความดันโลหิตสูง และเบาหวาน มารับประทานต่อเนื่องขณะนอนโรงพยาบาล

2.5 มีญาติเฝ้า 1 คนขณะนอนโรงพยาบาล สระผมให้สะอาดก่อนวันมาโรงพยาบาล

3. แนะนำการปฏิบัติตัวขณะการผ่าตัด ได้แก่

3.1 ก่อนผ่าตัดแพทย์จะฉีดยาชาที่บริเวณรอบตาซ้ายให้ สอบถามประวัติการแพ้ยาชา แนะนำให้ผู้ผู้ป่วยมองด้านบนขวาขณะแพทย์ฉีดยาชา ห้ามส่ายหน้า กรอกตา เพราะจะทำให้เลือดออกในตาได้

3.2 ขณะผ่าตัดต้องนอนหงายราบ คลุมผ้าสะอาดตลอดทั้งตัวและศีรษะ ถ้าผู้ป่วยรู้สึกอึดอัดให้หายใจทางปากช่วยได้ ใช้เวลาในการผ่าตัดประมาณ 1 ชั่วโมง

3.3 ขณะที่ทำการผ่าตัด ไม่สายศีรษะไปมา ไม่ยกแขนหรือขยับร่างกาย หรือไอ จามอย่างเด็ดขาด ถ้าหลีกเลี่ยงไม่ได้ ให้แจ้งแพทย์

4. แนะนำการปฏิบัติตัวหลังการผ่าตัด ผึกนอนคว่ำหน้า เนื่องจากหลังผ่าตัดจอประสาทตาต้องนอนคว่ำหน้าอย่างต่อเนื่องมากกว่าหรือเท่ากับ 16 ชั่วโมงต่อวัน เป็นระยะเวลา 2-3 สัปดาห์ เพื่อให้แก้วสลายขึ้นไปกดบริเวณตำแหน่งที่มีการลอกของจอตา

5. แจกเอกสารแผ่นพับการปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัด และหลังการผ่าตัดแก่ผู้ป่วย และให้ดูสื่อการสอนวีดิทัศน์ การประเมินผลการพยาบาล

ผู้ป่วยมีสีหน้าคลายความกังวล สามารถปฏิบัติตนก่อนผ่าตัดได้อย่างถูกต้อง

สรุปกรณีศึกษา

ผู้ป่วยชายไทย อายุ 58 ปี มาด้วย 1 เดือน ก่อนมาโรงพยาบาลตาซ้ายมัวมาก มองเห็นจุดดำลอยไปมา แพทย์วินิจฉัยต่อกระจกตาซ้าย ร่วมกับเบาหวานขึ้นตาระยะที่มีการสร้างหลอดเลือดขึ้นมาใหม่ตา 2 ข้าง ร่วมกับจอตาลอกชนิดที่เกิดจากพังผืดดึงรั้งตาซ้าย (Senile Cataract Left Eye with Proliferative Diabetic Retinopathy Both Eye with Tractional retinal detachment Left Eye) ได้รับการรักษาโดย ฉีดยาAvastinเข้าช่องน้ำวุ้นตา (Intravitreal Injection) ตาซ้าย 3 ครั้ง และผ่าตัดสลายเลนส์แก้วตาที่ขุ่นด้วยคลื่นอัลตราซาวด์และใส่เลนส์แก้วตาเทียม ร่วมกับการผ่าตัดเอาหน้าวุ้นตาและเนื้อเยื่อพังผืดที่ดึงรั้งจอประสาทตาออกพร้อมกับการฉีดแก๊สในลูกตาข้างซ้าย(Phacoemulsification with Intraocular Lens with Pars plana vitrectomy with Membrane peeling with perfluoropropane gas Left Eye) บทบาทหน้าที่พยาบาล วัตถุประสงค์การพยาบาลอย่างมีมาตรฐาน เตรียมความพร้อมผู้ป่วยในการฉีดยาเข้าช่องน้ำวุ้นตา การปฏิบัติตนก่อนผ่าตัด ลดวิตกกังวลของผู้ป่วย หลังผ่าตัดตาซ้ายมองเห็นชัดขึ้น แผลผ่าตัดดี ไม่พบการติดเชื้อ ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ผู้ป่วยรับการรักษา 6 เดือน ผู้ป่วยพึงพอใจการมองเห็นที่ดีขึ้น แพทย์นัดตรวจติดตามผลอีก 6 เดือน

วิจารณ์

ผู้ป่วยรายนี้เป็นเบาหวาน 5 ปี ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ไม่ค่อยดี รักษาโรงพยาบาลชุมชน ได้รับการตรวจจอประสาทตาไม่สม่ำเสมอ ขาดการตรวจจอประสาทตาไป 2 ปี เมื่อตาซ้ายมัวมากจึงมาตรวจโรงพยาบาลกำแพงเพชร พบมีต่อกระจกและมีภาวะจอประสาทตาลอกข้างซ้าย ให้ความร่วมมือดีขึ้นในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและมาตรวจตามนัดทุกครั้ง ได้รับการผ่าตัดต่อกระจกและจอตาซ้าย ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพและสามารถปฏิบัติตนตามคำแนะนำก่อนและหลังผ่าตัดตาได้ดี ทำให้การผ่าตัดต่อกระจกและจอตาได้ผลดี การมองเห็นหลังผ่าตัดดีขึ้นส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น แต่ยังคงควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ และมาตรวจตามนัดทุกครั้ง

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยต่อกระจกที่มีภาวะจอประสาทตาลอกอย่างมีประสิทธิภาพเพื่อให้การพยาบาลอย่างมีมาตรฐานเดียวกัน

2. พัฒนาระบบการตรวจคัดกรองจอประสาทตา ผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ทุกรายต้องได้รับการคัดกรองทันที และมีการติดตามผลตามระยะของโรค เนื่องจากการให้คำแนะนำและดูแลรักษาผู้ป่วยโดยการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในระดับที่เหมาะสม จะช่วยชะลอการเกิดภาวะเบาหวานขึ้นจอตาและต่อกระจกได้

3. พัฒนาระบบการให้ความรู้ ผู้ป่วยเบาหวานเริ่มมีเบาหวานขึ้นจอตาระยะแรก สังเกตอาการ เมื่อพบอาการผิดปกติที่ต้องมาตรวจก่อนนัด

สรุป

ต้อกระจกเป็นภาวะที่เกิดจากเลนส์แก้วตาที่มีการขุ่นมัว ทำให้มองไม่ชัดเนื่องจากแสงผ่านเข้าไปยังจอประสาทตาได้น้อยลง รักษาได้โดยการผ่าตัดเปลี่ยนเลนส์แก้วตาเทียม ต้อกระจกในผู้ป่วยเบาหวานสามารถทำให้ตาบอดได้ เนื่องจากการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดที่ไม่ดีทำให้เป็นต้อกระจกได้ตั้งแต่อายุน้อย และทำให้เกิดโรคเบาหวานขึ้นจอตา จนเกิดภาวะจอตาลอก จำเป็นต้องได้รับการดูแลรักษาโดยการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด การยิงเลเซอร์จอตา การฉีดยาเข้าช่องน้ำวุ้นตา และการผ่าตัดจอประสาทตา โดยพิจารณาตามระยะของโรค สำหรับระยะจอตาลอกมักจำเป็นต้องรักษาโดยการผ่าตัดเพื่อซ่อมแซมจอตาและทำให้จอตากลับไปติดเหมือนเดิม นอกจากนี้ผู้ป่วยที่เป็นเบาหวานยังพบอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดต้อกระจกมากกว่าผู้ที่ไม่เป็นเบาหวาน พยาบาลจึงควรมีแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยต้อกระจกที่มีภาวะจอประสาทตาลอกอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนและทำให้ผู้ป่วยมองเห็นได้ชัดเจนยิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. ตามัว-มองไม่ชัดจาก 'ต้อกระจก' สิทธิบัตรทองคุ้มครอง 'ผ่าตัด-ใส่เลนส์แก้วตาเทียม' ด้วยมาตรฐานระดับโลก. ข่าวประชาสัมพันธ์. [อินเทอร์เน็ต]. 27 กรกฎาคม 2566. [เข้าถึงเมื่อ 11 พฤศจิกายน 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.nhso.go.th/news/4092>
2. ชารินี เสงี่ยมพรพาณิชย์. ต้อกระจก สาเหตุ และปัจจัยสำคัญที่ควรระวัง. BANGKOK HOSPITAL. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 13 ตุลาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.bangkokhospital.com/content/cataracts-causes-and-important-factors-to-be-aware-of>
3. ละมิตร์ ปีกขาว, เพ็ญจันทร์ แสนประสาน, กาญจนา หัตถรังสี. การพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจกแบบมีส่วนร่วมอย่างเอื้ออาทร ตามทฤษฎี Swanson โรงพยาบาลปทุมธานี. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2563;29(5):865.
4. ศุภภาพิชญ์ ไชยชมพู. Safety & Happy : IOL Surgery. วารสารแห่งความรู้ สู่องค์กรร่วมพัฒนา. 2563; 27: 1.
5. พิมพ์ลดา ชลสวัสดิ์. การดูแลผู้ป่วยจอตาลอกหลังได้รับการผ่าตัดชนิดชนิดจี้แก๊สในลูกตา โดยการใช้ Control chart หรือการวิเคราะห์และปรับปรุงการดูแลโดยใช้ข้อมูลของหน่วยงาน. วารสารโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ. 2563; 5(3): 1
6. ศูนย์ข้อมูลโรงพยาบาลกำแพงเพชร. สถิติโรคทางตาโรงพยาบาลกำแพงเพชรประจำปี 2564-2566. กำแพงเพชร. โรงพยาบาลกำแพงเพชร; 2566.
7. ศูนย์ข้อมูลโรงพยาบาลกำแพงเพชร. สถิติการผ่าตัดของแพทย์ห้องผ่าตัดโรงพยาบาลกำแพงเพชรประจำปี 2565-2566. กำแพงเพชร. โรงพยาบาลกำแพงเพชร; 2566.
8. ศูนย์ข้อมูลโรงพยาบาลกำแพงเพชร. สถิติการมองเห็นดีขึ้นหลังผ่าตัดตาต้อกระจกโรงพยาบาลกำแพงเพชรประจำปี 2565-2566. กำแพงเพชร. โรงพยาบาลกำแพงเพชร; 2566.
9. ดิศรณ์ สุวจนกรณ์. Diabetic Retinopathy โรคเบาหวานขึ้นจอประสาทตา. Medparkhospital. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 16 ตุลาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.medparkhospital.com/disease-and-treatment/diabetic-retinopathy>
10. ลักษณะนาพร กรุงไกรเพชร. ต้อกระจกในผู้ป่วยเบาหวาน. บุรพาเวชสาร. 2561; 5: 1.
11. วรณรัตน์ คัทมาตย์. รู้จัก Pain Score วิธีวัดระดับ "ความปวด" จาก 1-10 ประเมินยังไงให้ตรงที่สุด?, กรุงเทพฯธุรกิจ [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 13 ตุลาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.bangkokbiznews.com/lifestyle/1047186>
12. Irfani I, Wahyu T, Oktarima P, Caesarya S, Sari M, Karfiati F. Accuracy of the SRK/T Formula in Pediatric Cataract Surgery. Open access to scientific and medical research. 2023;15: 2



Nursing Care for Stroke Patients with Dependency in the Community : A Case Study

Yupha Saengsai, Dip in N.EQU BN.*

Abstract

Introduction : Cerebrovascular disease, a significant contributor to mortality and disability, particularly through conditions like stroke, imposes physical, mental, and social burdens on patients' quality of life. Disabilities resulting from stroke may strain families and lead to economic losses. Standardized nursing care, coupled with appropriate advice on self-care practices, can prevent and alleviate complications, facilitating the recovery process and helping patients regain a quality of life close to their pre-condition.

Objectives : This study aims to provide nursing care guidelines for stroke patients with dependency in the community.

Case Study : A 77-year-old male, with a history of hypertension and chronic obstructive pulmonary disease (COPD), was hospitalized after a fall. Presenting weakness in the right arm and leg, difficulty walking, and slurred speech, he received a provisional diagnosis of a stroke, later confirmed as a left thalamic hemorrhage. Following treatment, he was discharged for further home rehabilitation. Subsequent assessment revealed the patient's inability to support himself, weakness in the right arm and leg, and a 0 score on the Activities of Daily Living (ADL) scale. The patient acquired a tracheostomy tube, a feeding tube due to swallowing difficulties, and a stage 2 pressure ulcer on the right hip. Impaired bowel control and a urinary catheter further complicated the situation. A three-phase continuous care plan, involving pre-visit, visitation, and post-visit phases with five home visits, addressed nursing concerns such as pre-discharge planning, pressure ulcer risk, limitations in daily activities, contracture risks, airway obstruction monitoring, urinary tract infection risk, and caregiver stress and fatigue. Seven months post-rehabilitation, the patient's ADL score improved to 1, showcasing successful self-care management within the long-term care system (Long Term Care).

Conclusions : Caring for community-based patients with disabilities is complex and challenging. Effective coordination between healthcare teams and communities is essential for efficient care. Nursing managers should prioritize assessing patient readiness, evaluating potential risks, and understanding the demand for nursing care. Developing a care plan aligned with genuine patient needs is crucial in community care.

Keywords : Nursing care for stroke patients, Individuals with Dependency in the Community.

*Expert Nurse in Primary and Integrated Care at Khlong Lan Hospital.

การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน : กรณีศึกษา

ยุพา แสงใส, ป.พ.ย.*

บทคัดย่อ

บทนำ : โรคหลอดเลือดสมอง เป็นสาเหตุของการเสียชีวิตหรือเป็นอัมพฤกษ์ อัมพาตได้ ซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม บางรายเกิดความพิการกลายเป็นภาวะให้กำบังครอบครัว ทำให้เกิดความสูญเสียทางเศรษฐกิจ ดังนั้นการพยาบาลที่มีมาตรฐาน การให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวแก่ผู้ป่วยที่ถูกต้องเหมาะสม จะช่วยป้องกันและลดภาวะแทรกซ้อน ช่วยฟื้นฟูสภาพให้ผู้ป่วยกลับมาใช้ชีวิตที่ดีและมีคุณภาพชีวิตที่ดีใกล้เคียงตามเดิมมากที่สุด

วัตถุประสงค์: เพื่อเป็นแนวทางในการให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน

กรณีศึกษา : ผู้ป่วยเพศชาย อายุ 77 ปี มีโรคประจำตัวเป็นความดันโลหิตสูงและโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง รับประทานยาสมอผู้ป่วยล้มลุกเดินไม่ได้ มีอาการแขน ขา ซีกขวาอ่อนแรง ปากเบี้ยวพูดไม่ชัด ก่อนมาโรงพยาบาล 30 นาที ญาตินำส่งที่โรงพยาบาล แพทย์วินิจฉัย Stroke, not specified as hemorrhage or infarction ส่งต่อรักษาที่โรงพยาบาลกำแพงเพชร แพทย์วินิจฉัย Left thalamic hemorrhage ได้รับการรักษาและส่งกลับมาฟื้นฟูสภาพที่โรงพยาบาลใกล้บ้านจนอาการคงที่ แพทย์จำหน่ายและส่งต่อให้ทีมเยี่ยมบ้าน ติดตามและประเมินภาวะสุขภาพ พบว่า ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองไม่ได้ แขนขาซีกขวาอ่อนแรง คะแนน ADL = 0 ใส่ท่อหลอดลมคอ ใส่สายยางให้อาหารเนื่องจากกลืนลำบาก มีแผลกดทับที่สะโพกขวา ระดับ 2 ควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ ใส่สายสวนปัสสาวะ ที่วางแผนการดูแลต่อเนื่องเพื่อการฟื้นฟูสภาพ 3 ระยะ คือ ระยะก่อนเยี่ยม ระยะเยี่ยม และระยะสิ้นสุดการเยี่ยม และติดตามเยี่ยมบ้าน จำนวน 5 ครั้ง ปัญหาทางการพยาบาลที่สำคัญ คือ 1. การวางแผนก่อนจำหน่าย 2. เสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับลูกกลมและเกิดแผลใหม่ 3. พร่องความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเนื่องจากพยาธิสภาพของโรค 4. เสี่ยงต่อการเกิดภาวะข้อยึดติด เนื่องจากไม่สามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้เอง 5. เผาระวังภาวะทางเดินหายใจอุดกั้น 6. เสี่ยงต่อการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะเนื่องจากสายสวนปัสสาวะเป็นเวลานาน 7. ญาติมีความวิตกกังวลและเหนื่อยล้าเนื่องจากการดูแลผู้ป่วยมีความซับซ้อน หลังการฟื้นฟูเป็นระยะเวลา 7 เดือน คะแนน ADL = 1 ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถดูแลตัวเองได้ตามแผนการรักษา มี Caregiver เข้ามาช่วยดูแล และได้รับการดูแลต่อเนื่อง ในระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (Long Term Care)

สรุปผลกรณีศึกษา: การดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนเป็นกระบวนการที่ซับซ้อน ท้าทาย การประสานงานที่ดีระหว่างทีมสาธารณสุขและชุมชนเป็นสิ่งสำคัญในการดำเนินการดูแลที่มีประสิทธิภาพ ขั้นตอนที่ผู้บริหารทางการแพทย์ควรให้ความสำคัญ คือการประเมินความพร้อมของผู้ป่วย ประเมินความเสี่ยงที่เป็นไปได้ ประเมินความต้องการและการพยาบาลของผู้ป่วย เพื่อสร้างแผนการดูแลที่เป็นรูปธรรมและสอดคล้องกับความต้องการจริงของผู้ป่วยจึงมีความสำคัญที่สุดในกระบวนการดูแลในชุมชน

คำสำคัญ : การพยาบาลโรคหลอดเลือดสมอง ผู้มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ งานปฐมภูมิและองค์กรร่วม โรงพยาบาลคลองลาน



บทนำ

โรคหลอดเลือดสมอง คือ ภาวะสมองขาดเลือดที่เกิดจากหลอดเลือดสมองตีบอุดตันหรือมีเลือดออกในสมอง ทำให้เนื้อเยื่อสมองถูกทำลาย ทำให้เกิดอาการอ่อนแรงหรือชาอย่างเฉียบพลัน บริเวณ หน้า แขนหรือขา มักเกิดกับร่างกายแค่ด้านเดียว ร่วมกับอาการปากเบี้ยว พูดไม่ชัดหรือพูดไม่ได้ ตามัวแบบเฉียบพลัน หรือเห็นภาพซ้อน เวียนศีรษะ เดินเซ ชีพลง¹ ก่อให้เกิดการสูญเสียชีวิต และสูญเสียสุขภาพ จากรายงานขององค์การโรคหลอดเลือดสมองโลก (World Stroke Organization : WSO) ในปี 2562 พบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 101 ล้านคน พบผู้ป่วยรายใหม่ 12 ล้านคนต่อปี เสียชีวิต 6.5 ล้านคน ร้อยละ 60 เสียชีวิตก่อนวัยอันควร² ในประเทศไทย จากข้อมูลสถิติสาธารณสุข ปี 2560-2564 พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยในปี 2563 - 2564 พบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อประชากรแสนคน เท่ากับ 588 และ 645 ในปี 2563 มีอัตราตาย 53 ต่อแสนประชากร เพศชาย มากกว่าเพศหญิง ส่วนใหญ่มีอายุมากกว่า 60 ปี³ ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่รอดชีวิตจะยังคงมีความพิการหลงเหลืออยู่ ส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนแก่ผู้ป่วย เช่น อัมพาต ข้อติด แผลกดทับ ปัญหาการพูดหรือการกลืน สูญเสียความทรงจำ มีภาวะซึมเศร้า ดำรงชีวิตด้วยความยากลำบาก ไม่สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ ต้องพึ่งพาครอบครัวหรือผู้ดูแล ส่งผลกระทบต่อครอบครัวและชุมชนในระยะยาว

การดูแลผู้มีภาวะพึ่งพิง (Dependency care) องค์การอนามัยโลก(WHO) ได้ให้ความหมายไว้ว่า เป็นภาวะที่ต้องพึ่งพาผู้อื่น เพื่อให้การสนับสนุนทางร่างกาย จิตใจและหรือสังคม⁴ การดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนเป็นการบริการพยาบาลเชิงรุกที่ดูแลต่อเนื่องจากโรงพยาบาลมาที่บ้านให้กับบุคคลที่เจ็บป่วยเรื้อรังและยังมีปัญหาสุขภาพที่ต้องได้รับการดูแลจากทีมสุขภาพอย่างเหมาะสมกับความจำเป็น โดยอาศัยความร่วมมือจากผู้ป่วยและครอบครัวหรือผู้ดูแลในการฟื้นฟูสภาพ ป้องกันและลดภาวะแทรกซ้อน การช่วยเหลือในการดำรงชีวิตและประกอบกิจกรรมต่างๆ เพื่อให้ผู้ป่วยจะสามารถกลับไปใช้ชีวิตได้อย่างปกติ หรือใกล้เคียงปกติให้มากที่สุด และมีคุณภาพชีวิตที่ดีใกล้เคียงตามเดิมโดยเร็วที่สุด ในประเด็นสำคัญ คือ 1. ประเมิน วิเคราะห์ปัญหาเพื่อวางแผนดูแลต่อเนื่อง 2. ให้ความรู้สอน สาธิต การให้คำปรึกษา 3. ให้บริการพยาบาลในส่วนที่ผู้ป่วยและผู้ดูแลขาดทักษะ 4. ติดตามเยี่ยมและประเมินผลอย่างต่อเนื่อง 5. สร้างความมั่นใจเป็นกำลังใจแก่ผู้ป่วยและครอบครัวในการดูแลตนเอง ให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี สำนักการพยาบาล กำหนดบทบาทพยาบาลในการให้การพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน ได้แก่ ผู้จัดการการดูแลสุขภาพ (Care Manager) ผู้นำ (Leader) การดูแลเอาใจใส่ (Care Provider) ผู้นำการเปลี่ยนแปลง (Change Agent) ที่ปรึกษา (Counselor) ผู้สอนหรือให้ความรู้ด้านสุขภาพ (Educator) ผู้ติดต่อสื่อสารและผู้ช่วยเหลือ (Communicator/Helper) ผู้รักษาประโยชน์และสิทธิผู้ใช้บริการ (Client Advocate) นักวิจัย (Researcher) บทบาทหลัก ของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน (Home Health Care Nurse) คือ บทบาทการดูแลโดยตรง และบทบาทการดูแลโดยอ้อม⁵ ในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน พยาบาลต้องมีความรู้ความสามารถใช้ทักษะทางการพยาบาลและศาสตร์ที่เกี่ยวข้องมาใช้ในการวางแผน และการจัดการที่ดีด้านการพยาบาล โดยประยุกต์แนวคิดทฤษฎีการพยาบาลของโอเรียม ร่วมกับแนวคิดการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่องมาใช้ให้เหมาะสม การดูแลแบบองค์รวม สนับสนุนให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีทัศนคติที่ดี มีความรู้ ความเข้าใจ สามารถดูแลตนเองให้เกิดสุขภาพที่ดี มีคุณภาพชีวิตที่ดี สามารถดำรงชีวิตอยู่ที่บ้านและในสังคมได้ตามศักยภาพ

จากข้อมูลสถิติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มารับบริการโรงพยาบาลคลองลาน ย้อนหลัง 3 ปี ตั้งแต่ปี พ.ศ.2563, 2564 และ 2565 พบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 378 คน, 395 คน และ 452 คน ตามลำดับ ซึ่งมีแนวโน้มสูงขึ้นต่อเนื่องทุกปี และจำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีภาวะพึ่งพิงในชุมชน 14 คน, 21 คนและ 15 คน จากกรณีศึกษาผู้เขียนสนใจศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน เพื่อเป็นแนวทางให้พยาบาลสามารถดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนได้ถูกต้องและมีประสิทธิภาพ ส่งเสริมให้ครอบครัวมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วย จนสามารถดำรงชีวิตอยู่ที่บ้านได้ตามศักยภาพ และไม่พบภาวะแทรกซ้อนเพิ่มสะท้อนถึงบทบาทการพยาบาลทั้งด้านกระบวนการพยาบาล การจัดการทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่มีประสิทธิภาพเกิดผลลัพธ์ที่ดี ช่วยให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน ลดความพิการและมีคุณภาพชีวิตที่ดีตามอัตภาพ และการเสริมแรงสนับสนุนทางสังคมจากเครือข่ายต่างๆในชุมชนอย่างต่อเนื่อง

กรณีศึกษา

ผู้ป่วยเพศชาย อายุ 77 ปี เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย ศาสนาพุทธ จบชั้นประถมศึกษา สถานภาพสมรส คู่ อาชีพทำไร่และค้าขายเกลือ เป็นหัวหน้าครอบครัวและหารายได้เลี้ยงสมาชิกในครอบครัว มีบุตร 1 คน

อาการสำคัญ : Refer กลับจากโรงพยาบาลกำแพงเพชร

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน

10 วันก่อนมาโรงพยาบาล ผู้ป่วยเดินล่นอยู่หน้าบ้านล้มแล้วลุกเดินไม่ได้ มีอาการแขนขา ซีกขวาอ่อนแรง ปากเบี้ยวพูดไม่ชัด ญาติจึงนำส่งที่โรงพยาบาล แพทย์วินิจฉัย Stroke, not specified as hemorrhage or infarction และส่งตัวรักษาต่อที่โรงพยาบาลกำแพงเพชร แพทย์วินิจฉัย Left thalamic hemorrhage ได้รับการรักษาจนสามารถกลับมาฟื้นฟูสภาพที่โรงพยาบาลใกล้บ้าน

Admit ที่หอผู้ป่วยใน จำนวน 21 วัน จนอาการคงที่ จึงส่งปรึกษางานปฐมภูมิเพื่อวางแผนจำหน่ายและดูแลต่อเนื่องที่บ้าน

การวินิจฉัยโรค : ภาวะเลือดออกในสมองส่วน Thalamus (Left thalamic hemorrhage)

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต

มีโรคประจำตัว เป็นความดันโลหิตสูง และปอดอุดกั้นเรื้อรัง เป็นมา 16 ปี รับประทานยาสม่ำเสมอ ผู้ป่วยเคยสูบบุหรี่ และดื่มเหล้าเป็นบางครั้ง ไม่มีประวัติผ่าตัด ปฏิเสธการแพ้ยาและอาหาร

การประเมินสภาพร่างกายตามระบบ

รูปร่างทั่วไป : ผอม น้ำหนัก 45 กิโลกรัม ส่วนสูง 155 เซนติเมตร ดัชนีมวลกาย 18.73 กิโลกรัมต่อตารางเมตร

สัญญาณชีพ : อุณหภูมิร่างกาย 37.1 องศาเซลเซียส ความดันโลหิต 119/64 มิลลิเมตรปรอท การเต้นของหัวใจสม่ำเสมอ 78 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ระดับค่าความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือด 97 เปอร์เซ็นต์

ระบบประสาท : เรียกสติตา Glasgow Coma Score E4M5VT (ขยับปากพูดแต่ไม่มีเสียงและผงกศีรษะ) อ่อนแรงซีกขวา motor power grade 0 ด้านซ้าย motor power grade 4

ผิวหนัง : ผิวแดง ผิวลอกแห้ง ไม่ซีด ไม่มีผื่นหรือจุดจ้ำเลือด สะโพกขวามีแผลกดทับระดับ 2 ไม่มีรอยแผลผ่าตัด

ศีรษะและใบหน้า : ศีรษะไม่มีบาดแผล ผมนสั้นสีเทา ตา 2 ข้าง สมมาตรกัน เปลือกตาไม่ซีดทั้ง 2 ข้าง ไบฮู จมูก ลักษณะภายนอกปกติ ใส่สายให้อาหาร ริมฝีปากและเยื่อช่องปากไม่ซีด ไม่มีแผล อ้าปากได้ปกติ ใส่ท่อหลอดลมคอ คลำไม่พบก้อนบริเวณต่อมน้ำเหลือง

ทรวงอกและการหายใจ : ทรวงอกรูปร่างปกติสมมาตรกัน หน้าอกเคลื่อนไหวเท่ากันทั้ง 2 ข้าง หายใจปกติ อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที เสียงการหายใจเท่ากันทั้ง 2 ข้าง

หัวใจและหลอดเลือด : การเต้นของหัวใจสม่ำเสมอ 78 ครั้งต่อนาที ไม่มีเสียง murmur เสียงลมหายใจเท่ากันทั้ง 2 ข้าง ไม่มีเส้นเลือดที่คอโป่ง

ระบบทางเดินปัสสาวะ : ไม่พบบาดแผลบริเวณท้องน้อย กระเพาะปัสสาวะไม่โป่งตึง คาสายสวนปัสสาวะ ปัสสาวะสีเหลืองใส

ระบบอวัยวะสืบพันธุ์ : อวัยวะสืบพันธุ์ภายนอกปกติ ไม่มีบาดแผล

ระบบกล้ามเนื้อและกระดูก : ไม่มีข้อติด อ่อนแรงซีกขวา แขนขวาเกร็ง

สภาพด้านจิตใจและสังคม : สีหน้าเรียบเฉย แหวดวิตกกังวล

สรุปการดำเนินของโรคขณะรับไว้ดูแล

- Visit ที่ 1 เยี่ยมผู้ป่วยก่อนจำหน่าย : ผู้ป่วยรู้สึกตัว เรียกสติตา แขน-ขาซีกขวาอ่อนแรง ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ motor power grade ด้านซ้าย เกรด 4 ด้านขวา เกรด 0 คะแนน ADL = 0 พูดไม่ได้ ใส่ท่อหลอดลมคอมีเสมหะเหนียวรับประทานอาหารทางสายยาง ขับถ่ายใส่ผ้าอ้อม ใส่สายสวนปัสสาวะ มีแผลกดทับที่สะโพกขวา ระดับ 2 ไม่มีเนื้อตาย สัญญาณชีพปกติ ระดับค่าความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือด 97 เปอร์เซ็นต์ การรักษาที่สำคัญได้แก่ Enalapril (5 mg) 1 เม็ด 1 ครั้ง ก่อนอาหารเช้า Theophylline (200 mg) 1 เม็ด 1 ครั้ง หลังอาหารเช้า, Procateterol HCl (25 mg) 1 เม็ด 2 ครั้ง หลังอาหารเช้า-เย็น Simvastatin (20 mg) 1 เม็ด 1 ครั้ง ก่อนนอน Haloperidol (0.5 mg) 1 เม็ด 1 ครั้ง ก่อนนอน, Doxazosin (2 mg) 2 เม็ด 1 ครั้ง หลังอาหารเช้า ผู้ดูแลหลักคือภรรยา

จากการศึกษาข้อมูลก่อนเยี่ยม ผู้ป่วยเป็นชาวไร่และค้าขายเกลือ ขณะเจ็บป่วยมีภรรยาเป็นผู้ดูแล บุตรสาวกำลังศึกษาชั้นมัธยมปลาย สภาพสิ่งแวดล้อมเป็นบ้าน 2 ชั้น ครั้งติดครั้งไม่ ฐานะทางเศรษฐกิจปานกลาง

- Visit ที่ 2 เยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน : อาการผู้ป่วยคงเดิม สัญญาณชีพปกติ ระดับค่าความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือด 97 เปอร์เซ็นต์ สภาพแวดล้อมเป็นบ้าน 2 ชั้น ผู้ป่วยนอนอยู่ชั้นล่าง มีเตียงผู้ป่วยและที่นอนลม แสงสว่างพอเพียง อากาศถ่ายเทดี มีภรรยาคอยดูแล



ผู้ป่วยได้รับประทานยาต่อเนื่องตามแผนการรักษา ทุกรายมีอาการอ่อนล้าและสีหน้ากังวล บอกว่าต้องดูแลผู้ป่วยเพียงลำพัง ลูกสาวยังต้องเรียนหนังสือ พอมีรายได้บ้างจากค่าเช่าที่ จากการประเมิน 2Q พบเสียง ประเมิน 9Q ไม่มีภาวะซึมเศร้า

- Visit ที่ 3 เยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน : ผู้ศึกษา นักกายภาพบำบัด Care giver และ อสม.ในพื้นที่ เข้าไปติดตามเยี่ยม พบผู้ป่วยอาการยังคงเดิม นอนหลับเป็นส่วนใหญ่ ทรพยาบอกลงให้ผู้ช่วยจับน้ำทางปากแล้วมีไอสำลัก ไม่รวมมือในการทำกายภาพ แสดงสีหน้าเจ็บปวดเมื่อขยับ ไม่มีข้อติด ผลกตทาบเบี่ยงขึ้นและมีกลิ่น ทรพยาบมีอาการอ่อนล้าเพราะดูแลผู้ป่วยคนเดียว ขาดความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วย ที่มีให้กำลังใจญาติและแนะนำการดูแลแผล สอนการทำกายบริหาร และวางแผนประสานให้ Care giver เข้ามาช่วยดูแลผลัดเปลี่ยน วันละ 2 ชั่วโมง ค่าความดันโลหิต 82/54 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 114 ครั้งต่อนาที การหายใจ 24 ครั้งต่อนาที อุณหภูมิร่างกาย 36.4 องศาเซลเซียส ค่าความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือด 93 เปอร์เซ็นต์ ระหว่างดูแลที่บ้านผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนจากการสำลัก ทำให้ต้องกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลด้วยมีภาวะปอดติดเชื้อ นานประมาณ 1 เดือน

- Visit ที่ 4 เยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน: สภาพผู้ป่วยคงเดิม ส่งเสียงพูดได้เป็นบางคำ สื่อสารโดยการพยักหน้า แพทย์พิจารณาถอดท่อหลอดลมคอกออก ผู้ป่วยหายใจทางจมูกได้สะดวกดี มือและแขนซ้ายมีแรงกำมือและยกได้ ขาซ้ายเกร็ง งอเข้าได้ ถอดสายสวนปัสสาวะแล้ว ปัสสาวะออกดี ขับถ่ายใส่ผ้าอ้อม ผลกตทาบที่สะโพกหายดี คะแนน ADL= 0 แนะนำญาติให้ทำกายบริหารฟื้นฟูกล้ามเนื้อเพื่อป้องกันข้อติดและระมัดระวังภาวะแทรกซ้อนจากการสำลัก ทรพยาบมีสีหน้าสดชื่นและยิ้มแย้มมากขึ้น บอกว่าเครียดลดลงกว่าช่วงแรกมาก สามารถดูแลสามีได้ดีขึ้น และดีใจที่มีทีมสุขภาพลงไปช่วยดูแล สัญญาณชีพปกติ ค่าความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือด 96 เปอร์เซ็นต์

- Visit ที่ 5 เยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน: สภาพผู้ป่วยคงเดิม ญาติปฏิบัติกิจวัตรประจำวันทดแทนผู้ป่วยทั้งหมด ข้อไหล่ขวาเริ่มติด เกร็งขา 2 ข้าง ทาง-หุบเข้าได้ กระดกข้อเท้าได้ ผู้ป่วยไม่ค่อยร่วมมือในการทำกายภาพ มีผลกตทาบที่ก้นกบ ระดับ 2 คะแนน ADL= 0 แนะนำทำกายบริหารเพื่อฟื้นฟูกล้ามเนื้อ และพลิกตะแคงตัว ทุก 2 ชั่วโมงสัญญาณชีพปกติ

- Visit ที่ 6 เยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน: สภาพผู้ป่วยคงเดิม ผลกตทาบที่ก้นกบหายดี ไม่มีข้อติดเพิ่ม คะแนน ADL= 1 สัญญาณชีพปกติ ทรพยาบสามารถดูแลผู้ป่วยได้ดี ผู้ป่วยยังรับประทานยาต่อเนื่องตามแผนการรักษาเดิม มี Care giver มาร่วมผลัดเปลี่ยนดูแล ทำให้ญาติได้มีเวลาพักผ่อนเพิ่มขึ้นและช่วยสื่อสารกับทีมสุขภาพผ่านทาง Line และได้ประสานกับเครือข่ายในชุมชนให้มีส่วนร่วมดูแล หลังดูแลครบ 6 เดือน ได้ส่งผู้ป่วยเข้าในระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิง (Long Term Care) เพื่อการดูแลต่อเนื่อง

ผลการประเมินสภาพผู้ป่วยตามแนวทาง INHOMEMESS

I:immobility	ผู้ป่วยมีแขนขาขวาอ่อนแรง เกรด 0 ข้อไม่ติด การประเมินกำลังของแขนขา แขนซ้าย เกรด 3 สามารถกำมือและยกได้ แขนขวา เกรด 1 ขาซ้าย เกรด 3 ขาซ้าย เกรด 1 ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ คะแนน ADL= 0
N:nutrition	ผู้ป่วยใส่สายให้อาหารเนื่องจากกลืนลำบาก ได้อาหารจำนวน 4 มื้อต่อวัน
H:home environment	บ้าน 2 ชั้นครึ่งตึกครึ่งไม้ ปรับพื้นที่ชั้นล่างให้เป็นห้องผู้ป่วย มีเตียงผู้ป่วยและที่นอนลม ชั้นวางอุปกรณ์ของใช้ที่จำเป็น จัดวางเป็นระเบียบเรียบร้อย บริเวณรอบบ้านอากาศถ่ายเทดี ปลูกต้นไม้รอบบ้าน
O:other people	ผู้ป่วยอาศัยอยู่กับภรรยาและบุตรสาว ภรรยาเป็นผู้นำครอบครัว รับผิดชอบเรื่องราวได้ ส่วนบุตรสาวคอยดูแลช่วยเหลือ ทำกายภาพบำบัด ช่วยเหลือเรื่องเตรียมอาหารเหลว มีผู้ดูแลผู้สูงอายุ(Caregiver)และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านคอยแวะมาช่วยดูแลช่วงตอนกลางวันอาทิตย์ละ 2 ครั้ง
M:medication	รับประทานยาที่ภรรยาและบุตรสาวจัดไว้ให้ ถูกต้องตามแผนการรักษา
E:examination	Vital sign BP 119/64 mmHg PR=78/min RR= 20/min T 37.1 C ระดับออกซิเจนในเลือดแดง 97 เปอร์เซ็นต์ ดีขึ้นดี ไม่มีข้อติด ไม่บวม กำลังแขนขาขวา เกรด 0 ข้างซ้าย เกรด 4, สะโพกขวามีผลกตทาบ ระดับ 2



S:safety	เป็นเตียงผู้ป่วยและที่นอนลม พื้นห้องเป็นปูน ไม่มีลิ้น ข้าวของเครื่องใช้วางเป็นระเบียบ
S:spiritual health	ผู้ป่วยนับถือศาสนาพุทธ ชอบทำบุญตักบาตร
S:service	ผู้ป่วยใช้สิทธิการรักษาบัตรทอง มีนัดติดตามที่แผนกอายุรกรรม และกายภาพ ถ้าเจ็บป่วยก็ใช้บริการที่โรงพยาบาลใกล้บ้าน

การวางแผนการพยาบาล

พบว่า ผู้ป่วยมีปัญหาทางการพยาบาลที่สำคัญในช่วงเวลาที่ศึกษาดังนี้

1. การวางแผนก่อนจำหน่าย
2. เสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับลูกกลมและเกิดแผลใหม่
3. พร่องความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเนื่องจากพยาธิสภาพของโรค
4. เสี่ยงต่อการเกิดภาวะข้อยึดติด เนื่องจากไม่สามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้เอง
5. เผื่อระวังภาวะทางเดินหายใจอุดกั้น
6. เสี่ยงต่อการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะเนื่องจากคาสายสวนปัสสาวะเป็นเวลานาน
7. ญาติมีความวิตกกังวลและเหนื่อยล้าเนื่องจากการดูแลผู้ป่วยมีความซับซ้อน

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ที่ 1 การวางแผนก่อนจำหน่าย

ข้อมูลสนับสนุน 1. แพทย์ส่งปรึกษางานปฐมภูมิเพื่อวางแผนจำหน่ายและดูแลต่อที่บ้าน

2. ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองไม่ได้ คะแนน ADL = 0

วัตถุประสงค์การพยาบาล 1. เพื่อเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่ายและวางแผนการดูแลต่อที่บ้าน

เกณฑ์การประเมินผล 1. ผู้ป่วยได้รับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันตามปกติ

2. ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนเพิ่ม เช่น การสำลักอาหาร การติดเชื้อที่ปอด ข้อติดแข็ง แผลกดทับ

กิจกรรมการพยาบาล

1. ระยะเวลาเยี่ยม พยาบาลผู้ดูแลร่วมกับทีมสุขภาพได้วางแผนการดูแลต่อเนื่อง โดยประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว จัดทำผังครอบครัว (genogram) เพื่อรับทราบความสัมพันธ์ของสมาชิกและประวัติครอบครัว เตรียมแบบประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วยและครอบครัว (INHOMESSS) แบบประเมินความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง (ADL) การประเมินด้านจิตใจ ภาวะซึมเศร้า ใช้แบบประเมิน 2Q และ 9Q

2. แนะนำสอนและฝึกญาติให้ปฏิบัติเกี่ยวกับการทำความสะอาดร่างกาย การให้อาหารทางสายยาง การทำกายภาพบำบัดป้องกันข้อติด การพลิกตะแคงตัวเพื่อป้องกันแผลกดทับ เผื่อระวังการพลัดตกเตียง การได้รับยาต่อเนื่องและการมาตรวจตามแพทย์นัด

3. สอนญาติทำแผลและดูดเสมหะได้อย่างถูกวิธี

4. แนะนำญาติ จัดสภาพแวดล้อมที่เอื้ออำนวยให้เกิดความคล่องตัวในการหยิบอุปกรณ์ของใช้

5. ให้ความรู้เกี่ยวกับโรค อาการ ปัญหาที่ยังคงหลงเหลืออยู่ และสิ่งที่ต้องดูแลต่อ การป้องกันการกลับเป็นซ้ำ

6. การสังเกตอาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์ ได้แก่ อาการทางประสาทที่แยง หายใจหอบเหนื่อย

7. การนัดหมายเพื่อติดตามเยี่ยมบ้าน

ประเมินผล

1. ญาติสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันทดแทนผู้ป่วยได้ตามปกติ

2. ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนเพิ่ม

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 2 เสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับลูกกลมและเกิดแผลใหม่

ข้อมูลสนับสนุน 1. มีแผลกดทับที่สะโพกขวา ระดับ 2

2. ควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะและอุจจาระไม่ได้
3. ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองไม่ได้ คะแนน ADL = 0

วัตถุประสงค์การพยาบาล เพื่อดูแลและป้องกันการเกิดแผลกดทับ

- เกณฑ์การประเมินผล
1. แผลกดทับที่สะโพกขวาไม่ลูกกลมมากกว่า เกรด 2
 2. ไม่เกิดแผลกดทับใหม่

กิจกรรมการพยาบาล

1. แนะนำญาติในการประเมินสภาพผิวหนังบริเวณที่เสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับทุกครั้งที่เปลี่ยนท่าหรือพลิกตะแคงตัวผู้ป่วย เช่น บริเวณปุ่มกระดูก ตาตุ่ม สันเท้า
2. การดูแลในการลดแรงกดทับ แรงเสียดสี ดังนี้
 - จัดหาที่นอนนุ่ม เพื่อให้ผู้ป่วยได้นอนที่นอนนุ่ม จะช่วยกระจายแรงกดได้มาก พร้อมให้คำแนะนำการตรวจสอบประสิทธิภาพของที่นอนนุ่มโดย ใช้มือสอดใต้ที่นอนนุ่มถ้ามือสัมผัสกับตัวผู้ป่วยต้องพิจารณาเพิ่มลมหรือดูรอยรั่วที่เกิดขึ้น
 - แนะนำญาติพลิกตัวเปลี่ยนท่าให้ผู้ป่วยทุก 2 ชั่วโมงใช้หมอนช่วยในการจัดท่านอนตะแคง 30 องศาและใช้หมอนป้องกันปลายเท้าตก และสอนให้ญาติสังเกตผิวหนังหลังพลิกตะแคงตัวว่ามีรอยแดงเกิดขึ้นอีกไหม ถ้ามีรอยแดงให้ปรับการพลิกตัวให้บ่อยขึ้นกว่า 2 ชั่วโมง แต่ถ้าไม่มีรอยแดงสามารถปรับให้การพลิกตะแคงตัวห่างขึ้นได้เพื่อลดภาระของญาติ ปรับเปลี่ยนจนได้ระยะเวลาการพลิกตะแคงตัวที่เหมาะสมกับผู้ป่วย
 - แนะนำญาติ ใช้ผ้าขาววางเตียงช่วยยกผู้ป่วยขึ้นเมื่อเปลี่ยนท่านอนหรือเคลื่อนย้าย ไม่ใช้วิธีลากดึงเพราะจะทำให้ผิวหนังเกิดการเสียดสีทำให้เส้นเลือดฝอยฉีกขาดและเนื้อเยื่อถูกทำลายได้
 - ดูแลผ้าปูที่นอน ผ้ายาง ผ้าขาวให้แห้งสะอาด ไม่มีรอยย่น
3. การดูแลสภาพผิวหนัง เพื่อเพิ่มความทนทานของผิวต่อแรงกดทับ ดังนี้
 - ดูแลผิวหนังให้สะอาดและชุ่มชื้นอยู่เสมอ โดยการใช้น้ำสบู่น้ำหรือครีมบำรุงผิวทาผิวหนังบ่อยๆ หรือทุกครั้งหลังการอาบน้ำ
 - สังเกตความชื้นแฉะของผิวหนังว่าเกิดจากการรั่วซึมของสายสวนปัสสาวะหรือไม่ ถ้าพบจัดการแก้ปัญหาตามสาเหตุของปัญหา
 - ดูแลทำความสะอาดหลังการขับถ่ายปัสสาวะ อุจจาระทันที โดยใช้สาลีชุบน้ำเปล่า และซับให้แห้ง ไม่ขัดถู
 - ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับสารอาหารครบถ้วน และได้รับน้ำอย่างน้อยวันละ 2,000 ซีซี เพื่อให้เพียงพอกับความต้องการของร่างกายและไม่ขัดต่อแผนการรักษา
4. ดูแลให้ผู้ป่วยได้เคลื่อนไหวร่างกายเป็นประจำโดยสอนให้ญาติบริหาร แขน ขา และข้อต่อต่างๆ เพื่อกระตุ้นให้กล้ามเนื้อ หลอดเลือดและผิวหนังแข็งแรง มีการไหลเวียนของโลหิตดี
5. ประเมินแผลกดทับอย่างต่อเนื่องและดูแลความสะอาดบริเวณแผลกดทับอย่างสม่ำเสมอ

ประเมินผล

1. มีแผลเดิมที่สะโพกขวา เกรด 2
2. ไม่เกิดแผลใหม่

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 3 พร่องความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเนื่องจากพยาธิสภาพของโรค

ข้อมูลสนับสนุน 1. แขนขาขวาอ่อนแรง motor power grade 0

2. ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ คะแนน ADL = 0

วัตถุประสงค์การพยาบาล เพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

- เกณฑ์การประเมินผล
1. ผู้ป่วยได้รับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันตามปกติ
 2. ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนเพิ่ม ได้แก่ การสำลักอาหาร การติดเชื้อที่ปอด ข้อติดแข็ง แผลกดทับ
 3. คะแนน ADL เพิ่มขึ้น

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันด้วยแบบประเมิน Barthel ADL index เพื่อเป็นข้อมูลในการนำมาวางแผนการดูแลและฟื้นฟู

2. แนะนำญาติให้ปฏิบัติเกี่ยวกับการทำความสะอาดร่างกาย การให้อาหารทางสายยาง การทำกายภาพบำบัด ป้องกันข้อติด การพลิกตะแคงตัวเพื่อป้องกันแผลกดทับ เฝ้าระวังการพลัดตกเตียง การได้รับยาต่อเนื่องและการมาตรวจตามแพทย์นัด

3. ประสานนักกายภาพบำบัดวางแผนเยี่ยมบ้านร่วมกันเดือนละ 1 ครั้ง

4. ดูแลเปลี่ยนสายสวนให้ทุก 1 เดือน

ประเมินผล 1. ญาติสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันทดแทนผู้ป่วยได้ตามปกติ

2. รับประทานอาหารทางสายยางได้ไม่สำลัก ไม่เกิดแผลกดทับใหม่ ไม่พบอาการข้อติดแข็งหรือกล้ามเนื้อลีบ

3. คะแนน ADL = 1

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 4 เสี่ยงต่อการเกิดภาวะข้อยึดติด เนื่องจากไม่สามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้เอง

ข้อมูลสนับสนุน 1. แขนขาขวาอ่อนแรง motor power grade 0

2. ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ คะแนน ADL = 0

วัตถุประสงค์การพยาบาล เพื่อดูแลและป้องกันการเกิดภาวะข้อยึดติด

เกณฑ์การประเมินผล 1. ข้อต่างๆ ไม่ยึดติด สามารถเคลื่อนไหวได้ตามขอบเขตการเคลื่อนไหวของแขนขา

กิจกรรมการพยาบาล

1. สอนญาติให้ช่วยบริหารข้อต่างๆ ทำ passive exercise ช่วยยกแขน-ขา ข้างที่อ่อนแรง ยกขึ้นลง และงอเข้าออก ทำสลับกัน 20 ครั้ง ทำเช้า-เย็นทุกวัน

2. แนะนำญาติดูแลส่วนต่างๆของร่างกายให้อยู่ในท่าที่ถูกต้องโดยใช้หมอนช่วย เพื่อป้องกันข้อสะโพกบิดออกด้านนอก และใช้หมอนป้องกันปลายเท้าตก

การประเมินผล ไม่เกิดภาวะข้อยึดติด แขน ขา ซ้าย สามารถเคลื่อนไหวได้ตามพิสัยของข้อ

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ที่ 5 เฝ้าระวังภาวะทางเดินหายใจอุดกั้น

ข้อมูลสนับสนุน 1. มีเสมหะเหนียว ไม่สามารถไอออกเองได้

2. ใส่ท่อหลอดลมคอ

วัตถุประสงค์การพยาบาล เพื่อป้องกันไม่เกิดภาวะทางเดินหายใจอุดกั้น

เกณฑ์การประเมินผล 1. หายใจสะดวกไม่มีเสมหะอุดตัน

2. ค่าความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือด ไม่ต่ำกว่า 95%

กิจกรรมการพยาบาล

1. แนะนำญาติจัดท่าให้ผู้ป่วยหายใจสะดวกและหมั่นพลิกตัวทุกๆ 2 ชั่วโมง

2. แนะนำวิธีดูแลผู้ป่วยเจาะคอและให้ฝึกปฏิบัติการดูดเสมหะ การทำแผล ดูแลท่อหลอดลมคอให้อยู่กับที่ การทำความสะอาดท่อหลอดลมชั้นใน

3. แนะนำญาติดูแลให้ได้รับน้ำและอาหารอย่างเพียงพอ

4. แนะนำญาติให้หมั่นสังเกตอาการผิดปกติ เช่นท่อหลอดลมหลุด หายใจลำบาก หอบเหนื่อย บริเวณที่เจาะคอ บวม แดงหรือมีหนอง มีเลือดออกจากท่อหลอดลม ควรพบแพทย์โดยด่วน

5. หลีกเลี่ยง ไม่คลุกคลีกับคนที่ เป็นหวัดและป้องกันสิ่งแปลกปลอมเข้าหลอดลม

การประเมินผล 1. แพทย์พิจารณาถอดท่อหลอดลมคอออก ผู้ป่วยหายใจทางจมูกได้สะดวกดี

2. ค่าความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือด 96%

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 6 เสี่ยงต่อการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะเนื่องจากคาสายสวนปัสสาวะเป็นเวลานาน

ข้อมูลสนับสนุน ผู้ป่วยไม่สามารถดูแลความสะอาดบริเวณที่ใส่สายสวนปัสสาวะได้เอง

วัตถุประสงค์การพยาบาล ป้องกันการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ

เกณฑ์การประเมินผล 1. อุณหภูมิร่างกายอยู่ระหว่าง 36.0 – 37.4 องศา

2. นำปัสสาวะใส ไม่มีตะกอนขุ่น

กิจกรรมการพยาบาล

1. แนะนำการดูแลให้ผู้ป่วยได้รับน้ำให้เพียงพอต่อความต้องการอย่างน้อยวันละ 2,000 ซีซี
2. ทำความสะอาดสายสวนปัสสาวะเข้า-เย็นและทุกครั้งหลังการขับถ่าย
3. แนะนำการดูแลสายสวนปัสสาวะอยู่ในระบบปิด ตรึงสายไม่ให้หัก พับงอ เพื่อให้หน้าปัสสาวะไหลสะดวก ให้ถุงปัสสาวะอยู่สูงกว่าพื้นและต่ำกว่าระดับเอว และสังเกตลักษณะปริมาณและสีของน้ำปัสสาวะ ถ้าพบผิดปกติให้แจ้ง
4. ดูแลเปลี่ยนสายสวนให้ทุก 1 เดือน

การประเมินผล 1. อุณหภูมิร่างกาย 37.1 องศาเซลเซียส

2. นำปัสสาวะใส ไม่มีตะกอนขุ่น หลังถอดสายสวนสามารถปัสสาวะเองได้ดี

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 7 ญาติมีความวิตกกังวลและเหนื่อยล้าเนื่องจากการดูแลผู้ป่วยที่มีความซับซ้อน

ข้อมูลสนับสนุน 1. ภรรยาผู้ป่วยบอกว่า “เหนื่อยเพราะดูแลผู้ป่วยคนเดียว” มีอาการอ่อนเพลีย

2. มีสีหน้าวิตกกังวล บอกว่า “ไม่มั่นใจในการดูแลผู้ป่วยว่าทำได้ถูกต้องหรือไม่”

วัตถุประสงค์การพยาบาล เพื่อสร้างความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยติดเตียงที่บ้าน

เกณฑ์การประเมินผล ญาติคลายความวิตกกังวลและมีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วย

กิจกรรมการพยาบาล

1. สร้างสัมพันธภาพและพูดคุยเพื่อหาสาเหตุความวิตกกังวล เปิดโอกาสญาติได้พูดคุย รับฟังสิ่งที่ญาติพูดและสื่อสารด้วยท่าทีเต็มใจ สอบถามข้อมูลที่ต้องการการช่วยเหลือในปัจจุบันใดบ้างเพื่อดูความต้องการและแนวทางในที่จะปฏิบัติต่อผู้ป่วยอย่างเหมาะสม

2. ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย แผนการรักษา ภาวะเสี่ยงและการฟื้นฟูสภาพเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่จะเกิดได้อย่างถูกต้อง อธิบายให้ญาติเข้าใจถึงปัจจัยเสี่ยงเนื่องจากการนอนนาน เช่น แผลกดทับ กล้ามเนื้อลีบ แนะนำถึงความจำเป็นในการดูแลเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อน การผ่อนคลายความเครียด และกำหนดแผนการดูแลและฟื้นฟูสภาพ โดยมีการตั้งเป้าหมายร่วมกันระหว่าง ผู้ดูแล/ญาติ และทีมสุขภาพ

3. ประเมินผลการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลโดยการพูดคุย ซักถาม สอนและแนะนำการดูแลต่างๆที่จำเป็น การป้องกันภาวะแทรกซ้อนและหาแหล่งสนับสนุนอุปกรณ์ต่างๆที่จำเป็น เช่น ผ้าอ้อมผู้ใหญ่

4. เสริมสร้าง Empowerment ชื่นชมเมื่อสามารถทำได้ดี เพื่อให้เกิดกำลังใจโดยให้สมาชิกในครอบครัวเป็นแหล่งสร้างความเชื่อมั่นที่สำคัญ

5. แนะนำญาติ หากิจกรรมที่เบี่ยงเบนความสนใจ เช่น ฟังเพลง ดูโทรทัศน์ หรือปลูกต้นไม้ เพื่อพักผ่อน ช่วยผ่อนคลายความกังวล

6. ประสาน Care giver เข้ามาช่วยดูแลผลัดเปลี่ยน เพื่อให้ญาติได้มีเวลาผ่อนคลาย และประสานเครือข่ายในชุมชนให้เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแล

การประเมินผล

ญาติมีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วย ประเมินทักษะการดูแลสามารถตอบได้ถูกต้อง สีหน้าสดชื่น และยิ้มแย้มมากขึ้น

สรุปกรณีศึกษา

ผู้ป่วยเพศชาย อายุ 77 ปี มาด้วยอาการ แขน ขาซีกขวาอ่อนแรง ปากเบี้ยวพูดไม่ชัด 30 นาทีก่อนโรงพยาบาล ส่งต่อโรงพยาบาลกำแพงเพชร แพทย์วินิจฉัย Left thalamic hemorrhage หลังจำหน่ายได้วางแผนการดูแลต่อเนื่องเพื่อการฟื้นฟูสภาพ 3 ระยะ คือ ระยะก่อนเยี่ยม ระยะเยี่ยม และระยะสิ้นสุดการเยี่ยม และติดตามเยี่ยมบ้านจำนวน 5 ครั้ง ครั้งแรก พบว่า ผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ มีผลกดทับที่สะโพกขวา มีภรรยาเป็นผู้ดูแลหลัก ผู้ป่วยต้องได้รับการฟื้นฟูสภาพร่างกายเนื่องจากนอนติดเตียง การเยี่ยมครั้งที่สอง พบปัญหาผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อน ต้องกลับมารักษาในโรงพยาบาลซ้ำ ผู้ดูแลอ่อนล้าและวิตกกังวล มี Care giver เข้ามาดูแล การเยี่ยมครั้งที่สาม ผลกดทับหายดี ครอบครัวและผู้ดูแล สามารถดูแลผู้ป่วยได้ดีขึ้น ติดตามเยี่ยมครั้งที่สี่ พบมีผลกดทับใหม่ ข้อเริ่มติด ผีกักชะการดูแลผู้ป่วยกับครอบครัวและผู้ดูแล เพื่อฟื้นฟูสภาพป้องกันภาวะแทรกซ้อน การติดตามเยี่ยมครั้งที่ห้า ผลกดทับหายดี ไม่มีข้อติดเพิ่ม Care giver เข้าร่วมดูแลต่อเนื่องให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถดูแลตัวเองได้ครอบคลุมตามแผนการรักษาพยาบาล จากการฟื้นฟูเป็นระยะเวลา 6 เดือน ประเมิน คะแนน ADL =1 และได้รับการดูแลต่อเนื่องในระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (Long Term Care)

วิจารณ์

โรคหลอดเลือดสมองทำให้เกิดอันตรายต่อชีวิตและมีความพิการหลงเหลืออยู่ ผู้ป่วยต้องได้รับการฟื้นฟูสภาพและการดูแลอย่างต่อเนื่อง การวางแผนการพยาบาล มุ่งเน้นที่การเฝ้าระวัง ติดตามเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน และการฟื้นฟูสมรรถภาพให้กับผู้ป่วย รวมถึงการดูแลช่วยเหลือกิจวัตรประจำวัน ดูแลให้ได้รับสารน้ำและอาหารอย่างเพียงพอ มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ครอบครัวสามารถดูแลผู้ป่วยได้ จากกรณีศึกษา เมื่อจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล พยาบาลชุมชนมีบทบาทในการวางแผนการดูแลต่อเนื่อง ให้การพยาบาลโดยคำนึงถึง สมรรถภาพและข้อจำกัดของผู้ป่วยเป็นหลัก ให้ความรู้วิธีการดูแลผู้ป่วยแก่ญาติ พร้อมทั้งแนะนำแหล่งประโยชน์ในชุมชน รวมถึงการติดตามดูแลต่อเนื่อง การฟื้นฟูสภาพด้วยการร่วมมือกับนักกายภาพในการฝึกการเคลื่อนไหวป้องกันภาวะแทรกซ้อน โดยมีการประสานงานกับทีมสุขภาพและครอบครัวชุมชน รวมถึงการวางแผนการดูแลระยะยาวเพื่อให้เกิดการดูแลที่ถูกต้องมีประสิทธิภาพและต่อเนื่อง ให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้ภายใต้ข้อจำกัดของโรคและพยาธิสภาพที่เป็นอยู่

ข้อเสนอแนะ

1. ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะพึ่งพิงอย่างต่อเนื่อง ทีมสหวิชาชีพเป็นหลักสำคัญในมาตรฐานการดูแล เพื่อให้ครอบคลุมปัญหาทุกด้านของผู้ป่วย
2. พยาบาลชุมชนมีบทบาทสำคัญในการประสานงานกับทีมสหวิชาชีพ ครอบครัว และชุมชนเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่เหมาะสมครอบคลุมองค์รวมและต่อเนื่อง ควรต้องมีการประเมินวิเคราะห์ปัญหา พัฒนาระบบงาน มีฐานข้อมูลที่มีประสิทธิภาพ ประสานเครือข่ายเพื่อเชื่อมโยงการดูแลร่วมกัน
3. ส่งเสริมให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลผู้ป่วย เพื่อสร้างกำลังใจ และเสริมพลังอำนาจให้แก่ผู้ป่วยและญาติ ให้สามารถเผชิญปัญหาและสามารถดูแลตนเองได้ถูกต้อง
4. ประสานความร่วมมือจากองค์กรในชุมชนให้เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลอย่างต่อเนื่องและสนับสนุนการช่วยเหลือในด้านสุขภาพที่ครอบคลุมและช่วยแบ่งเบาภาระของครอบครัว

สรุป

การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะพึ่งพิงที่บ้าน พยาบาลต้องมีความรู้เกี่ยวกับการฟื้นฟูสภาพ และการดูแลอย่างต่อเนื่อง โดยยึดหลักการดูแลแบบองค์รวม ที่ครอบคลุมกาย ใจ สังคม และจิตวิญญาณ เพื่อวางแผนการดูแลต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่บ้าน ป้องกันภาวะแทรกซ้อน และการฟื้นฟูสมรรถภาพ โดยการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและญาติ ส่งผลให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน ฟื้นฟูจากความเจ็บป่วย มีสุขภาวะที่ดีที่สุดตามศักยภาพที่มีอยู่



เอกสารอ้างอิง

1. อุดม สุทธิพนไพศาล. โรคหลอดเลือดสมอง (stroke). [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 30 ตุลาคม 2566]. เข้าถึงได้จากจาก : www.medparkhospital.com/disease-and-treatment/stroke.
2. World Stroke Day. [Online]. 2023 Oct 29. [cited 2023 Oct 15]. Available from: <http://www.world-stroke.org/world-stroke-day-campaign/about-stroke/impact-of-stroke>.
3. กรมควบคุมโรค. รณรงค์วันโรคหลอดเลือดสมองโลก ปี 2566. [อินเทอร์เน็ต]. 2565. [เข้าถึงเมื่อ 25 ตุลาคม 2566]. เข้าถึงได้จากจาก : <https://www.hfocus.org/content/2023/10/28741>.
4. WHO Centre for Health Development. Ageing and health technical report volume 5: a glossary of terms for community health care and services for older persons. [Online]. 2004. [cited 2017 Nov 19]. Available from: http://www.who.int/kobe_centre/ageing/ahp_vol5_glossary.pdf.
5. สำนักการพยาบาล. การพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน. กรุงเทพฯ : ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย ; 2556.
6. สมาคมโรคหลอดเลือดสมองไทย. สถานการณ์โรคหลอดเลือดสมอง. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 29 ตุลาคม 2566]. เข้าถึงได้จากจาก : www.thaistroke.society.org/2566.
7. รัตนา เบ็ญชา. การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง : กรณีศึกษา 2 ราย. คลังปัญญาเชียงราย. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 25 ตุลาคม 2566]. เข้าถึงได้จากจาก : <https://eslipcro.moph.go.th/research/>.
8. สถาบันประสาทวิทยา. แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง สำหรับพยาบาลทั่วไป. กรุงเทพฯ : ชมรมพยาบาลโรคระบบประสาทแห่งประเทศไทย; 2550.
10. พิมพ์ชนก เอกวอลล์. การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะฟุ้งฟิงในชุมชน : กรณีศึกษาโรคหลอดเลือดสมอง. วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา. 2566;8(2):351-60.
11. บรรณทวารณ หิรัญเคราะห์. รูปแบบการจัดการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน. วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเชีย ฉบับวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี. 2560;11(3):11-21.
12. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข. สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2563. [อินเทอร์เน็ต]. 2563. [เข้าถึงเมื่อ 25 ตุลาคม 2566]. เข้าถึงได้จากจาก : https://bps.moph.go.th/new_bps/sites/default/files/2563_0.pdf.
13. สมพิศ วิริยม. การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง : กรณีศึกษา 2 ราย. วารสารวิจัยและวิชาการสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร. 2565;3(2):130-40.
14. พรทิพย์ ควรคิด, ประยูรศรี แก้วเอี่ยม. การอภิบาลผู้สูงวัยสำหรับผู้ดูแล. สมุทรสาคร : พิมพ์ดี ; 2563.



Nursing Care of Pregnant Women With High Blood Pressure : A Case Study

Waraporn Yucharoen, B.N.S.*

Abstract

Introduction : Medical treatment for pregnant women with high blood pressure, is considered a critical situation that must be treated urgently. Because it affects the health condition of pregnant women and her fetus. For those pregnant women with high blood pressure. The process of care will be based on the principles of the nursing process. Firstly evaluating the pregnant women. Secondly, nursing diagnosis, then nursing plan, and nursing practice. In the situation of a risk management system to care for birth attendants. Nurses play an important role in assessing risk factors. And monitoring risks lead to proper management.

Objectives : To provide guidelines for nursing care pregnant women with high blood pressure.

Case study : A 17 year-old Thai female, nulliparous, that with start prenatal care at Khao Kiris Subdistrict Health Promoting Hospital. Her first prenatal care at 23 weeks of pregnancy. Her first laboratory test was show, HCT=38% , HIV= negative, VDRL= non-Reactive, HbsAg= negative, DCIP= negative. During the study at GA39+5 wk high blood pressure was found. A pregnant woman was admitted to the delivery room at Phran Kratai Hospital. With symptoms of labor pains, there was water breaking 1 hour and 30 minutes before came to hospital. She denies congenital disease and drug allergy, refuse surgery. Her blood pressure 170/80 mmHg, pulse 84 times per minute, respiratory rate. 20 times per minute, body temperature 37 degrees celsius. Pelvic examination was done. Her cervix dilated 2 centimeters, effacement 50 percent, vertex presentation station 0, with vaginal pooling,the fluid were clear. Her nieghr of fundus was 32 centimeters. Her fetal heart sounds was 140 times per minute. Urine test finds protein in the urine:2+. The doctor was diagnosed as high blood pressure in pregnancy. The patient care was followed by guidelines for treating hypertensive patients during pregnancy. The important problems of nursing are 1. Risk of seizures due to high blood pressure. 2. Risk of brain hemorrhage due to high blood pressure. 3. There is a chance of hypermagnesemia and adverse reactions from receiving MgSO₄. 4. Pregnant women and relatives are worried due to illness. 5. Risk of deterioration while being transferred. Various problems have been resolved. Pregnant women are safe from high blood pressure and its complications. She was sent for further treatment at delivery room of Kamphaeng Phet Hospital's. Follow up on a case study, she was delivered by normal labor. She was treated at Kamphaeng Phet Hospital for 2 days. And then returned for follow-up at Prankratai hospital and found that her blood pressure was normal. There is no follow-up appointment. Final diagnosis was PIH.

Case study summary : Pregnant woman with high blood pressure is considered as an emergency crisis, who must receive an urgent treatment. If delay in medical treatment, it may increase the death rate. The delivery room nurse is therefore an important person because she is the assessor. Screening and providing nursing care for pregnant woman. If the birth attendant is assessed correctly, the patient will receive treatment quickly, she will safe and get no complications. As a result, the pregnant woman will get a higher survival rate. And after treatment, pregnant women can get her normal daily life.

Keywords : pregnant women with high blood pressure. Nursing care in the delivery room.

*Registered Nurse, professional level, Phrankratai Hospital, Kamphaeng Phet Province

การพยาบาลผู้คลอดที่มีภาวะความดันโลหิตสูง : กรณีศึกษา

วารารณ อยู่เจริญ, พย.บ.*

บทคัดย่อ

บทนำ : การรักษาพยาบาลผู้คลอดที่มีภาวะความดันโลหิตสูง ถือเป็นภาวะวิกฤติอย่างหนึ่งที่ต้องได้รับการรักษา และดูแลอย่างเร่งด่วน เนื่องจากส่งผลต่อภาวะสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ การดูแลผู้คลอดที่มีภาวะความดันโลหิตสูงนั้นจะต้องใช้หลักของกระบวนการพยาบาล ได้แก่ การประเมินผู้คลอด การวินิจฉัยทางการพยาบาล การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผลการพยาบาล รวมทั้งการนำระบบการบริหารความเสี่ยง มาใช้ในการดูแลผู้คลอด พยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการประเมินปัญหาและปัจจัยเสี่ยง เพื่อเฝ้าระวังความเสี่ยงและนำไปสู่การวินิจฉัยและการรักษาพยาบาลที่ทันทั่วทั้ง

วัตถุประสงค์ : เพื่อเป็นแนวทางในการพยาบาลผู้คลอดที่มีภาวะความดันโลหิตสูง

กรณีศึกษา : หญิงไทยคู่ อายุ 17 ปี ตั้งครรภ์แรก ผ่าครรภ์ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเขาคีรีสี ผ่าครรภ์ครั้งแรกอายุครรภ์ 23 สัปดาห์ ผ่าครรภ์ครบตามเกณฑ์ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ HCT = 38%, HIV = negative, VDRL = non-Reactive, HbsAg = negative, DCIP = negative ซึ่งระหว่างทำการศึกษาพบภาวะความดันโลหิตสูง ผู้คลอดได้เข้ารับการรักษาที่ห้องคลอดโรงพยาบาลพราณกระต่าย ด้วยอาการเจ็บครรภ์มีน้ำเดินชุ่มผ้าถุง 1 ชั่วโมง 30 นาที ก่อนมา ปฏิเสธโรคประจำตัวและการแพ้ยา ปฏิเสธการผ่าตัด อายุครรภ์ 39 สัปดาห์ 5 วัน ความดันโลหิต 170/80 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 84 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที อุณหภูมิร่างกาย 37 องศาเซลเซียส ตรวจภายในปากมดลูกเปิด 2 เซนติเมตร ความบางของปากมดลูก 50 เปอร์เซ็นต์ ส่วนน้ำระดับ 0 มีน้ำคร่ำออกทางช่องคลอดสีขาวใสชุ่มผ้าถุง วัดระดับยอดมดลูก = 32 เซนติเมตร เสียงหัวใจทารก = 140 ครั้งต่อนาที ตรวจปัสสาวะพบโปรตีนในปัสสาวะ = 2+ แพทย์วินิจฉัยเป็นภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ ผู้ป่วยได้รับการดูแลตามแนวทางการรักษาผู้คลอดที่มีความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ Severe Preeclampsia ปัญหาทางการพยาบาลที่สำคัญ คือ 1. เสี่ยงต่อภาวะชักเนื่องจากมีความดันโลหิตสูง 2. เสี่ยงต่อภาวะเลือดออกในสมอง เนื่องจากความดันโลหิตสูง 3. มีโอกาสเกิด Hypermagnesemia และอาการไม่พึงประสงค์จากการได้รับยา MgSO₄ 4. ผู้คลอดและญาติมีความวิตกกังวลจากการเจ็บป่วย 5. เสี่ยงต่อภาวะทรุดลงขณะส่งต่อปัญหาต่างๆ ได้รับการแก้ไข ผู้คลอดปลอดภัยจากภาวะความดันโลหิตสูงและภาวะแทรกซ้อน ถูกส่งตัวเพื่อรักษาต่อที่ห้องคลอดโรงพยาบาลกำแพงเพชร ติดตามกรณีศึกษาได้รับการช่วยเหลือทำศีรษะทางช่องคลอดปกติ รักษาตัวที่โรงพยาบาลกำแพงเพชรเป็นเวลา 2 วัน กลับมาติดตามอาการตามนัดพบว่าความดันโลหิตปกติ ไม่มีนัดติดตามอาการต่อ วินิจฉัยสุดท้าย Severe preeclampsia

สรุป : ผู้คลอดที่มีภาวะความดันโลหิตสูง ถือเป็นภาวะวิกฤติฉุกเฉินที่ผู้คลอดต้องได้รับการรักษาอย่างเร่งด่วน หากไม่ได้รับการรักษาพยาบาลอย่างทันทั่วทั้งที่อาจทำให้เพิ่มอัตราการเสียชีวิตมากขึ้น พยาบาลห้องคลอดจึงเป็นบุคคลที่สำคัญเพราะเนื่องจากเป็นผู้ประเมิน คัดกรองและให้การพยาบาลผู้คลอด หากประเมินผู้คลอดได้อย่างถูกต้องก็จะทำให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างรวดเร็ว ถูกต้องและปลอดภัย ไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากการรักษา ส่งผลให้ผู้คลอดและทารกในครรภ์มีอัตราการรอดชีวิตสูงขึ้น และหลังจากการรักษาผู้คลอดสามารถใช้ชีวิตประจำวันได้อย่างปกติ

คำสำคัญ : ผู้คลอดที่มีภาวะความดันโลหิตสูง การพยาบาลในห้องคลอด

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลพราณกระต่าย จังหวัดกำแพงเพชร

บทนำ

ผู้คลอดที่มีภาวะความดันโลหิตสูง คือ หญิงตั้งครรภ์ที่ตรวจพบความดันโลหิตในขณะหัวใจบีบตัว (Systolic blood pressure; SBP) มีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ 140 mmHg และตรวจพบค่าความดันโลหิตในขณะหัวใจคลายตัว (Diastolic blood pressure; DBP) มีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ 90 mmHg ถือเป็น การตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูง (High risk pregnancy) และเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตของมารดาและทารกทั่วโลก¹ ซึ่งภาวะความดันโลหิตสูงอาจเกิดขึ้นก่อนการตั้งครรภ์หรือระหว่างการตั้งครรภ์ก็ได้ อาจพบร่วมกับอาการบวม หรือตรวจพบโปรตีนในปัสสาวะ² ในรายที่อาการรุนแรงอาจมีอาการชักเกร็ง หมดสติ ในอดีตมีชื่อเรียกต่างกันไป เช่น ครรภ์แห่งพิษ หรือครรภ์เป็นพิษ พบได้ร้อยละ 6-8 ของการตั้งครรภ์ โดยร้อยละ 70 เป็นภาวะความดันโลหิตสูงที่เกิดร่วมกับการตั้งครรภ์ และร้อยละ 30 เป็นภาวะความดันโลหิตสูงที่เกิดเนื่องจากการตั้งครรภ์³ อุบัติการณ์ของการเกิดจะแตกต่างกันตามสถานที่และเกณฑ์ที่ใช้ในการวินิจฉัยภาวะความดันโลหิตสูง ภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ เป็นภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นได้บ่อยเป็น ความเสี่ยงสูง และเป็นสาเหตุการตายของมารดาที่สำคัญของประเทศไทยจากข้อมูลสำนึกนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข ในปี พ.ศ. 2564 พบว่า มีมารดาเสียชีวิตในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอดและหลังคลอดเท่ากับ 23.1 ต่อการเกิดมีชีพ 100,000 ราย ซึ่งภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์เป็นสาเหตุการตายของมารดาเป็นอันดับที่สองของการเสียชีวิตที่เกิดจากการตั้งครรภ์โดยตรง รองจากการตกเลือดหลังคลอด⁴

การพยาบาลผู้คลอดที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่แผนกห้องคลอด เป็นการพยาบาลผู้คลอดในภาวะวิกฤติในทุกกระบวนการต้อง เป็นไปอย่างถูกต้องและรวดเร็ว ตั้งแต่การประเมินผู้คลอด การตรวจร่างกาย รวมถึงการให้การรักษาพยาบาลตามแนวทางการรักษา ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ (Severe Preeclampsia) พยาบาลให้การดูแลในระยะวิกฤติโดย 1. ติดตาม Monitor FHS ตลอดเวลา 2. ดูแลให้นอนพักบนเตียงและทำกิจกรรมบนเตียง 3. ดูแลเจาะเลือดและเก็บปัสสาวะส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ 4. ดูแลให้ ยาลดความดันโลหิต Hydralazine 5 มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำ 5. ดูแลให้ยาเพื่อป้องกันการชัก 10% MgSO₄ 4 gm ในสารละลาย 5% DW 100 ml ทางหลอดเลือดดำ 300 มิลลิิตรต่อชั่วโมง 6. ดูแลให้ยา 50% MgSO₄ 10 gm ในสารละลาย 5% DW 500 ml ทางหลอดเลือดดำ 50 มิลลิิตรต่อชั่วโมง 7. ดูแลใส่สายสวนปัสสาวะคาสาย 8. ประเมินสัญญาณชีพเป็นระยะๆ บันทึกอาการและอาการแสดง ระดับความรู้สึกตัว อีกทั้งแจ้งอาการให้ผู้ป่วยและญาติรับทราบตามแผนการรักษาหรือการดูแลของพยาบาลและทีมบุคลากร⁵ ดังข้างต้น จะเห็นได้ว่าพยาบาลห้องคลอดคือผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลให้การพยาบาลผู้คลอด การประเมินอาการและการให้ยาที่มีความเสี่ยงสูง ประสานงานทีมเพื่อการรักษาที่ถูกต้องรวดเร็ว ตลอดจนจนถึงการดูแลระหว่างส่งต่อไปยังโรงพยาบาลที่มีศักยภาพที่สูงกว่า ดังนั้น พยาบาลห้องคลอดจะต้องมีความรู้ความสามารถ และความรับผิดชอบสูงในการให้การพยาบาลผู้คลอด เพื่อให้ผู้คลอดปลอดภัย และ กลับคืนสู่สภาพปกติได้

จากสถิติ 3 ปี ย้อนหลังของโรงพยาบาลพริ้นท์ซึ่งเป็นโรงพยาบาลระดับชุมชนพบผู้คลอดที่มีภาวะความดันโลหิตสูง ทั้งหมด 8 ราย ในปี 2563 จำนวน 2 ราย ปี 2564 จำนวน 1 ราย ปี 2565 จำนวน 3 ราย และปี 2566 จำนวน 2 ราย และผู้คลอดถูกส่งตัวไปรักษาต่อเนื่องที่โรงพยาบาลกำแพงเพชรซึ่งเป็นโรงพยาบาลแม่ข่าย ได้รับการช่วยคลอดปกติทางช่องคลอด 5 ราย และผ่าคลอดทางหน้าท้อง 3 ราย⁶ ทั้งนี้ทางผู้จัดทำได้ทำการศึกษากรณีศึกษาจากผู้ป่วยโรงพยาบาลพริ้นท์ซึ่งเป็นหญิงไทยวัย 17 ปี ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงขณะคลอด เนื่องจากอายุของกรณีศึกษายังน้อย ไม่มีประวัติความดันโลหิตสูงทั้งก่อนการตั้งครรภ์และขณะฝากครรภ์ ไม่มีประวัติเสี่ยงของการเป็นความดันโลหิตสูง และในการให้การพยาบาลกรณีศึกษาสามารถให้การรักษาได้อย่างทันที่ทั้งที่และสามารถกลับมาใช้ชีวิตได้ปกติ การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นแนวทางการให้การพยาบาลผู้คลอดที่มีภาวะความดันโลหิตสูง

กรณีศึกษา

ข้อมูลพื้นฐานทั่วไป

หญิงไทย อายุ 17 ปี สัญชาติไทย ศาสนาพุทธ อาชีพรับจ้างทั่วไป การศึกษาประถมศึกษาปีที่ 6

อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล

เจ็บครรภ์คลอด มีน้ำเดิน 30 นาที ก่อนมา

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน

1 ชั่วโมงก่อนมา เจ็บครรภ์ห่างๆ ไม่มีน้ำเดิน ไม่มีมูกเลือด
30 นาทีก่อนมา โรงพยาบาล เจ็บครรภ์ มีน้ำเดิน ไม่มีมูกเลือด

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต

ปฏิเสธโรคประจำตัว ปฏิเสธการแพ้ยา

การประเมินสภาพร่างกายตามระบบ

รูปร่างทั่วไป : ลักษณะรูปร่างค่อนข้างผอม น้ำหนัก 55 กิโลกรัม ส่วนสูง 160 เซนติเมตร ค่า BMI 20.70

สัญญาณชีพ : อุณหภูมิร่างกาย 37 องศาเซลเซียส ชีพจร 84 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที

ความดันโลหิต 140/80 มิลลิเมตรปรอท ค่าความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือด 98%

ผิวหนัง : ผิวสีน้ำตาล มีเหงื่อออกตามผิวหนัง ไม่มีอาการบวม ไม่มีจ้ำเลือด

ศีรษะและใบหน้า : ศีรษะรูปทรงปกติ ผมยาวถึงกลางหลัง ใบหน้าปกติ

ตา : ตาเท่ากันทั้งสองข้าง เปลือกตาชมพู การมองเห็นปกติ pupil 3 mm RTL BE

ทรวงอกและระบบทางเดินหายใจ : รูปร่างทรวงอกปกติ การเคลื่อนไหวของทรวงอกเท่ากันทั้งสองข้าง ฟังปอดได้ยินเสียงลมชัดเจน หายใจสม่ำเสมอ

ระบบหัวใจและหลอดเลือด : อัตราการเต้นของหัวใจ 84 ครั้ง/นาที เต็มสม่ำเสมอ ฟังเสียงหัวใจปกติ เส้นเลือดดำที่คอไม่โป่งพอง ค่าความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือด 98%

ระบบทางเดินอาหารและท้อง : รูปร่างท้องปกติ ระดับยอดมดลูกเท่ากับ 32 เซนติเมตร การขับถ่าย ปกติช่วงหลังมีท้องผูกเป็นบางครั้ง

ระบบกระดูกกล้ามเนื้อ : กล้ามเนื้อแขนขาทั้ง 2 ข้าง grad 5 all

ระบบประสาท : รู้สึกตัวดี Coma score E4V5M6

ระบบทางเดินปัสสาวะ : ปกติ ขับถ่ายปัสสาวะได้เอง

ระบบอวัยวะสืบพันธุ์ : อวัยวะสืบพันธุ์ปกติ ไม่มีบวมแดง

ระบบต่อมไร้ท่อ : ต่อมไทรอยด์ที่คอไม่โต กดไม่เจ็บ

การประเมินสภาพจิตใจ : ผู้ป่วยรับรู้ว่าตนเองมีภาวะความดันโลหิตสูง มีสีหน้าไม่สุขสบาย แต่ให้ความร่วมมือในการรักษาเป็นอย่างดี

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

UA : urine protein 2+ , HEMATOLOGY: CBC HGB 12.1 g/dL HCT 37.5 % PLT 185,000/uL WBC 9,090 cell/dl
PT 10.9 sec INR 0.83 PTT 37.4 sec PTT Ratio 1.04, BIOCHEMISTRY BUN 7.2 mg/DI Creatinine 0.55mg/dL
eGFR 119.27 ml²min/1.73*2 Sodium 142.6 mmol/L Potassium 4.57 mmol/L CL103.9mmol/L CO₂ 22.3 mmol/L
Uric acid 7.7 Alkaline phosphatase 289, Covid-19:negative

ผลการตรวจ EFM : NST ; Reactive CAT 1

การวินิจฉัยโรค : Severe preeclampsia

สรุปการดำเนินโรคที่สำคัญขณะรับไว้ดูแล

เวลา 01.30 น. ผู้คลอดเดินทางมาเอง รับไว้ดูแลที่ห้องคลอดโรงพยาบาลพรรณภระต่าย แรกรับ ผู้คลอดตั้งครรภ์แรก อายุครรภ์ 39 สัปดาห์ 5 วัน สัญญาณชีพแรกรับ อุณหภูมิร่างกาย 37 องศาเซลเซียส ชีพจร 84 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 140/80 มิลลิเมตรปรอท วัดซ้ำความดันโลหิต 130/90 มิลลิเมตรปรอท ค่าความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือด 98% ตรวจภายในปากมดลูกเปิด 2 เซนติเมตร ความบางของปากมดลูก 50 เปอร์เซ็นต์ ส่วนหน้าศีรษะระดับ 0 มีน้ำคร่ำสีใสซึมออกทางช่องคลอดเล็กน้อย มดลูกหดรัดตัวทุก 2 นาที นาน 45 วินาที

เวลา 02.30 น. ประเมินเสียงหัวใจทารกในครรภ์ 140 ครั้งต่อนาที มดลูกหดรัดตัวทุก 2 นาที นาน 40 วินาที แนะนำให้นอนพักก่อนนอนเตียง

เวลา 04.30 น. ประเมินเสียงหัวใจทารกในครรภ์ 132 ครั้งต่อนาที มดลูกหดรัดตัวทุก 2 นาที นาน 45 วินาที

เวลา 06.00 น. ประเมินเสียงหัวใจทารกในครรภ์ 148 ครั้งต่อนาที มดลูกหดรัดตัวทุก 2 นาที นาน 45 วินาที ตรวจภายในปากมดลูกเปิด 3 เซนติเมตร ความบางของปากมดลูก 50 เปอร์เซ็นต์ ส่วนหน้าศีรษะระดับ 0 วัดความดันโลหิต 170/80 มิลลิเมตรปรอท ซีฟจร 90 ครั้งต่อนาที รายงานแพทย์เวรให้ฉีดยาลดความดันโลหิต Hydralazine 5 มิลลิกรัมทางหลอดเลือดดำ ดูแลให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ 0.9% NSS 1,000 cc iv drip 80 cc/hr และเจาะเลือด PIH เบื้องต้น

เวลา 06.20 น. ความดันโลหิต 170/80 มิลลิเมตรปรอท ซีฟจร 70 ครั้งต่อนาที รายงานแพทย์ให้ฉีดยาลดความดันโลหิต Hydralazine 5 มิลลิกรัมทางหลอดเลือดดำ อีกครั้ง ประเมินเสียงหัวใจทารกในครรภ์ 140 ครั้งต่อนาที

เวลา 07.00 น. ประเมินเสียงหัวใจทารกในครรภ์ 150 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 130/80 มิลลิเมตรปรอท ซีฟจร 70 ครั้งต่อนาที มดลูกหดรัดตัวทุก 2 นาที นาน 45 วินาที แพทย์ให้สังเกตอาการต่อ รอผลเลือดทางห้องปฏิบัติการ

เวลา 08.00 น. ประเมินเสียงหัวใจทารกในครรภ์ 148 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 130/80 มิลลิเมตรปรอท ซีฟจร 70 ครั้งต่อนาที มดลูกหดรัดตัวทุก 2 นาที นาน 45 วินาที

เวลา 09.00 น. ประเมินเสียงหัวใจทารกในครรภ์ 148 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 148/90 มิลลิเมตรปรอท ซีฟจร 70 ครั้งต่อนาที มดลูกหดรัดตัวทุก 2 นาที นาน 50 วินาที ห้องปฏิบัติการรายงานผลเลือดและผลปัสสาวะ แพทย์ตรวจอาการผู้คลอด

เวลา 10.00 น. ตรวจภายในปากมดลูกเปิด 4 เซนติเมตร ความบางของปากมดลูก 50 เปอร์เซ็นต์ ส่วนหน้าศีรษะระดับ 0 มีน้ำคร่ำสีใสรั่วออกทางช่องคลอดเล็กน้อย มดลูกหดรัดตัวทุก 2 นาที นาน 45 วินาที ความดันโลหิต 156/95 มิลลิเมตรปรอท ซีฟจร 70 ครั้งต่อนาที แพทย์เวรพิจารณาโทรปรึกษาแพทย์เฉพาะทางสูติกรรมโรงพยาบาลกำแพงเพชร ให้ Refer

เวลา 10.30 น. ดูแลให้ยาป้องกันอาการชักจากภาวะความดันโลหิตสูง 10% MgSo₄ 4 gm ในสารละลาย 5% DW 100 ml ทางหลอดเลือดดำ 300 มิลลิตรต่อชั่วโมง วัดสัญญาณชีพเป็นระยะๆ ดูแลให้ออกซิเจนทางจมูก 3 ลิตรต่อนาที

เวลา 10.50 น. ดูแลให้ยาป้องกันอาการชักจากภาวะความดันโลหิตสูง 50% MgSo₄ 10 gm ในสารละลาย 5% D/W 500 ml ทางหลอดเลือดดำ 50 มิลลิตรต่อชั่วโมง (1 กรัมต่อชั่วโมง) ความดันโลหิต 130/90 มิลลิเมตรปรอท ซีฟจร 80 ครั้งต่อนาที

เวลา 10.55 น. ดูแลใส่สายสวนปัสสาวะคาสาย

เวลา 11.00 น. ประสานการส่งต่อที่โรงพยาบาลกำแพงเพชร ระบบช่องทางด่วน ผู้ป่วยมีภาวะวิกฤติอาการไม่คงที่ จัดทีมพยาบาลส่งต่อ 2 คน

เวลา 11.10 น. บนรถส่งต่อ มีการเฝ้าระวังและประเมินอาการผู้คลอดทุก 10-15 นาที ระหว่างการส่งต่อผู้ป่วยปลอดภัยไม่มีภาวะชัก ระดับความรู้สึกตัวดี สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ ค่าความอิ่มตัวออกซิเจนในเลือด 100%

เวลา 11.45 น. ส่งต่อผู้คลอดและอาการระหว่างการเดินทาง เอกสารประวัติของผู้คลอดให้กับแพทย์ และพยาบาลแผนกห้องคลอดโรงพยาบาลกำแพงเพชร

การวางแผนการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1 เสี่ยงต่อภาวะชักเนื่องจากมีความดันโลหิตสูง

ข้อมูลสนับสนุน

S: -

O: - ความดันโลหิต 170/80 มิลลิเมตรปรอท

- Urine protein 2+

วัตถุประสงค์

เพื่อป้องกันและเฝ้าระวังภาวะชักจากภาวะความดันโลหิตสูง

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้คลอดไม่มีอาการชัก ปวดศีรษะตาพร่ามัวหรือจุกแน่นใต้ลิ้นปี่
2. ความดันโลหิต <140/90 มิลลิเมตรปรอท

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมิน อาการและอาการแสดง อาการนำของภาวะชัก เช่น อาการปวดศีรษะ ตาพร่ามัว และจุกแน่นใต้ลิ้นปี่หรือบริเวณชายโครงขวา เพื่อเป็นการเฝ้าระวังและป้องกันภาวะชัก
2. จัดเตรียมอุปกรณ์การช่วยชีวิต การช่วยฟื้นคืนชีพ ยาที่จำเป็น ไว้ให้พร้อม เพื่อหากมีอาการข้างต้นจะได้ทำการช่วยเหลือได้อย่างทันท่วงที
3. ตรวจวัดสัญญาณชีพ monitor O₂ saturation ทุกๆ 1 ชั่วโมง และติดตามอาการเป็นระยะๆ
4. ดูแลให้ยา Hydralazine 5 มิลลิกรัมทางหลอดเลือดดำ ตามแผนการรักษาของแพทย์ เพื่อลดความดันโลหิตสูงและประเมินความดันโลหิตหลังให้ยา 15-30 นาที เพื่อประเมินผลของการให้ยา และรายงานแพทย์
5. ดูแลให้ยาป้องกันการชัก (MgSO₄) และเฝ้าระวัง ภาวะแทรกซ้อนของยา MgSO₄ โดยการ monitor O₂ saturation ประเมินความดันโลหิต ประเมินอัตราการหายใจ หากพบว่าอัตราการหายใจต่ำกว่า 14 ครั้งต่อนาทีให้หยุดยา และถ้าปัสสาวะออกน้อยกว่าเท่ากับ 25 มิลลิตรต่อ 1 ชั่วโมง ให้รายงานแพทย์ทันที
6. จัดเตรียม 10% calcium gluconate 10 มิลลิตร ซึ่งเป็นยา antidote ให้พร้อมใช้ เพื่อใช้แก้ภาวะ Magnesium toxicity
7. ใส่สายสวนปัสสาวะคาสายไว้ เพื่อประเมินน้ำเข้าและออกจากร่างกาย
8. จัดสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม เพื่อลดสิ่งกระตุ้นอาการชัก เช่น เสียงแสง หรือสิ่งใดๆ
9. แนะนำ Absolute bed rest โดยให้นอนพักผ่อนและทำกิจกรรมต่างๆ บนเตียง เช่น การขับถ่าย เพื่อช่วยลดการเคลื่อนไหวของร่างกายทำให้ความดันโลหิตคงที่ไม่เพิ่มอัตราการไหลเวียนของเลือดในร่างกาย
10. Monitor FHS เพื่อประเมินเสียงหัวใจทารกในครรภ์ และติดตามอาการเปลี่ยนแปลง

การประเมินผล

1. ผู้คลอดไม่มีอาการชัก ไม่มีปวดศีรษะตาพร่ามัว ไม่มีจุกแน่นใต้ลิ้นปี่
2. ความดันโลหิต 130/90 มิลลิเมตรปรอท

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2 เสี่ยงต่อภาวะ เลือดออกในสมอง เนื่องจากความดันโลหิตสูง

ข้อมูลสนับสนุน

S : -

O : ความดันโลหิต 170/80 mmHg แพทย์วินิจฉัย Severe preeclampsia

วัตถุประสงค์ เพื่อเฝ้าระวังเลือดออกในสมอง

เกณฑ์การประเมินผล

1. สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ <140/90 mmHg
2. ระดับความรู้สึกของมารดา และความตื่นตัวทางระบบประสาท (DTR) ปกติ, GCS = 15 คะแนน
3. ไม่มีเลือดออกตามไรฟัน ปัสสาวะสีปกติ

กิจกรรมการพยาบาล

1. ให้ผู้คลอดนอนพักในท่านอนตะแคงซ้าย เพื่อให้มีการไหลเวียนเลือดเพิ่มขึ้นที่มดลูกและรก ทำกิจกรรมต่างๆ บนเตียง (absolute bed rest)
2. ประเมินอาการเปลี่ยนแปลง โดยประเมินระดับความรู้สึกตัว อาการปวดศีรษะ ความดันโลหิต อัตราการหายใจและชีพจร ทุก 1 ชั่วโมง
3. ให้ได้รับยาลดความดันโลหิต Hydralazine 5 มิลลิกรัม ฉีดเข้าทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษา
4. จัดสิ่งแวดล้อมให้เงียบสงบ เพื่อให้ผู้คลอดได้รับการพักผ่อน
5. ติดตามผลการตรวจ platelet, PT, PTT เพื่อประเมินการแข็งตัวของเลือด

การประเมินผล

1. สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 37 องศาเซลเซียส อัตราการหายใจ 20-22 ครั้งต่อนาที ชีพจร 70-80 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิตอยู่ในช่วง 130/90 -140/90 มิลลิเมตรปรอท
2. ผลตรวจ (DTR) = 2+ มารดารู้สึกตัวดี ไม่มีอาการกระสับกระส่าย GCS =15 คะแนน
3. ไม่มีเลือดออกตามไรฟัน สีปัสสาวะเป็นสีเหลืองใส ออกประมาณ 200 มิลลิลิตร ผลตรวจ PLT=185,000/uL PT=10.9 sec INR= 0.83 PTT=37.4 sec PTT Ratio=1.04

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 3 มีโอกาสเกิด Hypermagnesemia และอาการไม่พึงประสงค์จากการได้รับยา MgSO₄ (Magnesium toxicity)
ข้อมูลสนับสนุน

S : -

O : BP170/80 mmHg Protein Urine 2+ แพทย์วินิจฉัยเป็น severe preeclampsia ได้รับยา MgSO₄ โดยให้ 10% MgSO₄ 4 กรัม ฉีดเข้าหลอดเลือดช้าๆ ภายใน 15-20 นาที และให้ 50% MgSO₄ (2 มิลลิลิตร) 10 กรัม (10 แอมพูล) ผสมใน 5%D/W 500 มิลลิลิตร ให้ทางหลอดเลือดดำ ในอัตรา 50 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง เพื่อป้องกันการชัก

วัตถุประสงค์ ผู้คลอดปลอดภัยไม่เกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการได้รับยา MgSO₄

เกณฑ์การประเมินผล

1. อัตราการหายใจไม่น้อยกว่า 14 ครั้ง/นาที
2. ปัสสาวะออกไม่น้อยกว่าเท่ากับ 25 มิลลิลิตร/ชั่วโมง
3. Deep tendon reflex absent (การตอบสนอง) = 2+ (มี reflex ปกติ)

กิจกรรมการพยาบาล

1. อธิบายให้มารดาและญาติเข้าใจถึงเหตุผลและขั้นตอนการให้ยา รวมทั้งผลข้างเคียงที่อาจเกิดได้ จากยา เช่น อาการร้อนบริเวณที่ฉีด ร้อนวูบวบทั่วตัว รวมทั้งอาจมีอาการคลื่นไส้อาเจียนขณะได้รับยา
2. ควบคุมให้ได้รับปริมาณยา 10 % MgSO₄ 4 กรัม ฉีดเข้าหลอดเลือดช้าๆ ภายใน 15-20 นาที หลังจากนั้นให้ 50% MgSO₄ 10 กรัม ผสมใน 5%D/W 500 มิลลิลิตร ให้หยดเข้าหลอดเลือดดำ ควบคุม การหยดโดยใช้ Infusion pump ในอัตรา 50 มิลลิลิตร/ชั่วโมง เพื่อให้ได้ปริมาณตามแผนการรักษาและเนื่องจากเป็นยาใน กลุ่ม High Alert Drug
3. ปฏิบัติตามแนวทางเพื่อป้องกันการอาการไม่พึงประสงค์จากยา (Magnesium toxicity) ดังนี้
 - 3.1 ประเมินอัตราการหายใจ ทุก 1 ชั่วโมง ถ้าอัตราการหายใจน้อยกว่า 14 ครั้ง/นาที ต้องหยุดให้ยา และรายงานแพทย์
 - 3.2 ใส่สายสวนปัสสาวะคาไว้ ถ้าปัสสาวะออกน้อยกว่าเท่ากับ 25 มิลลิลิตร ภายใน 1 ชั่วโมง รายงานแพทย์
 - 3.3 ประเมินปฏิบัติการตอบสนองเฉียบพลันของเอ็นลิก (DTR) ทุก 1 ชั่วโมง ถ้าน้อยกว่า 2+ ต้องรายงานแพทย์ทันที หรือเท่ากับ 0 ต้องหยุดยาทันที เนื่องจากยาจะออกฤทธิ์ที่ระบบประสาทส่วนกลาง และกดกล้ามเนื้อเรียบ กล้ามเนื้อลาย และกล้ามเนื้อหัวใจ ซึ่งอาจกดศูนย์การหายใจ และเนื่องจาก MgSO₄ เกือบทั้งหมดขับออกทางไต ถ้าปัสสาวะออกน้อยลง ระดับยาจะยังคงสูงอยู่ในเลือดโอกาสเกิด Magnesium toxicity จะเพิ่มมากขึ้น
4. สังเกตอาการของการได้รับยามากเกินไป หรือติดตามระดับแมกนีเซียมในเลือด ได้แก่ อาการร้อน วูบวบ เหงื่อออก ความดันโลหิตสูง การหายใจช้า ซึม ไม่มีแรง อ่อนปวกเปียก DTR ลดลงต้องรีบรายงาน แพทย์และเตรียมยาแก้ไข ได้แก่ 10% Calcium gluconate 10 มิลลิลิตร ฉีดเข้าทางหลอดเลือดดำช้าๆ ประมาณ 3-5 นาที
5. เตรียมอุปกรณ์ช่วยฟื้นคืนชีพให้พร้อม

การประเมินผล

1. หลังได้รับยา MgSO₄ 30 นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที
2. ปัสสาวะออก 200 มิลลิลิตร/ชั่วโมง
3. ตรวจปฏิบัติการตอบสนองเฉียบพลันของเอ็นลิก (DTR) 2+

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 4 ผู้คลอดและญาติมีความวิตกกังวลจากการเจ็บป่วย

ข้อมูลสนับสนุน

S : ญาติบอกว่ากังวลกับอาการของผู้คลอด

O : สีหน้าของผู้คลอดและญาติมีความวิตกกังวล ตาแดงมีน้ำตาซึม

วัตถุประสงค์

1. เพื่อลดความวิตกกังวลของผู้คลอดและญาติ
2. เพื่อให้ผู้คลอดและญาติเข้าใจแนวทางการรักษา

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้คลอดและญาติสามารถบอกเหตุผลการรักษาได้
2. ผู้คลอดและญาติให้ความร่วมมือในการรักษา

กิจกรรมการพยาบาล

1. อธิบายถึงพยาธิสภาพที่เกิดขึ้น ตลอดจนขั้นตอนการรักษาพยาบาล การรักษาที่ผู้คลอดต้องได้รับและอาการหรือผลข้างเคียงของการรักษา ให้ญาติและผู้คลอดรับทราบ
2. เปิดโอกาสให้ผู้คลอดและญาติได้เล่าถึงสาเหตุของความวิตกกังวลและความกลัว
3. ให้การพยาบาลด้วยความเข้าใจและยอมรับพฤติกรรมของผู้คลอดและญาติ
4. ให้การพยาบาลโดยคำนึงถึงความเป็นบุคคลและให้การพยาบาลด้วยความเต็มใจ อธิบายเหตุผลของการให้การพยาบาล เพื่อให้ผู้คลอดและญาติเข้าใจถึงวิธีการ และวัตถุประสงค์ของการปฏิบัติทุกครั้ง
5. สร้างสัมพันธภาพที่ดี ให้การพยาบาลด้วยความสุภาพนุ่มนวลเป็นมิตรกับผู้คลอดและญาติ
6. ประสานให้แพทย์ช่วยอธิบายและชี้แจงอาการของผู้คลอดที่เป็นอยู่ แนวทางการรักษา และตอบคำถามข้อสงสัยของผู้คลอดและญาติ
7. ประเมินความวิตกกังวลผู้คลอดและญาติอย่างต่อเนื่อง

การประเมินผล

1. ผู้คลอดและญาติแสดงสีหน้าเข้าใจและยอมรับอาการของผู้ป่วยได้
2. ผู้คลอดยังอยู่ในภาวะไม่สุขสบายอยู่ แต่ก็ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี พยักหน้ารับรู้ในสิ่งที่แพทย์และพยาบาลอธิบายได้

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 5 เสี่ยงต่อภาวะทรุดลงขณะส่งต่อ

ข้อมูลสนับสนุน

S : -

O : แพทย์วินิจฉัยเป็น severe preeclampsia แพทย์ประสานการส่งต่อไปยังโรงพยาบาลแม่ข่าย

วัตถุประสงค์ ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะทรุดลงและมีสัญญาณชีพคงที่ขณะทำการส่งตัวรักษาต่อที่โรงพยาบาลปลายทาง

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้คลอดความดันโลหิต <140/90 มิลลิเมตรปรอท
2. ผู้คลอดไม่มีอาการชัก จุกแน่นใต้ลิ้นปี่ ปวดศีรษะหรือตาพร่ามัว
3. อาการไม่ทรุดลงขณะส่งต่อ และค่าออกซิเจนในเลือดมากกว่า 95%

กิจกรรมการพยาบาล

ก่อนเคลื่อนย้าย

1. ประสานการส่งต่อกับโรงพยาบาลแม่ข่ายผ่านระบบ Three refer ส่งเอกสารผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ ผล NST ทางไลน์ และโทรประสานทางโทรศัพท์กับห้องคลอดโรงพยาบาลกำแพงเพชร และโทรประสานศูนย์ส่งต่อโรงพยาบาลกำแพงเพชร กรณีผู้คลอดฉุกเฉินก่อนเคลื่อนย้ายผู้คลอด

- เตรียมความพร้อมของพยาบาลส่งต่อ 2 คน เตรียมอุปกรณ์ช่วยคลอดทารก เตรียมกระเป๋ายาช่วยชีวิต เตรียมอุปกรณ์ช่วยชีวิตบนรถพยาบาลให้พร้อมใช้ เพื่อช่วยชีวิตผู้คลอดและทารกได้ทันที
- ประเมินความพร้อมของผู้คลอดเกี่ยวกับระดับความรู้สึกตัว สัญญาณชีพ การรั่วซึมของสารน้ำออกนอกหลอดเลือดอากาศ ปวดแสบร้อนบริเวณที่เปิดเส้นให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ การควบคุมการให้ยาโดย infusion pump ตลอดระยะการส่งต่อ เพื่อประเมินอาการก่อนย้าย รายงานแพทย์เพื่อตัดสินใจเคลื่อนย้ายผู้คลอด
- ตรวจสอบชื่อ-สกุลผู้คลอด และเอกสารผู้คลอดไป Refer และแบบบันทึกมารดาและทารก เพื่อการส่งต่อที่ครบถ้วน
- ให้ข้อมูลแนวทางการรักษา แผนการรักษา เหตุผลจำเป็นในการส่งต่อกับญาติและผู้คลอด เปิดโอกาสให้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจส่งต่อ
- ดูแลเคลื่อนย้ายผู้คลอดขึ้นรถส่งต่อด้วยความนุ่มนวล และให้ออกซิเจนตลอดการเคลื่อนย้าย

ขณะเคลื่อนย้าย

- เฝ้าระวังติดตามประเมินสัญญาณชีพ ความดันโลหิต ชีพจร และระดับความรู้สึกตัว อาการเปลี่ยนแปลงที่บ่งชี้ถึงภาวะ Severe Preeclampsia monitor FHS, monitor O₂ saturation, วัดสัญญาณชีพและบันทึกทุก 10-15 นาที รายงานแพทย์ซ้ำเมื่อมีอาการเปลี่ยนแปลง
- บันทึกอาการ การแก้ไข ผลการแก้ไขของผู้คลอดขณะอยู่บนรถส่งต่อในแบบบันทึกการส่งต่อ Three Refer
- เตรียมอุปกรณ์ในการช่วยฟื้นคืนชีพ และอุปกรณ์ในการช่วยคลอดทารก ให้พร้อมใช้งานได้ทันที

หลังการเคลื่อนย้าย

- ประเมินความพร้อมและความปลอดภัยของผู้คลอดก่อนส่งมอบผู้คลอด และส่งต่อข้อมูลผู้คลอด อาการเปลี่ยนแปลง การดูแลรักษาพยาบาลระหว่างการส่งต่อ พร้อมทั้งเอกสารต่าง ๆ ให้กับแพทย์และพยาบาลที่รับเคส ณ แผนกห้องคลอดโรงพยาบาลกำแพงเพชร
- โทรติดตามผลการรักษาผู้ป่วยเพื่อประเมินผลการรักษา

การประเมินผล

- ผู้คลอดความดันโลหิต 130/90 มิลลิเมตรปรอท
- ผู้คลอดไม่มีอาการชัก ไม่มีอาการจุกแน่นไตลึ้นปี ไม่มีปวดศีรษะหรือตาพร่ามัว
- อาการไม่ทรุดลงขณะส่งต่อ และค่าออกซิเจนในเลือด 99%

สรุปกรณีศึกษา

หญิงไทย อายุ 17 ปี มาด้วย 30 นาทีก่อนมาโรงพยาบาล เจ็บครรภ์คลอด มีน้ำเดินขาวใสชุ่มผ้าถุง ไม่มีมูกเลือด ปฏิเสธโรคประจำตัว ปฏิเสธการแพ้ยา ตั้งครรภ์แรก อายุครรภ์ 39 สัปดาห์ 5 วัน แรกแรกที่ห้องคลอด ปากมดลูกเปิด 2 เซนติเมตร ความบางของปากมดลูก 50 เปอร์เซ็นต์ ส่วนหน้าท่าศีรษะระดับ 0 มดลูกหดรัดตัวทุก 2 นาที นาน 45 วินาที ความดันโลหิต 140/80 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 80 ครั้งต่อนาที แพทย์ให้นอนโรงพยาบาลติดตามอาการเจ็บครรภ์และเฝ้าระวังภาวะความดันโลหิตที่เริ่มสูงขึ้น ระหว่างเฝ้าคลอด ความดันโลหิต 170/80 มิลลิเมตรปรอท รายงานแพทย์ให้เจาะเลือดประเมินภาวะ PIH แล้วให้ยาลดความดันโลหิตเป็น Hydralazine 5 มิลลิกรัม 2 ครั้ง ทางหลอดเลือดดำห่างกัน 15 นาที ระหว่างรอผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ ความดันโลหิต 156/95 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 70 ครั้งต่อนาที ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ ผลurine protein 2+ แพทย์เฝ้าระวังการชัก ปรีกษาแพทย์เฉพาะทางสูติกรรมโรงพยาบาลกำแพงเพชร ให้ส่งต่อผู้คลอดไปโรงพยาบาลกำแพงเพชรได้และให้ยาป้องกันการชัก MgSO₄ ทางหลอดเลือดดำตามแนวทางก่อนการส่งต่อ กรณีศึกษา ผู้คลอดได้เข้ารับการรักษาตัวต่อที่แผนกห้องคลอดโรงพยาบาลกำแพงเพชร และสามารถคลอดทารกได้ทางช่องคลอดปกติไม่มีภาวะแทรกซ้อน ารมรับการรักษาทันทีเป็นเวลา 2 วัน แล้วสามารถจำหน่ายกลับบ้านได้หลังจากนั้น มีนัดติดตามอาการความดันโลหิตสูงจากโรงพยาบาลกำแพงเพชรให้ติดตามอาการต่อที่โรงพยาบาลพรานกระต่าย หลังมาตรวจตามนัด ระดับความดันโลหิตอยู่ในช่วงปกติ จึงไม่ต้องรับยาปรับความดันโลหิตเพิ่ม และไม่มีนัดติดตามอาการต่อ การวินิจฉัยโรคจากโรงพยาบาลกำแพงเพชร คือ Severe preeclampsia ปัจจุบันผู้คลอดและทารกยังมีชีวิตอยู่ และใช้ชีวิตได้ปกติ

วิจารณ์

จากกรณีศึกษาผู้คลอดรายนี้ จะเห็นว่าแรกรับความดันโลหิตเท่ากับ 140/80 มิลลิเมตรปรอท ไม่มีอาการปวดศีรษะ ตาพร่ามัว การมองเห็นปกติ ไม่มีจุกแน่นใต้ลิ้นปี่ ไม่มีอาการชาวมหรือกดบวม และไม่มีประวัติความดันโลหิตสูงมาก่อนในระหว่างการฝากครรภ์ พยาบาลดูแลให้นอนพัก 20 นาทีแล้วประเมินความดันโลหิตซ้ำ หลังพัก ความดันโลหิตเท่ากับ 130/90 มิลลิเมตรปรอท ยังถือว่าค่าความดันโลหิตสูงเกินกว่าค่าปกติ จึงทำการรายงานแพทย์ และแพทย์ให้นอนโรงพยาบาลและสั่งเจาะแลป PIH และมีการติดตามค่าความดันโลหิตเป็นระยะๆระหว่างการเฝ้าคลอด เมื่อตรวจพบความดันโลหิตที่สูงขึ้น 170/80 มิลลิเมตรปรอท พยาบาลได้รายงานแพทย์ทันทีและแพทย์ได้ให้การรักษาตามแนวทางการดูแลผู้คลอดที่มีภาวะความดันโลหิตสูง ซึ่งแสดงให้เห็นถึงการเฝ้าระวังผู้คลอดอย่างใกล้ชิดและสามารถประเมินให้การวินิจฉัยและการรักษาพยาบาลได้อย่างทันที่ ผลลัพธ์ทำให้ผู้คลอดและทารกมีความปลอดภัยจากภาวะอันตรายและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจากภาวะความดันโลหิตสูงขณะเจ็บครรภ์คลอดได้

ข้อเสนอแนะ

1. ในหญิงตั้งครรภ์หรือผู้คลอดที่มีความดันโลหิตสูงเกินกว่ามาตรฐาน 140/90 มิลลิเมตรปรอท จัดการให้มีการประเมินการตรวจเลือด PIH ทุกราย หรือในรายที่มีอาการแสดงได้แก่ บวมแขนขาเท้า ปวดศีรษะมาก ตาพร่ามัว จุกแน่นใต้ลิ้นปี่ เป็นต้น ให้มีการคัดกรองเบื้องต้นทุกราย
2. การพัฒนาคุณภาพองค์ความรู้ การพัฒนาแนวทางและมาตรฐานวิชาชีพ ในกรมพยาบาลเกี่ยวกับการดูแลผู้คลอดที่มีภาวะความดันโลหิตสูง โดยการจัดให้มีการอบรมนำผู้เชี่ยวชาญมาให้ความรู้ เพื่อสร้างองค์ความรู้ให้มากยิ่งขึ้นในตัวบุคลากรที่ดูแลผู้คลอดที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเหล่านี้
3. ทีมการแพทย์ร่วมกัน จัดแนวทางการให้พยาบาลให้เป็นไปในทิศทางเดียวกัน เพื่อการให้การพยาบาลอย่างครบถ้วน และถูกต้อง จะช่วยให้ผู้คลอดได้รับการรักษาเป็นไปในแนวทางปฏิบัติที่เหมาะสม และปลอดภัย
4. การเก็บรวบรวมข้อมูล และรายงานตัวชี้วัดในการกำหนดคุณภาพการดูแลผู้คลอดที่มีภาวะความดันโลหิตสูง เพื่อกำกับติดตามประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล นำไปสู่การปรับปรุงคุณภาพการพยาบาล

สรุป

ผู้คลอดที่มีภาวะความดันโลหิตสูง ถือเป็นภาวะวิกฤติฉุกเฉินที่ซับซ้อน ผู้คลอดต้องได้รับการรักษาอย่างรวดเร็วและถูกต้อง หากไม่ได้รับการรักษาอย่างทันที่ที่มีโอกาสเพิ่มอัตราการเสียชีวิตทั้งมารดาและทารกได้เป็นอย่างมาก พยาบาลห้องคลอด จึงมีบทบาทสำคัญมากในการดูแลผู้คลอดตั้งแต่แรกรับ การเฝ้าติดตามอาการ การประเมินอาการ รวมถึงการให้การพยาบาลที่ถูกต้องและได้มาตรฐาน เพื่อนำไปสู่แนวทางการประเมินอาการและการพยาบาลผู้คลอดในภาวะวิกฤติ ซึ่งจัดทำให้เป็นไปในทิศทางเดียวกันที่สามารถให้การพยาบาลได้อย่างรวดเร็ว ถูกต้องแม่นยำ และผู้คลอดปลอดภัยจากภาวะความดันโลหิตสูงได้

เอกสารอ้างอิง

1. Steegers EA, von Dadelszen P, Duvekot JJ, Pijnenborg R. Pre-eclampsia. Lancet. 2010;376(9741):631-44.
2. บุญสืบ โสโสม. การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะแทรกซ้อนจากการตั้งครรภ์. ใน: ศรีเกียรติ อนันต์ สวัสดิ์, บรรณาธิการ. การพยาบาลสูติศาสตร์ เล่ม 3. นนทบุรี: ยุทธรินทร์การพิมพ์; 2558. หน้า 229.
3. ภัทรวรรณ หลิมศิริ. โรคพิษแห่งครรภ์ระยะชัก. ใน: วิทยา ธิฐาพันธ์, ตรีภพ เลิศบรรณพงษ์, บรรณาธิการ. ตำราประกอบภาพ : ภาวะวิกฤติ ทางสูติกรรม. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: พี.เอ.ลีฟวิ่ง; 2561. หน้า 159.
4. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. สถิติสาธารณสุข อัตรามารดาตาย. กรุงเทพฯ: กลุ่มภารกิจข้อมูลข่าวสารและสารสนเทศสุขภาพ; 2564.



5. ปรียา แก้วพิมล. การพยาบาลสตรีที่มีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์. ใน : เยาวเรศ สมทรัพย์, บรรณารักษ์. การผดุงครรภ์เล่ม 1. สงขลา: หาดใหญ่ เบสท์ เซลส์แอนด์ เซอร์วิส; 2558. หน้า 145-8.
6. โรงพยาบาลพรานกระต่าย. รายงานข้อมูลสถิติผู้คลอดที่มีภาวะความดันโลหิตสูง ระหว่าง พ.ศ.2563-2566. กำแพงเพชร: โรงพยาบาลพรานกระต่าย; 2566.
7. ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย. การดูแลความดันโลหิตสูงในสตรีตั้งครรภ์. กรุงเทพฯ: คณะอนุกรรมการมาตรฐานวิชาชีพ พ.ศ. 2562-2564; 2563.



Nursing Care of Type 2 Diabetes Patients with Uncontrollable Blood Glucose Levels : A Case Study

Penpimon Netkham, B.N.S.*

Abstract

Introduction : Long-term hyperglycemia has effects in the functioning of various systems in the body. Type 2 diabetes is resulted from insulin resistance combined with proper insulin production defect. Diabetes management includes initial screening, proper treatments to delay complications, providing adequate advice to enable learning and appropriate changes in health behaviors.

Objective : To efficiently provide nursing care to patients with hyperglycemia type-2 diabetes

Case study : A female Thai patient, 64, with background of 12 years of type-2 diabetes and hypertension, received continuous treatments at Kamphaeng Phet Hospital, but failed to control her blood glucose levels. With both hyperglycemia and high HbA1C, the average blood sugar level in the past 3 months, the patient arrived the hospital with fatigue, palpitations, dizziness, and numbness in both hands and feet. Vital signs: T 36°C PR 58 beats/minute, RR 20 beats/minute, BP 156/82 mmHg. The blood test indicated FBS 352 mg/dl, BUN 23 mg/dl, Creatinine 1.02 mg/dl, eGFR 58 ml/min/1.73m², resulting in the diagnosis of Diabetes Mellitus Type 2 and hypertension. The treatment included aspirin 81mg 1tab OD pc, HCTZ 25 mg 1tab OD pc, Nifedipine 20 mg 1tab bid pc, Hydralazine 25 mg 2tab bid pc, Simvastatin 20 mg 1tab hs, Glipizide 5mg 1tab bid ac morning- Evening, mixed insulin PenFill 70/30 units/ml ID, half an hour before breakfast, 44 units. Nursing issues found were as follows. 1) The hyperglycemia of the patient resulted from the inability of her body to control the blood sugar levels, 2) Low efficacy in diabetes control was due to the lack of knowledge and proper understanding about diabetes as well as how to prevent complications. 3) The risk of developing the diabetic foot ulcers was due to the abnormalities of nerve endings, 4) The patient had an anxiety about the inability to cure and properly control her diseases, 5) The estimated glomerular filtration rate (eGFR) had decreased due to ineffective control of diabetes, 6) The patient had a urinary tract infection, 7) There were risk of complications due to the high blood pressure. The follow-up session after 3 months found that the patient was able to appropriately take nutritious diets that fit her conditions. Moreover, her blood sugar level was decreased to FBS 211 mg/dl, and her blood pressure was improved to 147/84 mmHg.

Conclusion : Based on this patient's nursing care issues, the physician prescribed diabetes-controlling and blood pressure-controlling medications. Issues that require the continuous care include health behavior adjustments in order to control diabetes, and delay the kidney deterioration. The nurse provided advice to both the patients and relatives as well as arranged the patient to participate in group activities in order to learn about the behavioral adjustments and self-care. In the the follow-up appointment, it was found that the patient was able to better control her diet intake behavior, correctly take diabetes medicine and injections However, the numbness in the hands and feet still proceeded.

Keywords : Nursing care for patients with type-2 diabetes, high blood sugar

*Registered nurse, Kamphaeng Phet Hospital

การพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ : กรณีศึกษา

เพ็ญพิมล เนตรขำ, พย.บ. *

บทคัดย่อ

บทนำ : ระดับน้ำตาลในเลือดสูงเป็นเวลานานทำให้มีผลต่อการทำงานของระบบต่างๆ ในร่างกาย โรคเบาหวานชนิดที่ 2 เป็นผลต่อจากการมีภาวะดื้อต่อฮอร์โมนอินซูลินร่วมกับความบกพร่องในการผลิตอินซูลินที่เหมาะสม การจัดการโรคเบาหวาน คือ การคัดกรองระยะเริ่มแรก การดูแลรักษาเพื่อชะลอการเกิดภาวะแทรกซ้อน การให้คำแนะนำอย่างเพียงพอเพื่อให้เกิดการเรียนรู้และมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม

วัตถุประสงค์ : เพื่อให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูง อย่างมีประสิทธิภาพ

กรณีศึกษา : ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 64 ปี เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และความดันโลหิตสูงมา 12 ปี รักษาต่อเนื่องที่โรงพยาบาลกำแพงเพชร แต่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ มีระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมและระดับน้ำตาลในเลือดสูง มาด้วยอาการเหนื่อยง่าย ใจสั่น มีนิเวียนศีรษะ อ่อนเพลีย ชาปลายมือปลายเท้า 2 ข้าง สัญญาณชีพ : T 36°C PR 58 ครั้ง/นาที RR 20 ครั้ง/นาที BP 156/82 mmHg การตรวจผลเลือด พบ FBS 352 mg/dl, BUN 23 mg/dl, Creatinine 1.02 mg/dl, eGFR 58 ml/min/ 1.73 m₂ การวินิจฉัยโรค Diabetes Mellitus Type 2, Hypertension การรักษา Aspirin 81 mg 1 tab OD pc, HCTZ 25 mg 1 tab OD pc, Nifedipine 20 mg 1 tab bid pc, Hydralazine 25 mg 2tab bid pc, Simvastatin 20 mg 1 tab hs, Glipizide 5 mg 1 tab bid ac เข้า-เย็น Mixed Insulin PenFill 70/30 units/ml ID ก่อนอาหารเช้าครึ่งชั่วโมง 44 ยูนิต ปัญหาทางการพยาบาลที่พบ 1) ผู้ป่วยมีภาวะน้ำตาลในเลือดสูงเนื่องจากร่างกายไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ 2) การควบคุมโรคเบาหวานไม่มีประสิทธิภาพเนื่องจากขาดความรู้และความเข้าใจอย่างถูกต้องเกี่ยวกับโรคเบาหวานและการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน 3) เสี่ยงต่อการเกิดแผลเบาหวานที่เท้าเนื่องจากมีความผิดปกติของปลายประสาท 4) ผู้ป่วยวิตกกังวลกับโรคที่เป็นอยู่เนื่องจากรักษาไม่หาย และไม่สามารถควบคุมโรคได้ 5) มีอัตราการกรองของไตลดลงเนื่องจากการควบคุมโรคเบาหวานไม่มีประสิทธิภาพ 6) ผู้ป่วยมีอาการติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะ 7) เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนเนื่องจากมีความดันโลหิตสูง ติดตามผู้ป่วย 3 เดือนหลังมาตรวจตามแพทย์นัดพบว่าผู้ป่วยสามารถเลือกอาหารที่เหมาะสมกับโรคได้ดีขึ้น ปฏิบัติตัวได้เหมาะสม ระดับน้ำตาลในเลือดลดลง FBS 211 mg/dl ความดันโลหิตอยู่ในเกณฑ์ที่ดีขึ้น BP 147/84 mmHg

สรุป : จากปัญหาทางการพยาบาลของผู้ป่วยรายนี้แพทย์ให้การรักษาโดยให้ยาควบคุมเบาหวาน ให้ยาควบคุมความดันโลหิต และปัญหาที่ต้องดูแลต่อเนื่อง คือการปรับพฤติกรรมสุขภาพเพื่อควบคุมโรคเบาหวาน และชะลอความเสี่ยงของไต พยาบาลได้ให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและญาติ และจัดให้ผู้ป่วยได้เข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มเพื่อเรียนรู้การปรับพฤติกรรม และติดตามการดูแลตนเองของผู้ป่วย เมื่อมาตรวจตามนัด พบว่า ผู้ป่วยสามารถควบคุมพฤติกรรมรับประทานอาหารได้ดีขึ้น รับประทานยา และฉีดยาเบาหวานได้ถูกต้อง แต่ยังมีอาการชาปลายมือปลายเท้าอยู่

คำสำคัญ : การพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 น้ำตาลในเลือดสูง

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลกำแพงเพชร

บทนำ

โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่เกิดจากความผิดปกติของร่างกายที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของร่างกายได้ ทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูง ซึ่งเป็นปัญหาสาธารณสุขทั่วโลก จากข้อมูลสมพันธ์เบาหวานนานาชาติ (International diabetes) โดยสถานการณ์ทั่วโลกในปี 2564 มีผู้ป่วยจำนวน 537 ล้านคน และคาดการณ์ว่าในปี 2573 จะมีผู้ป่วยเบาหวานเพิ่มขึ้นเป็น 643 ล้านคน และโรคเบาหวานมีส่วนทำให้เสียชีวิตสูงถึง 6.7 ล้านคน หรือเสียชีวิต 1 ราย ในทุกๆ 5 วินาที¹ จากรายงานสถิติสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข ประเทศไทย พบอุบัติการณ์โรคเบาหวานเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง มีผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มขึ้น 300,000 คนต่อปี และมีผู้ป่วยเบาหวานอยู่ในระบบทะเบียน 3.3 ล้านคน ในปี 2563 มีผู้เสียชีวิตจากโรคเบาหวานทั้งหมด 16,388 คน (อัตราตาย 25 : 1 ต่อประชากรแสนคน) ค่าใช้จ่าย ด้านสาธารณสุขในการรักษาโรคเบาหวานเฉลี่ยสูงถึง 47,596 ล้านบาทต่อปี²

ผู้ป่วยเบาหวานหากไม่ดูแลตัวเองให้ดีหรือไม่ได้รับการรักษา ปล่อยให้ระดับน้ำตาลสูงเป็นเวลานานติดต่อกัน มีผลต่อการทำงานของหลอดเลือด นำไปสู่ภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานที่รุนแรงมากขึ้นอีกด้วยภาวะแทรกซ้อน แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ โรคแทรกซ้อนเฉียบพลัน ได้แก่ ภาวะหมดสติจากน้ำตาลสูงมาก ภาวะหมดสติจากระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ ภาวะเลือดเป็นกรด มีอาการชักเกร็ง และการติดเชื้อ และโรคแทรกซ้อนเรื้อรัง ในผู้ป่วยเบาหวานมักเกิดในผู้ป่วยที่เป็นโรคเบาหวานมานานอย่างน้อย 5 ปีขึ้นไป อาจทำให้เสี่ยงเกิดโรคร้ายแรงเหล่านี้ได้ ได้แก่ เบาหวานขึ้นตา (Diabetic Retinopathy) หรือ เบาหวานขึ้นจอตา โรคไตเสื่อม ไตวาย โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคหลอดเลือดสมองตีบ ตัน เกิดอัมพฤกษ์ หรืออัมพาต หรือรุนแรงถึงขั้นเสียชีวิตได้ โรคเบาหวานที่เท้า แผลเบาหวานที่เท้า เกิดแผลติดเชื้อได้ง่าย โรคหลอดเลือดแดงส่วนปลาย โดยเฉพาะที่ขาเป็นปัญหาที่ได้รับความสนใจมากขึ้น เพราะเป็นเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยเบาหวานต้องถูกตัด ทางระบบประสาท ประสาทส่วนปลายเสื่อม ทั้งนี้ความรุนแรงของโรคแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นแตกต่างกันไปในผู้ป่วยแต่ละราย ขึ้นอยู่กับระยะเวลาที่เป็นเบาหวาน และระดับน้ำตาลในเลือด การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด³ พยาบาลมีบทบาทที่จะต้องช่วยเหลือและร่วมมือกับแพทย์ในการรักษาและป้องกันการเกิด ภาวะแทรกซ้อนต่างๆ รวมทั้งการพยาบาลเมื่อผู้ป่วยกลับไปบ้าน บุคลากรต้องมีความรู้ ความเข้าใจในการดำเนินของโรคเบาหวานและการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยเบาหวาน เพื่อที่จะสามารถใช้เป็นแนวทางในการวางแผนการให้การพยาบาลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อมูลจากสถิติโรงพยาบาลกำแพงเพชร มีผู้ป่วยเบาหวานที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรม (ไม่รวมผู้ป่วยนอนโรงพยาบาล และห้องฉุกเฉิน) ในปี พ.ศ. 2563 – 2565 จำนวนผู้ป่วย 4,985, 4,733 และ 5,152 รายตามลำดับ แยกเป็นเบาหวานชนิดที่ 1 จำนวน 77, 69 และ 82 รายตามลำดับ และ เบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 4,908, 4,664 และ 5,047 รายตามลำดับ ซึ่งผู้ป่วยที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้เป็นกลุ่มที่อาจมีความรุนแรงและมีโรคแทรกซ้อนได้จากปัญหาดังกล่าว ผู้ศึกษาในฐานะพยาบาลในทีมสุขภาพ มีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วย และเฝ้าระวังติดตามอย่างต่อเนื่อง เพื่อป้องกันเข้าสู่ระยะวิกฤติ ดังนั้นพยาบาลต้องมีความรู้ ความสามารถในการประเมินการช่วยเหลืออย่างรวดเร็ว จึงเลือกศึกษาผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ โดยการใช้แนวคิดกระบวนการพยาบาล 5 ขั้นตอน ในการพยาบาล ประกอบด้วย การประเมินภาวะสุขภาพ การวินิจฉัยทางการพยาบาล การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล และประเมินผลการพยาบาล นำมาเป็นแนวทางการปฏิบัติงาน เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดี ช่วยป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่ออวัยวะสำคัญ และลดอัตราการเสียชีวิต การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ และเป็นแนวทางการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่มารับบริการผู้ป่วยนอกแผนกอายุรกรรมของโรงพยาบาลกำแพงเพชรต่อไป

กรณีศึกษา

ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 64 ปี อาชีพรับจ้าง สถานภาพสมรสคู่ สัญชาติไทยศาสนาพุทธ การศึกษาชั้นประถมศึกษาปีที่ 4
อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล

มีอาการเหนื่อยง่าย ใจสั่น มีนเวียนศีรษะ อ่อนเพลีย เป็นมา 2 วัน

ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน

12 ปีก่อนมา ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 รักษาที่โรงพยาบาลกำแพงเพชร ด้วยยากินและยาฉีดต่อเนื่องไม่ขาดยา ผู้ป่วยควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ตามเป้าหมาย มีระดับน้ำตาลเฉลี่ยร้อยละ 11 และระดับน้ำตาลในเลือดสูงระหว่าง 174 – 410 mg/dl



6 - 7 เดือนก่อนมา มีอาการชาปลายมือปลายเท้า

2 วันก่อนมา มีอาการเหนื่อยง่าย ใจสั่น มีนเวียนศีรษะ อ่อนเพลีย

1 กันยายน 2565 มาตรวจตามนัดและฟังผลเลือด ผู้ป่วยยังมีอาการเหนื่อยง่าย ใจสั่น มีนเวียนศีรษะ อ่อนเพลีย

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต

ผู้ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงมา 12 ปี รับประทานยาโรงพยาบาลกำแพงเพชรต่อเนื่อง ควบคุมระดับความดันโลหิตอยู่ในเกณฑ์ที่ดี ในด้านสุขภาพไม่เคยใช้สารเสพติด ไม่ดื่มเหล้า ไม่สูบบุหรี่

การประเมินสภาพร่างกายตามระบบ

รูปร่างทั่วไป : รูปร่างอ้วน มีน้ำหนัก 81.6 กิโลกรัม ส่วนสูง 155 เซนติเมตร ค่า BMI เท่ากับ 33.965 kg/m²

สัญญาณชีพ : BP = 156/82 mmHg PR= 58 ครั้ง/นาที RR = 20 ครั้ง/นาที T = 36.0 °C

ระบบประสาท : รู้สึกตัวดี, E4V5M6 , Pupils 2.5 mm reaction to light both eyes, Motor power grade 5 all มีอาการชาที่ปลายมือ ปลายเท้า 2 ข้าง ไม่มีแผลเบาหวานที่เท้า

ผิวหนัง : ผิวกว่า ผิวก้น ผิวก้นขุ่นขึ้นดี ไม่บวม ไม่มีจุดจ้ำเลือด/ผื่น

ศีรษะและใบหน้า : ศีรษะทรงกลม ผมยาวหยักศก การมองเห็นตามัว 2 ข้าง เยื่อบุตาขาวไม่ซีด

ทรวงอกและการหายใจ : รูปร่างทรวงอกปกติ เคาะปอดมีเสียงป่อง เสียงหายใจปกติ

หัวใจและหลอดเลือด : อัตราการเต้นของหัวใจสม่ำเสมอ PR 58 ครั้ง/นาที จังหวะสม่ำเสมอ

ช่องทางและทางเดินอาหาร : กดไม่เจ็บ ท้องไม่อืด ตับและม้ามไม่โต ไม่มีเส้นเลือดผิดปกติที่ผนังท้อง

ระบบทางเดินปัสสาวะ : ปัสสาวะได้ปกติ ไม่มีแสบขัด

ระบบสืบพันธุ์ : ปกติ

ระบบกล้ามเนื้อและกระดูก : การเคลื่อนไหวของกระดูกและแขนขาปกติ

สภาพจิตใจและสังคม : สิ้นหวังวิตกกังวลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและกังวลเรื่องการรักษา

การวินิจฉัยโรค Diabetes mellitus stype 2

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่สำคัญ

รายการสิ่งส่งตรวจ	ค่าปกติ	1 ก.ย.65	24 พ.ย.65	16 ก.พ.66	18 พ.ค.66	10 ส.ค.66
FBS	74-106 mg/dl	352↑	178↑	201↑	210↑	211↑
BUN	8-20 mg/dl	26↑	23↑	21↑	-	20
Creatinine (หญิง)	0.55-1.02 mg/dl	1.18	1.02	1.03	-	1.02
eGFR (หญิง)	> 90 ml/min/1.73m ²	49.2	58	58	-	58
HbA1C	4.6-6.2	-	-	11.6↑	-	-
BLOOD	Negative			1+		
RBC	0-3 cells/HPF			3-5↑		
WBC	0-5 cells/HPF			20-30↑		
Bacteria	0			Few↑		
Sp.gr	1.003-1.030			1.014		
Mucous	0			Tarce↑		
Ketone	Negative			Negative		

สรุปผลการดำเนินของโรคขณะรับไว้ในการดูแล

1 กันยายน 2565 วันแรกรับ ผู้ป่วยมาตรวจรักษาพบแพทย์อายุรกรรม ตามแพทย์นัดมีสีหน้าวิตกกังวล ไม่สดชื่น มีอาการเหนื่อยง่ายใจสั่น มีนเวียนศีรษะ อ่อนเพลียเล็กน้อย ซามือขาเท้าทั้ง 2 ข้าง ไม่มีแผลและหนังหนาที่เท้าทั้ง 2 ข้าง น้ำหนัก 81.6 กิโลกรัม T 36 °C PR 58 ครั้ง/นาที RR 20 ครั้ง/นาที BP 156/82 mmHg ค่า Oxygen saturation 98% ผลการตรวจเลือด FBS 352 mg/dl ให้การรักษาให้ยาลดความดันโลหิตสูง และให้ยาเบาหวาน แพทย์ปรับยาฉีด Mixed Insulin PenFill 70/30 units/ml ID ก่อนอาหารเช้าครึ่งชั่วโมง 44 ยูนิต แพทย์นัดติดตามอาการ และเจาะเลือด 2 เดือนที่คลินิกอายุรกรรม

24 พฤศจิกายน 2565 ผู้ป่วยมาตรวจตามแพทย์นัด ยังมีอาการเหนื่อยง่ายใจสั่นบางครั้ง อ่อนเพลียเล็กน้อยเย็บอุตัน ในของเปลือกตาล่างไม่ซีด รับประทานอาหารได้ สีหน้าคลายวิตกกังวล สดชื่นขึ้น ไม่มีคลื่นไส้ ไม่มีบวม ยังมีอาการชามือและเท้า สองข้างน้ำหนัก 84 กิโลกรัม T 36.5°C PR 60ครั้ง/นาที RR 20 ครั้ง/นาที BP 146/80 mmHg ผลการตรวจเลือด FBS 178 mg/dl, BUN 23, Creatinine 1.02 mg/dl, eGFR 58 ml/min/1.73m², Electrolyte ในเลือดปกติ แพทย์ให้การรักษาตามแผนการรักษาเดิม และปรับยาฉีดเพิ่มให้ฉีด Mixed Insulin PenFill 70/30 units/ml ID ก่อนอาหารเช้าครึ่งชั่วโมง 46 ยูนิต แพทย์นัดตรวจอีก 3 เดือน พร้อมเจาะเลือดติดตามอาการ

16 กุมภาพันธ์ 2566 ผู้ป่วยมาตรวจตามแพทย์นัด ยังมีอาการเหนื่อยง่าย ใจสั่นบางครั้ง ไอแห้งๆ นานๆ ครั้ง ไม่มีเจ็บ แน่นหน้าอก รับประทานอาหารได้ ไม่มีอาการอ่อนเพลีย ไม่ซีด นอนหลับได้ ไม่มีบวม บัสสาวะปกติ ยังมีอาการชามือ และเท้าสองข้างเล็กน้อย น้ำหนัก 88 กิโลกรัม T 36.9°C PR 65 ครั้ง/นาที RR 20 ครั้ง/นาที BP 138/85 mmHg แพทย์ให้การรักษาตามแผนการรักษาเดิม แพทย์นัดตรวจอีก 3 เดือน พร้อมเจาะเลือดติดตามอาการ

18 พฤษภาคม 2566 ผู้ป่วยมาตรวจตามแพทย์นัด อาการดีขึ้น ยังมีเหนื่อยง่ายใจสั่นบางครั้ง ไม่มีอาการอ่อนเพลีย รับประทานอาหารได้ ไม่ซีด เท้าสองข้างไม่บวม น้ำหนัก 87 กิโลกรัม T 36.5°C PR 103 ครั้ง/นาที RR 16 ครั้ง/นาที BP 138/75 mmHg ผลการตรวจเลือด FBS 210 mg/dl แพทย์ให้การรักษาตามแผนรักษาเดิม แพทย์นัดตรวจอีก 3 เดือน พร้อมเจาะเลือดติดตามอาการ

10 สิงหาคม 2566 ผู้ป่วยมาตรวจตามนัด มีอาการเหนื่อยง่ายเวลาออกแรง ใจสั่นบางครั้ง ไม่เจ็บแน่นหน้าอก ไม่มีอาการ น้ำตาลต่ำที่บ้าน ไม่ปวดมีนเวียนศีรษะ ไม่มีอาการอ่อนเพลีย ทานอาหารได้ ไม่มีแผลที่เท้า บัสสาวะปกติ น้ำหนัก 87 กิโลกรัม T 36.2 °C PR 76 ครั้ง/นาที RR 16 ครั้ง/นาที BP 147/84 mmHg ผลเลือด FBS 211 mg/dl, Electrolyte ในเลือดปกติ หลังสิ้นสุด การดูแลผู้ป่วยในความรับผิดชอบ 1 ปี เพื่อให้ผู้ป่วยดูแลต่อเนื่อง มีไลน์ให้คำปรึกษา โทรติดตามอาการผู้ป่วย ส่งต่อให้ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านใกล้บ้านดูแลต่อเนื่องเพื่อแนะนำให้คำปรึกษา แพทย์นัดตรวจทุก 3 เดือน พร้อมเจาะเลือดติดตามอาการต่อเนื่องที่คลินิกเบาหวาน

การวางแผนการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ 1 ผู้ป่วยมีภาวะน้ำตาลในเลือดสูงเนื่องจากร่างกายไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้

ข้อมูลสนับสนุน FBS 352 mg/dl, ผู้ป่วยอ่อนเพลีย มีนเวียนศีรษะ ใจสั่น ชาปลายมือปลายเท้า

วัตถุประสงค์การพยาบาล เพื่อไม่เกิดภาวะน้ำตาลในเลือดสูง

เกณฑ์การประเมินผล

1. ไม่เกิดภาวะน้ำตาลในเลือดสูง ได้แก่ ไม่อ่อนเพลีย ไม่ปวดมีนเวียนศีรษะ ไม่มีใจสั่น ไม่คลื่นไส้ อาเจียน ไม่หมดสติ ไม่ชาปลายมือปลายเท้า

2. ผลตรวจเลือด FBS ค่าปกติ 74 -106 mg/dl ไม่เกิน 250 mg/dl, HbA1C ค่าปกติ 4.6-6.2 ไม่เกิน 8% Ketone Negative

กิจกรรมการพยาบาล

1. ชักประวัติสอบถามข้อมูลผู้ป่วย วัตถุประสงค์ซักพิน สังกะอาการและอาการแสดง และประเมินระดับความรู้สึกตัวของผู้ป่วยถ้ามีอาการเปลี่ยนแปลงผิดปกติ ผู้ป่วยมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงรีบส่งพบแพทย์เพื่อการรักษาได้ทันที่และปลอดภัย ใช้แบบประเมินและการดูแลผู้ป่วยโดยใช้สัญญาณเตือน ภาวะวิกฤต (Modified Early Warning Signs) เกณฑ์การดูแล / เฝ้าระวัง MEWS = 1 คะแนนเฝ้าระวังทุก 4 ชั่วโมง ส่งพบแพทย์ตามคิว/ความเหมาะสม = 2 คะแนน เฝ้าระวังทุก 4 ชั่วโมง ส่งพบแพทย์

ภายใน 1 ชั่วโมง = 3 - 5 คะแนนอย่างน้อย ½ ชั่วโมง ส่งพบแพทย์ภายใน 30 นาที = 5 หรือ 3 ในรายการเดียวหรือน้อยกว่า 5 แต่มีแนวโน้มเข้าสู่ภาวะวิกฤต ส่ง ER

2. ประเมินภาวะกรดคีโตนจากภาวะน้ำตาลสูง (ketoacidosis) ซึ่งมีอาการและอาการแสดง คือ กระหายน้ำ ตาลึก หายใจลึก ซึมลง กระสับกระส่าย และตรวจระดับคีโตนในปัสสาวะ

3. ดูแลให้ได้รับการพักผ่อนเพื่อลดการใช้พลังงาน

4. แนะนำการตรวจน้ำตาลโดยเจาะ DTX ตามแผนการรักษา เวลา 7.00 น. ประเมินผู้ป่วยเจาะ DTX เมื่อมีอาการเปลี่ยนแปลง ถ้าน้อยกว่า 80 mg% หรือมากกว่า 400 mg% รายงานแพทย์พิจารณาให้การแก้ไข ดูแลให้ได้รับ Regular insulin ทาง subcutaneous ตามระดับน้ำตาลในเลือด ถ้า DTX= 200-250 mg% ให้ RI 6 unit sc, 251-300 mg% ให้ RI 8 unit sc, 301- 350 mg% ให้ RI 10 unit sc, 351-400 mg% ให้ RI 12 unit sc เพื่อลดระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ

5. สังเกตอาการแสดงของภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ หลังได้รับยาอินซูลิน เช่น หน้ามืด ใจสั่น เหงื่อออก ตาพร่า ซาตามปลายมือ ปลายเท้า และแนะนำญาติสังเกตอาการข้างเคียงของภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ถ้าพบอาการผิดปกติให้แจ้งพยาบาลทันที

6. แนะนำผู้ป่วยให้รับประทานยา Glipizide 5 mg 1tab bid ac เข้า-เย็น และฉีดยา Mixed Insulin PenFill 70/30 units/ml ID ก่อนอาหารเช้าครึ่งชั่วโมง 44 ยูนิต ตามแผนการรักษาของแพทย์

7. ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ผลเลือด FBS, Ketone

8. แนะนำการรับประทานอาหารเฉพาะโรค เป็นอาหารจัดเบาหวาน และให้คำแนะนำแก่ญาติในเรื่องการ เตรียมอาหารให้กับผู้ป่วย

การประเมินผล

ผู้ป่วยไม่มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ และไม่เกิดภาวะกรดคีโตนจากน้ำตาลในเลือดสูง ระดับน้ำตาลในเลือดลดลง FBS 211 mg/dl

(10 สิงหาคม 2566) Ketone Negative (16 กุมภาพันธ์ 2566)

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ 2 การควบคุมโรคเบาหวานไม่มีประสิทธิภาพเนื่องจากขาดความรู้และความเข้าใจอย่างถูกต้อง เกี่ยวกับโรคเบาหวานและการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน

ข้อมูลสนับสนุน

สอบถามผู้ป่วย พบว่า ผู้ป่วยไม่ควบคุมอาหาร ชอบรับประทานขนมหวาน และไม่ได้ออกกำลังกาย 16 กุมภาพันธ์ 66 มีค่า HbA1c = 11.6 ผู้ป่วยไม่ทราบและตอบคำถามไม่ได้เกี่ยวกับการฉีดอินซูลิน การกำจัดเข็มฉีดยา และผู้ป่วยไม่ทราบถึงภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน

วัตถุประสงค์การพยาบาล

เพื่อให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดูแลตนเองในด้านการรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรค การออกกำลังกาย การป้องกันตนเองจากภาวะแทรกซ้อนของโรค มีความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาฉีดอินซูลิน การกำจัดเข็มฉีดยาและภาวะแทรกซ้อนจากการฉีดยา

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองในด้านการรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรค
2. ผู้ป่วยมีความรู้ในการออกกำลังกาย
3. ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนของโรค
4. ผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับการฉีดอินซูลิน การกำจัดเข็มฉีดยาที่ใช้แล้วและภาวะแทรกซ้อนจากการฉีดยา

กิจกรรมการพยาบาล

1. ให้คำแนะนำการควบคุมอาหาร การรับประทานอาหารให้ตรงเวลา เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย แนะนำให้งดขนมหวาน เช่น ทองหยิบ ทองหยอด ฟอยทอง สังขยา นมข้นหวาน น้ำอัดลม และควรหลีกเลี่ยงผลไม้กวน ผลไม้เชื่อม ผลไม้บรรจุกระป๋อง อาหารที่รับประทานได้ไม่จำกัดจำนวน ได้แก่ ผักใบเขียวทุกชนิด ผักตำลึง ผักบุ้ง กะหล่ำปลีสด ต้นหอม มะระ แดงกวา ผักคะน้า อาหารที่รับประทานได้แต่จำกัดปริมาณและชนิด ได้แก่ อาหารพวกแป้ง ขนมปัง และอาหารที่ต้องจำกัดจำนวน เช่น ผลไม้ต่างๆ มะละกอสุก 8 คำ ชมพู 2 ผล กล้วยน้ำว่า 1 ผล ฝรั่งครึ่งผล ลำไย 5 ผล เป็นต้น

2. แนะนำการออกกำลังกาย เพื่อกระตุ้นการไหลเวียนเลือด โดยการกระดกส้นเท้า ปลายเท้า การยกและกางแขนขาออก การเดินเร็ว เป็นต้น การออกกำลังกายแต่ละครั้งใช้เวลาประมาณ 20- 45 นาที

3. แนะนำการสังเกตอาการภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ (Hypoglycemia) หลังจากฉีดยาอินซูลิน อาจมีอาการใจสั่น เหงื่อออกมาก สั่น ตัวเย็น ซีด หัว กระวนกระวาย ความรู้สึกตัวลดลง สับสน อาจหมดสติ เมื่อมีอาการดังกล่าวให้รีบดื่มน้ำหวานหรืออมทอฟฟี่ ถ้าไม่รู้สึกตัวหรือไม่สามารถช่วยตนเองได้ ญาติควรรีบนำส่งโรงพยาบาล

4. แนะนำการสังเกตอาการภาวะน้ำตาลในเลือดสูง (Hyperglycemia) เช่น ปัสสาวะบ่อย กระหายน้ำ น้ำหนักลด อ่อนเพลีย คลื่นไส้อาเจียน ระดับความรู้สึกตัวลดลง ซึมลง หมดสติเมื่อมีอาการดังกล่าว ให้รีบส่งโรงพยาบาล

5. แนะนำการป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ เช่น ตา ไต ประสาทส่วนปลายเสื่อม ภาวะไขมันในเส้นเลือดสูง ความอ้วน การสูบบุหรี่ ความดันโลหิตสูง

6. แนะนำให้มารับการตรวจรักษาอย่างสม่ำเสมอ แนะนำการสังเกตอาการที่ควรมาพบแพทย์ เช่น มีอาการน้ำตาลในเลือดต่ำ แก้ไขแล้วไม่ดีขึ้น อ่อนเพลีย นอนราบไม่ได้ ตาพร่ามัว มีแขนขาอ่อนแรง มีไข้ มีการติดเชื้อในร่างกาย เท้าบวม มีแผลที่เท้า

7. ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการใช้ยาควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ยา Glipizide ควรรับประทานยาตามที่แพทย์สั่ง ตามเวลา และ สัมพันธ์กับการรับประทานอาหาร

8. ส่งพบเภสัชกรให้คำปรึกษาแนะนำผู้ป่วยเรื่องการฉีดยา Mixed Insulin PenFill 70/30 units/ml ID ตามแผนการรักษา ของแพทย์ แนะนำการกำจัดเข็มฉีดยาที่ใช้แล้ว

9. ส่งปรึกษานักสุขศึกษาเพื่อจัดให้ผู้ป่วยเข้าร่วมกลุ่มกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับผู้ป่วยเบาหวานอื่นๆ เพื่อให้เกิดการพัฒนาพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดีขึ้น

10. ส่งปรึกษานักกำหนดอาหารแนะนำเกี่ยวกับการรับประทานอาหารเฉพาะโรคเบาหวานที่ถูกต้อง

11. แนะนำสื่อที่จะได้รับความรู้ที่ทันสมัยให้แก่ผู้ป่วยและญาติ เช่น โทรทัศน์ อินเทอร์เน็ต สื่อแผ่นพับ วิดีทัศน์ ฯลฯ เพื่อนำความรู้มาใช้ให้เหมาะสมกับการปรับพฤติกรรมที่เหมาะสมในการปฏิบัติตัวในชีวิตประจำวันของผู้ป่วย

การประเมินผล

ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้อง หลังจากได้รับคำแนะนำให้ความรู้และหลังจากผู้ป่วยได้ทำกิจกรรมกลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกับผู้ป่วยเบาหวาน

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ 3 เสี่ยงต่อการเกิดแผลเบาหวานที่เท้าเนื่องจากมีความผิดปกติของปลายประสาท
ข้อมูลสนับสนุน FBS 352 mg/dl มีอาการชาปลายมือปลายเท้าประมาณ 6 - 7 เดือน อาการชามากขึ้นเรื่อยๆ
วัตถุประสงค์การพยาบาล เพื่อให้ไม่เกิดแผลที่เท้า อาการชาเท้าลดลง

เกณฑ์การประเมินผล ผู้ป่วยไม่เกิดแผลที่เท้า อาการชาเท้าลดลง

กิจกรรมการพยาบาล

1. แนะนำในเรื่องการควบคุมอาหารอย่างถูกต้อง เพื่อให้สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้

2. แนะนำดูแลรักษาสุขภาพเท้าโดยตรวจเท้าตนเองทุกวัน ล้างเท้าด้วยน้ำธรรมดาและสบู่อ่อนทุกวันไม่ใช้แปรงขนแข็งขัดเท้า ทำให้เกิดแผลได้ ส่องเท้าว่ามีอาการบวม ปวด มีแผล รอยขีดหรือแผลพุพอง ถ้าพบผิดปกติปรึกษาแพทย์ ทาครีมบางๆ เพิ่มความชุ่มชื้น โดยเว้นบริเวณซอกนิ้วเท้า เพื่อป้องกันการอักเสบและเกิดเชื้อราได้ ใส่ถุงเท้าที่ทำด้วยผ้าฝ้ายนุ่ม หรือ สวมรองเท้าตลอดเวลาทั้งในและนอกบ้าน สวมรองเท้าขนาดพอดีไม่คับหรือหลวมเกินไป ไม่ใส่รองเท้าส้นสูงและไม่ใช้รองเท้าแตะชนิดคีบ การตัดเล็บให้ตัดตรงเสมอ ปลายนิ้ว อย่าตัดโค้งและตัดลึกมากเพราะจะทำให้เกิดแผลได้ง่าย บริหารเท้าทุกวันอย่างน้อยวันละ 15 นาที เพื่อให้การไหลเวียนที่เท้าดีขึ้น ทำโดยการเดิน และการยืดกล้ามเนื้ออ่อนๆ ไม่แช่เท้าในน้ำร้อนหรือวางกระเป๋าน้ำร้อนบนเท้าหรือขา เพราะอาจเกิดแผลใหม่ได้

3. ถ้ามีแผลที่เท้าควรมาพบแพทย์ เพื่อป้องกันการติดเชื้อลุกลามจนถึงตัดเท้าและขาได้

การประเมินผล

หลังให้คำแนะนำผู้ป่วยเข้าใจ และสนใจสอบถามการป้องกันการเกิดแผล ไม่พบแผลที่เท้า ยังมีขาเท้าบางครั้ง

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ 4 ผู้ป่วยวิตกกังวลกับโรคที่เป็นอยู่เนื่องจากรักษาไม่หาย และไม่สามารถควบคุมโรคได้ดี
ข้อมูลสนับสนุน ผู้ป่วยรับรู้ว่า เป็นเบาหวานรู้สึกเครียดที่รักษาไม่หาย รู้สึกท้อแท้ ผู้ป่วยและญาติมีสีหน้าวิตกกังวล
วัตถุประสงค์การพยาบาล

1. เพื่อให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติได้รับความรู้ และให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล
2. เพื่อคลายความวิตกกังวลของผู้ป่วยและญาติ

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยและญาติยอมรับสภาพความเจ็บป่วย และสามารถปรับตัวได้
2. ผู้ป่วยและญาติคลายวิตกกังวล สีหน้าสดชื่นขึ้น

กิจกรรมการพยาบาล

1. พูดคุยให้กำลังใจเพื่อลดความวิตกกังวล และแนะนำกิจกรรมคลายเครียดตามความถนัด
2. สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยด้วยท่าทางที่เป็นมิตร ยิ้มแย้มแจ่มใส ไม่แสดงอาการเบื่อหน่ายผู้ป่วย
3. ให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรค สาเหตุอาการ แผนการรักษา เพื่อลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยและญาติ
4. อธิบายให้ผู้ป่วยรับทราบถึงเหตุผลและความจำเป็นในการรักษาพยาบาลเพื่อลดความวิตกกังวล
5. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยพูดคุยและระบายความในใจ ชักถามปัญหาหรือข้อสงสัยต่างๆ ปลอดภัยของผู้ป่วยและรับฟังด้วยท่าทางที่สงบไม่แสดงอาการรำคาญหรือรีบร้อนในการทำงานอื่นๆ ตอบข้อซักถามด้วยความเต็มใจ
6. ประเมินภาวะวิตกกังวลโดยสังเกต พฤติกรรม สีหน้าท่าทาง การเคลื่อนไหวร่างกาย และ จากการ ชักถาม

การประเมินผล

หลังจากผู้ป่วยและญาติได้รับการแนะนำ ผู้ป่วยและญาติเข้าใจแผนการรักษา และให้ความร่วมมือในการรักษาเป็นอย่างดี คลายความวิตกกังวล มีหน้าตาสดชื่นขึ้น

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ 5 มีอัตราการกรองของไตลดลงเนื่องจากการควบคุมโรคเบาหวานไม่มีประสิทธิภาพ

ข้อมูลสนับสนุน มีอาการเหนื่อยง่าย มีนเวียนศีรษะ อ่อนเพลียเล็กน้อย ค่า BUN 26 mg/dl, Creatinine 0.94 mg/dl, eGFR 49.2, HbA1c = 11.6

วัตถุประสงค์การพยาบาล เพื่อชะลอความเสื่อมของไต

เกณฑ์การประเมินผล ผู้ป่วยได้รับความรู้และสามารถปฏิบัติตัวเพื่อชะลอความเสื่อมของไตได้ ค่า BUN 8-20 mg/dl, Creatinine 0.55 -1.02 mg/dl, ค่า eGFR ml/min/1.73m² ระยะที่ 1 ค่า eGFR > 90 (ปกติ) ระยะที่ 2 ค่า eGFR 60 - 89 (ถือว่าลดลงเล็กน้อย) ระยะที่ 3 ค่า eGFR 30 - 59 (ถือว่าลดลงปานกลาง)

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินพฤติกรรม ความพร้อมต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงและการสร้างทักษะในการจัดการตนเอง เน้นการลดบริโภคเกลือและโซเดียม และให้ความรู้ในการใช้ยา NSAID อย่างถูกต้อง หลีกเลี่ยงยาที่มีพิษต่อไต
2. เสริมแรง สนับสนุนให้กำลังใจผู้ป่วยและญาติในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ระดับปกติ
3. แนะนำการควบคุมระดับความดันโลหิต โดยตั้งเป้าหมายของระดับ BP คือ 140/90 mmHg
4. ควบคุมอาหารเพื่อชะลอการเสื่อมของไต เช่น ควบคุมโปรตีน อาหารเค็ม อาหารที่มีไขมันสูง
5. ควบคุมสุขภาพและป้องกันตนเองจากการติดเชื้อในระบบต่างๆของร่างกาย โดยเฉพาะการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ และทางเดินปัสสาวะ

การประเมินผล

หลังจากผู้ป่วยได้รับความรู้ ความเข้าใจในการปฏิบัติตัวเพื่อชะลอความเสื่อมของไต ผู้ป่วยปฏิบัติตัวได้ดีขึ้น ยังมีอาการเหนื่อยง่าย เวลาออกแรง ใจสั่นบางครั้ง ไม่ปวดมีนเวียนศีรษะ ไม่มีอาการอ่อนเพลีย ค่า FBS 211 mg/dl BUN 20 mg/dl, Creatinine 1.02 mg/dl, eGFR 58 ml/min/1.73m²

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ 6 ผู้ป่วยมีภาวะติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะ

ข้อมูลสนับสนุน ผลตรวจปัสสาวะ WBC 20-30 cells/HPF, RBC 3-5 cells/HPF, Bacteria Few, Mucous Trace

วัตถุประสงค์การพยาบาล เพื่อให้มีอุณหภูมิอยู่ในเกณฑ์ปกติ ไม่มีการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ

เกณฑ์การประเมินผล

อุณหภูมิอยู่ในเกณฑ์ปกติ ไม่เกิน 37.3 °C ผลตรวจปัสสาวะ BLOOD Negative, RBC 0-3 cells/HPF, WBC 0-5 cells/HPF, Sp.gr 1.003-1.030, Mucous ไม่พบ ไม่มีการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ ไม่มีไข้ ไม่ปวดท้องน้อย ปัสสาวะไม่มีกลิ่นเหม็น ปัสสาวะไม่แสบขัด ไม่ขุ่น

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินอุณหภูมิร่างกาย ถ้ามีไข้ให้เช็ดตัวลดไข้ด้วยน้ำธรรมดาเพื่อช่วยลดความร้อนของร่างกายทำให้อุณหภูมิลดลง และแนะนำให้ผู้ป่วยดื่มน้ำบ่อยๆ เพื่อทดแทนน้ำและลดการติดเชื้อระบายออกทางปัสสาวะ
2. แนะนำให้ผู้ป่วยสังเกตอาการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ เช่น มีไข้ ปวดท้องน้อย ปัสสาวะแสบขัดขุ่น
3. แนะนำให้ดูแลความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์หลังขับถ่ายทุกครั้ง ซับให้แห้ง ไม่เปียกชื้น เพราะจะทำให้ติดเชื้อทางเดินปัสสาวะได้ง่าย

การประเมินผล

ผู้ป่วยไม่ติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ ปัสสาวะไม่แสบขัด ไม่ขุ่น ไม่ปวดท้องน้อย ไม่มีไข้ T 36.2 °C

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ 7 เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนเนื่องจากมีความดันโลหิตสูง

ข้อมูลสนับสนุน ผู้ป่วยมีอาการมีเวียนศีรษะเล็กน้อย, BP 156/82 mmHg

วัตถุประสงค์การพยาบาล เพื่อไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนจากความดันโลหิตสูง

เกณฑ์การประเมินผล

1. ไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากความดันโลหิตสูง เช่น ไม่มีอาการปวดศีรษะ ตาไม่พร่ามัว แขนขาไม่อ่อนแรง ไม่คลื่นไส้อาเจียน
2. ความดันโลหิตอยู่ในเกณฑ์ปกติ คือ systolic pressure \leq 140 mmHg, Diastolic pressure \leq 90 mmHg

กิจกรรมการพยาบาล

1. วัดสัญญาณชีพ โดยเฉพาะความดันโลหิตทุก 4 ชั่วโมง เพราะเป็นการประเมินระดับความรุนแรงของภาวะความดันโลหิตสูง เพื่อให้การรักษาที่เหมาะสม
2. ประเมินอาการที่แสดงถึงการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากความดันโลหิตสูง เช่น อาการปวดศีรษะ ตาพร่ามัว มองเห็นภาพซ้อน คลื่นไส้อาเจียน ปากเบี้ยวพูดไม่ชัด แขนขาอ่อนแรง เพราะอาการเหล่านี้คืออาการที่แสดงถึงภาวะแทรกซ้อน เช่น หลอดเลือดสมองตีบแตก โรคไต จอตาบวม
3. แนะนำให้ผู้ป่วยได้รับการพักผ่อนอย่างเพียงพอ
4. แนะนำให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารจัด แนะนำลดอาหารเค็มและลดอาหารที่มีไขมันสูง เช่น อาหารที่มีเกลือ น้ำปลา ซีอิ๊วและพวกทอด ผัดน้ำมันเพราะอาหารเค็มและอาหารที่มีไขมันสูงจะทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้นได้
5. แนะนำการรับประทานยา HCTZ 25 mg 1tab OD pc, NIFEDIPINE 20MG 1 tab bid pc, HYDRALAZINE 25 mg 2 tab bid pc, Simvastatin 20 mg 1 tab hs ตามแผนการรักษา ยาลดความดันโลหิตสูง เป็นยาที่ทำให้หลอดเลือดขยายตัว ทำให้ความดันโลหิตลดลงแนะนำให้ผู้ป่วยให้ระมัดระวังการเปลี่ยนท่าเร็วอาจทำให้ความดันโลหิตเปลี่ยนแปลงและเกิดอุบัติเหตุได้

การประเมินผล

ผู้ป่วยไม่มีอาการปวดศีรษะ ตาไม่พร่ามัว แขนขาไม่อ่อนแรง ไม่คลื่นไส้อาเจียน หลังได้รับคำแนะนำ ผู้ป่วยเข้าใจ ทบทวนการสังเกตอาการสำคัญที่ต้องมาพบแพทย์ ตอบได้ BP 147/84 mmHg

ติดตามผู้ป่วยจากการมาตรวจตามแพทย์นัด (วันที่ 10 สิงหาคม 2566)

สอบถามเพื่อติดตามพฤติกรรมมารับประทานอาหาร การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและการออกกำลังกายรวมถึง การดูแลเท้าหลังจากได้ให้คำแนะนำแล้ว พบว่า ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตามคำแนะนำได้ ผู้ป่วยสามารถเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรคได้ดีขึ้น ยังการรับประทานขนมหวานบางครั้ง ในการปรุงอาหารยังเติมน้ำปลาบ้าง ออกกำลังกายเล็กน้อยโดยการเดินประมาณ 20 นาที รักษาความสะอาดเท้าเป็นอย่างดีสวมรองเท้าเพื่อป้องกันการเกิดแผลได้อย่างถูกต้อง ยังมีอาการชาปลายเท้าบางครั้งเจาะเลือด FBS 211mg/dl eGFR 58 ml/min/1.73 m² สัญญาณชีพ T 36 °C PR 76 ครั้ง/นาที RR 16 ครั้ง/นาที BP 147/84 mmHg

สรุปกรณีศึกษา

ผู้ป่วยหญิงอายุ 64 ปี เป็นโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงมา 12 ปี มาด้วยอาการเหนื่อยง่าย ใจสั่น เวียนศีรษะ หน้ามืด อ่อนเพลีย ชาปลายมือปลายเท้า การวินิจฉัยโรค Diabetes Mellitus Type2, Hypertension ปัญหาทางการแพทย์มา 1) ผู้ป่วยมีภาวะน้ำตาลในเลือดสูงเนื่องจากร่างกายไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ 2) การควบคุมโรคเบาหวานไม่มีประสิทธิภาพเนื่องจากขาดความรู้และความเข้าใจอย่างถูกต้องเกี่ยวกับโรคเบาหวานและการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน 3) เสี่ยงต่อการเกิดแผลเบาหวานที่เท้าเนื่องจากมีความผิดปกติของปลายประสาท 4) ผู้ป่วยวิตกกังวลกับโรคที่เป็นอยู่เนื่องจากรักษาไม่หาย และไม่สามารถควบคุมโรคได้ 5) มีอัตราการกรองของไตลดลงเนื่องจากการควบคุมโรคเบาหวานไม่มีประสิทธิภาพ 6) ผู้ป่วยมีอาการติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะ 7) เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนเนื่องจากมีความดันโลหิตสูง แพทย์ให้การรักษาโดยให้ยาควบคุมเบาหวาน ให้ยาควบคุมความดันโลหิต และปัญหาที่ต้องดูแลต่อเนื่อง คือการปรับพฤติกรรมสุขภาพเพื่อควบคุมโรคเบาหวาน และชะลอ ความเสื่อมของไต พยาบาลได้ให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและญาติ และจัดให้ผู้ป่วยได้เข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มเพื่อเรียนรู้การปรับพฤติกรรม และติดตามการดูแลตนเองของผู้ป่วย เมื่อมาตรวจตามนัด พบว่าสามารถควบคุม พฤติกรรมมารับประทานอาหารได้ดีขึ้น รับประทานยาและฉีดยาได้ถูกต้อง ยังมีอาการชาปลายเท้าบางครั้ง

วิจารณ์

จากกรณีศึกษาผู้ป่วยรายนี้เป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 มีปัญหาเหนื่อยง่าย ใจสั่น อ่อนเพลีย มีเวียนศีรษะ เมื่อแพทย์ให้การักษาโดยให้ยาอาการผู้ป่วยดีขึ้น ระดับน้ำตาลในเลือด FBS = 211 mg/dl การให้คำแนะนำเพื่อชะลอการเกิดภาวะแทรกซ้อน ต้องอาศัยความร่วมมือของทั้งผู้ป่วยและญาติในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานอาหาร การทำงานร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ จัดกิจกรรมกลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ทำให้ผู้ป่วยได้รับประโยชน์ ได้รับข้อมูลครบถ้วนมากกว่าการให้คำแนะนำเพียงอย่างเดียว ผู้ป่วยได้เรียนรู้จากเพื่อนที่เป็นเบาหวานด้วยกัน ทำให้เกิดประสบการณ์มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ถูกต้องเพิ่มขึ้น มีไลน์ให้คำปรึกษา โทรติดตามอาการผู้ป่วย ส่งต่อให้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านใกล้บ้านดูแลต่อเนื่อง เพื่อแนะนำให้คำปรึกษา ทำให้ผู้ป่วยควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีขึ้น ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ

ข้อเสนอแนะ

1. การพยาบาลผู้ป่วยเบาหวาน จำเป็นต้องมีความรู้เกี่ยวกับสาเหตุการเกิดโรคพยาธิสภาพ การเกิดภาวะแทรกซ้อน การรักษาพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยได้ถูกต้อง ดังนั้นพยาบาลจำเป็นต้องหมั่นศึกษาหาความรู้ ค้นคว้าและติดตามความก้าวหน้าของการรักษาพยาบาลอยู่เสมอ เพื่อให้การดูแลและให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วย ให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจ สามารถดำรงชีวิตได้อย่างเหมาะสม และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ปรับตัวกับสภาพที่เป็นอยู่ได้
2. ควรมีการจัดวิชาการเพื่อฟื้นฟูความรู้ และเป็นการเพิ่มความรู้ให้กับพยาบาลผู้ป่วยนอก พร้อมทั้งข่าวสารความก้าวหน้าทางการรักษาพยาบาลใหม่ๆ เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยเฉพาะโรคได้ดีขึ้นและมีประสิทธิภาพ
3. พัฒนาระบบคัดกรองผู้ป่วยโรคเบาหวานในแผนกอายุรกรรมผู้ป่วยนอก ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ และส่งเสริมให้มีการปรับพฤติกรรมอย่างมีประสิทธิภาพและต่อเนื่อง
4. ส่งเสริมและสนับสนุนการใช้โปรแกรม motivational interview (MI) ในกระบวนการพยาบาล เพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ป่วย และผู้ป่วยสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ป่วยได้อย่างยั่งยืน

สรุป

โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังซึ่งผู้ป่วยต้องการ การดูแลรักษาและการประเมินอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลานาน การรักษาผู้ป่วยเบาหวานต้องใช้หลายองค์ประกอบร่วมกัน ได้แก่ การรับประทานอาหารที่เหมาะสม การออกกำลังกายที่สม่ำเสมอ การบริหารยาลดระดับกลูโคสในเลือด และการให้ความรู้เรื่องเบาหวานแก่ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล การดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานในระยะเฉียบพลันและฉุกเฉินต้องให้ความสนใจเอาใจใส่ในการประเมินสภาพ ค้นหาปัญหาทั้งทางร่างกายและจิตใจ การเฝ้าติดตามความก้าวหน้าของโรคการให้ยาฉีดอินซูลินหรือการรับประทาน และการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานและจากยาที่ให้ผู้ป่วย ต้องเข้าใจวิธีปฏิบัติตนเพื่อป้องกันและเคร่งครัดต่อการรักษาสุขภาพ เพื่อให้สามารถมีชีวิตอยู่กับครอบครัวได้อย่างมีความสุข ดังนั้นพยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการที่จะช่วยเหลือ ประคับประคอง ผู้ป่วยเบาหวานที่อยู่ในระยะวิกฤติให้ผ่านพ้นระยะนี้ได้ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตนเองในการดำรงชีวิตอย่างปลอดภัยได้ต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. Selby N, Taal M. An update overview of diabetic nephropathy: Diagnosis, prognosis, treatment goals and latest guidelines. *Diabetes, obesity and metabolism. A journal of pharmacology and therapeutics*. 2020;22(S1):3-15.
2. International Diabetes Federation. IDF DIABETES ATLAS 2015. Seventh edition. [Online]. [cited 2017 Nov 19]. Available from: <http://www.dmthai.org/statistic/1558>.
3. สำนักงานพัฒนาอนามัยสุขภาพระหว่างประเทศ. รายงานสถานการณ์โรค NCDs ฉบับที่ 2 "KICKOFF TO THE GOALS". จ.นนทบุรี. [Online]. [cited 2017 Nov 19]. Available from: http://www.dmthai.org/sites/default/files/ncd_nhes_v_2016.pdf.
4. ANNUAL REPORT 2015. สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. ปีที่พิมพ์ พ.ศ.2559. สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์. หน้า 11.
แหล่งข้อมูล <http://thaincd.com/document/file/download/paper-manual/Annual-report-2015.pdf>
5. ศิริพร ชัมภลลิขิต. แบบแผนสุขภาพ: การเก็บรวบรวมข้อมูล. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ: เทมการพิมพ์. 2539.
6. Gordon M. Nursing diagnosis: Process and Application. Michigan: Mosby : 1994.
7. Orem DM, Taylor SG, Renpenning KM. Nursing: Concepts of practice. 6th.ed. St. Louis: Mosby ; 2001.
8. สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย สมาคมต่อมไร้ท่อแห่งประเทศไทย กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน. พิมพ์ครั้งที่ 3. ปทุมธานี : ร่มเย็น มีเดีย; 2560.
9. นิสรา พรหมมา. กรณีศึกษาผู้ป่วยเฉพาะราย การพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูง. *วารสารสุขภาพและการศึกษาพยาบาล*. 2554;17(1):56-68.
10. สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี สมาคมต่อมไร้ท่อแห่งประเทศไทย กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุขและสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน พ.ศ. 2557. กรุงเทพฯ: อรุณการพิมพ์; 2557.
11. กนกพจน์ จันท์ภักดิ์. แนวทางการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินอายุรศาสตร์. กรุงเทพฯ : กรุงเทพเวชสาร; 2563.
12. กรมบัญชีกลาง. บันทึกข้อความลงวันที่ 24 เมษายน 2563 เรื่องหลักเกณฑ์และอัตราค่ารักษาพยาบาลสำหรับผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังด้วยวิธีการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม. กรุงเทพฯ : กรมบัญชีกลาง; 2563.
13. บัญชา สติระพจน์. Diabetes nephropathy : Diagnosis and therapeutic targets. *เวชสารแพทย์ทหารบก*. 2563;73(3): 199-210.

Emergency nursing care for patients with Hemorrhagic Stroke : A Case Study

Areerat Budsrichareon, Dip in N.EQU BN.*

Abstract

Introduction : Patients with hemorrhagic stroke, it is an emergency state that needs urgency care. Patients often have severe symptoms and progress to brain swelling, increased intracranial pressure, and brain herniation. Especially those who delayed evaluated or diagnosed. Patient care and processes are important things that can reduce patient's deaths.

Objective : To provide nursing guidelines for patients with hemorrhagic stroke in the Emergency Department who receive care from the scene of the incident, during transport, at the hospital and transferred to a proper medical facility.

Case Study : A 54-year-old Thai woman came to the hospital with symptoms of right hemiparesis. It was while doing housework 1 hour before coming to the hospital. An emergency number "1669" called by a bystander. The Emergency Medical Service Center coordinates with the Emergency Department, Kamphaeng Phet Hospital. Advanced medical resuscitation team received a patient at the scene and then evaluated symptoms by B.E.F.A.S.T criteria. The patient has symptoms of right hemiplegia and a Glasgow coma score of E4V1M5. Symptoms was beginning 1 hour before which exactly as reported. This patient compatible with emergency cerebrovascular disease. Nursing activities include fluid intake, collect blood samples, oxygenation, and evaluating neurological symptoms every 15 minutes. Then coordinate with emergency physicians and nurses to prepare through telemedicine. Emergency department's nurses contact to Registration Unit, Computerized Tomography Unit, and Intensive Care Unit to prepare for a brain computerized tomography scan as soon as the patient arrive. The brain computerized tomography scan shows hemorrhagic stroke with increased intracranial pressure and brain herniation. This patient is within the criteria for emergency brain surgery. However, because there was no neurosurgery specialist on duty. This patient received treatment and transferred to a hospital with a higher ability for the following reasons. 1) The patient is likely to die at the scene due to the sudden loss of consciousness. 2) Increase Intracranial pressure due to increased brain volume from intracranial hemorrhage. 3) Side effect from anti-hypertensive drugs. 4) Conditions may worsen from patient movement. 5) Relatives worried the patient's illness. 6) The patient is likely to receive brain surgery not in time.

Conclusion : The patient transferred to a hospital with a higher ability, received surgery in time, safely, and survived. Nursing care for patients with hemorrhagic stroke in the Emergency Department operated by expert knowledgeable nursing team. That helps to reduce the rate of disability and patients' death.

Keywords : Nursing care for patients with hemorrhagic stroke, Emergency Medical Service System, Emergency Department, Referral System.

*Registered nurse, Professional Level, Kamphaeng Phet Hospital.

การพยาบาลฉุกเฉินในผู้ป่วยที่มีภาวะหลอดเลือดสมองแตก : กรณีศึกษา

อารีรัตน์ บุษย์ศรีเจริญ, ป.พ.ย.*

บทคัดย่อ

บทนำ : ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกเป็นโรคที่เป็นภาวะฉุกเฉิน ซึ่งมีความจำเป็นต้องได้รับการดูแลอย่างเร่งด่วน รวดเร็ว ผู้ป่วยมักจะมีอาการรุนแรงและโรคอาจมีการดำเนินการเปลี่ยนแปลงต่อไปจนทำให้เกิดสมองบวม และความดันในกะโหลกศีรษะสูง ภาวะสมองยื่น ตามมา หากไม่ได้รับการประเมินอาการ และการวินิจฉัยที่รวดเร็ว ซึ่งการดูแลและกระบวนการทำงานจึงเป็นสิ่งสำคัญที่จะสามารถช่วยลดการสูญเสียชีวิตของผู้ป่วยได้

วัตถุประสงค์ : เพื่อเป็นแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะหลอดเลือดสมองแตกที่ได้รับการดูแลตั้งแต่ ณ จุดเกิดเหตุ ระหว่างนำส่ง จนถึงโรงพยาบาลและได้รับการส่งต่อไปยังสถานพยาบาลที่เหมาะสม

กรณีศึกษา : หญิงไทย อายุ 54 ปี มาโรงพยาบาลด้วยอาการ แขนขาข้างขวาอ่อนแรง ไม่พูด เป็นขณะกวาดใบไม้อยู่หน้าบ้าน 1 ชั่วโมงก่อน ญาติโทร 1669 ทางศูนย์สั่งการรับแจ้งเหตุ จังหวัดกำแพงเพชรประสานมาทางแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ทีมช่วยชีวิตขั้นสูงโรงพยาบาลกำแพงเพชรออกมารับผู้ป่วย ณ จุดเกิดเหตุ ประเมินอาการแรกเริ่มโดยการใช้เกณฑ์การประเมิน B.E.F.A.S.T. ผู้ป่วยมีอาการแขนขาข้างขวาอ่อนแรง แรงต้านของกล้ามเนื้อแขนขาข้างขวาเกรด 0 รู้สึกตัวระดับ Pain คะแนนความรู้สึกตัว E4V1M5 เริ่มมีอาการ 1 ชั่วโมง ก่อน ตรงกับที่ได้รับแจ้ง ผู้ป่วยรายนี้เข้าเกณฑ์ภาวะเร่งด่วนทางโรคหลอดเลือดสมอง มีการปฏิบัติกิจกรรมพยาบาล ให้สารน้ำ เก็บเลือดเพื่อส่งตรวจ ให้ออกซิเจน ประเมินอาการทางระบบประสาททุก 15 นาที ประสานทีมแพทย์และพยาบาลห้องฉุกเฉินเพื่อเตรียมความพร้อมโดยผ่านระบบสื่อสารทางไกลด้านการแพทย์ พยาบาลห้องฉุกเฉินมีการประสานงาน ห้องบัตร แผนกเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ และหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม 2 เพื่อเตรียมความพร้อมให้ผู้ป่วยได้ทำเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมองทันทีที่ผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาล ผลของการเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมองพบว่ามีภาวะหลอดเลือดสมองแตกที่มีภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงและสมองยื่น ผู้ป่วยรายนี้อยู่ในเกณฑ์ที่ต้องได้รับการผ่าตัดเส้นเลือดในสมองแตกแบบเร่งด่วน แต่เนื่องจากไม่มีแพทย์เฉพาะทางระบบศัลยกรรมประสาทอยู่เวร ผู้ป่วยรายนี้ได้รับการดูแลส่งต่อไปยังโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า 1. ผู้ป่วยมีโอกาสเสียชีวิตในที่เกิดเหตุเนื่องจากระดับความรู้สึกตัวลดลงแบบฉับพลัน 2. มีภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงเนื่องจากปริมาตรของเนื้อสมองเพิ่มขึ้นจากการมีเลือดออกในสมอง 3. เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนจากผลข้างเคียงของยาลดความดัน 4. ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดภาวะทรุดลงจากการเคลื่อนย้าย 5. ญาติวิตกกังวลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของผู้ป่วย 6. ผู้ป่วยเสี่ยงต่อได้รับการส่งต่อเข้ารับการรักษาผ่าตัดสมองไม่ทันเวลา

สรุปผลกรณีศึกษา : ผู้ป่วยได้รับการส่งต่อไปยังโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า ได้รับการผ่าตัดทันเวลา ปลอดภัย ไม่เสียชีวิต การพยาบาลการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกในห้องฉุกเฉิน ทีมพยาบาลที่มีความรู้ ความเชี่ยวชาญ สามารถใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็ว ถูกต้อง เหมาะสม ทันเวลา ช่วยลดอัตราความพิการและการเสียชีวิตของผู้ป่วยได้

คำสำคัญ : การพยาบาลโรคหลอดเลือดสมองแตก ระบบEMS ห้องฉุกเฉิน ระบบส่งต่อ

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลกำแพงเพชร

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคที่เป็นสาเหตุการตายที่สำคัญอันดับ 2 ของโลก มีผู้ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองทั่วโลก 17 ล้านคน และเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 6.5 ล้านคน โรคหลอดเลือดสมองแตก (Hemorrhagic stroke) ถือว่าเป็นโรคที่เป็นภาวะฉุกเฉิน เพราะผู้ป่วยมักจะมีอาการรุนแรงและโรคอาจจะมีการเปลี่ยนแปลงโดยดำเนินต่อไปจนทำให้เกิดสมองบวม จากการมีเลือดออกในสมอง เกิดการกดเบียดพื้นที่ในสมองเพิ่มปริมาตรพื้นที่ทำให้เกิดภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงทำลายเซลล์สมอง¹ สาเหตุหลักของโรคเลือดออกในสมอง (Intra – cranial hemorrhage : ICH) เกิดจากโรคความดันโลหิตสูง (Hypertension : HT) ที่ไม่ได้ควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ เมื่อความดันโลหิตสูงเป็นเวลานานทำให้เกิด Hypertrophy ของ muscular wall สร้างความเสียหายให้กับ endothelial cell เกิด lipohyalinosis ในเส้นเลือด ทำให้เส้นเลือดเปราะบางแล้วแตกในเวลาต่อมา ซึ่งเส้นเลือดเหล่านี้จะเลี้ยงส่วนลึกของสมอง ดังนั้นเวลาเกิด ICH จากความดันโลหิตสูงจะเกิดในบริเวณ putamen, caudate nucleus, thalamus, brain stem และ deep cerebellar nuclei เนื่องจาก cerebral perfusion pressure (CPP) เท่ากับ arterial flow ลบด้วย intracerebral pressure (ICP) เมื่อ ICP สูงมากขึ้น CPP จะลดลงโดยมี autoregulation ในการควบคุม CPP ไม่ให้ผิดปกติ เมื่อ autoregulation สูญเสียความสามารถในการควบคุม CPP ทำให้เกิด cerebral ischemia หลังจากนั้นจะเกิด cerebral edema ตามมา จะส่งผลให้อัตราการเสียชีวิตสูงถึงร้อยละ 40 การผ่าตัดที่รวดเร็วจะลดโอกาสเสียชีวิตและทุพพลภาพได้²

พยาบาลเป็นผู้ที่มีความสำคัญในทีมสุขภาพที่ต้องให้การดูแลผู้ป่วย ตั้งแต่ระยะเริ่มแรก ตั้งแต่ ณ จุดเกิดเหตุ ขึ้นตอนในการ Detection and Recognition นั้นสำคัญต่อการแยกโรค เวลาที่ผู้ป่วยเริ่มมีอาการ มีความสำคัญมากในการประเมิน ซึ่งจะทำให้ทราบเวลาเริ่มมีอาการ (Stroke Onset) ที่ชัดเจน เพื่อพิจารณาเข้าสู่ระบบทางด่วนพิเศษในโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke Fast track) เพราะเมื่อแยกโรคได้ก็จะทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลตั้งแต่ ณ จุดเกิดเหตุ ระหว่างนำส่ง จนกระทั่งถึงโรงพยาบาล³ ผู้ป่วยจะได้รับการดูแลที่เฉพาะเจาะจงถือเป็นช่วงที่สำคัญที่สุดเป็นชั่วโมงทอง (GOLDEN HOUR) ของผู้ป่วย การดูแลโรคหลอดเลือดสมองแตกที่เกิดสมองบวมทำให้มีภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงหลักการที่สำคัญ คือ การพยายามควบคุมไม่ให้ความดันในกะโหลกศีรษะสูงเกินไป และการป้องกันเลือดออกมากขึ้น ซึ่งปัจจัยที่ทำให้เสียชีวิตได้แก่ ตำแหน่งที่เกิดพยาธิสภาพ ปริมาตรของก้อนเลือดในสมอง ขนาดของก้อนเลือดที่เพิ่มขึ้น และการแตกของก้อนเลือดเข้าไปในโพรงน้ำของสมองมีผลทำให้เกิดความดันในกะโหลกศีรษะสูงและเป็นภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญของการเสียชีวิตและทุพพลภาพ⁴

จากข้อมูลเขตสุขภาพที่ 3 ปี พ.ศ. 2560 - 2565 พบอุบัติการณ์โรคหลอดเลือดสมองแตกสูงขึ้นจาก 105.76 ในปี 2560 เป็นในปี 2565 พบว่าเขตสุขภาพที่ 3 มีอุบัติการณ์สูงสุดในประเทศ คือ 110.99 ต่อแสนประชากรอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป และพบอัตราการตายโรคหลอดเลือดสมองแตก ปี 2563 - 2565 เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องเท่ากับ 32.84, 34.70, 33.51 รายต่อแสนประชากรตามลำดับ⁵ สถิติของสำนักงานบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ตั้งแต่ปี 2563 - 2565 พบว่ามีประชาชนใช้บริการผ่านหมายเลข 1669 พบว่าผู้ป่วยที่มาใช้บริการที่โรงพยาบาลกำแพงเพชร โดยระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในกลุ่มอาการของโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลันเป็นจำนวน 119, 126, 149 ตามลำดับ⁶ ซึ่งมีแนวโน้มสูงขึ้น สอดคล้องกับปริมาณผู้ป่วยที่มาใช้บริการด้วยกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดสมองที่เพิ่มขึ้นทุกปี และสถิติข้อมูลของโรงพยาบาลกำแพงเพชร ปี พ.ศ. 2563 – 2565 มีผู้เข้ารับการรักษาด้วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (ICD10 I60 - I69) จำนวน 526, 536, 578 ราย ตามลำดับ ได้รับการผ่าตัด จำนวน 141, 182, 177 รายตามลำดับ และเสียชีวิต จำนวน 140, 116, 115 ราย ตามลำดับ⁷ จะเห็นได้ว่าอัตราการเข้ารับการรักษาที่มีแนวโน้มสูงขึ้น และจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดที่เพิ่มขึ้น จะทำให้อัตราการเสียชีวิตลดลง การศึกษานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะหลอดเลือดสมองแตกที่ได้รับการดูแลตั้งแต่ ณ จุดเกิดเหตุ ระหว่างนำส่ง จนถึงโรงพยาบาลและได้รับการส่งต่อไปยังสถานพยาบาลที่เหมาะสม

กรณีศึกษา

ศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการจังหวัดกำแพงเพชรได้รับแจ้งจากญาติ หญิงไทย อายุ 54 ปี ไม่มีโรคประจำตัว เวลา 09.00 น. ขณะกวาดใบไม้อยู่หน้าบ้าน มีอาการหน้ามืดเป็นลม ล้มลง แขนขาอ่อนแรง ชีพไม่พุด ไม่มีอาการชัก ญาติโทร 1669 เพื่อประสานมาที่ศูนย์สั่งการและรับแจ้งเหตุ Triage เป็นผู้ป่วยสีแดง (จากเกณฑ์การประเมินของ CBD (Criteria Based Dispatch) ทางศูนย์สั่งการ

ประสานงานที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลกำแพงเพชร เพื่อให้ทีมช่วยชีวิตขั้นสูง (Advanced Cardiovascular Life Support : ACLS) ออกรับผู้ป่วย ทางศูนย์ประเมินและแจ้งรายละเอียด เป็นเคส Fast Track Stroke (ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแบบเร่งด่วน) ทีมช่วยชีวิตขั้นสูงของแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินออกช่วยเหลือ ณ จุดเกิดเหตุ 10 นาที ถึงจุดที่เกิดเหตุ พบผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 54 ปี พยาบาลใช้การประเมินแบบ B.E.F.A.S.T. (B= balance E=eyes F=face A=arms S=speech T=time) ผลพบว่า ผู้ป่วยนอนซมริมปากเบี้ยว ไม่พูด แขนขาข้างขวาอ่อนแรง ระยะเวลาที่เริ่มมีอาการ คือ 1 ชั่วโมง 15 นาที เข้าเกณฑ์ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแบบเร่งด่วน ทางทีม ACLS Triage ผู้ป่วยเป็นสีส้ม คือระดับ Emergency ประเมินอาการทางระบบประสาทและสัญญาณชีพ ได้คะแนนความรู้สึกตัว E4V1M5 ขนาดรูม่านตา 2 มิลลิเมตรเท่ากันและตอบสนองต่อแสงเท่ากันทั้งสองข้าง ความดันโลหิต 165/95 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 52 ครั้ง/นาที (สม่ำเสมอ) อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที SpO₂ = 94% ค่าน้ำตาลในเลือดจากปลายนิ้ว (DTX) 159 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ เคลื่อนย้ายผู้ป่วยขึ้นบนรถพยาบาลด้วยความระมัดระวังรายงานแพทย์ผ่านระบบสื่อสารทางไกลด้านการแพทย์ เพื่อร่วมประเมินอาการผู้ป่วย แพทย์ให้สั่งการรักษาโดยให้ปฏิบัติการดูแลตามแนวทางการพยาบาลผู้ป่วย Fast Track Stroke (ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแบบเร่งด่วน) ทางทีม ACLS ให้การช่วยเหลือเร่งด่วน โดยการให้สารน้ำ 0.9%NSS 1000 c.c. V drip 80 c.c. / hr ให้ O₂ canular 3 ลิตร/นาที มีการดูแลและหามเคลื่อนย้าย โดยจัดให้นอนศีรษะสูง เฝาระวังอาการเปลี่ยนแปลงอย่างใกล้ชิดเป็นระยะ ในระหว่างนำส่ง ทุก 15 นาที และทางทีมพยาบาลที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินได้มีการประสานงานผู้ที่เกี่ยวข้องเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเข้ารับการทำการเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง (CT Scan of Brain) ทันทีที่มาถึงโรงพยาบาลกำแพงเพชร ซึ่งได้แก่ ห้องทำบัตร ห้องเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ แจ้งหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม 2-3 เพื่อเตรียมรับผู้ป่วยเมื่อผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาล เวลา 10.20 น. ทางทีม ACLS ได้นำผู้ป่วยเข้ารับการเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมองได้ทันที ผล CT scan of Brain Left Thalamic hemorrhage volume 44 cm with IVH with Mid line shift เป็นเคสเข้าเกณฑ์ที่ต้องผ่าตัดด่วน (Neuro Fast Track) ทางทีมพยาบาลนำผู้ป่วยกลับมาที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน เพื่อเตรียมการผ่าตัดเร่งด่วน ขณะให้การพยาบาลเพื่อเตรียมการผ่าตัด ผู้ป่วยมีอาการซึมลง ประเมินอาการทางระบบประสาทและสัญญาณชีพ ได้คะแนนความรู้สึกตัว E4เลื่อนลอย V1M5 ขนาดรูม่านตา 2 มิลลิเมตรเท่ากันและตอบสนองต่อแสงเท่ากันทั้งสองข้าง ความดันโลหิต 176/102 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 48 ครั้ง/นาที (สม่ำเสมอ) อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที SpO₂ = 98% แพทย์มีคำสั่งให้ยาลดความดัน Nifedipine 10 mg 2 amp (1 : 5) in NSS 100 c.c. v drip 3-75 c.c./ hr keep BP 140/90 มิลลิเมตรปรอท และยา Tranexamic acid 1000 มิลลิกรัม iv stat ทีมพยาบาลมีการประสานงานตึกศัลยกรรมหญิง พบว่าไม่มีแพทย์ศัลยกรรมระบบประสาทอยู่เวร จึงให้นำผู้ป่วยเข้าหอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิงก่อน เพื่อรอการส่งต่อไปยังโรงพยาบาลที่สามารถผ่าตัดได้ ทีมพยาบาลห้องฉุกเฉินจึงส่งข้อมูลสำคัญ ตั้งแต่บนรถพยาบาล ผลการทำ CT scan of Brain และการดูแลและเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดให้หอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิงรับทราบ รวมระยะเวลาตั้งแต่ผู้ป่วย ได้ทำเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ตั้งแต่มาถึงจนถึงที่ห้องฉุกเฉิน พร้อมส่งผู้ป่วยเข้าหอผู้ป่วย รวม 35 นาที แต่มีปัญหาไม่มีแพทย์ศัลยกรรมระบบประสาทอยู่เวร ตึกศัลยกรรมหญิงได้มีการประสานโรงพยาบาลที่สามารถทำการผ่าตัดได้ ติดต่อตามทีมพยาบาลส่งต่อ พร้อมรถพยาบาล ทำการส่งต่อผู้ป่วยจนถึงโรงพยาบาลปลายทาง ผู้ป่วยรายนี้ได้รับการผ่าตัด ปลอดภัย ทันเวลาภายใน 4 ชั่วโมง ผู้ป่วยรอดชีวิต

อาการสำคัญ

มีอาการหน้ามืดเป็นลม ขณะกวาดใบไม้อยู่หน้าบ้าน ล้มลง แขนขาข้างขวาอ่อนแรง ซึมไม่พูด 1 ชั่วโมง ก่อนมา โรงพยาบาล

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน

1 ชั่วโมง ก่อน มีอาการหน้ามืดเป็นลม ขณะกวาดใบไม้อยู่หน้าบ้าน ล้มลง แขนขาข้างขวาอ่อนแรง ซึมไม่พูด ไม่มีอาการชัก ญาติโทรแจ้ง 1669 ทีม ACLS โรงพยาบาลกำแพงเพชรออกรับผู้ป่วย

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต

ปฏิเสธโรคประจำตัว

ประเมินสภาพร่างกายตามระบบ

รูปร่าง : สมส่วน น้ำหนัก 75 กิโลกรัม ส่วนสูง 162 เซนติเมตร ค่า BMI = 28.58



สัญญาณชีพ : แรกรับที่ห้องฉุกเฉินอุณหภูมิร่างกาย 36.5 องศาเซลเซียส ความดันโลหิต 176/102 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 48 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที

ผิวหนัง : ผิวขาวเหลือง ความตึงของผิวหนังดี

ศีรษะและใบหน้า : ศีรษะและใบหน้าสมส่วน ศีรษะไม่มีรอยโรค เส้นผมสีดำ ตา 2 ข้างมองเห็นปกติ

ไอบุหู จมูก ปาก ลักษณะภายนอกปกติ

ทรวงอกและทางเดินหัวใจ : ทรวงอกรูปร่างปกติ ไม่มีอกบวม อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที เสียงการหายใจปกติ ฟังปอดเสียงปกติ ค่าความเข้มข้นออกซิเจนในเลือด 99%

ระบบหัวใจและหลอดเลือด : การเต้นของหัวใจสม่ำเสมอ อัตราการเต้นของหัวใจ 70 ครั้ง/นาที ไม่มีเสียง murmur

ช่องท้องและทางเดินอาหาร : ลักษณะทั่วไปปกติ ปวดท้องได้ลิ้นปี่ ท้องไม่แข็งตึง ตับ ม้ามปกติไม่โต

ระบบทางเดินปัสสาวะ : ปัสสาวะปกติเหลืองใส อวัยวะสืบพันธุ์ภายนอกปกติ

ระบบประสาท : ชีม ไม่พูด ไม่ทำตามคำสั่ง E4V1M5

ระบบกล้ามเนื้อและกระดูก : โครงสร้างร่างกายปกติ แขนขาข้างขวาอ่อนแรง แรงต้านของกล้ามเนื้อ แขนขาข้างขวา เกรด 0 แขนขาข้างซ้าย เกรด 5

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่สำคัญ

Blood chemistry		ครั้งที่ 1
Potassium	3.4 - 4.5	3.2
Blood sugar	65 -100 mg/dl	145

Chest x-ray : CXR AP upright normal

Electrocardiogram (EKG) : Normal sinus rhythm

CT scan of Brain : Left Thalamic hemorrhage volume 44 cms with IVH with Mid line shift

การวินิจฉัย : Hemorrhagic stroke

การวางแผนการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ 1 : ผู้ป่วยมีโอกาสเสียชีวิตในที่เกิดเหตุเนื่องจากระดับความรู้สึกตัวลดลงแบบฉับพลัน

ข้อมูลสนับสนุน

1. เวลา 10.05 น. ญาติโทร 1669 แจ้งเหตุ ผู้ป่วยหน้ามืดเป็นลม ล้มลง แขนขาข้างขวาอ่อนแรง ชีมไม่พูด ไม่มีอาการชัก ขณะกวางไปไม่อยู่หน้าบ้าน 1 ชั่วโมงก่อน

2. เวลา 10.15 น. ทีม ACLS ถึง ณ จุดเกิดเหตุ ผู้ป่วยชีม ไม่พูด รู้สึกตัวระดับ Pain ได้คะแนนความรู้สึกตัว E4V1M5 ขนาดรูม่านตา 2 มิลลิเมตรเท่ากันและตอบสนองต่อแสงเท่ากันทั้งสองข้าง แขนขาข้างขวาอ่อนแรง แรงต้านของกล้ามเนื้อ แขนขาข้างขวา เกรด 0 แขนขาข้างซ้าย เกรด 5

3. สัญญาณชีพ ความดันโลหิต 160/94 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 58 ครั้ง/นาที (สม่่าเสมอ) อัตราการหายใจ 20 ครั้ง /นาที SpO2 = 94% RA

วัตถุประสงค์

เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลช่วยเหลืออย่างรวดเร็ว ปลอดภัย ตั้งแต่ ณ จุดเกิดเหตุ จนถึงโรงพยาบาล

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยได้รับการดูแลช่วยเหลือ ณ จุดเกิดเหตุ รวดเร็วและปลอดภัยตามมาตรฐาน
2. ผู้ป่วยได้รับการประเมินและยืนยันว่าการเข้าเกณฑ์โรคหลอดเลือดสมองแบบเร่งด่วน เมื่อมาถึงโรงพยาบาล และได้รับการเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมองทันที
3. ผู้ป่วยไม่เสียชีวิต ณ จุดเกิดเหตุ

กิจกรรมการพยาบาล

1. หลังได้รับแจ้งเหตุเพื่อออกมารับผู้ป่วย ทีมมีการเตรียมอุปกรณ์ให้พร้อม สำหรับการดูแลผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉินสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เกิดขึ้นแบบฉับพลันและต้องการความรวดเร็วในการไปรับผู้ป่วย
2. ณ จุดเกิดเหตุ มีการคัดแยก (triage) ตามมาตรฐานของกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดสมอง โดยใช้เกณฑ์ B.E.F.A.S.T. (B= balance E=eyes F=face A=arms S=speech T=time) สำหรับผู้ป่วยรายนี้เป็น สีส้ม คือระดับ Emergency ผู้ป่วยมีอาการเข้าเกณฑ์ Fast Track Stroke มีความเสี่ยงที่จะมีอาการทรุดลง จนเสียชีวิตได้
3. ประเมินอาการตามหลัก ABCD และสัญญาณชีพ
4. ดูแลให้ O₂ canular 3 lit/min และให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ 0.9% NSS 1000 c.c. iv drip rate 80 c.c. / hr เพื่อเตรียมให้ยาและเพิ่มออกซิเจนในร่างกาย เนื่องจากประเมินได้ว่าผู้ป่วยมีอาการ อาการแสดง ที่บ่งชี้ถึงโรคหลอดเลือดสมองและอยู่ในเวลาที่สามารถรักษาด้วยการให้ยาละลายลิ่มเลือดได้ ความดันโลหิต 165/95 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 52 ครั้ง/นาที (สม่ำเสมอ) อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที SpO₂ = 94% ค่าน้ำตาลในเลือดจากปลายนิ้ว (DTX) 159 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ ระหว่างนำส่ง ประเมินอาการทางระบบประสาท ทุก 15 นาที
5. ระหว่างนำส่งผู้ป่วย บนรถพยาบาลพยาบาล ACLS ประสานส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยผ่านระบบสื่อสารทางไกลด้านการแพทย์ เพื่อให้ห้องฉุกเฉินเตรียมทำบัตร เตรียมห้องเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ให้พร้อมสามารถทำการเอกซเรย์ได้ทันทีที่ผู้ป่วยถึงโรงพยาบาล และแจ้งหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อเตรียมรับผู้ป่วย
6. เมื่อถึงโรงพยาบาล เคลื่อนย้ายผู้ป่วยอย่างถูกวิธี นำผู้ป่วยเข้าทำการเอกซเรย์สมองได้ทันที

การประเมินผล

ผู้ป่วยได้รับการประเมินและให้การพยาบาลตั้งแต่ ณ จุดเกิดเหตุ เดินทางถึงโรงพยาบาลอย่างปลอดภัย และได้รับการเอกซเรย์สมองทันที

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ 2 : มีภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงเนื่องจากปริมาตรของเนื้อสมองเพิ่มขึ้นจากการมีเลือดออกในสมอง
ข้อมูลสนับสนุน

1. ณ ห้องฉุกเฉิน ผู้ป่วยซึม ไม่พูด ได้คะแนนความรู้สึกตัว E4V1M5 ขนาดรูม่านตา 2 มิลลิเมตรเท่ากันและตอบสนองต่อแสงเท่ากันทั้งสองข้าง แขนขาข้างขวาอ่อนแรง แรงต้านของกล้ามเนื้อ แขนขาข้างขวา เกรด 0 แขนขาข้างซ้าย เกรด 5
2. ความดันโลหิต 165/95 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 52 ครั้ง/นาที (สม่ำเสมอ) อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที SpO₂ = 94% RA
3. ผล CT scan of Brain : Left Thalamic hemorrhage volume 44 cm with IVH with Mid line shift

วัตถุประสงค์ : เพื่อรักษาและลดภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง

เกณฑ์การประเมินผล

1. สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ
 - ความดันโลหิต <140/90 มิลลิเมตรปรอท Pulse pressure <50 มิลลิเมตรปรอท หรือ MAP <130 มิลลิเมตรปรอท
 - อัตราการหายใจ 16-20 ครั้ง / นาที
 - ชีพจรอยู่ในช่วง 60-100 ครั้ง / นาที
 - SpO₂ > 95%
2. ระดับความรู้สึกตัว Glasgow Coma Scale ไม่ต่ำกว่าระดับ 8 หรือดีขึ้น
3. การขยายรูม่านตา ไม่เปลี่ยนแปลงในทางที่เลวลง คือขนาดรูม่านตาทั้งสองข้างอยู่ระหว่าง 2-3 มิลลิเมตร
4. Motor power ไม่ลดลงจากเดิม
5. ไม่มีอาการและอาการแสดงของความดันในกะโหลกศีรษะสูงเพิ่มขึ้นจากเดิม

กิจกรรมการพยาบาล

การพยาบาลที่ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

1. ทีมพยาบาลห้องฉุกเฉินได้รับข้อมูลจากทีม ACLS ที่ออกรับผู้ป่วย ได้ประสานงานหน่วยงานที่เกี่ยวข้องและเตรียมความพร้อมในการเตรียมเอกสาร สถานที่ เช่น ห้องบัตร ห้องเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ หอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม 2-3 เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเข้ารับการทำเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมองทันทีเมื่อมาถึงโรงพยาบาล

2. ประเมิน ABCD อีกครั้ง ดูแลให้ได้รับออกซิเจนตามแผนการรักษา ให้ O2 canular 3 Lit/min และติดตามค่า SpO2 ทุก 5-10 นาที เมื่อผู้ป่วยมาถึงห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

3. ประเมิน ระดับความรู้สึกตัว สัญญาณชีพ ทุก 15 นาที ตามเกณฑ์ของ MEWS Score

4. นำส่งเลือดเพื่อตรวจ Lab Stroke Fast Track ติดตามผล และรายงานผลเลือดที่ผิดปกติ

5. ดูแลทำคลื่นไฟฟ้าหัวใจแบบ 12 leads

6. ประสานแผนกเอกซเรย์ เพื่อมาทำ Potable X-ray ที่ ER

7. พยาบาล ACLS รายงานผล CT scan of Brain : Left Thalamic hemorrhage volume 44 cms with IVH with Mid line shift ผู้ป่วยรายนี้เข้าเกณฑ์ ผ่าตัดสมองแบบเร่งด่วน (Neuro Fast Track)

8. ทีมพยาบาลในห้องฉุกเฉิน พบปัญหาไม่มีแพทย์เฉพาะทางศัลยกรรมระบบประสาทอยู่เวร ต้องเตรียมผู้ป่วยส่งต่อไปยังโรงพยาบาลที่สามารถผ่าตัดสมองได้ จึงเตรียมตัวผู้ป่วยก่อนเข้ารับการทำผ่าตัด ประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ตีกลยุทธการหญิงดำเนินการใช้ระบบส่งต่อของโรงพยาบาลในการส่งผู้ป่วยให้ได้เข้ารับการทำผ่าตัดตามแผนการรักษา

9. ใช้เครื่อง Infusion pump เพื่อควบคุมจำนวนหยดในการให้ยาลดความดัน Nicardipine 10 mg 2 amp (1:5) in NSS 100 c.c. v drip 3 – 75 c.c./ hr keep BP 140/90 มิลลิเมตรปรอท และยา Tranexamic acid 1000 มิลลิกรัม iv stat ตามแผนการรักษาของแพทย์

10. ประเมินระดับความรู้สึกตัว สัญญาณชีพ ทุก 15 นาที ตามเกณฑ์ของ MEWS Score เพื่อให้ระดับความดันโลหิตอยู่ในเกณฑ์ปกติ ตามแผนการรักษาของแพทย์ ระหว่างนำส่งไปยังหอผู้ป่วย

การประเมินผล

1. สัญญาณชีพของผู้ป่วยก่อนออกจากห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

- ความดันโลหิต <176/90 มิลลิเมตรปรอท Pulse pressure <50 มิลลิเมตรปรอท หรือ MAP <130 มิลลิเมตรปรอท

- ชีพจร 52 ครั้ง/นาที

- อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที

- ระดับ SpO2 > 98%

2. ระดับความรู้สึกตัว E4V1M5 ขนาดรูม่านตา 2 มิลลิเมตรเท่ากัน และตอบสนองต่อแสงเท่ากันทั้งสองข้าง แขนขาข้างขวาแข็งแรง แรงต้านของกล้ามเนื้อ แขนขาข้างขวา เกรด 0 แขนขาข้างซ้าย เกรด 5

3. ขณะให้การดูแลรักษาผู้ป่วยไม่มีชักเกร็ง ไม่มีปลายมือปลายเท้าเขียว

4. ผู้ป่วยได้รับการดูแลตั้งแต่มาถึงโรงพยาบาล จนถึงเข้าหอผู้ป่วยใช้เวลารวม 35 นาที

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ 3 : ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดภาวะทรุดลงจากการเคลื่อนย้าย

ข้อมูลสนับสนุน

1. เวลา 10.45 น. ก่อนออกจากห้องฉุกเฉิน ผู้ป่วยมีระดับความรู้สึกตัว E4 เลื่อนลอย V1M5 ขนาดรูม่านตา 2 มิลลิเมตรเท่ากันและตอบสนองต่อแสงเท่ากันทั้งสองข้าง แขนขาข้างขวาแข็งแรง แรงต้านของกล้ามเนื้อ แขนขาข้างขวา เกรด 0 แขนขาข้างซ้าย เกรด 5

2. ผู้ป่วยมีระดับ SpO2 94% Room Air

3. ผู้ป่วยได้รับยาลดความดัน Nicardipine 10 mg 2 amp (1 : 5) in NSS 100 c.c. v drip 3 – 75 c.c./ hr keep BP 140/90 มิลลิเมตรปรอท ซึ่งเป็นยาที่มีความเสี่ยงสูง

วัตถุประสงค์ : เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยขณะส่งต่อ และเคลื่อนย้ายภายในโรงพยาบาล

กิจกรรมการพยาบาล

ระยะก่อนการเคลื่อนย้าย ส่งต่อ

1. ประเมินระดับความรู้สึกตัว สัญญาณชีพ ทุก 15 นาที ตามเกณฑ์ของ MEWS Score ก่อนการเคลื่อนย้าย
2. เตรียมอุปกรณ์ที่จำเป็นในการเคลื่อนย้าย ได้แก่ Monitor EKG mobile, Ambu bag, Infusion pump, ถังออกซิเจน วางอุปกรณ์ในตะกร้า ตรงตำแหน่งที่ผู้เคลื่อนย้ายมองเห็นสะดวก และปลอดภัย
3. ตรวจสอบตำแหน่งที่ให้สารน้ำและยึดตรึงป้องกันการเลื่อนหลุดของเข็มขณะเคลื่อนย้าย
4. ใช้เครื่อง Infusion pump เพื่อควบคุมจำนวนหยดของยา Nicardipine 10 mg 2 amp (1 : 5) in NSS 100 c.c. v drip 3 – 75 c.c./ hr ที่ให้ไว้ และบันทึกในแบบบันทึกใน KPHIS เพื่อเป็นข้อมูลที่ใช้สื่อสารกับหอผู้ป่วย ขณะเคลื่อนย้าย
5. ประสานส่งต่ออาการ ก่อนการเคลื่อนย้ายให้กับหอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง เพื่อเตรียมรับผู้ป่วยไว้ในการดูแล
6. พูดคุยอธิบายให้ญาติรับทราบถึงอาการของผู้ป่วย กระบวนการรักษาของแพทย์ การเซ็นเอกสารยินยอมนอนโรงพยาบาล และการส่งต่อผู้ป่วยไปโรงพยาบาลที่สามารถทำการผ่าตัดสมองให้ผู้ป่วยได้ เพื่อให้ญาติเข้าใจและยอมรับการรักษาของแพทย์

ระยะระหว่างการเคลื่อนย้าย ส่งต่อ

1. เผื่อระวังอาการผิดปกติที่อาจเกิดระหว่างการเคลื่อนย้ายอย่างใกล้ชิดต่อเนื่อง ได้แก่ ความดันโลหิต ชีพจร อัตราการหายใจ ระดับออกซิเจนในเลือด ระดับความรู้สึกตัว
2. ระวังระวังการเลื่อนหลุดของสายข้อต่อ ของสายออกซิเจน สายให้สารน้ำและยาทางหลอดเลือดดำ
3. ดูแลให้พ้นกั้นเข็นแปลด้วยความระมัดระวัง นุ่มนวล ไม่เกิดอุบัติเหตุขณะเคลื่อนย้าย ไม่เข็นเร็วหรือช้าเกินไป

ระยะหลังการเคลื่อนย้าย ส่งต่อ

1. เมื่อถึงหอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง ส่งต่อข้อมูลให้กับพยาบาลหอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิงถึงอาการและอาการแสดงของผู้ป่วยระหว่างเคลื่อนย้าย และประเมินอาการผู้ป่วยร่วมกัน ก่อนการย้ายผู้ป่วยลงเตียง
2. บันทึกข้อมูล อาการและอาการแสดง อาการที่เปลี่ยนแปลง การแก้ไขและผลของการแก้ไข สัญญาณชีพ ในขณะที่เคลื่อนย้าย ลงใน KPHIS เพื่อใช้เป็นข้อมูลให้กับทีมพยาบาลหอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิงต่อไป

การประเมินผล

1. ผู้ป่วยปลอดภัยขณะนำส่งและเคลื่อนย้าย ไม่เกิดภาวะทุรกลดและไม่มีอุบัติการณ์ที่มีผลกระทบต่อผู้ป่วย
2. ระดับความรู้สึกตัว E4V1M5 ขนาดรูม่านตา 2 มิลลิเมตรเท่ากันและตอบสนองต่อแสงเท่ากันทั้งสองข้าง แขนขาข้างขวาอ่อนแรง แรงต้านของกล้ามเนื้อ แขนขาข้างขวา เกรด 0 แขนขาข้างซ้าย เกรด 5
3. สัญญาณชีพของผู้ป่วยเมื่อถึงหอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง ความดันโลหิต 165/92 มิลลิเมตร ชีพจร 54 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ระดับ SpO₂ > 98%

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ 4 : ญาติวิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของผู้ป่วย

ข้อมูลสนับสนุน

1. ญาติโทรประสานมาที่เบอร์ 1669 ด้วยอาการตกใจเพราะผู้ป่วยมีอาการแบบฉับพลัน ขณะกวาดไปไม่อยู่หน้าบ้าน โดยโทรมาเบอร์ 1669 ขอให้รถโรงพยาบาลมารับที่บ้านอย่างเร่งด่วน
2. ญาติสอบถามอาการผู้ป่วย หลายคำถาม “ แม่จะเป็นอะไรมากมัย จะต้องผ่าตัดมัย ผ่าตัดแล้วจะหายมัย “
3. ญาติมีสีหน้าวิตกกังวล กระวนกระวาย

วัตถุประสงค์ : เพื่อให้ญาติเข้าใจและยอมรับแนวทางการรักษา คลายความวิตกกังวล

เกณฑ์การประเมินผล

ญาติเข้าใจยอมรับแนวทางการรักษาของแพทย์ ยินยอมนอนโรงพยาบาลและยินยอมให้ผู้ป่วยส่งต่อไปยังโรงพยาบาลที่ผู้ป่วยต้องเข้ารับการผ่าตัดสมอง

กิจกรรมการพยาบาล

1. สร้างสัมพันธภาพ ด้วยการแนะนำตัวของพยาบาลผู้ให้การพยาบาลกับญาติผู้ป่วย แจ้งข้อมูลของผู้ป่วยที่ประเมินได้ เป็นระยะ ตั้งแต่แรกเริ่ม ณ จุดเกิดเหตุ ขณะอยู่บนรถพยาบาล รวมถึงขั้นตอนในการรักษาของแพทย์เฉพาะทาง การเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง การเข้ารับการผ่าตัดสมอง

2. สังเกตอาการของความวิตกกังวลของญาติ เช่น กระวนกระวาย ถ้ามคำถามเดิมซ้ำๆ

3. เปิดโอกาสให้ญาติได้คุยกับแพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน ถึงแนวทางการรักษาโรคหลอดเลือดสมองแตก พร้อมรับฟังถึงปัญหา อุปสรรคของญาติในการดูแลผู้ป่วย เช่น สิทธิการรักษา ค่าใช้จ่ายขณะอยู่โรงพยาบาล

4. ให้ข้อมูลการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยที่เกิดขึ้น เป็นระยะ ทั้งในทางที่ดีขึ้นและแย่ลง เช่น สัญญาณชีพ ระดับความรู้สึกตัว การให้ยาลดความดัน และการรักษาโดยการผ่าตัด

การประเมินผล

ญาติ คลายความวิตกกังวล สีหน้าผ่อนคลาย ยินยอมนอนโรงพยาบาลและยินยอมให้ผู้ป่วยส่งต่อไปยังโรงพยาบาลที่ผู้ป่วยต้องเข้ารับการผ่าตัดสมอง

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ 5 : ผู้ป่วยได้เข้ารับการผ่าตัดสมองทันเวลา

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผล CT scan of Brain : Left Thalamic hemorrhage volume 44 cms with IVH with Mid line shift ผู้ป่วยรายนี้เข้าเกณฑ์ ผ่าตัดสมองแบบเร่งด่วน (Neuro Fast Track)

2. ไม่มีแพทย์เฉพาะทางระบบศัลยกรรมประสาทอยู่เวร

วัตถุประสงค์ : ผู้ป่วยปลอดภัยและได้รับการส่งต่อไปยังโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์เพื่อผ่าตัดสมอง

เกณฑ์การประเมินผล : ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดสมองภายใน 6 ชั่วโมง (GOLDEN HOUR)

กิจกรรมการพยาบาล

1. พยาบาลประสานงานมาศูนย์ส่งต่อโรงพยาบาลกำแพงเพชร หลังจากแพทย์เวรประจำตึกประสานงานไปยังโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์และตกลงรับผู้ป่วยไว้ เพื่อส่งตัวผู้ป่วยไปผ่าตัดสมองที่โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์

2. เวลา 11.00 น. ศูนย์ส่งต่อของโรงพยาบาลกำแพงเพชร ตามทีมเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ พยาบาล 2 คน คนขับรถ 1 คน เนื่องจากได้รับแจ้งจากทางตึกศัลยกรรมหญิงว่าแพทย์จะทำการส่งตัวผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกไปผ่าตัดที่โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์

3. เวลา 11.30 น. พยาบาลส่งต่อคนที่ 1 มารับเคสเพื่อเตรียมเดินทาง ประเมินสัญญาณชีพ ตรวจระดับความรู้สึกตัวก่อนเดินทาง พยาบาลส่งต่อคนที่ 2 ไปรับอุปกรณ์ที่ใช้ในการดูแลระหว่างเดินทางที่ห้องฉุกเฉิน ซึ่งทางศูนย์ส่งต่อโรงพยาบาลกำแพงเพชรจัดเตรียมไว้ ได้แก่ กระเป๋ายา, Ambubag, Infusion pump คนขับรถเตรียมรถพยาบาลให้พร้อมก่อนออกเดินทาง

4. เวลา 11.50 น. รถพยาบาลออกเดินทางไปส่งผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ ระหว่างเดินทางมีการประเมินสัญญาณชีพและระดับความรู้สึกตัวทุก 15 นาที โดยรายงานผ่านระบบสื่อสารทางไกลด้านการแพทย์เพื่อติดตามอาการของผู้ป่วยและทางโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์รับทราบอาการร่วมกัน เวลา 12.20 น. ผู้ป่วยเดินทางถึงโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์

การประเมินผล

ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดสมองภายในเวลา 6 ชั่วโมง

สรุปกรณีศึกษา

ญาติโทรเบอร์ 1669 แจ้งเหตุ หญิงไทย อายุ 54 ปี มาโรงพยาบาลด้วยอาการ เป็นลมล้มลง ขณะกวาดใบไม้อยู่หน้าบ้าน แขนขาข้างขวาอ่อนแรง ไม่พูด 1 ชั่วโมงก่อน ศูนย์สั่งการรับแจ้งเหตุจังหวัดกำแพงเพชร ประสานมาทางแผนกอุบัติเหตุและ

ฉุกเฉินของโรงพยาบาลกำแพงเพชรออกมารับผู้ป่วย เป็นกรณีภาวะเร่งด่วนทางโรคหลอดเลือดสมอง ทีมช่วยชีวิตขั้นสูง โรงพยาบาลกำแพงเพชรออกมารับผู้ป่วย ณ จุดเกิดเหตุ ประเมินอาการและอาการแสดง เข้าเกณฑ์ภาวะเร่งด่วนทางโรคหลอดเลือดสมอง ให้การพยาบาลตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยภาวะเร่งด่วนทางโรคหลอดเลือดสมองในขณะนำส่ง และประสานมายังห้องฉุกเฉินเพื่อเตรียมความพร้อมในการรับผู้ป่วย ผู้ป่วยได้ทำเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมองทันทีที่ผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาล ผล CT brain พบ Left Thalamic hemorrhage volume 44 cm with IVH with Mid line shift ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการผ่าตัดแต่พบปัญหา ไม่มีแพทย์ระบบศัลยกรรมประสาทอยู่เวร ผู้ป่วยรายนี้ได้รับการส่งต่อไปโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ โดยใช้กระบวนการส่งต่อที่หอผู้ป่วยมีศูนย์ส่งต่อโรงพยาบาลกำแพงเพชรเป็นผู้ดำเนินการ เตรียมอุปกรณ์ เตรียมพยาบาลนำส่ง ผู้ป่วยรายนี้เข้ารับการผ่าตัด ทันเวลาภายใน 6 ชั่วโมง

วิจารณ์

การพยาบาลฉุกเฉินผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก มุ่งเน้นระบบการดูแลผู้ป่วยที่รวดเร็วและมีประสิทธิภาพ โดยเริ่มตั้งแต่ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ระบบการดูแลในห้องฉุกเฉิน จนถึงระบบส่งต่อ จะทำให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก ได้เข้าถึงการรักษาอย่างเร่งด่วน เพิ่มโอกาสการรอดชีวิต ลดความพิการ ลดความรุนแรงของโรค พยาบาลห้องฉุกเฉินเป็นเจ้าหน้าที่กลุ่มแรกที่ได้มีโอกาสในการดูแลผู้ป่วย ตั้งแต่ ณ จุดเกิดเหตุ ระหว่างนำส่ง จนถึงห้องฉุกเฉิน และเป็นผู้ประสานงาน ไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อเตรียมความพร้อม ในการดูแลรักษาให้การพยาบาลผู้ป่วย จนถึงมีการดูแลขณะเคลื่อนย้ายผู้ป่วยเข้าสู่หอผู้ป่วย อย่างปลอดภัย ทันเวลา สามารถส่งต่อผู้ป่วยได้เข้ารับการผ่าตัดได้ภายใน 6 ชั่วโมง

ข้อเสนอแนะ

1. เมื่อเกิดปัญหาในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถรักษาต่อได้ในโรงพยาบาลจำเป็นต้องส่งตัวไปสถานพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า ระบบส่งต่อที่มีการจัดการที่รวดเร็ว ในการเตรียมเจ้าหน้าที่ อุปกรณ์พร้อมใช้ และความพร้อมของยานพาหนะ รวมถึงเจ้าหน้าที่พยาบาลส่งต่อ คนขับรถ จะทำให้ผู้ป่วยเดินทางปลอดภัยและได้รับการผ่าตัดได้ทันเวลา
2. การมีระบบส่งต่อที่ห้องฉุกเฉินในกลุ่มโรคสำคัญ สามารถช่วยลดเวลา ผู้ป่วยสามารถเข้ารับการรักษาในสถานพยาบาลที่เหมาะสม ลดความพิการและการเสียชีวิตได้มากขึ้น

บทสรุป

โรคหลอดเลือดสมองแตก ถือเป็นภาวะฉุกเฉินที่มีโอกาสพิการและเสียชีวิตสูง จำเป็นต้องได้รับการประเมิน ดูแลให้การพยาบาล อย่างรวดเร็ว แนวปฏิบัติกรพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกที่ห้องฉุกเฉินสามารถทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแล ตั้งแต่ ณ จุดเกิดเหตุ จนถึงห้องฉุกเฉิน เมื่อพบว่ามีความผิดปกติของโรคที่จำเป็นต้องได้รับการผ่าตัด แนวทางการส่งต่อประสานงานที่พร้อมในทุกด้านและรวดเร็วจะทำให้ผู้ป่วยเข้าถึงการรักษาที่เหมาะสมได้ทันเวลา ลดความพิการและการเสียชีวิต ทำให้ผู้ป่วยสามารถกลับไปใช้ชีวิตในสังคมได้อย่างมีคุณภาพ

เอกสารอ้างอิง

1. กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. ธรรมนูญโรคหลอดเลือดสมอง วันอัมพาตโรค 2565. [ออนไลน์]. [เข้าถึงเมื่อ 16 ตุลาคม 2566]. Available from: <https://pr.moph.go.th/print.php?url=pr/print/2/02/180623/>
2. Armenta PS, Morcos JJ. Nonlesional spontaneous intracerebral hemorrhage. In: Winn HC editors. Youmans Neurological surgery. 7th ed. Philadelphia: Elsevier Saunders; 2016. P.3186-97.
3. Rosenthal G, Le Roux DP. Physiologic monitoring for traumatic brain injury. In: Winn HC editors. Youmans neurological surgery. 7th ed. Philadelphia: Elsevier Saunders; 2016. P.2898-09.
4. หนึ่งฤทัย กองวัฒนสุภา. การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกที่มีภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง: กรณีศึกษา. วารสารโรงพยาบาลกำแพงเพชร. 2563;24(2):117-28



5. สถาบันประสาทวิทยา. คู่มือในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก. กรุงเทพฯ:ธนาเพลส;2561.
6. สมศักดิ์ เทียมเก่า. อุบัติการณ์โรคหลอดเลือดสมองในประเทศไทย. วารสารประสาทวิทยาแห่งประเทศไทย. 2565;39(2):46-39
7. สถาบันการแพทย์ฉุกเฉิน. รายงานสถิติการแพทย์ฉุกเฉิน ปี 2563-2565. [ออนไลน์]. [เข้าถึงเมื่อ 28 พฤศจิกายน 2566]. Available from: https://ws.niems.go.th/ITEMS_DWH/
8. ศูนย์ข้อมูลโรงพยาบาลกำแพงเพชร. สถิติประจำปี 2563-2565.กำแพงเพชร:โรงพยาบาลกำแพงเพชร; 2565.
9. สุพรรณรัตน์ กิจบรรยงเลิศ, วงจันทร์ เพชรพิเชฐชัย. รูปแบบการจัดการทางการพยาบาลอย่างเร่งด่วนตามหลักฐานเชิงประจักษ์ในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะที่มีภาวะความดันกะโหลกศีรษะสูง กรณีศึกษา.วารสารปฏิบัติการพยาบาลและผดุงครรภ์ไทย. 2561;5(1):5-18
10. พงศ์พัฒน์ พันธุ์ฤทธิ์. ปัจจัยที่ทำให้เสียชีวิตในผู้ป่วยโรคเลือดออกในสมองที่ได้รับการผ่าตัดในระบบการส่งต่อผู้ป่วยอย่างรวดเร็วในโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์. วารสารวิชาการแพทย์และสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 3. 2565;19(1):29-34
11. จรูญลักษณ์ บ้องเจริญ. บทบาทพยาบาลผู้จัดการรายกรณีโรคเส้นเลือดในสมองแตก:กรณีศึกษา. วารสารวิทยาลัยพยาบาลสุพรรณบุรี. 2563;3(1):18-8

Nursing care of obesity patients with hypertension : A case study

Pimolrat Insaen, M.N.S.*

Abstract

Introduction : Obesity and hypertension It is a condition that is often found together. and all are major risk factors of chronic non-communicable diseases, which is an important problem for Thai people and people around the world. If obesity and blood pressure cannot be controlled It will cause complications such as heart attack, paralysis, kidney failure, etc. This may be so severe that the patient will die. If not properly cared for and behaved. Therefore, reducing obesity and high blood pressure is very important.

Objectives : To provide effective nursing care for obesity patients with hypertension.

Case study : Male patient, age 42 years, had morning headaches for approximately 2 weeks and was screened for chronic disease in the community. High blood pressure was found to be 167/93 mmHg. The patient was asked to do Home BP for 7 days. Average blood pressure was 142/92 mmHg. Weight 102 kilograms, height 170 centimeters, BMI 35.29, waist circumference 106 centimeters. He came for treatment at the hypertension clinic, buengsamakkhi hospital. Laboratory results: Cholesterol 248 mg% Triglyceride 249 mg% HDL 53 mg% LDL 146 mg% FBS 102 mg/dl. Diagnosis of Hypertension Disease. The doctor's treatment plan is Losartan (50) 1 tab oral pc and Simvastatin (10) 1 tab oral hs. Follow-up appointments were made every 1 month. During the care of the patient, a total of 6 patient problems were found: 1. Patients are obese due to lack of awareness of taking care of their own health due to obesity. 2. Patients have high blood pressure due to lack of awareness of taking care of their own health from hypertension. 3. The patient has inappropriate eating habits due to a lack of knowledge about nutrition, diet, weight loss, and salt. 4. The patient has a habit of lacking exercise due to a lack of awareness and knowledge about exercise. 5. The patient has a habit of smoking due to a lack of awareness and knowledge about cigarettes. 6. Patients and relatives are worried about their disease due to chronic illness. Such problems require nursing to help solve all problems continuously. From 5 home follow-up visits, totaling 6 months of care, blood pressure levels can be controlled to be within normal limits. His body weight decreased by 6 percent of his original body weight, his waist circumference decreased by 7 centimeters, and the blood lipid level laboratory test results were within normal limits.

Conclusions : Obesity and Hypertension caused by improper health behaviors, both in terms of eating, exercise stress and smoking. Resulting in increased illness with hypertension. Using the main health behavior modification concept 3E 2S to change health behavior. It will be effective if there is continuous practice according to the concept of self-management. Including having a good supporter will encourage patients to have the courage to act more appropriately for themselves.

Keywords : Nursing care of patients, Obesity, Hypertension

* Professional Nursing, Primary and Holistic care Department, Buengsamakkhi Hospital, Kamphaeng Phet

การพยาบาลผู้ป่วยภาวะอ้วนที่มีโรคความดันโลหิตสูง : กรณีศึกษา

พิมลรัตน์ อินแสน, พย.ม.*

บทคัดย่อ

บทนำ : ภาวะอ้วนกับโรคความดันโลหิตสูง เป็นภาวะที่มักจะพบร่วมกันได้บ่อย และเป็นปัจจัยเสี่ยงหลักของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ซึ่งเป็นปัญหาที่สำคัญของคนไทยและคนทั่วโลก หากควบคุมภาวะอ้วนและความดันโลหิตไม่ได้ จะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนตามมา ได้แก่ หัวใจวาย อัมพาต ไตวาย เป็นต้น ซึ่งอาจมีความรุนแรงจนผู้ป่วยถึงกับเสียชีวิตได้ หากไม่ได้รับการดูแลรักษาและการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องเหมาะสม ดังนั้นการให้การพยาบาลเพื่อลดภาวะอ้วนและความดันโลหิตสูงจึงมีความสำคัญอย่างมาก

วัตถุประสงค์ : เพื่อให้การพยาบาลผู้ป่วยภาวะอ้วนที่มีโรคความดันโลหิตสูงอย่างมีประสิทธิภาพ

กรณีศึกษา : ผู้ป่วยชาย อายุ 42 ปี มีอาการปวดศีรษะตอนเช้ามาประมาณ 2 อาทิตย์ รับการตรวจคัดกรองโรคเรื้อรังในชุมชน พบความดันโลหิตสูง 167/93 mmHg ได้ให้ผู้ป่วยทำ Home BP 7 วัน ได้ค่าเฉลี่ยความดันโลหิต 142/92 mmHg น้ำหนัก 102 กิโลกรัม ส่วนสูง 170 เซนติเมตร BMI 35.29 รอบเอว 106 เซนติเมตร มารับการรักษาที่คลินิกความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลบึงสามัคคี ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ : Cholesterol 248 mg% Triglyceride 249 mg% HDL 53 mg% LDL 146 mg% FBS 102 mg/dl การวินิจฉัยโรค Hypertension แผนการรักษาของแพทย์ คือ Losartan (50) 1 tab oral pc และ Simvastatin (10) 1 tab oral hs นัดติดตามทุก 1 เดือน ในระหว่างที่ดูแลผู้ป่วยพบปัญหาของผู้ป่วยทั้งหมด 6 ข้อ ได้แก่ 1. ผู้ป่วยมีภาวะอ้วนเนื่องจากขาดความตระหนักในการดูแลสุขภาพตนเองจากภาวะอ้วน 2. ผู้ป่วยมีระดับความดันโลหิตสูงเนื่องจากขาดความตระหนักในการดูแลสุขภาพตนเองจากโรคความดันโลหิตสูง 3. ผู้ป่วยมีพฤติกรรมรับประทานอาหารไม่เหมาะสมเนื่องจากขาดความรู้เรื่องโภชนาการอาหารลดอ้วนลดเค็ม 4. ผู้ป่วยมีพฤติกรรมขาดการออกกำลังกายเนื่องจากขาดความตระหนักและความรู้เรื่องการออกกำลังกาย 5. ผู้ป่วยมีพฤติกรรมสูบบุหรี่อยู่เนื่องจากขาดความตระหนักและความรู้เรื่องบุหรี่ 6. ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่เนื่องจากมีภาวะความเจ็บป่วยเรื้อรัง ปัญหาดังกล่าวได้ให้การพยาบาลช่วยเหลือแก้ไขปัญหาทั้งหมดอย่างต่อเนื่อง จากการติดตามเยี่ยมบ้าน จำนวน 5 ครั้ง รวมระยะเวลาการดูแล 6 เดือน ทำให้สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ มีน้ำหนักตัวลดลงร้อยละ 6 ของน้ำหนักตัวเดิม รอบเอวลดลง 7 เซนติเมตร และผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการระดับไขมันในเลือดอยู่ในเกณฑ์ปกติ

สรุป : ภาวะอ้วนและโรคความดันโลหิตสูงที่เกิดจากการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม ทั้งในเรื่องการรับประทานอาหาร ออกกำลังกายและความเครียด การสูบบุหรี่ ส่งผลทำให้เกิดความเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้น การใช้แนวคิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพหลัก 3อ 2ส เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ จะได้ผลดีถ้ามีการปฏิบัติอย่างต่อเนื่องตามแนวคิดการจัดการตนเอง รวมถึงการมีผู้สนับสนุนที่ดีจะส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีกำลังใจในการปฏิบัติตัวให้เหมาะสมกับตนเองได้ดียิ่งขึ้น

คำสำคัญ : การพยาบาลผู้ป่วย ภาวะอ้วน โรคความดันโลหิตสูง

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม โรงพยาบาลบึงสามัคคี จังหวัดกำแพงเพชร

บทนำ

ภาวะอ้วนเป็นปัจจัยเสี่ยงของโรคความดันโลหิตสูง เป็นโรคเรื้อรังที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ใช้ระยะเวลาในการรักษานาน ทำให้เกิดผลกระทบต่อผู้ป่วยและครอบครัว ผลกระทบด้านร่างกายจากการที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ อาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันหรือเรื้อรัง ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง โรคหลอดเลือดหัวใจ หัวใจวาย และไตวาย ส่งผลให้ผู้ป่วยพิการหรือเสียชีวิต ผลกระทบด้านจิตใจและอารมณ์ ก่อให้เกิดความเครียดความวิตกกังวลกับภาวะสุขภาพ อาจท้อแท้ หมดกำลังใจ เมื่อหน่ายในการรักษา และการปรับตัวเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิตให้ปกติ ผลกระทบด้านสังคมและเศรษฐกิจ ทำให้สูญเสียรายได้จากงานประจำเมื่อต้องมาติดตามการรักษา และเสียค่าใช้จ่ายในการรักษามากขึ้น จากข้อมูลของประชากรทั่วโลกที่ว่ามีในกลุ่มคนอ้วนลงพุงนั้น จะมีความชุกของโรคความดันโลหิตสูงมากขึ้น ซึ่งสาเหตุที่ทำให้ผู้ที่มีอ้วนลงพุงนั้นมีโอกาสเป็นโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้น¹ จากการสำรวจสภาวะสุขภาพประชาชนไทยครั้งที่ 6 พ.ศ. 2562 - 2563 พบว่าประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไปไม่มีความชุกของภาวะอ้วน ($BMI \geq 25 \text{ kg/m}^2$) ร้อยละ 42.2 ความชุกของภาวะอ้วนลงพุง (รอบเอว ≥ 90 ซม. ในชาย และ ≥ 80 ซม. ในหญิง) มีร้อยละ 27.7 ในผู้ชาย และร้อยละ 50.4 ในผู้หญิง มีความชุกของโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 25.4 ในจำนวนผู้ที่เป็นความดันโลหิตสูงที่ได้รับการรักษา ร้อยละ 57.0 ในชาย และ 40.5 ในหญิง ร้อยละ 25.0 ของผู้ป่วยทั้งหมดได้รับการรักษาแต่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ตามเกณฑ์ และร้อยละ 22.6 ได้รับการรักษาและความคุมความดันโลหิตได้ตามเกณฑ์ ผู้ชายมีสัดส่วนของการควบคุมความดันโลหิตได้น้อยกว่าในผู้หญิง² จากสถานการณ์อัตราป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงของประเทศไทย พ.ศ. 2560 - 2562 มีอัตราเพิ่มขึ้นตามลำดับ คือ 2,091.28, 2,245.09 และ 2,388.84 ต่อแสนประชากร³ พบอัตราตายด้วยโรคความดันโลหิตสูงของประเทศไทย พ.ศ. 2562 - 2564 มีอัตราเพิ่มขึ้นตามลำดับ คือ 14.21, 14.22 และ 14.48 ต่อแสนประชากร⁴

งานการพยาบาลปฐมภูมิและองค์รวม มีบทบาทให้การดูแลสุขภาพของบุคคล ครอบครัวและชุมชนในเขตที่รับผิดชอบ ดูแลทั้งผู้ที่มีสุขภาพดี ผู้ที่ไม่เจ็บป่วย ผู้ที่อยู่ในภาวะเสี่ยงโรคและผู้ที่อยู่ในภาวะเจ็บป่วย ทั้งเรื้อรังและเฉียบพลัน โดยผสมผสานบริการครบถ้วนทั้ง 4 มิติ คือ ด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาโรค และการฟื้นฟูสุขภาพ จัดสิ่งแวดล้อมที่เป็นสาเหตุของโรคและปัญหาสุขภาพ เสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชน เพิ่มศักยภาพและความสามารถดูแลสุขภาพตนเอง เพื่อให้มีสุขภาพดี ลดการป่วย การตาย ความพิการจากโรคหรือปัญหาสุขภาพที่มีวิธีป้องกันได้⁵ ในการศึกษาผู้ป่วยภาวะอ้วนที่มีโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งเป็นผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ต้องได้รับการดูแลต่อเนื่อง และมีสาเหตุมาจากพฤติกรรมสุขภาพที่มีความซับซ้อน ต้องแก้ไขที่สาเหตุ ดังนั้น ผู้ศึกษาจึงได้นำแนวคิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ 2ส (อาหาร, ออกกำลังกาย, อารมณ์, สบพู่รี, ดื่มน้ำ) และแนวคิดการจัดการตนเองของ Kanfer (1980)⁶ มาประยุกต์ใช้ในการให้การพยาบาลร่วมกับด้วย เนื่องจากเป็นแนวคิดที่เชื่อว่าการจัดการตนเองเป็นองค์ประกอบที่ช่วยเหลือในการที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วย โดยมีการเพิ่มการตั้งเป้าหมาย (Goal Setting) ในการจัดการตนเองขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยคิดพิจารณาอย่างรอบคอบในการที่จะปฏิบัติพฤติกรรมตามเป้าหมายที่กำหนด จะทำให้ผู้ป่วยสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างเหมาะสม ส่งผลต่อความสามารถในการควบคุมน้ำหนักและระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ เป็นการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน และมีคุณภาพชีวิตที่ดี

จากข้อมูลสถิติโรงพยาบาลบึงสามัคคี พบว่าผู้ป่วยมารับบริการอันดับ 1 ที่แผนกผู้ป่วยนอก คือโรคความดันโลหิตสูงในปี 2563 - 2565 มีอัตราเพิ่มขึ้น ดังนี้ ร้อยละ 70.53, 63.33 และ 74.02 ตามลำดับ อัตราป่วยรายใหม่ด้วยโรคความดันโลหิตสูง มีอัตราเพิ่มขึ้นตามลำดับ คือ 1,078.62, 1,285.41 และ 1,331.45 ต่อแสนประชากร และเป็นผู้ป่วยภาวะอ้วนที่มีโรคความดันโลหิตสูง พบร้อยละ 58.95, 63.48 และ 65.80 เพิ่มขึ้นตามลำดับ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตได้ดี พบร้อยละ 48.54, 53.60 และ 56.28 เพิ่มขึ้นตามลำดับ⁶ แต่ยังไม่ผ่านเกณฑ์เป้าหมาย \geq ร้อยละ 60 การที่ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมโรค จะส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันหรือเรื้อรัง ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง โรคหลอดเลือดหัวใจ หัวใจวาย และไตวาย ส่งผลให้ผู้ป่วยพิการหรือเสียชีวิตได้ ดังนั้น การพยาบาลเพื่อช่วยลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจึงมีความสำคัญมาก กรณีศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อให้การพยาบาลผู้ป่วยภาวะอ้วนที่มีโรคความดันโลหิตสูงอย่างมีประสิทธิภาพ

กรณีศึกษา

ข้อมูลทั่วไป

ผู้ป่วยชายไทย รูปร่างอ้วน อายุ 42 ปี สัญชาติไทย นับถือศาสนาพุทธ การศึกษาจบชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 มีอาชีพเกษตรกร
อาการสำคัญ

ปวดศีรษะ มึนงง 2 วันก่อนมาโรงพยาบาล

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน

2 อาทิตย์ก่อน ผู้ป่วยมีอาการปวดศีรษะตอนเช้าเป็นๆหายๆ รับประทานยาแก้ปวดก็หาย จึงได้มาตรวจคัดกรองโรคเรื้อรังในชุมชน พบมีระดับความดันโลหิตสูง 167/93 mmHg ได้ให้ผู้ป่วยทำ Home BP 7 วัน ผลได้ค่าเฉลี่ยความดันโลหิต 142/92 mmHg มาพบแพทย์ตามนัด

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต

17 ปีก่อน ผู้ป่วยมีภาวะอ้วนระดับ 1 และ 6 ปีก่อน ผู้ป่วยมีภาวะอ้วนระดับ 2 จนถึงปัจจุบัน และ 3 ปีก่อน ผู้ป่วยมีประวัติการรักษาโรคความดันโลหิตสูง 1 เดือน แต่ไม่ได้รับการรักษาต่อเนื่อง เพราะคิดว่าตนเองหายแล้ว ปฏิเสธการแพ้ยาลดไขมันและสารเคมี ปฏิเสธการดื่มแอลกอฮอล์ มีประวัติสูบบุหรี่ 10 มวนต่อวัน

การวินิจฉัยของแพทย์ : Hypertension

การประเมินสภาพร่างกายตามระบบ

รูปร่างทั่วไป : รูปร่างอ้วน น้ำหนัก 102 กิโลกรัม ส่วนสูง 170 เซนติเมตร BMI 35.29 รอบเอว 106 เซนติเมตร

สัญญาณชีพ : อุณหภูมิร่างกาย 36.8 องศาเซลเซียส อัตราชีพจร 100 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 22 ครั้งต่อนาที ระดับความดันโลหิต 167/93 มิลลิเมตรปรอท

ผิวหนัง : ผิวสองสี ไม่มีรอยนูนหรือบวม เล็บปกติ ไม่มีเล็บข้อน ไม่มีแผลหรือรอยฟกช้ำตามร่างกาย

ศีรษะ : ผมสั้นสีดำ ศีรษะและใบหน้าสมส่วน ศีรษะไม่มีรอยโรค ไม่มีก้อนนูนหรือบวม

ตา : สามารถมองเห็นได้ชัดเจนทั้ง 2 ข้าง หนึ่งตาไม่ตก

หู : การได้ยินชัดเจน ไม่เป็นหูน้ำหนวกหรือหูอักเสบ

จมูก : การหายใจสะดวก ไม่มีน้ำมูกหรือคัดจมูก

ช่องปาก : ริมฝีปากไม่แห้ง ไม่มีแผลที่ริมฝีปาก ไม่มีเหงือกอักเสบ กลืนอาหารได้ไม่ลำบาก

คอ : ไม่มีก้อนที่คอ

ระบบทางเดินหายใจ : หายใจได้ปกติ ไม่มีอาการหายใจลำบาก /เหนื่อย/หอบ

ระบบหัวใจและหลอดเลือด : การเต้นของหัวใจสม่ำเสมอ ไม่มีเสียง murmur ไม่มีปลายมือปลายเท้าเขียว

ระบบทางเดินอาหาร : ลักษณะทั่วไปปกติ ไม่มีอาการปวดท้อง ท้องไม่อืด BS 5/min ไม่มีท้องผูก

ระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ : Motor power ของแขนขาทั้ง 2 ข้าง grade 5 เคลื่อนไหวร่างกายได้ปกติ

ระบบประสาท : ระดับความรู้สึกตัวปกติ ถามตอบ พูดคุยรู้เรื่อง Stiff neck ผล Negative E4V5M6

ระบบทางเดินปัสสาวะ : ขับถ่ายปกติ

ระบบอวัยวะสืบพันธุ์ : ลักษณะภายนอกปกติ

ประเมินสภาพจิตใจและสังคม : มีสีหน้ากังวล ความจำปกติ การรับรู้ปกติ

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

ครั้งที่ 1 (5/1/2566) Cholesterol 248 mg% Triglyceride 249 mg% HDL 53 mg% LDL 146 mg% FBS 102 mg/dl ครั้งที่ 2 (30/6/2566) Cholesterol 212 mg% Triglyceride 202 mg% HDL 45 mg% LDL 138 mg% FBS 98 mg/dl

การติดตามเยี่ยมบ้าน

ติดตามการเยี่ยมบ้านครั้งที่ 1

วันที่ 13 มกราคม 2566 พบสภาพบ้านผู้ป่วยเป็นบ้านปูนชั้นเดียว จำนวน 2 ห้องนอน 2 ห้องน้ำ ไม่มีราวจับในห้องน้ำ ห้องโถงวางของเป็นระเบียบ โปรง อากาศถ่ายเทดี รอบๆบ้านแคบ สะอาดเรียบร้อย ห้องครัวอยู่หลังบ้าน เพื่อนบ้านส่วนใหญ่เป็นญาติกัน ไปมาหาสู่กันเป็นประจำ อาณาบริเวณมีต้นไม้ร่มรื่น มีรั้วรอบขอบชิด บ้านของผู้ป่วยจะติดกับถนนซอยในหมู่บ้าน ผู้ป่วยอาศัยอยู่กับภรรยา บุตรสาวอายุ 10 ปี รักใคร่ปรองดองกันดี ภรรยาจะเป็นผู้ดูแลเรื่องอาหาร ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี มีอาการเวียนศีรษะ ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เอง รับประทานอาหารครบ 3 มื้อๆละ 2 จาน ชอบอาหารรสจัด อาหารมัน ขับถ่ายได้ปกติ ไม่ออกกำลังกาย สุนัขหรีไม่ตีมีเครื่องตีมีแอลกอฮอล์ และวัดสัญญาณชีพ อุณหภูมิ 37.0 องศาเซลเซียส ระดับความดันโลหิต 161/90 มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นชีพจร 88 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที น้ำหนัก 102 กิโลกรัม ส่วนสูง 170 เซนติเมตร ดัชนีมวลกาย 35.29 เส้นรอบเอว 106 เซนติเมตร แจ็งผลการตรวจระดับความดันโลหิตสูง ผู้ป่วยรับรู้ว่าสูง “ก็ไม่ว่าจะทำอย่างไร” ผู้ป่วยทราบถึงวิธีการรับประทานยาที่ถูกต้อง ผู้ป่วยพักหน้าเข้าใจเมื่อแนะนำการรับประทานยา จากการพูดคุยกับผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่พบว่าผู้ป่วยบอกว่า “ไม่รู้ว่าเกิดจากอะไร รู้ว่าต้องกินยา จะหายจากโรคนี้อะ” และมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่

ติดตามการเยี่ยมบ้านครั้งที่ 2

วันที่ 24 กุมภาพันธ์ 2566 วัดสัญญาณชีพ อุณหภูมิ 37.1 องศาเซลเซียส ระดับความดันโลหิต 148/88 มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นชีพจร 88 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที น้ำหนัก 102 กิโลกรัม ส่วนสูง 170 เซนติเมตร ดัชนีมวลกาย 35.29 เส้นรอบเอว 106 เซนติเมตร ผู้ป่วยมีอาการเวียนศีรษะ มึนงง เป็นบางครั้ง จากการประเมินพฤติกรรมสุขภาพ พบว่าผู้ป่วยมีพฤติกรรม การรับประทานยาไม่เหมาะสม ชอบรับประทานอาหารรสจัด ขาดการออกกำลังกายบอกว่าทำงานก็เหนื่อยแล้ว สุนัขหรีมากกว่า 10 มวนต่อวัน จากการซักถามเกี่ยวกับความรู้สึกยังงั้นกับอาการเจ็บป่วยที่เป็นอยู่ ผู้ป่วยตอบว่า “อยากหายจากโรคนี้อะ” จากการประเมินขั้นตอนการเปลี่ยนแปลง (stages of change) การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม พบว่าผู้ป่วยอยู่ในระยะที่ 3 ระยะการเตรียมตัวหรือขั้นตัดสินใจ และเตรียมตัว (preparation) เป็นระยะที่บุคคลตั้งใจว่าจะลงมือปฏิบัติในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ภายในระยะเวลา 1 เดือน เมื่อตัดสินใจแล้วว่าเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมรับประทานยาของตน จะมีการวางแผนกิจกรรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ชัดเจน

ติดตามการเยี่ยมบ้านครั้งที่ 3

วันที่ 17 มีนาคม 2566 วัดสัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.9 องศาเซลเซียส ระดับความดันโลหิต 135/71 มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นชีพจร 98 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที น้ำหนัก 100 กิโลกรัม ส่วนสูง 170 เซนติเมตร ดัชนีมวลกาย 34.60 เส้นรอบเอว 104 เซนติเมตร ผู้ป่วยมีอาการปวดเข่าขาจากการวิ่ง จากการตรวจร่างกาย เข้า ไม่มีอาการบวมแดง กดไม่เจ็บ ไม่ผิดปกติ

ติดตามการเยี่ยมบ้านครั้งที่ 4

วันที่ 7 เมษายน 2566 วัดสัญญาณชีพ อุณหภูมิ 37.0 องศาเซลเซียส ระดับความดันโลหิต 132/82 มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นชีพจร 84 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที น้ำหนัก 97 กิโลกรัม ส่วนสูง 170 เซนติเมตร ดัชนีมวลกาย 33.59 เส้นรอบเอว 102 เซนติเมตร ผู้ป่วยอาการทั่วไปปกติ ผู้ป่วยสุนัขหรีมากกว่า 10 มวนต่อวัน จากการประเมิน stage of change ผู้ป่วยยังอยู่ในระยะที่ 2 ระยะเริ่มคิดเริ่มตัดสินใจ หรือขั้นลังเลใจ (contemplation) เป็นระยะที่บุคคลมีความตั้งใจที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ภายในระยะเวลา 6 เดือนข้างหน้า

ติดตามการเยี่ยมบ้านครั้งที่ 5

วันที่ 30 มิถุนายน 2566 วัดสัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.9 องศาเซลเซียส ระดับความดันโลหิต 128/86 มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นชีพจร 95 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที น้ำหนัก 94 กิโลกรัม ส่วนสูง 170 เซนติเมตร ดัชนีมวลกาย 32.53 เส้นรอบเอว 99 เซนติเมตร ผู้ป่วยอาการทั่วไปปกติ จากการพูดคุยกับผู้ป่วยและญาติมีความรู้ความเข้าใจเรื่องภาวะอ้วน และโรคความดันโลหิตสูง มีการดูแลสุขภาพเพิ่มมากขึ้น เกิดความมั่นใจในการดูแลตนเอง และคลายความกังวล ได้พูดคุยชื่นชมผู้ป่วยและญาติในการดูแลเอาใจใส่สุขภาพตนเอง ซึ่งผู้ป่วยคาดหวังว่าจะหายจากโรคที่เป็นอยู่

การวางแผนการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 1 ผู้ป่วยมีภาวะอ้วนเนื่องจากขาดความตระหนักในการดูแลสุขภาพตนเองจากภาวะอ้วน
ข้อมูลสนับสนุน

S : ผู้ป่วยบอกว่า “ไม่คิดว่าอ้วนเป็นปัญหากับตนเอง”

O : ผลการตรวจร่างกาย ผู้ป่วยมีรูปร่างอ้วน รอบเอว 106 เซนติเมตร ส่วนสูง 170 เซนติเมตร น้ำหนัก 102 กิโลกรัม BMI 35.29

วัตถุประสงค์การพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยมีความตระหนักในการดูแลตนเองอย่างถูกต้องและต่อเนื่อง

เกณฑ์การประเมินผล

1. เส้นรอบเอวลดลง (ไม่เกิน 90 เซนติเมตร)
2. น้ำหนักลดลงอย่างน้อย ร้อยละ 5 ของน้ำหนักเดิม (5 กิโลกรัม)

กิจกรรมการพยาบาล

1. สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและครอบครัว โดยการพูดคุยและแสดงท่าทีที่เป็นกันเอง เพื่อให้เกิดความไว้วางใจ
2. ประเมินทัศนคติต่อภาวะอ้วน ความต้องการแก้ไขปัญหสุขภาพ การลดน้ำหนักเพื่อเป็นแนวทางในการให้คำปรึกษา
3. ร่วมกันค้นหาสาเหตุปัญหาสุขภาพโดยการทำแบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพ นำมาวิเคราะห์หาสาเหตุของปัญหา เพื่อให้ผู้ป่วยทราบสาเหตุปัญหาสุขภาพของตนเอง และร่วมกันหาแนวทางในการแก้ไขที่เหมาะสมต่อไป
4. ให้ข้อมูลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพและปัญหาสุขภาพที่ตรวจพบ โดยให้ความรู้เกี่ยวกับเกณฑ์มาตรฐานของน้ำหนักตัว และเส้นรอบเอว อันตรายของภาวะอ้วน และให้เอกสารแผ่นพับ เพื่อให้ผู้ป่วยทราบสุขภาพของตนเองรวมถึงสร้างความตระหนักในปัญหาสุขภาพตนเอง
5. ให้ความรู้ภาวะอ้วน ซึ่งมีสาเหตุจากพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม ขาดการออกกำลังกาย เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้และเกิดความตระหนักในการแก้ไขปัญหาสุขภาพของตนเอง
6. ให้ความรู้เกี่ยวกับสภาวะสุขภาพที่เหมาะสม และร่วมกันกำหนดเป้าหมายการลดเส้นรอบเอวที่ต้องการ และกำหนดเป้าหมายน้ำหนักตัวที่จะลดร้อยละ 5 ของน้ำหนักตัว โดยลดลง 0.5-1 กิโลกรัมต่อสัปดาห์ เพื่อสามารถปฏิบัติได้และไม่เกิดอันตรายต่อสุขภาพ
7. สอนสาธิตและปฏิบัติการวัดเส้นรอบเอว และให้ชั่งน้ำหนักตนเองเป็นระยะ พร้อมให้สายวัด เพื่อเป็นการสนับสนุนและเฝ้าติดตามประเมินภาวะอ้วนลงพุง
8. ชมเชยให้กำลังใจเมื่อผู้ป่วยสามารถปฏิบัติได้ เพื่อให้ผู้ป่วยมีความภาคภูมิใจในตนเอง รวมทั้งเปิดโอกาสให้ซักถามปัญหาและสอบถามความเข้าใจในปัญหาสุขภาพ ข้อตกลงที่ต้องนำไปปฏิบัติ
9. ให้ทำแบบบันทึกการชั่งน้ำหนัก วัดรอบเอว ส่งทาง line ให้พยาบาลทุกสัปดาห์
10. มอบหมายอาสาสมัครประจำหมู่บ้านติดตามประเมินผลทุกเดือน

การประเมินผล

1. เส้นรอบเอวลดลง 7 เซนติเมตร เหลือ 99 เซนติเมตร
2. น้ำหนัก ลดลง 8 กิโลกรัม คิดเป็นร้อยละ 6 ของน้ำหนักเดิม

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 2 ผู้ป่วยมีระดับความดันโลหิตสูงเนื่องจากขาดความตระหนักในการดูแลสุขภาพตนเองจากโรคความดันโลหิตสูง
ข้อมูลสนับสนุน

S : ผู้ป่วยบอกว่า “ไม่รู้เป็นโรคนี้ได้อย่างไร สาเหตุจากอะไร ไม่รู้เป็นแล้วไม่หาย”

O : ผลการตรวจร่างกาย ระดับความดันโลหิตสูง 167/93 mmHg ให้ทำ Home BP 7 วัน ได้ค่าเฉลี่ยความดันโลหิต 142/92 mmHg ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ Cholesterol 248 mg% Triglyceride 249 mg% HDL 53 mg% LDL 146 mg% FBS 102 mg/dl

วัตถุประสงค์การพยาบาล : เพื่อให้ผู้ป่วยมีความตระหนักในการดูแลตนเองอย่างถูกต้องและต่อเนื่อง

เกณฑ์การประเมินผล

1. ความดันโลหิตอยู่ในเกณฑ์ปกติ ไม่เกิน 140/90 มิลลิเมตรปรอท
2. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการดีขึ้น/ปกติ
3. ผู้ป่วยติดตามการรักษาตามนัดทุกครั้ง

กิจกรรมการพยาบาล

1. สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและครอบครัว โดยการพูดคุยและแสดงท่าทีที่เป็นกันเอง เพื่อให้เกิดความไว้วางใจ
2. ประเมินทัศนคติต่อโรคความดันโลหิตสูง ร่วมกันค้นหาสาเหตุปัญหาสุขภาพ ความต้องการแก้ไขปัญหาสุขภาพ
3. ให้ข้อมูลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพและปัญหาสุขภาพที่ตรวจพบ แจ้งผลการตรวจร่างกาย ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เพื่อให้ผู้รับบริการทราบสุขภาพของตนเองรวมถึงสร้างความตระหนักในปัญหาสุขภาพ โดยให้ความรู้เกี่ยวกับเกณฑ์ระดับความดันโลหิตสูง อันตรายของโรคความดันโลหิตสูง รวมทั้งชี้ให้เห็นโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจและสมองใน 10 ปีข้างหน้า และให้เอกสารแผ่นพับ เพื่อให้ผู้ป่วยทราบ และตระหนักที่จะแก้ไขปัญหาสุขภาพของตนเอง
4. ให้ความรู้โรคความดันโลหิตสูง เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้และเกิดความตระหนักในการแก้ไขปัญหาสุขภาพของตนเอง และร่วมกันกำหนดเป้าหมายการลดระดับความดันโลหิต
5. สอนสาริตและปฏิบัติการวัดระดับความดันโลหิต พร้อมให้ยืมเครื่องวัดความดันโลหิตแบบพกพาไว้วัดด้วยตนเองเป็นระยะ เพื่อเป็นการเฝ้าติดตามประเมินระดับความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้าน
6. แนะนำการพบแพทย์ตามนัด การรับประทานยาตามแผนการรักษา และการเฝ้าระวังอาการแทรกซ้อนจากยา เช่น ปวดเมื่อยตามกล้ามเนื้อแบบหาสาเหตุไม่ได้ กัดแล้วเจ็บบริเวณกล้ามเนื้อส่วนต่างๆ เหนื่อยล้าหมดแรงผิดปกติ เป็นต้น ถ้ามีอาการดังกล่าวควรรีบพบแพทย์โดยด่วน
7. เปิดโอกาสให้ซักถามปัญหาและสอบถามความเข้าใจในปัญหาสุขภาพ ข้อตกลงที่ต้องนำไปปฏิบัติ
8. ให้ทำแบบบันทึกการวัดระดับความดันโลหิต ส่งทาง line ให้พยาบาลทุกเดือน

การประเมินผล

1. ความดันโลหิตอยู่ในเกณฑ์ 115/76 มิลลิเมตรปรอท
2. ระดับไขมันในเลือดลดลง Cholesterol 212 mg/dl จาก 248 mg/dl (< 200 mg/dl) Triglyceride 202 mg/dl จาก 249 mg/dl (< 150 mg/dl) HDL 45 mg/dl จาก 53 mg/dl (40 - 50 mg/dl) LDL 138 mg/dl จาก 146 mg/dl (< 130 mg/dl)
3. มารับการรักษาตามแผนการรักษาตามนัด นัดทุก 1 เดือน อย่างต่อเนื่อง

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 3 : ผู้ป่วยมีพฤติกรรมรับประทานอาหารไม่เหมาะสมเนื่องจากขาดความรู้เรื่องโภชนาการอาหารลดอ้วนลดเค็ม

ข้อมูลสนับสนุน

- S : ผู้ป่วยบอกว่า “ชอบกินอาหารรสจัด” “ชอบใส่น้ำปลาทุกครั้งทีกิน” “ชอบกินหมูสามชั้น” “กินข้าวเยอะ”
O : ผู้ป่วยตอบแบบประเมินความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารได้ถูกต้อง 8 ข้อ จากจำนวนเต็ม 20 ข้อ

วัตถุประสงค์การพยาบาล : เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้และมีพฤติกรรมบริโภคอาหารที่เหมาะสมถูกต้องกับตนเอง

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยมีความรู้เพิ่มขึ้น ตอบแบบประเมินความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารได้ถูกต้องอย่างน้อย 16 ข้อขึ้นไป จากจำนวนเต็ม 20 ข้อ
2. รับประทานอาหารที่ปรุงโดยการ ต้ม นึ่ง อบ เพิ่มขึ้น รับประทานประเภทเนื้อติดมัน อาหารปรุงด้วยกะทิ ขนมหวาน และน้ำหวานลดลง
3. รับประทานอาหารต่อมื้อลดลง ครบ 3 มื้อ ครบ 5 หมู่ และรับประทานผัก ผลไม้ไม่หวาน ธัญพืช เพิ่มขึ้นทุกวัน

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินความรู้เรื่องความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหาร ร่วมกันค้นหาสาเหตุพฤติกรรมบริโภคโดยการทำแบบสอบถาม พฤติกรรมการบริโภค วิเคราะห์ปัญหาสุขภาพ เพื่อเป็นแนวทางในการให้คำแนะนำแก้ไขปรับเปลี่ยนพฤติกรรม
2. ให้ความรู้การรับประทานอาหารด้านความดันโลหิตสูง (DASH diet) และอาหารทดแทน พร้อมให้ออกสารแผ่นพับเพื่อให้ผู้ป่วยและญาติมีความรู้ในการนำไปเลือกปรุงอาหารให้เหมาะสมได้
3. ให้ความรู้เกี่ยวกับปรับเปลี่ยนวิธีการรับประทานอาหารบ้าง เพราะวิธีการรับประทานอาหารเร็วๆ จะทำให้อ้วน เนื่องจากทำให้ได้ปริมาณอาหารมากเกินไป เพราะสมองจะปิดปุ่มประสาทความหิว ความรู้สึกอยากอาหารจะลดลง หลังเริ่มรับประทานอาหารไปประมาณ 10-15 นาที แนะนำวิธีการรับประทานอาหารบ้าง รับประทานอาหารแต่ละมื้อให้มากกว่า 15 นาที โดยเคี้ยวไม่น้อยกว่า 20-30 ครั้งต่อคำ
4. แนะนำการรับประทานอาหารต้องให้ครบ 3 มื้อ และครบ 5 หมู่ อัตราส่วนตามธงโภชนาการ แต่ให้ลดปริมาณแต่ละวันลง โดยการใช้หลัก 3 เพิ่ม คือ เพิ่มการบริโภคปลา ผักและเต้าหู้ 3 งด คือ งดน้ำหวานหรือของหวานของทอดหรือของมันและของเค็ม 3 ลด คือ ลดการบริโภคแป้ง ข้าว และผลไม้ที่หวาน
5. เปิดโอกาสให้ซักถามปัญหา และสอบถามความเข้าใจในการบริโภคอาหารของตนเอง
6. การตั้งเป้าหมายในการควบคุมปริมาณอาหารร่วมกับผู้ป่วยและญาติ โดยการควบคุมอาหารวันละ 500 – 1,000 kcal ต่อวัน จะช่วยลดน้ำหนักได้ 0.5 – 1.0 kg ต่อสัปดาห์
7. ให้มีการบันทึกปริมาณอาหารแต่ละมื้อส่งมาให้พยาบาลทาง line ทุกสัปดาห์

การประเมินผล

1. ผู้ป่วยมีความรู้เพิ่มขึ้นหลังให้ความรู้ (ตอบแบบประเมินความรู้เรื่องความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารได้ถูกต้อง 20 ข้อ จากจำนวนเต็ม 20 ข้อ)
2. ญาติผู้ป่วยปรับเปลี่ยนการปรุงอาหารใช้วิธี ต้ม นึ่งและย่าง เป็นหลัก งดการรับประทานอาหารทอด ผัด กะทิ และน้ำหวาน งดกาแฟกระป๋องมาดื่มน้ำเปล่าแทน ทำทุกวัน
3. รับประทานอาหารครบ 3 มื้อ ครบ 5 หมู่ โดยรับประทานอาหารว่างลด รับประทานอาหารปลาเพิ่ม น้ำพริกผัก และผลไม้ไม่หวาน รับประทานอาหารกลุ่มคาร์โบไฮเดรตลดลง เพิ่มผักและเนื้อไม่ติดมัน ทำทุกวัน
4. ผู้ป่วยบอกว่า “ปรับการกินให้ช้าลงไม่รีบกินๆ นานประมาณ 25 - 30 นาที เวลากินข้าวจะเคี้ยวช้าๆ กินอาหารเท่าที่เตรียมมาเท่านั้น”

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 4: ผู้ป่วยมีพฤติกรรมขาดการออกกำลังกายเนื่องจากขาดความตระหนัก และความรู้เรื่องการออกกำลังกาย

ข้อมูลสนับสนุน

S : ผู้ป่วยบอกว่า “ทำงานก็เหนื่อยแล้วก็เหมือนออกกำลังกายนั่นละ”

O : ผู้ป่วยมีอาชีพทำนา ทำไร่ข้าวโพด ออกทำงานแต่เช้า บางวันกลับเย็นถึงค่ำ ได้ตอบแบบประเมินความรู้เรื่อง การออกกำลังกายได้ถูกต้อง 2 ข้อ จากจำนวน 10 ข้อ

วัตถุประสงค์การพยาบาล : เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้เรื่องการออกกำลังกายได้เหมาะสมกับวิถีชีวิตตนเอง

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยมีความรู้เพิ่มขึ้น (ตอบแบบประเมินความรู้เรื่องการออกกำลังกายถูกต้อง อย่างน้อย 8 ข้อขึ้นไป จากจำนวน 10 ข้อ)
2. ผู้ป่วยเลือกวิธีการออกกำลังกายที่เหมาะสมสำหรับตนเอง ซึ่งมีภาวะอ้วนและเป็นโรคความดันโลหิตสูง
3. มีการออกกำลังกายแบบแอโรบิก อย่างน้อย 30 - 45 นาที จำนวน 3 วัน/สัปดาห์

กิจกรรมการพยาบาล

1. ซักถามการทำกิจวัตรประจำวัน การออกกำลังกาย พร้อมทั้งให้ทำประเมินความรู้และพฤติกรรมออกกำลังกาย ประเมิน ความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม แล้วนำมาวิเคราะห์ปัญหา เพื่อเป็นแนวทางในการให้คำแนะนำเกี่ยวกับการออกกำลังกาย

2. ให้ความรู้เกี่ยวกับหลักการออกกำลังกาย ชนิดการออกกำลังกาย ที่เหมาะสมและปลอดภัย การออกกำลังกายที่ถูกต้อง มีผลดีต่อสุขภาพ และการออกกำลังกายเพื่อการสลายไขมันส่วนเกิน ซึ่งผู้ป่วยได้เลือกวิธีการเดิน ตั้งเป้าหมายไว้จะเดินเร็ว 4.5 กิโลเมตร ต่อชั่วโมง 3 วันสัปดาห์ เพื่อเป็นข้อตกลงร่วมกันในการนำไปปฏิบัติ พร้อมให้ผู้ป่วยลงแบบบันทึกกิจกรรมการออกกำลังกายทุกครั้ง

3. สอนสาธิตวิธีการยืดเหยียดกล้ามเนื้อ และการบริหารร่างกายเฉพาะที่ ให้ทดลองปฏิบัติพร้อมให้ออกสารแผนพับ เพื่อสามารถนำไปปฏิบัติได้

4. แนะนำให้พูดคุยการออกกำลังกายกับสมาชิกในครอบครัว (บุตรสาว) และชักชวนมาร่วมออกกำลังกายด้วยกัน เพื่อช่วยการออกกำลังกายให้ประสบความสำเร็จมากขึ้น กล่าวคำชื่นชมและให้กำลังใจเมื่อผู้ป่วยสามารถปฏิบัติได้ เพื่อให้ผู้ป่วยมีความภาคภูมิใจในตนเอง

5. กระตุ้นให้ผู้ป่วยมีการปฏิบัติต่อเนื่อง พร้อมทั้งการบันทึกกิจกรรมการออกกำลังกายในแต่ละวันส่งมาให้พยาบาลทาง line ทุกสัปดาห์

การประเมินผล

1. ผู้ป่วยมีความรู้เพิ่มขึ้น ตอบแบบประเมินความรู้เรื่องการออกกำลังกายถูกต้อง 9 ข้อ จากจำนวน 10 ข้อ
2. ผู้ป่วยเลือกวิธีการเดินเร็ว 4.5 กิโลเมตรต่อชั่วโมง 3-4 วันต่อสัปดาห์ และชักชวนบุตรสาวให้มาออกกำลังกายด้วยกัน โดยเดินเร็วตอนเย็นที่สนามกีฬาหน้าเทศบาลตำบลที่ใกล้บ้าน ใช้เวลาประมาณ 45 - 60 นาที 3 - 5 วันต่อสัปดาห์ ทุกวันถ้าไม่ติดงานจนค่า
3. ผู้ป่วยมีการยืดเหยียดกล้ามเนื้อ 5 วันต่อสัปดาห์ ใช้เวลาประมาณ 15 - 30 นาทีต่อวัน

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 5 : ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการสูบบุหรี่อยู่เนื่องจากขาดความตระหนักและความรู้เรื่องบุหรี่
ข้อมูลสนับสนุน

S : ผู้ป่วยบอกว่า “สูบบุหรี่วันละ 10 มวนต่อวัน นานกว่า 10 ปี”

O : จากการประเมินภาวะติดนิโคติน ได้ 3 คะแนน อยู่ในระดับต่ำ และจากการประเมินความพร้อมในการเลิกบุหรี่ ผู้ป่วยคิดจะเลิกสูบบุหรี่ใน 6 เดือนข้างหน้า/ยังลังเลใจที่จะเลิกบุหรี่

วัตถุประสงค์การพยาบาล : เพื่อให้ผู้ป่วยมีความตระหนักและมีความรู้เรื่องบุหรี่เพิ่มขึ้น

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยสามารถลด/เลิกการสูบบุหรี่
2. ผู้ป่วยมีความรู้เพิ่มขึ้น (ตอบแบบประเมินความรู้เรื่องบุหรี่ถูกต้อง อย่างน้อย 3 ข้อ จากจำนวน 5 ข้อ)

กิจกรรมการพยาบาล

1. ชักประวัติการสูบบุหรี่ของผู้ป่วย และประเมินความรู้ ประเมินความพร้อมของผู้ป่วยในการเลิกสูบบุหรี่และระดับความรุนแรงของการเสพติดบุหรี่ วิเคราะห์ปัญหาสุขภาพ เพื่อเป็นแนวทางในการให้คำแนะนำ

2. ให้คำแนะนำแบบเข้มข้นแก่ผู้ป่วยในการเลิกสูบบุหรี่ ตามระดับความพร้อมในการเลิกสูบบุหรี่ และสร้างแรงจูงใจให้แก่ผู้ป่วย โดยใช้หลัก 5R แนะนำให้ผู้ป่วยทำตารางเปรียบเทียบผลบวกของการเลิกบุหรี่และผลลบของการสูบบุหรี่ เพื่อช่วยในการตัดสินใจเลิกบุหรี่

3. ช่วยเหลือผู้ป่วยเมื่อผู้ป่วยมีความพร้อมในการเลิกสูบบุหรี่ และแนะนำเทคนิคการช่วยเลิกสูบบุหรี่ให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละบุคคล เช่น การลดจำนวนมวนบุหรี่ การใช้มะนาว/ลูกอม/ สมุนไพร ช่วยเลิกบุหรี่ การใช้ยาช่วยเลิกบุหรี่ เป็นต้น

4. ติดตามผลการเลิกสูบบุหรี่ เมื่อผู้ป่วยมาตรวจตามนัด หรือการเยี่ยมบ้านผู้ป่วย หากพบว่าผู้ป่วยเลิกสูบบุหรี่ไม่สำเร็จ ส่งต่อคลินิกช่วยเลิกบุหรี่

5. แนะนำให้พูดคุยการเลิกบุหรี่กับสมาชิกในครอบครัว เพื่อเป็นแรงสนับสนุนให้กับผู้ป่วยในการเลิกบุหรี่ให้ประสบความสำเร็จขึ้น กล่าวคำชื่นชมและให้กำลังใจเมื่อผู้ป่วยสามารถปฏิบัติได้ เพื่อให้ผู้ป่วยมีความภาคภูมิใจในตนเองและกระตุ้นการปฏิบัติให้ต่อเนื่อง

6. เปิดโอกาสให้สอบถาม ข้อสงสัย ปัญหาอุปสรรค เพิ่มช่องทางสายด่วนเลิกบุหรี่ โทร 1600 ถ้าเมื่อใดคิดว่าต้องการจะเลิกบุหรี่

การประเมินผล

1. ผู้ป่วยลดจำนวนการสูบบุหรี่เหลือ 5 มวนต่อวัน
2. ผู้ป่วยมีความรู้เพิ่มขึ้น ตอบแบบประเมินความรู้เรื่องบุหรี่ถูกต้อง 4 ข้อ จากจำนวน 5 ข้อ

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 6 : ผู้ป่วยและญาติวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่เนื่องจากมีภาวะความเจ็บป่วยเรื้อรัง
ข้อมูลสนับสนุน

S : ผู้ป่วยบอกว่า “กินยาแล้วทำไมความดันไม่ลงเลย” ญาติผู้ป่วยบอกว่า “ความดันไม่ลงจะเป็นอันตรายมั้ย”

O : ผู้ป่วยและญาติมีสีหน้าวิตกกังวล คะแนนประเมินความเครียดด้วยตนเอง ของผู้ป่วยได้ 28 คะแนน และญาติได้ 20 คะแนน

วัตถุประสงค์การพยาบาล : เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติคลายเครียด ลดความวิตกกังวล ยอมรับสภาพความเจ็บป่วยได้

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยและญาติมีสีหน้าสดชื่นขึ้น คลายความวิตกกังวล
2. ผู้ป่วยและญาติยอมรับสภาพความเจ็บป่วยและสามารถปรับตัวได้
3. คะแนนประเมินความเครียดด้วยตนเอง ของกรมสุขภาพจิต อยู่ในเกณฑ์ปกติ (6-17คะแนน)

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินเรื่องความเครียดและวิตกกังวลผู้ป่วยและญาติ โดยใช้แบบประเมินความเครียดด้วยตนเอง ของกรมสุขภาพจิต เพื่อประเมินความรุนแรงความเครียดและความวิตกกังวลของบุคคลทั่วไป
2. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติได้พูดคุยระบายความรู้สึก เพื่อให้รู้สึกผ่อนคลายและสบายใจ
3. พูดคุยเสริมกำลังใจ ให้กำลังใจ ปลอบโยนและสัมผัส เพื่อให้รู้สึกอบอุ่นเป็นมิตรและลดความวิตกกังวล
4. ให้เวลาผู้ป่วยและญาติ ในการซักถามปัญหา หรือข้อสงสัยต่างๆ และตอบข้อซักถามของผู้ป่วยและญาติด้วยความเต็มใจ

การประเมินผล

ผู้ป่วยและญาติคลายความวิตกกังวล มีหน้าตาสดชื่นขึ้น หลังจากปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 4 เดือน คะแนนประเมินความเครียดด้วยตนเอง ของผู้ป่วยและญาติ อยู่ในเกณฑ์ปกติ ได้ 12 คะแนน

สรุปกรณีศึกษา

ผู้ป่วยชายไทย รูปร่างอ้วน อายุ 42 ปี มารับการรักษาที่โรงพยาบาลด้วยอาการสำคัญ ปวดศีรษะ มีนงง 2 วันก่อนมาโรงพยาบาล อาการเจ็บป่วยปัจจุบัน ผู้ป่วยมีอาการปวดศีรษะตอนเช้า ประมาณ 2 อาทิตย์ จึงมารับตรวจคัดกรองโรคเรื้อรังในชุมชน พบความดันโลหิตสูง 167/93 mmHg ได้ให้ผู้ป่วยทำ Home BP 7 วัน ได้ค่าเฉลี่ยความดันโลหิต 142/92 mmHg ผู้ป่วยได้มาพบแพทย์ตามนัด แพทย์ให้การวินิจฉัยโรค เป็นโรคความดันโลหิตสูง ให้ยารับประทาน และนัดติดตามทุก 1 เดือน ในระหว่างที่ดูแลผู้ป่วยตั้งแต่เดือนมกราคมถึงเดือนมิถุนายน 2566 เป็นระยะเวลา 6 เดือน พบปัญหาของผู้ป่วยทั้งหมด 6 ข้อ ปัญหาดังกล่าวได้ให้การพยาบาลช่วยเหลือแก้ไขปัญหทั้งหมดอย่างต่อเนื่อง จากการติดตามเยี่ยมบ้านจำนวน 5 ครั้ง พบว่า ผู้ป่วยอาการปกติ ไม่มีอาการปวดศีรษะ มีความดันโลหิตอยู่ในเกณฑ์ 115/76 มิลลิเมตรปรอท เส้นรอบเอวลดลง 7 เซนติเมตร เหลือ 99 เซนติเมตร น้ำหนัก ลดลง 8 กิโลกรัม คิดเป็นร้อยละ 6 ของน้ำหนักเดิม มีระดับไขมันในเลือดลดลง ผู้ป่วยลดจำนวนการสูบบุหรี่เหลือ 5 มวนต่อวัน จาก 10 มวนต่อวัน

วิจารณ์และข้อเสนอแนะ

การดูแลผู้ป่วยที่มีโรคเรื้อรังรายนี้ มีการลดน้ำหนักและความดันโลหิตไม่ได้ สาเหตุจากผู้ป่วยยังขาดความรู้และการปฏิบัติตัวที่เหมาะสม ได้แก่ พฤติกรรมการควบคุมอาหาร พฤติกรรมการออกกำลังกาย พฤติกรรมการจัดการกับความเครียด ซึ่งการควบคุมพฤติกรรมดังกล่าว จำเป็นต้องทำอย่างต่อเนื่องตลอดชีวิต และต้องเป็นส่วนหนึ่งของการดำเนินชีวิตประจำวัน จากกรณีศึกษารายนี้ มีข้อเสนอแนะดังต่อไปนี้

1. พัฒนาศักยภาพแกนนำในชุมชนให้มีส่วนร่วมในการสร้างเสริมสุขภาพผู้ป่วยภาวะอ้วนที่มีโรคความดันโลหิตสูง
2. พัฒนาศักยภาพพยาบาลวิชาชีพที่ดูแลให้มีความรู้ความเข้าใจ และสร้างความตระหนักเกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมกับผู้ป่วยภาวะอ้วนที่มีโรคความดันโลหิตสูง

สรุป

ภาวะอ้วนที่มีโรคความดันโลหิตสูงสามารถควบคุมโรคได้ ต้องเกิดจากความมุ่งมั่นของผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวคอยสนับสนุน ส่วนพยาบาลจะต้องมีความสามารถในการประเมินและคัดกรองผู้ป่วยให้ได้ตั้งแต่ต้น สามารถให้ความรู้แก่ผู้ป่วยรู้จักประเมินตนเอง เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจในเรื่องโรค และการควบคุมความดันโลหิตเป็นอย่างดี ซึ่งการควบคุมความดันโลหิตเกี่ยวข้องกับแบบแผนชีวิตประจำวัน ที่ไม่เฉพาะผู้ป่วยเท่านั้นที่ต้องมีการเปลี่ยนแปลง แต่เกี่ยวข้องกับความเป็นอยู่ของสมาชิกในครอบครัวด้วยโดยเฉพาะในเรื่องควบคุมอาหาร ทำให้เกิดความยุ่งยากที่ต้องจัดให้ผู้ป่วยโดยเฉพาะ ดังนั้นพยาบาลจะต้องเลือกใช้กลวิธีที่เหมาะสมที่จะให้ความรู้ โน้มน้าวและจูงใจให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามแผนของการรักษา โดยตระหนักถึงการสร้างและการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและครอบครัว ในการรับรู้และวางแผนแก้ไขปัญหาร่วมกัน

เอกสารอ้างอิง

1. เครือข่ายคนไทยไร้พุง. อ้วนลงพุงกับความดันโลหิตสูง. [online]. [เข้าถึงเมื่อ 1 พฤศจิกายน 2564]. เข้าถึงได้จาก : <https://www.thaihealth.or.th/312572-2/>
2. วิชัย เอกพลากร. รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 6 พ.ศ. 2562 - 2563. กรุงเทพฯ: อักษรกราฟฟิกแอนดดิไซน์ ; 2564.
3. กองโรคไม่ติดต่อ. จำนวนและอัตราการป่วย / ตาย ปี 2559-2562. [online]. [เข้าถึงเมื่อ 1 กุมภาพันธ์ 2566]. เข้าถึงได้จาก : <http://www.thaincd.com/2016/mission/documents-detail.php?id=13893&tid=32&gid=1-020>
4. กองโรคไม่ติดต่อ. จำนวนและอัตราการตายด้วย 5 โรคไม่ติดต่อ (ปี 2560 – 2564). [online]. [เข้าถึงเมื่อ 1 กุมภาพันธ์ 2566]. เข้าถึงได้จาก : <http://www.thaincd.com/2016/mission/documents-detail.php?id=14480&tid=32&gid=1-020>
5. กัลยา โสณทอง. การพยาบาลอนามัยชุมชนและบทบาทหน้าที่ของพยาบาลอนามัยชุมชน. [เข้าถึงเมื่อ 1 กุมภาพันธ์ 2566]. เข้าถึงได้จาก : <https://myblogcomnurse.blogspot.com/2016/01/blog-post.html>
6. ธิดารัตน์ อภิภูญา. หลักสูตรการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพสำหรับพยาบาลผู้จัดการรายกรณีโรคเรื้อรัง. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์; 2559.
7. กองสุขภาพศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการดูแลสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. สำหรับแกนนำสุขภาพ. [เข้าถึงเมื่อ 1 กุมภาพันธ์ 2566]. เข้าถึงได้จาก : <http://www.hed.go.th/linkHed/461>
8. Kanfer, Goldstein A. Helping People Change: A Textbook of Methods .New York: Pergamon Press;1980.
9. โรงพยาบาลบึงสามัคคี. รายงานข้อมูลสถิติผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ระหว่าง พ.ศ. 2563 - 2565. กำแพงเพชร : โรงพยาบาลบึงสามัคคี; 2565.
10. ศิริอร สินธุ, ปิยะนันท์ ลิ้มเรืองรอง, วิฑิตพงษ์ ต้นคำปวน. พยาบาลนำการจัดการภาวะน้ำหนักเกิน. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: วัฒนาการพิมพ์; 2564.
11. สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูง ในเวชปฏิบัติทั่วไปพ.ศ. 2562. เชียงใหม่: ทริค ชิงค์ ; 2562.
12. สมุณี วัชรสินธุ์, อัจฉรา ภักดีพิณิจ และอำมรินทร์ เจปะอ. รูปแบบการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2560.
13. สุภัตตรา สิทธิวิง, ศิวพร อึ้งวัฒนาม, เดชา ทำดี. ผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพและระดับความดันโลหิตของผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้. พยาบาลสาร. 2563;47(2):85-97.

Nursing care of pregnant women with threatened miscarriage combined with Dengue virus infection and bloodstream infections: A case study

Monthathip Nakthong, D.N.S.*

Abstract

Introduction : Abortion is the most common pregnancy complication. It could cause by an accident that affects the uterus or lower abdominal area, vaginal infections, etc. Dengue virus infection and septicemia cause pregnant women and the fetus shock and death.

Objective : To provide guidelines for nursing care to pregnant women with threatened abortion with dengue virus infection and septicemia.

Case study : 22 weeks pregnant woman, 4th pregnancy, 2 living children, and 1 abortion. The date of admission was 20 September 2023 symptoms 1 day before coming to the hospital had vaginal bleeding history after sexual intercourse. At the time of admission, she was fatigued with severe headaches, but no abdominal pain, no tense abdominal, and no vaginal bleeding. She said that her fetus had hypomotility. Her body temperature was 37.8 degrees Celsius, blood pressure 97/53 mm., pulse rate 118 times/minute, respiratory rate 20 times/minute, and oxygen saturation 99%. The results of the blood examination were dengue virus detected with bacteremia and found bacteria in the urine. She was diagnosed as Threatened Abortion with Dengue infection with Septicemia. During the admission period, there were 3 phases of Important nursing problems. : 1) The initial phase included the risk of complications from septicemia, the risk of serious complications from dengue virus infection, and the risk of losing the fetus due to threatened abortion 2) The Continuous care phase Included anxiety of patient about her illness and fetus. 3) Distribution planning phase included the risk of recurrence due to lack of knowledge about how to behave when returning home. In each phase, patients received effective care and nursing according to holistically comprehensive standards. Various problems in the critical phases had been monitored and resolved. There were not significant complications. Pregnant women and her fetus were safe from abortion, shock due to dengue virus infection, and septicemia. She could be discharged to home and followed up on antibiotics until the full treatment plan and could continue the pregnancy. Total duration of admission in the hospital was 7 days.

Conclusion : Pregnant woman who came for treatment with Threatened Abortion with Dengue infection and Septicemia was rare case but carried a high risk of death if she had not received treatment in time with a 5-step nursing processes. Holistic care saved pregnant women and her fetus. She and her families relieved anxiety as well as had correct knowledge of behavior when returning home and carried on pregnancy until full term.

Keywords : Nursing care for pregnant women with threatened abortion, Dengue virus infection, Septicemia

*Professional registered nurse Kosamphi Nakhon Hospital, Kamphaeng Phet Province

การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะแท้งคุกคามร่วมกับติดเชื้อไวรัสเดงกี และติดเชื้อในกระแสเลือด : กรณีศึกษา

มณฑาทิพย์ นาคทอง, ป.พ.ส.*

บทคัดย่อ

บทนำ : การแท้งถือเป็นภาวะแทรกซ้อนของการตั้งครรภ์ที่พบบ่อยที่สุด มีสาเหตุได้จากอุบัติเหตุที่กระทบต่อมดลูกและบริเวณท้องน้อย มีการติดเชื้อที่ช่องคลอด เป็นต้น เมื่อร่วมกับภาวะการติดเชื้อไวรัสเดงกีและการติดเชื้อในกระแสเลือด ส่งผลให้หญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ เกิดภาวะช็อกและเสียชีวิตได้

วัตถุประสงค์ : เพื่อเป็นแนวทางในการให้การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะแท้งคุกคามร่วมกับภาวะติดเชื้อไวรัสเดงกีและภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด

กรณีศึกษา : หญิงตั้งครรภ์ 22 สัปดาห์ ครรภ์ที่ 4 บุตรมีชีวิต 2 คน แท้ง 1 ครั้ง วันที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล 20 กันยายน 2566 ด้วยอาการ 1 วัน ก่อนมาโรงพยาบาล ให้ประวัติมีเพศสัมพันธ์ หลังจากนั้นมูกเลือดออกทางช่องคลอด มีปวดท้องเล็กน้อย ร่วมกับปวดศีรษะ มีไข้ อ่อนเพลียจึงมาโรงพยาบาล แรกรับอ่อนเพลีย บอกรับปวดศีรษะมาก ไม่มีอาการปวดท้อง ไม่มีท้องแข็ง ไม่มีเลือดออกทางช่องคลอด บอกรู้สึกตัวลุกตื่นน้อยอุณหภูมิร่างกาย 37.8 องศาเซลเซียส ค่าความดันโลหิต 97/53 มิลลิเมตรปรอท อัตราชีพจร 118 ครั้ง/นาที อัตราหายใจ 20 ครั้ง/นาที oxygen saturation 99% ผลตรวจพบเชื้อไวรัสเดงกี พบเชื้อแบคทีเรียในกระแสเลือด พบเชื้อแบคทีเรียในปัสสาวะได้รับการวินิจฉัย Threatened Abortion with Dengue infection with Septicemia ในระหว่างนอนอยู่โรงพยาบาล ปัญหาทางการพยาบาลที่สำคัญแบ่งออกเป็น 3 ระยะ คือ 1. ระยะแรกเริ่ม ได้แก่ เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการติดเชื้อในกระแสเลือด เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงจากการติดเชื้อไวรัสเดงกี และเสี่ยงต่อการสูญเสียบุตรในครรภ์ เนื่องจากภาวะแท้งคุกคาม 2. ระยะการดูแลต่อเนื่อง ได้แก่ ผู้ป่วยวิตกกังวลต่อการเจ็บป่วยของตนเองและบุตรในครรภ์ 3. ระยะวางแผนจำหน่าย ได้แก่ เสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำเนื่องจากขาดความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน โดยในแต่ละระยะผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาและให้การพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพตามมาตรฐานครอบคลุมแบบองค์รวม ปัญหาต่างๆ ได้รับการแก้ไขและเฝ้าระวังระยะวิกฤต ไม่มีภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ หญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ปลอดภัยจากภาวะแท้ง ปลอดภัยจากภาวะช็อกจากการติดเชื้อไวรัสเดงกี และปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนการติดเชื้อในกระแสเลือด สามารถจำหน่ายหญิงตั้งครรภ์กลับบ้าน ติดตามการรับยาปฏิชีวนะจนครบวันตามแผนการรักษา และดำเนินการตั้งครรภ์ต่อไปได้ รวมระยะเวลารักษาในโรงพยาบาล 7 วัน

สรุปผลกรณีศึกษา : หญิงตั้งครรภ์ที่มารักษาด้วยภาวะการแท้งคุกคาม ร่วมกับการติดเชื้อไวรัสเดงกีและการติดเชื้อแบคทีเรียในกระแสเลือดร่วมด้วย ซึ่งพบได้ไม่บ่อยแต่มีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตหากไม่ได้เข้ารับการรักษาทันเวลา ด้วยกระบวนการพยาบาล 5 ขั้นตอน การดูแลแบบองค์รวมได้ช่วยให้หญิงตั้งครรภ์ ปลอดภัยทั้งหญิงตั้งครรภ์ ทารกในครรภ์ หญิงตั้งครรภ์และครอบครัวคลายความวิตกกังวล ตลอดจนมีความรู้การปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง เหมาะสมเมื่อกลับไปอยู่บ้าน ดำเนินการตั้งครรภ์จนครบกำหนดคลอด

คำสำคัญ : การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะแท้งคุกคาม ภาวะติดเชื้อไวรัสเดงกี ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลโกสุมพินคร จังหวัดกำแพงเพชร

บทนำ

การแท้งเป็นภาวะแทรกซ้อนของการตั้งครรภ์ที่พบบ่อยที่สุดซึ่งมีรายงานว่าร้อยละ 50 ของการปฏิสนธิ จะเกิดการแท้งไปก่อนที่จะขาดระยะดู ร้อยละ 31 ของการปฏิสนธิจะแท้งไปหลังมีการฝังตัวในเยื่อโพรงมดลูกแล้วและร้อยละ 15 ของการตั้งครรภ์ที่อายุครรภ์ตั้งแต่ 6 สัปดาห์เป็นต้นไปจะเกิดการแท้งโดยอัตราการแท้งจะลดลงเมื่ออายุครรภ์มากขึ้น¹ จากการศึกษาของถวัลย์วงศ์รัตนสิริ พบว่า การตั้งครรภ์ในไตรมาสแรกถ้ามีเลือดออก โอกาสที่จะเกิด pregnancy loss ร้อยละ 12.4 แต่ถ้าไม่มีเลือดออกโอกาสประมาณร้อยละ 4.2-6.1 และพบว่าประมาณร้อยละ 80 ของการแท้งจะเกิดในระยะตั้งครรภ์ 12 สัปดาห์แรก และอัตราการแท้งจะค่อยๆลดลงเมื่อตั้งครรภ์เข้าสู่ช่วงท้ายๆ ของไตรมาสแรกและเข้าสู่ไตรมาสสอง ประมาณร้อยละ 50 ของจำนวนการแท้งทั้งหมด มีสาเหตุจากความผิดปกติของโครโมโซม ปัจจัยเสี่ยงของการแท้งจะเพิ่มมากขึ้นสัมพันธ์กับจำนวนครั้งของการคลอด โรคประจำตัว เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไตวายเรื้อรัง เป็นต้น ความผิดปกติของมดลูกและโพรงมดลูก การขาดฮอร์โมนเพศที่ช่วยประคับประคองการตั้งครรภ์ มีประวัติเคยแท้งมาก่อน และปัจจัยอื่น ๆ เช่นอุบัติเหตุที่กระทบต่อมดลูกหรือบริเวณท้องน้อย มีการติดเชื้อที่ช่องคลอด เป็นต้น อายุของสตรีตั้งครรภ์น้อยกว่า 20 ปี มีอัตราการแท้งร้อยละ 12 ส่วนสตรีตั้งครรภ์อายุมากกว่า 40 ปี มีอัตราการแท้งร้อยละ 26 การแท้ง (abortion) หมายถึง การสิ้นสุดการตั้งครรภ์ในระยะที่ทารกในครรภ์ยังไม่สามารถมีชีวิตจนอยู่รอดได้โดยทั่วไป หมายถึงการสิ้นสุดการตั้งครรภ์ก่อนอายุครรภ์ 20 สัปดาห์หรือทารกมีน้ำหนักน้อยกว่า 500 กรัม หรือการสิ้นสุดการตั้งครรภ์ก่อนอายุครรภ์ 28 สัปดาห์หรือทารกมีน้ำหนักน้อยกว่า 1,000 กรัม²

โรคไข้เลือดออก (dengue) เป็นหนึ่งในโรคติดเชื้ออุบัติซ้ำ (re-emerging infectious) โดยมีุงกลายเป็นพาหะนำโรคโรคไข้เลือดออกเดงกี (dengue hemorrhagic fever) มีลักษณะสำคัญ 2 ประการ คือ มีการรั่วของพลาสมา (plasma leakage) และมีภาวะเลือดออกผิดปกติ (abnormal bleeding) ซึ่งเป็นสาเหตุให้เกิดความรุนแรงของโรค มักเกิดร่วมกันแต่มีระดับความรุนแรงของโรคที่แตกต่างกันไปในผู้ป่วยแต่ละราย กลุ่มผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดไข้เลือดออกที่รุนแรงและมีภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ เด็กอายุน้อยกว่า 1 ปี สตรีตั้งครรภ์ ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยโรคอ้วน ผู้ที่มีโรคประจำตัวเรื้อรัง เช่นโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคตับ โรคเลือด โรคไต เป็นต้น รวมทั้งผู้ที่รับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือด (anticoagulants)

ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด (sepsis) เป็นภาวะวิกฤตคุกคามต่อชีวิตที่สำคัญ³ เกิดจากกระบวนการอักเสบที่เกิดขึ้นในร่างกายอย่างรุนแรงและต่อเนื่อง จนทำให้เกิดภาวะช็อก (septic shock) นำไปสู่ภาวะที่มีอวัยวะล้มเหลวหลายระบบ เป็นสาเหตุการเสียชีวิตสูงถึง 1 ใน 4 ของผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อทั้งหมด⁴ ภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือดเป็นสาเหตุการตายของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เนื่องจากอวัยวะต่างๆทำงานล้มเหลว เนื้อเยื่อต่างๆทั่วร่างกายขาดออกซิเจนจนทำให้เสียชีวิตตามมา⁵ และมีโอกาสเกิดภาวะสูงขึ้นกับอายุ หลังการติดเชื้อ ชนิดเชื้อที่เป็นสาเหตุ และสุขภาพเดิมของผู้ป่วย

ข้อมูลการให้บริการโรงพยาบาลโกสุมพินคร¹⁰ ในปี 2564-2566 มีหญิงตั้งครรภ์ 34, 173 และ 238 ตามลำดับ พบอุบัติการณ์แท้ง 0, 0 และ 0 ตามลำดับ ซึ่งการแท้งบุตรมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องหลายอย่าง โดยสถานการณ์โรคไข้เลือดออกอำเภอโกสุมพินครระหว่างวันที่ 1 มกราคม 2566 – 29 พฤศจิกายน 2566 พบผู้ป่วยสะสม 8 ราย ไม่มีผู้ป่วยตาย และผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด (sepsis) ในปี 2564-2566 จำนวน 94, 130 และ 173 ตามลำดับ พบภาวะช็อก (septic shock) ในปี 2564-2566 จำนวน 15, 11 และ 17 ตามลำดับ พบเสียชีวิต ในปี 2564-2566 จำนวน 0, 1 และ 5 ตามลำดับ กรณีศึกษาในครั้งนี้เป็นหญิงตั้งครรภ์ที่มาด้วยภาวะแท้งคุกคาม และกระบวนการคัดกรองการรักษาพยาบาลพบว่ามีการติดเชื้อไวรัสเดงกี และภาวะการติดเชื้อในกระแสเลือดร่วมด้วยเพื่อสะท้อนถึงบทบาทพยาบาลทั้งด้านกระบวนการพยาบาล การจัดการทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ ช่วยให้หญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ปลอดภัยจากภาวะวิกฤติ สามารถดำเนินการตั้งครรภ์จนถึงกำหนดคลอด โดยลูกเกิดรอดแม่ปลอดภัย และใช้เป็นแนวทางในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่เสี่ยงต่อโรคแทรกซ้อนต่อไป

กรณีศึกษา

หญิงไทย อายุ 22 ปี สัญชาติไทย อาศัยอยู่ในพื้นที่สูง อาชีพเกษตรกร นับถือศาสนาพุทธ ตั้งครรภ์ 22 สัปดาห์ ครรภ์ที่ 4 บุตรมีชีวิต 2 คน แท้ง 1 ครั้ง วันที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล 20 กันยายน 2566

การวินิจฉัยแรกรับ : Threatened Abortion with Dengue infection with Bacterial infection

การวินิจฉัยครั้งสุดท้าย : Threatened Abortion with Dengue infection with Septicemia

อาการสำคัญ : อ่อนเพลีย 1 วัน ก่อนมาโรงพยาบาล

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน

ประวัติประจำเดือนครั้งสุดท้ายวันที่ 17 เมษายน พ.ศ. 2566 เข้ารับการตรวจการตั้งครรภ์และฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลโกสุมพินคร ครั้งแรกวันที่ 28 มิถุนายน พ.ศ. 2566 ได้รับการฝากครรภ์ตามนัดทุกครั้ง ผลการตรวจครรภ์ปกติ

1 วัน ก่อนมาโรงพยาบาล ให้ประวัติมีเพศสัมพันธ์ หลังจากนั้นมึนงงเลือดออกทางช่องคลอด มีปวดท้องเล็กน้อย ร่วมกับปวดศีรษะ มีไข้ อ่อนเพลียจึงมาโรงพยาบาล

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต : ปฏิเสธโรคประจำตัว

ประวัติการแพ้ยา : ปฏิเสธการแพ้ยา

ประเมินสภาพร่างกายแยกตามระบบ

รูปร่างทั่วไป : รูปร่างสมส่วน น้ำหนัก 55 กิโลกรัม ส่วนสูง 148 เซนติเมตร BMI 25.11 kg/m²

สัญญาณชีพ : อุณหภูมิร่างกาย 38.4 องศาเซลเซียส อัตราชีพจร 132 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ค่าความดันโลหิต 132/90 มิลลิเมตรปรอท

ระบบประสาท : รู้สึกตัวดี ตอบคำถามได้ พูดคุยได้ รับรู้เวลา สถานที่ บุคคล E4V5M6, GCS =15 คะแนน

ผิวหนัง : ผิวขาว ไม่มีจ้ำเลือด ไม่มีผื่น ไม่มี Skin turgor

ศีรษะและใบหน้า : ผมนสั้นสีดำ ศีรษะไม่มีบาดแผล คลำไม่พบก้อนบริเวณต่อมน้ำเหลือง ตาทั้งสองข้างสมมาตรกัน การมองเห็นปกติ เปลือกตาไม่ซีดทั้งสองข้าง ไบฮู จมูก ปาก ลักษณะภายนอกปกติ

ทรวงอกและการหายใจ : ทรวงอกรูปร่างปกติสมมาตรกัน หายใจสม่ำเสมอ อัตราการหายใจ 20-22 ครั้ง/นาที ฟังเสียงการหายใจปกติ

หัวใจและหลอดเลือด : การเต้นของหัวใจปกติ สม่ำเสมอ ไม่มีเสียง Murmur อัตราการเต้นของหัวใจ ครั้ง/นาที ไม่มีเส้นเลือดที่คอโป่งพอง

ช่องท้องและทางเดินอาหาร : บริเวณหน้าท้องกดไม่เจ็บ ไม่แข็งตึง ท้องไม่อืด ฟังเสียง bowel sound ปกติ การขับถ่ายปกติ ไม่มีคลื่นไส้ ไม่อาเจียน

ระบบอวัยวะสืบพันธุ์ : ระดับมดลูก 2/3 > SP FHS 155 ครั้ง/นาที อวัยวะสืบพันธุ์ภายนอกปกติ ตรวจทางช่องคลอดโดย speculum ผล ปากมดลูกปิด ไม่มีเลือดออก มีสารคัดหลั่งเมือกสีขาวขุ่น

กล้ามเนื้อและกระดูก : โครงสร้างร่างกายปกติ

ทางเดินปัสสาวะ : สามารถขับถ่ายปัสสาวะได้ปกติ สีปัสสาวะเหลืองอ่อนใสไม่ขุ่น ไม่มีอาการปัสสาวะแสบขัด

สภาพจิตใจ : มีสีหน้าไม่สุขสบาย กังวลเรื่องการทำหัตถการ เช่น เจาะเลือด การใส่สายสวนปัสสาวะ

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่สำคัญ

ผลการตรวจอัลตราซาวด์ : SVF, หัวใจเด็กเต็น, Vertex presentation, GA 22 สัปดาห์ +6 วัน คัดคะเนน้ำหนักทารก 558 กรัม

Blood lactate ค่าปกติ 2-5 = 1.4 mmol/L

Urine culture = พบเชื้อ streptococcus mitis / streptococcus oralis. Grading : >10 CFU/ml

Hemoculture : Positive : Gram positive cocci in cluster : Staphylococcus wameri



ตรวจพบเชื้อไวรัสเด็งกีสายพันธุ์ที่ DEN1

รายการ	ค่าปกติ	20 ก.ย.66	21 ก.ย.66	22 ก.ย.66	23 ก.ย.66	24 ก.ย.66	25 ก.ย.66	27 ก.ย.66
WBC	5,000 - 10,000 cell/mm3	10,100	4,900	4,300	3,000	2,900	2,800	3,700
Plt count	140,000 - 400,000 cell/mm3	197,000	156,000	140,000	132,000	129,000	113,000	104,000
Hct	36-48 %	34.8	31.3	32.5	33.7	33.7	34.4	36.3
BUN	5.0-23.0 mg/dl	6.8						
Creatinine	0.51-1.17 mg/dl	0.49						
SGOT/AST	0-40 U/L				43	50		49

สรุปการดำเนินโรคขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

20/09/66 ที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน รับผู้ป่วยจากคลินิกฝากครรภ์ ผู้ป่วยระดับความรู้สึกตัว E4V5M6 อุณหภูมิปกติ บอกรู้ตัวดี ไข้สูงมาก ไม่มีอาการปวดท้อง ไม่มีท้องแข็ง ไม่มีเลือดออกทางช่องคลอด บอกรู้สึกว่าลูกดิ้นน้อย อุณหภูมิร่างกาย 37.8 องศาเซลเซียส ค่าความดันโลหิต 97/53 มิลลิเมตรปรอท อัตราชีพจร 118 ครั้ง/นาที อัตราหายใจ 20 ครั้ง/นาที oxygen saturation 99% ได้รับสารน้ำ 0.9% NSS Loading 500 ml หลังจากนั้นให้สารน้ำ 5% DNSS/2 1,000 ml IV อัตรา 80 ml/hr ให้ยา Ceftriazone 2 gm IV drip ให้ดื่มน้ำ 500 มิลลิลิตร ได้รับการรักษา oxygen nasal cannula 3 ลิตร/นาที Keep oxygen saturation \geq 97% ให้นอนตะแคงซ้าย ตรวจ Fetal heart rate ด้วยเครื่อง NST พบอัตราการเต้นของหัวใจทารกอยู่ระหว่าง 156-164 bpm ตรวจพบเชื้อ Dengue : positive

แรกรับที่หอผู้ป่วยใน มีไข้ อุณหภูมิร่างกาย 38 องศาเซลเซียส ค่าความดันโลหิต 117/62 มิลลิเมตรปรอท อัตราชีพจร 116 ครั้ง/นาที อัตราหายใจ 20 ครั้ง/นาที รับประทานยา Paracetamol 500 มิลลิกรัม 1 เม็ด เวลา 12.11 นาฬิกา จัดการให้ผู้ป่วยเหลือคนไข้เซ็ดตัวลดไข้ให้ผู้ป่วย พบว่ายังมีไข้ระหว่าง 37.5 องศาเซลเซียส ถึง 38.7 องศาเซลเซียส ได้รับการรักษา oxygen nasal cannula 3 ลิตร/นาที Keep oxygen saturation \geq 97% ได้รับสารน้ำ 5% D NSS / 2 1,000 ml IV อัตรา 45 ml/hr, ให้ยา Ceftriazone 2 gm IV drip OD รับประทานอาหารได้น้อย เบื่ออาหาร ให้ดื่มน้ำ 500 มิลลิลิตร และให้ดื่มน้ำ 1,000 มิลลิลิตรใน 8 ชั่วโมงตามแผนการรักษา urine output = 2,300 มิลลิลิตร / 24 ชั่วโมง ให้ยา Antacid Susp. 1 ซ้อนโต๊ะ 3 เวลาหลังอาหารเช้า กลางวัน เย็น

21/09/66 ผู้ป่วยบอกรู้สึกว่าลูกดิ้น อัตราการเต้นของหัวใจทารก 160-170 ครั้ง/นาที ยังมีไข้ อุณหภูมิร่างกาย 38 - 38.4 องศาเซลเซียส ค่าความดันโลหิต 105/59 - 113/59 มิลลิเมตรปรอท อัตราชีพจร 100 - 108 ครั้ง/นาที อัตราหายใจ 20 ครั้ง/นาที ให้ดื่มน้ำ 300 มิลลิลิตร และให้ดื่มน้ำ 1,000 มิลลิลิตรใน 8 ชั่วโมงตามแผนการรักษา urine output = 2,000 มิลลิลิตร / 24 ชั่วโมง

22/09/66 ผู้ป่วยบอกรู้สึกว่าลูกดิ้น อัตราการเต้นของหัวใจทารก 145 - 158 ครั้ง/นาที ไม่มีไข้ อุณหภูมิร่างกาย 36.5 - 36.9 องศาเซลเซียส ค่าความดันโลหิต 89/52 - 91/52 มิลลิเมตรปรอท อัตราชีพจร 86/94 ครั้ง/นาที อัตราหายใจ 20 ครั้ง/นาที ปรับสารน้ำ 5% D NSS / 2 1,000 ml IV 100 ml/hr ให้ดื่มน้ำ 500 มิลลิลิตร หลังให้สารน้ำ 30 นาที ค่าความดันโลหิต 99/60 มิลลิเมตรปรอท อัตราชีพจร 88 ครั้ง/นาที สารน้ำและน้ำที่ร่างกายได้รับ 3,550 มิลลิลิตร / 24 ชั่วโมง urine output = 3,000 มิลลิลิตร / 24 ชั่วโมง

23/09/66 - 24/09/66 ผู้ป่วยบอกรู้สึกว่าลูกดิ้น อัตราการเต้นของหัวใจทารก 145-150 ครั้ง/นาที ไม่มีไข้ อุณหภูมิร่างกาย 36.5-36.9 องศาเซลเซียส ค่าความดันโลหิต 95/54-97/60 มิลลิเมตรปรอท อัตราชีพจร 78-92 ครั้ง/นาที อัตราหายใจ 20 ครั้ง/นาที รับประทานอาหารได้เพิ่มขึ้น สารน้ำและน้ำที่ร่างกายได้รับ 3,000 มิลลิลิตร / 24 ชั่วโมง urine output = 2,900 มิลลิลิตร / 24 ชั่วโมง นอนหลับพักผ่อนได้

25/09/66 – 26/09/66 ผู้ป่วยมีผื่นแดงคันตามร่างกาย ได้รับยาคลอเฟนิรามีน 1 เม็ด หลังรับประทานอาหารเช้า กลางวัน เย็น ทายา คาลาไมด์โลชั่น บริเวณผื่นคัน หลังทายาและรับประทานยา 2 ชั่วโมง ผู้ป่วยทุเลาอาการคัน นอนหลับพักผ่อนได้

27/09/66 ผู้ป่วยหน้าตาสดชื่น ไม่มีอาการปวดศีรษะ ไม่มีอาการปวดท้อง ไม่มีท้องแข็ง ไม่มีเลือดออกทางช่องคลอด บอก รู้สึกว่าลูกดิ้นดี อัตราการเต้นของหัวใจทารก 146 ครั้ง/นาที ไม่มีไข้ อุณหภูมิร่างกาย 36.6 องศาเซลเซียส ค่าความดันโลหิต 103/60 มิลลิเมตรปรอท อัตราชีพจร 70/86 ครั้ง/นาที อัตราหายใจ 20 ครั้ง/นาที นอนหลับพักผ่อนได้ รับประทานอาหารได้ ทุเลาอาการผื่นคัน แพทย์จึงอนุญาตให้กลับบ้านได้

การวางแผนการพยาบาล

แบ่งการพยาบาลเป็น 3 ระยะ คือ ระยะแรกเริ่ม ระยะดูแลต่อเนื่อง และระยะการวางแผนจำหน่าย

การพยาบาลระยะแรกเริ่ม

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 1 เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการติดเชื้อในกระแสเลือด

ข้อมูลสนับสนุน

S : ผู้ป่วยอ่อนเพลีย

O : ผู้ป่วย อุณหภูมิร่างกาย 38.4 องศาเซลเซียส อัตราชีพจร 125 ครั้ง/นาที ค่าความดันโลหิต 83/45 มิลลิเมตรปรอท ค่าความดันโลหิตเฉลี่ย 58 มิลลิเมตรปรอท อัตราการหายใจ 30 ครั้ง/นาที ค่า oxygen saturation 95 % , Blood lactate 1.4 mmol/L, WBC 11,050 cell/mm³ ผล Hemoculture positive พบเชื้อ Gram positive cocci in cluster : staphylococcus wneri ผล Urine culture พบเชื้อ streptococcus mitis / streptococcus oralis Gradity > 10⁴ CFU/ml

วัตถุประสงค์การพยาบาล : เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะช็อก ระดับความรู้สึกตัวปกติ

เกณฑ์การประเมินผล :

1. สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ ค่าความดันโลหิตเฉลี่ย ≥ 65 mmHg ค่าความดันโลหิต $\geq 90/60$ mmHg อัตราชีพจร 60-100 ครั้ง/นาที อุณหภูมิร่างกาย 36.5 - 37.4 องศาเซลเซียส อัตราการหายใจ 16-20 ครั้ง/นาที oxygen saturation $\geq 95\%$
2. ระดับความรู้สึกตัวปกติ ไม่มีอาการแสดงภาวะช็อก ได้แก่ การกระสับกระส่าย เหงื่อออก ตัวเย็น
3. ปัสสาวะออกมากกว่าหรือเท่ากับ 30 มิลลิลิตร/ชั่วโมง

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะ Septic shock เช่น ชีพจรเร็ว กระสับกระส่าย สับสน เหงื่อออกตัวเย็น หายใจเร็ว ชีพจรเบาเร็วและระดับความรู้สึกตัวของผู้ป่วยเปลี่ยนแปลง รายงานแพทย์เมื่อพบความผิดปกติ
2. ประเมินสัญญาณชีพตามเกณฑ์ SIRS , MEWS มากกว่าหรือเท่ากับ 4 รายงานแพทย์ทันที
3. เจาะเลือดเพาะเชื้อ Hemoculture 2 specimen 2 ขวดพร้อมกันจากแขน 2 ข้าง ดูแลการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ
4. ดูแลการได้รับ oxygen nasal cannula 3 ลิตร/นาที Keep oxygen saturation $\geq 97\%$ ตามแผนการรักษา เพื่อช่วยเพิ่มออกซิเจนให้เนื้อเยื่อได้อย่างเพียงพอ
5. ดูแลให้ได้รับสารน้ำตามแผนการรักษาอย่างเคร่งครัดทั้งชนิดและปริมาณ ได้แก่ 0.9% NSS 500 ml IV load และดูแลการได้รับสารน้ำ 5% D NSS / 2 1,000 ml IV 45 ml/hr
6. ดูแลให้ได้รับยาปฏิชีวนะ Ceftriazone 2 gm IV drip ภายใน 1 ชั่วโมง และติดตามเฝ้าระวังการแพ้ยา เช่น ผื่นขึ้น หน้าบวม คลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสีย เป็นต้น
7. ดูแลให้ผู้ป่วยได้ดื่มน้ำ 1,000 มิลลิลิตรภายใน 8 ชั่วโมงบันทึกสารน้ำเข้า-ออกทุก 1 ชั่วโมง ถ้าจำนวนปัสสาวะออกน้อยกว่า 30 มิลลิลิตร/ชั่วโมง รายงานแพทย์ทราบ และ บันทึกกรายงาน Fluid intake-output ทุก 8 ชั่วโมง และ 24 ชั่วโมง เพื่อประเมินผลการรักษา เฝ้าติดตามภาวะแทรกซ้อนจากไตวาย และน้ำเกิน
8. เฝ้าระวังภาวะ organ dysfunction ทุกกระบวน โดยติดตามอาการและอาการแสดงผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ
9. จัดให้ผู้ป่วยอยู่ในโซน Sepsis corner โดยมีอุปกรณ์ในการประเมินติดตามผู้ป่วย เช่น Patient's monitor, เครื่อง Oxygen Saturation, ยา และอุปกรณ์ช่วยชีวิตให้พร้อมใช้งานทันทีในภาวะฉุกเฉิน

การประเมินผล

1. ค่าความดันโลหิตเฉลี่ย 73-87 ค่าความดันโลหิต 100/60-120/70 มิลลิเมตรปรอท อัตราชีพจร 80-90 ครั้ง/นาที อุณหภูมิร่างกาย 36.5-37.3 องศาเซลเซียส อัตราการหายใจ 18-20 ครั้ง/นาที oxygen saturation 95-97% MEWS = 1
2. ระดับความรู้สึกตัวปกติ ไม่มีอาการแสดงของภาวะช็อก
3. ปัสสาวะออกมากกว่า 30 มิลลิลิตร/ชั่วโมง ปริมาณ 600-800 มิลลิลิตร/ชั่วโมง

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 2 เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงจากการติดเชื้อไวรัสเด็งกี

ข้อมูลสนับสนุน

S : อาการปวดศีรษะ อ่อนเพลีย เบื่ออาหาร

O : ใช้ อุณหภูมิ 38.7 องศาเซลเซียส ปริมาณเม็ดเลือดขาว น้อยกว่า 4,900 cells/mm³ ปริมาณเกล็ดเลือด น้อยกว่า 197,000/mm³ ค่า Hct 31.3 % ตรวจพบเชื้อไวรัสเด็งกีสายพันธุ์ที่ DEN1

วัตถุประสงค์การพยาบาล : เพื่อไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการติดเชื้อไวรัสเด็งกี

เกณฑ์การประเมินผล :

1. สัญญาณชีพของมารดาอยู่ในเกณฑ์ปกติ ค่าความดันโลหิตเฉลี่ย ≥ 65 mmHg ค่าความดันโลหิต $\geq 90/60$ mmHg อัตราชีพจร 60-100 ครั้ง/นาที อุณหภูมิร่างกาย 36.5 - 37.4 องศาเซลเซียส อัตราการหายใจ 16-20 ครั้ง/นาที oxygen saturation $\geq 95\%$
2. อาการทางคลินิกได้แก่อาการเลือดออกผิดปกติ การเปลี่ยนแปลงระดับความรู้สึกตัว อาการคลื่นไส้ อาเจียน อาการปวดท้อง อาการชัก และอาการผิดปกติอื่นๆ
3. ผู้ป่วยไม่มีภาวะขาดน้ำหรือ กลือแร่

กิจกรรมการพยาบาล

1. เช็คตัววัดไข้ให้ผู้ป่วย เชิญชวนให้ญาติดูการปฏิบัติเช็คตัววัดไข้ พร้อมอธิบาย สอน แนะนำญาติเพื่อให้สามารถปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง และดูแลการได้รับยาพาราเซตามอลตามแผนการรักษา
2. ดูแลการได้รับอาหาร กระตุ้นให้ผู้ป่วยดื่มน้ำให้เพียงพอตามแผนการรักษา เพื่อป้องกันการเกิดภาวะช็อก
3. ประเมินอาการที่แสดงว่าผู้ป่วยเข้าสู่ภาวะช็อก เช่น ปวดท้องมาก อาเจียน ซึมลง สับสน กระสับกระส่าย การเต้นของชีพจรเบาเร็ว มีเลือดออกผิดปกติจากทุกระบบของร่างกาย
4. ประเมินสัญญาณชีพ ได้แก่ อุณหภูมิ ชีพจร หายใจ และความดันโลหิต ทุก 4 ชั่วโมง และเฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลงอย่างใกล้ชิด
5. ให้คำแนะนำงดอาหารที่มีสีดําและสีแดงเพื่อให้ประเมินภาวะเลือดออกจากรูทางเดินอาหารได้ถูกต้อง
6. เฝ้าเลือดส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการตามแผนการรักษาเพื่อเฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลงของระดับเกล็ดเลือด และ ค่า Hct
7. ให้ความรู้ข้อมูลการเจ็บป่วย พุดคุยให้กำลังใจผู้ป่วยและครอบครัว

การประเมินผล

1. ค่าความดันโลหิตของมารดาเฉลี่ย 82/53-100/70 มิลลิเมตรปรอท ค่า Oxygen saturation 97-100% อัตราชีพจรมารดา 18-20 ครั้ง/นาที อุณหภูมิของร่างกาย 36.7-38.9 องศาเซลเซียส อัตราการหายใจ 20-22 ครั้ง/นาที วันที่ 22 กันยายน 2566 ไข้เริ่มลดลง พ้นระยะ critical phase ค่า WBC 4,300 cell/mm³, ค่าPit count 140,000 cell/mm³
2. ไม่มีภาวะขาดน้ำและกลือแร่ ปัสสาวะออกไม่น้อยกว่า 1 มิลลิลิตร/กิโลกรัม/ชั่วโมง ปัสสาวะออกโดยเฉลี่ย 2,000 มิลลิลิตร/24 ชั่วโมง

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 3 เสี่ยงต่อการสูญเสียบุตรในครรภ์ เนื่องจากมีภาวะแท้งคุกคาม

ข้อมูลสนับสนุน

S : ผู้ป่วยบอกรู้สึกเด็กดิ้นน้อยลง มีเลือดออกทางช่องคลอด

O : อัตราการเต้นของหัวใจทารก 164 ครั้ง/นาที ผลการตรวจอัลตราซาวด์ : SVF, หัวใจเด็กเต้น, Vertex presentation, GA 22 สัปดาห์ +6 วัน คัดคะเนน้ำหนักทารก 558 กรัม

วัตถุประสงค์การพยาบาล

1. เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินการตั้งครุภัณฑ์จนครบกำหนดคลอด
2. เพื่อให้ทารกในครรภ์ปลอดภัย

เกณฑ์การประเมินผล

1. สัญญาณชีพทารกปกติ ได้แก่ อัตราการเต้นของหัวใจทารกน้อยกว่า 160 ครั้ง/นาที หรือมากกว่า 110 ครั้งต่อนาที มีการเคลื่อนไหวของทารกในครรภ์ปกติ
2. ไม่มีอาการปวดท้องน้อย มีมูกเลือดหรือเลือดสดออกมาจากช่องคลอดออก

กิจกรรมการพยาบาล

1. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการพักผ่อนบนเตียง (Bed rest) เพื่อลดการหดตัวของมดลูก
2. แนะนำให้นอนตะแคงซ้ายเพื่อไม่ให้มดลูกกดทับเส้นเลือดดำทำให้เลือดไหลเวียนดีขึ้น ส่งผลต่อทารกในครรภ์ที่ได้รับสารอาหารและออกซิเจนเพิ่มขึ้น
3. ประเมินการหดตัวของมดลูกและเลือดที่ออกทางช่องคลอด อาการปวดท้องน้อย พร้อมทั้งสังเกตอาการเจ็บครรภ์
4. ประเมินสัญญาณชีพของทารก
5. แนะนำผู้ป่วยสังเกตอาการผิดปกติของตนเองและทารกในครรภ์ เมื่อพบอาการผิดปกติให้แจ้งพยาบาลทันที

การประเมินผล

1. สัญญาณชีพของทารก Fetal heart rate อยู่ระหว่าง 110 -166 ครั้ง/นาที
2. ผู้ป่วยไม่มีเลือดออกทางช่องคลอด ไม่มีอาการปวดท้อง รู้สึกเด็กดีขึ้น

การพยาบาลระยะการดูแลต่อเนื่อง

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 4 ผู้ป่วยวิตกกังวลต่อการเจ็บป่วยของตนเองและบุตรในครรภ์

ข้อมูลสนับสนุน

- S : ผู้ป่วยและญาติถามว่าลูกปลอดภัยหรือไม่ ไรซ์ไข่เลือดออก และการติดเชื้อในเลือดเป็นอย่างไรบ้าง จะอยู่โรงพยาบาลกี่วัน
- O : ผู้ป่วยและญาติมีสีหน้าไม่ยิ้มแย้ม สอบถามเกี่ยวกับอาการป่วย ว่าเป็นอะไรบ่อยครั้ง

วัตถุประสงค์ทางการพยาบาล : เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวลดความวิตกกังวล

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวล และมีหน้าสดขึ้นขึ้น
2. ผู้ป่วยและครอบครัวบอกวิธีการดูแลตนเองและการผ่อนคลายความวิตกกังวลได้

กิจกรรมทางการพยาบาล

1. อธิบายความรู้เกี่ยวกับภาวะแท้งคุกคาม เช่น สาเหตุ ผลกระทบ พยาธิสภาพ อาการและอาการแสดง แนวทางการรักษาพยาบาล
2. ให้กำลังใจและให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการแสดงความรู้สึก และรับฟังความวิตกกังวลของผู้ป่วย
3. เสริมพลังให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้ตระหนักถึงความสำคัญและความจำเป็นในการดูแลตนเอง เพื่อให้การตั้งครุภัณฑ์ครั้งนี้ดำเนินไปจนกระทั่งครบกำหนดคลอด

ประเมินผลการพยาบาล

ผู้ป่วยและครอบครัวคลายความวิตกกังวล มีสีหน้าสดขึ้นขึ้น

การพยาบาลระยะวางแผนจำหน่าย

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 5 เสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำเนื่องจากขาดความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน

ข้อมูลสนับสนุน

- S : ผู้ป่วยและญาติสอบถามเรื่องการปฏิบัติตัวเมื่อไปอยู่บ้าน
- O : ผู้ป่วยและญาติมีสีหน้าวิตกกังวล

วัตถุประสงค์การพยาบาล

1. เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติ เข้าใจ และมั่นใจในการปฏิบัติตัว
2. ผู้ป่วยไม่เกิดการแท้งคุกคามซ้ำ
3. การมารับยา Cef3 2 gm IV drip OD ต่อเนื่องจนครบกำหนด 14 วัน

เกณฑ์การประเมิน

ผู้ป่วยและครอบครัวเข้าใจ สามารถตอบวิธีการปฏิบัติตัว ในการป้องกันการแท้งบุตร และสามารถปฏิบัติตัวตามคำแนะนำของพยาบาลเมื่อกลับไปอยู่บ้านได้ถูกต้องเพื่อป้องกันการเกิดแท้งคุกคามซ้ำ

กิจกรรมการพยาบาล (D-METHOD)¹¹

1. ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้านแก่ผู้ป่วยและครอบครัว ได้แก่
 - 1.1 การรับบริการที่คลินิกฝากครรภ์ตามนัดทุกครั้ง และอาการผิดปกติที่ต้องรีบมาพบแพทย์ (การสังเกตปริมาณเลือดที่ออกทางช่องคลอด การหดตัวของมดลูก อาการปวดท้องน้อย การนับจำนวนทารกดิ้นทุกวันลดลง)
 - 1.2 การพักผ่อน ควรนอนหลับพักผ่อนอย่างน้อย 8 ชั่วโมงในตอนกลางคืน และ 2-3 ชั่วโมงในตอนกลางวัน
 - 1.3 ควรงดการมีเพศสัมพันธ์ เนื่องจากการกระตุ้นบริเวณหัวนมหรืออวัยวะเพศจะกระตุ้นการหลั่งสารออกซิโทซิน ทำให้มดลูกมีการหดตัว และสารProstaglandin ในน้ำอสุจิ จะกระตุ้นให้เกิดการหดตัวของมดลูก ทำให้ปากมดลูกนุ่มเกิดการถ่างขยายของปากมดลูกได้
 - 1.4 การทำความสะอาดร่างกายและอวัยวะสืบพันธุ์ภายนอก โดยทำความสะอาดด้านหน้าให้สะอาดก่อน จึงทำความสะอาดด้านหลังและซับให้แห้งและไม่ควรกลั้นปัสสาวะ เพื่อป้องกันการติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะ พร้อมทั้งสังเกตอาการตกขาว หากมีอาการตกขาวผิดปกติ เช่น มีอาการแสบคัน มีกลิ่นเหม็น มีสีผิดปกติ ควรรีบมาพบแพทย์ทันที
 - 1.5 งดการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ หรือสารเสพติดอื่นๆ รวมถึงการรับประทานทุเรียนทั้งภายในบ้าน ที่ทำงาน และแหล่งชุมชน พร้อมทั้งอธิบายให้บุคคลในครอบครัวตระหนักถึงความสำคัญและอันตรายหากสตรีตั้งครรภ์ได้รับควันทุเรียน
 - 1.6 การรับประทานอาหารและน้ำอย่างพอเพียงและเหมาะสม การรับประทานยาบำรุงเลือดตามแผนการการรักษาและส่งเสริมสุขภาพ
 - 1.7 หลีกเลี่ยงสิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียดเนื่องจากภาวะเครียดจะทำให้เกิดการหลั่งสาร Catecholamine ทำให้เลือดไปเลี้ยงมดลูกลดลง และทำให้เกิดสารProstaglandin หลั่งออกมาซึ่งทำให้กระตุ้นมดลูกหดตัว
2. อธิบายเรื่องความสำคัญการมารับยาปฏิชีวนะ Ceftriazone 2 gm IV drip จนครบวันที่กำหนด เพื่อรักษาการติดเชื้อแบคทีเรียในกระแสเลือด
3. อธิบายเรื่องโรคไขเลือดออกและความสำคัญของการป้องกันไม่ให้ถูกยุงที่มีเชื้อไขเลือดออกกัด ทำให้เกิดการติดเชื้อไวรัสเด็งกีซ้

การประเมินผลการพยาบาล

1. ผู้ป่วยและญาติ เข้าใจ สามารถตอบวิธีการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้านได้ถูกต้อง
2. ผู้ป่วยรับยาปฏิชีวนะ Ceftriazone 2 gm IV drip ครบจำนวน 14 วัน
3. ผู้ป่วยมารับบริการคลินิกฝากครรภ์ตามวันนัด 18 ตุลาคม 2566 ระยะการตั้งครรภ์ 26 สัปดาห์ 2 วัน อาการทั่วไปไม่มีอาการเวียนศีรษะ ลูกดิ้นดี มีตกขาวขุ่นคันเป็น 2 วัน/สัปดาห์ ยังมีความกังวลเกี่ยวกับการตั้งครรภ์เล็กน้อย น้ำหนัก 56 กิโลกรัม ค่าความดันโลหิต 102/79 มิลลิเมตรปรอท อัตราชีพจร 100 ครั้ง/นาที อุณหภูมิร่างกาย 36.5 องศาเซลเซียส อัตราการหายใจ 18-20 ครั้ง/นาที ระดับมดลูก 23 เซนติเมตรวัดจากหัวเหน่า อัตราการเต้นของหัวใจเด็ก 148 ครั้ง/นาที

สรุปกรณีศึกษา

หญิงไทย อายุ 22 ปี สัญชาติไทย อาศัยอยู่ในพื้นที่สูง อาชีพเกษตรกรกรรม ตั้งครรภ์ 22 สัปดาห์ ครรภ์ที่ 4 บุตรมีชีวิต 2 คน แท้ง 1 ครั้ง วันที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล 20 กันยายน 2566 ด้วยอาการ 1 วัน ก่อนมาโรงพยาบาล ให้ประวัติมีเพศสัมพันธ์ หลังจากนั้นมึนงงเลือดออกทางช่องคลอด มีปวดท้องเล็กน้อย ร่วมกับปวดศีรษะ มีไข้ อ่อนเพลีย จึงมาโรงพยาบาล การวินิจฉัยโรค Threatened Abortion with Dengue infection with Septicemia ในระหว่างนอนอยู่โรงพยาบาล วางแผนการดูแลเป็น 3 ระยะ คือ ระยะแรกเริ่ม ระยะการดูแลต่อเนื่อง และระยะวางแผนจำหน่าย โดยในแต่ละระยะผู้ป่วย ได้รับการดูแลรักษาและให้การพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพตามมาตรฐานครอบคลุมแบบองค์รวม ปัญหาต่างๆ ได้รับการแก้ไขและเฝ้าระวังระยะวิกฤต ไม่มีภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ หญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ปลอดภัยจากภาวะแท้ง ปลอดภัยจากภาวะช็อกจากการติดเชื้อไวรัสเดงกี และปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนการติดเชื้อในกระแสเลือด สามารถจำหน่ายหญิงตั้งครรภ์กลับบ้าน ติดตามการรับยาปฏิบัติตนจนครบวันตามแผนการรักษา และดำเนินการตั้งครรภ์ต่อไปได้ รวมระยะเวลาการรักษาในโรงพยาบาล 7 วัน

วิจารณ์

กรณีศึกษารายนี้เป็นหญิงตั้งครรภ์ อาศัยบนพื้นที่สูงเป็นชาวเขาเผ่าม้ง มีความเชื่อนับถือผีตามบรรพบุรุษ อาชีพเกษตรกรกรรม ระหว่างตั้งครรภ์ทำงานหนักตลอด ยังขาดความรู้เรื่องการดูแลตนเองระหว่างการตั้งครรภ์ การมีเพศสัมพันธ์ระหว่างตั้งครรภ์อย่างปลอดภัย ขาดความรู้และการป้องกันโรคไข้เลือดออก ขาดความรู้เรื่องการติดเชื้อระบบสืบสวนและอวัยวะสืบพันธุ์ ทำให้เกิดการติดเชื้อในกระแสเลือด ซึ่งเป็นภาวะวิกฤต อันตรายอาจถึงแก่ชีวิตทั้งหญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์

ข้อเสนอแนะ

1. ระบบบริการทางการแพทย์ มีความสำคัญตั้งแต่การบริการฝากครรภ์คุณภาพ หญิงตั้งครรภ์และครอบครัวมีความรู้สามารถดูแลตนเองและอาการสำคัญที่ควรมาพบแพทย์ทันที
2. ระบบบริการพยาบาลคัดกรองผู้ป่วยที่ครอบคลุม การประเมินอาการการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย เพราะพยาบาลเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมง การประเมินที่รวดเร็วและให้การช่วยเหลืออย่างถูกต้อง ทันทีตามที่ตามแผนการรักษา กรณีศึกษาซึ่งช่วยให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะวิกฤต
3. การให้การพยาบาลแบบองค์รวมตลอดระยะเวลาการดูแลผู้ป่วย การให้ความรู้ผู้ป่วยและครอบครัวเพื่อเตรียมความพร้อมในการดูแลต่อเนื่องที่บ้านช่วยให้หญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ดำเนินการตั้งครรภ์จนครบกำหนดคลอด ดังนั้นพยาบาลจึงควรมีการเพิ่มพูนความรู้ทักษะและจัดทำแนวทางในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะวิกฤต

สรุป

กรณีศึกษาภาวะแท้งคุกคามในหญิงตั้งครรภ์ ที่เกิดการติดเชื้อไวรัสเดงกีและการติดเชื้อแบคทีเรียในกระแสเลือดร่วมด้วย ซึ่งพบได้ไม่บ่อยแต่มีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตหากไม่ได้เข้ารับการรักษาทันเวลา ด้วยกระบวนการพยาบาล 5 ขั้นตอน การดูแลแบบองค์รวมได้ช่วยให้หญิงตั้งครรภ์ ปลอดภัยทั้งหญิงตั้งครรภ์ ทารกในครรภ์ หญิงตั้งครรภ์และครอบครัวคลายความวิตกกังวล ตลอดจนมีความรู้การปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง เหมาะสมเมื่อกลับไปอยู่บ้าน

เอกสารอ้างอิง

1. ขวัญภรณ์ วัฒนวิไล. การพยาบาลสตรีที่มีภาวะฉุกเฉินในระยะตั้งครรภ์และคลอด. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2558.
2. ถวัลย์วงศ์ รัตนศิริ. สูติศาสตร์ฉุกเฉิน. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: คณะอนุกรรมการแม่และเด็กชุดที่ 11 ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย; 2555.
3. พิมพ์พรรณ ดิวิวัฒน์. คู่มือการฝากครรภ์สำหรับบุคลากรสาธารณสุข. นนทบุรี : สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข; 2565.



4. วิภา ธานีชาติเวช. แนวทางการวินิจฉัยดูแลรักษาผู้ป่วยไข้เลือดออก (ฉบับย่อ) พ.ศ.2566. นนทบุรี : กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข; 2566.
5. ศิริเพ็ญ กัลป์ยานุจร. แนวทางการวินิจฉัยและรักษาโรคไข้เลือดออกเดงกีฉบับเฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษามหาราชินี. พิมพ์ครั้งที่ 2. นนทบุรี : สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข; 2556.
6. คณะแพทยศิริราชพยาบาล มหาลัยมหิดล. คู่มือแนวทางการรักษาผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่มีภาวะ severe sepsis/septic shock. [Online]. [เข้าถึงเมื่อ 23 กันยายน 2566]. เข้าถึงได้จาก :
<https://www2.si.mahidol.ac.th/km/knowledgeassets/sirirajknowledge/sepsis/3545/>
7. Rhodes A, Evans LE, Alhazzani W, Levy MM, Antonelli M, Ferrer R, et al. Surviving sepsis campaign: international guideline for management of sepsis and septic shock: 2016. Intensive Care Med. 2017;43Z3X:304-77.
8. Dellinger RP, Levy MM, Rhodes A, Annane D, Gerlach H, Opal SM, et al. Surviving sepsis campaign: international guidelines for the management of severe sepsis and septic shock: 2012. Crit Care Med. 2013;41(2): 580-637.
9. Beth MM, Elizabeth B. Managing sepsis and septic shock : Current guidelines and definitions. AJN. 2018;(2): 34-9.
10. โรงพยาบาลโกสุมพินคร. รายงานข้อมูลสถิติผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด จำนวนหญิงตั้งครรภ์และรายงานการแท้ง รายงานผู้ป่วยไข้เลือดออก ระหว่าง พ.ศ. 2564-2566. กำแพงเพชร: โรงพยาบาล; 2566.
11. ศิริพร และคณะ. การวางแผนจำหน่าย [Discharge Plan]. [online]. [เข้าถึงเมื่อ 5 กันยายน 2566] : เข้าถึงได้จาก :
<https://www.gotoknow.org/posts/54816>



Nursing care of Schizophrenia patients with substances abuse : A case study

Adisak Kamphaengjinda, B.N.S*

Abstract

Introduction : Schizophrenia is a psychiatric disorder characterized by abnormal thoughts and perceptions, resulting in abnormal behavior in patients. Therefore, when schizophrenia patients take addictive substances, it results in a very severe disease progression. The clinical nursing practice guideline let's plan comprehensive nursing care from the emergency period, continuing care period, rehabilitation period, including discharge planning and care for patients when they return to live with their families. It will help keep patients safer and healthier.

Objectives : To guide for Nursing care of Schizophrenia patients use substance abuse

Case study : Male patient, 28 years old, admitted for treatment with symptoms for 1 day: restlessness, sweating, confused speech, decreased level of consciousness. 3 days ago, not eating, paranoid, fear, auditory hallucination, talking alone. 5 days ago, drinking alcohol with smoking methamphetamine. 10 months, the patient missed treatment because the father is an opinion that the patient was healthy. Today, father and relatives helped bring the patient to Kamphaeng phet hospital. First received at the emergency room department. The patient had symptoms of sweating on the face and body, confused speech. Assessment for alcohol withdrawal score 21 found a high risk. The doctor diagnosed Paranoid Schizophrenia with alcohol withdrawal. Consider being admitted to the hospital in the psychiatric ward. Take care to receive anti-schizophrenia medication and medicines to treat withdrawal symptoms from alcohol and substances together with limiting the patient's behavior according to the treatment. The nursing plan given includes: 1. Risk of accidents due to seizures after stopping drinking alcohol. 2. Risk of harm to yourself and others due to being unable to control your own behavior. 3. Risk of adverse reactions from taking medications to treat schizophrenia. 4. Risk of malnutrition, water and electrolytes. 5. Risk of repeat substances addiction due to lack of knowledge correct understanding of addictive substances. 6. The family is concerned about caring for the patient when they return home. After 4 days of treatment, the patient had good physical symptoms. There were no recurrent seizures. There are no withdrawal symptoms and side effects from taking schizophrenia medications. Able to take care of their own daily routine. Therefore, a plan was made with the family to continue caring for the patient at home. Regarding taking medicine according to the treatment plan continuously. Plan outpatient department substance abuse treatment. Total length of stay in hospital 10 days.

Conclusions : Schizophrenia patient has a habit of using substance, methamphetamine, and drinking alcohol. This caused his mental symptoms worsened, but with proper and timely treatment, nursing care in addition, educating patients and families in helping care fore patients can keep patients safe from life-threatening conditions. Coupled with stopping addictive substances, various mental symptoms subsided. Able to return to living a normal, happy life in family and society.

Keywords : Nursing care for schizophrenia patients, Addictive substances

*Registered nurse, professional Level, Kamphaeng Phet Hospital

การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่เสพยาเสพติด : กรณีศึกษา

อดิศักดิ์ กำแพงจินดา, พย.บ.*

บทคัดย่อ

บทนำ : โรคจิตเภท (schizophrenia) เป็นโรคทางจิตเวชที่มีความผิดปกติของความคิด และการรับรู้ ส่งผลให้ผู้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่ผิดปกติ ฉะนั้น การที่ผู้ป่วยจิตเภทเสพยาเสพติดจึงส่งผลให้การดำเนินโรครุนแรงมากขึ้น การนำความรู้ทฤษฎีทางการพยาบาล มาวางแผนการพยาบาลอย่างครอบคลุม ตั้งแต่ระยะฉุกเฉิน ระยะดูแลต่อเนื่อง ระยะฟื้นฟู รวมถึงการวางแผนการจำหน่ายดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับไปอยู่กับครอบครัว จะช่วยให้ผู้ป่วยปลอดภัยและสุขภาพดีขึ้นได้

วัตถุประสงค์ : เพื่อเป็นแนวทางในการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่เสพยาเสพติด

กรณีศึกษา : ผู้ป่วยเพศชาย อายุ 28 ปี เข้ารับการรักษาด้วยอาการ 1 วัน กระสับกระส่าย เหงื่อออก พุดสับสน ระดับความรู้สึกตัวซึมลง 3 วันก่อน ไม่ทานอาหาร นอนไม่หลับ มีอาการหวาดระแวงกลัว หูแว่ว พุดคุยคนเดียว 5 วันก่อน ตื่นสุรา ร่วมกับเสพยาบ้า 10 เดือนผู้ป่วยขาดการรักษาเนื่องจากบิดาเห็นว่าผู้ป่วยอาการสงบ วันนั้นบิดาและญาติช่วยกันนำผู้ป่วยส่งโรงพยาบาล แกร็บที่แผนกห้องฉุกเฉิน ผู้ป่วยมีอาการเหงื่อออกชุ่มใบหน้าและลำตัว พุดสับสน ประเมินภาวะขาดสุรา (AWS ได้ 21 คะแนน) พบความเสี่ยงสูง แพทย์วินิจฉัย Paranoid Schizophrenia with Alcohol withdrawal seizure พิจารณาให้นอนโรงพยาบาลหอผู้ป่วยในจิตเวช ดูแลให้ได้รับยาต้านโรคจิตเภท และยาต้านอาการขาดสุราและสารเสพติด ร่วมกับการจำกัดพฤติกรรมผู้ป่วยตามแผนการรักษา ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ให้ ได้แก่ 1. เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุเนื่องจากเกิดภาวะชักหลังหยุดดื่มสุรา 2. เสี่ยงต่อการเกิดอันตรายแก่ตนเองและผู้อื่นเนื่องจากควบคุมพฤติกรรมตนเองไม่ได้ 3. เสี่ยงต่อการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยารักษาอาการทางจิตเภท 4. เสี่ยงต่อการขาดสารอาหาร น้ำ และอิเล็กโทรไลต์ 5. เสี่ยงต่อการติดสารเสพติดซ้ำเนื่องจากขาดความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับสารเสพติด 6. ครอบครัวมีความกังวลเรื่องการดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับไปอยู่บ้าน หลังเข้ารับการรักษา 4 วัน ผู้ป่วยมีอาการทางร่างกายแข็งแรง ไม่มีอาการชักเกร็งซ้ำ ไม่มีอาการถอนยาเสพติดและผลข้างเคียงจากการใช้ยารักษาโรคจิตเภท สามารถดูแลกิจวัตรประจำวันของตนเองได้ จึงได้ทำการวางแผนร่วมกับครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยต่อที่บ้าน เรื่องการรับประทานยาตามแผนการรักษาอย่างต่อเนื่อง วางแผนการบำบัดสารเสพติดแบบผู้ป่วยนอก รวมระยะเวลาอยู่โรงพยาบาลทั้งสิ้น 10 วัน

สรุปกรณีศึกษา : ผู้ป่วยโรคจิตเภท มีพฤติกรรมเสพยาเสพติด ยาบ้า และดื่มสุรา ทำให้อาการทางจิตกำเริบ แต่ด้วยการบำบัด รักษา การให้การพยาบาลอย่างถูกต้องและทันที่ อีกทั้งการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและครอบครัวในการช่วยดูแลผู้ป่วย สามารถทำให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะคุกคามชีวิต ประกอบกับการหยุดสารเสพติดอาการทางจิตต่างๆจึงสงบลงสามารถที่จะกลับไปดำเนินชีวิตในครอบครัวและสังคมได้อย่างปกติสุข

คำสำคัญ : การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท สารเสพติด

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลกำแพงเพชร

บทนำ

โรคจิตเภท (schizophrenia) คือ กลุ่มอาการของโรคที่มีความผิดปกติของความคิดและการรับรู้ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความคิด การรับรู้ อารมณ์ การเคลื่อนไหว และพฤติกรรมที่ผิดปกติ การวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภท ตามเกณฑ์การวินิจฉัยของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน ฉบับที่ 5 (DSM – 5 : Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders 5)¹ จะต้องมีอาการต่อไปนี้ อย่างน้อย 2 อาการ ในช่วงเวลา 1 เดือน และต้องมีอาการในข้อ 1 - 3 อย่างน้อย 1 อาการ ได้แก่ 1. อาการหลงผิด 2. อาการประสาทหลอน 3. การพูดอย่างไม่มีระเบียบแบบแผน การพูดไม่สัมพันธ์กัน 4. พฤติกรรมที่ไม่มีระเบียบแบบแผน พฤติกรรมที่ผิดแปลกไปจากคนในสังคมหรือธรรมเนียมปฏิบัติหรือพฤติกรรมเคลื่อนไหวมากเกินไป น้อยเกินไป หรือแปลกประหลาด (catatonic behavior) 5. อาการด้านลบ เช่น สีหน้าที่อเฉยเฉย แยกตัวจากคนอื่น โดยที่มีช่วงมีอาการดังกล่าวอย่างน้อย 1 เดือน และมีอาการต่อเนื่องนานอย่างน้อย 6 เดือน ไม่มีอาการที่เข้ากับโรคจิตเวชอื่น หรือเป็นผลมาจากการใช้สารเสพติด และส่งผลกระทบต่อความสามารถในการดำเนินชีวิตอย่างน้อย 1 ด้าน เช่น ด้านการทำงาน การมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น หรือการดูแลตนเอง ความชุกของโรคจิตเภททั่วโลกพบประมาณร้อยละ 1³ ปัจจัยสาเหตุของการเกิดโรคจิตเภทสามารถแบ่งออกเป็นสองส่วน ได้แก่ ปัจจัยที่ป้องกันไม่ได้ ได้แก่ พันธุกรรม การมีพยาธิสภาพของสมอง การมียีนที่ผิดปกติต่างๆ เช่น ยีนของระบบการสื่อประสาท ยีนของระบบภูมิคุ้มกัน รวมทั้งภาวะผิดปกติช่วงอยู่ในครรภ์ เช่น มารดามีการติดเชื้อในขณะตั้งครรภ์ มีภาวะทุพโภชนาการ และส่วนที่ป้องกันได้ ได้แก่ การใช้สารเสพติดในช่วงวัยรุ่น เช่น ยาไอซ์ ยาบ้า และกัญชา หรืออาจเป็นผลมาจากช่วงเวลายากลำบากในวัยเด็ก เช่น การพรากจากพ่อแม่ การถูกทำร้าย การได้รับความกระทบกระเทือนทางจิตใจ ตลอดจนความเครียดจากสังคม และสิ่งแวดล้อม เช่น การถูกแบ่งแยกก็ดกัน การอพยพย้ายถิ่นฐาน เศรษฐกิจที่ยากจนมาก เป็นต้น จากสถิติกรมสุขภาพจิต เขตสุขภาพที่ 3 พบว่าผู้ป่วยโรคจิตเภท ปี พ.ศ. 2564 - 2566 มีจำนวน 20,062, 19,865, 19,878 รายตามลำดับ โรคที่เป็นสาเหตุการป่วยของผู้ป่วยในจิตเวช 2 อันดับแรก คือ ความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรมที่เกิดจากการใช้สารออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท ปี พ.ศ.2564 - 2566 มีจำนวน 5,452, 4,808, 5,466 รายตามลำดับ รองลงมา คือ เสพสุรา ปีพ.ศ. 2564 - 2566 มีจำนวน 4,449, 3,839, 3,921 รายตามลำดับ⁴

ผู้ป่วยจิตเภทที่เสพยาเสพติด นับเป็นภาวะเร่งด่วนที่อาจก่อให้เกิดอันตรายต่อตนเอง ผู้อื่น และทรัพย์สิน จำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลืออย่างเร่งด่วนทันที⁵ การพยาบาลควรใช้กระบวนการพยาบาลเริ่มตั้งแต่ การประเมินอาการและอาการเปลี่ยนแปลง การรวบรวมข้อมูลจากการพูดคุยกับผู้ป่วยและญาติ การวินิจฉัย การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผล โดยใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีทางการพยาบาลของเพปเปลว (Interpersonal Nursing Theory of Hildgard Peplau) ซึ่งเป็นทฤษฎีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล เป้าหมายของการพยาบาลเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความตระหนักได้เข้าใจปัญหา ยอมรับตนเอง และสามารถตั้งศักยภาพออกมาใช้ในการแก้ปัญหา ปรับตัวได้อย่างเหมาะสม⁶

หน่วยงานจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลกำแพงเพชร มีผู้ป่วยจิตเภทที่เข้ารับบริการในปี พ.ศ. 2564 - 2566 ทั้งหมด 654, 617, 614 รายตามลำดับ เป็นผู้ป่วยจิตเภทที่เสพยาเสพติดทั้งหมด 159, 175, 147 รายตามลำดับ คิดเป็นร้อยละ 24.31, 28.36, 23.94⁷ จะเห็นได้ว่าตลอดระยะเวลา 3 ปีที่ผ่านมา ผู้ป่วยกลุ่มนี้ไม่ลดจำนวนลงเลย และมีการดำเนินโรคที่แย่งลง ส่งผลให้เกิดปัญหาในหลาย ๆ อย่าง ไม่ว่าจะเป็นเรื่องการก่อความรุนแรงในครอบครัว การปฏิเสธอาการป่วยทำให้ขาดการรักษา ซึ่งเป็นผลเสียต่อตัวผู้ป่วย ครอบครัว รวมถึงทรัพยากรต่าง ๆ อีกมากมาย การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่เสพยาเสพติด

กรณีศึกษา

ข้อมูลทั่วไป

ผู้ป่วยชายไทย อายุ 28 ปี สัญชาติ ไทย นับถือศาสนาพุทธ

อาการสำคัญ

กระสับกระส่าย เหงื่อออก พูดสับสน ซึมลง เป็นมา 1 วันก่อนมาโรงพยาบาล

ประวัติเจ็บป่วยปัจจุบัน

2 ปี เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพี่นางเธอและโรงพยาบาลบางปะอินเพราะทำงานอยู่ที่จังหวัดอยุธยา ด้วยอาการนอนไม่หลับ หงุดหงิด หูแว่วได้ยินเสียงคนจะมาทำร้าย เห็นภาพหลอนเห็นคนจะมาทำร้าย หวาดระแวงกลัวว่าจะถูกทำร้าย ได้รับการวินิจฉัยโรค Paranoid schizophrenia

10 เดือน ไม่รับประทานยาและมีพฤติกรรม ดื่มสุรา เสพยาบ้า ขณะที่เสพสารเสพติดอาการผิดปกติทางจิตจะรุนแรงมากขึ้น พฤติกรรมเปลี่ยนแปลง ไม่เข้าสังคม ไม่สามารถทำงานได้

5 วัน ดื่มสุรา ร่วมกับเสพยาบ้า

3 วัน ไม่ทานอาหาร นอนไม่หลับ หวาดระแวงกลัว หูแว่ว พูดคุยคนเดียว

ประวัติเจ็บป่วยในอดีต

ปฏิเสธประวัติรักษาโรคเรื้อรัง/โรคติดต่อ ปฏิเสธการได้รับอุบัติเหตุหรือบาดเจ็บทางศีรษะ ปฏิเสธการผ่าตัด

ประวัติเจ็บป่วยในครอบครัว

สมาชิกในครอบครัวสุขภาพแข็งแรง ไม่พบโรคประจำตัว

ประวัติการแพ้ยาและอาหาร

ไม่มีประวัติแพ้ยาและอาหาร

การวินิจฉัย : Paranoid Schizophrenia and Alcohol withdrawal syndrome

การประเมินสภาพร่างกายตามระบบ

รูปร่างทั่วไป : รูปร่างผอม น้ำหนัก 56 กิโลกรัม ส่วนสูง 160 เซนติเมตร ดัชนีมวลกาย 21.875 kg/m²

สัญญาณชีพ : ความดันโลหิต 136/81 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 97 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที

อุณหภูมิร่างกาย 36.6 องศาเซลเซียส

ระบบประสาท : ผู้ป่วยนอนซึม เหม่อลอย พูดได้แต่ถามตอบไม่ตรงคำถาม Glasgow Coma Scale E1M5V1 pupil 3 mms

RTLBE

ผิวหนัง : ผิวสีแทนผิวหนังขึ้นมีเหื่อบริเวณใบหน้าและหน้าอก เล็บมือมีขี้ผึ้งน้ำตาที่นิ้วชี้ และนิ้วหัวแม่มือมีขี้ขามา ไม่มีบาดแผล

ศีรษะและใบหน้า : ผมสีดำ ตัดผมสั้นทรงทรง ตาทั้งสองข้างสมมาตร ใบหู จมูก ลักษณะภายนอกปกติ

ทรวงอกและทางเดินหายใจ : ทรวงอกรูปร่างปกติลักษณะสมมาตร การเคลื่อนไหวของทรวงอกสัมพันธ์กับการหายใจเข้า - ออก อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที

หัวใจและหลอดเลือด : การเต้นของหัวใจสม่ำเสมอ อัตราการเต้น 97 ครั้ง/นาที

ช่องท้องและทางเดินอาหาร : หน้าท้องสมมาตร ตับและม้ามไม่โต ต่อมไทรอยด์ที่ขาทั้งสองข้างไม่โต

กล้ามเนื้อและกระดูก : โครงสร้างร่างกายปกติ ไม่มีการโค้งงอของกระดูกสันหลัง และแขนขา Motor power grade 3

การขยับถ่ายปัสสาวะ อุจจาระ : ปกติ ไม่มีปัสสาวะแสบขัด

ระบบสืบพันธุ์ : อวัยวะสืบพันธุ์ภายนอกปกติ

การตรวจสุขภาพจิต : MENTAL STATUS EXAMINATION วันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ.2566

Speech : Confused speech พูดสับสน

Affective and Mood : Irritable mood and affect สีหน้าไม่สดชื่น หงุดหงิด กังวล

Thought (ความคิด) : Confused Thoughts

Perception (การรับรู้) : มีหูแว่วเป็นเสียงคนพูดคุย พูดคุยคนเดียว หวาดระแวงกลัวถูกทำร้าย

Orientation : confused to time place person (ไม่รับรู้วัน เวลา สถานที่ บุคคล)

Memory : Remote memory / Recent memory / Recall memory Abnormal

Attention & concentration : ไม่สามารถลบเลข จาก 100 -7 ไปเรื่อยๆได้ถูกต้อง

General Knowledge and abstract thinking : บอกชื่อนายกรัฐมนตรีคนปัจจุบันไม่ได้

คำถามเปรียบเทียบความต่าง สรุป : ผู้ป่วยไม่สามารถตอบได้

คำถามเปรียบเทียบความเหมือน สรุป : ผู้ป่วยไม่สามารถตอบได้

อธิบายสุภาษิตคำพังเพย สรุป : ผู้ป่วยไม่สามารถตอบได้

Judgement (การตัดสินใจ) จากสถานการณ์ สรุป : ผู้ป่วยไม่สามารถตอบได้

Insight : ผู้ป่วยไม่สามารถตอบได้

ประเมินภาวะขาดสาร **Alcohol withdrawal syndrome (AWS)** ได้ภาวะเสี่ยงสูง 21 คะแนน

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

ตรวจ Urine cannabinoids and methamphetamine ผล negative

Complete blood count และผลการตรวจ Biochemistry มีค่าอยู่ในเกณฑ์ปกติ

สรุป การดำเนินโรคขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

วันที่ 1 ตุลาคม 2566 เวลา 18:19 น. เข้ารับการรักษา ณ หอผู้ป่วยรักษาจิตต์ แกร็บผู้ป่วยนอนตื่นกระสับกระส่าย เหงื่อออกบริเวณใบหน้าและหน้าอก มือสั่น พุดสับสน ถามตอบไม่ตรงคำถาม จึงชี้แจงให้บิดาผู้ป่วยทราบถึงขั้นตอนและวิธีการดูแลรักษา เพื่อความปลอดภัยและป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ พิจารณาจำกัดพฤติกรรม ด้วยการผูกมัดยึดตรึง กระทั่งเวลา 20:14 น. ผู้ป่วยมีอาการชักเกร็งกระตุก นาน 2 นาที ผู้ป่วยได้รับยา Diazepam 10mg IV stat หลังฉีดยาผู้ป่วยหยุดชักเกร็ง ประเมินระดับความรู้สึกตัว E2V4M5 ตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ที่ 80 mg% ติดต่อบ่งชี้ผู้ป่วยเข้ารับการรักษา CT Brain NC Emergency เพื่อหาสาเหตุของอาการชักเกร็ง ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยา Vitamin B1 INJ 100 mg/ml 200 mg + NSS 100 ml IV drip in 30 mins q 8 hr. และดูแลให้ได้รับยา Lorazepam 2mg 2 tab po q 2hr (skip dose if deep sleep หลับกรน) ตามแผนการรักษา บิดาให้ข้อมูลเพิ่มเติม ผู้ป่วยมีประวัติชัก ทั้งตอนดื่มสุราและหยุดดื่มสุรา

วันที่ 2 ตุลาคม 2566 ผู้ป่วยนอนซึม มือสั่น สับสนเรื่องสถานที่และเวลา หูแว่วได้ยินเสียงคนเดินไปมาทั้งวัน จึงยังจำกัดพฤติกรรมด้วยการผูกมัดผู้ป่วยไว้กับเตียง ตรวจวัดสัญญาณชีพทุก 2 ชั่วโมง ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับสารน้ำและยา Vitamin B1 ทางหลอดเลือดดำ ให้ทานยา Lorazepam 2mg 2 tab ทุก 2 ชั่วโมง เว้นเมื่อผู้ป่วยนอนหลับ เฝ้าสังเกตอาการชักซ้ำ

วันที่ 3 ตุลาคม 2566 ผู้ป่วยไม่มีชักซ้ำ รู้สึกตัวตื่นดีพูดคุยถามตอบตรงคำถาม ไม่มีอาการมือสั่น ไม่มีอาการเหงื่อออก มีอาการหูแว่วได้ยินเสียงคนมาคุยด้วย เสียงคนเดินไปมา ดูแลให้ได้รับยา Lorazepam 2mg 2 tab po q 4 hr. skip dose if sleep/ Risperidone 2mg 1 tab po pc เข้า hs/ Trihexyphenidyl 2mg 1 tab po pc เข้า/ Vitamin B1 INJ 100 mg/ml 200 mg + NSS 100 ml IV drip in 30 mins q 8 hr. ตามแผนการรักษา ประเมินอาการหลังได้รับยารักษาทางจิต ไม่พบผลข้างเคียง จึงพิจารณาไม่ผูกมัดผู้ป่วย ให้ผู้ป่วยได้เริ่มทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง

วันที่ 4 – 5 ตุลาคม 2566 ผู้ป่วยไม่มีชักซ้ำ ผู้ป่วยตื่นดี มีเสียงมาเรียก มาคุยเยอะมาก สั่งให้ทำงานบ้าน ได้ยินเสียงคนเดินไปมาทั้งวันไม่มีอาการมือสั่น ไม่มีอาการเหงื่อออก ดูแลให้ได้รับยา Lorazepam 2mg 2 tab po q 6 hr. skip dose if sleep/ Risperidone 2mg 1 tab po pc เข้า เย็น hs/ Trihexyphenidyl 2mg 1 tab po pc เข้า/ Haloperidol 5mg IM pm for agitation q 8 hr./ Vitamin B1 INJ 100 mg/ml 200 mg + NSS 100 ml IV drip in 30 mins q 8 hr. ตามแผนการรักษา เฝ้าระวังผลข้างเคียงจากยารักษาอาการทางจิต ไม่พบผลข้างเคียง กระตุ้นให้ผู้ป่วยร่วมทำกิจกรรมบำบัด และการออกกำลังกาย

วันที่ 6 - 8 ตุลาคม 2566 ผู้ป่วยไม่มีชักซ้ำ ผู้ป่วยตื่นดี หูแว่วเสียงเบาๆ ยังมีอยู่บ้าง รับประทานอาหารน้อยลง ไม่มีอาการมือสั่น ไม่มีอาการเหงื่อออก ดูแลให้ได้รับยา Lorazepam 2 mg 1 tab po pc เข้า เที่ยง, 2 tab po pc เย็น hs/ Risperidone 2mg 1 tab po pc เข้า เย็น hs/ Trihexyphenidyl 2mg 1 tab po pm for ตัวแข็ง ลิ้นแข็ง/ Haloperidol 5mg IM pm for agitation q 8 hr./ Vitamin B complex 1*3 oral pc ตามแผนการรักษา เฝ้าระวังผลข้างเคียงจากยารักษาอาการทางจิต ไม่พบผลข้างเคียง กระตุ้นให้ผู้ป่วยร่วมทำกิจกรรมบำบัด และการออกกำลังกาย

วันที่ 9 ตุลาคม 2566 ผู้ป่วยไม่มีชักซ้ำ ตื่นดี ไม่มีเสียงหูแว่ว ปฏิเสธหวาดระแวง ไม่มีอาการเดินวนเวียน ไม่มีอาการมือสั่น ไม่มีอาการเหงื่อออก Lorazepam 2mg 1 tab po pc เข้า hs/ Risperidone 2 mg 1 tab po pc เข้า เย็น hs/ Trihexyphenidyl 2 mg 1 tab po/ Haloperidol 5mg IM pm for agitation q 8 hr./ Vitamin B complex 1*3 oral pc ให้คำแนะนำผู้ป่วย เรื่องการหยุดเสพสารเสพติดทุกชนิด และการเลิกดื่มสุรา ผลของสารเสพติดต่อสุขภาพ

วันที่ 10 ตุลาคม 2566 ผู้ป่วยรับรู้กาลเวลา สถานที่ บุคคล ไม่มีอาการหูแว่ว ไม่มีอาการขาดสารและสารเสพติด บิดามา รับผู้ป่วยกลับบ้านจึงได้ให้คำแนะนำครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย และการจัดยาให้ผู้ป่วยทานต่อหน้า นัด F/U 16 ตุลาคม 2566

OPD จิตเวช และให้ยากลับไปทานที่บ้าน Lorazepam 2mg 1 tab po pc เข้า hs / Risperidone 2mg 1 tab po pc เข้า เย็น hs / Trihexyphenidyl 2mg 1 tab po / Vitamin B complex 1*3 oral pc / Trihexyphenidyl 2mg 1 tab po pm ตัวแข็ง ลิ้นแข็ง

วินิจฉัยทางการแพทย์พยาบาลข้อที่ 1 เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุเนื่องจากเกิดภาวะชักหลังหยุดตี๋มสุรา

ข้อมูลสนับสนุน

S : ผู้ป่วยมีอาการชักเกร็งกระตุกนาน 2 นาที บิดาผู้ป่วยให้ข้อมูล ผู้ป่วยตี๋มสุรา และเสพยาบ้า ไม่ทานอาหาร 3 วัน มีประวัติชักทั้งขณะตี๋มสุราและหยุดตี๋มสุรา

O : ผู้ป่วยนอนซึม เหม่อลอย พูดสับสน ตามตอบไม่ตรงคำถาม เหงื่อออกบริเวณใบหน้าและหน้าอก มือสั่น

วัตถุประสงค์การพยาบาล

- ผู้ป่วยปลอดภัยขณะมีอาการชัก

เกณฑ์การประเมิน

- ผู้ป่วยได้รับการดูแลขณะชักอย่างถูกต้อง

กิจกรรมการพยาบาล

1. จัดทำให้ผู้ป่วยตะแคงหน้าไปด้านใดด้านหนึ่ง ระวังไม่ให้ศีรษะและลำตัวผู้ป่วยกระทบของแข็งขณะชัก เพื่อป้องกันการบาดเจ็บ
2. ตรวจสอบทางเดินหายใจและภายในช่องปากป้องกันการสำลักหรือสิ่งแปลกปลอมอุดกั้นทางเดินหายใจ ห้ามใช้ไม้กดลิ้น หรือวัตถุใดๆ สอดเข้าปากหรือจัดปาก ขณะผู้ป่วยเกร็งเพราะอาจทำให้ช่องปากเกิดการบาดเจ็บได้ ห้ามป้อนยาหรืออาหาร จนกว่าจะฟื้นเป็นปกติ เพราะอาจสำลักได้
3. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาหยุดชัก พร้อมทั้งสังเกตอาการ ผลข้างเคียงจากการให้ยา Diazepam 10 mg IV
4. ผู้ป่วยหลังชักอาจมีอาการมึนงงอยู่ ขณะยังไม่รู้สึกตัวห้ามผูกมัดผู้ป่วยเพราะจะกระตุ้นให้ทำการต่อสู้รุนแรง ระหว่างนี้ควรดูแลอย่างใกล้ชิดจนกว่าจะฟื้นเป็นปกติ
5. ประเมินอาการขาดสุราทุก 2 ชั่วโมงจนครบ 3 วัน ซึ่งเป็นระยะที่พ้นจากการเกิดอาการขาดสุรา
6. ติดตามวัดสัญญาณชีพ วัดค่าออกซิเจนในเลือด ประเมินระดับความรู้สึกตัวโดยใช้ Glasgow coma scale of consciousness และตรวจวัดทุก 2 ชั่วโมง
7. ดูแลความสะอาดของร่างกาย ความสุขสบาย จัดสิ่งแวดล้อมให้สงบ ลดสิ่งกระตุ้น แสงสว่างเพียงพอ และปลอดภัยให้ผู้ป่วยพักผ่อนได้อย่างน้อยวันละ 6 – 8 ชั่วโมง

ประเมินผลการพยาบาล

- ผู้ป่วยไม่ได้รับบาดเจ็บขณะมีอาการชัก ได้รับการจัดท่าและดูแลทางเดินหายใจไม่มีสิ่งอุดกั้นทางเดินหายใจ ได้รับยาหยุดชักตามแผนการรักษา ทำให้ไม่เกิดการชักซ้ำ

วินิจฉัยทางการแพทย์พยาบาลข้อที่ 2 เสี่ยงต่อการเกิดอันตรายแก่ตนเองและผู้อื่นเนื่องจากควบคุมพฤติกรรมตนเองไม่ได้

ข้อมูลสนับสนุน

S : บิดาให้ข้อมูลผู้ป่วยเสพยาบ้าและตี๋มสุราไม่หลับไม่นอน พูดคุยคนเดียว หวาดระแวงกลัวจะถูกทำร้ายร่างกาย

O : ผู้ป่วยมีอาการสับสน พูดคุยคนเดียว ตะโกนเอะอะเสียงดัง

วัตถุประสงค์การพยาบาล

- เพื่อให้ผู้ป่วยและบุคคลรอบข้างปลอดภัย

เกณฑ์การประเมิน

- ผู้ป่วยกลับมาพูดคุยรู้เรื่อง รับรู้กาลเวลา สถานที่ บุคคล

กิจกรรมการพยาบาล

1. จัดให้ผู้ป่วยอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่เงียบสงบ ปลอดภัยของที่ จะนำมาใช้เป็นอาวุธในการทำร้ายตนเองหรือผู้อื่น

- ประเมินการรับรู้วันเวลา สถานที่ บุคคล ซึ่งมักปรากฏในช่วงที่มีภาวะเมสซาร์เซพติด และถอนสารเซพติด หากมีอาการประสาทหลอน ใช้เทคนิคการบอกความจริง (presenting reality) และทำให้ผู้ป่วยรู้สึกปลอดภัย
- พิจารณาผูกยึดผู้ป่วยหากผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมตนเองได้ โดยแจ้งให้ญาติทราบเหตุผลและความจำเป็นในการผูกยึด พร้อมทั้งเซ็นยินยอมให้ทำการผูกยึดผู้ป่วย ขณะที่การผูกยึดต้องคำนึงถึงความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นหลัก บอกเหตุผลของการผูกยึดและให้เกียรติผู้ป่วยเสมอ
- ตรวจเยี่ยมอาการ สังเกตสีผิวหนังบริเวณผูกยึดเพื่อป้องกันการระคายเคืองหรือบาดแผล วัดสัญญาณชีพ และประเมินอาการประสาทหลอนทุก 15-30 นาที จนกว่าผู้ป่วยอาการสงบ
- ดูแลให้ได้รับยารักษาอาการประสาทหลอน และเฝ้าติดตามอาการไม่พึงประสงค์จากการให้ยา Haloperidol 5 mg IM prn for agitation q 8 hr.
- สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยให้เกิดความไว้วางใจและให้การดูแลด้วยความจริงใจ กระตุ้นให้ผู้ป่วยได้พูดถึงความรู้สึก ความกลัว ความวิตกกังวลเพื่อนำไปสู่การแก้ไขปัญหาที่ถูกต้อง
- ค้นหาวิธีการหลากหลายในการใช้เส้นทางเลือกในการเผชิญสถานการณ์ที่ตึงเครียด เช่น ออกกำลังกาย การใช้เทคนิคผ่อนคลาย deep breathing exercise การทำสมาธิ สติบำบัด mindfulness therapy

ประเมินผลการพยาบาล

- หลังได้รับการฉีดยา Haloperidol 5 mg IM ทั้งหมด 3 ครั้ง ร่วมกับการผูกยึด การพาไปออกกำลังกาย และทำกิจกรรมต่างๆ ผู้ป่วยก็กลับมารู้กาล เวลา สถานที่ บุคคล รวมถึงอาการประสาทหลอนก็หายไป 8 วันหลังเข้ารับการรักษา

วินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 3 เสี่ยงต่อการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยารักษาอาการทางจิตเภท

ข้อมูลสนับสนุน

- S : ผู้ป่วยให้ข้อมูล รู้สึกว่าตนเอง มีเหงื่อ ใจสั่น ทำอะไรช้าลง ง่วงนอนทั้งกลางวัน และกลางคืน
- O : ผู้ป่วยได้รับยา Diazepam 10 mg IV for seizure / Haloperidol 5mg IM for agitation

วัตถุประสงค์การพยาบาล

- เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยารักษาอาการทางจิตเภท

เกณฑ์การประเมิน

- ผู้ป่วยได้รับการแก้ไขอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยารักษาอาการทางจิตเภทชนิดเฉียบพลัน เช่น ภาวะหยุดหายใจ สับสนมากขึ้น หลังได้รับยา อาการตัวแข็ง ลิ้นแข็ง น้ำลายไหลออกจากมุมปาก การเคี้ยวฟัน ปากแห้ง คอแห้ง ท้องผูก พุด คัด ทำอะไรช้าลง

กิจกรรมการพยาบาล

- ประเมินสัญญาณชีพก่อนการให้ยาฉีดและบันทึกไว้เป็นหลักฐาน
- ดูแลให้ยาฉีด Diazepam 10 mg IV for seizure / Haloperidol 5 mg IM for agitation ตามแผนการรักษา และประเมินสัญญาณชีพหลังการให้ยาทุก 15-30 นาที ดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด วัดระดับออกซิเจนในเลือด การหายใจ ระดับความรู้สึกตัว
- ประเมินอาการไม่พึงประสงค์จากการให้ยา เช่น หยุดหายใจ อาการตัวแข็ง เดินเซ ลิ้นแข็ง น้ำลายไหลออกจากมุมปาก พุดไม่ชัดเจน เคี้ยวฟัน ปากแห้ง คอแห้ง ท้องผูก พุด คัด ทำอะไรช้าลงหรืออาการสับสนมากขึ้นหลังฉีดยา รายงานแพทย์เมื่อพบอาการไม่พึงประสงค์ดังกล่าว
- อธิบายให้ผู้ป่วยและครอบครัว ทราบถึงผลข้างเคียงของยารักษาโรคทางจิตเภทที่อาจเกิดขึ้น แผนการรักษาพยาบาล การสังเกตอาการผิดปกติขณะได้รับยา
- ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับประทานยาตลอดอาการข้างเคียงของยารักษาโรคทางจิตเภทตามแผนการรักษา
- ดูแลกระตุ้นให้ผู้ป่วยดื่มน้ำอย่างเพียงพออย่างน้อยวันละ 8 แก้ว เพื่อลดอาการปากแห้ง คอแห้งและป้องกันท้องผูก
- ดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยในการทำกิจกรรมต่างๆ ระมัดระวังและป้องกันการเกิดอุบัติเหตุที่อาจเกิดได้จากผลข้างเคียงของยารักษาโรคทางจิตเภท⁸

การประเมินผล

- ผู้ป่วยมีอาการไม่พึงประสงค์เพียงเล็กน้อยเป็นกลุ่มอาการ มีนงง พุด คืด ทำอะไรช้าลง แก้ไขด้วยการทานยาลดอาการไม่พึงประสงค์ Trihexyphenidyl 2mg 1 tab po pm ตัวแข็ง ลิ้นแข็ง ทำให้อาการทุเลาลง

วินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 4 เสี่ยงต่อการขาดสารอาหาร น้ำ และอิเล็กโทรไลต์

ข้อมูลสนับสนุน

- S : บิดาผู้ป่วยให้ข้อมูลว่า 3 วัน ผู้ป่วยไม่ทานอาหาร ตั้งแต่สุราและเสพยาบ้า
- O : रिมีฝีปากผู้ป่วยแห้ง ตาลึก ดูอ่อนเพลีย

วัตถุประสงค์การพยาบาล

- เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับสารอาหาร น้ำอย่างเพียงพอ ไม่เกิดอาการขาดสารอาหาร น้ำและอิเล็กโทรไลต์

เกณฑ์การประเมิน

- ผู้ป่วยสามารถทานอาหาร ดื่มน้ำได้เพียงพอกับที่ร่างกายต้องการ สีหน้าสดชื่น

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินปริมาณอาหาร น้ำดื่มที่ผู้ป่วยสามารถรับประทานได้ในแต่ละมื้อ
2. ประเมินภาวะขาดน้ำโดยดูจากความชุ่มชื้นของริมฝีปากและผิวหนัง ความเข้มข้นของปัสสาวะหากมีสีเหลืองเข้ม แสดงว่าขาดน้ำ ดูแลให้ได้รับน้ำ 2 ลิตร/วัน
3. ประเมินผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการถึงระดับเกลือแร่ในกระแสเลือด
4. บันทึกปริมาณน้ำ เข้าและออกในแต่ละเวร

การประเมินผล

- ผู้ป่วยได้รับการดูแลให้ทานอาหารและน้ำอย่างเพียงพอในแต่ละมื้อทำให้หน้าสดชื่นขึ้น

วินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 5 เสี่ยงต่อการกลับไปติดซ้ำเนื่องจากขาดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับสารเสพติด

ข้อมูลสนับสนุน

- S : ผู้ป่วยให้ข้อมูลยังรู้สึกอยากเสพยาบ้าและสุรา
- O : ผู้ป่วยไม่ได้รู้สึกว่าการป่วยที่เกิดขึ้น เกิดจากการเสพยาบ้าหรือดื่มสุรา

วัตถุประสงค์การพยาบาล

- ผู้ป่วยเกิดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับการหยุดเสพสารเสพติดและหยุดดื่มสุรา

เกณฑ์การประเมิน

- ผู้ป่วยสามารถบอกวิธีการหยุดเสพสารเสพติดและหยุดดื่มสุราได้

กิจกรรมการพยาบาล

1. สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย พุดคุยด้วยท่าที่เป็นมิตรจริงใจ เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้พูดระบายความคิด ความรู้สึก ความเครียดกังวลใจเกี่ยวกับปัญหาที่นำไปสู่การเสพสารเสพติด
2. ประเมินแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (stage of change) ประเมินความรู้ความเข้าใจของผู้ป่วยเกี่ยวกับประโยชน์และโทษของสารเสพติด ความคิด ความเชื่อ ทศนคติต่อการเสพสารเสพติดของผู้ป่วย
3. ให้คำปรึกษาและวางแผนหาแนวทางร่วมกับผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถ ลด ละ และเลิกเสพสารเสพติดได้ในที่สุด
4. กระตุ้นให้ผู้ป่วยค้นหาข้อดี/ศักยภาพของตนเองเพื่อสร้างความรู้สึกมีคุณค่า ยอมรับในตัวเอง มีกำลังใจในการจัดการกับปัญหาที่เหมาะสม เพื่อเลิกใช้สารเสพติดในการแก้ปัญหา
5. แนะนำการจัดการกับความรู้สึกอยากเสพยาบ้า ทักษะการปฏิเสธ การจัดการกับตัวกระตุ้นและหลีกเลี่ยงสถานการณ์เสี่ยง
6. ประเมินความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการหยุดเสพสารเสพติดและหยุดดื่มสุรา เทคนิคที่จะนำไปใช้เพื่อให้หลีกเลี่ยงการเสพซ้ำได้

ประเมินผลการพยาบาล

- ผู้ป่วยมีความเข้าใจถึงผลกระทบที่เกิดจากการเสพยาเสพติดทำให้เกิดอาการป่วยทางจิตเภท วิธีหลีกเลี่ยงการเสพยาโดยไม่กลับไปคบคนขายยาเสพติดอีก และจะไม่กลับไปติ่มสุราซ้ำโดยไม่ร้องขอเงินไปซื้อสุราจากบิดาผู้ป่วยมีขั้นของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (stage of change) ที่ดีขึ้น คือ เตรียมความพร้อมในการเลิกเสพยาเสพติด (Determination)

วินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 6 ครอบครัวมีความกังวลเรื่องการดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับไปอยู่บ้าน

ข้อมูลสนับสนุน

S : บิดาผู้ป่วยให้ข้อมูลกลัวผู้ป่วยกลับไปเสพยาบ้า และแอบไปหาสุรามาดื่ม

O : สีหน้าบิดาแสดงอาการกังวล สอบถามถึงวิธีดูแลผู้ป่วย

วัตถุประสงค์การพยาบาล

1. เพื่อให้บิดาผู้ป่วยคลายกังวล
2. เพื่อให้ครอบครัวรู้วิธีการดูแลผู้ป่วยต่อที่บ้านได้

เกณฑ์การประเมิน

1. บิดาผู้ป่วยคลายกังวลเรื่องการดูแลผู้ป่วย
2. ครอบครัวสามารถดูแลผู้ป่วยต่อที่บ้านได้

กิจกรรมการพยาบาล

1. สร้างสัมพันธภาพกับญาติ พูดคุยด้วยท่าที่เป็นมิตร จริงใจและเข้าใจ เปิดโอกาสให้ญาติได้ซักถาม และพูด
2. ระบายความเครียด ความกังวลใจเกี่ยวกับปัญหาในการดูแลผู้ป่วย
3. ให้ความรู้กับญาติเกี่ยวกับโรคและอาการของผู้ป่วยที่เกิดจากการเสพยาบ้าและการติ่มสุรา การดูแลที่เหมาะสมกับอาการ
4. เปิดโอกาสให้ญาติและผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการวางแผนหาแนวทางการดูแลร่วมกันเพื่อป้องกันการเกิดพฤติกรรมรุนแรงจากการกลับไปเสพยาบ้าหรือติ่มสุราซ้ำ
5. อธิบายให้เข้าใจเกี่ยวกับแนวทางการดูแลเพื่อป้องกันการเกิดพฤติกรรมรุนแรง คือ การกินยาต่อเนื่อง หลีกเลี่ยงสถานการณ์เสี่ยงหรือตัวกระตุ้นที่ทำให้กลับไปเสพยาบ้าหรือติ่มสุราซ้ำ การจัดการกับความเครียด สังเกตสัญญาณเตือนและอาการผิดปกติของการเกิดพฤติกรรมรุนแรง เช่น อารมณ์หงุดหงิดฉุนเฉียว ไม่นอน พูดคนเดียว หวาดระแวง กระสับส่าย กระทบกระชวย รักษาต่อเนื่อง หรือการมาตรวจก่อนนัด
6. การขอความช่วยเหลือกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง กรณีผู้ป่วยมีสัญญาณเตือนหรืออาการผิดปกติ การเกิดพฤติกรรมรุนแรงให้แจ้ง 191 หรือเจ้าหน้าที่ฝ่ายปกครองเพื่อระงับเหตุ และแจ้ง 1669 เพื่อนำส่งโรงพยาบาล^๑

การประเมินผล

1. บิดาผู้ป่วยแสดงสีหน้าคลายกังวล
2. ครอบครัวมีช่องทางการช่วยเหลือเมื่อเกิดเหตุฉุกเฉิน และรับรู้วิธีการดูแลผู้ป่วยให้ทานยาต่อเนื่องเมื่อกลับบ้าน

สรุปกรณีศึกษา

ผู้ป่วยชายไทย อายุ 28 ปี 3 วันก่อนมาโรงพยาบาล มีอาการ นอนไม่หลับ เหม่อลอย พูดสับสน พูดคุยคนเดียว มีอาการหูแว่ว เห็นออรบบริเวณใบหน้า มือสั่น ตัวแข็งเกร็ง ไม่ทานอาหาร ผู้ป่วยมีอาการผิดปกติมากขึ้น บิดาจึงพามาโรงพยาบาล แรกเริ่มผู้ป่วยมีอาการ เหม่อลอย นอนตัวแข็งเกร็ง พูดสับสน แพทย์แผนกห้องฉุกเฉิน ตรวจร่างกาย ได้รับการพิจารณาให้รักษาแบบผู้ป่วยใน ระหว่างอยู่ในหอผู้ป่วยระยะจิต ผู้ป่วยมีอาการชักเกร็งนาน 2 นาทีได้รับการช่วยเหลือโดยการให้ยาหยุดอาการชัก หาสเหตุของอาการชักโดยทำการสแกนสมองพบว่าไม่มีความผิดปกติของสมอง ตรวจหาสารเสพติดในน้ำปัสสาวะไม่พบสารเสพติด บิดาให้ข้อมูลเพิ่มเติมว่า 5 วันก่อนผู้ป่วยเสพยาบ้าและติ่มสุราทั้งวัน ไม่หลับ ไม่นอน ไม่ทานอาหาร เคยมีอาการชักทั้งตอนที่ติ่มสุราและตอนหยุดติ่มสุรา จึงให้การรักษากะขาดสุราและสารเสพติด ยึดตรึงผู้ป่วย ให้ยาต้านอาการชักและยาต้านอาการทางจิตเภท ดูแลให้ได้รับสารอาหารและน้ำ ให้ได้รับการพักผ่อนที่เพียงพอตลอดระยะเวลา 4 วันไม่พบอาการชักซ้ำ อาการประสาทหลอนลดน้อยลงจึงให้การรักษาต่อด้วยยารักษาอาการทางจิตเภท

พร้อมทั้งให้ผู้ป่วยได้ทำกิจกรรมสันทนาการ การออกกำลังกายในวันที่ 9 อาการทางจิตก็สงบลงไม่มีอาการหูแว่ว จึงพิจารณาให้ญาติมารับกลับไปดูแลที่บ้านได้ ก่อนให้ออกจากโรงพยาบาลได้เตรียมครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยต่อที่บ้าน โดยทำความเข้าใจการดำเนินโรค ผลของสารเสพติดที่ทำให้อาการของโรครุนแรงขึ้น วิธีการจัดการไม่ให้ผู้ป่วยกลับไปเสพสารเสพติดและดื่มสุราซ้ำ การทานยาตามแผนการรักษาโดยให้บิดาจัดยาให้ผู้ป่วยทานต่อหน้าทุกครั้ง หาแหล่งทรัพยากรช่วยเหลือครอบครัวเมื่อเกิดภาวะฉุกเฉิน พร้อมทั้งนัดติดตามหลังการรักษากลับมาบำบัดสารเสพติดต่อเนื่อง

วิจารณ์และข้อเสนอแนะ

จากกรณีศึกษาผู้ป่วยโรคจิตเภทที่เสพสารเสพติดจะทำให้มีอาการความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรมรุนแรงมาก ถ้าไม่ได้รับการรักษาอย่างถูกต้องและทันที่ จะทำให้เกิดอันตรายต่อตัวผู้ป่วยเองและผู้อื่นได้ พยาบาลผู้ให้การดูแลจะต้องมีทักษะในการประเมินอาการผู้ป่วยอย่างรวดเร็วเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะขาดสุราและสารเสพติด วางแผนการพยาบาลได้ครอบคลุมอาการผิดปกติของผู้ป่วย ผู้ศึกษาจึงมีข้อเสนอแนะดังนี้

1. นำกรณีศึกษามาบททวน ถอดบทเรียน ให้ความสำคัญในการประเมินอาการขาดสุราและสารเสพติด เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะขาดสุราและสารเสพติด
2. นำผลลัพธ์ที่ได้มาทำเป็นแนวทางในการรักษาดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาล พัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยต่อที่บ้านโดยครอบครัว การติดตามเพื่อไม่ให้ผู้ป่วยขาดการรักษา

สรุป

กรณีศึกษาผู้ป่วยจิตเภทที่เสพสารเสพติดเป็นโรคที่ก่อให้เกิดผลกระทบหลากหลายด้านไม่ว่าจะเป็นด้านสุขภาพกาย สุขภาพจิต ความสัมพันธ์ในครอบครัว การก่อความรุนแรงทั้งต่อตนเองและบุคคลอื่นและปัญหาทางเศรษฐกิจ การดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม (holistic care) โดยเฉพาะสถาบันครอบครัว เป็นสิ่งสำคัญที่จะทำให้ผู้ป่วยอาการดีขึ้นได้

เอกสารอ้างอิง

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders text revision (DSM-5). Washington, DC: American Psychiatric Association; 2013.
2. นันทวี สิริรักษ์, กมลเนตร วรรณแสวก, กมลพร วรรณฤทธิ์, ปณิต ผู้กฤตยาคามิ, สุพร อภินันท์เวช, พนม เกตุมาน, บรรณารักษ์. จิตเวช ศิริราช DMS-5. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: ประยูรสาส์นไทยการพิมพ์. 2558.
3. นริสา วงศ์พนารักษ์. สัมพันธภาพเพื่อการบำบัด: การประยุกต์ใช้ในกระบวนการพยาบาล.วารสารพยาบาลทหารบก. 2557;15(2):84-91.
4. ศูนย์ข้อมูลสารสนเทศด้านสาธารณสุข (HDC) เขตสุขภาพที่ 3. [ออนไลน์]. [เข้าถึงเมื่อ 5 ตุลาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: <http://dmh.go.th>
5. รุจิรา อาภาบุษยพันธ์ุ, สำเนา นิลบรรพ์, นันทา ชัยพิชิตพันธ์ุ, ญาดา จินประชา, จรุณรักษ์ ยี่ภู่, ธัญญา สิงโต. การพัฒนามาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินทางยาเสพติด. วารสารพยาบาลทหารบก. 2562;20(1):72-82.
6. รัศมน กัลยาศิริ. การเสพติดและผลแทรกซ้อนทางจิตเวช. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2561.
7. ศูนย์ข้อมูลโรงพยาบาลกำแพงเพชร. ข้อมูลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่เสพสารเสพติด ปี 2563-2566. [ฐานข้อมูล HOSxP]. 2566. [เข้าถึงเมื่อ 20 พฤศจิกายน 2566]. เข้าถึงได้จาก : HOSxP SQL Query.
8. นริสา วงศ์พนารักษ์. การพยาบาลผู้ติดสารเสพติด. พิมพ์ครั้งที่ 2. มหาสารคาม: กากะเียบ; 2561.
9. เอกอุมา อัมคำ. การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช : การประยุกต์ใช้กรณีเลือกสรร (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2564.



Managing Nursing Care in a Patient with Lumbar Laminectomy and Hypovolemic Shock : A Case Study

Wimol Inprasert, B.N.S.*

Abstract

Background : A lumbar laminectomy is a decompressive procedure for spondylolisthesis and lumbar spinal canal stenosis. A lumbar laminectomy may have high complication rates, such as hypovolemic shock, spinal cord injury, surgical wound pain, infected surgical wounds. The nursing process involves assessing patients in both the pre-operative and critical post-operative phases until discharge, facilitating the transition from critical illness to rehabilitation and recovery.

Objective : To provide effective nursing care for patients with Lumbar Laminectomy and hypovolemic shock.

Case Study : A case study of a 64-year-old Thai woman patient who was admitted at a community hospital due to severe back pain, numbness, and weakness in her left leg and she was referred to Kamphaeng Phet Hospital. Diagnosis degenerative spondylolisthesis at the L4-L5 level and lumbar spinal stenosis. The doctor set OR for laminectomy at the L3-L5 levels with posterior instrumented fusion using PDS at L3-L5 for posterior lumbar fusion. During admission, nursing problems identified in various phases include 1. Pre-operative phase: Anxiety related to illness and upcoming surgery. 2. Critical post-operative phase: Hypovolemic shock . Risk for complications arising from general anesthesia . Anxiety related to complication after surgical. 3. Discharge phase : Discomfort caused by surgical wound pain. Risk for infected surgical wound. Risk for complications involving blood vessels and nerves, Deficiency in rehabilitation. Lack of knowledge and skills for self-care post-discharge. After receiving nursing care, the patient was stabilized from hypovolemic shock, decreased wound pain, and no fever. Finally, the patient recovered without any complications, and the total length of hospital stay was 6 days.

Conclusion from this case study : The patient safely passed the critical stage and avoided complications following the Lumbar Laminectomy surgery. This case study can be implemented in holistic nursing in each stage of Lumbar Laminectomy procedure.

Key words : Nursing in Lumbar Laminectomy procedure, hypovolemic shock

*Registered nurse, professional Level, Nurse orthopedic Department, Kamphaeng Phet hospital

การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสันหลังส่วนเอว และมีภาวะช็อก : กรณีศึกษา

วิมล อินทร์ประเสริฐ, พย.บ.*

บทคัดย่อ

บทนำ : การผ่าตัดกระดูกสันหลังส่วนเอวเป็นการผ่าตัดระบายความกดดันภายในช่องกระดูกสันหลังส่วนเอว มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดได้ เช่น การตกเลือด ช็อก การบาดเจ็บเยื่อหุ้มไขสันหลัง ปวดแผลผ่าตัด แผลติดเชื้อ การใช้กระบวนการพยาบาลในการประเมินปัญหาความต้องการของผู้ป่วยตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัด ระยะหลังผ่าตัด และระยะก่อนจำหน่าย จะช่วยให้ผู้ป่วยผ่านพ้นจากระยะวิกฤติฟื้นฟูสภาพได้อย่างรวดเร็ว

วัตถุประสงค์ : เพื่อให้การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสันหลังส่วนเอวและมีภาวะช็อกได้อย่างมีประสิทธิภาพ

กรณีศึกษา : ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 64 ปี เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลใกล้บ้านด้วยอาการปวดหลังบริเวณเอว และขาข้างซ้ายมาก ขาข้างซ้ายอ่อนแรง ถูกส่งตัวมารักษาต่อที่โรงพยาบาลกำแพงเพชร วินิจฉัยโรค Degenerative spondylolisthesis Lumbar 4-5 Lumbar spinal stenosis with radiculopathy ทำผ่าตัด laminectomy L3-L5 with Posterior instrumented fusion with PDS L3-L5 PLF ระหว่างรับไว้ในความดูแลผู้ป่วยมีปัญหาทางการพยาบาลแบ่งเป็น 3 ระยะ ระยะก่อนผ่าตัด ได้แก่ 1. วิตกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัดและขาดความเข้าใจในการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด ระยะหลังผ่าตัด ได้แก่ 1. มีภาวะHypovolemic shock จากการสูญเสียเลือด 2. ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาระงับความรู้สึกโดยการดมยาสลบใน 24 ชั่วโมงแรก 3. วิตกกังวลเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด 4. ไม่สุขสบายเนื่องจากปวดแผลผ่าตัด 5. เสี่ยงต่อการติดเชื้อแผลผ่าตัด 6. ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการบาดเจ็บของเส้นเลือด/เส้นประสาท ระยะก่อนจำหน่าย ได้แก่ 1. มีความพร้อมในการฟื้นฟูสภาพด้วยตนเองหลังผ่าตัด 2. มีความรู้ ทักษะไม่เพียงพอในการดูแลตนเองเมื่อกลับบ้าน ภายหลังให้การพยาบาลผู้ป่วยปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้บางส่วน ฟื้นฟูสภาพได้ดี แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้ รวมวันนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล 6 วัน

สรุปผลกรณีศึกษา : ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะวิกฤตและภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด กรณีศึกษาสามารถนำไปเป็นแนวทางในการพยาบาลผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังส่วนเอวได้

คำสำคัญ : การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสันหลังส่วนเอว ภาวะช็อกจากการสูญเสียเลือด

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานการพยาบาลศัลยกรรมกระดูก โรงพยาบาลกำแพงเพชร

บทนำ

การผ่าตัดกระดูกสันหลังส่วนเอวเป็นการผ่าตัดระบายความกดดันภายในช่องกระดูกสันหลังส่วนเอวมักทำในภาวะที่กระดูกสันหลังเคลื่อน (spondylolisthesis) โดยที่พบการเคลื่อนของกระดูกสันหลังส่วนล่างเคลื่อนตัวไปด้านหน้าเหนือข้อต่อปล้องกระดูกสันหลังชั้นล่าง ในคนอายุน้อยมักพบกระดูกสันหลังเคลื่อนจากการเจริญเติบโตที่ผิดปกติ (developmental spondylolisthesis) ส่วนในผู้สูงอายุมักพบจากกระดูกสันหลังเสื่อม (degenerative spondylolisthesis) มีภาวะโพรงกระดูกสันหลังตีบแคบ (Lumbar Spinal Stenosis) ที่มีความสัมพันธ์กับอายุที่มากขึ้น¹ ผู้ป่วยอาจมีอาการปวดหลังร้าวจากสะโพกลงไปขา เวลาเดินหรือยืน การรักษาด้วยการผ่าตัดนั้นจะนำมาพิจารณาเมื่อรักษาด้วยวิธีการอนุรักษ์แล้วไม่ได้ผล โดยมีข้อบ่งชี้ว่ามีกรกดทับของระบบประสาทเพิ่มมากขึ้น ผู้ป่วยจะมีอาการกล้ามเนื้ออ่อนแรง ขา ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ มีความผิดปกติของระบบขับถ่าย ไม่สามารถควบคุมความปวดได้แม้จะมีการจัดการอย่างเหมาะสมอย่างเต็มที่ในเวลาอย่างน้อย 2-3 เดือน² การผ่าตัดกระดูกสันหลังส่วนเอวนี้หากพยาธิสภาพเกิดบริเวณ vertebral body และ facet joint มีการหนาตัวของเอ็นกระดูกสันหลัง (ligament flavum) เอ็นรอบข้อฟาเซทจะถูกตัดไปด้วยรวมทั้งมีการหลวมหรือไม่มั่นคงของข้อต่อกระดูกสันหลังจนเกิดการเคลื่อนของกระดูกสันหลังอาจต้องทำการเชื่อมข้อต่อกระดูกสันหลัง (lumbar fusion) เพื่อเพิ่มความมั่นคงของกระดูกสันหลังส่วนเอวด้วย เนื่องจากการผ่าตัดที่ซับซ้อน³ ดังนั้นจึงมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนสูง เช่น การตกเลือด ช็อกเป็นภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง และพบได้ใน 24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด⁴ การบาดเจ็บเยื่อหุ้มไขสันหลัง ปวดแผลผ่าตัด แผลติดเชือก และต้องใช้ระยะเวลาในการฟื้นตัวหลังผ่าตัดอยู่ในโรงพยาบาลเป็นเวลา 6-8 วันรวมทั้งต้องใช้เวลาในการฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายเป็นระยะเวลาหลายเดือนกว่าจะกลับมาใกล้เคียงปกติได้⁴

การผ่าตัดกระดูกสันหลังส่วนเอว (Lumbar laminectomy) เป็นการผ่าตัดใหญ่การพยาบาลแบ่งได้เป็น 3 ระยะโดยในระยะก่อนผ่าตัดจะต้องมีการซักประวัติให้ครอบคลุม ประเมินสภาพผู้ป่วยทั้งร่างกาย จิตใจ การเตรียมผลการตรวจเลือด เตรียมเลือด เอกสารการยินยอม งดน้ำงดอาหารเพื่อป้องกันการสำลักอาหาร ตลอดจนการให้ข้อมูลการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด ในระยะหลังผ่าตัดต้องประเมินสัญญาณชีพ ภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาระงับความรู้สึก ภาวะแทรกซ้อนของระบบหายใจใน 48-72 ชั่วโมงแรกของการผ่าตัด ประเมินแผลผ่าตัด การรั่วซึมของเลือดหรือน้ำไขสันหลังจากแผลผ่าตัดที่ระบายเลือด การบาดเจ็บที่เส้นประสาทและหลอดเลือด และควบคุมอาการปวด ในระยะฟื้นฟูสภาพและวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยต้องสามารถปฏิบัติตัวได้เหมาะสมกับโรคในขณะอยู่โรงพยาบาลและดูแลตนเองได้ต่อเนื่องที่บ้าน พยาบาลเป็นบุคลากรหนึ่งในทีมสุขภาพที่ใช้กระบวนการพยาบาลในการปฏิบัติการพยาบาล การประเมินปัญหาความต้องการของผู้ป่วย โดยใช้กรอบแนวคิดแบบแผนสุขภาพ มาช่วยในการพยาบาลปรับให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย ตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัดระยะวิกฤติหลังผ่าตัด ระยะการดูแลต่อเนื่องฟื้นฟูสภาพ และระยะจำหน่าย จะช่วยให้ผู้ป่วยผ่านพ้นจากระยะวิกฤติฟื้นฟูสภาพอย่างรวดเร็ว ลดโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดสามารถกลับไปดำเนินชีวิตได้ตามปกติไม่เป็นภาระของครอบครัว ลดการสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษา ช่วยให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี

จากสถิติการเข้ารับบริการของผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสันหลังส่วนเอว โรงพยาบาลกำแพงเพชร ปี 2564-2566พบเป็นเหตุการสำคัญใน 10 อันดับแรกซึ่งผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะหมอนรองกระดูกสันหลังเสื่อมและมีโพรงกระดูกสันหลังส่วนเอวตีบแคบ พบจำนวน 20, 38, และ 62 ราย ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด Laminectomy จำนวน 9, 20, 41 ราย คิดเป็นร้อยละ 45, 52.6, 66.12 ในหอผู้ป่วยพิเศษมีจำนวน 4, 8, 22 ราย ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด Laminectomy จำนวน 3, 5, 17 ราย คิดเป็นร้อยละ 75, 62.5, 72.27 ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น⁶ การผ่าตัดนี้เป็นการผ่าตัดใหญ่มีความซับซ้อน ในปี 2566 พบภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ ได้แก่ ภาวะช็อกจากการเสียเลือด (Hypovolemic shock) จำนวน 2 รายคิดเป็นร้อยละ 11.76 ซึ่งเป็นภาวะคุกคามต่อชีวิต หากไม่ได้รับการประเมินช่วยเหลืออย่างทันท่วงทีอาจทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ นอกจากนี้ยังพบการบาดเจ็บเยื่อหุ้มไขสันหลัง 1 ราย เกิด neurological deficit อาการชาขา 4 ราย ท้องอืด ควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ ถอดสายสวนปัสสาวะไม่ได้ กระแทบต่อการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด รวมถึงการปฏิบัติตนไม่ถูกต้องหลังผ่าตัด ส่งผลให้นอนโรงพยาบาลนานขึ้นนี้มีผลต่อสภาพจิตใจ อารมณ์ สังคม สูญเสียค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น ทั้งผู้ป่วยครอบครัวและองค์กร การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อให้การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสันหลังส่วนเอวและมีภาวะช็อกอย่างมีประสิทธิภาพ

กรณีศึกษา

หญิงไทย อายุ 64 ปี สัญชาติไทย ศาสนาพุทธ

อาการสำคัญ

มาตามนัดเพื่อทำผ่าตัด

ประวัติเจ็บป่วยในปัจจุบัน

6 เดือน ก่อนมาโรงพยาบาล มีอาการปวดตึงหลังและเอวนอนพักแล้วดีขึ้น เข้ารับการรักษาโดยการนวดแผนไทย และชื่อยาแก้ปวดรับประทาน

3 เดือน ก่อนมาโรงพยาบาล มีอาการปวดมากขึ้นพักไม่หายนั่งนานไม่ได้ ทำให้ไม่สามารถทำงานได้ เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลชุมชนใกล้บ้าน รับประทานแก้ปวดและกายภาพบำบัด อาการทุเลา

3 สัปดาห์ก่อนมาโรงพยาบาล ปวดหลังบริเวณเอว ชาขาข้างซ้ายมากขึ้น และขาข้างซ้ายอ่อนแรง เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลชุมชน จึงถูกส่งตัวมารักษาต่อที่โรงพยาบาลกำแพงเพชร ได้รับการทำ MRI เพื่อการวินิจฉัย

วันนี้มาตามนัดเพื่อทำผ่าตัด

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต : ปฏิเสธโรคประจำตัว การผ่าตัด และการแพ้ยา

การวินิจฉัยโรค : Degenerative spondylolisthesis Lumbar 4-5 Lumbar spinal stenosis with radiculopathy

การผ่าตัด : laminectomy L3-L5 with Posterior instrumented fusion with PDS L3-L5 PLF

การประเมินสภาพร่างกายตามระบบ

รูปร่างทั่วไป : ท้วม ผิวขาวเหลือง ผิวเหี่ยวย่น น้ำหนัก 56 กิโลกรัม ส่วนสูง 160 เซนติเมตร

สัญญาณชีพ : อุณหภูมิกาย 37.2 องศาเซลเซียส ความดันโลหิต 132/84 มิลลิเมตรปรอทชีพจร 88 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 18 ครั้ง/นาที oxygen saturation 98%

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

ผิวหนัง : ผิวขาวเหลือง ไม่มีจ้ำเลือด ไม่มีผื่น

ศีรษะและใบหน้า : ผมสั้นสีดำปนขาว ศีรษะไม่มีบาดแผล คลำไม่พบก้อนบริเวณต่อมน้ำเหลือง ตา 2 ข้าง สมมาตรกัน สายตาวาวใบบน จมูก ปาก ลักษณะภายนอกปกติ

ทรวงอกและทางเดินหายใจ : ทรวงอกรูปร่างปกติสมมาตรกัน หายใจสม่ำเสมอ อัตราการหายใจ 18 ครั้ง/นาที การขยายตัวของทรวงอกขณะหายใจเข้าออกทั้ง 2 ข้าง เสียงการหายใจฟังเสียงลมผ่านปอดปกติทั้ง 2 ข้าง

หัวใจและหลอดเลือด : การเต้นของหัวใจปกติ สม่าเสมอ อัตราการเต้นของหัวใจ 88 ครั้ง/นาที ไม่มีเส้นเลือดที่คอโป่งพองชีพจรเต้นสม่ำเสมอ ไม่มีเสียงหัวใจเต้นผิดปกติ ไม่มีเสียง murmur normal S1, S2

ช่องท้องและทางเดินอาหาร : ท้องไม่อืด คลำไม่พบก้อน กดไม่เจ็บ มีคลื่นไส้อาเจียนก่อนมาโรงพยาบาล 1 ครั้ง ไม่มีสีตาหรือสีแดง เสียงการเคลื่อนไหวของลำไส้ปกติ ตับ ม้าม ไม่โต

กล้ามเนื้อและกระดูก : แนวกระดูกสันหลังโค้งปวดหลังร้าวมาด้านหน้าของต้นขาข้างซ้ายด้านใน และด้านนอกของเข่าด้านหน้าและด้านในของปลายขา กล้ามเนื้อแขนขาไม่ตึงตัว หย่อนคล้อย ข้อไม่มีการอักเสบวมแดง ขาข้างซ้ายอ่อนแรงตรวจความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ (motor power) ขาข้างซ้าย motor power grade 4 ขาข้างขวา motor power grade 5 ปวดหลังร้าวลงขาข้างซ้าย pain score = 3-4 คะแนนเมื่อเคลื่อนไหวการประเมินการรับรู้ความรู้สึก (sensory) ตามระดับ dermatome ผู้ป่วยรายนี้มีอาการชาขาข้างซ้ายตั้งแต่กลางเข่าลงมาถึงปลายเท้า

ระบบทางเดินปัสสาวะ : ปัสสาวะเองได้ดี สีเหลืองเข้มเล็กน้อยไม่มีตะกอน

ระบบอวัยวะสืบพันธุ์ : เต้านมปกติ อวัยวะสืบพันธุ์ภายนอกปกติ หมดประจำเดือนอายุ 50 ปี

สภาพจิตใจ : สีหน้าไม่สุขสบาย บอกรู้สึกปวดหลัง ปวดเอวร้าวลงขาข้างซ้าย ชาขา ขาอ่อนแรง และกลัวการผ่าตัด

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่สำคัญ

CBC: WBC 14,600 RBC 3.52 Hemoglobin 7.6 mg% Hematocrit 24.8% Platelet 185,000 Neutrophil 82.4% Lymphocyte 10.2% PT11.20 PTT 23.90 INR 1.02

Biochemistry: BUN 10 mg% Creatinine 0.66 mg% eGFR 94 ml/min/1.73m² Sodium 143 mmol/L potassium 3.5 mmol/L chloride 113 mmol/L CO₂ 23mmol/L Albumin 4.1 mg%

Immunology: hs-CRP 67.22ug/ml.

MRI: Degenerative spondylolisthesis Lumbar 4-5 Lumbar spinal stenosis

สรุปการดำเนินโรคขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

27 ม.ค. 66 รับใหม่ ผู้ป่วยรู้ตัวดี ปวดหลังร้าวลงขาซ้าย ขาขวา ปวดพอกทน Pain score 3/10 สีหน้ากังวล พักหลับได้
28 ม.ค. 66 15:00 น. รับผู้ป่วยกลับจากห้องผ่าตัด รู้สึกตัว หายใจเองไม่เหนื่อยหลังจากนั้น 1 ชั่วโมง พบสายระบายเลือด มีปริมาณเพิ่ม 200 ซีซี ผู้ป่วยมีอาการเหนื่อย SpO₂ room air 93-95% Monitor EKG show NSR BP 84/50 มม.ปรอท Load 0.9% NaCl 600 ml. iv on Dopamine (2:1) IV rate 13 ซีซี/ชั่วโมง on O₂ canula 3LPM SpO₂ 95-99 % ประเมินสัญญาณชีพ BP 91/56 - 92/58 มม.ปรอท PR 88 ครั้ง/นาที Intake/Output = 2,880/2,680 ซีซี. ผู้ป่วยมีอาการปวดแผลมาก PS 6/10 มีอาการอ่อนเพลียปวดหลังบริเวณแอ่งขาขวา 2 ข้างต้านแรงได้น้อย HCT 27% radivac drain เลือดออกเพิ่มเป็น 280 ซีซี ให้ clamp radivac drain 1 ชั่วโมง ให้ PRC 1 unit iv in 4hr NPO on Acetar 1,000 ml. iv 80 ซีซี/ชั่วโมง

29 ม.ค. 66 ผู้ป่วยรู้ตัวดี หายใจ on cannula 3 LPM SpO₂ 95-99% on Dopamine (2:1) IV rate 13 cc/hr Hct. 24.8 % ซีด ให้ PRC 1 unit iv in 4hr. Monitor EKG show NSR HR 70-72 ครั้ง/นาที มีไข้ต่ำๆ 37.8 องศาเซลเซียส Intake/Output 1,920/ 3,290 ซีซี โดยเป็น radivac drain 190 ซีซี HCT หลังเลือดหมด 30%

30 ม.ค. 66 ผู้ป่วยรู้ตัวดี off O₂ canulla และ Dopamine แผลที่หลังไม่ซึม ไม่มีไข้ มีอาการชาตั้งแต่เอวถึงปลายเท้า 2 ข้างปวดแผลพอกทน PS3-5/10 ค่ะแน่น ได้รับการปรับเพิ่มยาแก้ปวดชนิดรับประทานทุกเวลาปวด

31 ม.ค. - 1 ก.พ. 66 ผู้ป่วยสดชื่นขึ้น ไม่มีไข้ ไอแฉะ แผลผ่าตัดที่หลังไม่ซึม off radivac drain PS 3/10 ค่ะแน่น ไม่มีไข้ นำสายสวนปัสสาวะออก ปัสสาวะเองได้ ส่งกายภาพเดินwalkerได้

2 ก.พ. 66 แผลผ่าตัดที่หลังไม่ซึม ไม่มีไข้ ambulate ได้ดีจำหน่ายผู้ป่วยโดยแพทย์อนุญาตนัดติดตามหลังผ่าตัด 2 สัปดาห์

การวางแผนพยาบาล

ระยะก่อนผ่าตัด

การวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1 วิดกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัดและขาดความเข้าใจในการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยและครอบครัวบอกว่า ผู้ป่วยไม่เคยได้รับการผ่าตัดใหญ่มาก่อน
2. ผู้ป่วย และญาติมีสีหน้าวิตกกังวลปานกลางซักถามเกี่ยวกับผลหลังการผ่าตัด และการปฏิบัติตัว

วัตถุประสงค์ : ผู้ป่วยและครอบครัวคลายความวิตกกังวล และมีความรู้เกี่ยวกับการผ่าตัด

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยและครอบครัวเข้าใจเกี่ยวกับการผ่าตัด และการปฏิบัติตัวสีหน้าคลายความวิตกกังวล พักผ่อนได้
2. ผู้ป่วยสามารถตอบคำถามเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัดได้ถูกต้อง และปฏิบัติตามคำแนะนำได้

กิจกรรมการพยาบาล

1. สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วย และครอบครัว เพื่อให้เกิดสัมพันธภาพที่ดี และความไว้วางใจพยาบาล
2. แนะนำภาวะเบี่ยงและข้อปฏิบัติของโรงพยาบาล เปิดโอกาสให้ซักถามปัญหาและพูดคุยระบายความรู้สึก
3. ทบทวนกับผู้ป่วยและญาติในเรื่องพยาธิสภาพของโรค ความจำเป็นในการผ่าตัด ภาวะเสี่ยงตามที่แพทย์ได้ให้การอธิบายกับผู้ป่วย จากนั้นให้เซ็นยินยอมให้ทำการรักษาและผ่าตัด

4. รับประทาน ativan 1 mg. ในเวลา 20.00 น. อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติทราบถึงผลของยาและเหตุผลในการให้ พร้อมให้แจ้งพยาบาลได้ถ้า 22.00 น. ยังนอนไม่หลับ ตรวจสอบการนอนหลับของผู้ป่วยแหวะละ 1 ครั้ง

5. ดูแลทำความสะอาดร่างกายด้วยน้ำยา 4% chlorhexidine in Liq. sope อาบน้ำ สระผมโดยฟอกนาน 3-5 นาที เน้นที่ตำแหน่งผ่าตัดกระดูกสันหลัง ตัดเล็บให้สั้นในตอนเช้าวันผ่าตัด เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อที่ผิวหนังสู่แผลผ่าตัด พร้อมทั้งบอกให้ทราบความจำเป็นที่ต้องงดน้ำงดอาหารหลังเที่ยงคืนเพื่อป้องกันการสูดสำลักเศษอาหารเข้าปอด

6. สอนสาธิตและให้ผู้ป่วยฝึกปฏิบัติการหายใจ การไออย่างมีประสิทธิภาพเพื่อป้องกันภาวะปอดแฟบ ปอดอักเสบ โดยเริ่มเร็วที่สุดหลังฟื้นจากยาสลบรวมถึงการพลิกตะแคงตัวแบบท่อนซุง (log rolling) หลังผ่าตัดควรพลิกตะแคงตัวทุก 2 ชั่วโมงโดยใช้ 2 คนช่วยและดูแลเตรียมหมอนข้างช่วยขณะนอนตะแคง

7. สอน quadriceps exercise การบริหารกล้ามเนื้อต้นขากระดกข้อเท้าขึ้นและกดเข่าลงบนที่นอนป้องกันหลอดเลือดดำส่วนปลายอุดตัน

8. อธิบายวิธีการประเมินระดับความเจ็บปวดโดยใช้ Numeric Rating Scales เพื่อสื่อสารความรุนแรงของความปวดเป็นแนวทางการให้ยาระงับปวดที่เหมาะสมรวมถึงแนะนำให้สังเกตตนเองเพื่อประเมินการบาดเจ็บของเส้นประสาท ได้แก่อาการชาขาอ่อนแรง ความสามารถในการกลืนมีรสขมและอุจจาระหลังผ่าตัด ว่าแตกต่างจากก่อนผ่าตัดหรือไม่

การประเมินผล

1. ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวลหลับพักได้และครอบครัวพูดคุยสีหน้ายิ้มแย้มแจ่มใสขึ้น
2. ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถบอกวิธีปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัดได้บริหารร่างกายได้ตามคำแนะนำ

ระยะหลังผ่าตัด

การวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2 มีภาวะ Hypovolemic shock จากการสูญเสียเลือด

ข้อมูลสนับสนุน

ผู้ป่วยเสียเลือดขณะทำผ่าตัด 800 ml. และเสียเพิ่มทาง RD 200 cc. ใน 1 ชั่วโมงหลังผ่าตัด Hematocrit 24.8% BP 83/58 มิลลิเมตรปรอท P 100 ครั้ง/นาที SpO₂ room air 93%

วัตถุประสงค์ : ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะช็อกจากการเสียเลือด

เกณฑ์การประเมินผล

1. อัตราชีพจร 60-100 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 90/60-130/90 มม.ปรอท SpO₂ >= 95%
2. ค่า Hct >= 30% ค่า PT < 13 sec APTT < 32 sec Plt 150,000-440,000/ul
3. ปริมาณปัสสาวะออกมากกว่า 30 ซีซี/ชั่วโมง

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินสัญญาณชีพทุก 15-30 นาทีโดย on monitor NIBP
2. ให้ 0.9% NaCl iv load 200 ml. ใน 15 นาที 3 ครั้ง จากนั้นให้ rate 100 cc/ชั่วโมง
3. on Dopamine (2:1) IV rate 5-10 cc/hr keep SBP > 90 มม. ปรอท DBP > 60 มม. ปรอท ผ่านทางเครื่อง Infusion pump ประเมินอาการไม่พึงประสงค์การได้รับยา ได้แก่ ปวดศีรษะ เส้นเลือดส่วนปลายตีบ ใจสั่นแน่นหน้าอก หรือหลอดเลือดดำอักเสบจากการรั่วไหลของยาออกนอกเส้นเลือด

4. on O₂ canula keep SpO₂ 95-99% ตามแผนการรักษาดูแลไม่ให้สายหักพับงอ และให้มีน้ำในกระป๋องออกซิเจน ตามกำหนดตลอดเวลา อธิบายความจำเป็นในการให้แก่ผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยให้ความร่วมมือไม่ถอดออก

5. monitor conscious, V/S, EKG, urine output, record I/O ทุก 1 ชั่วโมง ถ้าปัสสาวะออกน้อยกว่า 30 cc. รายงานแพทย์

6. ให้เลือด 2 ถุงโดย double check ร่วมกับพยาบาล 2 คน ตรวจสอบหมู่เลือดปริมาณเลือดที่ให้และถามชื่อผู้ป่วยหมู่เลือดของผู้ป่วยก่อนให้ พร้อมทั้งแสดงให้ผู้ป่วยและญาติได้อ่านชื่ออธิบายการสังเกตอาการผิดปกติระหว่างให้เลือดที่ต้องรีบแจ้ง ได้แก่ การแพ้เลือด หนาวสั่น มีไข้หายใจเหนื่อยหอบเสียงปอด wheez ปัสสาวะขุ่นมีเลือดปนต้องหยุดให้ทันที

7. ประเมินการเสียเลือดจากแผลผ่าตัดว่าซึมหรือไม่ตรวจสอบการทำงานของขวดระบายเลือดให้เป็นระบบสัญญาณปกติ ปริมาณเลือดที่พบออกมากกว่า 200 ซีซี/ชั่วโมง ดูแล damp สายระบายเลือด 1 ชั่วโมง



การประเมินผล

1. ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี $E_4V_5M_6$ on O_2 canula 3 LPM SpO_2 95-99% หลัง load 0.9% NaCl 600 ml. on Dopamine (2:1) IV rate 13 cc/hr ประเมินสัญญาณชีพ BP 91/56-92/58 มม.ปรอท P 88ครั้ง/นาที RR 20ครั้ง/นาที
2. HCT หลังเลือดหมด 30% แผลผ่าตัดที่หลังไม่ซึม radivac drain content เลือด 280 ml. clamp radivac drain 1 hr. ไม่ออกเพิ่ม ปริมาณปัสสาวะออก 100 ซีซี/ชั่วโมง I/O = 2,880/2,680 ซีซี

การวินิจฉัยการพยาบาลที่ 3 ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาระงับความรู้สึก

ข้อมูลสนับสนุน

- ใช้ระยะเวลาในการผ่าตัด 2 ชั่วโมง 30 นาที under GA

วัตถุประสงค์ : ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนหลังการได้รับยาระงับความรู้สึกโดยการดมยาสลบ

เกณฑ์การประเมินผล

1. ดีขึ้นดี เสียงหายใจปกติ อัตราการหายใจอยู่ในช่วง 18-22 ครั้ง/นาที ชีพจร 60-100 ครั้ง/นาที ความดันโลหิตอยู่ในช่วง 90/60-140/90 มิลลิเมตรปรอทหรือไม่ต่ำกว่า baseline เดิมมากกว่า 40 mmHg
2. O_2 saturation >94%

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินระดับความรู้สึกตัวจนกว่าผู้ป่วยจะตื่นดี ดูแลนอนราบหนุนหมอน 1 ใบ
2. ประเมินสัญญาณชีพทุก 15 นาที 4 ครั้งทุก 30 นาที 2 ครั้งและทุก 1 ชั่วโมงหลังจากนั้นทุก 2 ชั่วโมง
3. สังเกตและบันทึกลักษณะการหายใจเสียงหายใจ และประเมินลักษณะสีผิวที่ตรวจสอบปลายมือปลายเท้าซีดเย็น หรือมีอาการหนาวสั่นผิดปกติ keep warm ดูแลให้ on canula 2 LPM keep O_2 saturation >=95%
4. กระตุ้นให้ผู้ป่วยหายใจเข้าออกลึกๆ และไออย่างถูกวิธีเมื่อผู้ป่วยรู้สึกตัวดี
5. ประเมินอาการคลื่นไส้อาเจียนและดูแลให้ plasil 10 mg. iv PRN q 6 hrs เมื่อคลื่นไส้อาเจียนสังเกตอาการที่เรียกว่า extrapyramidal symptom กรณีได้ยาขนาดสูงดูแลให้ได้รับ 0.9% Nacl iv 100 cc/hr. เพียงพอตามแผนการรักษา
6. ดูแลให้ผู้ป่วยมี early ambulationเมื่อพ้นภาวะช็อก
7. ประเมินการทำงานของลำไส้ (bowel sound positive) กระตุ้นการพลิกตะแคงตัวบ่อย ๆ ซ้ำ ๆ

ประเมินผลการพยาบาล

1. ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี หายใจสม่ำเสมออัตราการหายใจ 22 ครั้ง/นาที ชีพจร 100 ครั้ง/นาที BP 140/90 มม.ปรอท ปลายมือปลายเท้าไม่เขียวไม่มีหนาวสั่น
2. หลัง on canula 2 LPM O_2 saturation 97-98%
3. ไม่มีคลื่นไส้อาเจียนไม่มีท้องอืดผายลมได้ bowel sound 8-10 ครั้งต่อนาที ยังไม่ถ่าย

การวินิจฉัยการพยาบาลที่ 4 วิดกกังวลเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด

ข้อมูลสนับสนุน : ญาติมีสีหน้ากังวลนั่งจ้องผู้ป่วยและไม่ได้พักผ่อน

วัตถุประสงค์ : เพื่อลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยและญาติ

เกณฑ์การประเมินผล : คลายวิตกกังวลและร่วมมือในการดูแลผู้ป่วยตามแผนการรักษา

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินระดับความวิตกกังวลของผู้ป่วยและญาติเพื่อวางแผนการให้ข้อมูล โดยเปิดโอกาสให้ซักถามและระบายความรู้สึก
2. ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการเกิดภาวะช็อกและแนวทางการดูแลรักษาพร้อมกันระหว่างแพทย์พยาบาลและญาติผู้ป่วยทุกครั้งให้การพยาบาล หรือมีอาการเปลี่ยนแปลงซึ่งอาจจะต้องได้รับการกระตุ้นความดันโลหิต หากความดันโลหิตต่ำกว่า 90/60 mmHg และการได้รับโลหิตเพิ่มเติมจากการเสียเลือด
3. อธิบายการจำกัดจำนวนผู้เข้าเยี่ยมในระหว่างที่ผู้ป่วยยังอยู่ในภาวะช็อก

4. อธิบายถึงความจำเป็นที่ต้องใช้เครื่องติดตามประเมินสัญญาณชีพ และเครื่องควบคุมการให้สารน้ำทางหลอดเลือดตลอด 24 ชั่วโมง ซึ่งอาจมีเสียงสัญญาณเตือนรบกวนเป็นระยะ ตลอดจนการสังเกตอาการผ่านกล้องวงจรปิดตลอดระยะที่ผู้ป่วยอยู่ในภาวะช็อก เพื่อให้การช่วยเหลือได้อย่างรวดเร็ว

5. แนะนำการใช้ปุ่มกดขอความช่วยเหลือฉุกเฉิน เมื่อพบอาการผิดปกติ และหากพบมีอาการนำวิตกกังวล ทีมแพทย์ และพยาบาลอาจพิจารณาย้ายผู้ป่วยไปหน่วยงานที่มีความพร้อมมากขึ้นได้

ประเมินผลการพยาบาล

ญาติและผู้ป่วยคลายกังวล เข้าใจร่วมตัดสินใจในการดูแลผู้ป่วยที่ตึกพิเศษ

การวินิจฉัยการพยาบาลที่ 5 ไม่สุขสบายเนื่องจากปวดแผลผ่าตัด

ข้อมูลสนับสนุน : ผู้ป่วยบ่นปวดแผล pain score 6 คะแนน หลังผ่าตัด 24 ชั่วโมงแรก

วัตถุประสงค์ : ผู้ป่วยสุขสบายปวดแผลลดลงสามารถ Early ambulate ได้โดยเร็วหลังพ้นภาวะช็อก

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยมีระดับ pain score < 3 คะแนน
2. ผู้ป่วยสามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้มากขึ้นจากเดิม นอนหลับได้ต่อเนื่อง

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินอาการปวดโดยใช้ Numeric rating scale ได้ 6/10 คะแนน และประเมินสัญญาณชีพระดับความง่วงซึม (sedation score) ก่อนให้ยา Morphine 2 mg. iv pm q 4-6 hr. ถ้า sedation score < 2 คะแนน งดให้ยา
2. ประเมินสัญญาณชีพระดับความง่วงซึม (sedation score) หลังได้รับยา Morphine ทุก 1-2 ชั่วโมง และเฝ้าระวังอาการข้างเคียง เช่น คลื่นไส้ อาเจียน ท้องผูก ง่วงซึม สับสน วุ่นวาย เพื่อในผู้สูงอายุ
3. ดูแลให้การพยาบาลด้วยความนุ่มนวล จัดทำนอนโดยนอนตะแคงกอดหมอนข้าง พลิกตะแคงตัวแบบท่อนซุง (log roll method) และช่วยเหลือกิจวัตรประจำวันอย่างช้าๆ ป้องกันเวียนศีรษะโดยแนะนำท่าทางที่เหมาะสม ลดความเจ็บปวดทำให้ผู้ป่วยและญาติมั่นใจสามารถปฏิบัติเองได้
4. พุดคุยให้กำลังใจ เบี่ยงเบนความสนใจต่ออาการปวดลดความวิตกกังวล
5. ดูแลจัดลดเสียงรบกวนแสงไฟในห้องผู้ป่วยให้สงบและให้รับประทานยานอนหลับ Ativan 1 mg ก่อนนอน ประเมินการหลับหากไม่หลับพิจารณาเพิ่มยาแก้ปวดตามแผนการรักษา

ประเมินผลการพยาบาล

1. ผู้ป่วยได้รับประทานยาแก้ปวดตามแผนการรักษา ไม่ขอยาฉีดแก้ปวดเพิ่ม pain score 3 คะแนน ไม่มีความดันโลหิตลดลง ไม่มีหายใจลำบาก
2. ชยับเคลื่อนไหวได้ดีตามคำแนะนำ หลับได้ต่อเนื่อง

การวินิจฉัยการพยาบาลที่ 6 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการติดเชื้อที่แผลผ่าตัด

ข้อมูลสนับสนุน : มีแผลผ่าตัด lumbar laminectomy แผลผ่าตัดยังไม่แห้ง

วัตถุประสงค์ : ป้องกันการติดเชื้อที่แผลผ่าตัด

เกณฑ์การประเมินผล : แผลผ่าตัดไม่มีการอักเสบ ปวด บวม แดง ร้อน ไม่มีไข้

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินและบันทึกสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง หากอุณหภูมิร่างกาย > 37.5 องศาเซลเซียส ดูแลกระตุ้นให้ผู้ป่วยดื่มน้ำมาก ๆ อย่างน้อยวันละ 2,000-3,000 ซีซี ดูแลเช็ดตัวลดไข้
2. สังเกตและบันทึกอาการที่แสดงการติดเชื้อ เช่น ไข้ บริเวณแผลผ่าตัดมีการอักเสบ ปวด บวม แดง ร้อน หรือมีเลือด/น้ำเหลืองซึมออกมานอกแผลทันที

3. ดูแลให้ท่อระบายมีการระบาย content ออกจากแผลให้หมด ดูแลไม่ให้สายหักพับงอ ประเมินและบันทึก ลักษณะ ปริมาณ สี กลิ่นของ content และรายงานให้แพทย์ทราบทันทีเมื่อพบความผิดปกติ
4. ดูแลให้การพยาบาลโดยใช้หลัก aseptic technique และ 5 moment hand hygiene
5. ดูแลความสะอาดร่างกายและผิวหนังบริเวณหลังไม่ให้อับชื้น ช่วยนอนตะแคงบ่อย แนะนำไม่ให้ผู้ป่วยแกะเกา และไม่ให้แผลเปียกน้ำขณะเช็ดตัว
6. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับประทานอาหารที่มีโปรตีนสูงอย่างง่ายหลังจากงด NPO
7. ดูแลให้ยา cefazolin 1 gm iv q 6 hr และติดตามอาการข้างเคียงจากยา ได้แก่ อาการคลื่นไส้อาเจียน มึนงง และรายงานแพทย์ หากพบมีอาการผิดปกติ
8. ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ CRP, WBC รายงานแพทย์ทราบ

ประเมินผลการพยาบาล

แผลผ่าตัดไม่มีการอักเสบ ปวด บวม แดง ร้อน ไม่มีการแยกของแผล ไม่มีไข้

การวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 7 มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการบาดเจ็บของเส้นเลือด/เส้นประสาทหลังผ่าตัด

ข้อมูลสนับสนุน

- ผู้ป่วยบอกว่ามีอาการปวด ชา อ่อนแรงของกล้ามเนื้อเพิ่มขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับก่อนผ่าตัด
- ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัด laminectomy L3-S1 ซึ่งมีหลอดเลือด และเส้นประสาทอยู่ใกล้เคียงบริเวณผ่าตัด

วัตถุประสงค์ : ป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการบาดเจ็บของเส้นเลือด/เส้นประสาท

เกณฑ์การประเมินผล

ผู้ป่วยได้รับการประเมินภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการบาดเจ็บของเส้นเลือด/เส้นประสาท

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินการทำงานของระบบไหลเวียนเลือด และระบบประสาทของอวัยวะส่วนปลาย 7Ps และกำลังของกล้ามเนื้อขาเปรียบเทียบกับก่อนผ่าตัดตั้งแต่หลังผ่าตัดจนถึง 72 ชั่วโมง หากมีอาการอ่อนแรงมากขึ้นให้รายงานแพทย์ทันที
2. ทดสอบกำลังของกล้ามเนื้อเพื่อการประเมินระบบประสาทการเคลื่อนไหวตรวจจากประสาทโดยประเมินการรับรู้ความรู้สึกบริเวณที่มีพยาธิสภาพระดับ L3-S1

การประเมินผล

การทดสอบกล้ามเนื้อ L5 Long toe extensors: extensor hallucis longus กระดกนิ้วหัวแม่เท้าขึ้นผู้ป่วยปฏิบัติได้ดีประเมินการรับรู้ความรู้สึกปกติระดับ 2 ผู้ป่วยไม่มีอาการปวด/ชา/ซีด/เย็นอ่อนแรงของกล้ามเนื้อ

ระยะก่อนจำหน่าย

การวินิจฉัยการพยาบาลที่ 8 มีความพร้อมในการฟื้นฟูสภาพด้วยตนเองหลังผ่าตัด

ข้อมูลสนับสนุน : ผู้ป่วยไม่ได้ฝึกปฏิบัติเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพภายหลังผ่าตัดโดยเร็วจากการจำกัดกิจกรรมในระยะแรก

วัตถุประสงค์ : เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถฟื้นฟูสภาพร่างกายได้

เกณฑ์การประเมินผล : สามารถเดิน walker และดูแลตนเองเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพหลังผ่าตัดได้เหมาะสม

กิจกรรมการพยาบาล

1. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามภายหลัง ให้ความรู้การสอนสาธิตและตอบข้อสงสัยเกี่ยวกับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และเพศสัมพันธ์
2. สาธิตวิธีการปฏิบัติตัวในการฟื้นฟูสมรรถภาพกล้ามเนื้อหลัง และกล้ามเนื้อขาภายหลังผ่าตัดและใช้อุปกรณ์พยางหลัง อุปกรณ์ช่วยเดิน โดยร่วมกับทีมนักกายภาพบำบัดส่งเสริมความมั่นใจและปฏิบัติต่อเนื่อง
3. ติดตามและประเมินผลโดยการสอบถามและทดลองให้ปฏิบัติเมื่อกลับตึกให้กำลังใจ

การประเมินผล

ผู้ป่วยสามารถฟื้นฟูสมรรถภาพของกล้ามเนื้อหลัง และกล้ามเนื้อขาหลังส่งกายภาพสอนการใช้อุปกรณ์พยุงหลัง และใช้ walker ช่วยเดินได้ถูกต้อง

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 9 ผู้ป่วยมีความรู้และทักษะไม่เพียงพอในการดูแลตนเองเมื่อกลับบ้าน

ข้อมูลสนับสนุน : ผู้ป่วยและครอบครัวบอกว่าไม่มั่นใจไม่ทราบว่า เมื่อกลับบ้านแล้วจะดูแลตนเองได้ถูกต้องหรือไม่

เกณฑ์การประเมินผล : ผู้ป่วยและครอบครัวมีความมั่นใจในการดูแลตนเองที่บ้าน

กิจกรรมการพยาบาล

1. ให้ความรู้การรับประทานยาและผลข้างเคียงของยา
2. ฝึกทักษะที่จำเป็นแก่ผู้ป่วย และครอบครัวครอบคลุมตาม D-METHOD ได้แก่การจัดสิ่งแวดล้อมที่บ้านให้ถูกต้องคือการใช้สุขภัณฑ์ชนิดนั่งราบและมีราวจับพยุงตัว การบริหารกล้ามเนื้อหลังการเดิน walker ในระยะแรก
 - มีระบบการติดตามดูแลแผลผ่าตัดหลังกลับบ้าน
 - การใส่อุปกรณ์พยุงหลัง (Lumbar support) เมื่อลุกนั่ง ยืน เดิน นานประมาณ 6 - 8 สัปดาห์ภายหลังผ่าตัด และใส่ L-S support ถ้ายังปวดเฉพาะขณะนั่งเดินไม่ใส่ตลอดเวลา
 - การออกกำลังกายเน้นให้ผู้ป่วยบริหารกล้ามเนื้อหลังและขาทุกวันอย่างต่อเนื่องอย่างน้อยวันละ 3 เวลา อิริยาบถต่างๆ การนั่งเลือกเก้าอี้ที่มีความสูงระดับเข่า ไม่ควรยืนาน ๆ และใช้อุปกรณ์ช่วยพยุงเดินจนกว่ากล้ามเนื้อขาจะแข็งแรง
 - อาหารที่มีแคลเซียมสูงเพื่อช่วยควบคุมน้ำหนักตัวไม่ให้มากเกินไป

การประเมินผล

ผู้ป่วยและครอบครัวบอกว่ามีความรู้ความเข้าใจ และมีความมั่นใจในการดูแลตนเองที่บ้าน

สรุปกรณีศึกษา

ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 64 ปี 6 เดือน มีอาการปวดตึงหลังและเอวถูกส่งตัวมารักษาต่อที่โรงพยาบาลกำแพงเพชร เนื่องจากผู้ป่วยมี neurological deficit แพทย์ทำผ่าตัด laminectomy L3-L5 with Posterior instrumented fusion with PDS L3-L5 PLF ผู้ป่วยรายนี้มีภาวะแทรกซ้อนช็อกจากการสูญเสียเลือด 800 ml. ขณะผ่าตัดและหลังผ่าตัด 470 cc. ได้รับเลือดทั้งหมด 3 ถุง ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะช็อกจากการสูญเสียเลือด ไม่มีไข้ ปวดแผลลดลงไม่บวมแดง และฟื้นฟูร่างกายได้รวดเร็ว ซาซาข้างซ้ายและขาอ่อนแรงลดลง หลังผ่าตัดสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ดีเดิน walker ได้รวมเวลาอนโรงพยาบาล 6 วัน

วิจารณ์และเสนอแนะ

พยาบาลได้ใช้ความรู้และทักษะวิเคราะห์แนวโน้มอาการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายและระบบประสาทไขสันหลัง เพื่อการดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพทำให้ผู้ป่วยไม่เกิดอันตรายจากภาวะแทรกซ้อนที่อาจทำให้เสียชีวิต และการช่วยบรรเทาความเจ็บปวดที่เหมาะสมจนผู้ป่วยฟื้นฟูได้เร็วด้วยความมั่นใจ โดยมีข้อเสนอแนะดังนี้

1. ควรมีแนวทางการดูแลรักษาร่วมกับสหสาขาวิชาชีพจัดทำแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสันหลังส่วนเอว และการฟื้นฟูให้ครอบคลุมทุกระยะเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการในดูแลผู้ป่วยให้ปลอดภัยและฟื้นตัวโดยเร็ว
2. พยาบาลผู้ดูแลต้องมีความรู้และทักษะเฉพาะทางในการดูแลผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูก

บทสรุป

ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะวิกฤตและภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด กรณีศึกษานี้สามารถนำไปเป็นแนวทางในการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังส่วนเอวได้

เอกสารอ้างอิง

1. ปภาภิน ศิริผล. คู่มือการพยาบาล ผู้ป่วยโรคโพรงกระดูกสันหลังส่วนเอวตีบแคบที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังส่วนเอว. [ออนไลน์]. [เข้าถึงเมื่อ 16 ตุลาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://www2.si.mahidol.ac.th/division/nursing/sins/index.php/manual/227-manual-2559-04>.
2. สุภาพ อารีเอื้อ. การพยาบาลออร์โธปิดิกส์: จากหลักฐานเชิงประจักษ์สู่การปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก. กรุงเทพฯ: ไอดี ดิจิตอลพรินท์; 2564.
3. มานี รักษาเกียรติศักดิ์. การระงับความรู้สึกสำหรับการผ่าตัดกระดูกสันหลังส่วนเอว. กรุงเทพฯ: พี.เอ.ลิฟวิ่ง; 2560.
4. บุญมี ชุมพล. การพยาบาลผู้ป่วยหมอนรองกระดูกสันหลังส่วนเอวเคลื่อนกดทับเส้นประสาทร่วมกับโพรงกระดูกสันหลังส่วนเอวตีบแคบที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังส่วนเอวเพื่อคลายการกดทับเส้นประสาทร่วมกับการเชื่อมและยึดตรึงกระดูกสันหลังด้วยโลหะ. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม. 2564;1(18):73-85.
5. Kalpana Vinod Kelkar. Post operative pulmonary complications after non-cardiothoracicsurgery. [online]. [cite 2023, Oct 16]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4613407>.
6. ศูนย์ข้อมูลโรงพยาบาลกำแพงเพชร. สถิติผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสันหลังในโรงพยาบาลกำแพงเพชร 2564-2566. [ฐานข้อมูล HOSxP]. 2566. [เข้าถึงเมื่อ 16 ตุลาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก : HOSxP SQL Query.
7. Swann MC, Hoes KS, Aoun SG, McDonagh DL. Postoperative complication of spine surgery. Best Pract Res Clin Anesthesiol. 2016;(1):103-20.
8. Nurselabs. 8 Laminectomy (Disc Surgery) Nursing Care Plan. [online]. [cite 2023, Oct 16]. Available from: <https://nurselabs.com>.
9. ศศิกรณิชา สันติวรบุตร. ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อคุณภาพการฟื้นตัวหลังผ่าตัดและ การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสันหลังส่วนเอว. [ออนไลน์]. [เข้าถึงเมื่อ 16 ตุลาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://librarychristian.ac.th/thesis document/T042.642.pdf>.



Nursing interventions for patients with antimicrobial-resistant infections in the gastrointestinal tract are complicated by sepsis. : Case study

Prajin Junsuk, D.N.S.*

Abstract

Introduction : Drug-resistant infections in the gastrointestinal tract combined with sepsis in the bloodstream. It is a critical situation that threatens the patient's life if the patient receives care late or inappropriately. Nurses play an important role in assessing the health status and needs of patients. Diagnose the problem Closely monitor for changes in symptoms. Plan and carry out effective nursing care. Coordinate with the interdisciplinary team to provide patient care. It will help keep patients safe from crises and prevent and control drug-resistant infections.

Objective : To provide effective nursing care for patients with drug-resistant infections in the gastrointestinal tract and bloodstream infections.

Case study : Thai woman, 52 years old, with high fever, lethargy, confused speech, tightness in the stomach, inability to breathe. Had 2 loose bowel movements, no vomiting, 8 hours before coming to the hospital. The first symptoms were admitted to the emergency room: body temperature 38.3 degrees Celsius, heart rate 92 beats per minute. Respiratory rate 20 times per minute O₂Saturation 97 % Blood pressure 124/72 mmHg Blood lactate 2.1 mmol/L Abdominal tenderness and pain throughout the abdomen. Diagnosed with AGE with E.coli ESBL septicemia, treated according to guidelines. Drug-resistant bacteria with sepsis and admission in inpatient wards Providing treatment for acute diarrhea and bloodstream infections caused by drug-resistant bacteria. Give fluids intravenously Give appropriate antibiotics Adjust the balance of mineral salts and follow up on fevers. and use contract principles precaution and isolation zone. Important nursing problems are: 1. There is an infection in the bloodstream. 2. Risk of tissue oxygen depletion 3. There is an imbalance of mineral salt levels in the body. 4. There is a risk of spreading infection due to infection with antimicrobial resistant bacteria. 5. Risk of urinary tract infection related to urinary catheter placement. 6. Oxygen transporter anemia associated with chronic illness. 7. Patients and relatives are worried about illness and Correct behavior regarding drug-resistant germs. The result is that the patient is safe, has no complications from drug-resistant infection along with bloodstream infection, receives standard nursing care and can be discharged from the hospital. Total length of stay in hospital was 19 days.

Conclusion : The patient was safe from the critical situation of severe bloodstream infection caused by drug-resistant bacteria and had no complications. Therefore, nurses must have high expertise in caring for patients with drug-resistant bacteria and bloodstream infections. This case study can be used as a guideline for effective medical care for patients with drug-resistant bacteria who have sepsis.

Keywords : Patients with drug-resistant infections Patients with bloodstream infections, nursing care

*Registered Nurse for inpatient nursing department Khanu Woralaksaburi Hospital

การพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาในระบบทางเดินอาหาร ร่วมกับมีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด : กรณีศึกษา

ประจัน จันทร์สุก, ป.พส.*

บทคัดย่อ

บทนำ : การติดเชื้อดื้อยาในระบบทางเดินอาหารร่วมกับมีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด เป็นภาวะวิกฤตที่เป็นอันตรายต่อชีวิตผู้ป่วย หากได้รับการดูแลล่าช้าหรือไม่เหมาะสม พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการประเมินภาวะสุขภาพความต้องการของผู้ป่วย วินิจฉัยปัญหา ติดตามแผนการเปลี่ยนแปลงอย่างใกล้ชิด วางแผนและปฏิบัติการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ ประสานงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพ ในการดูแลผู้ป่วย จะช่วยให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะวิกฤตและป้องกันควบคุมการติดเชื้อดื้อยาได้

วัตถุประสงค์ : เพื่อให้การพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาในระบบทางเดินอาหารร่วมกับมีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดอย่างมีประสิทธิภาพ

กรณีศึกษา : หญิงไทย อายุ 52 ปี มีไข้สูง ซึม พูดเพ้อสับสน แน่นท้องหายใจไม่เต็มอึด ถ่ายเหลว 2 ครั้ง ไม่มีอาเจียน 8 ชั่วโมง ก่อนมาโรงพยาบาลอาการแรกเริ่มที่ห้องฉุกเฉิน อุณหภูมิร่างกาย 38.3 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 92 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที O₂Saturation 97% ความดันโลหิต 124/72 mmHg Blood lactate 2.1 mmol/L คลำท้องกดเจ็บทั่วท้อง ได้รับการวินิจฉัย AGE with E.coli ESBL septicemia ได้รับการดูแลรักษาตาม แนวปฏิบัติเชื้อดื้อยาที่มีภาวะ sepsis และ Admit ในหอผู้ป่วยใน ให้การรักษาเรื่องอุจจารร่วงเฉียบพลันและการติดเชื้อ ในกระแสเลือดจากเชื้อดื้อยา ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ ให้ยาปฏิชีวนะที่เหมาะสม ปรับสมดุลของเกลือแร่ติดตามเรื่องไข้ และใช้หลัก contract precautionและisolation zone ปัญหาทางการพยาบาลที่สำคัญ คือ 1. มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด 2. เสี่ยงต่อภาวะเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจน 3. มีภาวะเสียสมดุลของระดับเกลือแร่ในร่างกาย 4. เสี่ยงต่อการแพร่กระจายเชื้อ เนื่องจากติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพแบคทีเรีย 5. เสี่ยงต่อการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวน ปัสสาวะ 6. มีภาวะโลหิตจางจากตัวนำออกซิเจนสัมพันธ์กับการเจ็บป่วยเรื้อรัง 7. ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวล เกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องเรื่องเชื้อดื้อยา ผลลัพธ์ คือ ผู้ป่วยปลอดภัยไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากภาวะ ติดเชื้อดื้อยาร่วมกับติดเชื้อในกระแสเลือดได้รับการพยาบาลตามมาตรฐานสามารถจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลได้ รวมระยะเวลาอนรรักษาในโรงพยาบาล 19 วัน

สรุปผลกรณีศึกษา : ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะวิกฤตการติดเชื้อในกระแสเลือดรุนแรงจากเชื้อดื้อยาแบคทีเรียและไม่มี ภาวะแทรกซ้อน ดังนั้นพยาบาลต้องมีความรู้ความเชี่ยวชาญอย่างสูงในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาแบคทีเรียร่วมกับติดเชื้อ ในกระแสเลือด จากกรณีศึกษาครั้งนี้นำไปใช้เป็นแนวทางในการรักษาพยาบาลแก่ผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาแบคทีเรียที่มีภาวะ ติดเชื้อในกระแสโลหิตได้อย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ : ผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยา ผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด การพยาบาล

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ งานการพยาบาลผู้ป่วยในโรงพยาบาลชาตุมงคลบุรี



บทนำ

การติดเชื้อระบบทางเดินอาหาร (gastroenteritis) อาการสำคัญ คือ ไข้ อุจจาระร่วง อาจมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน เชื้อที่เป็นสาเหตุหลักเป็น เชื้อแบคทีเรีย รองลงมาคือไวรัส เชื้อที่เป็นสาเหตุที่พบบ่อย ได้แก่ *Salmoellasp*, *Shigellasp*, *Escherichia coli*, *Clostridiumdifficile*, *staphylococcus aureus*, Mixed bacteria, Viruses การติดเชื้อส่วนหนึ่งเกิดจากเชื้อในลำไส้ในของเราเอง ซึ่งบางครั้งอาจเป็นเชื้อดื้อยาที่สามารถส่งต่อยีนส์ดื้อยาให้กันได้เมื่อรับเชื้ออื่นเข้ามาทำให้เกิดอาการรุนแรงมากขึ้นโดยเฉพาะเชื้อแบคทีเรียดื้อยา (antimicrobrail resistance) ที่มีความสามารถของจุลชีพในการเพิ่มจำนวนหรือมีชีวิตอยู่ในสภาวะที่มีขาด้านจุลชีพในระดับที่สูงขึ้นจากระดับที่เคยยับยั้งหรือฆ่าจุลชีพชนิดนั้นได้ การติดเชื้อดื้อยาปฏิชีวนะที่มีการติดเชื้อในกระแสเลือดพบมากในผู้ป่วยที่มีภูมิคุ้มกันต่ำ ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยที่ติดเชื้อในกระแสเลือดจะมีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตเพิ่มขึ้น หากได้รับยาล่าช้าหรือไม่เหมาะสม เมื่อการติดเชื้อในกระแสเลือด(sepsis/septicemia)¹ ที่เกิดขึ้นที่ตำแหน่งใดตำแหน่งหนึ่งในร่างกายแล้วจะทำให้ร่างกายมีปฏิกิริยาตอบสนองต่อการติดเชื้อหรือต่อพิษของเชื้อโรคทำให้เกิดการอักเสบในอวัยวะภายในของร่างกาย เมื่อร่างกายมีการกระตุ้นภูมิคุ้มกันและเกิดอาการตอบสนองต่อการอักเสบ(Systemic inflammatory Response Syndrome: SIRS)² ซึ่งบางครั้งผู้ป่วยที่มารักษาอาจพบเพียงอาการแสดง 2 ใน 4 อย่างของภาวะSIRS ในระยะแรกจะมีการขยายตัวของหลอดเลือดส่วนปลาย (Vasodilatation) มีการรั่วซึมของสารน้ำออกจากหลอดเลือดทั่วตัว ส่งผลน้ำในระบบไหลเวียนเลือดนำไปสู่น้ำในช่องอก ความต้องการของอวัยวะสำคัญของร่างกายก่อเกิดอวัยวะล้มเหลวในที่สุดเช่นสมอง หัวใจ ไต ตับ ปอด หากได้รับการดูแลไม่ทันท่วงทีอาจส่งผลให้ติดเชื้อในกระแสเลือดรุนแรงและเสียชีวิตได้ จากสถิติระดับประเทศพบว่าคนไทยเสียชีวิตจากการติดเชื้อดื้อยาไม่น้อยกว่า 28000 คนปี เฉลี่ย 15 นาทีต่อคน 4 คนต่อชั่วโมง³

การติดเชื้อในกระแสโลหิตร่วมกับภาวะดื้อยาเป็นภาวะวิกฤตที่อันตรายต่อชีวิตผู้ป่วยหากไม่ได้รับการรักษาที่เหมาะสมตามแนว sepsis bundle ใน 1 ชั่วโมงแรกหลังให้การวินิจฉัย รวมทั้งได้รับยาปฏิชีวนะที่ครอบคลุมเชื้อจากการซักประวัติและตรวจร่างกายระหว่างที่รอผลเพาะเชื้อจากเลือด 3-5วัน หากวินิจฉัยล่าช้า ให้การรักษาไม่เหมาะสมจะเป็นเหตุให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ หรือผู้ที่รอดชีวิตอาจมีภาวะแทรกซ้อนนำไปสู่คุณภาพชีวิตที่แย่ นอนนานผลกระทบกับผู้ป่วยและญาติและโรงพยาบาลต้องเสียค่าใช้จ่ายเพิ่มมากขึ้น⁴ การรักษาพยาบาลมีเป้าหมาย เพื่อลดอัตราการเสียชีวิต ลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนและป้องกันและควบคุมการติดเชื้อดื้อยาโดยใช้กระบวนการพยาบาลและยึดหลัก contract precaution อย่างเคร่งครัดในการปฏิบัติพยาบาลอย่างครอบคลุมปัญหาของผู้ป่วยทั้ง 3 ระยะการดูแล รวมทั้งการประสานทีมสหสาขาในการร่วมดูแลผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะวิกฤตการติดเชื้อในกระแสเลือดจากเชื้อดื้อยาร่วมกับป้องกันควบคุมการติดเชื้อและการแพร่กระจายเชื้อดื้อยา

จากข้อมูลโรงพยาบาลชาตุมงคลบุรี พบผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสโลหิตปี 2564, 2565, 2566 จำนวน 327, 332 และ 313 ราย⁴ พบผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาจำนวน 62, 55 และ 93 ราย ผู้ป่วยเสียชีวิตด้วยภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิต จำนวน 5, 6 และ 3 ราย⁵ คิดเป็นร้อยละ 8.36, 12.00 และ 5.36⁶ ตามลำดับ เป็นสาเหตุการเสียชีวิตในห้าอันดับแรกของผู้ป่วยใน การพยาบาลในผู้ป่วยกลุ่มนี้จึงต้องเป็นไปอย่างรวดเร็วและถูกต้องโดยพยาบาลจำเป็นต้องมีความรู้และทักษะการใช้กระบวนการทางการพยาบาล การประเมินสภาพ จัดลำดับความสำคัญของปัญหา ให้ความช่วยเหลืออย่างถูกต้องและทันท่วงทีเพื่อรักษาชีวิตผู้ป่วยจากภาวะที่คุกคามตลอดจนภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นเพื่อลดระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาลและลดค่าใช้จ่ายโดยดูแลผู้ป่วยและครอบครัวแบบองค์รวม การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อให้การพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาในระบบทางเดินอาหารร่วมกับมีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตอย่างมีประสิทธิภาพ

กรณีศึกษา

หญิงไทย อายุ 52 ปี เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย ศาสนาพุทธ สถานภาพสมรสคู่ จบการศึกษาระดับประถมศึกษาปีที่ 4 อาชีพแม่บ้าน

อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล

มีไข้สูง แน่นท้อง หายใจไม่เต็มอิ่ม ถ่ายเหลวสองครั้ง 8 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล

ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน

5 วันก่อนมาโรงพยาบาล ปวดจุกท้องได้ลั้นปี อาเจียนเป็นอาหาร 2 ครั้ง เหมือนมีลมตีขึ้น เรอเหม็นเปรี้ยว เวียนศีรษะ ไม่มีไข้ ได้รับยารักษาโรคกระเพาะและได้รับคำแนะนำการดูแลตนเองเรื่องการกินอาหารและการจัดการอารมณ์เครียด

2 วันก่อนมาโรงพยาบาล มีอาการปวดจุกท้อง มารักษาที่ห้องฉุกเฉินนอกปวดทั่วท้อง ปวดจุกๆ อาเจียน 1 ครั้ง ปวดศีรษะ ไม่มีไข้ ให้ประวัติแพทย์กินแล้วนอน กินของเผ็ด กินไม่ตรงเวลา แพทย์ให้การรักษาเรื่องปวดจุกท้อง

1 วันก่อนมาโรงพยาบาล มีไข้ พุดเพื่อ สับสน ปวดท้อง ปวดหลัง มารักษาที่โรงพยาบาล ได้ยากลับไปรับประทานต่อที่บ้าน 8 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล แน่นท้อง หายใจไม่อิ่ม ถ่ายเหลว 2 ครั้ง ไปรักษาที่โรงพยาบาลคลองขลุง ได้ส่งกลับตามสิทธิ อาการแรกอยู่ที่ห้องฉุกเฉิน รู้สึกตัว มีอาการแน่นอึดท้อง ไม่กระสับกระส่าย กำลังแขนขาปกติ หายใจเหนื่อย อัตราการหายใจ 24 ครั้งต่อนาที ค่าความเข้มข้นออกซิเจนในเลือด 97% อุณหภูมิร่างกาย 38.3 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 94 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 124/72 mmHg blood lactate 2.1 mmol/L DTX 97 mg% คลำ abdominal general tenderness on RLS 1000 ml IV Load 500 ml then 100 ml/hr take H/C 2 ขวด ให้ยา Ciprofloxacin 400 mg IV q 8 ชั่วโมง Metronidazole 500 mg IV q 8 ชั่วโมง retained Foley's catheter keep urine output \geq 100 ml in 4 ชั่วโมง run EKG 12 lead และส่ง film acute abdomen ก่อน admit

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต

เป็นโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคไขมันในเลือดสูง มา 6 ปี รับประทานยาที่โรงพยาบาลชาตุมงคลบุรี เป็นมะเร็งไทรอยด์ผ่าตัดก้อนที่คอมา 3 ปี รักษาที่ศูนย์มะเร็งลพบุรี

ประวัติแพ้ยา

ผู้ป่วยให้ประวัติแพ้ยา penicillin จากคลินิก มีอาการเป็นผื่นคันใบหน้าลำตัว แต่ผู้ป่วยแจ้งว่าสามารถรับประทาน Ampicillin, amoxicillin ได้ไม่มีอาการแพ้

การประเมินสภาพร่างกายตามระบบ

รูปร่างทั่วไป	น้ำหนัก 55 กิโลกรัม ส่วนสูง 155 เซนติเมตร ค่า BMI 22.89 สมส่วน
สัญญาณชีพ	อุณหภูมิร่างกาย 38 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 106 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจสันตื้น 40 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 127/80 mmHg ค่าความเข้มข้นออกซิเจนในเลือด 97% ขณะ On O ₂ cannular 3 LPM รู้สึกตัวดี
ผิวหนัง	ผิวสีขาวเหลือง ดูซีด ไม่บวม มีแผลเป็นที่ลำคอ ไม่มีจ้ำเลือด ตัวร้อน
ศีรษะและใบหน้า	ศีรษะรูปทรงปกติ ผมสั้นสีดำแซมด้วยสีขาว ศีรษะไม่มีบาดแผล ตา 2 ข้าง มองเห็นชัดเจน pupil 3 min RTL BE เปลือกตาสีชมพู ใบหู จมูก ปาก
ทรวงอกและการหายใจ	ฟังปอดเสียงbreath sound เท่ากัน ทรวงอกปกติ
หัวใจและหลอดเลือด	เต้นสม่ำเสมอ เสียงหัวใจเต้นปกติ เส้นเลือดดำที่คอไม่โป่งพอง
ช่องท้องและทางเดินอาหาร	รูปร่างปกติ ท้องอืด เคาะโป่ง กดเจ็บทั่ว ๆ ท้อง
ระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ	แขนขาสามารถเคลื่อนไหวได้ตามปกติ
ระบบประสาท	รู้สึกตัวดี coma score E4V5M6
ระบบทางเดินปัสสาวะ	ใส่สายสวนปัสสาวะ กระเพาะปัสสาวะไม่โป่งตึง น้ำปัสสาวะสีเหลืองเข้มใสไม่มีตะกอน



ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่สำคัญ / ภาพถ่ายรังสี

สิ่งที่ตรวจ	ค่าปกติ	31/8/66	1/9/66	2/9/66	3/9/66	4/9/66	5/6/66	6/9/66
CBC								
Hct	36-47%	28.3			23			25.4
Hb	12-18 g/dl	9.9			7.9			8.6
WBC	5000-10000 cell/mm ³	19200			17300			10100
Neutrophil	40-60%	88.8			87.5			72.2
Blood chemistry								
K ⁺	3.5-5.1 mmol/L	4.07	3.81	3.19	3.55	3.33		3.09
Na ⁺	136-145 mmol/L	109.6	115.5	124.7	126	134.5		134.2
Cl ⁻	98-107 mmol/L	74.2	82.8	92.8	95.3	101.8		96.2
Co ₂	22-29 mmol/L	18.8	18	19.9	20.4	21.0		27.4
Anian gap	9-16.1 mmol/L	16.6	14.7	12	10.3	11.7		10.6
BUN	7.93-20.08 mg/dl	31.9	35.4	27.6	17.0			8.5
Cr ⁻	0.51-0.95 mg/dl	1.81	1.81	1.43	1.26	1.26		0.98
eGFR		31.69	33.94	42.14	49.10			46.54
Blood lactate	1-2 mmol/L	2.1 เจาะ ซ้ำ 3 ชม ผล 0.38						

H/C 31/8/66 ขวด 1 และ 2 Gram negative bacilli - Escherichia coli (ESBL-producing strain)

H/C 3/9/266 ขวด 1 Gram negative bacilli - Escherichia coli (ESBL-producing strain) ขวด 2 negative to date

วินิจฉัยโรค : AGE with E.coli ESBL septicemia

สรุปการดำเนินของโรคขณะรับไว้ดูแล

31 สิงหาคม 2566 เวลา 22.50 น. แรกรับรู้สีกตัวดี อ่อนเพลีย ความดันโลหิต 127/80 mmHg อุณหภูมิร่างกาย 38 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 104 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจสันตื้น 32 ครั้งต่อนาที ขณะ on O2 3 LPM O2 saturation 97% on RLS100 ml/hr แพทย์ให้ ORS เจาะ Blood lactate ซ้ำหลัง 3 ชั่วโมง ได้ 0.38 mmol/L พบ Na⁺ ต่ำกว่าค่าปกติ แพทย์ให้ 3%NaCl 500 ml iv 40 ml/hr ครบ 4 ชั่วโมง แล้วให้ Acetate ringer 100 ml/hr 23.55 น. ยังมีอาการหายใจสันตื้น 40 ครั้งต่อนาที รายงานแพทย์ให้ยา Sodamint 1 tab

1 กันยายน 2566 อุณหภูมิร่างกาย 38.4-39 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 120-160 ครั้งต่อนาที ทำ EKG แพทย์สั่งให้ Propanorol 10 mg ไม่มีอาการเจ็บหน้าอก O2saturation 96% ไม่มีถ่ายเหลว มีอาการปวดมวนท้อง Intake / Output 4311/4100 ml

2 กันยายน 2566 ผล H/C พบ gram negative bacilli รายงานแพทย์ off ABO เดิมให้ Tazosin 4.5 gm

3 กันยายน 2566 อุณหภูมิร่างกาย 39.5 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 96 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 24 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 116/69 mmHg เจาะ H/C ครั้งที่สอง

4-5 กันยายน 2566 ผล CBC มีภาวะซีด แพทย์ให้ Ferrous fumarate tab Folic a tab ผล lab พบ hypokalemia แพทย์ให้ Elixir kcl 30 ml ให้ประวัติเพิ่ม visual hallucination นอนไม่หลับ แพทย์ให้ Hadol 2 mg tab เจาะ DTX premeal ผล 172,149 mg% ความดันโลหิต 146/82 mmHg อัตราการเต้นของหัวใจ 90-100 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 24 ครั้ง/นาที แพทย์ให้ off iv และ ถอดสายสวนปัสสาวะรวมใส่ 7 วัน

9 กันยายน 2566 เจาะ H/C ครั้งที่ 2 culture result ขึ้นเชื้อเดิม คือ Gram negative bacilli - Escherichia coli (ESBL-producing strain) อยุรแพทย์ยังให้ Tazocin 4.5 mg ต่อให้ครบ 10 วัน (3-13/9/66) ไขลงดี อยุรแพทย์สงสัย HCV infection รอ confirm viral load plan ultrasound abdomen และแนะนำเรื่องสังเกตเรื่องเป็นไขกลับซ้ำ

12 กันยายน 2566 พบมีไข้สูง อุณหภูมิ 39 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 108 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 104/70 mmHg แพทย์เปลี่ยนยา ABO เป็น Meropenem 2 gm in NSS 100 ml iv stat drip in 1 ชั่วโมง then 1 gm in NSS 100 ml drip in 3 ชั่วโมง ทุก 8 ชั่วโมง plan ให้ครบ 7 วัน

13-18 กันยายน 2566 อุณหภูมิ 36.5-37 องศาเซลเซียส หายใจไม่หอบเหนื่อย อัตราการหายใจ 18-20 ครั้งต่อนาที หยุดให้ O2 cannular O2 Saturation 97% ความดันโลหิต 140/90 mmHg

19 กันยายน 2566 จำหน่ายกลับบ้านหลังได้ยาปฏิชีวนะครบ 7 วัน และอาการทั่วไปปกติ ระยะเวลาอนโรงพยาบาล 19 วัน

การวางแผนการพยาบาล

การพยาบาลระยะวิกฤต

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1 มีการติดเชื้อในกระแสเลือด

ข้อมูลสนับสนุน S : ญาติให้ประวัติไข้

O : อัตราชีพจรเบาเร็ว 120-140 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจเร็วสั้นตื่น 40 ครั้ง/นาที อุณหภูมิ 38.3 องศาเซลเซียส SIRS 2 ใน 4 MEWS score 4 Blood lactate 2.1 mmol/L ผล CBC พบ WBC 19200 cells/mm³, Neutrophil 88.8%, H/C พบเชื้อ Gram negative bacilli

วัตถุประสงค์ : เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิต

เกณฑ์การประเมินผล

1. MAP \geq 65 mmHg, BP \geq 90/60 mmHg ชีพจร 60-100 ครั้ง/นาที ค่าความเข้มข้นออกซิเจนในเลือดมากกว่าหรือเท่ากับ 95% Blood lactate อยู่ในช่วง 1-2 mmol/L
2. ปัสสาวะออกมากกว่าหรือเท่ากับ 100 ml/4 ชั่วโมง WBC 5000-10000 10³ cell/mm³, Neutrophil 40-60%

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินและสังเกตอาการ อาการแสดงของภาวะช็อกอย่างต่อเนื่อง ได้แก่ อาการกระสับกระส่าย ซึมลง ไม่รู้สึกตัว ผิวหนังเย็นชื้น ซีด เขียวที่ปลายมือปลายเท้า capillary refill นานกว่า 2 วินาที หรือไม่ อัตราชีพจรเบาเร็วกว่า 100 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจเร็วและลึกมากกว่า 24 ครั้ง/นาที หรือไม่ ถ้าพบความผิดปกติรายงานแพทย์ทันที
2. ประเมิน และติดตามสัญญาณชีพ MEWS Score ถ้ามากกว่าหรือเท่ากับ 4 คะแนน ค่าความเข้มข้นออกซิเจนในเลือดทุก 15 นาที เมื่อค่าความดันโลหิตเฉลี่ยมากกว่าหรือเท่ากับ 65 mmHg ประเมินทุก 1 ชั่วโมง จนอาการคงที่จึงประเมินทุก 2 ชั่วโมง และ 4 ชั่วโมงตามลำดับ
3. ดูแลให้ได้รับออกซิเจนตามแผนการรักษา ได้แก่ O2 cannular 3-5 LPM ติดตามค่าความเข้มข้นออกซิเจนในเลือด ถ้าน้อยกว่า 95% บันทึกผลและรายงานแพทย์
4. ดูแลให้ได้รับยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษา ได้แก่ Ciproflox 400 mg iv ทุก 8 ชั่วโมง ร่วมกับ Metronidazole 500 mg ทุก 8 ชั่วโมง ติดตามสังเกตอาการที่เป็นผลข้างเคียงจากยา ได้แก่ ผื่น ท้องเสีย
5. ดูแลให้ได้รับสารน้ำตามแผนการรักษา อย่างเพียงพอและประเมินบริเวณผิวหนังที่ให้ IV
6. ติดตามปริมาณปัสสาวะที่ออก 100 ml ใน 4 ชั่วโมง บันทึกน้ำเข้า-ออกเพื่อประเมินการทำงานของไต และติดตามค่าไต BUN Cr eGFR ถ้าพบค่าผิดปกติ ปัสสาวะออกน้อยลง รายงานทันที
7. ติดตามผลตรวจ Blood lactate และประเมินซ้ำใน 3 ชั่วโมง หลังตรวจแรก ถ้าพบว่าผลสูงขึ้นรายงานแพทย์ทันที
8. ให้การพยาบาลด้วยเทคนิคปลอดเชื้อโดยเฉพาะการล้างมือให้สะอาดก่อนและหลังการให้การพยาบาล หรือทำหัตถการเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อหรือการติดเชื้อเพิ่มขึ้น
9. ติดตามผลทางห้องปฏิบัติการ WBC, Neutrophil เพื่อประเมินการติดเชื้ออย่างต่อเนื่อง

การประเมินผล

1. MAP 70-80 มม.ปรอท ความดันโลหิต 103/66-113/78 mmHg อัตราชีพจร 90-118 ครั้ง/นาที O₂ saturation 96-97% ผล Blood lactate เจาะซ้ำหลัง 3 ชั่วโมง เท่ากับ 0.38 mmol/L
2. ปัสสาวะออกมากกว่า 100 มล. ใน 4 ชั่วโมงผล WBC 17,300 cell/mm³ Neutrophil 88.8%

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2 เสี่ยงต่อภาวะเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจนจากการหายใจไม่มีประสิทธิภาพเนื่องจากภาวะเลือดเป็นกรด

ข้อมูลสนับสนุน S : ผู้ป่วยบอกเหนื่อย หายใจไม่สะดวก

O : อัตราการหายใจเร็วขึ้น 40 ครั้งต่อนาที O₂ Saturation 96% ค่า CO₂ ในเลือดต่ำ 18.8 mmol/L anion gap 16.6 อัตราการเต้นของหัวใจ 140 ครั้งต่อนาที

วัตถุประสงค์ : เพื่อให้เนื้อเยื่อของร่างกายได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยมีระดับความรู้สึกตัวปกติสัญญาณชีพปกติ ได้แก่ อัตราการเต้นของหัวใจ 60-100 ครั้งต่อนาที ไม่พบหัวใจเต้นผิดจังหวะ หายใจไม่เหนื่อยหอบ อัตราการหายใจ 16-20 ครั้งต่อนาที ค่า O₂ saturation 95-100%
2. ค่า CO₂ ในเลือด 22 - 29 mmol/L
3. ไม่มีภาวะพร่องออกซิเจน ได้แก่ ผิวหนังซีด ริมฝีปากเขียวคล้ำ ปลายมือปลายเท้าเขียว

กิจกรรมการพยาบาล

1. ติดตามและประเมินอาการของ respiratory distress อย่างต่อเนื่อง ทั้งลักษณะ อัตราการหายใจ
2. ประเมิน breath sound และติดตามค่า O₂ saturation หาก < 95% รายงานแพทย์ทันที
3. สังเกตประเมินภาวะเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจน เช่น กระสับกระส่าย เหงื่อออกตัวเย็น หายใจเหนื่อยหอบมากขึ้น หายใจเร็วขึ้น ใช้กล้ามเนื้อหน้าท้องช่วยหายใจ ปลายมือปลายเท้าเขียวคล้ำ และหกลิ้น
4. ดูแลให้ได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอได้แก่ O₂ cannular 3-5 LPM ตามแผนการรักษา
5. ดูแลเช็ดตัวลดไข้เมื่ออุณหภูมิมากกว่า 37.5 องศาเซลเซียส เนื่องจากอุณหภูมิที่สูงขึ้น จะเพิ่มการใช้ออกซิเจนของร่างกาย
6. ตรวจสอบสัญญาณชีพ อาการ และอาการแสดง ได้แก่ รูปแบบการหายใจ การเคลื่อนไหวของทรวงอก ทุก 1 ชั่วโมง และทุก 4 ชั่วโมงเมื่ออาการคงที่
7. จัดท่านอนศีรษะสูง 30-45 องศา เพื่อช่วยให้กระบังลมหย่อนตัว ปอดขยายตัวรับออกซิเจนได้มากขึ้น
8. เตรียมทีม สถานที่ และอุปกรณ์ช่วยเหลือเมื่อเกิดภาวะฉุกเฉินให้มีความพร้อมตลอดเวลา

การประเมินผล

1. สัญญาณชีพปกติ ค่า O₂ Saturation 97%
2. ค่า CO₂ ในเลือด 27.4 mmol/L anion gap 10.6 mmol/L
3. รู้สึกตัวดีไม่มีอาการและอาการแสดงของภาวะพร่องออกซิเจน

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 3 ผู้ป่วยมีภาวะเสียสมดุลของระดับเกลือแร่ในร่างกาย

ข้อมูลสนับสนุน S : ผู้ป่วยอ่อนเพลีย

O : K⁺ 3.19 mmol/L Na⁺ 109.6 mmol/L

วัตถุประสงค์ : เพื่อให้ผู้ป่วยมีภาวะสมดุลของเกลือแร่ในร่างกาย

เกณฑ์การประเมินผล

1. ระดับเกลือแร่อยู่ในเกณฑ์ปกติ K⁺ 3.5-5.5 mmol/L Na⁺ 135-145 mmol/L
2. ไม่มีอาการแสดงระดับเกลือแร่ต่ำได้แก่ กล้ามเนื้ออ่อนแรงเกร็ง ตะคริว สับสน
3. ไม่มีภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ ปัสสาวะออก 0.5 ml/kg/hr

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินอาการและอาการแสดงของผู้ป่วยของภาวะ hyponatremia และ hypokalemia ได้แก่ ระดับความรู้สึกตัว ซึม คลื่นไส้ อาเจียน กล้ามเนื้อเกร็งกระตุก การหายใจผิดปกติ และหัวใจเต้นผิดจังหวะ
2. ประเมินสัญญาณชีพ และระดับความรู้สึกตัว
3. ดูแลให้ได้รับ 3% NaCl 500 ml iv drip in 4 ชั่วโมง ควบคุมการไหลของสารน้ำผ่านเครื่อง Infusion เฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์และให้ Elixir KCl 30 cc oral ตามแผนการรักษา
4. ติดตามและบันทึกปริมาณน้ำเข้าออกทุก 8 ชั่วโมง ประเมินความสมดุลและลักษณะปัสสาวะที่ออก ถ้าปัสสาวะน้อยกว่า 0.5 ml/kg/hr รายงานแพทย์
5. ติดตามผลการตรวจเกลือแร่ในเลือดเพื่อประเมินผลการดูแลรักษา
6. แนะนำให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารที่มีเกลือแร่สูงได้ เช่น ถั่ว ผักใบเขียว นม

การประเมินผล

1. ระดับเกลือแร่ K+ 3.69 mmol/L Na+ 134.2 mmol/L
2. รู้สึกตัวดี ไม่มีอาการและอาการแสดงระดับเกลือแร่ต่ำ ไม่พบกล้ามเนื้ออ่อนแรง
3. ไม่มีหัวใจเต้นผิดจังหวะปัสสาวะออกดีสีเหลืองใสจำนวนมากกว่า 100 ml ต่อ 4 ชั่วโมง

การพยาบาลระยะต่อเนื่อง

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 4 เสี่ยงต่อการแพร่กระจายเชื้อเนื่องจากติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพแบคทีเรีย

ข้อมูลสนับสนุน S : ญาติให้ประวัติรักษาหลายโรงพยาบาล

O : เป็นผู้ป่วยกลุ่มภูมิคุ้มกันต่ำมีประวัติเป็นมะเร็งต่อมไทรอยด์ และเบาหวาน

ผล H/C E.coli (ESBL-producing strain) สายพันธุ์ดื้อยาแบคทีเรีย

วัตถุประสงค์ทางการพยาบาล เพื่อป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อของเชื้อดื้อยา

เกณฑ์การประเมินผล

1. ปลอดภัยจากภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดได้รับยาต้านเชื้อเหมาะสม
2. มีการสื่อสารการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยา
3. เจ้าหน้าที่มีความรู้หลัก[contract precaution]และปฏิบัติได้อย่างเคร่งครัด

กิจกรรมการพยาบาล

1. แจ้งทีมการพยาบาลทบทวนแนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยา และให้ปฏิบัติตามแนวทางเรื่อง contract precaution และแจ้งเจ้าหน้าที่ IC เพื่อเฝ้าระวังและควบคุมการติดเชื้อ
2. แจ้งแพทย์เพื่อทราบและพิจารณาเรื่องยาปฏิชีวนะที่เหมาะสม
3. ติดตามเชื้อดื้อยาบริเวณเตียงผู้ป่วย เพื่อสื่อสารการดูแล จัดแยก isolate zone ให้เหมาะสมและสามารถมองเห็นผู้ป่วยและสามารถเข้าช่วยเหลือดูแลได้สะดวก
4. แยกอุปกรณ์ทางการแพทย์เครื่องใช้ต่าง ๆ เช่น stethoscope เครื่องวัดความดัน ปรอทวดอุณหภูมิ
5. เน้นการทำความสะอาดมือเจ้าหน้าที่และญาติ ก่อนและหลังให้การพยาบาลอย่างเคร่งครัด
6. แนะนำให้ผู้ป่วยอาบน้ำโดยใช้สบู่ฆ่าเชื้อ 4% chlorhexidine เข้า, เย็น และสังเกตผิวหนังของผู้ป่วยว่ามีผลข้างเคียงเรื่องผิวหนัง ไม่สุขสบายหรือไม่
7. ก่อนให้กิจกรรมการพยาบาล ให้สวมใส่ PPE ที่เหมาะสม เมื่อเสร็จกิจกรรมให้ถอดทิ้งที่ขยะติดเชื้อ
8. แนะนำการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องแก่ญาติและผู้ป่วย และสร้างความร่วมมือในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ
9. ดูแลให้ได้ยาปฏิชีวนะที่ครอบคลุมเชื้อโดยเน้นทั้งขนาด เวลา Tazosin 4.5 gm 10 วัน Meropenam 2 gm 7 วัน และติดตามผลข้างเคียงของยา

การประเมินผล

1. ผู้ป่วยได้รับยาต้านเชื้อเหมาะสมตาม culture result
2. ติดป้ายหน้า chart และส่งเวร
3. ผู้ป่วยได้รับการแยก Zone และแยกอุปกรณ์เครื่องใช้

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 5 เสี่ยงต่อการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะ

ข้อมูลสนับสนุน S : -

O : คาสายสวนปัสสาวะนาน 7 วัน ผู้ป่วยมีประวัติติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะ และมีเชื้อก่อโรคในร่างกาย
อุณหภูมิร่างกายอยู่ในช่วง 38.3-39 องศาเซลเซียส

วัตถุประสงค์ : ผู้ป่วยไม่เกิดการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะ

เกณฑ์การประเมินผล

1. อุณหภูมิร่างกายอยู่ในช่วง 36.5 - 37.5 องศาเซลเซียส
2. ลักษณะปัสสาวะใส ไม่มีตะกอน ไม่มีอาการปัสสาวะบ่อยกระปริดกระปรอยหลังใส่ 2 วัน หลังถอด 1 วัน

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินข้อบ่งชี้ของการคาสายสวนทุกวัน เพื่อพิจารณาการถอดเมื่อหมดข้อบ่งชี้
2. ล้างมือแบบ normal handwashing ก่อนและหลังสัมผัสสายสวนทุกครั้ง
3. ดูแลสายสวนให้เป็นระบบปิดตลอดเวลาและให้ปัสสาวะไหลลงสู่ถุงรองรับได้สะดวก สายไม่พันงอหรืออุดตัน ถ้ามีการเคลื่อน ย้ายผู้ป่วย ให้หนีบสายสวนปัสสาวะ
4. เทปัสสาวะออกเมื่อมีน้ำปัสสาวะ ¼ ของถุง หรือในระยะเวลาที่กำหนด
5. หากถุงรองรับปัสสาวะหรือสายต่อรั่ว ให้เปลี่ยนถุงรองรับปัสสาวะและสายใหม่ทั้งชุด
6. การเทปัสสาวะใช้สำลีชุบ alcohol 70% เช็ดปลายท่อก่อนและหลังเทปัสสาวะ ระวังไม่ให้ท่อเปิดปัสสาวะสัมผัสกับภาชนะที่รองรับ
7. ทำความสะอาดบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์ด้วยน้ำและสบู่ เข้า-เย็นและหลังถ่ายอุจจาระทุกครั้ง
8. ตรวจสอบการยึดตรึงของสายสวนที่หน้าขา เพื่อป้องกันการเลื่อนเข้าออก

การประเมินผล

1. อุณหภูมิร่างกายอยู่ในช่วง 36.5-38.3 องศาเซลเซียส
2. ปัสสาวะใสไม่มีตะกอน ไม่พบอาการติดเชื้อเพิ่มหลังใส่และหลังถอดสายสวน

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 6 มีภาวะโลหิตจางจากตัวนำออกซิเจนสัมพันธ์กับการเจ็บป่วยเรื้อรัง

ข้อมูลสนับสนุน S : อ่อนเพลีย มีโรคประจำตัวเบาหวาน ความดันไขมันในเลือดสูงและมะเร็งต่อมไทรอยด์

O : ผล CBC : Hct 23 %, Hb 7.9g/dl ต่ำกว่าค่าปกติ

วัตถุประสงค์ : เพื่อให้ปลอดภัยจากภาวะโลหิตจาง

เกณฑ์การประเมินผล

1. ไม่มีอาการหน้ามืด เวียนศีรษะไม่เกิดอุบัติเหตุจากการพลัดตก หกล้ม
2. ค่าความเข้มข้นออกซิเจนในเลือด $\geq 95\%$ ผล Hct 36-47% Hb 12-18g/dl

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินอาการและอาการแสดงภาวะซีด ได้แก่ อ่อนเพลีย เหนื่อยง่าย ปลายมือปลายเท้าซีด
2. เฝ้าระวัง ติดตามประเมินสัญญาณชีพ และค่าความเข้มข้นออกซิเจนในเลือดทุก 4 ชั่วโมงติดตามประเมินอาการแสดงของภาวะโลหิตจาง ถ้าพบว่ามีผิดปกติรายงานแพทย์

3. ดูแลให้ผู้ป่วยได้ออกซิเจนตามแผนการรักษา ได้แก่ O2 cannular 3-5 LPM ดูแลให้ได้รับยา Ferrtous fumarate 1 tab tid pc และ Folic acid 1 tab tid pc
4. ดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้ตามปกติ แนะนำญาติให้เสริมอาหารที่มีธาตุเหล็กสูง เช่น ไข่แดง นม
5. ดูแลให้ผู้ป่วยพักผ่อน เพื่อลดการใช้ออกซิเจนของร่างกายโดยไม่จำเป็น
6. ปฏิบัติตามแนวทางการป้องกันการพลัดตกหกล้ม โดยใส่ไม้กั้นเตียงตลอดเวลา จัดวางของใช้ข้างเตียงให้ผู้ป่วยหยิบได้สะดวก และสอนญาติดูแลช่วยเหลือกิจวัตรประจำวันให้ผู้ป่วย
7. ติดตามผลทางห้องปฏิบัติการ CBC ค่า Hct, Hb

การประเมินผล

1. ลูกนั่งบนเตียงไม่มีอาการหน้ามืด เวียนศีรษะ
2. ไม่เกิดอุบัติเหตุจากการพลัดตกหกล้ม ค่าความเข้มข้นออกซิเจนในเลือด 97% Hct 25.4 % Hb 8.6 g/dl
3. ค่าความเข้มข้นออกซิเจนในเลือด 97% Hct 25.4% Hb 8.6 g/dl

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 7 ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลในความเจ็บป่วย

ข้อมูลสนับสนุน S : ญาติถามอาการผู้ป่วยบ่อยๆ “จะหายไหม จะกลับบ้านได้เมื่อไร”

“กังวลและกลัวเรื่องเชื้อดื้อยา” ผู้ป่วยบอก “โรคเยอะ ค่าใช้จ่ายสูง”

O : คะแนนแบบประเมินความเครียด = 32 (สูงมาก) สีหน้ากังวล นอนไม่หลับ

วัตถุประสงค์ : เพื่อบรรเทาความวิตกกังวลและความเครียดให้ผู้ป่วยและญาติ

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยและญาติสีหน้า ทำทาง ผ่อนคลาย
2. ประเมิน แบบความเครียดลดลงน้อยกว่า 20

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินระดับความเครียดและวิตกกังวลซ้ำ เพื่อหาสาเหตุและวางแผนแก้ไขปัญหา
2. ประเมินความรู้ ความเข้าใจของผู้ป่วยและญาติในเรื่องโรค การดำเนินโรคและแนวทางการดูแลรักษา เพื่อให้

ข้อมูลได้ถูกต้องและเหมาะสม

3. ดูแลให้ได้รับยา Hadol 2 mg 1 tab ก่อนนอนตามแผนการรักษา เพื่อให้หลับพักผ่อนให้เพียงพอ
4. อธิบายเรื่องโรค การดำเนินของโรค สาเหตุการเกิด และแนวทางในการรักษาพยาบาลด้วยคำพูดที่เข้าใจง่าย ชัดเจน เพื่อให้มีความเข้าใจอย่างถูกต้อง
5. ให้กำลังใจ เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติได้ซักถามข้อสงสัย ตอบคำถามอย่างชัดเจน เข้าใจง่าย
6. สอนวิธีผ่อนคลาย ความวิตกกังวลด้วยการผ่อนคลายหายใจเข้า-ออก และจัดสิ่งแวดล้อมให้สงบ

การประเมินผล

1. สีหน้าของผู้ป่วยและญาติแจ่มใสมากขึ้น ทำทางมีความผ่อนคลาย
2. ประเมินแบบระดับความเครียด ก่อนจำหน่ายระดับน้อย (20 คะแนน)

การพยาบาลระยะวางแผนจำหน่าย

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 8 ผู้ป่วยและญาติขาดความรู้ในการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้านเรื่องติดเชื้อมี

ข้อมูลสนับสนุน : ผู้ป่วยและญาติซักถามการดูแลตนเองเมื่อกลับไปอยู่บ้าน

วัตถุประสงค์การพยาบาล : เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติได้รับความรู้ สามารถปฏิบัติตัวได้อย่างเหมาะสม

เกณฑ์การประเมินผล : ผู้ป่วยและญาติมีความรู้ สามารถตอบคำถามได้ถูกต้อง

กิจกรรมการพยาบาล

วางแผนจำหน่ายตามรูปแบบ D-METHOD และประเมินอาการและอาการแสดง วัตถุประสงค์ก่อนกลับบ้าน

1. D Diagnosis ผู้ป่วยได้รับความรู้เกี่ยวกับเรื่องติดเชื้อดื้อยาและการติดเชื้อในกระแสเลือด สาเหตุ อาการจะมาด้วยอาการที่สงสัยติดเชื้อในร่างกายคือ ไข้ หนาวสั่น เจ็บปวดบริเวณที่ติดเชื้อ หน้าซีด ง่วงซึม รู้สึกอาการแย่หายใจไม่ออก เมื่อมีอาการดังกล่าวให้รีบมาโรงพยาบาล
2. M Medicine : ผู้ป่วยได้รับยาปฏิชีวนะครบขณะรักษาตัวในโรงพยาบาล ยาที่ได้รับกลับบ้านก็เกี่ยวกับโรคประจำตัวโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน ไขมันในเลือดสูง แนะนำให้รับประทานยาให้ถูกต้องครบถ้วน อย่างต่อเนื่อง เมื่อมีอาการเจ็บป่วยควรพบแพทย์ไม่ซื้อยารับประทานเอง
3. E Environment : จัดสิ่งแวดล้อมให้อากาศถ่ายเทได้สะดวก สะอาด หลีกเลี่ยงสถานที่แออัด
4. T Treatment : เมื่ออาการที่สงสัยติดเชื้อในร่างกายคือ ไข้ หนาวสั่น เจ็บปวดบริเวณที่ติดเชื้อ หน้าซีด ง่วงซึม รู้สึกอาการแย่หายใจไม่ออก ให้มาโรงพยาบาลทันทีห้ามซื้อยาปฏิชีวนะกินเอง
5. H Health : การทำความสะอาดร่างกาย การดูแลสุขภาพช่องปาก การนอนหลับพักผ่อนอย่างเพียงพออย่างน้อยวันละ 8 ชั่วโมง
6. Out Patient referral : ให้มาตรวจตามนัดอีก 3 สัปดาห์หลังกลับบ้าน ตรวจเลือดดูระดับน้ำตาล การทำงานของไต ไทรอยด์ เกล็ดเลือดในร่างกายการทำงานของตับติดตามเรื่องภาวะช็อคและติดตามผลการติดเชื้อในร่างกาย หากมีอาการผิดปกติก่อนนัดให้กลับมาพบแพทย์
7. D Diet : รับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ อาหารย่อยง่าย ลดอาหารมัน ดื่มน้ำให้เพียงพอ
8. ประเมินผล ผู้ป่วยและญาติสามารถตอบคำถามได้ถูกต้อง

สรุปกรณีศึกษา

ผู้ป่วยหญิง อายุ 52 ปี มีโรคประจำตัวเป็นเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง มะเร็งต่อมไทรอยด์ มาโรงพยาบาลด้วย ไข้ แน่นท้อง หายใจไม่เต็มอิ่ม ถ่ายเหลว 2 ครั้ง 8 ชั่วโมงก่อนมาอัตราหายใจ 30 ครั้งต่อนาที O₂ saturation 97% อุณหภูมิกาย 38.3 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 106 ครั้งต่อนาที Blood lactate 2.1 mmol/L ได้รับการวินิจฉัย AGE with E.coli ESBL Septicemia ได้รับการรักษาตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดและติดเชื้อแบคทีเรียดื้อยา รักษาในโรงพยาบาลระหว่างวันที่ 31 สิงหาคม 2566 – 19 กันยายน 2566 รวมวันนอน 19 วัน

ขณะรักษาตัวที่ตึกผู้ป่วยในหญิงรู้สึกตัวดีมีอาการแสดงของติดเชื้อในกระแสเลือดชัดเจน ได้รับการดูแลตาม sepsis bundle และผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาอย่างเหมาะสมตาม แนวทางตั้งแต่ระยะวิกฤติต่อเนื่องถึงก่อนจำหน่ายครอบคลุมปัญหาทางการวินิจฉัยทางการแพทย์ รวมถึงคำแนะนำการดูแลตนเองที่บ้านและการป้องกันการติดเชื้อในกระแสเลือดซ้ำ การสังเกตอาการผิดปกติในคำแนะนำต้องมาพบแพทย์นัดติดตามอาการ 3 สัปดาห์

วิจารณ์และข้อเสนอแนะ

จากกรณีศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาในระบบทางเดินอาหารร่วมกับภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดเป็นโรคที่มีพยาธิสภาพรุนแรงร่วมกับผู้ป่วยอยู่ในกลุ่มเสี่ยงที่มีภูมิคุ้มกันต่ำ พยาบาลต้องมีทักษะที่ดี ในการประเมินเฝ้าสังเกตอาการผู้ป่วยวางแผนให้การพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพ ผู้ศึกษาจึงมีข้อเสนอแนะดังนี้

1. พยาบาลควรมีการทบทวนความรู้และแนวปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้มีทักษะในการประเมินผู้ป่วย การวินิจฉัยปัญหา และการพยาบาลที่เหมาะสม และสามารถปฏิบัติตาม sepsis guideline ได้อย่างมีประสิทธิภาพเพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยไม่มีภาวะแทรกซ้อน
2. พัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยา เพื่อป้องกันควบคุมการติดเชื้อและการแพร่กระจายเชื้อ พยาบาลควรมีความรู้เรื่องการประเมินความเสี่ยงผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาการใช้หลัก isolation precaution และ contract precaution และปฏิบัติตามแนวทางได้

เอกสารอ้างอิง

1. วิชัย ลีนชัยภูมิ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการติดเชื้อในกระแสเลือดที่เกิดจากเชื้อ Escherichia coli สายพันธุ์ดื้อยาชนิดสร้างเอนไซม์ Extended-spectrum beta-lactamase ในโรงพยาบาลชัยภูมิ. [online]. [เข้าถึงเมื่อ 1 พฤศจิกายน 2566]. Available from: <https://thaidj.org/index.php/CMJ/article/view/8872/9192>
2. ยุพดี ธรรมิกะกุล. ผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลการบันทึกสัญญาณเตือนภาวะวิกฤติในผู้ป่วยที่มี การติดเชื้อในกระแสเลือด แผนกผู้ป่วยในโรงพยาบาลท่า양 จังหวัดเพชรบุรี. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี. 2563;3:31-46.
3. ปิยพัชร์ จึงสมานกุล. อุบัติการณ์ ปัจจัยเสี่ยง อัตราตายและผลกระทบของการติดเชื้อ แบคทีเรียแกรมลบชนิดดี ยาหลายขนานในกระแสเลือดโรงพยาบาลโพธาราม. [online]. [เข้าถึงเมื่อ 8 พฤศจิกายน 2566]. Available from: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/reg45/article/view/256924>
4. พันธุ์ทิพย์ คงศรี และคณะ. สถานการณ์การติดเชื้อและแนวโน้มการต้านยาจุลชีพที่ไวต่อเชื้อ และแนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ โรงพยาบาลสิเกา จังหวัดตรัง. วารสารศาสตร์สุขภาพและการศึกษา. 2566;3(2): 63-77.
5. โรงพยาบาลชาณุวรลักษบุรี. เอกสารประกอบรายงานงานป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล กำแพงเพชร. [เข้าถึงเมื่อ 25 ตุลาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก : โปรแกรมสำเร็จรูป (Hos Xp) 2566.
6. โรงพยาบาลชาณุวรลักษบุรี. เอกสารประกอบรายงานงานป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล กำแพงเพชร. [เข้าถึงเมื่อ 25 ตุลาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก : โปรแกรมสำเร็จรูป (Hos Xp) 2566.
7. โรงพยาบาลชาณุวรลักษบุรี. เอกสารประกอบการตรวจราชการและนิเทศงานกรณีปกติ รอบ 2/2565. กำแพงเพชร : มปท. (เอกสารอัดสำเนา); 2565.
8. สมพร รอดจินดา. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด หอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลน่าน (วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต), แขนงวิชาการบริหารการพยาบาล. พยาบาลศาสตร์, นนทบุรี : มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช; 2561.
9. นภาพร อภิรดี, วจีเศรษฐ์ พิมพิจิตร กัญจนสินธุ์. การรักษาและการพยาบาลผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่มี severe sepsis/septic shock. [online]. [เข้าถึงเมื่อ 19 มีนาคม 2565]. Available from: http://www.paphayomhospital.go.th/life-care/upload/uploads/2292_File_CPG%20Sepsis.pdf.
10. อังคณา เกียรติมานะโรจน์. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด โรงพยาบาลวาปี. วารสารวิชาการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม. 2564;9:27-43.



Nursing care of Diabetic Ketoacidosis In Pediatric Patients : A case study

Sukanya Authong, B.N.S.*

Abstract

Introduction : Diabetic ketoacidosis (DKA) is a life-threatening emergency and crisis in pediatric patients with type 1 diabetes caused by a lack of insulin or not receiving enough insulin. Resulting in high blood sugar. and causes acidosis in the blood as a result Proper nursing care Continuously monitoring changing symptoms and providing rapid assistance Helps reduce severe complications keeping patients safe.

Objective : To provide guidelines for providing nursing care to pediatric patients with Diabetic Ketoacidosis (DKA)

Case Study : Thai female patient, age 13 years 10 months, admitted to community hospital with symptoms of shortness of breath, deep panting, lethargy, confusion. Test results DTX 310 mg%, BS 397 , urine ketone results 3+ . Doctor considered intubation. Sent for further treatment at Kamphaeng Phet Hospital. with high blood sugar and have acidic blood First admitted to Pediatric Ward 1 , the patient felt decreased, lethargic, confused. E3VTM5 temperature 36.9 degrees Celsius, heart rate 120 beats per minute, respiratory rate 28 times per minute, blood pressure 118/74 mm. of mercury, Oxygen saturation 94. % Doctor diagnosed Diabetic mellitus Type I with Severe DKA with Acute respiratory failure. Blood test found acidic blood, pH <6.8, high blood sugar, DTX = 303 mg%, there was an electrolyte imbalance. Urine results showed sugar levels 3+, ketones 2+, wave test results. Heart normal Sinus rhythm, take care of and put on a ventilator. Adjusted fluids and mineral salts according to the results of Blood for Electrolyte, VBG, DTX, On Humulin-R (1:1) IV Drip rate 8 ml./hr. Had acute kidney failure. Results: Serum Creatinine 2.9. Hemodialysis was done 2 times. Creatinine results were normal. She had an infection and was given Meropenam after 3 days of hospital admission. Her blood acidity improved, her breathlessness decreased, she was put on a ventilator for 5 days, changed to high-flow oxygen for 4 days, and had a blood sugar crisis. in the blood improved During the hospital stay Important nursing problems are: 1) The patient has respiratory failure from a buildup of ketones in the body. 2) There is a buildup of ketones due to high blood sugar. 3) The patient has acute kidney failure. 4) There is an infection in the body. 5) There is a risk of complications from electrolyte imbalance. 6) Parents are concerned about their child's serious illness. 7) There is a chance of repeat treatment due to lack of knowledge about diabetes with acidosis. Patients receive standard medical care. Various problems were helped and solved. Including planning for distribution. Pediatric patients are safe from diabetic acidosis and have no complications. Total hospital stay is 15 days, follow-up appointment is 1 week and transfer to community hospital for continued follow-up care.

Including : Patients with diabetic acidosis are safe from crisis. No respiratory failure Increased infection or complications Therefore, nurses play an important role and must have knowledge. Understanding and developing skills and expertise in caring for pediatric patients Leads to effective nursing practice that is consistent with the problem. To care for child patients to survive and prevent complications From this case study Can be used as a guideline for providing nursing care to diabetic children with acidosis in the future.

Keywords : Acute Kidney Injury, Acute Respiratory Failure, DM type1, DKA, Hyperglycemia

*Registered Nurse, The department of Pediatrics, Kamphaengphet Hospital

การพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคเบาหวานที่มีภาวะเลือดเป็นกรด : กรณีศึกษา

สุกัญญา อุ่ทอง, พย.บ.*

บทคัดย่อ

บทนำ : ภาวะเลือดเป็นกรดจากเบาหวาน (Diabetic Ketoacidosis : DKA) เป็นภาวะฉุกเฉินและวิกฤตที่มีอันตรายต่อชีวิตในผู้ป่วยเด็กที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 1 เกิดจากการขาดอินซูลินหรือได้รับอินซูลินไม่เพียงพอ มีผลทำให้น้ำตาลในเลือดสูง และทำให้เกิดภาวะเลือดเป็นกรดตามมา การดูแลรักษาพยาบาลที่ถูกต้อง การติดตามอาการที่เปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่องและให้การช่วยเหลืออย่างรวดเร็ว ช่วยลดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง ทำให้ผู้ป่วยปลอดภัย

วัตถุประสงค์ : เพื่อเป็นแนวทางในการให้การพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคเบาหวานที่มีภาวะเลือดเป็นกรด

กรณีศึกษา : ผู้ป่วยเด็กหญิงไทย อายุ 13 ปี 10 เดือน เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลชุมชนด้วยอาการหายใจเหนื่อย หอบลึก ซึม สับสน ผลการตรวจ DTX 310 mg% , BS 397 ผลปัสสาวะ ketone 3+ แพทย์พิจารณาใส่ท่อช่วยหายใจ ส่งรักษาต่อที่โรงพยาบาลกำแพงเพชร ด้วยน้ำตาลในเลือดสูง และมีภาวะเลือดเป็นกรด แกร็บที่หอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม 1 ผู้ป่วยรู้สึกตัวลดลง ซึม สับสน E3VTM5 อุณหภูมิ 36.9 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 120 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 28 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 118/74 มิลลิเมตรปรอท Oxygen saturation 94 % แพทย์วินิจฉัย Diabetic mellitus Type I with Severe DKA with Acute respiratory failure ตรวจเลือดพบมีภาวะเลือดเป็นกรด pH <6.8 น้ำตาลในเลือดสูง DTX = 303 mg% มี Electrolyte imbalance ผลปัสสาวะพบค่าน้ำตาล 3+ คีโตน 2+ ผลตรวจคลื่นหัวใจ : normal Sinus rhythm ดูแลใส่เครื่องช่วยหายใจ ให้สารน้ำและเกลือแร่ปรับตามผล Blood for Electrolyte, VBG, DTX , On Humulin-R (1:1) IV Drip rate 8 ml/hr มีภาวะไตวายเฉียบพลัน ผล Serum Creatinine 2.9 ได้รับการทำ Hemodialysis 2 ครั้ง ผล Creatinine ปกติ มีภาวะติดเชื้อให้ยา Meropenam หลังรับรักษาในโรงพยาบาล 3 วัน ผลเลือดภาวะเป็นกรดดีขึ้น หายใจหอบลดลง ใส่เครื่องช่วยหายใจจำนวน 5 วัน เปลี่ยนเป็นให้ออกซิเจนชนิดอัตราไหลสูง 4 วัน และมีภาวะน้ำตาลในเลือดดีขึ้น ระหว่างนอนรักษาในโรงพยาบาล ปัญหาทางการพยาบาลที่สำคัญ คือ 1) ผู้ป่วยมีภาวะการหายใจล้มเหลวจากการดื้อคีโตนในร่างกาย 2) มีภาวะกรดคีโตนค้างเนื่องจากน้ำตาลในเลือดสูง 3) ผู้ป่วยมีภาวะไตวายเฉียบพลัน 4) มีภาวะติดเชื้อในร่างกาย 5) เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากความไม่สมดุลของอิเล็กโทรไลต์ 6) บิดามารดามีความวิตกกังวลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของบุตรที่รุนแรง 7) มีโอกาสกลับรักษาซ้ำเนื่องจากขาดความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานที่มีภาวะเลือดเป็นกรดผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาพยาบาลตามมาตรฐาน ปัญหาต่างๆ ได้รับการช่วยเหลือและแก้ไข รวมทั้งมีการวางแผนจำหน่าย ผู้ป่วยเด็กปลอดภัยจากภาวะเลือดเป็นกรดจากเบาหวานและไม่มีภาวะแทรกซ้อน รวมระยะเวลาการรักษาในโรงพยาบาล 15 วัน นัดติดตามอาการ 1 สัปดาห์ และส่งต่อโรงพยาบาลชุมชนเพื่อการติดตามดูแลต่อเนื่อง

สรุปผลกรณีศึกษา : ผู้ป่วยภาวะเลือดเป็นกรดจากเบาหวานปลอดภัยจากภาวะวิกฤต ไม่มีภาวะหายใจล้มเหลว ติดเชื้อหรือภาวะแทรกซ้อนเพิ่มขึ้น ดังนั้นพยาบาลมีบทบาทสำคัญจะต้องมีความรู้ ความเข้าใจและพัฒนาทักษะความชำนาญในการดูแลผู้ป่วยเด็กนำไปสู่การปฏิบัติการพยาบาลที่สอดคล้องกับปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อดูแลผู้ป่วยเด็กให้รอดชีวิต และป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากกรณีศึกษาครั้งนี้ สามารถนำไปเป็นแนวทางในการให้การพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคเบาหวานที่มีภาวะเลือดเป็นกรด ต่อไป

คำสำคัญ : การหายใจล้มเหลว ไตวายเฉียบพลัน โรคเบาหวานที่มีภาวะเลือดเป็นกรด น้ำตาลในเลือดสูง

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มการพยาบาลกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลกำแพงเพชร

บทนำ

โรคเบาหวาน (Diabetes Mellitus) เป็นภาวะที่ร่างกายมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่าปกติ สาเหตุจากการที่ร่างกายมีการหลั่งอินซูลิน ซึ่งเป็นฮอร์โมนที่มีความสำคัญในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ไม่เพียงพอหรืออินซูลินทำงานได้ไม่ดีพอต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด โรคเบาหวานในเด็กมี 2 ชนิดหลัก คือ เบาหวานชนิดที่ 1 เป็นโรคเบาหวานที่พบบ่อยในเด็กและวัยรุ่น ต้องรักษาด้วยการฉีดอินซูลิน เกิดจากตับอ่อนไม่สามารถผลิตฮอร์โมนอินซูลินได้ จึงต้องรักษาด้วยการฉีดอินซูลินทดแทน โรคเบาหวานชนิดที่ 2 เกิดจากร่างกายมีภาวะดื้ออินซูลิน คือตอบสนองต่อการทำงานของอินซูลินได้ไม่ดี จึงต้องการอินซูลินมากขึ้น แต่ตับอ่อนไม่สามารถผลิตได้เพียงพอ จึงทำให้น้ำตาลในเลือดสูง ต้องรักษาด้วยการกินยาและบางรายต้องฉีดอินซูลิน ร่วมกับการปรับการดำเนินชีวิต เพื่อควบคุมน้ำหนักให้เป็นปกติ อุบัติการณ์ของโรคเบาหวานชนิดที่ 1 พบมากกว่าชนิดที่ 2 แต่โรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เกิดขึ้นพร้อมกับโรคอ้วนที่เพิ่มขึ้นเป็นอย่างมากในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา พบร้อยละ 50 ถึง 75 ของผู้ป่วยจะมีพ่อหรือแม่เป็นเบาหวาน และร้อยละ 90 ของผู้ป่วยจะมีญาติใกล้ชิดเป็นเบาหวาน ซึ่งมักพบในเด็กอ้วน อาการของเด็กที่เป็นเบาหวานเกิดจากการที่มีระดับน้ำตาลสูงในเลือด น้ำตาลจึงรั่วออกมาในปัสสาวะ พร้อมกับทำให้ปัสสาวะมากเพราะปัสสาวะนำน้ำออกมาด้วย เด็กบางรายมีปัสสาวะรดที่นอนทั้งที่เคยหายไปแล้ว เมื่อร่างกายเสียน้ำมาก จึงมีอาการกระหายน้ำมากผิดปกติ และถึงแม้จะมีน้ำตาลสูงในเลือดแต่ร่างกายขาดอินซูลิน จึงนำน้ำตาลไปใช้เป็นพลังงานไม่ได้ ทำให้มีอาการอ่อนเพลีย กินเก่ง หิวบ่อย แต่น้ำหนักตัวลด และหากไม่ได้รับการวินิจฉัยและรักษา จะทำให้เลือดเป็นกรดและมีสารคีโตนคั่งที่เรียกว่า DKA ซึ่งเป็นภาวะฉุกเฉินที่ต้องได้รับการรักษาทันที เด็กจะมีอาการอาเจียน ปวดท้อง หายใจหอบลึก ลมหายใจมีกลิ่นค้ายผลไม้จากสารคีโตน ถ้าเป็นรุนแรงอาจหมดสติได้^{1,2,3}

ภาวะเลือดเป็นกรดจากเบาหวาน (Diabetic Ketoacidosis : DKA) เป็นภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงของโรคเบาหวานในเด็ก เป็นภาวะที่ร่างกายมีเลือดเป็นกรด จากระดับคีโตนในเลือดสูง ร่วมกับมีระดับน้ำตาลในเลือดสูง ซึ่งเป็นผลจากการขาดอินซูลิน การวินิจฉัยภาวะ DKA มีดังนี้ ระดับน้ำตาลในเลือดสูง > 200 มก./ดล. มีภาวะเลือดเป็นกรด pH < 7.3 พบคีโตนในเลือด > 3 มิลลิโมลลิตร หรือพบในปัสสาวะ $\geq 2+$ ผู้ป่วยอาจมาพบแพทย์ด้วยอาการของ DKA ดังนี้ ภาวะขาดน้ำ เช่น ความดันต่ำ ซีฟจรเต้นเร็ว ในรายที่มีภาวะขาดน้ำรุนแรงอาจมีอาการช็อกได้ หายใจหอบลึก แบบ Kussmaul breathing ซึ่งบ่งบอกว่ามีภาวะเลือดเป็นกรด (metabolic acidosis) คลื่นไส้ อาเจียน ปวดท้อง ระดับความรู้สึกตัวลดลง เป็นต้น การดูแลรักษาภาวะ DKA มีความซับซ้อนในเรื่องการให้สารน้ำ การให้อินซูลิน และการแก้ไขภาวะผิดปกติของเกลือแร่หลายชนิดในร่างกาย ซึ่งต้องมีการติดตามอย่างใกล้ชิด การดูแลรักษาเมื่อพ้นภาวะ DKA โดยการหยุดให้สารน้ำและ insulin infusion และการให้อินซูลินใต้ผิวหนัง และให้การพยาบาล ดังนี้ ดูแลให้ได้รับสารน้ำและเกลือแร่ตามแผนการรักษาอย่างเคร่งครัด ดูแลให้ได้รับออกซิเจน ได้รับอินซูลินอย่างเพียงพอ สังเกตระดับความรู้สึกตัว เฝ้าระวังระดมสมอง บันทึกสารน้ำเข้า-ออก ติดตามระดับน้ำตาลในเลือดดูแลไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อน และลดวิตกกังวลของผู้ป่วยและครอบครัว^{4,5,6}

จากข้อมูลสถิติของโรงพยาบาลกำแพงเพชร หอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม 1 ปี 2563 - 2565 มีผู้ป่วยเด็กเบาหวานที่เข้ารับการรักษาด้วยภาวะเลือดเป็นกรดจำนวน 7, 12 และ 8 ราย ตามลำดับ ส่วนใหญ่ผู้ป่วยมีภาวะวิกฤต ได้รับการวินิจฉัยเป็น Severe Diabetic Ketoacidosis และพบผู้ป่วยเสียชีวิตจำนวน 1, 0 และ 1 ราย ตามลำดับ⁷ ภาวะเลือดเป็นกรดจากเบาหวาน อาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง และมีความเสี่ยงที่จะทำให้เสียชีวิตได้สูง ดังนั้นผู้ดูแลจะต้องมีความรู้ ทักษะความชำนาญ และให้การพยาบาลอย่างรอบคอบ การเฝ้าระวังติดตามอาการอย่างใกล้ชิด เพื่อให้การช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างถูกต้อง ทันทีที่จะทำให้ผู้ป่วยรอดชีวิต ไม่มีภาวะแทรกซ้อน มีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป พยาบาลจึงเป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับถึงจำหน่าย กรณีศึกษานี้จะช่วยสะท้อนให้เห็นถึงกระบวนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วย ช่วยให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะวิกฤต การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นแนวทางในการให้การพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคเบาหวานที่มีภาวะเลือดเป็นกรด

กรณีศึกษา

เด็กหญิงอายุ 13 ปี 10 เดือน สัญชาติ ไทย เชื้อชาติ ไทย

อาการสำคัญ

ส่งตัวมาจากโรงพยาบาลชุมชนด้วย น้ำตาลในเลือดสูง มีภาวะเลือดเป็นกรด 2 ชั่วโมงก่อนมา



ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน

1 เดือนก่อนมาโรงพยาบาล ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคเบาหวาน ชนิดที่ 1 และ รักษาที่โรงพยาบาลชุมชน ด้วย Mixed insulin (70/30) 8-0-6 ผู้ป่วยไม่ได้รับการฉีดยามาประมาณ 2 สัปดาห์
10 ชั่วโมงก่อนมา ปวดท้องน้อย ไม่ได้รักษาที่ไหน
4 ชั่วโมงก่อนมา ปวดท้องมาก พาไปรักษาที่คลินิกพยาบาล ได้ยารับประทาน อาการไม่ทุเลา
2 ชั่วโมงก่อนมา หายใจเหนื่อย หอบลึก ซึม สับสน ไปรักษาที่โรงพยาบาลชุมชน DTX 310 mg% BS 397 UA ketone 3+ ใส่ท่อช่วยหายใจ และปรึกษากุมารแพทย์โรงพยาบาลกำแพงเพชร จึงให้ส่งผู้ป่วยมารักษาต่อ

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต

ปฏิเสธการเจ็บป่วยในอดีต

ประวัติการแพ้ยา

ปฏิเสธการแพ้ยา

ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว

บิดามารดาสุขภาพแข็งแรงดี ปฏิเสธโรคประจำตัวหรือโรคติดต่อเรื้อรังทุกชนิด

การประเมินร่างกายตามระบบ

รูปร่างทั่วไป : รูปร่างทั่วไปปกติ : BW = 44 Kgs. HEIGHT = 167 CMS.

สัญญาณชีพ : อุณหภูมิ 36.9 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 120 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 28 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 118/74 มิลลิเมตรปรอท O2 saturation 94 %

ระบบประสาท : ความรู้สึกตัว ซึม สับสน stupor E3VTM5 pupil 3 min React to light both eyes

ระบบผิวหนัง : ผิวหนังแห้ง ผิวรอบดวงตาขอบตาลึก (sunken Eyeball) ผื่นเยื่อเมือกในช่องปากแห้ง

ศีรษะและใบหน้า : ผสมัน ศีรษะปกติ คล้ำไม่พบก้อนบริเวณต่อมไทรอยด์ ตา ใบหู จมูก ปากลักษณะปกติ

ระบบทรวงอกและทางเดินหายใจ : On ET.tube with Ventilator หายใจหอบลึกอัตราการหายใจ 28 ครั้งต่อนาที

ระบบหัวใจและหลอดเลือด : การเต้นของหัวใจเร็ว อัตราการเต้นของหัวใจ = 120 ครั้งต่อนาที no mur mur

ระบบทางเดินอาหาร : ท้อง soft ท้องไม่อืด คล้ำไม่พบก้อน กตไม่เจ็บ มีคลื่นไส้อาเจียน ตับ ม้าม ไม่โต

ระบบกล้ามเนื้อและกระดูก : โครงสร้างร่างกายปกติ แนวกระดูกสันหลังตรง แขนขา ไม่ปวด ไม่บวม ปกติ

ระบบทางเดินปัสสาวะ : Retained Foley's catheter urine flow สีเหลืองเข้ม พบ ketone 3+ใน urine

ระบบอวัยวะสืบพันธุ์ : เต้านมปกติ อวัยวะสืบพันธุ์ภายนอกปกติ

สภาพจิตใจ : สีหน้าไม่สุขสบาย

การวินิจฉัยโรค : Diabetic mellitus type 1 with Severe diabetic ketoacidosis with Acute respiratory failure

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่สำคัญ

Lab Item	ค่าปกติ	08/05/66	09/05/66	10/05/66	11/05/66	13/05/66
pH	7.35-7.45	<6.80-6.84	7.13	7.37	7.34	7.29
PaCO ₂	35-45	20-22	28	23	26	35
PaO ₂	80-100 mmhg	58-86	111	102	69	41
HCO ₃	18-23 mmol/L	คำนวณไม่ได้-3.80	9.3	13.3	14	16.8



Lab Item	ค่าปกติ	08/05/66	09/05/66	10/05/66	11/05/66	12/05/66	13/05/66
DTX		260-303	245-335	94-267	171-282	195-294	166-301
BUN	8-20 mg/dL.	12	19	20	29	42	39
Creatine	0.72-1.18 mg/dL	0.5	2.06	2.90	3.94	5.14	4.74
Sodium	136-146 mmol/L	132	138	138	143	143	138
Potassium	3.4-4.5 mmol/L	3.4-3.5	3.4	3.0	3.2	3.4	3.3
Chloride	101-109 mmol/L	105-110	110	119	113	115	114
CO ₂	21-31 mmol/L	2-3	9	13	15	14	16
Calcium	8.8-10.6	8.1-9.6	9.3	9.3			
Magnesium	1.8-2.6		1.6	1.6			
Phosphorus	2.5-4.5		1.8	2.3			
UA : Sugar	negative		3+	1+			
UA : Protein	negative		3+	3+			
UA : Ketone	negative		2+	-ve			

Lab Item	ค่าปกติ	14/05/66	15/05/66	16/05/66	17/05/66	19/05/66	22/05/66
DTX		312-360	177-476	196-365	190-326	124-339	187-240
BUN	8-20 mg/dL.	47	49	53	50	30	15
Creatine	0.24-0.73 mg/dL	5.63	5.62	5.60	4.44	1.99	0.95
Sodium	136-146 mmol/L	133	133	132	134		140
Potassium	3.4-4.5 mmol/L	3.0	3.1	3.2	4.1	3.4	3.4
Chloride	101-109 mmol/L	114	98	99	105	110	110
CO ₂	21-31 mmol/L	17	22	19	17	20	24
UA : Sugar	negative		4+	2+	4+		
UA : Protein	negative		1+	+-	+-		
UA : Ketone	negative		-ve	+-	+-		

Lab Item	ค่าปกติ	08/05/2566	10/05/2566	13/05/2566	15/05/2566
WBC 10 ³	5.0-10.010 ³ /uL	20.6	7.5	5.0	5.7
Neutrophil	43.7-70.9	65.1	73	72	60

ผลเพาะเชื้อทางห้องปฏิบัติการ Hemo culture : no growth ,Urine culture : no growth ,Sputum culture : No growth
ผลเอกซเรย์ปอด : Normal No Infiltration , ผลตรวจคลื่นหัวใจ : normal Sinus rhythm

สรุปการดำเนินของโรคขณะรับไว้ดูแล

วันที่ 8 พ.ค. 66 เวลา 20.40 น. เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม 1 แกรับผู้ป่วยรู้สึกตัวลดลง ซึม สับสน E3VTM5 Pupil 3 min RTL BE หายใจเหนื่อยหอบ on ventilator AC mode setting PIP 12 PEEP 5 RR 35 FiO₂ 0.6 T 36.9 °C HR 120 /min RR 28 /min BP 118/74 mmHg Oxygen saturation 94 % NPO On 5% D/N/2 vein drip 130 ml./hr ,0.9% NSS 1,000 ml +KCL 40 mEq IV rate 80 ml/hr,on Humulin-R (1:1) IV Drip rate 8 ml./hr,Ceftriaxone 2 gms. IV OD,Omeprazole 40 mgs. IV q 6 hrs,Domicum 25 mg.+5 % D/W up to 100 ml. rate 4-16 ml./hr. (Titrate ขึ้น-ลง ทีละ 2 ml./hr.)

Fentanyl 50 mcg IV pm q 4 hrs., 10 % Calcium Gluconate 10 ml. dilute IV. Drip in 30 ml. ตรวจเลือดพบมีภาวะเลือดเป็นกรด pH <6.8 น้ำตาลในเลือดสูง DTX = 303 mg% มี Electrolyte imbalance ผลปัสสาวะพบค่าน้ำตาล 3+ คีโตน 2+

วันที่ 9 พ.ค. 66 ผู้ป่วยรู้สึกตัว ทำตามคำสั่งได้ E4VTM6 หายใจสัมพันธ์กับเครื่อง Oxygen saturation 96 % NPO On 5% D/NSS 1,000 ml.+KCL30 mEq vein drip 75 ml./hr , 5% D/NSS 1,000 ml. K2PO4 30 meq vein drip 75 ml./ , On Humulin-R (1:1) IV Drip rate 8 ml./hr., on Dormicum Off Ceftriaxone ให้ Meropenem 1.2 gms. IV.q 8 hr.

วันที่ 10 พ.ค. 66 ผู้ป่วยรู้สึกตัว E4VTM6 หายใจสัมพันธ์กับเครื่อง Oxygen saturation 97 % มีภาวะ Acute Kidney Injury Creatine 2.7 Set Acute Hemodialysis via DLC at Rt Femoral หลังทำอาการทั่วไปปกติ และเวลา 6.00 น. Off RI IV drip, On 5% D/NSS 1,000 ml. IV drip 75 ml./hr.

วันที่ 11 พ.ค. 66 ผู้ป่วยรู้สึกตัว E4VTM6 หายใจสัมพันธ์กับเครื่อง Oxygen saturation 97% On RI Scale, ให้ Furosemide 40 mgs. IV stat On 5% D/NSS 1,000 ml. IV drip 75 ml./hr. On Vein plug Off Dormicum IV drip , Fentanyl 50 mcg IV PRN for agitation q 4 hrs , Furosemide 40 mgs. IV stat

วันที่ 12 พ.ค. 66 ผู้ป่วยรู้สึกตัว E4VTM6 หายใจสัมพันธ์กับเครื่อง On RI scale เดิม Set Acute Hemodialysis via ผู้ป่วยหายใจไม่เหนื่อยหอบ Off ET.Tube ON HHHFNC 30 LPM FiO2 0.5 ให้ Adrenaline 1 ml. + NSS 3 ml. NB after Extubation , Salbutamol 1 ml.+NSS 3 ml. NB q 6 hrs. หลัง Off หายใจไม่เหนื่อยหอบ Oxygen saturation 97%

วันที่ 13-15 พ.ค. 66 ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี หายใจหอบเล็กน้อย on HHHFNC ไร่ Furosemide 1 gm. IV drip in 24 hrs., On 0.45 % NSS IV 100 ml./hr. x8 hrs. , Potassium Chloride solution 15 ml. oral q 3 hrs. x 3 dose , Salbutamol 1 ml.+NSS 3 ml. NB q 6 hrs. DTX =203-360 mg% On RI scale เดิม Mixed Insulin PenFill 70/30 14 Ac เข้า , 10 Ac เย็น

วันที่ 16 พ.ค.66 ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี หายใจไม่มีเหนื่อยหอบ Lungs clear Off HHHFNC หายใจ room air On 0.45 % NSS IV 80 %, Potassium Chloride solution 15 ml. oral q 3 hrs. x 3 dose DTX =196-365 mg% , On RI Scale เดิม

วันที่ 17-19 พ.ค.66 ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี Off Foley's catheter Off Meropenem DTX =134-234 mg% , Mixed Insulin PenFill 70/30 dose เดิม รับประทานอาหารได้

วันที่ 20-21 พ.ค.66 ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ไม่มีเหนื่อยหอบ Mixed Insulin PenFill 70/30 20 Ac เข้า , 18 Ac

วันที่ 22 พ.ค.66 ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ช่วยเหลือตัวเองได้ ไม่มีเหนื่อยหอบ พักผ่อนได้ ปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เรื่องอาหาร โรคเบาหวานและการรับประทานอาหาร ส่งพบเภสัชกรเรื่องการบริหารยาฉีด แพทย์อนุญาตกลับบ้านได้นัด FU 1 สัปดาห์

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลแบ่งเป็น 3 ระยะ ระยะวิกฤต ระยะต่อเนื่อง ระยะวางแผนจำหน่าย

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 1 ผู้ป่วยมีภาวะการหายใจล้มเหลวจากการกดคีโตนคั่งในร่างกาย

ข้อมูลสนับสนุน

1. หายใจเหนื่อยหอบลึก RR 28 /min หัวใจเต้นเร็ว HR 120 /min on Ventilator ไร่ Oxygen saturation 94 %
2. VBG : pH <6.8 PO₂ 86 mmHg, PCO₂ 20 mmHg HCO₃ ค่าคำนวณไม่ได้ , ผลปัสสาวะพบ sugar 3+ ketone 2+

วัตถุประสงค์การพยาบาล : เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ

เกณฑ์การประเมินผล

1. ไม่มีอาการหายใจลำบาก หรือหายใจหอบลึก ไซ้กล้ำเนื้อหายใจ หรือหายใจแบบ air hunger
2. ไม่มีอาการของภาวะพร่อง O₂ ,RR 16-20/min, HR 60-100/min, BP100-120/55-60 mmHg, O₂sat ≥ 95 %
3. ค่า VBG : pH 7.35-7.45 , PaO₂ 80-100 mmHg , PaCO₂ 35-45 mmHg , HCO₃ 18-23 mmol/L
4. ฟังปอดไม่พบเสียงผิดปกติ ผล CXR no infiltration

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินสัญญาณชีพ สังเกตอาการแสดงของภาวะเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจน ได้แก่ ระดับความรู้สึกตัวลดลง อาการกระสับกระส่าย เหนื่อยหอบ หายใจลำบาก เหงื่อออกมาก ปาลายมือปลายเท้าเขียว เล็บ และริมฝีปากซีด เพื่อป้องกันภาวะขาดออกซิเจน

2. ดูแล on Ventilator AC mode setting PIP 12 PEEP 5 RR 35 FIO₂ 0.6 ระวังไม่ให้ ET-tube เลื่อนหลุด ตรวจสอบสายและข้อต่อไม่ให้รั่ว หัก พับ งอหรือหลุด ไม่ให้น้ำค้างสาย circuit ไหลเข้าหาผู้ป่วย พร้อมทั้งติดตามอาการและอาการแสดงต่างๆ ของผู้ป่วย เช่น ประเมิน lung compliance การติดตามค่า arterial blood gas ลักษณะการหายใจและ ติดตามค่า O₂ saturation $\geq 95\%$
3. เฝ้าระวังและป้องกันการติดเชื้อปอดอักเสบที่สัมพันธ์กับการใช้เครื่องช่วยหายใจตามแนวทางการป้องกัน VAP
4. ดูแลจัดทำนอนศีรษะสูง 30-45 องศา ให้ทางเดินหายใจเปิดโล่ง เพื่อให้ปอดขยายตัวได้ดี
5. ดูแลดูดเสมหะ โดยใช้แรงดันระหว่าง 80-100 mmHg. ใช้เวลาในการดูดเสมหะประมาณ 5-10 วินาที/ครั้ง และไม่ใส่สายดูดเสมหะลึกเกินไป
6. ประเมินความพร้อมการหย่าเครื่องช่วยหายใจ เมื่อตอบสนองต่อการรักษาที่ดี Extubation on HHHFNC 30 LPM FIO₂ 0.5 ตรวจสอบป้องกันภาวะแทรกซ้อน เช่น แผลกดทับในจมูก หรืออาการท้องอืด ให้ดูดลมออก
7. ดูแลพ่นยา Adrenaline 1 ml. + NSS 3 ml. NB after Extubation , Salbutamol 1 ml.+NSS 3 ml. NB q 6 hrs.
8. สังเกตอาการเปลี่ยนแปลงหากพบผิดปกติ รายงานแพทย์ทราบ

การประเมินผล

1. ผู้ป่วยสามารถ Extubation ได้ ทุเลาหอบ รวมใช้เครื่องช่วยหายใจ 5 วัน และ on HHHFNC ต่ออีก 4 วัน
2. หลัง Extubation ผล VBG : pH 7.29 PaO₂ 41 mmHg PaCO₂ 41 mmHg HCO₃ 16.8
3. ไม่มีอาการของภาวะพร่อง O₂ ,V/S ปกติ RR 16-20/min BP110/68 mmHg HR 80-88 /min O₂ sat 97%
4. ฟังปอดไม่พบเสียงผิดปกติ ผล CXR no infiltration

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 2 มีภาวะกรดคีโตนคั่งเนื่องจากน้ำตาลในเลือดสูง

ข้อมูลสนับสนุน

1. ระดับความรู้สึกตัวลดลง ซึม สับสน E3VTM5 หายใจหอบลึกแบบ Kussmaul breathing อัตราการหายใจ 28 ครั้งต่อ นาที on Ventilator ให้ออกซิเจน saturation 94 %

2. DTX=303 mg% , Vein blood gas :pH <6.8 ,HCO₃ ค่าผิดปกติ , ผลปัสสาวะพบ sugar 3+ ketone 2+

วัตถุประสงค์การพยาบาล ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนของภาวะเลือดเป็นกรด

เกณฑ์การประเมินผล

1. ระดับความรู้สึกตัวดี GCS 15 คะแนน หายใจสม่ำเสมอ ไม่มีหอบลึก RR 16-20/min Oxygen sat $\geq 95\%$
2. VBG : pH 7.35-7.45 HCO₃ 18-23 mmol/L น้ำตาลในเลือด < 200 mg% ผลปัสสาวะ sugar -ve, ketone -ve

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินระดับความรู้สึกตัว สังเกตอาการเปลี่ยนแปลง ตรวจวัดและบันทึกสัญญาณชีพ ทุก 15-30 นาที และ ทุก 1 ชั่วโมง ติดตามการเปลี่ยนแปลงคลื่นไฟฟ้าหัวใจ หากพบผิดปกติรายงานแพทย์

2. ติดตามการเปลี่ยนแปลงของ DTX ทุก 1 ชั่วโมง ติดตามผล Electrolyte, VBG, และ BUN, Cr, Ca, PO₄, Urine ketone ทุก 4 ชั่วโมง ดูแลปรับเปลี่ยนสารน้ำที่ตามแผนการรักษา

3. ดูแลให้ได้รับ Humulin-R ตามแผนการรักษา ก่อนให้อินซูลินควรปล่อยน้ำที่ผสมอินซูลินทิ้งประมาณ 30 ml เนื่องจากอินซูลินจับกับสายน้ำเกลือ และ DTX ทุก 1 ชั่วโมงในระยะแรก และเฝ้าระวัง Side effect ได้แก่ ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ เช่น ใจสั่น เหงื่อออกมาก หน้ามืด เป็นลม หมดสติ ติดตาม serum K เนื่องจากเสี่ยงการเกิด hypokalemia ถ้า DTX ลดลงถึง 200 mg% รายงานแพทย์เพื่อเปลี่ยนชนิดของสารน้ำที่มีน้ำตาลเป็นส่วนประกอบ เพื่อป้องกันการเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ

4. หลังจากค่า DTX ต่ำกว่า 200 mg% ติดตาม DTX ทุก 2-4 ชั่วโมง ดูแลให้ได้รับ Regular insulin ตามแผนการรักษา ประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะน้ำตาลในเลือดสูง เช่น กระสับกระส่าย หน้าแดง คลื่นไส้ อาเจียน กระหายน้ำ ปัสสาวะมาก ซึม ไม่รู้สึกตัว ซึพจรเต้นเร็ว เพื่อให้การพยาบาลได้อย่างถูกต้อง เหมาะสม

5. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำคือ 5% D/N/2 vein drip 130 ml./hr On 0.9 % NSS 1,000 ml +KCL 40 mEq IV rate 80 ml/hr บันทึก BP บันทึกสารน้ำเข้า-ออก เผื่อระวัง S/E จากการให้สารน้ำปริมาณมากและเร็วเกินไป ได้แก่ สมองบวม หัวใจวาย น้ำท่วมปอด เป็นต้น

6. ดูแล on Ventilator AC mode setting PIP 12 PEEP 5 RR 35 FiO2 0.6 ให้ทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ

7. บันทึกสารน้ำที่ได้รับและจำนวนปัสสาวะทุก 4-8 ชั่วโมง เพื่อประเมินภาวะขาดน้ำ

การประเมินผล

1. ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี E4V5M6 หายใจไม่หอบเหนื่อย RR 16-20 /min Oxygen saturation 97-100 %

2. หลังรับรักษาวันที่ 3 VBG : pH 7.37, HCO₃ 23 น้ำตาลในเลือด 94-267 mg% ผลปัสสาวะ sugar 1+, ketone -ve

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 3 ผู้ป่วยมีภาวะไตวายเฉียบพลัน

ข้อมูลสนับสนุน : 1. ผู้ป่วยมีคลื่นไส้ อาเจียน และเวียนศีรษะ 2. ผลเลือด BUN 53 , Cr 5.62

วัตถุประสงค์การพยาบาล : ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากไตวายเฉียบพลัน

เกณฑ์การประเมินผล : 1. ผู้ป่วยไม่มีคลื่นไส้ อาเจียน หรือเวียนศีรษะ 2. ผลเลือด BUN = 8-20 , Cr= 0.24 - 0.73

กิจกรรมการพยาบาล

1. เตรียมผู้ป่วยเพื่อทำ Hemodialysis และดูแลผู้ป่วยขณะทำ หลังทำ Hemodialysis

1.1 การให้ข้อมูลผู้ป่วยและญาติพร้อมทั้งสังเกต และบันทึกระดับความรู้สึกตัวของผู้ป่วย อธิบายวิธีการ ความสำคัญ และความจำเป็นในการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม การเตรียมเส้นเลือดก่อนฟอกเลือด ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น และญาติเซ็นยินยอมในการรักษา ประเมิน Exit site Double lumen catheter ก่อนเริ่มต้นการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม วางแผนการรักษาร่วมกับแพทย์ พยาบาลไตเทียม

1.2 การพยาบาลผู้ป่วยขณะฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม โดยการติดตามประเมินผู้ป่วย ขณะฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม แจ้งให้ผู้ป่วยและญาติทราบทุกครั้งเมื่อเริ่มฟอกเลือด และสังเกตอาการเปลี่ยนแปลง

1.3 การพยาบาลผู้ป่วยหลังการฟอกเลือด จะประเมินจนแน่ใจว่าไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน ก่อนส่งกลับหอผู้ป่วย

1.4 ประเมิน Exit site Double lumen catheter ว่ามี bleeding หรือไม่ dressing เพื่อป้องกันการติดเชื้อ

2. ติดตามภาวะ Uremia เช่น ปัสสาวะออกน้อย อ่อนเพลีย บวม ค้นตามตัว หอบเหนื่อย เป็นต้น

3. ติดตามและบันทึกความสมดุลของสารน้ำเข้า-ออก และสังเกตอาการเปลี่ยนแปลง

4. ติดตามผลตรวจ BUN Cr Electrolyte เพื่อประเมินระดับของเสียที่คั่ง การทำงานของไตและรายงานแพทย์

การประเมินผล : 1. ผู้ป่วยไม่มีคลื่นไส้ อาเจียน หรือเวียนศีรษะ 2. ผลเลือดระดับ BUN=15 , Cr =0.95

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 4 เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากความไม่สมดุลของอิเล็กโทรไลต์

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยระดับความรู้สึกตัวลดลง ซึม สับสน E3VTM5 หายใจหอบลึก RR 28/min on Ventilator ใ้ O₂sat 94%

2. ระดับของเกลือแร่ผิดปกติ ผลเลือดค่า Sodium = 132 mmol/L, Potassium 3.4 mmol/L, Chloride= 105 mmol/L , Co2 = 2 mmol/L , Calcium 8.1 = mg/dL, Phosphorus 1.8 mg/dL,

วัตถุประสงค์การพยาบาล : เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย มีภาวะสมดุลของอิเล็กโทรไลต์

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผลเลือดค่า Sodium 136-146 mmol/L , Potassium 3.4-4.5 mmol/L, Chloride 101-109 mmol/L , CO₂ 21-31 mmol/L , Calcium 8.8-10.6 , Phosphorus 2.5-4.5

2. V/S ปกติ RR 16-20/min, HR 60-100/min, BP 100-120/55-60 mmHg, ไม่มีหัวใจเต้นผิดจังหวะ หรือเต้นช้า

3. ระดับความรู้สึกตัวปกติ ไม่พบอาการท้องอืด ไม่มีคลื่นไส้ อาเจียน ไม่พบกล้ามเนื้ออ่อนแรง ซา ชักเกร็ง

4. ไม่มีอาการกระหายน้ำ ความตึงตัวของผิวหนังดี เบ้าตาไม่ลึก ริมฝีปากชุ่มชื้น

5. ปริมาณน้ำเข้า ออกสมดุล ไม่มีอาการขาดน้ำหรือบวม บัสสาวะออก > 0.5ml/kg/hr.

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินระดับความรู้สึกตัว ทุก 1 ชั่วโมง ประเมินภาวะไม่สมดุลของเกลือแร่จากอาการแสดงของภาวะ Hyponatremia เช่น มีอาการกล้ามเนื้ออ่อนแรง ชา ชักเกร็ง สับสน คลื่นไส้ อาเจียน ให้จัดบันทึกและรายงานแพทย์
2. วัดและบันทึกสัญญาณชีพเมื่อให้ยาความเสี่ยงสูง (High Alert Drug) บันทึก HR, BP ทุก 15 นาที X4 ครั้ง หลังจากนั้น ทุก 2 ชั่วโมง ระวังผลเลือดค่าอิเล็กโทรไลต์ให้ยา , Monitor EKG หากพบผิดปกติรายงานแพทย์
3. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับ 5% D/N/2 vein drip 130 ml/hr , On 0.9 % NSS 1,000 ml +KCL 40 mEq IV rate 80 ml/hr ฝ้าระวังอาการและอาการแสดง Hypokalemia เช่น กล้ามเนื้ออ่อนแรง ท้องผูก หัวใจเต้นช้า เป็นต้น เมื่อผลเลือดค่าการตีขึ้นดูแลให้ Potassium Chloride solution 15 ml. oral q 3 hrs. x 3 dose ตามแผนการรักษา
4. ดูแลให้ได้รับ 10 % Calcium Gluconate 10 ml. dilute เท่าตัว IV. Drip in 30 ml. x 1 dose ติดตามฝ้าระวังการใช้ยา เช่น การบริหารยาเร็วเกินไป อาจเกิดความรู้สึกชา หรือความดันต่ำได้
5. ดูแลให้ได้รับ K2PO4 30 meq vein drip 75 ml/hr ฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์ของการให้ยา ได้แก่ ชัก กระตุก กล้ามเนื้ออ่อนแรง กระสับกระส่าย เหงื่อออก เป็นต้น
6. ติดตามบันทึกปริมาณน้ำเข้า-ออกทุก 4-8 ชั่วโมงและ 24 ชั่วโมง ถ้าบัสสาวะน้อยกว่า 0.5 ml/kg/hr.รายงานแพทย์
7. จัดสิ่งแวดล้อมที่สงบ ลดการกระตุ้นจากสิ่งแวดล้อมและติดตามผล Electrolyte หลังให้ยาครบตามแผนการรักษา

การประเมินผล

1. หลังรับไว้วันที่ 2 ผลเลือดค่า Sodium 138 mmol/L, Potassium 3.4 mmol/L, Chloride 119 mmol/L, CO₂ 9 mmol/L, Calcium 9.3 Magnesium 1.8, Phosphorus 1.6 ผลเลือดค่าการตีขึ้น แต่ยังไม่อยู่ในเกณฑ์ปกติ ดูแลให้สารน้ำ และยาตามแผนการรักษาต่อ หลังรับไว้วันที่ 7 ผลเลือดค่าการตีขึ้น CO₂ 22 mmol/L
2. V/S ปกติ RR 16-20/min, HR 88/min, BP 110/60mmHg O₂ sat 97% ไม่มีหัวใจเต้นผิดปกติจังหวะหรือเต้นช้า
3. ระดับความรู้สึกตัวปกติ ไม่พบอาการท้องอืด ไม่มีคลื่นไส้อาเจียน ไม่พบกล้ามเนื้ออ่อนแรง ชา ชักเกร็ง ไม่มีอาการกระหายน้ำ ความตึงตัวของผิวหนังดี ไม่เหี่ยวยุบ เบ้าตาไม่ลึก ริมฝีปากชุ่มชื้น
4. ปริมาณน้ำเข้า ออกสมดุล ไม่มีอาการขาดน้ำหรือบวม บัสสาวะออก > 0.5ml/kg/hr.

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 5 ผู้ป่วยมีภาวะติดเชื้อในร่างกาย

ข้อมูลสนับสนุน : 1. หายใจเหนื่อยหอบลึก RR 28 /min HR 120 /min on Ventilator ไว้ 2. ผล CBC WBC 20,600

วัตถุประสงค์การพยาบาล : ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะติดเชื้อในร่างกาย

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผล CBC WBC 5.000-10,000, Neutrophil 43.7-70.9, Platelet 140,000-400,000
2. V/S ปกติ T 36.5-37.4 °C , RR16-20/min, BP110/68 mmHg, HR 80-88/min, O₂ sat 97%
3. ไม่พบอาการและอาการแสดงของการติดเชื้อ เช่น มีไข้ หรือตัวเย็น เหงื่อออก หายใจหอบ ซึมไม่รู้สึกตัว หัวใจเต้นเร็ว ความดันโลหิตต่ำ ท้องอืด อาเจียน เขียว เป็นต้น

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินอาการและอาการแสดงของการติดเชื้อ เช่น มีไข้ หรือตัวเย็น เหงื่อออก หายใจหอบ ซึมไม่รู้สึกตัว หัวใจเต้นเร็ว ความดันโลหิตต่ำ ท้องอืด อาเจียน เขียว เป็นต้น หากผิดปกติรายงานแพทย์
2. วัดสัญญาณชีพทุก 2-4 ชั่วโมง เพื่อประเมินการติดเชื้อ
3. ดูแลให้ยา Ceftriaxone 2 gm.iv.OD สังเกตอาการขณะให้ยา เช่น อุจจาระร่วง คลื่นไส้ อาเจียน เป็นต้น
4. ให้การพยาบาลโดยยึดหลัก Aseptic technique โดยล้างมือก่อนและหลังการสัมผัสผู้ป่วย
5. ดูแลให้ผู้ป่วยอยู่ในห้องผู้ป่วยหนัก PICU ในหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม 1 จำกัดการเข้าเยี่ยมให้เยี่ยมเฉพาะ บิดามารดาเด็ก และแนะนำให้ล้างมือก่อนเข้าเยี่ยมทุกครั้ง ดูแลสิ่งแวดล้อมให้สะอาด

6. ดูแลให้ผู้ป่วยให้ได้รับน้ำอย่างเพียงพอ ดูแลความสะอาดในช่องปากเพื่อลดการติดเชื้อในช่องปาก
7. ดูแล on Ventilator AC mode setting PIP 12 PEEP 5 RR 35 FiO2 0.6 ให้ทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ
8. เครื่องมือ อุปกรณ์ทุกชนิดที่จะนำมาใช้กับผู้ป่วยต้องทำความสะอาด ทำลายเชื้อตามมาตรฐาน
9. บุคลากรทางการแพทย์ ผู้ดูแล หากมีอาการแสดงของการติดเชื้อ เช่น มีการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจส่วนต้น เจ็บคอ ให้ผูก Mask ตลอดเวลาขณะให้การพยาบาลเด็ก เพราะอาจเป็นการแพร่กระจายเชื้อโรคได้
10. ติดตามผล CBC ผลเพาะเชื้อในเลือด เพื่อประเมินอาการติดเชื้อ หากผิดปกติรายงานแพทย์

การประเมินผล

1. หลังรับไว้ 1 วันอาการไม่ดีขึ้น แพทย์ off Ceftriaxone , เริ่ม start Meropenem 1.2 gms. IV.q 8 hr. หลังรับไว้ 2 วันผล CBC WBC 7,500 , Neutophil 73 , Platelet 120,000 ต่อมา repeat ซ้ำผลปกติ
2. V/S อยู่ในเกณฑ์ปกติ
3. ไม่พบอาการและอาการแสดงของการติดเชื้อ

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 6 บิดามารดามีความวิตกกังวลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของบุตรที่รุนแรง

ข้อมูลสนับสนุน

1. บิดากับมารดาสลับกันเฝ้าบุตร และนั่งเฝ้าอยู่หน้าหอผู้ป่วยตลอดเวลา แสดงสีหน้าวิตกกังวล และร้องไห้
2. บิดามารดาสอบถามอาการของบุตร ผลเลือดต่างๆ ความก้าวหน้าของโรค แนวทางการรักษา

วัตถุประสงค์การพยาบาล : เพื่อลดความวิตกกังวลของบิดามารดา

เกณฑ์การประเมินผล : บิดามารดามีสีหน้าสดชื่นขึ้น ให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินความวิตกกังวล ความสามารถในการรับรู้ เพื่อให้การช่วยเหลืออย่างเหมาะสม
2. สร้างสัมพันธภาพบิดามารดาของผู้ป่วยด้วยท่าทีสุภาพเป็นมิตร จริงใจ เห็นอกเห็นใจ พร้อมรับฟังอย่างตั้งใจ เพื่อให้เกิดความไว้วางใจ ให้ความมั่นใจพยาบาลจะให้ความช่วยเหลือ และเปิดโอกาสให้ซักถามเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยของบุตร พร้อมจัดให้ได้พูดคุยกับกุมารแพทย์ที่ทำการรักษา อธิบายถึงอาการและแนวทางการรักษา
3. ให้ข้อมูลแก่บิดามารดาเกี่ยวกับภาวะความเจ็บป่วย สาเหตุ อาการ และแนวทางการรักษาด้วยภาษาที่เข้าใจง่าย และ เครื่องมืออุปกรณ์ต่างๆ ที่ใช้กับผู้ป่วยรวมทั้งการพยาบาลที่สำคัญที่จำเป็นต้องให้ในช่วงนั้นๆ เช่น การใส่เครื่องช่วยหายใจ การฟอกไต การเจาะเลือด การให้ยาและสารน้ำทางหลอดเลือดดำ เป็นต้น
4. แจ้งอาการของบุตรให้บิดามารดาทราบเป็นระยะๆ ทุกครั้งที่เข้าเยี่ยมบุตร
5. ประเมินความวิตกกังวลและท่าที่ต่างๆ ที่แสดงออกของบิดามารดาต่อความเจ็บป่วยของบุตร รวมทั้งยอมรับท่าที่และปฏิกิริยาที่ตอบสนองต่อความเครียดนั้น
6. สนับสนุนให้บิดามารดามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย และให้กำลังใจและสร้างความมั่นใจให้แก่ผู้ป่วย

การประเมินผล : บิดามารดามีสีหน้าสดชื่นขึ้น ให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 7 มีโอกาสกลับรักษาซ้ำเนื่องจากขาดความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานที่มีภาวะเลือดเป็นกรด

ข้อมูลสนับสนุน : 1. ผู้ป่วยไม่ฉีดยาอินซูลินมา 2 สัปดาห์

2. ผู้ป่วยและญาติตอบเกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตนไม่ถูกต้อง

วัตถุประสงค์การพยาบาล : เพื่อให้ผู้ป่วยและบิดามารดามีความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานที่มีภาวะเลือดเป็นกรด

เกณฑ์การประเมินผล : ผู้ป่วยและญาติสามารถตอบคำถามข้อปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินความรู้ความเข้าใจของผู้ป่วยและบิดามารดาเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่ และเปิดโอกาสให้สอบถามข้อสงสัย
2. ให้ความรู้โรคเบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูงชนิดคีโตนคั่ง และการปฏิบัติตนที่ถูกต้อง

3. ส่งเสริมเทคนิคการฉีดอินซูลินอย่างถูกต้อง แนะนำให้สังเกตอาการผิดปกติ ดังนี้ 1) ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำจากการใช้อินซูลินเกินขนาดหรือจากสาเหตุอื่นจะมีอาการกระหายน้ำ หิว กระสับกระส่าย ใจสั่น หนาวมีด เหงื่อออก ตัวเย็น เป็นต้น ให้รีบพัก ดื่มน้ำหวานทันที หรือมีลูกอม ติดตัวเพราะถ้าเกิดน้ำตาลต่ำจะได้แก้ไขได้ทันทันที หากอาการไม่ทุเลาให้รีบพามาพบแพทย์ 2) ภาวะน้ำตาลในเลือดสูงได้แก่กระหายน้ำ บัสสาวะบ่อย และมาก คลื่นไส้ อาเจียน เมื่ออาหาร อ่อนเพลีย หน้าแดงให้รีบพามาพบแพทย์โดยเร็ว

4. การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการดำเนินชีวิต โดยเน้นให้ปรับพฤติกรรมกรรมการรับประทานอาหารให้ตามหลักโภชนาการ แนะนำการออกกำลังกายตามความเหมาะสม พักผ่อนวันละ 6-8 ชั่วโมง และมาตรวจตามนัด

5. การประเมินผลการให้ความรู้ และสอนทักษะโดยการสอบถามความเข้าใจ และการสาธิตย้อนกลับ

การประเมินผล : ผู้ป่วยและญาติบอกได้เกี่ยวกับโรค ภาวะแทรกซ้อน และบอกวิธีการปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง

สรุปกรณีศึกษา

ผู้ป่วยเด็กหญิงไทย อายุ 13 ปี 10 เดือน เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลชุมชนด้วยอาการหายใจเหนื่อย หอบลึก ซึม สับสน ผลการตรวจ DTX 310 mg% , BS 397 ผลบัสสาวะ ketone 3+ แพทย์พิจารณาใส่ท่อช่วยหายใจ ส่งรักษาต่อที่โรงพยาบาลกำแพงเพชร ด้วยน้ำตาลในเลือดสูง และมีภาวะเลือดเป็นกรด แกร็บที่หอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม 1 ผู้ป่วยรู้สึกตัวลดลง ซึม สับสน E3VTM5 แพทย์วินิจฉัย Diabetic mellitus Type I with Severe DKA with Acute respiratory failure ตรวจเลือดพบมีภาวะเลือดเป็นกรด pH <6.8 น้ำตาลในเลือดสูง DTX = 303 mg% มี Electrolyte imbalance ผลบัสสาวะพบค่าน้ำตาล 3+ คีโตน 2+ ผลตรวจคลื่นหัวใจ : normal Sinus rhythm ดูแลใส่เครื่องช่วยหายใจ ให้สารน้ำและเกลือแร่ On Humulin-R (1:1) IV Drip rate 8 ml/hr มีภาวะไตวายเฉียบพลัน ผล Serum Creatinine 2.9 ได้รับการทำ Hemodialysis 2 ครั้ง ผล Creatinine ปกติ มีภาวะติดเชื้อให้ยา Meropenam หลังรับรักษาในโรงพยาบาล 3 วัน ผลเลือดภาวะเป็นกรดดีขึ้น หายใจหอบลดลง ใส่เครื่องช่วยหายใจจำนวน 5 วัน เปลี่ยนเป็นให้ออกซิเจนชนิดอัตราไหลสูง 4 วัน และมีภาวะน้ำตาลในเลือดดีขึ้น ปัญหาต่างๆได้รับการช่วยเหลือและแก้ไข ผู้ป่วยเด็กปลอดภัยจากภาวะเลือดเป็นกรดจากเบาหวานและไม่มีภาวะแทรกซ้อน รวมระยะเวลารักษาในโรงพยาบาล 15 วัน นัดติดตามอาการ 1 สัปดาห์

วิจารณ์

จากการศึกษา ทำให้เกิดแนวทางในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงร่วมกับภาวะเลือดเป็นกรดขึ้นภายในหน่วยงาน เพื่อการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพได้ตามมาตรฐานและมีความทันสมัยเป็นปัจจุบัน ส่งผลให้คุณภาพทางการพยาบาล ลดระยะเวลาในการนอนในโรงพยาบาล ผู้ป่วยปลอดภัย

ข้อเสนอแนะ

1. โรคเบาหวานเป็นความท้าทายที่สำคัญของทีมสุขภาพในทุกกระบวนการดูแลรักษา โดยเฉพาะพยาบาลที่ต้องให้การดูแลใกล้ชิดตลอดเวลา ดังนั้นการดูแลตามหลักการที่ถูกต้อง เครื่องมือจะสามารถลดผลกระทบรุนแรงที่จะตามมาจากภาวะแทรกซ้อนได้
2. สาเหตุหลักมาจากการขาดความรู้ในการดูแลตนเองโรคเบาหวาน จึงควรมีการประสานทีมสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง เพื่อร่วมส่งเสริมพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเอง ในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดเป็นสิ่งสำคัญในการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนวิกฤตจากเบาหวาน ทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี

สรุป

จากกรณีศึกษาผู้ป่วยเด็กโรคเบาหวานที่มีภาวะเลือดเป็นกรด ร่วมกับมีภาวะหายใจล้มเหลว เป็นความเจ็บป่วยรุนแรงและวิกฤตที่อาจทำให้เสียชีวิตได้ มีการดูแลรักษาที่ซับซ้อนในเรื่องการให้สารน้ำ การให้อินซูลิน และการแก้ไขภาวะผิดปกติของเกลือแร่หลายชนิดในร่างกาย ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะวิกฤต ไม่มีภาวะหายใจล้มเหลว หรือติดเชื้อเพิ่มขึ้น บทบาทที่สำคัญของพยาบาลคือการประเมินอย่างรวดเร็ว การสังเกตอาการอย่างใกล้ชิด การให้ดูแลอย่างถูกต้อง เหมาะสม สามารถลดอัตราการเสียชีวิตและภาวะแทรกซ้อนต่างๆที่อาจเกิดขึ้นได้ ดังนั้นพยาบาลต้องมีความรู้ และพัฒนาทักษะในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะเลือดเป็นกรด เพื่อให้การช่วยเหลืออย่างทันเวลาที่ ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคและการดูแลตนเองเมื่อกลับไปอยู่บ้าน เพื่อป้องกันการกำเริบหรือการกลับเป็นซ้ำ ซึ่งช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป



เอกสารอ้างอิง

1. สมจิตร จารูรัตน์ศิริกุล. Diabetic Ketoacidosis, ใน : พรพรรณ ศรีพรสวรรค์, บรรณาธิการ. กุมารเวชศาสตร์ฉุกเฉิน. กรุงเทพฯ : สหมิตรพัฒนาการพิมพ์; 2566. หน้า 339-48.
2. พิริยา จันทราธรรมชาติ, แสงแข บุญรอด. การรักษาภาวะดีเคเอในสถาบันสุขภาพเด็กตามแนวทางการรักษาของสมาคมต่อมไร้ท่อเด็กและวัยรุ่นไทย. วารสารการแพทย์ฉุกเฉินแห่งประเทศไทย. 2563;1(2),171-83.
3. เปรมฤดี ภูมิถาวร. สาขาวิชาต่อมไร้ท่อและเมตาบอลิซึม ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ ร.พ.รามาริบัติ มหาวิทยาลัยมหิดล โรคเบาหวานในเด็กและวัยรุ่น. นิตยสารเพื่อสุขภาพ โรงพยาบาลรามาริบัติ. 2560;30:1-5.
4. สุวรรณ เรื่องกัญจนเศรษฐ์ และคณะ. Practical Pediatrics : Case Approach. กรุงเทพฯ : ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาริบัติ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2560.
5. สุรัชย์ ลิขสิทธิ์วัฒนกุล และคณะ. ตำรากุมารเวชศาสตร์ ภาวะทางคลินิกที่สำคัญ เล่ม 1. กรุงเทพฯ : คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล, 2564.
6. พรศิริ พันธสี. Nursing Process Function Health Pattern : Application in Clinical Practice ครั้งที่ 29. กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วนพิมพ์อักษร, 2566.
7. ศูนย์ข้อมูลโรงพยาบาลกำแพงเพชร. รายงานประจำปี 2564-2566. กำแพงเพชร: โรงพยาบาลกำแพงเพชร; 2564-2566.



Nursing care for HIV-infected pregnant : A case study

Vanitcha Sungkhin, M.N.S.*

Abstract

Introduction : Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS) is a group of symptoms resulting from exposure to Human Immunodeficiency Virus (HIV). HIV infection among pregnant women affects the fetus because the virus can be transmitted to infants during pregnancy, pregnant, and the postpartum period. The effects of maternal HIV infection can increase the rate of abortion, stunted growth of babies, preterm, low birth weight baby and infant death. Nurses must have knowledge and understanding of the disease, complications, diagnosis process, care for HIV-infected births, and nursing skills for HIV-infected pregnant correctly according to standards so that the mother can go back to living her everyday life and successfully end the transmission of HIV from mother to infant.

Objectives : To provide effective nursing care for HIV-infected pregnant mothers and their children.

Case Study : Thai woman, 24 years old, second pregnancy, 37 weeks pregnant, first symptoms received in the labor room: pain in the lower abdomen, frequent abdominal pain, mucus bloody show. The pregnant mother reported anti-HIV positive blood results and had been treated with HAART before becoming pregnant. Examination of the pregnant abdomen: high of fundus $\frac{3}{4}$ above the level of the navel, 32 centimeters in ROA position, head engagement, FHS 142 times/minute consistently, uterine contractions interval 3 minutes duration 40 seconds. Internal examination: cervix was fully dilate, Effacement 100%, MI, Station 0, mucus bloody show. In this case was planned for spontaneous vaginal delivery. The birth of a female baby weighing 3,110 grams was born healthy and the mother had no complications. Problems and nursing diagnoses including: 1. Labour pain due to contractions of the uterus. 2. The mother and relatives worried about the birth process. 3. There was a risk of postpartum hemorrhage due to wounds in the uterine cavity and perineal wound. 4. Risk of infection of the reproductive system and urinary system due to wounds in the uterine cavity and perineal wound. 5. Risk of inflammation and infection around the perineal wound. 6. Risk of spreading HIV to the baby, a husband, and other people. 7. Risk of breast engorgement due to being unable to breastfeed the baby. 8. Health anxiety. The mother was in general physical condition, able to help herself, but still tired, also pain and tightness in the vaginal wound, light-colored lochia as normal. The baby is healthy, sucks well, has no regurgitation, defecates and urinates normally, no fever and was discharged from the hospital. The total length of stay in hospital is three days, the baby was follow up in 8, 16 and 72 weeks with PCR and not infected with HIV.

Conclusion : In nursing care for HIV-infected pregnant, nurses must have knowledge and understanding of the disease and skills for giving birth to HIV-infected women. Holistic care for mothers after giving birth: the mother has knowledge and understanding, learn to live according to the circumstances that arise so that the mother can return to live with her family and stop the transmission of HIV to infants.

Keywords : Nursing care for HIV-infected pregnant

*Registered nurse, Professional level, labour room department, Sawangarom hospital

การพยาบาลผู้คลอดที่ติดเชื้อเอชไอวี : กรณีศึกษา

วณิชชา สังข์ชินท์, พย.บ.*

บทคัดย่อ

บทนำ : เชื้อเอชไอวีสามารถส่งผ่านสู่ทารกในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด ผลของการติดเชื้อเอชไอวีของมารดาสามารถเพิ่มอัตราการแท้งบุตร ทารกโตช้า การคลอดก่อนกำหนด ทารกน้ำหนักน้อย และการตายของทารก การมีทักษะในการให้การพยาบาลผู้คลอดที่ติดเชื้อเอชไอวี ได้อย่างถูกต้องตามมาตรฐาน จะทำให้มารดาและทารกปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนสามารถกลับไปดำเนินชีวิตได้ตามปกติ และเป็นการยุติการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากมารดาสู่ทารกได้สำเร็จ

วัตถุประสงค์ : เพื่อให้การพยาบาลผู้คลอดที่ติดเชื้อเอชไอวีอย่างมีประสิทธิภาพ

กรณีศึกษา : ผู้คลอดหญิงไทย อายุ 24 ปี ครรภ์ที่ 2 อายุครรภ์ 37 สัปดาห์ อาการแรกรับที่ห้องคลอด มาด้วยอาการปวดหน่วงท้องน้อย ท้องแข็งถี่ มีมูกปนเลือดออกทางช่องคลอด ผู้คลอดแจ้งผลเลือด Anti HIV positive ได้รับการรักษาด้วย HAART มาก่อนตั้งครรภ์ ตรวจหน้าท้อง High of fundus ¾ เห็นระดับสะดือ วัดได้ 32 เซนติเมตร ทำ ROA, Head engagement, FHS สม่าเสมอ 142 ครั้ง/นาที มดลูกหดรัดตัวมี Interval 3 นาที Duration 40 วินาที ตรวจภายใน ปากมดลูกขยาย Fully dilate, Effacement 100% , MI, Station 0, Mucus bloody show รับไว้รักษาในห้องคลอด ที่มีได้วางแผน การคลอดทางช่องคลอด ผลการคลอดทารกเพศหญิง น้ำหนัก 3,110 กรัม แรกเกิดแข็งแรงดี มารดาไม่มีภาวะแทรกซ้อนปัญหาและข้อวินิจฉัยการพยาบาล ได้แก่ 1. เจ็บครรภ์ เนื่องจากมดลูกหดรัดตัว 2. ผู้คลอดและญาติมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับกระบวนการคลอด 3. เสี่ยงต่อการเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอด เนื่องจากมีแผลในโพรงมดลูกและแผลฝีเย็บ 4. เสี่ยงต่อการเกิดภาวะติดเชื้อของระบบสืบพันธุ์และระบบทางเดินปัสสาวะเนื่องจากมีแผลในโพรงมดลูกและแผลฝีเย็บ 5. เสี่ยงต่อการอักเสบ ติดเชื้อบริเวณแผลฝีเย็บ 6. เสี่ยงต่อการแพร่กระจายเชื้อเอชไอวีสู่บุตรสามีและบุคคลอื่น 7. เสี่ยงต่อการปวดคัดตึงเต้านมเนื่องจากไม่สามารถเลี้ยงบุตรด้วยนมตนเองได้ 8. วิตกกังวลเกี่ยวกับสุขภาพของตนเอง ผู้คลอดสภาพร่างกายทั่วไป ยังอ่อนเพลีย สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ เจ็บตึงแผลช่องคลอด น้ำคาวปลาสีจางปกติ ทารกสุขภาพแข็งแรงดี ดูดนมได้ดี ไม่มีสำรอก ถ่ายอุจจาระและปัสสาวะปกติ ไม่มีไข้ได้รับการจำหน่ายกลับบ้าน รวมเวลาอนในโรงพยาบาล 3 วัน ติดตามตรวจ PCR บุตร 8, 16, 72 สัปดาห์ พบว่า ไม่ติดเชื้อเอชไอวี

สรุปกรณีศึกษา : การพยาบาลผู้คลอดที่ติดเชื้อเอชไอวี พยาบาลต้องมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค ทักษะการทำคลอดผู้คลอดที่ติดเชื้อเอชไอวี การดูแลมารดาหลังคลอดให้ครอบคลุมแบบองค์รวม ผู้คลอดมีความรู้และเข้าใจ ยอมรับในสภาวะสุขภาพตนเอง เรียนรู้ที่จะดำรงชีวิตตามสภาพที่เกิดขึ้น เพื่อให้มารดาสามารถกลับไปดำเนินชีวิตได้อย่างมีความสุขกับครอบครัวต่อไป และยุติการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีสู่ทารก

คำสำคัญ : การพยาบาลผู้คลอดที่ติดเชื้อเอชไอวี

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ งานการพยาบาลผู้คลอด กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลสว่างอารมณ์

บทนำ

ภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่องหรือโรคเอดส์ (Acquired Immune Deficiency Syndrome : AIDS) เป็นกลุ่มอาการที่เกิดจากการได้รับเชื้อเอชไอวี (Human Immunodeficiency Virus: HIV)¹ ในปัจจุบันโรคเอดส์ยังไม่พบวิธีการรักษาให้หายขาด² การติดเชื้อเอชไอวีในหญิงตั้งครรภ์มีผลกระทบต่อทารกในครรภ์ โดยการติดเชื้อเอชไอวีสามารถส่งผ่านสู่ทารกได้ทั้งในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด³ ผลของการติดเชื้อเอชไอวีของมารดา สามารถเพิ่มอัตราการแท้งบุตร ทารกโตช้า การคลอดก่อนกำหนด ทารกน้ำหนักน้อย และการตายของทารก⁴ ข้อมูลหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี ย้อนหลัง 3 ปี เขตสุขภาพที่ 3 ปี 2564 - 2566 มีหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี จำนวน 98, 83 และ 58 ตามลำดับ⁵ ข้อมูลจังหวัดอุทัยธานี 14 ปีก่อน มีทารกที่ติดเชื้อเอชไอวี 2 ราย ซึ่งได้เสียชีวิตแล้ว 1 ราย ข้อมูลย้อนหลัง 3 ปีของปี 2564 - 2566 หญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี จำนวน 15, 11 และ 6 ตามลำดับ ทารกที่เกิดจากมารดาติดเชื้อเอชไอวี จำนวน 15, 11 และ 6 ตามลำดับ มีทารกที่ติดเชื้อเอชไอวี 1 ราย⁶ เนื่องจากมารดามารดาฝากครรภ์ล่าช้า และผู้คลอดได้รับยาต้านไวรัสไม่สม่ำเสมอในระยะก่อนคลอด ปัจจุบันเด็กยังมีชีวิตอยู่และสุขภาพร่างกายทั่วไปแข็งแรงดี รับยาต้านไวรัสสม่ำเสมอต่อเนื่อง

บทบาทสำคัญของพยาบาลห้องคลอด ต้องมีความรู้และทักษะ การให้คำปรึกษา การให้คำแนะนำ การชักจูงประวัติที่เกี่ยวข้องของประวัติความเสี่ยงที่ได้รับเชื้อ การตรวจร่างกาย อาการต่างๆ ที่บ่งชี้ถึงระยะของโรค การตรวจภายในหาโรคอื่นร่วมการประเมินและตัดสินใจ วิธีการคลอด การทำสูติศาสตร์หัตถการ การเจาะถุงน้ำคร่ำหรือไม่เจาะและถ้าต้องเจาะควรเจาะในเวลาไหน การตัดฝีเย็บ การระมัดระวังการหลีกเลี่ยงการใช้ยา การเฝ้าระวังสภาวะความก้าวหน้าของการคลอด วางแผนแก้ไขปัญหาในผู้คลอดให้สอดคล้องกับปัญหาที่เกิดขึ้นได้ทันทั่วทั้ง อันจะเกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้คลอดและทารกให้ปลอดภัย ช่วยลดภาวะแทรกซ้อนที่คุกคาม

โรงพยาบาลสว่างอารมณ์เป็นโรงพยาบาลชุมชน ขนาด 30 เตียง งานการพยาบาลผู้คลอดให้การดูแลผู้รับบริการหญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุครรภ์ตั้งแต่ 28 สัปดาห์รวมถึงระยะคลอด หลังคลอด จนถึงจำหน่ายกลับบ้าน จากสถิติของโรงพยาบาลสว่างอารมณ์ มีทารกที่คลอดในปี 2553 ติดเชื้อเอชไอวี 1 ราย เนื่องจากมารดามารดาฝากครรภ์ล่าช้า และผู้คลอดได้รับยาต้านไวรัสไม่สม่ำเสมอในระยะก่อนคลอด ปัจจุบันเด็กยังมีชีวิตอยู่และสุขภาพร่างกายทั่วไปแข็งแรงดี รับยาต้านไวรัสสม่ำเสมอต่อเนื่อง 5 ปีย้อนหลัง ปี พ.ศ. 2562 - พ.ศ. 2566 มีจำนวนผู้คลอด 55, 6, 31, 76 และ 38 ราย ตามลำดับ ไม่มีมารดาตาย ไม่มีทารกตาย มีจำนวนผู้คลอดที่ติดเชื้อเอชไอวี ที่มารับบริการการคลอดที่โรงพยาบาลสว่างอารมณ์ จำนวน 2, 2, 1, 1 และ 3 ตามลำดับ⁷ การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อให้การพยาบาลผู้คลอดที่ติดเชื้อเอชไอวีอย่างมีประสิทธิภาพ

กรณีศึกษา

ผู้คลอดหญิงไทย อายุ 24 ปี 1 เดือน สถานภาพคู่ เชื้อชาติไทย นับถือศาสนาพุทธ อาชีพรับจ้าง ระดับการศึกษา ประถมศึกษา รายได้ประมาณ 8,000 บาท/เดือน

อาการสำคัญ

ปวดหน่วงท้องน้อย ท้องแข็งถี่ มีมูกปนเลือดออกทางช่องคลอด ก่อนมาโรงพยาบาล 9 ชั่วโมง

ประวัติเจ็บป่วยปัจจุบัน

9 ปีที่แล้ว ติดเชื้อเอชไอวี รับยาต่อเนื่อง สามารถควบคุมความรุนแรงของโรคอยู่ในเกณฑ์ปกติได้

G2P1-0-1 อายุครรภ์ 37 สัปดาห์จากการตรวจอัลตราซาวด์ ฝากครรภ์ที่รพ. สวรรค์ประชารักษ์ 6 ครั้ง ฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์ 7 สัปดาห์ และมารับการตรวจครรภ์สม่ำเสมอตามนัด อาการระหว่างตั้งครรภ์ปกติ น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นระหว่างตั้งครรภ์ 29 กิโลกรัม เด็กดิ้นดี เสียงหัวใจเด็กฟังได้ชัดเจน และสม่ำเสมอดี มีบวมเมื่ออายุครรภ์ 34 สัปดาห์ (edema 2+, proteinuria 1+)

ก่อนมาโรงพยาบาล 9 ชั่วโมง ปวดหน่วงท้องน้อย ท้องแข็งถี่ มีมูกปนเลือดออกทางช่องคลอด

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต

ปฏิเสธโรคประจำตัว การแพ้ยาและสารเคมี ไม่มีประวัติการดื่มเหล้าหรือสูบบุหรี่

การวินิจฉัยโรค : วินิจฉัยครั้งแรก Labour pain วินิจฉัยครั้งสุดท้าย Normal Labour

การประเมินสภาพร่างกายตามระบบ

- รูปร่างทั่วไป** : สภาพทั่วไปปกติ ลักษณะการเดินปกติ ความสูง 155 เซนติเมตร น้ำหนัก 61 กิโลกรัม
- สัญญาณชีพ** : อุณหภูมิร่างกาย 36.7 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 72 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 18 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 139/80 มิลลิเมตรปรอท ออกซิเจนในร่างกาย 98%
- ผิวหนัง** : บวม Petting edema 2⁺ อุณหภูมิร่างกาย 36.7 องศาเซลเซียส
- คอ** : ต่อมไทรอยด์ ต่อม้ำเหลือง ไม่โต คล้ำไม่พบ
- ตา** : การมองเห็นชัดเจนดี เยื่อบุตาไม่ซีด
- หู** : การได้ยินปกติดี
- จมูก** : ไม่เคยมีการอุดตัน ไม่เคยมีเลือดกำเดาออก
- ช่องปาก** : ปากและฟันสะอาดดีไม่มีฟันผุ เหงือกไม่บวม ไม่มีการอักเสบ
- ผิวหนัง** : บวม Petting edema 2⁺ อุณหภูมิร่างกาย 36.7 องศาเซลเซียส
- เต้านม** : ขนาดปกติ และไม่มีก้อนในเต้านม
- หัวนม** : ปกติ ไม่สั้น ไม่บอด
- ปอด** : เสียงปอดปกติ อัตราการหายใจ 18 ครั้งต่อนาที
- หัวใจ** : การเต้นของหัวใจปกติ ไม่มี murmur อัตราชีพจร 72 ครั้งต่อนาที แรงสม่ำเสมอ ความดันโลหิต 139/80 mmHg.

อวัยวะสืบพันธุ์ : อวัยวะสืบพันธุ์ภายนอกปกติ ตรวจภายในพบการขยายของปากมดลูก 10 เซนติเมตร ความบางของปากมดลูก 100% มีส่วนนำเป็นสีเขียว ระดับของส่วนนำ 0 อยู่นำไปตั้ง มีมูกปนเลือด

การประเมินสภาพจิตใจและสังคม : สิ้นหนาดูกังวล

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

Anti-HIV Positive, HCT 33.8 %, MCV 95.8, HBsAg negative, CD4 284 cells /ml, Urine albumin / Sugar negative, VDRL สามี negative

การดำเนินของโรคขณะรับไว้ดูแล

วันที่ 29 กันยายน 2564 อาการสำคัญ 9 ชั่วโมงก่อนมา มีอาการปวดหน่วงท้อง ท้องแข็งถี่ มีมูกปนเลือดออกทางช่องคลอด ไม่มีน้ำเดิน ผู้คลอดมีผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ Anti-HIV Positive, CD4 284 cells /ml ปากมดลูกขยาย Fully dilate ,Effacement 100%, MI, Station 0,Mucus bloody show รับไว้รักษาในห้องคลอด วางแผนให้คลอดทางช่องคลอดรับประทานยา AZT 300 mg 1 tab และ NVP 200 mg 1 tab stat, ผู้คลอดได้รับการทำคลอดสำเร็จ ไม่มีภาวะแทรกซ้อน

วันที่ 30 กันยายน 2564 ผู้คลอดสภาพร่างกายทั่วไป อ่อนเพลีย สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ มีเจ็บตึงแผลช่องคลอด น้ำคาวปลาสีจางปกติ มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอด เสี่ยงต่อการเกิดภาวะติดเชื้อ อักเสบ บริเวณแผลฝีเย็บ ระบบสืบพันธุ์ และระบบทางเดินปัสสาวะเนื่องจากมีแผลในโพรงมดลูกแผลฝีเย็บ ให้การพยาบาล โดยคลึงมดลูกและสอนให้ผู้คลอดคลึงด้วยตนเอง ดูแลให้ได้รับสารน้ำรวมทั้งยาที่ใช้ห้ามดลูกหดตัว ทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ เปลี่ยนผ้าอนามัยเมื่อเปียกชุ่ม ประเมินอาการและอาการแสดงของตกเลือด การติดเชื้อ การอักเสบผู้คลอดสัญญาณชีพปกติ มดลูกหดตัวดีขอมดลูกอยู่ต่ำกว่าสะดือ น้ำคาวปลาออกปกติ การขับถ่ายปัสสาวะเป็นปกติ ไม่มีอาการแสบขัด แผลฝีเย็บไม่บวมแดง

วันที่ 1 ตุลาคม 2564 ผู้คลอดสภาพร่างกายทั่วไปแข็งแรง สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ มีเจ็บตึงแผลช่องคลอดเล็กน้อย น้ำคาวปลาสีจางปกติ ไม่มีกลิ่นเหม็น การขับถ่ายปัสสาวะ อูจจะระ ปกติ สัญญาณชีพปกติ มีความเสี่ยงต่อการแพร่กระจายเชื้อเอชไอวีสู่บุตร สามีและบุคคลอื่น มีโอกาสด้านมดลูกตึง และวิตกกังวลเกี่ยวกับสุขภาพของตนเอง แนะนำกึ่งผ้าอนามัยในภาวะที่จัดเตรียมไว้ให้และเมื่อกลับไปอยู่บ้านให้ปฏิบัติเช่นเดียวกัน เลือดหรือสารคัดหลั่งถ้าเป็นพื้นรีบเช็ดทำความสะอาดด้วยน้ำผงซักฟอก แยกซักเสื้อผ้าผู้คลอด งดให้นมแม่ให้นมผสมทดแทน ให้ยาต้านไวรัสหลังคลอดทั้งมารดาและบุตร แนะนำให้สวมเสื้อยกทรงขนาดพอดี พยายามใส่ผ้าอนามัยไว้ อาการก่อน

จำหน่าย ทารกสุขภาพแข็งแรงดี คุณแม่ผสมได้ดี ไม่มีสำรอก ถ่ายปัสสาวะและอุจจาระปกติ ไม่มีไข้ นัดบุตรตรวจติดตาม ติดตามตรวจ PCR บุตร 8, 16, 72 สัปดาห์ เพื่อหาเชื้อเอชไอวี ผู้คลอดมีความรู้ในการปฏิบัติตน การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อสู่คนอื่น มีกำลังใจ ไม่ท้อแท้หมดหวัง และลงชื่อเข้ากลุ่มผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอชไอวี

การวางแผนการพยาบาล : ปัญหาทางการพยาบาลที่สำคัญ ดังนี้

1. เจ็บครรภ์ เนื่องจากมดลูกหดตัว
2. ผู้คลอดและญาติมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับกระบวนการคลอด
3. ผู้คลอดมีการติดเชื้อเอชไอวี
4. เสี่ยงต่อการเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอด เนื่องจากมีแผลในโพรงมดลูกและแผลฝีเย็บ
5. เสี่ยงต่อการเกิดภาวะติดเชื้อของระบบสืบพันธุ์และระบบทางเดินปัสสาวะเนื่องจากมีแผลในโพรงมดลูกและแผลฝีเย็บ
6. เสี่ยงต่อการอักเสบ ติดเชื้อบริเวณแผลฝีเย็บ
7. เสี่ยงต่อการแพร่กระจายเชื้อเอชไอวีสู่บุตรสามีและบุคคลอื่น
8. เสี่ยงต่อการปวดคัดตึงเต้านม เนื่องจากไม่สามารถเลี้ยงบุตรด้วยนมตนเองได้
9. วิตกกังวลเกี่ยวกับสุขภาพของตนเอง

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1 เจ็บครรภ์ เนื่องจากมดลูกหดตัว

ข้อมูลสนับสนุน

1. เมื่อมดลูกหดตัว ทำหน้านิ้ว คิ้วขมวด กลั้นหายใจ กระสับกระส่าย บอกว่า “เจ็บ”
2. มดลูกหดตัวนาน 40 วินาที ทุก 3 นาที

วัตถุประสงค์ สามารถเผชิญกับการเจ็บครรภ์ได้ตลอดระยะที่ 1 ของการคลอด

เกณฑ์การประเมินผล

1. เมื่อมดลูกหดตัวผู้คลอดสามารถควบคุมความเจ็บปวดได้ โดยการใช้เทคนิคการหายใจ และการผ่อนคลาย
2. อาการกระสับกระส่ายน้อยลง ผู้คลอดเข้าใจและปฏิบัติตามคำแนะนำได้ เมื่อมดลูกคลายตัว

กิจกรรมการพยาบาล

1. อธิบายเพื่อทบทวนให้ผู้คลอดเข้าใจเกี่ยวกับกระบวนการคลอด รวมทั้งวางแผนการรักษาและการพยาบาล เพื่อให้เกิดความมั่นใจ และความรู้สึกปลอดภัยในการคลอด
2. ประเมินความเจ็บปวดเกี่ยวกับลักษณะความรุนแรงของความเจ็บปวดจากสังเกตและบันทึกพฤติกรรม การแสดงสีหน้า และการเคลื่อนไหว เสียงพูดถึงความเจ็บปวด เสียงร้อง
3. จัดทำนอนให้ผู้คลอดรู้สึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อมากที่สุด
4. ประคับประคองทางด้านจิตใจ โดยอยู่ใกล้ชิด ให้กำลังใจผู้คลอดด้วยการพูดปลอบโยนแสดงความคิดเห็นในความเจ็บปวดที่กำลังเผชิญอยู่ เพื่อให้ผู้คลอดเกิดกำลังใจที่ต่อสู้กับความเจ็บปวดได้
5. ให้ผู้คลอดได้รับความสุขสบายทั้งด้านร่างกายและจิตใจ โดยดูแลเช็ดตัวด้วยน้ำ เพื่อช่วยให้ผู้คลอดลดความเครียด
6. ส่งเสริมให้มีการผ่อนคลาย โดยการฝึกเทคนิคการหายใจและการผ่อนคลาย โดยเฟื่องมองที่จุดใดจุดหนึ่งขณะที่มดลูกหดตัวหายใจเข้าลึก ๆ ทางจมูกช้า ๆ และผ่อนลมหายใจออกทางปากช้า ๆ เมื่อมดลูกหดตัวเต็มที่ เปลี่ยนเป็นหายใจแบบตื้น ๆ เร็ว ๆ เบา ๆ ไปเรื่อย ๆ จนรู้สึกว่ามีมดลูกคลายตัวแล้วจึงกลับหายใจแบบซ้ำอีก
7. อธิบายให้ผู้คลอดทราบว่า อยู่ในระยะปากมดลูกเปิดหมด มดลูกหดตัวถี่

การประเมินผล

1. หลังให้การพยาบาล ผู้คลอดมีสีหน้าสดชื่น แจ่มใสขึ้น
2. จากการสังเกตพบว่าขณะมดลูกมีการหดตัวผู้คลอดสามารถเผชิญความเจ็บปวดในระยะคลอดได้อย่างเหมาะสม และสามารถใช้อุปกรณ์การหายใจและผ่อนคลายได้ถูกต้องเกือบทุกครั้งที่มีมดลูกหดตัว
3. การเจ็บครรภ์คลออดยังคงอยู่



ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 2 ผู้คลอดและญาติมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับกระบวนการคลอด ข้อมูลสนับสนุน

1. ญาติมีสีหน้าแสดงความวิตกกังวล ถอนหายใจบ่อยครั้ง
2. ผู้คลอดถาม “การคลอดเหมือนครั้งแรกมั๊ย ทำไมปากมดลูกจึงเปิดเร็ว กว่าท้องแรก”
3. ผู้คลอดเจ็บครรภ์ถี่ และอยากเบ่งตลอดเวลา

วัตถุประสงค์

1. ให้ผู้คลอด และญาติคลายความวิตกกังวล มีความรู้เกี่ยวกับกระบวนการคลอดท้องหลัง
2. ผู้คลอด สามารถผ่านพ้นกระบวนการคลอดได้อย่างปลอดภัย

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้คลอด และญาติมีสีหน้าสดชื่นขึ้น
2. ผู้คลอด กล้าซักถามปัญหาจากเจ้าหน้าที่ หรือบอกเมื่อต้องการสิ่งใด
3. ผู้คลอด สามารถผ่านพ้นกระบวนการคลอดได้อย่างปลอดภัย

กิจกรรมการพยาบาล

1. แนะนำตนเองให้ผู้คลอด และญาติรู้จักก่อนให้การพยาบาลเพื่อให้เกิดความไว้วางใจและให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตามกิจกรรมการพยาบาล
2. สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้คลอด โดยการพูดคุยเป็นกันเอง ใช้คำพูดที่สุภาพชัดเจนเข้าใจง่ายให้ ความสนใจ และเปิดโอกาสให้ผู้คลอด ซักถามข้อข้องใจต่างๆ และยินดีตอบคำถามด้วยความเต็มใจ
3. อธิบายให้ผู้คลอด เข้าใจกระบวนการคลอดอย่างคร่าวๆ

การประเมินผล

1. ผู้คลอด และญาติมีสีหน้าสดชื่นขึ้น
2. ผู้คลอด สามารถผ่านพ้นกระบวนการคลอดได้อย่างปลอดภัย

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 3 ผู้คลอดมีการติดเชื้อเอชไอวี

ข้อมูลสนับสนุน

1. ให้ประวัติ “ปวดหน่วงท้องน้อย ท้องแข็งถี่ มีมูกปนเลือดออกทางช่องคลอด ก่อนมาโรงพยาบาล 9 ชั่วโมง”
2. ตรวจภายใน พบปากมดลูกขยาย Fully dilate, ถุงน้ำคร่ำไหลล์พ้นปากช่องคลอด
3. Anti-HIV Positive, CD4 284 cells /ml

วัตถุประสงค์การพยาบาล ผู้คลอดได้รับการทำคลอดที่ปลอดภัย

เกณฑ์การประเมินผล การทำคลอดไม่มีภาวะแทรกซ้อน

กิจกรรมการพยาบาล

1. หลังรับไว้ให้รับประทานยา AZT 300 mg 1 tab และ NVP 200 mg 1 tab stat
2. ให้ความรู้ คำแนะนำวิธีการทำคลอด และความร่วมมือในการทำคลอด เพื่อให้การคลอดผ่านได้อย่างปลอดภัยไม่มีภาวะแทรกซ้อน
3. ทำคลอดโดยใช้หลักการป้องกันการติดเชื้อแบบ Universal Precautions
4. ประเมินความก้าวหน้าการคลอด
5. เจาะถุงน้ำและประเมินน้ำคร่ำ เนื่องจากถุงน้ำคร่ำไหลล์พ้นปากช่องคลอดนาน
6. ตัดฝีเย็บ Rt ML เนื่องจากประมาณการน้ำหนักเด็ก 3,400 กรัม จากการทำอัลตราซาวด์ ของโรงพยาบาลขณะฝากครรภ์ครั้งสุดท้าย
7. ทำคลอดศีรษะ จนคลอดศีรษะทารกได้สำเร็จและทำคลอดไหล่ ลำตัวตามลำดับ
8. ทดสอบการลอกตัวของรก ทำคลอดรก อย่างระมัดระวังเพื่อป้องกันการเกิดการกระเด็นของเลือดและสารคัดหลั่ง
9. ตรวจแผลฝีเย็บและทำการเย็บด้วยความระมัดระวังโดยใช้เครื่องมือในการจับเข็มทุกครั้ง
10. ทำการคลึงมดลูกไล่ก้อนเลือดโดยยืนด้านข้างของผู้คลอดเพื่อป้องกันการกระเด็นของเลือด

การประเมินผล

มารดาสามารถผ่านการคลอดได้อย่างปลอดภัยไม่มีภาวะแทรกซ้อน ทารกสุขภาพแข็งแรง

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 4 เสี่ยงต่อการเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอด เนื่องจากมีแผลในโพรงมดลูกและแผลฝีเย็บ
ข้อมูลสนับสนุน

มีแผลในโพรงมดลูก มีแผลฝีเย็บ Right Mediolateral Episiotomy

วัตถุประสงค์การพยาบาล ไม่มีการตกเลือดในระยะหลังคลอด

เกณฑ์การประเมินผล

1. ความดันโลหิตไม่ต่ำกว่า 90/60 มิลลิเมตรปรอท ชีพจรอยู่ระหว่าง 60-100 ครั้ง/นาที
2. เลือดออกจากช่องคลอดปกติ น้อยกว่า 30 ซีซี/ชั่วโมง
3. มดลูกหดรัศมีดี ยอดมดลูกอยู่ระดับสะดือหรือต่ำกว่าสะดือใน 24 ชั่วโมงหลังคลอด
4. ผ่าอนามัยชุ่มเลือดน้อยกว่า 1 แผ่นต่อชั่วโมงใน 24 ชั่วโมงหลังคลอด

กิจกรรมการพยาบาล

1. ดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดในระยะ 2 ชั่วโมงแรกหลังคลอด
2. ประเมินการหดตัวของมดลูก และเลือดที่ออกทางช่องคลอดทุก 1 ชั่วโมงจนกว่ามดลูกหดรัศมีดี ประเมินระดับยอดมดลูกทุก 8 ชั่วโมง
3. คลึงมดลูกและสอนให้ผู้นวดคลึงด้วยตนเอง
4. ประเมินสี ลักษณะและปริมาณของน้ำคาวปลา
5. ตรวจสอบสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง จนกว่าจะปกติ เพื่อป้องกันการช็อกจากการเสียเลือด
6. ตรวจสอบกระเพาะปัสสาวะทุก 2-4 ชั่วโมงใน 8 ชั่วโมงหลังคลอด หลังจากนั้นประเมินทุก 8 ชั่วโมง กระตุ้นให้ปัสสาวะภายใน 8 ชั่วโมงแรกหลังคลอด
7. ดูแลให้ได้รับสารน้ำรวมทั้งยาที่ใช้ให้มดลูกหดรัศมีดีตามแผนการรักษา

การประเมินผล

สัญญาณชีพปกติ ความดันโลหิต 120/80 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 84 ครั้ง/นาที มดลูกหดรัศมีดี ยอดมดลูกอยู่ต่ำกว่าสะดือ น้ำคาวปลาออกปกติ เปลี่ยนผ้าอนามัย 3 ชิ้นใน 8 ชั่วโมง

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 5 เสี่ยงต่อการเกิดภาวะติดเชื้อของระบบสืบพันธุ์และระบบทางเดินปัสสาวะเนื่องจากมีแผล
ในโพรงมดลูกและแผลฝีเย็บ

ข้อมูลสนับสนุน

1. มีแผลในโพรงมดลูก มีแผลฝีเย็บ
2. มีภูมิคุ้มกันต่ำจากพยาธิสภาพของโรค

วัตถุประสงค์การพยาบาล เพื่อป้องกันภาวะติดเชื้อของระบบสืบพันธุ์และระบบทางเดินปัสสาวะ

เกณฑ์การประเมินผล

1. อุณหภูมิ 36.5 - 37.4 องศาเซลเซียส
2. การขับถ่ายปัสสาวะปกติ
3. น้ำคาวปลามีสีแดงจาง
4. แผลฝีเย็บไม่บวม ไม่แดง

กิจกรรมการพยาบาล

1. ให้การพยาบาลโดยยึดหลักเทคนิคปราศจากเชื้อ (Aseptic technique)
2. ตรวจสอบสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง เพื่อประเมินภาวะติดเชื้อ โดยเฉพาะอุณหภูมิกาย
3. วัดระดับความสูงของยอดมดลูกวันละครั้งในช่วงเวลาเดียวกัน เพื่อประเมินการติดเชื้อในโพรงมดลูก

- สังเกตอาการผิดปกติของแผลและน้ำคาวปลา ถ้ามีสีแดงเข้มหรือมีกลิ่นเหม็น ให้รีบรายงานแพทย์ เพื่อให้การรักษา
- ให้คำแนะนำการดูแลรักษาแผลฝีเย็บ ให้ทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ทุกครั้งด้วยสบู่ เปลี่ยนผ้าอนามัยเมื่อเปียกชุ่มหรือทุก 3 ชั่วโมง
- กระตุ้นให้ล้างมือฟอกสบู่ทุกครั้งโดยเฉพาะก่อนและหลังเปลี่ยนผ้าอนามัยและหลังขับถ่าย
- จัดหาและแนะนำรับประทานอาหารที่มีโปรตีนสูง เพื่อส่งเสริมให้แผลหายเร็ว

การประเมินผล

- อุณหภูมิกาย 36.8 องศาเซลเซียส ชีพจร 84 ครั้ง/นาที
- การขับถ่ายปัสสาวะเป็นปกติ ไม่มีอาการแสบขัด
- น้ำคาวปลามีสีแดงจาง กลิ่นปกติไม่เหม็น
- แผลฝีเย็บไม่บวมแดง

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 6 เสี่ยงต่อการอักเสบ ติดเชื้อบริเวณแผลฝีเย็บ

ข้อมูลสนับสนุน

มีแผลฝีเย็บใกล้กับทวารหนัก

วัตถุประสงค์การพยาบาล เพื่อป้องกันการอักเสบ ติดเชื้อบริเวณแผลฝีเย็บ

เกณฑ์การประเมินผล

- อุณหภูมิ 36.5 - 37.4 องศาเซลเซียส
- แผลฝีเย็บดีดี แห้ง สะอาด ไม่มีสารคัดหลั่ง ไม่มีอาการบวมแดง ร้อน
- น้ำคาวปลาปกติ ไม่มีกลิ่นเหม็น

กิจกรรมการพยาบาล

- ประเมินอาการและอาการแสดงของการอักเสบ ติดเชื้อบริเวณแผลฝีเย็บ ได้แก่อาการอาการบวมแดง ร้อน และประเมินระดับการปวด
- ให้ข้อมูลกับผู้คลอดว่าจะรู้สึกปวดบริเวณแผลฝีเย็บประมาณ 1-2 สัปดาห์หลังคลอด ปกติแผลจะหายประมาณ 7 วันและใหม่จะละลายเอง สำหรับน้ำคาวปลาปกติจะมีประมาณ 2 สัปดาห์หลังคลอดน้ำคาวปลาจะมีจำนวนลดลงและเปลี่ยนสีจางลงและเป็นสีน้ำตาลดำภายใน 10 วันหลังคลอดต่อจากนั้นจะเป็นสีขาวออกเหลืองๆในสัปดาห์ที่ 3 และ 4
- สอนผู้คลอดให้ประเมินสี จำนวน และกลิ่นน้ำคาวปลาเพื่อประเมินการติดเชื้อ
- ตรวจประเมินสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง โดยเฉพาะอุณหภูมิ
- แนะนำผู้คลอดให้ทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ภายนอกและการใช้ผ้าอนามัยอย่างถูกต้อง
- กระตุ้นให้ล้างมือฟอกสบู่ทุกครั้งโดยเฉพาะก่อนและหลังเปลี่ยนผ้าอนามัยและหลังขับถ่าย

การประเมินผล

แผลฝีเย็บ แห้ง สะอาด ไม่มีสารคัดหลั่ง เริ่มดีดี ไม่มีอาการบวมแดง ร้อน ไม่ปวดแผลฝีเย็บ ไม่มีไข้ อุณหภูมิ 36.8 องศาเซลเซียส น้ำคาวปลามีสีแดงจางเล็กน้อย ปกติ ไม่มีกลิ่นเหม็น

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 7 เสี่ยงต่อการแพร่กระจายเชื้อเอชไอวีสู่บุตรสามีและบุคคลอื่น

ข้อมูลสนับสนุน

- มีน้ำคาวปลา มีแผล
- ผลการตรวจเลือดผู้คลอด HIV = Positive

วัตถุประสงค์การพยาบาล ผู้คลอดมีความรู้ในการปฏิบัติตัว

เกณฑ์การประเมินผล ผู้ป่วยตอบคำถามเรื่องการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการแพร่เชื้อสู่บุตร สามีและบุคคลอื่นได้ถูกต้อง

กิจกรรมการพยาบาล

- แนะนำเรื่องความสะอาดทั่วไป ล้างมือ ฟอกสบู่ และล้างให้สะอาดทุกครั้งหลังเข้าห้องน้ำและก่อนหลังเปลี่ยนผ้าอนามัย

2. แนะนำเปลี่ยนผ้าอนามัยทุกครั้งที่ยกขุม ไม่ปล่อยให้ขุมออกมาเป็นผ้าถุงเพราะจะเป็นแหล่งแพร่เชื้อไปสู่ผู้อื่นได้
3. ทิ้งผ้าอนามัยในภาชนะที่จัดเตรียมไว้ให้ โดยก่อนทิ้งต้องห่อกระดาษก่อนทิ้งทุกครั้งและเมื่อกลับไปยังบ้านให้ปฏิบัติเช่นเดียวกันเสมอ
4. งดให้นมบุตร
5. ให้ยาด้านไวรัสหลังคลอดทั้งมารดาและบุตรอย่างต่อเนื่องตามแนวทางปฏิบัติการให้ยาด้านมารดาและบุตร 1 สัปดาห์ หลังคลอด
6. เลือดหรือสารคัดหลั่งถ้าเป็นพื้นต้องรีบเช็ดทำความสะอาดด้วยน้ำผงซักฟอก
7. แยกซักเสื้อผ้าที่เป็นเลือดและสารคัดหลั่งลงในถังที่แยกไว้ให้เป็นถังติดเชื้อ

การประเมินผล

ผู้ป่วยตอบคำถามเรื่องการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อสู่บุตรสามีและบุคคลอื่นได้ถูกต้อง

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 8 เสี่ยงต่อการปวดคัดตึงเต้านม เนื่องจากไม่สามารถเลี้ยงบุตรด้วยนมตนเองได้

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้คลอดถามว่า “ถ้าเต้านมคัดตึง จะทำอย่างไรจะไม่ให้มีอาการปวดเต้านม”
2. ผู้ป่วยติดเชื้อ เอชไอวี (HIV) ต้องงดการเลี้ยงลูกด้วยนมมารดา เพื่อป้องกันการแพร่เชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก

วัตถุประสงค์การพยาบาล เพื่อบรรเทาอาการคัดตึงและปวดเต้านม

เกณฑ์การประเมินผล ไม่มีอาการปวดเต้านม

กิจกรรมการพยาบาล

1. แนะนำวิธีการดูแลรักษาความสะอาดของเต้านม
2. แนะนำไม่ให้กระตุ้นเต้านม และหัวนม ไม่บีบหรือบีมน้ำนมออกเพราะจะเป็นการกระตุ้นให้น้ำนมไหลมามากจะทำให้เต้านมคัดตึงได้ ถ้าไม่มีการกระตุ้นน้ำนมจะหมดไปเอง
3. สังเกตดูว่าเต้านมมีอาการคัดตึงมาก บวมแดงร้อนหรือไม่
4. แนะนำให้สวมเสื้อยกทรงขนาดพอดี พยุงเต้านมไว้เสมอ
5. ถ้ามีอาการนมคัดและปวดมาก ให้ยาแก้ปวดตามแผนการรักษาของแพทย์

การประเมินผล ระหว่างนอนพักในโรงพยาบาลไม่มีอาการปวดและคัดตึงเต้านม

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 9 วิตกกังวลเกี่ยวกับสุขภาพของตนเอง

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้คลอด พูด “กลัวจะอายุไม่ยืน กลัวตายก่อนลูกโต กลัวลูกติดเชื้อ เอชไอวี”
2. ผู้คลอดมีหน้าตาเศร้าหมอง พูดเสียงสั่นคล้ายจะร้องไห้เมื่อคุยกับพยาบาลขณะเยี่ยมตรวจ

วัตถุประสงค์การพยาบาล เพื่อลดความวิตกกังวล

เกณฑ์การประเมินผล

1. มีสีหน้าสดชื่นขึ้น
2. นอนหลับพักผ่อนได้
3. มีสัมพันธภาพที่ดีต่อทารกและครอบครัว

กิจกรรมการพยาบาล

1. สร้างสัมพันธภาพเพื่อให้ผู้คลอดเกิดความไว้วางใจด้วยท่าที่เป็นมิตร
2. กระตุ้นให้ผู้คลอดได้เล่าในสิ่งที่ทำให้เกิดความกลัวและวิตกกังวลที่มีอยู่ พร้อมทั้งให้คำปรึกษา
3. ให้ข้อมูลความรู้เรื่องโรคเอดส์ อาการและ อาการแสดง วิธีการรักษา ผลที่เกิดขึ้น การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อสู่คนอื่น
ซ้ำ ให้กำลังใจและเสนอความช่วยเหลืออย่างเหมาะสม จัดให้เข้ากลุ่มกับผู้ป่วยที่เป็นโรคนี
4. ให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของตนเอง ทั้งร่างกายและจิตใจเพื่อให้มีชีวิตยืนยาว



การประเมินผล

1. มีสีหน้าสดชื่นขึ้น
2. นอนหลับพักผ่อนได้
3. มีความเข้าใจ สามารถปรับตัวได้

สรุปกรณีศึกษา

ผู้คลอดหญิงไทย อายุ 24 ปี 1 เดือน อาชีพรับจ้าง (บริการเครื่องตัดผม) G2P1-0-1 อายุครรภ์ 37 สัปดาห์ จากการตรวจอัลตราซาวด์ ฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ 6 ครั้ง ฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์ 7 สัปดาห์ และมารับ การตรวจครรภ์สม่ำเสมอตามนัด อาการระหว่างตั้งครรภ์ปกติ น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นระหว่างตั้งครรภ์ 29 กิโลกรัม เด็กดีนดี เสียงหัวใจเด็กฟังได้ชัดเจน และสม่ำเสมอ มีบวมเมื่ออายุครรภ์ 34 สัปดาห์ (edema 2+, proteinuria 1+) ผู้คลอดมีประวัติติดเชื้อเอชไอวี จากสามีคนแรกซึ่งเลิกกัน และมีบุตร 1 คน คลอดด้วยวิธีทางช่องคลอด ที่โรงพยาบาลจังหวัด ปัจจุบันผลเลือดลูกปกติ ผู้คลอดได้รับการรักษาด้วย HAART มาก่อนตั้งครรภ์ ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ ผู้คลอดแรกเริ่ม Anti-HIV Positive, HCT 33.8 %, MCV 95.8 , HBsAg negative, CD4 284 cells /ml, Urine albumin / Sugar negative, VDRL สามี negative รับไว้รักษาในห้องคลอดเข้าสู่ระยะคลอดปากมดลูก เปิดหมด ความบางของปากมดลูก 100 % มีส่วนน้ำเป็นสีเขียว ระดับของส่วนน้ำ 0 ถุงน้ำโป่งตึง มีมูกปนเลือด ให้ยา AZT 300 mg 1 tab และ NVP 200 mg 1 tab stat, เตรียมการคลอดอย่างเร่งด่วน เจาะถุงน้ำ เนื่องจากถุงน้ำโป่งตึงไหลพันช่องคลอดจนกระทั่งคลอดทารกเพศหญิง แข็งแรงดี น้ำหนักแรกเกิด 3,110 กรัม ใช้เวลาทั้งหมด 1 ชั่วโมง 37 นาที มารดาหลังคลอดให้รับยา GPO VIRZ (250mg) 1 เม็ด เวลา 8.00 น. และ 20.00 น. ต่อเนื่อง ทารกได้รับยาต้านไวรัส AZT Syr. 8.4 mg เวลา 8.00 น. และ 20.00 น.

2 วัน หลังคลอด มารดาช่วยเหลือตนเองได้ มีเจ็บตึงแผลช่องคลอด น้ำคาวปลาสีจางปกติ ทารกสุขภาพแข็งแรงดี ดูดนมผสมได้ดี ไม่มีสำรอก ถ่ายอุจจาระ ปัสสาวะปกติ ไม่มีไข้ แพทย์อนุญาตให้กลับบ้าน รวมอยู่โรงพยาบาล 3 วัน นัดติดตามบุตรตรวจ PCR อายุ 8, 16 และ 72 สัปดาห์

วิจารณ์

จากกรณีศึกษาการพยาบาลผู้คลอดที่ติดเชื้อเอชไอวี ซึ่งมีความยุ่งยากซับซ้อนในการพยาบาล ต้องใช้กระบวนการพยาบาล ให้ครอบครัวอบอุ่นแบบองค์รวม การพยาบาลผู้คลอดที่ติดเชื้อเอชไอวี พยาบาลห้องคลอดควรมีความรู้และทักษะการให้คำปรึกษา การให้คำแนะนำ การซักประวัติที่เกี่ยวข้องประวัติความเสี่ยงที่ได้รับเชื้อ การตรวจร่างกาย อาการต่างๆ ที่บ่งชี้ถึงระยะของโรค การประเมินและตัดสินใจ วิธีการคลอด การทำสูติศาสตร์หัตถการ การเจาะถุงน้ำคร่ำ การตัดฝีเย็บ การระมัดระวังการใช้ยา การเฝ้าระวังความก้าวหน้าของการคลอด วางแผนแก้ไขปัญหาในผู้คลอดให้สอดคล้องกับปัญหาที่เกิดขึ้นได้ทันที่ทันที่ อันจะเกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้คลอดและทารก ให้ปลอดภัย ช่วยลดภาวะแทรกซ้อนที่คุกคาม เพื่อให้ผู้คลอดที่ติดเชื้อเอชไอวี สามารถกลับไปดำเนินชีวิตได้อย่างมีความสุขกับครอบครัวได้ต่อไป และยุติการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีสู่ทารก

ข้อเสนอแนะ

1. หน่วยงานควรจัดทำคู่มือการพยาบาลทำคลอดผู้คลอดที่ติดเชื้อเอชไอวี ไว้ศึกษา
2. ควรฟื้นฟูความรู้การการทำคลอดผู้คลอดที่ติดเชื้อเอชไอวี อย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ทำคลอดอย่างมีประสิทธิภาพ

สรุป

จากการศึกษาผู้คลอดที่ติดเชื้อเอชไอวี ถึงแม้มีความเสี่ยงสูงที่จะถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีสู่บุตร แต่การทำคลอดทางช่องคลอดอย่างมีประสิทธิภาพ สามารถป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีสู่ทารกได้ โดยพยาบาลที่ทำคลอดมีความรู้ และทักษะการทำคลอดผู้คลอดที่ติดเชื้อเอชไอวี ตัดสินใจวางแผนการพยาบาล และประเมินปัญหา หรือความเสี่ยงต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นได้ทันที่ทันที่



เอกสารอ้างอิง

1. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการตรวจรักษาและป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีประเทศไทย. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2557.
2. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.แนวทางการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี (HIV) และผู้ป่วยเอดส์ในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2549/2550. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2550.
3. กรมอนามัย. แนวทางดำเนินงานเพื่อป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก และการดูแลแม่ ลูก และครอบครัวที่ติดเชื้อเอชไอวี. กรุงเทพฯ: กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข; 2550.
4. กรมอนามัย, UNFPA. คู่มือการดำเนินงานและรูปแบบบริการการมีส่วนร่วมของผู้ชาย ในการป้องกัน HIV และดูแลสุขภาพมารดา/ทารก. กรุงเทพฯ: กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข; 2552.
5. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. โปรแกรมรายงานการป้องกันการถ่ายทอดเชื้อ เอช ไอ วี จากแม่สู่ลูก (Perinatal HIV Intervention Monitoring System : PHIMS). [ออนไลน์]. [เข้าถึงเมื่อ 1 ตุลาคม 2566]. Available from: <http://pmtct.anamai.moph.go.th/PHIMS/ReportPage.aspx>.
6. ศูนย์ข้อมูลสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี. รายงานประจำปี 2566. อุทัยธานี : สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี; 2566.
7. งานห้องคลอด โรงพยาบาลสว่างอารมณ์. สถิติห้องคลอด ปี 2553-2566 . อุทัยธานี : โรงพยาบาลสว่างอารมณ์; 2553-2566.



Community nursing care in patients with recurrent Pulmonary tuberculosis who have diabetes as a comorbidity : A case study

Jarusiri Ardsom, B.N.S*

Abstract

Introduction : Pulmonary tuberculosis is a contagious respiratory disease that is a public health problem in Thailand. The World Health Organization ranks Thailand as one of 14 countries in the world with a high incidence of tuberculosis and found many patients with relapse pulmonary tuberculosis. In patients with diabetes, which is a disease related to hormone levels and immune deficiencies associated with tuberculosis. The risk of tuberculosis increases in people with diabetes 3 times. This is because diabetics have low immunity and can easily become infected with tuberculosis. Therefore, it is necessary to control blood sugar levels within normal limits. and expedite the success of tuberculosis treatment by reducing death, reducing drug withdrawal, and continuously monitoring drug adherence.

Objective : To provide guidelines for nursing patients with recurrent pulmonary tuberculosis in patients with diabetes in the community. Efficiently

Case Study : Thai female patient, age 52 years. 2 weeks before coming to the hospital Coughing with blood-tinged sputum Dyspnea, Fatigue. Loss of appetite, lose 3 kilograms in a month 1 day before coming to the hospital, coughed up sputum and had blood in it. Sputum Acid Fast Bacilli (AFB) 2+, Line probe assay (LPA) Mycobacterium tuberculosis complex : detected isoniazid : susceptible, rifampicin : susceptible Chest X-ray results: Infiltration and Nodule at Right upper lobe. Fasting Blood Sugar 452 mg/dL The doctor admit her in the hospital for treatment with Pulmonary Tuberculosis with Diabetic mellitus for 7 days. When the doctor allows the patient to go home Did a follow-up visit to the house for 6 months. From taking the history, it was found that 4 years ago I had first been sick with pulmonary tuberculosis. Sputum results were 3+ and registered for tuberculosis treatment. Take medicine for 6 months and the results Cure. In this illness, the main medical problem is the risk of respiratory obstruction due to coughing up phlegm and ineffective mucus expulsion. Risk of spreading infection due to lung infection with tuberculosis. Risk of not getting enough nutrients and water to meet the body's needs due to loss of appetite, eating and drinking less water. Lack of awareness of self-care to control blood sugar levels Little rest, fatigue due to coughing. and risk of side effects from tuberculosis drugs and did not receive the full amount of medicine according to the treatment plan because of boredom of taking medicine. Followed up with home visits to provide nursing care according to holistic care. Treatment of recurrent pulmonary tuberculosis were cured

Conclusions : The patient recovered from tuberculosis recurrence. Community nurses have an important role and must have the knowledge, skills, and expertise to effectively provide nursing care that is consistent with patients' problems. From this case study, it can be used as a guideline for providing nursing care to recurrent tuberculosis patients in diabetic patients in the community.

Keywords : Diabetes, recurrent pulmonary tuberculosis in the community

*Registered Nurse, Professional level. Lankrabue Hospital, Kamphaeng Phet Province

การพยาบาลชุมชนในผู้ป่วยวัณโรคปอดกลับเป็นซ้ำ ที่มีเบาหวานเป็นโรคร่วม : กรณีศึกษา

จารุสิริ อัจสม, พย.บ.*

บทคัดย่อ

บทนำ : วัณโรคปอดเป็นโรคติดต่อทางเดินหายใจที่เป็นปัญหาสาธารณสุขของประเทศไทย องค์การอนามัยโลกจัดให้ประเทศไทยเป็น 1 ใน 14 ประเทศของโลกที่มีภาวะวัณโรคสูง และพบผู้ป่วยวัณโรคปอดกลับเป็นซ้ำจำนวนมากในผู้ป่วยโรคเบาหวาน ซึ่งเป็นโรคที่เกี่ยวข้องกับระดับฮอร์โมน และความบกพร่องของภูมิคุ้มกันที่มีความสัมพันธ์กับวัณโรค โดยความเสี่ยงของการเป็นวัณโรคจะเพิ่มขึ้นในผู้ป่วยโรคเบาหวาน 3 เท่า ทั้งนี้เนื่องจากผู้ป่วยโรคเบาหวานมีภูมิคุ้มกันของร่างกายต่ำสามารถติดเชื้อวัณโรคได้ง่าย จึงจำเป็นต้องควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ และเร่งรัดความสำเร็จของการรักษาวัณโรคโดยลดการตาย ลดการขาดยา และติดตามการกินยาอย่างต่อเนื่อง

วัตถุประสงค์ : เพื่อเป็นแนวทางในการพยาบาลชุมชนในผู้ป่วยวัณโรคปอดกลับเป็นซ้ำที่มีเบาหวานเป็นโรคร่วมอย่างมีประสิทธิภาพ

กรณีศึกษา : ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 52 ปี 2 สัปดาห์ก่อนมาโรงพยาบาล ไอมีเสมหะปนเลือด เหนื่อยง่าย อ่อนเพลียไม่มีแรงรับประทานอาหารได้น้อย น้ำหนักลดลง 3 กิโลกรัม 1 วันก่อนมาโรงพยาบาล ไอมีเสมหะ มีเลือดปน Sputum Acid Fast Bacilli (AFB) 2+, ตรวจเชื้อวัณโรคด้วยวิธี Line probe assay (LPA) Mycobacterium tuberculosis complex : detected isoniazid : susceptible, rifampicin : susceptible เอกซเรย์ปอดผล Infiltration and Nodule at Right upper lobe, Fasting Blood Sugar 452 มิลลิกรัม/เดซิลิตร แพทย์ให้นอนรักษาตัวที่โรงพยาบาลด้วย Pulmonary Tuberculosis with Diabetic mellitus ระยะเวลา 7 วัน เมื่อแพทย์อนุญาตให้ผู้ป่วยกลับบ้าน ได้ลงติดตามเยี่ยมบ้าน 6 เดือน จากการซักประวัติพบว่า 4 ปีก่อนเคยป่วยเป็นวัณโรคปอดครั้งแรก ผลเสมหะ 3+ ขึ้นทะเบียนรักษาวัณโรค รับประทานยารักษา 6 เดือน ผลการรักษาหาย (Cure) การเจ็บป่วยครั้งนี้ปัญหาทางการพยาบาลที่สำคัญคือเสี่ยงต่อภาวะหายใจอุดกั้นเนื่องจากไอมีเสมหะและขับเสมหะไม่มีประสิทธิภาพเสี่ยงต่อการแพร่กระจายเชื้อเนื่องจากปอดติดเชื้อวัณโรค เสี่ยงต่อการได้รับสารอาหารและน้ำไม่เพียงพอต่อความต้องการของร่างกายเนื่องจากเมื่ออาหารรับประทานและดื่มน้ำได้น้อย ขาดความตระหนักในการดูแลตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด พักผ่อนน้อยอ่อนเพลียเนื่องจากมีอาการไอ และเสี่ยงต่อการเกิดผลข้างเคียงจากยาวัณโรค และไม่ได้รับยาครบถ้วนตามแผนการรักษาเนื่องจากเมื่อการรับประทานยา ได้ติดตามเยี่ยมบ้านให้การพยาบาลตามมาตรฐานครอบครัวรวม ปัญหาต่างๆ ได้รับการแก้ไข การรักษาวัณโรคปอดกลับเป็นซ้ำ (Relapse) ผลการรักษาหาย (Cure)

สรุปผลการศึกษา : ผู้ป่วยรักษาหายจากวัณโรคกลับเป็นซ้ำ พยาบาลชุมชนมีบทบาทสำคัญต้องมีองค์ความรู้ และทักษะความชำนาญในการปฏิบัติการพยาบาลดูแลให้สอดคล้องกับปัญหาของผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ จากกรณีศึกษานี้สามารถนำไปเป็นแนวทางในการให้การพยาบาลชุมชนในผู้ป่วยวัณโรคปอดกลับเป็นซ้ำที่มีเบาหวานเป็นโรคร่วมต่อไป

คำสำคัญ : โรคเบาหวาน วัณโรคปอดกลับเป็นซ้ำในชุมชน

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม โรงพยาบาลลานกระบือ



บทนำ

วัณโรคเป็นโรคติดต่อที่เป็นปัญหาสำคัญด้านสาธารณสุข องค์การอนามัยโลกได้ประกาศให้วัณโรคอยู่ในภาวะฉุกเฉินสากลที่ต้องการการแก้ไขโดยกำหนดให้การควบคุมและป้องกันวัณโรคเป็นเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน ลดอัตราป่วยวัณโรครายใหม่เหลือ 20 และ 10 ต่อประชากรแสนคน ในปี พ.ศ. 2573 และ 2578 ตามลำดับ จากรายงาน Global tuberculosis report 2017 องค์การอนามัยโลกจัดให้ประเทศไทยอยู่ในกลุ่ม 20 ประเทศที่มีอุบัติการณ์โรควัณโรคสูงของโลก (high TB burden countries based on absolute number) โดยประเทศไทยมีอุบัติการณ์สูง 172 ราย ต่อประชากรแสนคน¹ เชื้อวัณโรคมีความทนทานในสภาพแวดล้อมได้ดีเสมอแห่งที่ไม่ถูกแสงแดดอาจมีชีวิตอยู่ได้นานถึง 6 เดือน วัณโรคติดต่อจากคนสู่คนผ่านทางอากาศ (airborne transmission) โดยผู้ป่วยวัณโรคปอด ไอ จาม พุดตังๆ ทำให้เกิดละอองฝอยกระจายออกมาอยู่ในอากาศซึ่งผู้ที่สูดหายใจเอาละอองฝอยที่มีเชื้อวัณโรคเข้าไปถึงถุงลมในปอด macrophage ในถุงลมปอดเป็นระบบภูมิคุ้มกันแรกที่สามารถกำจัดเชื้อได้ทำให้ไม่เกิดการติดเชื้อวัณโรค ถ้าภูมิคุ้มกันไม่สามารถกำจัดเชื้อออกไปหมดได้ เชื้อวัณโรคจะเพิ่มจำนวนขึ้นและเข้าไปยังเนื้อเยื่อของปอด การดำเนินของโรคเป็นกระบวนการแบบต่อเนื่องขึ้นกับภูมิคุ้มกันและภาวะเจ็บป่วยที่เกิดร่วมกันของร่างกาย² ในผู้ป่วยโรคเบาหวานซึ่งเป็นโรคที่เกี่ยวข้องกับระดับฮอร์โมน และความบกพร่องของภูมิคุ้มกัน การเป็นวัณโรคจะเพิ่มขึ้นในผู้ป่วยโรคเบาหวานทั้งนี้เนื่องจากผู้ป่วยโรคเบาหวานมีภูมิต้านทานของร่างกายต่ำสามารถติดเชื้อวัณโรคได้ง่าย จึงจำเป็นต้องควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้ดี เมื่อใดที่ร่างกายมีภาวะอ่อนแอหรือมีโรคร่วมที่ทำให้ภูมิคุ้มกันลดลงเชื้อวัณโรคที่อยู่ในร่างกาย มีการเจริญเติบโตและแบ่งตัวเพิ่มจำนวนมากขึ้นจนทำให้ป่วยเป็นวัณโรคได้ เมื่อรักษาวัณโรคหายแล้วสามารถกลับเป็นซ้ำได้อีกเมื่อร่างกายได้รับเชื้อหรือเมื่อมีภาวะร่างกายอ่อนแอ ผู้ที่ป่วยเป็นวัณโรคควรต้องได้รับการรักษาและการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพ

ผู้ป่วยวัณโรคปอดที่กลับเป็นซ้ำสามารถแพร่กระจายเชื้อวัณโรคให้แก่ผู้อื่นในชุมชนได้ตั้งแต่เริ่มมีอาการจนกระทั่งได้รับการวินิจฉัยและรักษา ระยะเวลาขึ้นกับว่าผู้ป่วยเข้าสู่ระบบเพื่อรับการรักษาเร็วหรือช้า เนื่องจากผู้ป่วยทั่วไปหลังเริ่มรักษาส่วนใหญ่ต้องใช้เวลอย่างน้อย 2 สัปดาห์หรือจนกว่าผลตรวจเสมหะเป็นลบจึงจะพ้นระยะแพร่เชื้อ² พยาบาลชุมชนมีบทบาทในการประเมินภาวะสุขภาพเพื่อค้นหาผู้ที่มีภาวะเสี่ยง ผู้มีปัญหาสุขภาพและที่ต้องการการดูแล รวมทั้งประเมินสภาพแวดล้อมที่เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพของบุคคลในชุมชน มีกรวินิจฉัยภาวะสุขภาพของผู้ป่วยในชุมชนเพื่อนำมาวางแผนการพยาบาลให้สอดคล้องกับภาวะสุขภาพ และความต้องการดูแลที่บ้านร่วมกับผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชน ทีมสุขภาพและภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องโดยมุ่งให้เกิดผลลัพธ์การมีสุขภาพดี มีการปฏิบัติการพยาบาลโดยสอดคล้องกับภาวะสุขภาพและความต้องการของผู้ป่วยในชุมชนตามแผนที่กำหนด ประเมินผลลัพธ์การพยาบาลเพื่อปรับปรุงการปฏิบัติการพยาบาลให้สอดคล้องกับปัญหา และความต้องการของผู้ป่วยในชุมชน จัดกระบวนการดูแลที่บ้านอย่างต่อเนื่องให้ผู้ป่วยสามารถจัดการปัญหาสุขภาพด้วยตนเองโดยการมีส่วนร่วมของบุคคล ครอบครัว และชุมชน ร่วมกับการสร้างเสริมสุขภาพ และคุ้มครองภาวะสุขภาพเพื่อไปลดภัยจากอันตรายที่ป้องกันได้ ให้ข้อมูลความรู้ ให้คำปรึกษาที่ตรงตามความต้องการเพื่อการส่งเสริมการดูแลสุขภาพตนเอง ร่วมกับการบันทึกทางการแพทย์ และพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยโดยยึดหลักคุณธรรม จริยธรรม³

สถิติโรงพยาบาลลานกระบือมีผู้ป่วยวัณโรคปี 2564-2566 จำนวน 38, 47 และ 53 ราย พบผู้ป่วยวัณโรคปอด กลับเป็นซ้ำจำนวน 2, 5 และ 2 ราย และพบผู้ป่วยวัณโรคกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยเบาหวาน จำนวน 1, 2 และ 1 ราย คิดเป็นร้อยละ 50.00, 40.00 และ 50.00 ตามลำดับ⁴ จากสภาพปัญหาดังกล่าวในฐานะพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในชุมชนจึงสนใจกรณีศึกษาผู้ป่วยวัณโรคปอดกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยโรคเบาหวาน โดยเป็นการพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ซึ่งได้นำความรู้ทางทฤษฎีโรคร่วมกับการประยุกต์ใช้กระบวนการพยาบาล ทฤษฎีทางการพยาบาลมาใช้ในการพยาบาลผู้ป่วยวัณโรคปอดกลับเป็นซ้ำและโรคเบาหวานเพื่อให้ครอบครัวแก้ปัญหาผู้ป่วย และองค์กรรวม การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นแนวทางในการให้การพยาบาลชุมชนในผู้ป่วยวัณโรคปอดกลับเป็นซ้ำที่มีเบาหวานเป็นโรคร่วม

กรณีศึกษา

ข้อมูลทั่วไป

หญิงไทย อายุ 52 ปี น้ำหนัก 46 กิโลกรัม ส่วนสูง 158 เซนติเมตร สถานภาพสมรส หม้าย สัญชาติไทย นับถือศาสนาพุทธ ระดับการศึกษาประถมศึกษาปีที่ 6 อาชีพรับจ้างรายได้เฉลี่ย 5,000 – 7,000 บาทต่อเดือน สิทธิการรักษา บัตรหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า มีบุตรชาย 2คน ทำงานอยู่ต่างจังหวัด ปัจจุบันผู้ป่วยอาศัยอยู่บ้านคนเดียว

อาการสำคัญ : ผู้ป่วยไอมีเสมหะ เหนื่อยง่าย 3 สัปดาห์

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน

4 ปีก่อนป่วยเป็นวัณโรคปอด ผลเสมหะ 3+ ขึ้นทะเบียนรักษาวัณโรคที่โรงพยาบาลชุมชน รับประทานยารักษา 6 เดือน ผลการตรวจเสมหะเมื่อรักษาครบ 6 เดือนไม่พบเชื้อ ผลการรักษาหาย (Cure)

3 สัปดาห์ก่อน ไอมีเสมหะปนเลือด เหนื่อยง่าย อ่อนเพลีย ไม่มีแรง รับประทานอาหารได้น้อย น้ำหนักลดลง 3 กิโลกรัม แพทย์สั่งเอกซเรย์ปอด เจาะน้ำตาลในเลือดและให้นอนพักรักษาตัวที่โรงพยาบาลชุมชน พบ Sputum Acid Fast Bacilli (AFB) 2+ Fasting Blood Sugar 452 มิลลิกรัม/เดซิลิตร นอนพักรักษาตัว 7 วัน แพทย์จำหน่ายกลับบ้าน และประสานงานกลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิ และองค์กรรวมดูแลต่อเนื่องที่บ้าน

วินิจฉัยโรค : Pulmonary Tuberculosis with Diabetic mellitus

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต : เป็นโรคเบาหวานมา 10 ปี รับการรักษาที่โรงพยาบาลในกรุงเทพมหานคร เมื่อกลับมาอยู่บ้านต่างจังหวัด เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลชุมชนใกล้บ้านต่อเนื่อง รับประทานยาไม่สม่ำเสมอ คумระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้จนถึงปัจจุบัน

การผ่าตัด : ปฏิเสธการผ่าตัด

การประเมินสภาพร่างกายตามระบบ

รูปร่างทั่วไป : รูปร่างสมส่วน น้ำหนัก 58 กิโลกรัม ส่วนสูง 158 เซนติเมตร ค่า BMI =23.20

สัญญาณชีพ : อุณหภูมิร่างกาย 36.9 องศาเซลเซียส อัตราชีพจร 102 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 26 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 110/70 มิลลิเมตรปรอท ระดับน้ำตาลในเลือด 226 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร

ผิวหนัง : ผิวสองสี ไม่ซีด ผิวหนังชุ่มชื้น ไม่มีจำเลือด ไม่บวม

ศีรษะและใบหน้า : ศีรษะและใบหน้าสมส่วน ไม่มีรอยโรค เส้นผมสีดามีแซมสีขาว ตาทั้งสอง 2 ข้างมองเห็นปกติ ไบฮู จมูก ปาก ลักษณะภายนอกปกติ

ทรวงอกและทางเดินหายใจ : ทรวงอกรูปร่างปกติ สมมาตรกันดี ไม่มีอกบวม อัตราการหายใจ 26 ครั้ง/นาที เสียงการหายใจปกติ ฟังปอดพบเสียง crepitations

ระบบหัวใจและหลอดเลือด : การเต้นของหัวใจเร็วสม่ำเสมอ อัตราการเต้นของหัวใจ 102 ครั้ง/นาที จังหวะสม่ำเสมอ ไม่มีเสียง Murmur

ช่องท้องและทางเดินอาหาร : หน้าท้องสมมาตรกัน ไม่มีก้อน ไม่มีเส้นเลือดโป่งพอง ไม่มีท้องมาน ท้องไม่อืดไม่มีจุดกดเจ็บเฉพาะที่ (Rebound tenderness) ตับ และม้ามไม่โต ต่อม้ำเหลืองที่ขาหนีบทั้ง 2 ข้างไม่โต

กล้ามเนื้อและกระดูก : โครงสร้างร่างกายปกติ ไม่มีการโค้งงอของกระดูกสันหลัง แขนขาไม่มีรอยโรคของการหักเคลื่อนหรือผิดรูป Motor power grade 5

ระบบประสาท : รู้สึกตัวดี ถามตอบพูดคุยรู้เรื่อง E4V5M6 Coma score = 15

ระบบทางเดินปัสสาวะ : ปัสสาวะไม่แสบไม่ขัด ไม่มี bladder full

ระบบอวัยวะสืบพันธุ์ : ปกติ

ประเมินสภาพจิตใจและสังคม : ทำทางอ่อนเพลีย สีหน้าไม่สุขสบาย อาศัยอยู่บ้านคนเดียว ลักษณะบ้านเป็นบ้านไม้ชั้นเดียวผนังบ้านเป็นสังกะสี ละครวากบ้านมีเพื่อนบ้านอาศัยอยู่

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่สำคัญ

ผลการตรวจเชื้อวัณโรคด้วยวิธี Line probe assay (LPA) Mycobacterium tuberculosis complex : detected isoniazid : susceptible, rifampicin : susceptible, Fasting Blood Sugar 226 มิลลิกรัม/เดซิลิตร

สรุปการดำเนินของโรคขณะรับไว้ดูแล

วันที่ 29 ธันวาคม 2565 เยี่ยมบ้านครั้งที่ 1 หลังจำหน่าย 1 วัน วัดความดันโลหิต 110/70 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 102 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 26 ครั้งต่อนาที อุณหภูมิ 36.9 องศาเซลเซียส ระดับน้ำตาลในเลือด 226 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร น้ำหนัก 58 กิโลกรัม ผู้ป่วยอ่อนเพลียไม่มีแรงนอนพัก โคมกามีเสมหะไม่มีเลือดปน รับประทานอาหารและดื่มน้ำได้น้อย คลื่นไส้ไม่อาเจียน ปัสสาวะมีสีส้ม



นอนหลับไม่ค่อยสนิทเนื่องจากลุกขึ้นไอตอนกลางคืน สอบถามผู้ป่วยถึงการรับประทานยาและอาการข้างเคียงของยาวันโรค ตรวจนับยาวันโรคและยาเบาหวาน พบการรับประทานยาครบถ้วน ผู้ป่วยอยู่บ้านคนเดียวไม่ใส่หน้ากากอนามัยจะใส่หน้ากากอนามัยต่อเมื่อมีผู้อื่นมาเยี่ยม สภาพบ้านเป็นบ้านไม้ชั้นเดียวฝาบ้านและหลังคาทำด้วยสังกะสี ปิดหน้าต่างภายในบ้านอับทึบ จัดวางของใช้ไม่เป็นระเบียบ รอบบ้านมีสิ่งของเหลือใช้วางเกะกะ มีน้ำขังบริเวณหลังบ้าน

วันที่ 13 มกราคม 2566 เยี่ยมบ้านครั้งที่ 2 หลังการจำหน่าย 2 สัปดาห์ วัดความดันโลหิต 100/62 มิลลิเมตรปรอท ซีพีजर 106 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 24 ครั้งต่อนาที อุณหภูมิ 36.8 องศาเซลเซียส ระดับน้ำตาลในเลือด 220 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร น้ำหนัก 55 กิโลกรัม ผู้ป่วยยังอ่อนเพลียไม่มีแรงนอนพักบ่อย ไอมีเสมหะไม่มีเลือดปน ยังรับประทานอาหารได้น้อย คลื่นไส้ไม่อาเจียน ปัสสาวะมีสีส้ม ไม่มีผื่นคัน ไม่มีตาเหลืองตัวเหลืองจากอาการข้างเคียงของยา ไอกลางดึกลดลงนอนพักช่วงกลางวันได้นานขึ้น ตรวจนับของยาพบการกินยาครบถ้วน ภายในบ้านยังอับทึบ จัดวางของใช้ไม่เป็นระเบียบ รอบบ้านมีสิ่งของเหลือใช้วางกองไว้ น้ำขังบริเวณหลังบ้านน้อยลง

วันที่ 20 มกราคม 2566 เยี่ยมบ้านครั้งที่ 3 หลังการจำหน่าย 3 สัปดาห์ วัดความดันโลหิต 104/60 มิลลิเมตรปรอท ซีพีजर 110 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 24 ครั้งต่อนาที อุณหภูมิ 36.7 องศาเซลเซียส ระดับน้ำตาลในเลือด 222 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร น้ำหนัก 52 กิโลกรัม ผู้ป่วยนั่งพักบ่อยที่เก้าอี้ ยังอ่อนเพลียหายใจเหนื่อยเป็นบางครั้งเมื่อทำกิจกรรม ไม่แน่นหน้าอก ไอมีเสมหะ รับประทานอาหารได้น้อย ปัสสาวะสีส้ม ไม่มีผื่นคัน ไม่มีตาเหลืองตัวเหลืองจากอาการข้างเคียงของยา ตรวจนับของยาพบการกินยาครบถ้วน มีอาการปวดตึงกล้ามเนื้อสามารถขยับได้ปกติ ภายในบ้านอากาศถ่ายเทสะดวก จัดวางของใช้เป็นระเบียบ รอบบ้านยังมีสิ่งของเหลือใช้วางกองไว้ ไม่มีน้ำขังหลังบ้าน

วันที่ 24 มกราคม 2566 เยี่ยมบ้านครั้งที่ 4 หลังการจำหน่าย 4 สัปดาห์ วัดความดันโลหิต 110/70 มิลลิเมตรปรอท ซีพีजर 108 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 22 ครั้งต่อนาที อุณหภูมิ 36.9 องศาเซลเซียส ระดับน้ำตาลในเลือด 274 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร น้ำหนัก 47 กิโลกรัม ผู้ป่วยนั่งพักบ่อยหน้าบ้าน อ่อนเพลีย ไอมีเสมหะ หายใจเหนื่อยเป็นบางครั้งเมื่อทำกิจกรรม ไม่แน่นหน้าอก รับประทานอาหารได้น้อย ไม่มีหน้ามืดหรือใจสั่น ตรวจนับของยาพบการกินยาครบถ้วน ปัสสาวะสีส้ม ไม่มีผื่นคัน ไม่มีตาเหลืองตัวเหลืองจากอาการข้างเคียงของยา ภายในบ้านโล่งขึ้นอากาศถ่ายเทสะดวก รอบบ้านยังมีสิ่งของเหลือใช้วางกองไว้

วันที่ 3 กุมภาพันธ์ 2566 เยี่ยมบ้านครั้งที่ 5 หลังการจำหน่าย 5 สัปดาห์ วัดความดันโลหิต 110/68 มิลลิเมตรปรอท ซีพีजर 102 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 22 ครั้งต่อนาที อุณหภูมิ 37 องศาเซลเซียส ระดับน้ำตาลในเลือด 290 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร น้ำหนัก 46.5 กิโลกรัม ผู้ป่วยอ่อนเพลีย รับประทานอาหารได้น้อย รับประทานผลไม้ได้มาก ไอมีเสมหะ หายใจไม่เหนื่อยไม่แน่นหน้าอก ปัสสาวะสีส้ม ไม่มีผื่นคัน ไม่มีตาเหลืองตัวเหลืองจากอาการข้างเคียงของยา ตรวจนับของยาพบการกินยาครบถ้วน อากาศภายในบ้านถ่ายเทสะดวก ไม่มีกลิ่นอับ ของใช้รอบบ้านจัดวางเป็นสัดส่วน

วันที่ 10 กุมภาพันธ์ 2566 เยี่ยมบ้านครั้งที่ 6 หลังการจำหน่าย 6 สัปดาห์ วัดความดันโลหิต 100/64 มิลลิเมตรปรอท ซีพีजर 112 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที อุณหภูมิ 37.1 องศาเซลเซียส ระดับน้ำตาลในเลือด 286 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร น้ำหนัก 46.5 กิโลกรัม ผู้ป่วยไอมีเสมหะ รับประทานอาหารได้บ้าง ยังอ่อนเพลีย หายใจเหนื่อยเมื่อยของหนัก ทำงานบ้านได้ ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้คล่องตัวขึ้น ตรวจนับของยาพบการกินยาครบถ้วนปัสสาวะสีส้ม ไม่มีผื่นคัน ไม่มีตาเหลืองตัวเหลืองจากอาการข้างเคียงของยา บ้านสะอาดเป็นระเบียบ รอบบ้านไม่มีน้ำขัง

วันที่ 17 กุมภาพันธ์ 2566 เยี่ยมบ้านครั้งที่ 7 หลังการจำหน่าย 7 สัปดาห์ วัดความดันโลหิต 102/60 มิลลิเมตรปรอท ซีพีजर 100 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 22 ครั้งต่อนาที อุณหภูมิ 36.8 องศาเซลเซียส ระดับน้ำตาลในเลือด 278 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร น้ำหนัก 45 กิโลกรัม ผู้ป่วยใส่หน้ากากอนามัยเดินบริเวณบ้าน สีหน้าสดชื่นขึ้น ไอมีเสมหะ หายใจเหนื่อยเป็นบางครั้ง รับประทานอาหารได้บ้าง ไม่มีผื่นคัน ไม่มีตาเหลืองตัวเหลืองจากอาการข้างเคียงของยา ปัสสาวะสีส้ม กินยาครบถ้วน หน้าต่างบ้านเปิดโล่งอากาศถ่ายเทได้ดี

วันที่ 24 กุมภาพันธ์ 2566 เยี่ยมบ้านครั้งที่ 8 หลังการจำหน่าย 8 สัปดาห์ วัดความดันโลหิต 100/60 มิลลิเมตรปรอท ซีพีजर 112 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที อุณหภูมิ 36.9 องศาเซลเซียส ระดับน้ำตาลในเลือด 250 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร น้ำหนัก 44 กิโลกรัม ผู้ป่วยสีหน้าสดชื่น ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้คล่องตัว หายใจเหนื่อย เมื่อทำกิจกรรมที่ออกแรงมาก ไอมีเสมหะ ตรวจนับของยาพบการกินยาครบถ้วน ไม่มีตาเหลืองตัวเหลืองจากอาการข้างเคียงของยา ไม่มีผื่นคัน ปัสสาวะสีส้ม มีนัดตรวจเสมหะและพบแพทย์ วันจันทร์ที่ 27 กุมภาพันธ์ 2566 ผู้ป่วยดูบ้าน ล้างทำความสะอาดลานหน้าบ้าน มีน้ำขังเล็กน้อยจากการระบายน้ำไม่ทัน

วันที่ 3 มีนาคม 2566 เยี่ยมบ้านครั้งที่ 9 หลังการจำหน่ายเดือนที่ 3 วัดความดันโลหิต 108/62 มิลลิเมตรปรอท ซีพีजर 114 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที อุณหภูมิ 36.7 องศาเซลเซียส ระดับน้ำตาลในเลือด 244 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร น้ำหนัก 44 กิโลกรัม

ผู้ป่วยสีหน้าสดชื่น ผลเสมหะเมื่อรับประทานยาครบ 2 เดือนไม่พบเชื้อวัณโรคแล้ว แพทย์ปรับสูตรยาให้รับประทานยาสูตรต่อเนื่องอีก 4 เดือน ยารักษาโรคเบาหวานยังให้รับประทานต่อ ตรวจนับของยาพบการรับประทานยาครบถ้วน สิ่งแวดล้อมภายในบ้าน และบริเวณรอบบ้านจัดวางเป็นระเบียบไม่เสี่ยงอุบัติเหตุ

วันที่ 21 เมษายน 2566 เยี่ยมบ้านครั้งที่ 10 หลังการจำหน่ายเดือนที่ 4 วัดความดันโลหิต 110/70 มิลลิเมตรปรอท ซีพีเจร 110 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที อุณหภูมิ 37 องศาเซลเซียส ระดับน้ำตาลในเลือด 240 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร น้ำหนัก 44.5 กิโลกรัม ผู้ป่วยสีหน้าสดชื่น ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้คล่องตัว รับประทานอาหารในแต่ละมื้อได้เพิ่มขึ้น ใช้นานๆ ครั้งไม่มีมีเสมหะ หายใจไม่เหนื่อย รับประทานผลไม้รสหวาน รับประทานยาครบ บริเวณข้างบ้านมีการปลูกผักสวนครัวใหม่ พบกองดินที่ขุดเพื่อปลูกผัก

วันที่ 29 พฤษภาคม 2566 เยี่ยมบ้านครั้งที่ 11 หลังการจำหน่ายเดือนที่ 5 วัดความดันโลหิต 110/68 มิลลิเมตรปรอท ซีพีเจร 114 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที อุณหภูมิ 36.7 องศาเซลเซียส ระดับน้ำตาลในเลือด 246 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร น้ำหนัก 45 กิโลกรัม ผู้ป่วยสีหน้าสดชื่น ผลเสมหะเมื่อรับประทานยาครบ 5 เดือนไม่พบเชื้อวัณโรค รับประทานรักษาวัณโรคยาสูตรต่อเนื่อง ไม่ไอ หายใจไม่เหนื่อย ทำงานบ้านได้ตามปกติ ตรวจนับของยาพบการรับประทานยาครบ บ้านสะอาด อากาศถ่ายเทดี เครื่องนอนหมอน มุ้ง ผู้ป่วยนำมาผึ่งแดดข้างบ้าน

วันที่ 28 มิถุนายน 2566 เยี่ยมบ้านครั้งที่ 12 หลังการจำหน่ายเดือนที่ 6 วัดความดันโลหิต 110/68 มิลลิเมตรปรอท ซีพีเจร 106 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที อุณหภูมิ 36.8 องศาเซลเซียส ระดับน้ำตาลในเลือด 224 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร น้ำหนัก 45 กิโลกรัม ผู้ป่วยทำงานบ้านไม่ใส่หน้ากากอนามัย ผลเสมหะเมื่อรับประทานยาครบ 6 เดือนไม่พบเชื้อวัณโรค ภาพถ่ายรังสีทรวงอกปกติ แพทย์ให้หยุดยาวัณโรคแจ้งว่ารักษาหาย (Cure) ยารักษาโรคเบาหวานให้รับประทานต่อและพยายามควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้ได้ ในเกณฑ์ปกติ สภาพบ้านจัดเป็นสัดส่วน

การวางแผนการพยาบาล

พบว่าผู้ป่วยมีปัญหาทางการพยาบาลที่สำคัญ ดังนี้

1. เสี่ยงต่อภาวะหายใจอุดกั้นเนื่องจากไอมีเสมหะ และขับเสมหะไม่มีประสิทธิภาพ
2. เสี่ยงต่อการแพร่กระจายเชื้อเนื่องจากปอดติดเชื้อวัณโรค
3. เสี่ยงต่อการได้รับสารอาหารและน้ำไม่เพียงพอต่อความต้องการของร่างกายเนื่องจากเบื่ออาหาร

รับประทานอาหารและดื่มน้ำได้น้อย

4. ขาดความตระหนักในการดูแลตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด
5. ผู้ป่วยพักผ่อนได้น้อย อ่อนเพลียเนื่องจากมีอาการไอ
6. เสี่ยงต่อการเกิดผลข้างเคียงจากยาวัณโรค และไม่ได้รับยาครบถ้วนตามแผนการรักษาเนื่องจากการรับประทานยา

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 1 เสี่ยงต่อภาวะหายใจอุดกั้นเนื่องจากไอมีเสมหะ และขับเสมหะไม่มีประสิทธิภาพ

ข้อมูลสนับสนุน S : ผู้ป่วยบอกไอมีเสมหะมาก

- O : 1. หายใจเร็ว อัตราการหายใจ 24-26 ครั้งต่อนาที หลังอาการไอ
2. ฟังปอดพบเสียง crepitations

วัตถุประสงค์ของการพยาบาล

1. เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากทางเดินหายใจอุดกั้น
2. เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถไอและขับเสมหะได้มีประสิทธิภาพ

เกณฑ์การประเมินผล

1. ไม่มีอาการแสดงของภาวะทางเดินหายใจอุดกั้น
2. ทางเดินหายใจโล่งขับเสมหะได้ดีขึ้น

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินการไอของผู้ป่วย และแนะนำวิธีการไอแบบ Huff cough โดยขณะที่จะไอให้สูดหายใจเข้าลึกๆเพื่อให้ปอดขยายตัว และมีแรงดันลมเข้าไปกระตุ้นเสมหะที่คั่งค้าง กลั้นหายใจชั่วขณะแล้วทำเสียงกระแอมในลำคอ ไอออกมาแรงๆ ให้เสมหะออกมาทางปาก ให้ผู้ป่วยไอในลักษณะนี้วันละหลายๆ ครั้ง โดยเฉพาะหลังตื่นนอนช่วงเช้า เพื่อขับเสมหะที่คั่งอยู่ตลอดคืน ควรใส่หน้ากากอนามัยปิดปาก และจมูกขณะไอ

2. ประเมินปัจจัยที่กระตุ้นการไอลักษณะความถี่ เวลา จำนวนและลักษณะของเสมหะ เพื่อนำข้อมูลวางแผนให้การช่วยเหลือ
3. จัดทำอนอนศีรษะสูง สวมใส่เสื้อผ้าที่ไม่รัดบริเวณคอและหน้าอก เพื่อให้การระบายอากาศดีและหายใจ สะดวก
4. สร้างความรอบรู้การทำความสะอาดปากและฟัน เพื่อทำความสะอาดเสมหะที่ตกค้างในช่องปาก
5. เสริมพลังให้ผู้ป่วยหลีกเลี่ยงการดื่มน้ำเย็น จิบน้ำอุ่นบ่อยๆ เพราะน้ำอุ่นจะทำให้เสมหะอ่อนตัวและขับออกง่ายขึ้น

การประเมินผล

1. ผู้ป่วยหายใจปกติ อัตราการหายใจ 20-22 ครั้งต่อนาที ไม่มีอาการหอบเหนื่อย
2. ผู้ป่วยไอและขับเสมหะได้ดี ลักษณะเสมหะไม่เหนียวข้น

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 2 เสี่ยงต่อการแพร่กระจายเชื้อเนื่องจากปอดติดเชื้อวัณโรค

ข้อมูลสนับสนุน

- S : ผู้ป่วยบอกสวมหน้ากากอนามัยบางครั้งเมื่อเพื่อนบ้านมาเยี่ยม
- O : ผู้ป่วยไอมากและมีเสมหะใน 2 สัปดาห์แรกของการรักษาซึ่งเป็นระยะการแพร่กระจายโรค

วัตถุประสงค์ของการพยาบาล

เพื่อให้ผู้สัมผัสใกล้ชิด อาสาสมัครสาธารณสุข และเจ้าหน้าที่ผู้ดูแลปลอดภัยไม่เกิดการติดเชื้อ

เกณฑ์การประเมินผล

ผู้สัมผัสใกล้ชิด อาสาสมัครสาธารณสุขในชุมชน และเจ้าหน้าที่ผู้ดูแลปลอดภัยไม่เกิดการติดเชื้อ

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินความรู้วัณโรค การแพร่กระจายเชื้อ การติดต่อโรคของผู้ป่วย ว่ามีมากน้อยระดับใด

2. สร้างความรอบรู้เรื่องวัณโรค การแพร่กระจายเชื้อและการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ เพื่อให้ความร่วมมือต่อการรักษา เสริมพลังผู้ป่วยสวมหน้ากากอนามัยตลอดเวลาเมื่ออยู่ร่วมกับผู้อื่นโดยเฉพาะ 2 สัปดาห์แรกของการรักษา และสวมตลอดเมื่ออยู่กับผู้อื่นจนกว่าตรวจเสมหะไม่พบเชื้อวัณโรค หรือสิ้นสุดการรักษา ใช้กระดาษเช็ดหน้าปิดปากปิดจมูก ขณะไอหรือจาม ทั้งกระดาษนั้นในภาชนะที่มีปิดสนิททำลายโดยการเผา ล้างมือให้สะอาดทุกครั้ง

3. ประสานความร่วมมือระหว่างชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขและผู้ป่วย ร่วมกันจัดบ้านให้สะอาด เปิดหน้าต่าง บ้าน และห้องนอนให้อากาศถ่ายเทได้สะดวก แสงแดดส่องถึง มุงผ้าห่ม ซักทำความสะอาดเสื้อผ้าบ่อยๆ ตากแดดให้แห้ง

4. เพิ่มความรอบรู้เมื่อมีเพื่อนบ้าน หรืออาสาสมัครสาธารณสุขมาเยี่ยม ให้ผู้ป่วยไม่อยู่ต้นทางลมของผู้มาเยี่ยม

การประเมินผล

1. ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตัวได้ถูกต้องโดยในช่วงแรกผู้ป่วยรู้สึกอึดอัดบ้างครั้งไม่สวมหน้ากากอนามัย เมื่ออธิบาย เข้าผู้ป่วยปฏิบัติตามและสวมได้ถูกต้อง

2. บุคคลใกล้ชิด อาสาสมัครสาธารณสุขผู้ดูแล เจ้าหน้าที่ไม่ติดเชื้อวัณโรค

3. ผู้ป่วยกำจัดสิ่งคัดหลั่ง และสิ่งของปนเปื้อนสิ่งคัดหลั่งได้ถูกต้อง

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 3 เสี่ยงต่อการได้รับสารอาหารและน้ำไม่เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย

เนื่องจากเมื่ออาหารรับประทานอาหารและดื่มน้ำได้น้อย น้ำหนักลด

ข้อมูลสนับสนุน

S : ผู้ป่วยบอกคลื่นไส้ รับประทานอาหารและดื่มน้ำได้น้อย ปากแห้ง ร่างกายอ่อนเพลีย

O : น้ำหนักลดลงจาก 59 กิโลกรัม เหลือ 44 กิโลกรัม

วัตถุประสงค์ของการพยาบาล

เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับสารอาหารและน้ำอย่างเพียงพอ

เกณฑ์การประเมินผล

1. รับประทานอาหารและดื่มน้ำได้มากกว่าเดิม น้ำหนักเพิ่มขึ้น
2. อาการคลื่นไส้ลดลง

กิจกรรมการพยาบาล

1. เสริมพลังให้ผู้ป่วยทำความสะอาดช่องปากก่อนรับประทานอาหารเพื่อกระตุ้นการอยากรับประทานอาหาร
2. ชักชวนให้ผู้ป่วยนึกถึงอาหารที่ตนเองชอบรับประทาน และบริหารจัดการให้อาสาสมัครสาธารณสุขผู้ดูแลจัดหาอาหารที่ผู้ป่วยชอบและหาได้ในชุมชนมาส่งให้ผู้ป่วย
3. เพิ่มความรู้ให้ผู้ป่วยเรื่องการรับประทานอาหารอย่างไรให้เพิ่มน้ำหนักตัว เช่นการรับประทานอาหารที่ละน้อย แต่บ่อยครั้ง อาหารที่มีโปรตีนสูงหารรับประทานได้ในชุมชน ไข่ต้ม ปลา เนื้อหมู ถั่ว เป็นต้น
4. เสริมพลังให้จิบน้ำอุ่นวันละ 1.5-2 ลิตร โดยแบ่งจิบครั้งละน้อยๆ แต่บ่อยครั้ง
5. แจ้งข้อมูลผลข้างเคียงของยารักษาโรคที่ผู้ป่วยได้รับทำให้รู้สึกคลื่นไส้ อาเจียน ปากแห้งได้ สามารถอมน้ำหรือน้ำแข็งก้อนเล็กๆ ได้
6. รายงานแพทย์เกี่ยวกับน้ำหนักตัวผู้ป่วยลดลง 15 กิโลกรัมจากน้ำหนักเดิมก่อนป่วย
7. กำกับติดตามให้ผู้ป่วยได้รับยาวิตามินบำรุง และยากระตุ้นการอยากรับประทานอาหารตามแผนการรักษา

การประเมินผล

1. ผู้ป่วยสดชื่น แข็งแรงขึ้น ไม่อ่อนเพลีย ไม่คลื่นไส้ รับประทานอาหารและดื่มน้ำได้ปกติ ไม่มีปากแห้ง
2. น้ำหนักเพิ่มขึ้น 1 กิโลกรัม จากน้ำหนักต่ำสุดที่ 44 กิโลกรัม ขึ้นเป็น 45 กิโลกรัม

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 4 ขาดความตระหนักในการดูแลตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด

ข้อมูลสนับสนุน

S : ผู้ป่วยบอกรับประทานผลไม้รสหวาน

O : ระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยอยู่ในช่วง 250-290 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร สูงสุดที่ 452 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร

วัตถุประสงค์ของการพยาบาล

เพื่อเพิ่มความตระหนักให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่เหมาะสมกับโรค

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยสามารถเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรคได้
2. ผู้ป่วยรับประทานยาตามแผนการรักษา
3. ผู้ป่วยออกกำลังกายอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 วัน วันละ 30 นาที

กิจกรรมการพยาบาล

1. เสริมพลังให้ผู้ป่วยคุมระดับน้ำตาลในเลือดโดยเฉพาะการรับประทานผลไม้รสหวาน ควรเลือกรับประทานผลไม้ที่มีน้ำตาลไม่สูงที่หากินได้ในชุมชน เช่น ฝรั่ง ชมพู่ แอปเปิ้ล แก้วมังกร ลดการรับประทานผลไม้สุกที่มีรสหวานเช่นมะม่วงสุกและผลไม้ที่ผ่านการกวนเพราะจะมีน้ำตาลสูงมาก
2. เพิ่มความตระหนักให้ผู้ป่วยเฝ้าระวังอาการน้ำตาลในเลือดสูงของตนเอง ได้แก่ กระสับกระส่าย หน้าแดง คลื่นไส้ อาเจียน กระหายน้ำ ปัสสาวะมาก ซึมลง ซึพจรเต้นเร็ว
3. เสริมพลังชุมชน อาสาสมัครผู้ดูแลผู้ป่วย และตัวผู้ป่วย เรื่องการจัดหาอาหารเฉพาะโรคซึ่งเป็นอาหารจิตเบาหวาน และการเตรียมอาหารให้กับผู้ป่วย
4. ควบคุมกำกับให้อาสาสมัครผู้ดูแลผู้ป่วย ตรวจหาระดับน้ำตาลในเลือดจากปลายนิ้วผู้ป่วย เมื่อมีอาการใจสั่น ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ และโทรปรึกษาทีมหมอครอบครัวทันที

5. กำกับติดตามให้ผู้ป่วยได้รับยารักษาโรคเบาหวานตามแผนการรักษา เพื่อคุมระดับน้ำตาลในเลือด
6. เสริมพลังให้ผู้ป่วยออกกำลังกายอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 วัน วันละ 30 นาที โดยสามารถเดินเร็วได้ในบริเวณรั้วบ้าน และสามารถร่วมออกกำลังกายในชุมชนได้เมื่อผลเสมหะเป็นลบในเดือนที่ 6

การประเมินผล

1. ผู้ป่วยลดการรับประทานอาหารหวาน ผลไม้หวาน และผลไม้กวน
2. ผู้ป่วยรับประทานยาได้ ตามแผนการรักษา
3. ผู้ป่วยมีการออกกำลังกายอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 วัน วันละ 30 นาที

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 5 ผู้ป่วยพักผ่อนได้น้อย อ่อนเพลีย เนื่องจากมีอาการไอเวลากลางคืน

ข้อมูลสนับสนุน

- S : ผู้ป่วยบอกไอมีเสมหะมาก ไอตอนกลางคืน ทำให้อ่อนได้น้อย
O : จากการสังเกตผู้ป่วยมีสีหน้าอ่อนเพลีย ขอบตา 2 ข้างดำคล้ำจากการนอนน้อย

วัตถุประสงค์ของการพยาบาล

1. เพื่อให้ผู้ป่วยพักผ่อนกลางคืนได้มากขึ้น
2. เพื่อให้ผู้ป่วยไอลดลงขับเสมหะได้ดีขึ้น

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยสามารถพักผ่อนกลางคืนได้มากขึ้น
2. ผู้ป่วยไอลดลงขับเสมหะได้ดีขึ้น

กิจกรรมการพยาบาล

1. สานิตวิธีการไอโดยขณะที่จะไอให้สุดหายใจเข้าลึกๆเพื่อให้ปอดขยายตัว และมีแรงดันลมเข้าไปกระตุ้นเสมหะที่คั่งค้าง กลั้นหายใจชั่วขณะแล้วทำเสียงกระแอมในลำคอ ไอออกมาแรงๆ ให้เสมหะออกมาทางปาก ให้ผู้ป่วยไอในลักษณะนี้วันละหลายๆ ครั้ง โดยเฉพาะหลังตื่นนอนช่วงเช้า เพื่อขับเสมหะที่คั่งอยู่ตลอดคืน ควรใส่หน้ากากอนามัยปิดปากและจมูกขณะไอ
2. ประเมินปัจจัยที่กระตุ้นการไอลักษณะความถี่ เวลา จำนวนและลักษณะของเสมหะ เพื่อนำข้อมูลวางแผนให้การช่วยเหลือ
3. จัดทำอนศิริระสูง สวมใส่เสื้อผ้าที่ไม่รัดบริเวณคอและหน้าอก เพื่อให้การระบายอากาศดีและหายใจสะดวก
4. เสริมพลังให้ผู้ป่วยจิบน้ำอุ่นบ่อยๆ หลีกเลียงการดื่มน้ำเย็น เพราะน้ำอุ่นจะทำให้เสมหะอ่อนตัวและขับออกง่ายขึ้น
5. ร่วมกันหาวิธีเพิ่มความผ่อนคลายก่อนเข้านอนตอนกลางคืน โดยผู้ป่วยสะดวกสวดมนต์ทำจิตใจให้สงบเพื่อผ่อนคลายก่อนเข้านอน หนุนไหล่และศีรษะด้วยหมอนสูงทำให้อ่อนได้นานขึ้น

การประเมินผล

1. ผู้ป่วยพักผ่อนกลางคืนได้มากขึ้น สีหน้าสดชื่น ขอบตา 2 ข้างไม่ดำคล้ำ
2. ผู้ป่วยไอลดลง ลักษณะเสมหะไม่เหนียว สามารถขับออกได้ดีขึ้น

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 6 เสี่ยงต่อการได้รับยาวิธโรคไม่ครบตามแผนการรักษา เนื่องจากผู้ป่วยเบื่อการรับประทานยา

ข้อมูลสนับสนุน

- S : ผู้ป่วยบอกยาโรคปอดเม็ดใหญ่ กินครั้งละหลายเม็ด รู้สึกเบื่อการกินยา
O : 1. สังเกตสีหน้าผู้ป่วยเบื่อหน่าย ถอนหายใจ และเป็นหน้าไปทางซ้าย สายตาเหลือบมองด้านบน
2. สูตรยาที่ผู้ป่วยต้องกินระยะเข้มข้นจำนวน 9 เม็ดต่อวัน ติดต่อกันเป็นเวลา 2 เดือน

วัตถุประสงค์ของการพยาบาล

เพื่อให้ผู้ป่วยสมัครใจรับประทานยาอย่างครบถ้วน และถูกต้อง

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยรับประทานยาครบตามจำนวน และถูกต้อง
2. ผู้ป่วยเห็นความสำคัญของการรับประทานยาตามแผนการรักษา

กิจกรรมการพยาบาล

1. สร้างความตระหนัก และเพิ่มความรอบรู้ความสำคัญของการรับประทานยาตามแผนการรักษา
2. ชมเชย ให้กำลังใจผู้ป่วยในการรับประทานยา และปฏิบัติตัวดีตลอดระยะเวลาที่ผ่านมา เพื่อเสริมแรงที่ผู้ป่วยดูแลตัวเองได้ดี มีแนวโน้มการดำเนินของโรคไปในทางที่ดีขึ้น วันโรคสามารถรักษาหายได้ เมื่อผู้ป่วยรับประทานยาครบถ้วน และถูกต้อง
3. ประเมินวิธีการรับประทานยา และตรวจสอบสมุดบันทึกการรับประทานยาโดยเชื่อมโยงความสัมพันธ์กับจำนวนของยาที่เหลือ ถูกต้องตามแผนการรักษา
4. ชวนผู้ป่วย และพี่เลี้ยงกำกับการกินยาของผู้ป่วย แสดงความคิดเห็นถึงผลดีผลเสียต่อการไม่รับประทานยารักษาวัณโรค วางแผนและหาข้อสรุปร่วมกันโดยผู้ป่วยสมัครใจรับประทานยาดด้วยความยินดี

การประเมินผล

1. ผู้ป่วยรับประทานยาได้ครบตามจำนวน และถูกต้อง ของยาที่เหลือตรงกับจำนวนวันนัดพบแพทย์ครั้งต่อไป
2. ผู้ป่วยสมัครใจโดยเห็นความสำคัญของการรับประทานยาตามแผนการรักษาด้วยความยินดี

สรุปกรณีศึกษา

ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 52 ปี ประวัติ 10 ปีก่อนตรวจพบโรคเบาหวาน รับการรักษาต่อเนื่อง รับประทานยาไม่สม่ำเสมอ คอระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ 4 ปีก่อนป่วยเป็นวัณโรคปอดครั้งแรก ผลเสมหะ 3+ ขึ้นทะเบียนรักษาวัณโรค รับประทานยารักษา 6 เดือนผลการรักษาหาย (Cure) 2 สัปดาห์ก่อนมาโรงพยาบาล ไอมีเสมหะปนเลือด เหนื่อยง่าย อ่อนเพลียไม่มีแรง รับประทานอาหารได้น้อย น้ำหนักลดลง 3 กิโลกรัม 1 วันก่อนมาโรงพยาบาล ไอมีเสมหะมีเลือดปน Sputum Acid Fast Bacilli (AFB) 2+ ตรวจเชื้อวัณโรคด้วยวิธี Line probe assay (LPA) Mycobacterium tuberculosis complex : detected isoniazid : susceptible, rifampicin : susceptible เอกซเรย์ปอด ผล Infiltration and Nodule at Right upper lobe Fasting Blood Sugar 452 มิลลิกรัม/เดซิลิตร แพทย์ให้นอนรักษาตัวที่โรงพยาบาลด้วย Pulmonary Tuberculosis with Diabetic mellitus ระยะเวลา 7 วัน รับประทาน Isoniazid 100 mg 3 เม็ดก่อนนอน Rifampicin 450 mg 1 เม็ดก่อนนอน Pyrazinamide 500 mg 2 เม็ดก่อนนอน Ethambutol 400 mg 2 เม็ดก่อนนอน Vitamin B6 1 เม็ดก่อนนอน Glipizide 5 mg 1 เม็ดก่อนอาหารเช้า Metformin 2 เม็ดหลังอาหารเช้าเย็น ออกจากโรงพยาบาลกลับไปรักษาตัวที่บ้าน ได้ลงติดตามเยี่ยมบ้าน 6 เดือนพบปัญหาทางการพยาบาลที่สำคัญคือ เสี่ยงต่อภาวะหายใจอุดกั้นเนื่องจากไอมีเสมหะ และขับเสมหะไม่มีประสิทธิภาพ เสี่ยงต่อการแพร่กระจายเชื้อเนื่องจากปอดติดเชื้อวัณโรค เสี่ยงต่อการได้รับสารอาหารและน้ำไม่เพียงพอต่อความต้องการของร่างกายเนื่องจากเมื่ออาหารรับประทานและดื่มน้ำได้น้อย ขาดความตระหนักในการดูแลตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด พักผ่อนได้น้อยอ่อนเพลียเนื่องจากมีอาการไอ และเสี่ยงต่อการเกิดผลข้างเคียงจากยาวัณโรค และไม่ได้รับยาครบถ้วนตามแผนการรักษา เนื่องจากเมื่อการรับประทานยา ได้ติดตามเยี่ยมบ้านให้การพยาบาลตามมาตรฐานครอบคลุมองค์รวม ปัญหาต่างๆ ได้รับการแก้ไข การรักษาวัณโรคกลับเป็นซ้ำ (Relapse) ผลการรักษาหาย (Cure) โรคเบาหวานเมื่อผู้ป่วยเกิดความตระหนักในการดูแลตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดแล้ว ผลระดับน้ำตาลในเลือดมีแนวโน้มสามารถควบคุมได้ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน

วิจารณ์และข้อเสนอแนะ

จากกรณีศึกษาผู้ป่วยวัณโรคปอดกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยโรคเบาหวานในชุมชน เห็นได้ว่าผู้ป่วยโรคเบาหวาน มีโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อวัณโรคสูงกว่าคนปกติ มีโอกาสกลับเป็นซ้ำได้อีกเมื่อเชื้อวัณโรคเข้าสู่ร่างกาย ผนวกกับเมื่อใดที่ร่างกายอ่อนแอ เชื้อมีการแพร่กระจายทำให้เกิดโรคขึ้นได้อีก การพยาบาลผู้ป่วยที่บ้านมีความสำคัญด้วยการรักษาโรคนี้ใช้ระยะเวลานาน สูตรยาที่ใช้รักษาประกอบด้วยตัวยาหลายชนิดมีโอกาเสี่ยงที่ผู้ป่วยหยุดยาเอง รักษาไม่ครบ และนำไปสู่เชื้อวัณโรคเชื้อดื้อยาได้ การพยาบาลในชุมชนควรเสริมพลังทั้งผู้ป่วยและชุมชน มีการติดตามดูแลอย่างใกล้ชิดและกำกับการกินยาอย่างต่อเนื่องให้ได้รับยาตามแผนการรักษา ทั้งนี้ยังมีข้อเสนอแนะ ดังนี้

1. พยาบาลในชุมชนควรต้องมีความรู้ ทักษะ ในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอด โรคเบาหวานบูรณาการไปกับการร่วมมือและความสัมพันธ์ที่ดีของผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชน

2. ควรส่งเสริมให้พยาบาลที่ปฏิบัติงานในชุมชนอบรมพัฒนาศักยภาพเป็นพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนเพื่อเพิ่มองค์ความรู้ในการวิเคราะห์ปัจจัยที่กำหนดภาวะสุขภาพ การจัดการกับปัญหาสุขภาพ การเสริมพลังอำนาจบุคคล ครอบครัว และชุมชนในการสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และการจัดการโรคที่เป็นอยู่

สรุป

โรคเบาหวานเป็นโรคที่เกี่ยวกับระดับฮอร์โมน และความบกพร่องของภูมิคุ้มกัน มีความเสี่ยงของการเป็นโรคสูงกว่าคนปกติ โดยเฉพาะในผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ และสามารถกลับเป็นซ้ำได้อีก การดูแลผู้ป่วยโรคที่บ้านทุกสัปดาห์ของ 2 เดือนแรกที่ผู้ป่วยรับประทานยาสูตรเข้มข้นจึงมีความสำคัญมาก รวมถึงการติดตามดูแลผู้ป่วยระยะต่อเนื่องเดือนละ 1 ครั้ง 4 เดือน จนกระทั่งผู้ป่วยรักษาหายจากโรค เป็นการใช้ความรู้ความสามารถและกระบวนการพยาบาลในการบริหารจัดการเพื่อนำมาวางแผนดูแลผู้ป่วยและเสริมพลังชุมชน อย่างเป็นองค์รวม ส่งผลให้การพยาบาลชุมชนในผู้ป่วยโรคปอดกลับเป็นซ้ำที่มีเบาหวานเป็นโรคร่วมมีประสิทธิภาพ

เอกสารอ้างอิง

1. กองโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคในบุคลากรที่ปฏิบัติงานของสถานพยาบาล. กรุงเทพฯ: กลุ่มนวัตกรรมและวิจัย; 2563.
2. กองโรค กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการควบคุมโรคประเทศไทย. กรุงเทพฯ: อักษรกราฟฟิกแอนดี้ดีไซน์; 2564.
3. สำนักการพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข. มาตรฐานการพยาบาลในชุมชน. ปทุมธานี: สื่อตะวัน; 2559.
4. โรงพยาบาลลานกระบือ. รายงานข้อมูลสถิติผู้ป่วยโรค ระหว่าง พ.ศ. 2564-2566. กำแพงเพชร: โรงพยาบาลลานกระบือ; 2566.
5. กองโรค กระทรวงสาธารณสุข. สถานการณ์โรคของประเทศไทย. [online]. [เข้าถึงเมื่อ 15 สิงหาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: https://www.tbthailand.org/download/Factsheet_TB.pdf.
6. ราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย. แนวทางการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 ให้เข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มงวดสำหรับบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข. กรุงเทพฯ: ราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย; 2565.
7. กองโรค กระทรวงสาธารณสุข. รายงานสถานการณ์และการเฝ้าระวังโรคดื้อยาหลายขนานชนิดรุนแรงมาก (Extensively drug-resistant TB:XDR-TB). [online]. [เข้าถึงเมื่อ 19 มีนาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.tbthailand.org/download/form/%E0%B8%A3%E0%B8%B2%E0%B8%A2%E0%B8%87%E0%B8%B2%E0%B8%99%E0%B8%AA%E0%B8%96%E0%B8%B2%E0%B8%99%E0%B8%81%E0%B8%B2%E0%B8%A3%E0%B8%93%E0%B9%8C%E0%B8%A7%E0%B8%B1%E0%B8%93%E0%B9%82%E0%B8%A3%E0%B8%84%E0%B8%94%E0%B8%B7%E0%B9%89%E0%B8%AD%E0%B8%A2%E0%B8%B2%E0%B8%AB%E0%B8%A5%E0%B8%B2%E0%B8%A2%E0%B8%82%E0%B8%99%E0%B8%B2%E0%B8%99%E0%B8%8A%E0%B8%99%E0%B8%B4%E0%B8%94%20%E0%B8%81%E0%B8%B8%E0%B8%A1%E0%B8%A0%E0%B8%B2.pdf>



Nursing care of postpartum hemorrhage : A case study

Ladda Nualthim, B.N.S*

Abstract

Introduction : Postpartum hemorrhage is a major complication of childbirth. If the patients received delayed management, such as delayed evaluation or diagnosis, severe complications result could occur, possibly result in patient's death.

Objective : To provide the nursing care guidelines for postpartum hemorrhage.

Case study : 19-year-old Thai woman, G1P0, gestational age 40⁺⁵ weeks, did not complete prenatal care, refer to the standard. In the stage of normal pregnancy, patient has uterine contraction symptom and labour pain. Plus, Patient was having a vaginal mucous bleeding for 1 hour before arriving the hospital. Treatment starts from screening test for high-risk conditions, according to standard birth control criteria. The result showed that mother had a low risk condition which can proceed with a normal birth solution. After the completion of normal birth of the male baby with the weight of 2,948 grams, Apgar score 9,10,10 points with the fully delivered of placenta, the uterus contracted well. After the giving birth for 2 hours, the uterus began to contract badly and vaginal bleeding for 400 cc. Postpartum hemorrhage was diagnosed and management care provided until the critical period was over then patient was transferred to Kamphaengphet Hospital. Nursing diagnoses: 1. Anxiety and concerned about child's birth. 2. Uncomfortable due to labor pains. 3. Newborns are likely to suffer from hypoxia due to meconium mixed in the amniotic fluid. 4. Due to the long period of vaginal delivery, higher risk of postpartum hemorrhage occurred. 5. Patient had postpartum hemorrhage because the uterus is not contracting properly. 6. Patient had risk of complications during transfer to Kamphaengphet Hospital. Important nursing care 1. Providing nursing care according to risk conditions in each stage of birth according to standard birthing guidelines. 2. Providing nursing care to prevent hemorrhage using active management of the third stage of labor (AMTSL). 3. Providing nursing care according to guidelines for caring for patients with postpartum hemorrhage along with using the emergency assistance team system. 4. Provide nursing care while transferring and 5. Provide nursing care to relieve anxiety. The result from this case study mother and baby are safe. There were no complications during transfer. Following up on this case found medication to stimulate uterine contractions were apply and additional blood was given. The patient continued staying in Kamphaengphet Hospital for 2 days, before patient was discharged.

Conclusion : Those mother with the prolong first stage of labor are high- risk of postpartum hemorrhage, due to poor uterine contractions. Prompt Assessment, prevention, diagnosis and treatment are necessary for nursing care of postpartum hemorrhage mothers.

Keywords : Nursing care of labor, postpartum hemorrhage

*Register nurse, Professional level, Labor Nurse Department, Lankrabue Hospital.

การพยาบาลผู้คลอดที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอด : กรณีศึกษา

ลัดดา นวลทิม, พย.บ*

บทคัดย่อ

บทนำ : ภาวะตกเลือดหลังคลอด เป็นภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญของการคลอด ถ้าได้รับการประเมินและวินิจฉัยล่าช้า มีผลให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาที่ล่าช้าส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง ขึ้น ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้

วัตถุประสงค์ : เพื่อเป็นแนวทางในการให้การพยาบาลผู้คลอดที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอด

กรณีศึกษา : หญิงไทย อายุ 19 ปี G1P0 อายุครรภ์ 40⁺5 สัปดาห์ ฝากครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์ อาการระหว่างตั้งครรภ์ปกติ มีอาการเจ็บครรภ์คลอดท้องแข็ง มีมูกเลือดออกทางช่องคลอด 1 ชั่วโมง ก่อนมาโรงพยาบาล แรกรับตรวจคัดกรองภาวะเสี่ยงตามเกณฑ์การคลอดมาตรฐาน พบผู้คลอดมีภาวะเสี่ยงต่ำ ดำเนินการคลอดปกติ ได้ทารกเพศชาย น้ำหนัก 2,948 กรัม Apgar score 9,10,10 คะแนน รกคลอดครบ มดลูกหดตัวดี จากนั้นหลังคลอด 2 ชั่วโมง มดลูกเริ่มหดตัวไม่ดีเลือดออกเพิ่ม 400 ซีซี วินิจฉัยโรค Postpartum hemorrhage ให้การดูแลจนพ้นระยะวิกฤต และส่งต่อไปโรงพยาบาลกำแพงเพชร ขอวินิจฉัยการพยาบาล ได้แก่ 1. วิตกกังวลเกี่ยวกับการคลอด 2. ไม่สุขสบายเนื่องจากเจ็บครรภ์คลอด 3. ทารกแรกเกิดมีโอกาสดังกล่าวภาวะขาดออกซิเจนเนื่องจากซีเทาปนในน้ำคร่ำ 4. เสี่ยงต่อภาวะตกเลือดหลังคลอดเนื่องจากระยะรอคลอดยาวนาน 5. มีภาวะตกเลือดหลังคลอด เนื่องจากมดลูกหดตัวไม่ดี 6. เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนขณะส่งต่อ การพยาบาลที่สำคัญ คือ 1. ให้การพยาบาลตามภาวะเสี่ยงแต่ละระยะของการคลอดตามแนวทางการคลอดมาตรฐาน 2. ให้การพยาบาลเพื่อป้องกันการตกเลือดแบบ active management of the third stage of labor (AMTSL) 3. ให้การพยาบาลตามแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยตกเลือดหลังคลอดพร้อมกับใช้ระบบทีมช่วยเหลือฉุกเฉิน 4. ให้การพยาบาลขณะส่งต่อ และ 5. ให้การพยาบาลเพื่อบรรเทาวิตกกังวล ผลลัพธ์ คือ ผู้คลอดและทารกปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนขณะส่งต่อ ติดตามอาการพบว่า ได้รับยากระตุ้นการหดตัวของมดลูก และให้เลือด ผู้ป่วยนอนรักษาที่โรงพยาบาลกำแพงเพชร 2 วัน อาการทุเลา แพทย์จำหน่ายกลับบ้าน

สรุป : ผู้คลอดที่มีระยะที่ 1 ของการคลอดที่ยาวนาน เมื่อหลังคลอดเป็นภาวะเสี่ยงสำคัญที่ทำให้มารดาหลังคลอดตกเลือดหลังคลอดจากมดลูกหดตัวไม่ดี การประเมิน ป้องกัน วินิจฉัยและการดูแลรักษาให้รวดเร็วทำให้การพยาบาลมารดาหลังคลอดที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอด ปลอดภัยไม่มีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง

คำสำคัญ: การพยาบาลผู้คลอด ภาวะตกเลือดหลังคลอด

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ งานการพยาบาลผู้คลอด โรงพยาบาลลานกระบือ

บทนำ

ภาวะตกเลือดหลังคลอด (PPH) หมายถึง ปริมาณการเสียเลือดมากกว่าหรือเท่ากับ 500 มิลลิลิตร ในการคลอดทางช่องคลอด ปริมาณการเสียเลือดมากกว่าหรือ เท่ากับ 1000 มิลลิลิตรในการผ่าตัดคลอด และมีการลดลงของ hematocrit มากกว่าร้อยละ 10¹ ภาวะตกเลือดหลังคลอดเป็นภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรม ที่เป็น 1 ในสาเหตุ 5 อันดับแรกของการเสียชีวิตของมารดา² จากข้อมูลการตายของมารดาของสำนักส่งเสริมสุขภาพกรมอนามัย ปีงบประมาณ 2563 - 2565 พบ 20.29, 34.68 และ 25.86 โดยพบสาเหตุเกิดจากตกเลือดหลังคลอด ถึงร้อยละ 16.95, 12.97 และ 14.73 จากมารดาตายทั้งหมดตามลำดับ ในเขตสุขภาพที่ 3 มีมารดาตายจำนวน 3, 8 และ 1 คนโดย สาเหตุการตายของมารดาจากตกเลือดหลังคลอดจำนวน 1, 1 และ 1 คนคิดเป็นร้อยละ 33.3, 12.5 และ 100 ตามลำดับ³ ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น สำหรับจังหวัดกำแพงเพชร มีมารดาตายจำนวน 0, 2 และ 0 คนโดย สาเหตุการตายของมารดาจากตกเลือดหลังคลอดจำนวน 0, 1 และ 0 คนคิดเป็นร้อยละ 0, 50 และ 0 ตามลำดับ⁴

การตกเลือดหลังคลอดอาจเกิดขึ้นทันทีในระยะแรก (early postpartum hemorrhage) ตั้งแต่หลังคลอดทันทีจนถึง 24 ชั่วโมง หลังคลอด หรือ ตกเลือดในระยะหลัง (late postpartum hemorrhage) เกิดขึ้นหลังระยะ 24 ชั่วโมงจนถึง 6 สัปดาห์ ซึ่งสาเหตุของตกเลือดหลังคลอดมี 4 สาเหตุ คือ มดลูกไม่หดตัว (uterine atony) การฉีกขาดของช่องทางคลอด (genital tract laceration) ภาวะรกค้าง (retained placental tissue) หรือภาวะผิดปกติของการแข็งตัวของเลือดในมารดา (maternal bleeding disorders) มารดาที่เสียชีวิตจากภาวะตกเลือดหลังคลอด ส่วนใหญ่เกิดจากมดลูกไม่หดตัวเป็นสาเหตุที่พบมากที่สุด ถึงร้อยละ 80 ของภาวะตกเลือดหลังคลอด ใน 24 ชั่วโมงแรก⁵ ดังนั้นถ้าผู้คลอดได้รับการประเมิน วินิจฉัย และให้การพยาบาลที่ล่าช้ามีผลให้ผู้คลอด ต้องเสียเลือดปริมาณมาก เกิดภาวะช็อค ทำให้ร่างกายขาดออกซิเจนที่รุนแรงและเสียชีวิต ดังนั้น เพื่อให้ผู้คลอด ได้รับการดูแลให้การพยาบาลที่มีประสิทธิภาพป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอด (Postpartum hemorrhage key element of bundle) โดยใช้หลัก 4Rs และในระยะที่ 3 ให้การพยาบาลแบบ active management of the third stage of labor (AMTSL) หลังทารกคลอดทันทีป้องกันตกเลือดหลังคลอด มีการประเมินภาวะเสี่ยงสุขภาพมารดาหลังคลอดด้วย B-BUBBLE เพื่อให้ครบถ้วนและวินิจฉัยช่วยเหลือได้รวดเร็วถูกต้อง

จากข้อมูลปีงบประมาณ 2563 -2565 ห้องคลอดโรงพยาบาลลานกระบือ มีผู้คลอด จำนวน 101,102 และ 98 คน มีภาวะตกเลือดหลังคลอด 3, 1 และ 0 คน คิดเป็นร้อยละ 2.97, ร้อยละ 0.98 และร้อยละ 0 ตามลำดับ⁶ เมื่อวิเคราะห์สาเหตุของการตกเลือดหลังคลอดพบว่า ทั้งหมดเกิดจาก รกค้างและมดลูกไม่หดตัว เนื่องจากโรงพยาบาลลานกระบือไม่มีสูติแพทย์ เพื่อความปลอดภัยของผู้คลอดจึงมีความจำเป็นต้องส่งต่อให้สูติแพทย์ โรงพยาบาลกำแพงเพชรดูแลต่อ⁴ ดังนั้นพยาบาลจึงมีบทบาทในเรื่องการประเมิน การคัดกรองภาวะเสี่ยง และให้การพยาบาล อย่างรวดเร็ว ถูกต้องตามมาตรฐาน กรณีศึกษาที่มีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นแนวทางในการให้การพยาบาลผู้คลอดที่ภาวะตกเลือดหลังคลอด

กรณีศึกษา

ข้อมูลพื้นฐานทั่วไป

หญิงตั้งครรภ์ อายุ 19 ปี สถานภาพสมรส คู่ เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย นับถือศาสนา พุทธ

อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล

เจ็บครรภ์คลอด ท้องแข็ง มีมูกเลือดออกทางช่องคลอด 1 ชมก่อนมาโรงพยาบาล

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน

ครรภ์ที่ 1 อายุครรภ์ 40⁺2 สัปดาห์ ฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลลานกระบือ 9 ครั้ง ไม่ครบตามเกณฑ์ ฝากครรภ์ครั้งแรก ผลเลือดปกติ ได้รับวัคซีนป้องกันบาดทะยัก ครบ 3 เข็ม อาการระหว่างตั้งครรภ์ปกติ

1 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาลมีอาการเจ็บครรภ์คลอด ท้องแข็ง มีมูกเลือดออกทางช่องคลอดจึงมาโรงพยาบาล

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต

ปฏิเสธโรคประจำตัว และการผ่าตัด ปฏิเสธการแพ้ยาและอาหาร ปฏิเสธการสูบบุหรี่ การดื่มสุรา และ ปฏิเสธสารเสพติดอื่น ๆ

ประวัติการมีประจำเดือน

LMP 29 กันยายน 2565

ประเมินสภาพร่างกายตามระบบ

ลักษณะทั่วไป : รู้สึกตัวดี อ่อนเพลียเล็กน้อย รูปร่างสมส่วน น้ำหนัก 55 กิโลกรัม ส่วนสูง 164 เซนติเมตร
ค่าดัชนีมวลกาย (Body mass Index :BMI) เท่ากับ 20.45 อยู่ในเกณฑ์ ปกติ

สัญญาณชีพ : อุณหภูมิร่างกาย 36.5 องศาเซลเซียส อัตราชีพจร 92 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง /นาที ความดันโลหิต 120/73 มิลลิเมตรปรอท ค่าความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือด 98% ชีพจรทารกเต้น 142 ครั้ง/นาที อยู่ในเกณฑ์ปกติ

ระบบศีรษะใบหน้าและลำคอ : ขนาดปกติ ไม่มีบาดแผล รูม่านตาขนาด 3 มิลลิเมตร เท่ากันทั้ง 2 ข้าง มีปฏิกิริยาต่อแสง ปกติ ทั้ง 2 ข้าง

ระบบผิวหนัง : ผิวปกติ ไม่มีอาการบวม ไม่พบผื่น ไม่พบบาดแผล

ระบบหัวใจและหลอดเลือด : ฟังเสียงหัวใจได้ยินเสียงหัวใจปกติ ไม่มีเจ็บหน้าอก มีอาการใจสั่น

ระบบทางเดินหายใจ : ขนาดทรวงอกทั้งสองข้างมีรูปร่างปกติสมมาตรกัน การเคลื่อนไหวของทรวงอก 2 ข้าง เท่ากันไม่มีเหนื่อหอบหรือหายใจลำบาก ฟังปอดพบเสียงลมเข้าปอดเท่ากันทั้งสองข้าง อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที

ระบบเลือดและน้ำเหลือง : คล้ำไม่พบก้อน กดไม่เจ็บบริเวณต่อมน้ำเหลือง ความเข้มข้นของเลือด (Hematocrit) แกรับ 39%

ระบบทางเดินอาหาร : ท้องไม่อืด คล้ำไม่พบตับและม้าม ฟังเสียงการเคลื่อนไหวของลำไส้ไม่พบ bowel sound ผิดปกติ ไม่หดรัศตัวอยู่เหนือระดับสะดือ

ระบบต่อมไร้ท่อ : คล้ำไม่พบต่อมไทรอยด์โต กดไม่เจ็บ

ระบบประสาท : รู้สึกตัวดี ถามตอบรู้เรื่อง รับรู้ต่อเวลา สถานที่ และบุคคล ได้ดี ไม่มีอาการชักเกร็ง

ระบบกล้ามเนื้อและกระดูก : แนวกระดูกสันหลังตรงปกติ มีความแข็งแรง กล้ามเนื้อแขน ขา เคลื่อนไหวได้ปกติ ไม่มีอาการอ่อนแรง

ระบบทางเดินปัสสาวะและระบบขับถ่าย : ปัสสาวะไม่มีแสบขัด ปัสสาวะสีเหลือง

เต้านม และอวัยวะสืบพันธุ์ : เต้านมขนาดเหมาะสมกับร่างกาย ขนาดเท่ากันทั้ง 2 ข้าง หัวนมปกติไม่สั้น ไม่บอด ไม่บวม น้านมไหลซึมๆ

ระบบอวัยวะสืบพันธุ์ : ยอดมดลูกอยู่ใต้ลิ้นปี่ ทารกอยู่ในท่าศีรษะลงสู่อุ้งเชิงกราน มีการบีบตัวของมดลูก Interval 7 นาที Duration 55 วินาที มีการเปิดของปากมดลูก PV Cx. dilate 1 cms effacement 25 % station -1 MI
ลักษณะอวัยวะสืบพันธุ์ภายนอกปกติตามลักษณะของเพศหญิง

สภาพจิตใจ : กังวลและเป็นห่วงว่าทารกในครรภ์ สีหน้าไม่สุขสบาย

การวินิจฉัยโรค : Postpartum hemorrhage

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่สำคัญ

Covid-19 Ag Rapid test : Negative, PT 12.8 sec, APTT 28.4 sec, INR 1.11

Electrolytes : Na 134 mmol/L, K 4.0 mmol/L, Cl 104 mmol/L, HCO₃ 17 mmol/L, AG 13 mmol/L

Complete blood count: Hemoglobin 11.1 g/dl, WBC 20,340 cell/mm, RBC 3.7 x10⁶ cell/mm³, MCV 93 fl, MCH 30 pg, MCHC 33 g/dl, RDW 13.7 %, Hct 34 %, Hb 11.1 g/dl , PLT Count 169,000 cell/mm³
Segmented Neutrophil 83 %, Lymphocyte 11 %, Monocyte 6 %

NST : reactive

สรุปการดำเนินของโรคขณะรับไว้ดูแล

วันที่ 5 - 7 กรกฎาคม 2566 FHS 132 -148 ครั้ง/นาที, เด็กตื่นดี มดลูกหดรัศตัว Interval 7-10 นาที Duration 40 - 55 วินาที ระยะที่1 ปากมดลูกเปิดเพิ่มวันละ 1 cms. NST reactive สัญญาณชีพปกติ

วันที่ 6 กรกฎาคม 2566 PV Cx. Dilate 2 cms. effacement 25% station -1 MI

วันที่ 7 กรกฎาคม 2566 ปากมดลูกเปิดเพิ่ม Cx. dilate 3 cms. effacement 75% station 0 MI มีมูกเลือดออกทางช่องคลอด
วันที่ 8 กรกฎาคม 2566 เวลา 02.15 น. Cx. dilate Fully คลอดปกติ ทารกเพศชาย น้ำหนัก 2,948 กรัม Apgar score 9,10,
10 คะแนน เวลา 02.38 น. ให้ยา Oxytocin เวลา 02.43 น. รกคลอดครบ มดลูกหดรัดตัวดี เวลา 03.30 น. Total Blood loss 200 ml.
มารดาอาการปกติ สัญญาณชีพ ปกติ ดูแลย้ายหลังคลอด หลังย้าย 1 ชั่วโมง 47 นาที มดลูกหดรัดตัวไม่ดี Blood loss เพิ่มรวม
300 มิลลิลิตร และ รวม Total Blood loss 500 มิลลิลิตร มารดา หลังคลอด รู้สึกใจสั่น ความดันโลหิต 109/68 -115/58 มิลลิเมตรปรอท
ชีพจรเบาเร็ว 130 -158 ครั้ง/นาที อัตราหายใจ 22 – 24 ครั้ง/นาที ค่าความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือด 98 -100% อีก 30 นาที
Blood loss เพิ่ม 100 มิลลิลิตร รวม total blood loss ทั้งหมด 600 มิลลิลิตร ส่งผลให้ HCT ลดลง จาก 39 % เหลือ 29 % และยังมี
เลือดออกซึม consult สูติแพทย์โรงพยาบาลกำแพงเพชรให้ส่งต่อโรงพยาบาล กำแพงเพชร อาการระหว่างส่งต่อสัญญาณชีพปกติไม่มี
active bleed ภาวะช็อก ไม่มี active bleed

การวางแผนการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 1 วิตกกังวลเกี่ยวกับการคลอด

ข้อมูลสนับสนุน

S : ผู้ป่วยถามว่าเมื่อไหร่จะคลอด และจะต้องทำตัวอย่างไร

O : สังเกตผู้ป่วยสีหน้าวิตกกังวล

: ผู้คลอดครั้งแรก อายุ 19 ปี ไม่มีมีประสบการณ์การตั้งครรภ์

วัตถุประสงค์ : เพื่อให้ผู้คลอดและญาติคลายวิตกกังวลเกี่ยวกับการคลอด

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้คลอดและญาติสีหน้าคลายกังวล
2. ผู้คลอดและญาติปฏิบัติตามคำแนะนำเกี่ยวกับการคลอด

กิจกรรมการพยาบาล

1. สร้างสัมพันธภาพกับผู้คลอดโดย พุดคุยกับผู้คลอดด้วยใบหน้าที่ยิ้มแย้มและเปิด โอกาสให้ผู้คลอดซักถามสิ่ง
วิตกกังวลหรือไม่เข้าใจ
2. ให้ความรู้เกี่ยวกับกลไกการคลอด และบอกความก้าวหน้าหรืออาการเปลี่ยนแปลงของการคลอดทุกครั้งหลังทำ
กิจกรรมการพยาบาล
3. แนะนำการปฏิบัติตัวขณะรอคลอดและอาการผิดปกติที่ต้องรีบบอกเจ้าหน้าที่ พร้อมทั้งบอกเหตุผลของความ
จำเป็นที่ต้องปฏิบัติ หรือแจ้งเจ้าหน้าที่
4. พุดให้ความมั่นใจ ปลอบใจให้กำลังใจ ชมเชย สบตา ผู้คลอด
5. ให้สามีและญาติอยู่เป็นเพื่อนช่วย สนับสนุนโดยการนวดมือ-ขา-เท้า การเช็ดหน้า เช็ดตัว ดูแลเรื่องอาหารและน้ำดื่ม
การพุงขณะเดิน การดูแลสิ่งแวดล้อมในขณะรอคลอด เช่น การจัดทำนอน การปรับแสงสว่างและอุณหภูมิห้องให้เหมาะสม

การประเมินผล

1. ผู้คลอดและญาติสีหน้าคลายกังวล
2. ผู้คลอดและญาติปฏิบัติตามคำแนะนำเกี่ยวกับการคลอดได้ถูกต้อง

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 2 ไม่สบายเนื่องจากเจ็บครรภ์คลอด

ข้อมูลสนับสนุน

S : ผู้ป่วยบอกว่าปวดท้องคลอดต้องทำอย่างไร

O : สังเกตผู้ป่วยสีหน้าไม่สบาย

: มดลูกหดรัดตัว Interval 2-7 นาที Duration 45-66 วินาที Strong intensity Pain score 5-10 คะแนน

วัตถุประสงค์ : เพื่อให้ผู้คลอดบรรเทาอาการเจ็บครรภ์คลอดและสบายขึ้น

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้คลอดสีหน้าสุขสบายขึ้น
2. ผู้คลอดปฏิบัติตัวได้ถูกต้องเมื่อมีอาการเจ็บครรภ์คลอด

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินความก้าวหน้าของการคลอดและการหดตัวของมดลูกทุก ๆ 1-2 ชั่วโมง ในระยะ Laten phase ทุก 30 นาที ในระยะ Active phase และทุก 5 นาทีในระยะคลอด
2. ตรวจภายในดูการเปิดขยาย ความบาง ของปากมดลูกและการเคลื่อนต่ำของส่วนนำเมื่อจำเป็นในระยะ Laten phase และทุก 2-4 ชั่วโมง หรือเมื่อจำเป็น ในระยะ Active phase และทุก 5 นาทีในระยะคลอด
3. บันทึกข้อมูลความก้าวหน้าและการรักษาใน Partograph และบอกความก้าวหน้าของการคลอดเป็น ระยะ
4. ประเมินสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมงในระยะรอคลอด และทุก 15 นาทีในระยะคลอด
5. ประเมินความรุนแรงของการปวดเพื่อให้การช่วยเหลือที่ถูกต้อง พร้อมทั้งอธิบายสาเหตุของการเจ็บครรภ์คลอด และแผนการรักษาพยาบาล เพื่อให้เกิดการรับรู้ที่ถูกต้อง เกิดความมั่นใจความปลอดภัยในการคลอด
6. แนะนำผู้คลอดและญาติให้ช่วยนวดหลังเมื่อผู้คลอดเจ็บครรภ์โดยให้ผู้คลอดนอนตะแคงซ้ายนวดบริเวณหลังและก้นขา หรือจัดทำการบรรเทาปวดโดยการปรับให้ ทำนั้งแบบมีเสื่อของมณีเวช ช่วยนวด บริเวณหลังและก้นขา
7. แนะนำเทคนิค การบรรเทาความเจ็บปวด โดยการกำหนดสติ (Mindfulness) เมื่อมีอาการเจ็บครรภ์คลอดโดยให้ผู้คลอด หายใจเข้าออกลึก ๆ ซ้ำ 3-5 ครั้ง รับรู้ความรู้สึกที่ปลายจมูกข้างที่ซัดที่สุดแล้วหายใจต่อเนื่องด้วยลมหายใจปกติ พร้อมกับลูบท้องซ้ำๆ เพื่อบรรเทาความเจ็บปวด
8. พุดคุยเบี่ยงเบนความสนใจจากการปวดท้องคลอด
9. การให้มีญาติสนับสนุนในระยะคลอด (Social support) โดยอยู่เป็นเพื่อน ให้กำลังใจ ดูแลความสบาย และให้การช่วยเหลือตลอดระยะเวลาที่เจ็บครรภ์ต่อเนื่องสามารถช่วยลดความเครียดของมารดา

การประเมินผล

1. ผู้คลอดสีหน้าสุขสบายขึ้น
2. ผู้คลอดปฏิบัติตัวได้ถูกต้องเมื่อเจ็บครรภ์คลอด

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 3 ทารกแรกเกิดมีโอกาสเกิดภาวะขาดออกซิเจนเนื่องจากชี้เท้าปนในน้ำคร่ำ

ข้อมูลสนับสนุน

O : -

S : ระยะที่ 1 ของการคลอดนาน 64 ชั่วโมง 45 นาที

: มดลูกหดตัว Interval 2-7 นาที Duration 45-66 วินาที FHS อยู่ในช่วง 132-158 ครั้ง/นาที

: ลักษณะน้ำคร่ำ Meconium strain

วัตถุประสงค์ : ไม่เกิดภาวะ Birth Asphyxia

เกณฑ์การประเมินผล

1. ทารก Active ดี APGAR Score นาที ที่ 1, 5, 10 มากกว่า 7
2. หายใจได้เองสม่ำเสมอ การหายใจ 40-60 ครั้ง/นาที อัตราการเต้นของหัวใจ 100-160 ครั้ง/นาที

กิจกรรมการพยาบาล (ให้การพยาบาลตามแนวทางการคลอดมาตรฐาน)

1. ระยะ Laten phase วัด V/S ทุก 4 ชั่วโมง พัง FHS จับ contraction ทุก 1-2 ชั่วโมง
2. ระยะ Active phase และพัง FHS จับ contraction ทุก 30 นาที ตรวจภายในเพื่อประเมินการเปิดขยายของปากมดลูก ทุก 2-4 ชั่วโมง หรือเมื่อจำเป็น
3. On 0.9% NSS 1,000 cc iv drip rate 80 cc/hr. และ Monitor NST เมื่อเข้าระยะ Active phase
4. บันทึกข้อมูลการตรวจรักษาใน Partograph เพื่อใช้ประเมินความก้าวหน้าของการคลอด

5. จัดเตรียมชุดอุปกรณ์ต่าง ๆ เพื่อช่วยชีวิตทารกให้พร้อมตลอดเวลา และเมื่อปากมดลูกเปิดหมดรายงานแพทย์เวรเพื่อเตรียมรอรับเด็ก เพื่อให้ช่วยเหลือ ได้ทันที่
 6. เปิดเครื่อง radiant warmer ให้ความอบอุ่นทารกให้การพยาบาลทารกบน radiant warmer
 7. ระยะที่ 2 ของการคลอด วัด VS ทุก 15 นาที ฟัง FHS จับ contraction ทุก 5 นาทีม PV ทุก 30 นาที และ Monitor NST
 8. เมื่อทารกคลอดศีรษะ ดูดเสมหะที่ปากและจมูกให้หมด เพื่อป้องกันการสูดสำลักน้ำคร่ำ เมื่อทารกคลอดทั้งตัว เอียงหน้า ดูดเสมหะที่ปากและจมูกซ้ำ เพื่อช่วยให้ทางเดินหายใจโล่ง
 9. ประเมิน APGAR Score ที่นาที ที่ 1, 5 และนาทีที่ 10 และให้การรักษามาตรฐานการดูแล การหายใจทารกแรกเกิด
- การประเมินผล :**

1. ทารกตัวแดงดี ร้องเสียงดัง Active ดี APGAR ที่ 1 นาที = 9 หักคะแนนสีผิว 1 คะแนน 5, 10 นาที = 10
 2. อัตราการเต้นของหัวใจ 150 ครั้ง/นาที หายใจสม่ำเสมอ อัตราการหายใจ 54 ครั้ง/นาที Lung clear
- ค่าความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือด 97%

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 4 เสี่ยงต่อภาวะตกเลือดหลังคลอดเนื่องจากระยะรอคลอดยาวนาน

ข้อมูลสนับสนุน

O : ผู้คลอดถามว่าเมื่อไหร่จะคลอด

S : ระยะที่ 1 ของการคลอดนาน 64 ชั่วโมง 45 นาที

: มดลูกหดตัว Interval 2-7 นาที Duration 45-66 วินาที FHS อยู่ในช่วง 132-158 ครั้ง/นาที

วัตถุประสงค์ : เพื่อป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอด

เกณฑ์การประเมินผล

1. Total blood loss น้อยกว่า 500 มิลลิลิตร หรือมีเลือดออกทางช่องคลอดน้อยกว่า 50 มิลลิลิตร/ชั่วโมง
2. ไม่มีอาการหน้ามืดใจสั่น ตัวเย็น
3. สัญญาณชีพปกติ

กิจกรรมการพยาบาล (ให้การพยาบาลตามแนวทางการคลอดมาตรฐานและประเมินสภาพ)

1. เมื่อเข้า active phase ON IV0.9% NSS1,000cc iv drip rate 80 cc/hr
2. หลังทำคลอดให้ทารกให้การพยาบาลแบบ active management of the third stage of labor (AMTSL) โดยฉีดยา syntocinon (Oxytocin) 10 Unit IM และ on 0.9% NSS 1,000 cc ผสม Oxytocin 20 Unit + IV drip 100 cc/hr เพื่อให้มดลูกหดตัวดีป้องกันตกเลือดหลังคลอด ทำ late cord clamping (1-3 นาทีหลังคลอด) และคลึงมดลูกทันทีหลังรกคลอด เพื่อให้เสียเลือดลดลง
3. ระยะหลังคลอด 2 ชั่วโมงประเมินและบันทึกความดันโลหิตและชีพจรทุก 15 นาทีในช่วงแรก ทุก 30 นาที ในช่วงถัดไปและทุก 1 ชั่วโมงจนกว่าจะคงที่ (Until stable) ตามแนวทางมาตรฐานการคลอด
4. ระยะหลังคลอดมีการประเมินสภาพมารดาหลังคลอดโดยใช้หลัก B-BUBBLE (Black ground and Body condition, Breast and Lactation, Uterus, Bladder, Bleeding or Lochia, Episiotomy) เพื่อความครอบคลุมในการประเมินผู้ป่วยหลังคลอด
4. ระยะหลังคลอด ประเมินการหดตัวของมดลูกทุก 15 นาทีในช่วงแรก ทุก 30 นาทีในช่วงถัดไปและทุก 1 ชั่วโมงจนกว่าจะคงที่ (Until stable) และบ่อยครั้งตามสภาพของมารดาใน 24 ชั่วโมงแรก โดยประเมินทั้งขนาด ความแข็งตัว และระดับความสูงของยอดมดลูก
5. มดลูกไม่แข็งตัว ช่วยคลึงมดลูกและสอนให้มารดาคลึงมดลูกด้วยตนเองให้แข็งเป็นระยะๆ ทุก 15 นาที ไม่คลึงตลอดเวลา เพราะอาจทำให้มดลูกอ่อนล้า
6. ประเมินปริมาณเลือดที่ออกจากช่องคลอดทุก 30 นาที หากชุ่มผ้าอนามัยมากกว่า 1 ผืน/ชั่วโมง หรือมีการเปลี่ยนแปลงของสัญญาณชีพให้รายงานแพทย์ทราบ
7. ดูแลกระเพาะปัสสาวะให้ว่าง เพื่อไม่ให้ขวางการหดตัวของมดลูก

8.ดูแลกระตุ้นทารกดูนมมารดาให้ถูกวิธีเพื่อส่งเสริมการหลั่งฮอร์โมน Oxytocin ช่วยให้มีดลูกหดตัวได้ดี ป้องกันตกเลือดหลังคลอด

การประเมินผลการพยาบาล

- ดูแลได้ blood clot 50 ml minimal active bleeding HCT 29%
- มีเลือดออกทางช่องคลอดรวม 600 มิลลิลิตร
- สัญญาณชีพความดันโลหิต 101/64 มิลลิเมตรปรอท ชีพจรเบาเร็ว 134 ครั้ง/นาที การหายใจ 20 ครั้ง/นาที มีอาการใจสั่นเล็กน้อย

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 5 มีภาวะตกเลือดหลังคลอด เนื่องจากมดลูกหดตัวไม่ดี

ข้อมูลสนับสนุน

- S : มารดาหลังคลอดบอกรู้สึกใจสั่น
- O : เสียเลือด 600 มิลลิลิตร ในระยะหลังคลอด
 - : คล้ามดลูกไม่กลมแข็ง
 - : ชีพจรเบาเร็ว 130 - 150 ครั้ง/นาที หายใจ 22-24 ครั้ง/นาที
 - : ระดับความเข้มข้นของเลือด แกร็บ 39% ลดลงเหลือ 29% (มากกว่า10%)
 - : ระยะที่ 1 ของการคลอด 64 ชั่วโมง 45 นาที

วัตถุประสงค์ : เพื่อไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงจาก ตกเลือดหลังคลอด

เกณฑ์การประเมินผล

1. มีเลือดออกทางช่องคลอดน้อยกว่า 50 มิลลิลิตร/ชั่วโมง
2. มดลูกหดตัวในระดับต่ำกว่าสะดือ
3. สัญญาณชีพปกติ

กิจกรรมการพยาบาล

1. เรียกทีมช่วยเหลือ
2. ดูแลให้ออกซิเจน Mask with bag 10 ลิตร/นาที เพื่อให้เนื้อเยื่อร่างกายได้รับออกซิเจน
3. ดูแลให้ยาและสารน้ำตามแผนการรักษาของแพทย์และ 0.9 %NSS 1,000 ml. iv load 800 ml. เพิ่ม Oxytocin 40 Unit ผสม on 0.9% NSS 1,000 cc iv drip 60 cc/hr ไม่ดีขึ้นให้ Uterotonic drugs ตัวอื่นเพิ่มเติมดังนี้ Methergometrine (0.2 mg) 1 amp IV ทุก 15 นาที ไม่เกิน 5 ครั้ง และ Cytotec (200 mcg) 4 tab อมใต้ลิ้น
4. ให้สารน้ำเข้าทางหลอดเลือดดำ 2 เส้น โดยใช้เข็มเบอร์ใหญ่ 18
5. ส่งเลือดเพื่อตรวจ complete blood count, coagulation, urea, electrolytes,
6. ประเมินการหดตัวของมดลูกและคลึงมดลูกทุก 15 นาทีจนคงที่แล้วปรับเป็น ทุก 30 นาทีในชั่วโมงถัดไปจนคงที่จึงปรับทุก 1 ชั่วโมงจนกว่าจะคงที่ (Until stable) และบ่อยครั้งตามสภาพของมารดาใน 24 ชั่วโมงแรก โดยประเมินทั้งขนาด ความแข็งตัว และระดับความสูงของยอดมดลูก
7. ประเมินปริมาณเลือดที่ออกจากช่องคลอดทุก 15 นาที ประเมินปริมาณการเสียเลือดโดยใช้ถุงตวงเลือด และ ชั่งผ้าซับเลือดทุกชิ้น
8. ประเมินและบันทึกความดันโลหิตและชีพจรและปริมาณออกซิเจนในเลือดทุก 15 นาทีในชั่วโมงแรกจนคงที่จึงปรับเป็น ทุก 30 นาทีในชั่วโมงถัดไปและทุก 1 ชั่วโมงจนกว่าจะคงที่ ตามแนวทางมาตรฐานการคลอด
9. ดูแลและเพาะปัสสาวะให้ว่าง และคาสวนปัสสาวะไว้และวัดตวงปริมาณทุก 2 ชั่วโมง เพื่อไม่ให้ขวางการหดตัวของมดลูก
10. ให้ความอบอุ่นให้นอนราบตะแคงหน้าพร้อมให้ความอบอุ่นเพื่อให้ออกซิเจนไปเลี้ยงสมองได้เพียงพอ
- 11.ดูแลกระตุ้น Breast feeding บ่อยๆ กระตุ้นการหดตัวของมดลูกและส่งเสริมสายสัมพันธ์แม่ลูก
- 12.ถ้ามีอาการหรืออาการแสดงของภาวะช็อก ให้การดูแลแบบภาวะ Hypovolemic shock

13. ประเมินติดตามค่าความเข้มข้นของเลือดและค่าการแข็งตัวของเลือดเป็นระยะ
14. ดูแลให้พักผ่อนอย่างเพียงพอ เพื่อช่วยลดการใช้ออกซิเจนในการทำกิจกรรม ให้เปลี่ยนอิริยาบถต่างๆ
15. ดูแลทางด้านจิตใจ ให้กำลังใจ สร้างความมั่นใจในการดูแลรักษา

การประเมินผลการพยาบาล

- ดูแลได้ blood clot 50 ml minimal active bleeding HCT 29%
- มีเลือดออกทางช่องคลอดรวม 600 มิลลิลิตร
- มดลูกหดตัวในระดับสะอาด
- สัญญาณชีพ ความดันโลหิต 101/64 มิลลิเมตรปรอท ชีพจรเบาเร็ว 134 ครั้ง/นาที การหายใจ 20 ครั้ง/นาที

ค่าความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือด 99% มีอาการใจสั่นเล็กน้อย

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 6 เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนขณะส่งต่อ

ข้อมูลสนับสนุน

S : -

- O : ระดับความเข้มข้นของเลือด ลดลงจาก 39% เหลือ 29%
- : เสียเลือดออกทางช่องคลอดรวม 600 มิลลิลิตร
- : ชีพจรเบาเร็ว 130 - 150 ครั้ง/นาที หายใจ 22-24 ครั้ง/นาที
- : ความดันโลหิต 101/64 มิลลิเมตรปรอท ชีพจรเบาเร็ว 134 ครั้ง/นาที การหายใจ 20 ครั้ง/นาที

วัตถุประสงค์ : เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยระหว่างส่งต่อ

เกณฑ์การประเมินผล

- ไม่มีอาการของภาวะช็อก เช่น ความดันโลหิต ชีพจรเบาเร็ว หน้าซีด เหงื่อออก ตัวเย็น กระสับกระส่ายขณะส่งต่อ
- สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ ความดันโลหิต > 90/60 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 80-100 ครั้ง/นาที
- ค่าความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือดเฉลี่ย 98 - 100%

กิจกรรมการพยาบาล

1. จัดเตรียมตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วนของเอกสารสำคัญต่างๆ และแบบบันทึกอาการระหว่างส่งต่อก่อนส่งต่อ และติดต่อประสานส่งต่ออาการผู้ป่วยหน่วยงานห้องคลอดโรงพยาบาลกำแพงเพชร

2. ดูแลเตรียมความพร้อมก่อนการส่งต่อด้านเตรียมเจ้าหน้าที่ส่งต่อ อุปกรณ์และยา PPH set box เตรียมรถ Emergency และอุปกรณ์ช่วยชีวิต รวมทั้งเครื่อง Defibrillator ให้พร้อมใช้ รถ อุปกรณ์ในรถให้มีความพร้อมในการใช้อุปกรณ์ช่วยฟื้นคืนชีพที่ครบถ้วน และมีประสิทธิภาพสามารถให้การช่วยเหลือได้ทันทั่วทั้ง การเตรียมผู้ป่วยก่อนการส่งต่อ ประเมินผู้ป่วยในด้านต่างๆ ได้แก่ A B C D และรวมทั้งมีการให้ข้อมูลการเจ็บป่วย แผนการรักษา เหตุผลความจำเป็นในการส่งต่อแก่ผู้ป่วยและญาติเพื่อให้การบริการผู้ป่วยได้อย่างมีคุณภาพ ตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย ญาติและโรงพยาบาล

3. ระหว่างนำส่งติดตามสัญญาณชีพ ประเมิน O₂ sat ทุก 5 นาที

4. ดูแลให้ออกซิเจน Mask with bag 10 ลิตร/นาที เพื่อให้เนื้อเยื่อร่างกายได้รับออกซิเจน

5. ดูแลให้ได้รับ 0.9% NSS 1,000 ml + Oxytocin 40 unite rate 100 cc/hr. และอีกเส้น ให้ 0.9% NSS 1,000 ml iv drip KVO ตามแผนการรักษาและปรับเพิ่มตามอาการและสัญญาณชีพผู้ป่วย

6. ประเมินการหดตัวของมดลูกคลั่งมดลูกทุก 15 นาทีเพื่อให้มดลูกหดตัวดี

7. ประเมินปริมาณเลือดที่ออกจากช่องคลอดทุก 15 นาที

8. ดูแลนอนราบเพื่อให้ออกซิเจนไปเลี้ยงส่วนต่างๆของร่างกายได้เพียงพอ

9. ดูแลสายสวนปัสสาวะ ไม่ให้เลื่อนหลุดหรือพับงอ และให้ถูกหลักป้องกันการติดเชื้อ

10. บันทึกสารน้ำเข้าออก ปัสสาวะไม่ควรออกน้อยกว่า 30 มิลลิลิตร/ชั่วโมง

11. กรณีที่พบความผิดปกติในการเฝ้าระวังผู้ป่วยขณะส่งต่อ ให้รายงานแพทย์ผู้สั่งการรักษารับทราบติดต่อประสานงานโรงพยาบาลปลายทางเป็นระยะเพื่อแจ้งกำหนดเวลาและเตรียมความพร้อมก่อน ตามแนวทาง

12. กรณีผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลงสู่ภาวะวิกฤตในขณะส่งต่อให้การช่วยเหลือในเบื้องต้นหรือ ขอความช่วยเหลือตามระบบและนำส่งโรงพยาบาลที่อยู่ใกล้ที่สุด และแจ้งข้อมูลให้กับโรงพยาบาลปลายทางทราบโดย โทรศัพท์ที่มีสมุดเบอร์โทรศัพท์ติดบนรถ refer

13. พยาบาลที่ได้รับมอบหมายไปส่งผู้ป่วยที่ห้องคลอดแต่ถ้าผู้ป่วยเปลี่ยนแปลง ส่งผู้ป่วยที่ ER ส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยเกี่ยวกับอาการ การวินิจฉัย การรักษา การพยาบาลและปัญหาอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องของผู้ป่วยพร้อมส่งข้อมูลอาการเปลี่ยนแปลงที่พบขณะเคลื่อนย้ายกับพยาบาลหัวหน้าเวร/แพทย์รับผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลตามแนวทางปฏิบัติที่กำหนดอย่างปลอดภัย

ประเมินผลการพยาบาล

- ไม่มีเหงื่อออกตัวเย็น ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนขณะส่งต่อ
- ค่าความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือดเฉลี่ย 99%
- ความดันโลหิต 120/73 มิลลิเมตรปรอท ชีพจรเบาเร็ว 92 ครั้ง/นาที การหายใจ 20 ครั้ง/นาที

สรุปกรณีศึกษา

หญิงไทย อายุ 19 ปี G1P0 อายุครรภ์ 40⁺⁵ เข้ารับการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลลานกระบือ ด้วยอาการเจ็บครรภ์คลอดท้องแข็งมีมูกเลือดออกทางช่องคลอด 1 ชั่วโมง ก่อนมาโรงพยาบาล แรกเริ่มมีการประเมินภาวะเสี่ยงแรกพบเป็นกลุ่มเสี่ยงต่ำ แพทย์วินิจฉัย Labor pain และให้การดูแลตามการคลอดมาตรฐาน และพบว่าขณะรอคลอดระยะ ที่ 1 ของการคลอดยาวนาน 64 ชั่วโมง 45 นาที ระยะที่ 2 ของการคลอดนาน 22 นาที คลอดปกติ ทารกเพศชาย น้ำหนัก 2,948 กรัม รูปร่างปกติแข็งแรงดีหลังทารก ได้ให้การดูแลให้การพยาบาลตามการคลอดมาตรฐานในทุกระยะของการคลอด และหลังไหล่ทารกคลอดป้องกันตกเลือดโดยให้การพยาบาลแบบ active management of the third stage of labor (AMTSL) ระยะที่ 3 ของการคลอดนาน 6 นาที หลังคลอดรกคลอดครบ มดลูกหดรัดตัวดี Total blood loss 200 มิลลิลิตร ความดันโลหิต 129/72 มิลลิเมตรปรอท อัตราชีพจร 100 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ออกซิเจนในเลือด 98% ย้ายกลับจากนั้นหลังคลอด 2 ชั่วโมงมดลูกเริ่มหดรัดตัวไม่ดีเลือดออกเพิ่ม 400 ซีซี วินิจฉัยโรค Postpartum hemorrhage ดูแลคลั่งมด อัตราชีพจรเบาเร็ว 110 ครั้งต่อนาที มีให้ออกซิเจน On O2 mask with bag 10 ลิตร/นาที งดดื่มน้ำทุก 5 นาที ผู้ป่วยได้รับการรักษา 0.9% NSS 1,000 cc IV load 800 cc. then KVO และ Oxytocin 40 unit ผสม 0.9% NSS 1,000 cc IV drip rate 100 ml./hr Methergine (0.2 mg) 1 amp iv X 2 doses, Cytotec (200 mcg) 4 tab อดไม่ได้ลิ้นตามแผนการรักษา หลังคลอดพบภาวะช็อค ระดับความเข้มข้นของเลือด ลดลงจาก 39% เหลือ 29% ดูแลส่งต่อโรงพยาบาลกำแพงเพชร อาการขณะส่งต่อไม่มีภาวะช็อกและมดลูกหดรัดตัวดี ให้ PRC 3 Unit นอนโรงพยาบาลกำแพงเพชร 2 วัน

วิจารณ์และข้อเสนอแนะ

ภาวะตกเลือดหลังคลอด ส่วนใหญ่มีสาเหตุจากมดลูกหดรัดตัวไม่ดี สำหรับกรณีศึกษา เป็นผู้คลอดที่มีระยะที่หนึ่งของการคลอดยาวนานทำให้มดลูกอ่อนล้า ซึ่งส่งผลให้หลังคลอดมดลูกหดรัดตัวไม่ดี ตกเลือดหลังคลอดสูงซึ่งผู้คลอดรายนี้มีภาวะตกเลือดหลังคลอดหลังจากกลับมาที่แผนกหลังคลอดแล้ว ซึ่งมีการเฝ้าระวังประเมิน วินิจฉัย ที่รวดเร็ว ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาที่รวดเร็วทำให้ลดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง นอกจากการประเมินวินิจฉัยที่รวดเร็วแล้วพยาบาลต้องมีความรู้เรื่องการดูแลให้การพยาบาลมารดาตกเลือดหลังคลอด การบริหารยา ภาวะแทรกซ้อน และการเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงในภาวะวิกฤตที่อาจจะเกิดขึ้นผู้ป่วยจะทำให้ผู้ป่วยปลอดภัย จึงมีข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนางาน ดังนี้

1. พยาบาลต้องมีความรู้ความชำนาญในการดูแลและป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดดังนั้นพยาบาลจึงควรมีการอบรมฟื้นฟูอย่างน้อยปีละหนึ่งครั้งหรือเมื่อมีการปรับเปลี่ยนแนวทาง

2. ภาวะตกเลือดหลังคลอดเป็นภาวะฉุกเฉินที่ต้องรักษาอย่างรวดเร็วตั้งนั้นยาวัสดุและ อุปกรณ์ต้องมีความเพียงพอและพร้อมใช้เสมอตั้งนั้นเจ้าหน้าที่จึงควรมีการตรวจเช็คอย่างสม่ำเสมอ

3. เนื่องจากโรงพยาบาลชุมชนต้องใช้เจ้าหน้าที่ร่วมกันหลายหน่วยงานในการช่วยเหลือในภาวะฉุกเฉินเร่งด่วนควรมีการ Role play ซ้อมทีมช่วยเหลือฉุกเฉินทุก 6 เดือนหรืออย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง เพื่อให้เจ้าหน้าที่ทุกคนเข้าใจบทบาทหน้าที่ของตนเอง

สรุป

การดูแลผู้ป่วยตกเลือดหลังคลอดกระบวนการที่สำคัญคือ มีการประเมินภาวะเสี่ยงตั้งแต่ตั้งครรภ์ระยะแรกรับเข้ารักษาในโรงพยาบาล และทุกระยะของการคลอดและนำข้อมูลมาวางแผนการดูแลตามภาวะเสี่ยงแนวทางการคลอดมาตรฐานพร้อมทั้ง ให้การพยาบาลแบบ Active Management of Third Stage of Labor(AMTSL)ในระยะที่ 3 เพื่อป้องกันตกเลือด มีการวินิจฉัยค้นหาสาเหตุให้รวดเร็ว ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่รวดเร็วถูกต้องผู้ป่วยจึงปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงซึ่งสิ่งเหล่านี้จะเกิดขึ้นได้เมื่อบุคลากรมีความรู้ความเข้าใจ อุปกรณ์และยาเพียงพอพร้อมใช้

เอกสารอ้างอิง

1. กรมการแพทย์. คู่มือเวชปฏิบัติการคลอดมาตรฐาน 2558. พิมพ์ครั้งที่ 7. กรุงเทพฯ: กรมการแพทย์กระทรวงสาธารณสุข; 2560.
2. Belfort MA, Lockwood CJ, Levine D, Barss VA. Overview of postpartum hemorrhage. [online]. [cite 2023, Nov 20]. Available: https://www.uptodate.com/contents/overview-of-postpartum-hemorrhage?topicRef=6712&source=see_link
3. กรมอนามัยกระทรวงสาธารณสุข. อัตราส่วนการตายมารดาไทยไทยต่อการเกิดมีชีพแสนคน : ระบบสารสนเทศสนับสนุนงานส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 20 พฤศจิกายน 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://dashboard.anamai.moph.go.th/dashboard/mmr?year=2024>
4. ก้องเกียรติ เต็มเกษมศานต์, จิตติมา แก้วทอง. สุขภาพกลุ่มวัย มารดาและทารก. การตรวจราชการและนิเทศงาน กรณีปกปิดรอบที่ 1 ปี 2566 จังหวัดกำแพงเพชร; 20 กุมภาพันธ์ 2566; ห้องประชุมชัชวราภรณ์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกำแพงเพชร.
5. ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย. แนวทางเวชปฏิบัติราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: พี.เอ.ลิฟ.วิง; 2565.
6. งานห้องคลอด โรงพยาบาลลานกระบือ. สถิติงานห้องคลอด. กำแพงเพชร: โรงพยาบาล; 2563-2565.
7. งานห้องคลอด โรงพยาบาลลานกระบือ. แนวทาง Clinical Practice Guidelines postpartum hemorrhage. กำแพงเพชร: โรงพยาบาล; 2564.
8. หน่วยงานสูติกรรม นรีเวชกรรม โรงพยาบาลกำแพงเพชร. แนวทางเวชปฏิบัติ (Clinical Practice Guideline). กำแพงเพชร: โรงพยาบาล; 2562.
9. เกษมศรี ศรีสุพรรณดิฐ. ภาวะตกเลือดหลังคลอด. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 10 ตุลาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://w1.med.cmu.ac.th/obgyn/lessons/33365/>
10. นิธินันท์ ถาวรชาติ. การพยาบาลมารดาด้วยรุ่นตกเลือดหลังคลอดที่ได้รับการตัดมดลูกกรณีศึกษา. ชัยภูมิเวชสาร. 2563;40: 80-99.
11. ปราณีย์ ทัพไพเราะ. คู่มือข้อวินิจฉัยการพยาบาล. กรุงเทพฯ: N P Press Limited Partnership; 2566.
12. เพชรภรณ์ ทองस्ता. กรณีศึกษาการพยาบาลมารดาที่มีภาวะตกเลือดระยะหลังคลอดโรงพยาบาลกาฬสินธุ์. วิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ. [อินเทอร์เน็ต]. 2563;13:106-14. [เข้าถึงเมื่อ 9 ตุลาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: [https://file:///C:/Users/IKBHoS-Ladda/Downloads/sirisak_88,+%7B\\$userGroup%7D,+106-114%20\(1\).pdf](https://file:///C:/Users/IKBHoS-Ladda/Downloads/sirisak_88,+%7B$userGroup%7D,+106-114%20(1).pdf)



13. พิรุพห์ สิทธิพล. การพยาบาลผู้คลอดที่มีภาวะช็อกจากการตกเลือดหลังคลอดกรณีศึกษา. วิชาการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม. [อินเทอร์เน็ต]. 2563;4:277-92. [เข้าถึงเมื่อ 10 ตุลาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: [https://file:///C:/Users/KBHoS-Ladda/Downloads/9554-Article%20Text-13769-1-10-20201110%20\(5\).pdf](https://file:///C:/Users/KBHoS-Ladda/Downloads/9554-Article%20Text-13769-1-10-20201110%20(5).pdf)
14. พรณรงค์ โชติวรรณ. คู่มือการสรุปสาเหตุการตายของแม่และเด็ก. กรุงเทพฯ : องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2559.
15. เลียม กันโต. การพยาบาลผู้คลอดที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอดร่วมกับมีภาวะช็อก. โรงพยาบาลสิงห์บุรีเวชสาร. [อินเทอร์เน็ต]. 2563;29:1-12. [เข้าถึงเมื่อ 10 ตุลาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/shj/article/view/249665/169009>
16. ทิพวรรณ เอี่ยมเจริญ. การตกเลือดหลังคลอด บทบาทสำคัญของพยาบาลในการป้องกัน. สมาคมสถาบันอุดมศึกษาเอกชนแห่งประเทศไทยในพระราชูปถัมภ์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี. [อินเทอร์เน็ต]. 2560;6:146-57. [เข้าถึงเมื่อ 9 ตุลาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: https://apheit.bu.ac.th/journal/science-july-2560/15_17_การตกเลือดหลังคลอด_proof1_formatted.pdf
17. นภดล นิงสานนท์, สุรภา หังสพฤกษ์. มณีเวช. พิมพ์ครั้งที่ 3. สงขลา: นีโอพ้อยท์(1995); 2561.



Nursing care for patients with chronic obstructive pulmonary disease who still smoke : A Case study

Duangduean Wicharanapanya, B.N.S.*

Abstract

Introduction : Chronic obstructive pulmonary disease is a disease that is mainly caused by smoking. By causing inflammation in the respiratory tract until obstruction of the airway resulting in frequent exacerbation of the disease. And has a high mortality rate. If the nursing process can be used to enable patients to quit smoking It will help reduce the occurrence of disease recurrence, other complications and reduce the mortality rate. Makes patients have a better quality of life.

Objective : To provide guidelines for providing nursing care to patients with COPD who still smoke.

Case study : Thai man, 73 years old in the hypertension clinic. Has a history of smoking 10 cigarettes per day, frequently has a cough and shortness of breath . He was received guidance to quitting smoking and attend a smoking cessation clinic, but he refused to attend a smoking cessation clinic. Because he doesn't want to take time off work to come to the hospital many times. Later, he had a cough and shortness of breath and had to be treated at the hospital. and make an appointment to enter the chronic obstructive pulmonary disease clinic After being admitted for treatment evaluated and found that the patient had a CAT Score = 8 points, MMRC Score = 2 points and still smoked every day. and must frequently use emergency inhalers. When giving advice, still not sure about quitting smoking and refused to attend a smoking cessation clinic, from the analysis of the patient's problem, there are 3 parts: the pathology of chronic obstructive pulmonary disease , quitting smoking and underlying disease in each part there are important problems. 1 . Risk of oxygen insufficiency from lung pathology 2 . nicotine addiction 3 . Risk of hypertensives complication 4 . malnutrition 5 . Lack of knowledge on how to behave regarding chronic obstructive pulmonary disease. Adopting a complete nursing process to quit smoking at one point (One Stop Service) to provide nursing care to quit smoking. appropriately It will help the patient to follow along without feeling worried with the use of patient assessment according to Gordon's 11 health plans. to find problems and patient needs to provide appropriate, comprehensive nursing care until patient can quit smoking permanently. and no other complications occurred

Conclusion : From modification of the method of using the nursing process to help patients quit smoking. By following steps gradually There is continuous tracking. Motivation is created This allows the patient to finally quit smoking.

Keywords : nursing, chronic obstructive pulmonary disease, cigarettes.

* Registered Nurse, professional level, Phrankratai Hospital, Kamphaeng Phet Province

การพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ยังสูบบุหรี่ : กรณีศึกษา

ดวงเดือน วิจารณ์ัญญา, พย.บ.*

บทคัดย่อ

บทนำ : โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เป็นโรคที่มีสาเหตุหลักมาจากการสูบบุหรี่ โดยทำให้เกิดการอักเสบในทางเดินหายใจ จนเกิดการอุดกั้นของทางเดินหายใจ มีผลทำให้เกิดการกำเริบของโรคบ่อยครั้ง และมีอัตราการเสียชีวิตสูง หากสามารถใช้กระบวนการพยาบาลในการทำให้ผู้ป่วยสามารถเลิกบุหรี่ได้ จะช่วยลดการเกิดการกำเริบของโรค ภาวะแทรกซ้อนต่างๆ และลดอัตราการเสียชีวิตลงได้ ทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

วัตถุประสงค์ : เพื่อเป็นแนวทางในการให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ยังสูบบุหรี่

กรณีศึกษา : ชายไทย อายุ 73 ปี เป็นผู้ป่วยเดิมในคลินิกความดันโลหิตสูง มีประวัติสูบบุหรี่วันละ 10 มวน มีอาการไอ หายใจเหนื่อยบ่อยครั้ง เคยได้รับการแนะนำในการเลิกบุหรี่ และเข้าคลินิกเลิกบุหรี่ แต่ผู้ป่วยปฏิเสธ เนื่องจากไม่ต้องการหยุดงานเพื่อมาโรงพยาบาลหลายครั้ง ต่อมามีอาการไอ เหนื่อยหอบ ต้องเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาล และนัดเข้าคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง หลังรับเข้ารักษา ได้ประเมินพบว่าผู้ป่วยมี CAT Score = 8 คะแนน MMRC Score = 2 คะแนน ยังสูบบุหรี่ทุกวัน และต้องใช้ยาพ่นฉุกเฉินบ่อยครั้ง เมื่อให้คำแนะนำยังไม่แน่ใจในการเลิกบุหรี่ และปฏิเสธการเข้าคลินิกเลิกบุหรี่ จากการวิเคราะห์ปัญหาของผู้ป่วย มี 3 ส่วน คือ พยาธิสภาพของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง การเลิกบุหรี่ และโรคประจำตัวเดิม ซึ่งในแต่ละส่วนมีปัญหาสำคัญคือ 1.เสี่ยงต่อการพร่องออกซิเจนจากพยาธิสภาพของปอด 2.มีภาวะดัดนิโคติน 3.เสี่ยงต่อการเกิด Hypertensive 4.มีภาวะทุพโภชนาการ 5.ขาดความรู้ในการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง การนำกระบวนการพยาบาลเพื่อเลิกบุหรี่แบบเบ็ดเสร็จ ณ จุดเดียว (One Stop Service) มาใช้เพื่อให้การพยาบาลในการเลิกบุหรี่ ได้อย่างเหมาะสม จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตามโดยไม่รู้สึกเป็นกังวล ร่วมกับการใช้การประเมินผู้ป่วยตามแบบแผนสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอน เพื่อค้นหาปัญหา และความต้องการของผู้ป่วย เพื่อให้การพยาบาลได้อย่างเหมาะสม ครอบคลุม จนสามารถเลิกบุหรี่ได้อย่างถาวร และไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ

สรุป : จากการปรับเปลี่ยนวิธีการใช้กระบวนการพยาบาลเพื่อช่วยในการเลิกบุหรี่ของผู้ป่วย โดยการปฏิบัติเป็นขั้นตอน ค่อยเป็นค่อยไป มีการติดตามต่อเนื่อง มีการสร้างแรงจูงใจ ทำให้ผู้ป่วยสามารถเลิกบุหรี่ได้ในที่สุด

คำสำคัญ : การพยาบาล โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง บุหรี่

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลพารานกระต่าย จังหวัดกำแพงเพชร

บทนำ

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง หรือ COPD (Chronic Obstructive Pulmonary Disease) เป็นโรคที่เกิดจากความผิดปกติของการตอบสนองของปอดต่อสารหรือก๊าซที่มากกระตุ้น ก่อให้เกิดการอุดกั้นของหลอดลมในลักษณะเรื้อรังที่มีการฟื้นกลับไม่เต็มที่ (not fully reversible) เป็นมากขึ้นเรื่อยๆ (progressive) และส่งผลเสียทั้งในปอด และระบบอื่น ๆ ของร่างกาย (multicomponent disease)¹ เป็นสาเหตุสำคัญ ที่ทำให้ผู้ป่วยมีอาการหอบเหนื่อย อาการจะค่อยๆ เป็นมากขึ้น ทำให้ ความสามารถในการออกกำลังกายลดลง หรือ ในกรณีที่โรคมีความรุนแรงมากขึ้น จะเหนื่อยแม้ทำกิจวัตรประจำวัน หรืออยู่เฉยๆ ก็เหนื่อย ส่งผลต่อสภาพจิตใจและคุณภาพชีวิตที่ลดลงด้วย โดยระดับความรุนแรงของโรคจะสัมพันธ์กับอัตราการการนอนโรงพยาบาล การกำเริบเฉียบพลันและการเกิดภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ จากข้อมูลขององค์การอนามัยโลก พบว่า โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เป็นโรคที่มีความสำคัญ และเป็นสาเหตุการตายอันดับที่ 3 ของประชากรโลก² ส่วนในประเทศไทย สถานการณ์ของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังยังมีอัตราการตายที่สูงเป็นอันดับ 5 ของประเทศ³ จากสถิติของกองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค ระหว่างปี 2562, 2563 และปี 2564 ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเสียชีวิตต่อประชากรแสนคน รวมทุกเขตสุขภาพเป็นจำนวน 6,903 5,966 และ 5,215 ตามลำดับ สาเหตุสำคัญที่สุด มากกว่าร้อยละ 90 เกิดจากการสูบบุหรี่ติดต่อกันเป็นระยะเวลานานๆ แม้โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ แต่สามารถป้องกัน และรักษา เพื่อไม่ให้เกิดการกำเริบได้ ด้วยการไม่สูบบุหรี่ หลีกเลี่ยงมลพิษทางอากาศ และรับวัคซีน สามารถรักษาได้ด้วยยา ออกซิเจน และการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด⁴

การสูบบุหรี่เป็นโรคเสพติดโคติน ต้องได้รับการบำบัด รักษา ต้องมีการค้นหาให้คำแนะนำหรือให้คำปรึกษาเพื่อลด ละ เลิก บุหรี่ พยาบาลเป็นผู้มีส่วนสำคัญที่ช่วยส่งเสริมให้ผู้สูบบุหรี่ได้โดยบูรณาการกับงานประจำ โดยเฉพาะในคลินิกโรคเรื้อรัง โดยให้คำปรึกษาในการสร้างแรงจูงใจ (Motivation Interview:MI) ที่เหมาะสมกับระยะการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้สูบบุหรี่ เพื่อค้นหาความคิด ความเชื่อ ความรู้สึกต่อการสูบบุหรี่ เทคนิคการสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยน คือ OARS ได้แก่ O: Open-ended Questioning คือ การตั้งคำถามปลายเปิด ที่กระตุ้นให้คิดหรือตระหนักเกี่ยวกับการสูบบุหรี่หรือเลิกบุหรี่ A: Affirmation คือ ยืนยันรับรองหรือชื่นชมในสิ่งที่ผู้ป่วยพยายามเลิกบุหรี่ R: Reflective Listening คือ ฟังอย่างตั้งใจและสะท้อนความ และ S: Summarization คือ สรุปความ การให้คำปรึกษาเพื่อสร้างแรงจูงใจต้องเหมาะสมกับระยะการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการเลิกบุหรี่ (Stage of Change) ซึ่งมี 6 ระยะ ได้แก่ 1.ระยะไม่สนใจหรือไม่คิดเลิก (Precontemplation stage) 2. ระยะเริ่มตระหนักหรือสนใจจะเลิก (Contemplation stage) 3. ระยะตัดสินใจเลิก (Preparation stage) 4. ระยะลงมือเลิก(Action stage) 5. ระยะเลิกบุหรี่ต่อเนื่องนานเกิน 6 เดือน ถ้าเกิน 1 ปี จะถือว่าเลิกบุหรี่ได้สำเร็จ (Maintenance stage) 6. ระยะกลับมาสูบบหรี่ (Relapse stage) แนวทางการปฏิบัติสำหรับพยาบาลที่ต้องบูรณาการกับงานประจำ ใช้เทคนิคการให้คำปรึกษาเพื่อเลิกบุหรี่แบบย่อ (Brief intervention :BI) ใช้เวลา 3-5 นาที เพื่อการค้นหาผู้ป่วยที่สูบบุหรี่และเข้าสู่กระบวนการเลิกบุหรี่ สัมภาษณ์ในรูปแบบ 5A เหมาะสมตามระยะการเปลี่ยนแปลง ได้แก่ Ask : ถามประวัติการสูบบุหรี่ Advise : แนะนำชักชวนให้เลิกบุหรี่ Assess : ประเมินความพร้อมในการเลิกบุหรี่ Assist : ช่วยเหลือวางแผนเลิกบุหรี่ Arrange follow up : นัดติดตามหรือส่งผู้เชี่ยวชาญ และใช้รูปแบบ 5R ใช้เวลาในการสร้างแรงจูงใจในการผู้ที่ยังอยู่ระยะไม่คิดเลิกบุหรี่หรือลังเลให้มากขึ้น ได้แก่ Relevance เชื่อมโยงกับสาเหตุที่ต้องเลิกบุหรี่ Risk : พิจารณาความเสี่ยงหรือผลเสียที่ไม่เลิกบุหรี่ Rewards กระตุ้นให้คิดถึงประโยชน์ของการเลิกบุหรี่ Roadblocks ช่วยค้นหาอุปสรรคต่อการเลิกบุหรี่ Repetition ประเมินซ้ำถึงความพร้อม หลังให้บริการบันทึก และนัดเพื่อติดตามอย่างต่อเนื่อง⁵

จากสถิติของโรงพยาบาลพราณกระต่ายใน 3 ปีย้อนหลัง ตั้งแต่ปี 2563-2565 ในคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง มีผู้ป่วยในคลินิก 159 ราย 152 ราย และ 154 ราย ยังมีผู้ป่วยที่ยังสูบบุหรี่ 9 ราย 11 ราย และ 12 ราย คิดเป็น ร้อยละ 5.70 , 7.20 และ 7.79 ตามลำดับ มีอัตราการเกิดการกำเริบของโรค 131 ครั้ง 147 ครั้ง และ 152 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 33.3 , 34.9 และ 35.6 ตามลำดับ⁶ ผู้ป่วยที่ยังสูบบุหรี่มักปฏิเสธการเข้าคลินิกเลิกบุหรี่ เนื่องจากกรมการมาโรงพยาบาลหลายครั้งทำให้ผู้ป่วยสูญเสียรายได้จากการทำงานวันทีนั้นมา การให้บริการแบบจุดเดียวเบ็ดเสร็จ (one stop service) สำหรับผู้ป่วยที่ยังสูบบุหรี่อยู่แล้วจะเกิดพยาธิสภาพของโรคแล้วก็ตาม และการบำบัดแบบการให้บริการจุดเดียวเบ็ดเสร็จในคลินิกโรคเรื้อรังจะเพิ่มโอกาสการเข้าถึงการบำบัด รวมทั้งเชื่อมโยงสาเหตุของอาการต่างๆ ที่พบในโรคเรื้อรังและสามารถแก้ไขปัญหาเรื่องการติดตามผลหลังบำบัดที่พบในคลินิกเลิกบุหรี่ได้ เพราะผู้ป่วยต้องมาพบแพทย์อย่างต่อเนื่องซึ่งจะเป็นการช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการช่วยเลิกบุหรี่ได้สำเร็จสูงขึ้น และเพื่อเป็นแนวทางในการให้กรพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ยังสูบบุหรี่

กรณีศึกษา

ข้อมูลพื้นฐานทั่วไป

ผู้ป่วยชายไทย อายุ 73 ปี สัญชาติไทย นักร้องศาสนาพุทธ อาชีพทำไร่ไถ่ การศึกษาชั้นประถมศึกษาปีที่ 4

อาการสำคัญ

นัดเข้าคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังรายใหม่ เพื่อรักษาต่อเนื่อง

ประวัติเจ็บป่วยปัจจุบัน

1 เดือน มีอาการเหนื่อยหอบเวลามีกิจกรรม หรือต้องออกแรงมากกว่าปกติเล็กน้อย เช่น ออกแรงทำงาน ขึ้นบันได

2 อาทิตย์ ผู้ป่วยมีอาการไอ เหนื่อยหอบ มารักษาที่โรงพยาบาล หลังพ่นยา อาการทุเลา แพทย์วินิจฉัย โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
นัดเข้าคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ก่อนถึงวันนี้ยังมีอาการเหนื่อยหอบน้อย มักมีอาการช่วงเช้ามีด ใช้ยาพ่นฉุกเฉินเกือบทุกวัน จนถึงวันนี้

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต

โรคประจำตัว : ความดันโลหิตสูง รักษาที่คลินิกโรคความดันโลหิตโรงพยาบาลพรานกระต่ายมา 7 ปี

การผ่าตัด : ปฏิเสธการผ่าตัด

การแพ้ยาและอาหาร : ปฏิเสธการแพ้ยาและอาหาร

สารเสพติด : เลิกดื่มสุรา 7 ปี สูบบุหรี่ 10 มวนวัน ตั้งแต่อายุ 15 ปี เนื่องจากเพื่อนสูบไม่เคยเลิกสูบบุหรี่มาก่อน

ประวัติความเจ็บป่วยในครอบครัว : ปฏิเสธประวัติความเจ็บป่วยในครอบครัว

การประเมินสภาพร่างกายตามระบบ

รูปร่างทั่วไป : รูปร่างเล็ก ผอม ผิวสีแทน น้ำหนัก 41 กิโลกรัม ส่วนสูง 155 เซนติเมตร ค่า BMI = 17.48 (มีภาวะ
ทุพโภชนาการระดับ 1)

สัญญาณชีพ : ความดันโลหิต 127/66 mmHg อัตราชีพจร 100/นาที อัตราการหายใจ 20/นาที ออกซิเจนในเลือด
96% Room air

ผิวหนัง : ความยืดหยุ่นปกติ ไม่ซีด คล้ำ หรือเขียว ไม่บวม

ศีรษะและใบหน้า : ศีรษะและใบหน้าส่วน ศีรษะไม่มีรอยโรค เส้นผมสีดอกเลา ตา 2 ข้างมองเห็นได้ปกติ ไบหู
2 ข้างสมส่วน การได้ยินปกติ จมูกสมมาตรดี ปากสมมาตรดี ลักษณะภายนอกปกติ

ทรวงอก และทางเดินหายใจ : ทรวงอกมี A.P.diameter กว้าง รูปร่างคล้ายถังเบียร์ (barrel chest) หายใจไม่มี
เสียงวี๊ด ไม่หอบเหนื่อย เสียงปอดปกติ เคาะปอดมีเสียงก้องโปร่ง

ระบบหัวใจและหลอดเลือด : การเต้นของหัวใจปกติ อัตราชีพจร 100/นาที ไม่มี Murmur เส้นเลือดดำที่คอปกติ

ช่องท้องและระบบทางเดินอาหาร : Abdominal soft no tenderness no guarding ลักษณะทั่วไปปกติ คลำท้อง
ไม่พบก้อน การเคลื่อนไหวของลำไส้ปกติ ตา-ตัวไม่เหลือง ขับถ่ายปกติ

กล้ามเนื้อและกระดูก : โครงสร้างของร่างกายปกติ การเคลื่อนไหวปกติ Motor power grad 5

ระบบประสาท : ความรู้สึกตัวปกติ E4V5M6 Coma score = 15 คะแนน พูดคุยรู้เรื่อง การรับรู้ปกติ

ระบบทางเดินปัสสาวะ : การปัสสาวะปกติ ไม่มีปวดท้อง

ระบบอวัยวะสืบพันธุ์ : ปกติ

ระบบต่อมไร้ท่อ : ต่อม Thyroid ปกติ ไม่บวมโต

การประเมินสภาพจิตใจ : ผู้ป่วยทราบว่าตนเองเป็นโรคเรื้อรัง ต้องรับยาต่อเนื่อง ไม่มีภาวะท้อแท้ซึมเศร้า

การตรวจทางห้องปฏิบัติการที่สำคัญ

31 ม.ค. 2565 : CBC; WBC= 7,280 cell/mm³, Hct= 45.3 %, Eosinophil= 0.9 %, Plt.Count= 344,000 %, FBS= 71 mg%, Creatinine= 0.72 ml/min, eGFR= 93.83 ml/min/1.73m², HDL= 101 mg/dL, HDL= 101 mg/dL, Cholesterol= 191 mg/dL, Triglyceride= 78 mg/dL

30 ม.ค. 2566 : CBC; WBC= 9,120 cell/mm³, Hct= 34 %, Eosinophil= 0.4 %, Plt.Count = 370,000 %
FBS= 95 mg%, Creatinine= 0.94 ml/min, eGFR= 80.67 ml/min/1.73m², HDL= 109 mg/dL, LDL= 68.8 mg/dL,
Cholesterol= 197 mg/DI, Triglyceride= 94 mg/dL

เอกซเรย์ : **31 ม.ค. 2565** : CXR; Hyperinflation

: **30 ม.ค. 2566** : CXR; Hyperinflation (ไม่เปลี่ยนแปลง)

การวินิจฉัยโรค : Chronic obstructive pulmonary disease

การดำเนินของโรคขณะรับไว้ดูแล

การเข้ารับบริการครั้งที่ 1 และ 2 (27 ก.ย. 2564 และ 30 ต.ค. 2564)

ครั้งแรกเข้าคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังรายใหม่ และครั้งที่ 2 ทั้ง 2 ครั้ง มีอาการ ไอบ่อย หายใจเหนื่อย ช่วงเช้ามีด มีน้ำมูก เสมหะขาวออกมาก เหนื่อยเวลาออกแรงทำงาน ใช้ยาพ่นฉุกเฉินเกือบทุกวัน CAT Score = 8 คะแนน MMRC Score= 2 คะแนน อัตราการหายใจ 22-24/นาที ออกซิเจนในเลือด 93-94% Room air โดยในครั้งแรก ประเมินภาวะติด นิโคติน และประเมินความพร้อม/ความสนใจในการเลิกบุหรี่ พบยังไม่สนใจเลิกบุหรี่ จึงให้คำปรึกษาเพื่อเลิกบุหรี่แบบย่อ เริ่มใช้ 5R โดยชี้ให้เห็นถึงเหตุที่ต้องเลิก ความเสี่ยง ประโยชน์ที่จะได้รับ และให้ยาช่วยเลิกบุหรี่ (ชาหญาดอกขาว (2 gm/ซอง) 1 ซอง/น้ำ 1 แก้ว) ในครั้งที่ 2 ผู้ป่วยยังไม่ลด/เลิกบุหรี่ แต่เริ่มสนใจเลิกบุหรี่ จึงใช้ 5A ประเมินความพร้อม ซักชวนและช่วยวางแผนเลิกบุหรี่ โดยให้ลองเลิกเองก่อน

การเข้ารับบริการครั้งที่ 3 (22 พ.ย. 2564)

ยังไอบ่อย เหนื่อยลดลง ใช้ยาพ่นฉุกเฉินวันเว้นวัน ยังเหนื่อยเวลาออกแรงทำงาน CAT Score = 6 คะแนน MMRC Score = 2 คะแนน อัตราการหายใจ 18/นาที ออกซิเจนในเลือด 96% Room air ผู้ป่วยมีการปรับพฤติกรรม ลดสูบบุหรี่ 8 มวน จึงใช้หลัก STAR ช่วยกำหนดวันเลิกบุหรี่ โดยให้ครอบครัวมีส่วนร่วม

การเข้ารับบริการครั้งที่ 4 (31 ม.ค. 2565)

ทุเลาเหนื่อย อดสูบบุหรี่ 3 ครั้ง/อาทิตย์ ไม่เหนื่อยเวลาออกแรง CAT Score = 4 คะแนน MMRC Score = 1 คะแนน อัตราการหายใจ 20/นาที ออกซิเจนในเลือด 98% Room air ในครั้งนี้ผู้ป่วยลดสูบบุหรี่เหลือ 2-3 มวน/วัน ระยะเวลาเริ่มใช้หลัก 5D ใช้เทคนิคกระตุ้นความอยากสูบบุหรี่ และให้กำลังใจ (รอบนี้พบมีความดันโลหิตสูง 155/92 mmHg อัตราชีพจร 96/นาที ; ให้คำแนะนำเรื่องยา อาหาร การปฏิบัติตัว ป้องกันโรคแทรกซ้อน)

การเข้ารับบริการครั้งที่ 5 (28 มี.ค. 2564)

ผู้ป่วยเลิกบุหรี่กลางเดือนกุมภาพันธ์ หลังเลิกบุหรี่ ทุเลาเหนื่อย ไอบางครั้ง เสมหะลดลง ใช้ยาพ่นฉุกเฉิน 3 ครั้ง/เดือน ไม่เหนื่อยเวลาออกแรง, CAT Score = 2 คะแนน MMRC Score = 1 คะแนน อัตราการหายใจ 16-17/นาที ออกซิเจนในเลือด 97% Room air ใช้หลัก 5D ต่อเนื่อง เน้นเทคนิคกระตุ้นความอยากสูบบุหรี่ ร่วมกับให้กำลังใจ และกระตุ้นครอบครัว ดูแลเป็นกำลังใจให้ไม่กลับมาสูบบุหรี่ซ้ำ และติดตามผลต่อเนื่อง ในผู้ป่วยที่เลิกบุหรี่ยังไม่ถึง 6 เดือน

การเข้ารับบริการครั้งที่ 6 และ 7

(30 พ.ค. 2565 – 28 พ.ย 2565 ; เลิกบุหรี่ครบ 6 เดือน และ 28 พ.ย. 2565 –22 พ.ค. 2566; เลิกบุหรี่ครบ 1 ปี)

ไม่มีหอบเหนื่อย อดสูบบุหรี่ มีเสมหะเล็กน้อย ใช้ยาพ่นฉุกเฉิน 1 ครั้ง/เดือน ไม่เหนื่อยเวลามีกิจกรรม, CAT Score = 1 คะแนน MMRC Score = 0 คะแนน ออกซิเจนในเลือด 97-100% Room air ยังใช้หลัก 5D เน้นเทคนิคป้องกันการกลับไปสูบบุหรี่ และกระตุ้นครอบครัวดูแลเป็นกำลังใจต่อเนื่อง และติดตามผล 6 เดือน - 1 ปี

ปัญหาทางการพยาบาลที่สำคัญ แบ่งเป็น 3 ส่วน

ส่วนที่ 1 ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากพยาธิสภาพของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1 เสี่ยงต่อภาวะพร่องออกซิเจนจากพยาธิสภาพของปอด

ข้อมูลสนับสนุน S : ไอบ่อย เหนื่อย มีเสมหะขาวมาก

O : CXR; Hyperinflation

: อัตราการหายใจ 24/min

: ออกซิเจนในเลือด = 93-94%

วัตถุประสงค์การพยาบาล : ไม่เกิดภาวะพร่องออกซิเจน

เกณฑ์การประเมินผล

1. ทางเดินหายใจโล่ง ไม่มีเสียงเสมหะ
2. ลักษณะการหายใจปกติ อัตราการหายใจ 16-20 ครั้ง/นาที
3. ออกซิเจนในเลือด > 94%

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินสัญญาณชีพ ลักษณะการหายใจ ตรวจวัดออกซิเจนในเลือด ประเมินเสียงปอด
2. ส่งเอกซเรย์ หรือตรวจทางห้องปฏิบัติการ และส่งตรวจเฉพาะทางที่มีความจำเป็นตามแผนการรักษา
3. การให้ความรู้เกี่ยวกับโรค อากาศ การรักษาป้องกัน และการฟื้นฟูสภาพ

3.1 การรักษา

- ดูแลเข้ารับการรักษาโดยแพทย์ ปรึกษาปัญหา ร่วมกันหาแนวทางแก้ไข
- ดูแลการได้รับยาตามแผนการรักษา ประเมินความรู้ความเข้าใจในการใช้ยาเบื้องต้น ปรึกษาปัญหา รวมถึง

ส่งพบเภสัชกร เพื่อรับการแนะนำการพ่นยา/ใช้ยา เพื่อการใช้ยาถูกต้อง มีประสิทธิภาพ

3.2 การป้องกัน

- ดูแลให้คำปรึกษา และร่วมกันวางแผนการเลิกบุหรี่และ หลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดการกำเริบของโรค
- การให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยในด้านต่างๆ

3.3 การฟื้นฟู

- การส่งทำกายภาพบำบัดเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพของปอด
- ให้คำแนะนำ/สอน การหายใจอย่างมีประสิทธิภาพ โดยการหายใจลึก (Deep breathing) และระบายลม

ออกทางปากช้าๆ และการฝึกการหายใจเพื่อลดอาการเหนื่อย

- ให้คำแนะนำ/สอนการไออย่างมีประสิทธิภาพ (Effective cough) เพื่อการขับเสมหะออกได้อย่างเต็มที่
- แนะนำการออกกำลังกายเพิ่มความต้านทานกล้ามเนื้อ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการหายใจ

การประเมินผลการพยาบาล

ผู้ป่วยทุเลาเหนื่อย ทุเลาอาการไอ หายใจปกติ ทางเดินหายใจโล่ง ประเมินปอดไม่มีเสียงเสมหะ สามารถทำกิจวัตรประจำวันเองได้ อัตราการหายใจปกติ 16-20/นาที ค่าออกซิเจนในเลือด 95-97%

ส่วนที่ 2 การเลิกบุหรี่

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2 มีภาวะติดนิโคติน

ข้อมูลสนับสนุน S : สูบบุหรี่วันละ 10 มวน

O : ประเมินภาวะติดนิโคติน (แบบ Fagerstrom) ได้ 7 คะแนน (ภาวะติดนิโคตินระดับสูง)

วัตถุประสงค์การพยาบาล : สามารถลด และเลิกบุหรี่ได้

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยและญาติเข้าใจกระบวนการ และสามารถนำไปปฏิบัติตามคำแนะนำต่างๆได้
2. ผู้ป่วยสามารถลด ละ เลิกบุหรี่ได้

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินภาวะการสูบบุหรี่ การติดนิโคตินของผู้ป่วยเป็นระยะ
2. หาสาเหตุในการสูบบุหรี่ การไม่สามารถเลิกบุหรี่ การปฏิเสธการเข้าคลินิกเลิกบุหรี่
3. ประเมินความเข้าใจข้อดี-ข้อเสียของบุหรี่ ความเข้าใจและการตระหนักถึงภัยและความสำคัญในการเลิกบุหรี่
4. ปรับเปลี่ยนวิธีการจูงใจในการเลิกสูบบุหรี่ โดยการใช้กระบวนการพยาบาลเพื่อเลิกบุหรี่แบบเบ็ดเสร็จ ณ จุดเดียว (One Stop Service) ที่เป็นการให้คำแนะนำแบบย่อ (โดยใช้เวลาน้อยในแต่ละครั้งที่มาตามนัด และติดตามต่อเนื่องในทุกครั้ง จนกว่าจะสามารถเลิกบุหรี่ได้) โดยเริ่มใช้กระบวนการดังนี้

4.1 ใช้หลัก 5R (Relevance, Risks, Rewards, Road blocks, Repetition) ในระยะที่ผู้ป่วยที่ยังไม่สนใจเลิกบุหรี่ หรือยังลังเล โดยการสร้างแรงจูงใจที่นำไปสู่การตัดสินใจเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม จากการให้พิจารณาเหตุผลในการเลิกบุหรี่ (Relevance) แนะนำให้คิดถึงความเสี่ยง/ผลเสียของการยังสูบบุหรี่ (Risks) ให้นึกถึงประโยชน์ที่จะได้รับในการเลิกบุหรี่ (Rewards) ช่วยผู้ป่วยหาอุปสรรคขัดขวางการเลิกบุหรี่ (Road blocks) และประเมินความพร้อมในการเลิกบุหรี่ (Repetition) รวมถึงมีการประเมินซ้ำหลังให้คำแนะนำ ถ้าผู้ป่วยยังไม่สนใจต้องเริ่มกระบวนการใหม่

4.2 ใช้หลัก 5A (Ask, Advise, Assess, Assist, Arrange follow-up) ในระยะที่ผู้ป่วยเริ่มสนใจเลิกบุหรี่ โดยการคัดกรองจากการซักประวัติ (Ask) ซักชวนให้ลด ละ เลิก บุหรี่ (Advise) ประเมินความพร้อมในการสูบบุหรี่ (Assess) ช่วยวางแผนเลิกบุหรี่ (Assist) ตามศักยภาพที่ผู้ป่วยทำได้ เช่นการลดจำนวน หรือการช้ำช่วย เป็นต้น หลังให้คำปรึกษา ติดตามผลที่ได้รับ (Arrange follow-up) หากยังเลิกไม่ได้ต้องกลับมาเริ่มต้นใหม่

4.3 ใช้หลัก STAR (Set quit date, Tell family/friend/coworkers, Anticipate challenge, Remove tobacco product) ช่วยผู้ป่วยวางแผนเลิกบุหรี่ โดยร่วมวางแผนในการเลิกบุหรี่ ให้คำปรึกษา เริ่มจาก การกำหนดระยะเวลา/วัน ในการเลิกบุหรี่ (Set quit date) แนะนำขอความร่วมมือจากครอบครัว/ครอบครัว ช่วยดูแลในการลดและเลิกบุหรี่ รวมถึงให้กำลังใจ (Tell family/friend/coworkers) ร่วมกันประเมินอุปสรรคที่จะทำให้กลับไปสูบบุหรี่ (Anticipate challenge) ให้กำจัดบุหรี่และอุปกรณ์สูบทั้งหมด (Remove tobacco product)

4.4 ใช้หลัก 5D (Delay, Deep Breath, Drink Water, Do something else, Destination) ในการระงับความอยากสูบบุหรี่ และป้องกันการกลับไปสูบบุหรี่ซ้ำ โดยแนะนำเทคนิคการเลื่อนเวลาการสูบให้นานขึ้น จากเคยสูบทันที ให้เลื่อนไป 5-10 นาที (Delay) ใช้การสูดหายใจเข้าออกลึกๆ (Deep Breath) การดื่มน้ำเปล่า (Drink Water) การหาสิ่งอื่นทำแทน/การเบี่ยงเบนความสนใจ (Do something else) การพูดคุยกับเพื่อน ครอบครัวให้กำลังใจ หรือนึกถึงเป้าหมาย เพื่อระงับความอยากสูบบุหรี่ (Destination)

5. ติดตาม/ประเมินผลต่อเนื่องจนผู้ป่วยสามารถเลิกบุหรี่ได้ถึง 6 เดือน 1 ปี และถาวร โดยไม่กลับมาสูบบุหรี่อีก

6. ให้กำลังใจเป็นระยะเมื่อผู้ป่วย สามารถลด ละ เลิกบุหรี่ได้

7. เปิดโอกาสให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแล ให้กำลังใจ และคอยช่วยเหลือผู้ป่วยในทุกๆระยะ

การประเมินผลการพยาบาล

ผู้ป่วยและครอบครัวตระหนักถึงภัยของบุหรี่ ข้อดี/ความจำเป็นในการเลิกบุหรี่ จึงให้ความร่วมมือสามารถลดการสูบบุหรี่ลงได้ 1-2 มวน และลดลงมาเรื่อยๆ จนเหลือ 2-3 มวน จนสามารถเลิกสูบบุหรี่ได้ในที่สุด โดยไม่กลับมาสูบบหรี่ซ้ำใน 1 ปี

ส่วนที่ 3 ภาวะแทรกซ้อนจากโรคประจำตัว

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 3 เสี่ยงต่อการเกิด Hypertensive

ข้อมูลสนับสนุน

S : ความดันโลหิตสูง 155/92 mmHg อัตราชีพจร 96/นาที ในการเข้ารับบริการครั้งที่ 4

O : โรคประจำตัวเดิมความดันโลหิตสูง เคยรักษาที่คลินิกโรคความดันโลหิตสูงมา 7 ปี ของโรงพยาบาลก่อน
เข้าคลินิกโรคหลอดเลือดหัวใจ

วัตถุประสงค์การพยาบาล : ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากความดันโลหิตสูง

เกณฑ์การประเมินผล

1. ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น อาการปวดศีรษะ ตาพร่ามัว แขน-ขาอ่อนแรง
2. ความดันโลหิต < 130/85 mmHg

กิจกรรมการพยาบาล

1. ติดตามภาวะความดันโลหิตสูง สังเกต และประเมินการเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น อ่อนแรงซีกเดียว ปากเบี้ยว
2. แนะนำผู้ป่วยสังเกตอาการผิดปกติของภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจากความดันโลหิตสูง ที่ต้องรีบมา
รักษาที่โรงพยาบาล เช่น ตาพร่ามัว แขน-ขา อ่อนแรงซีกเดียว ปากเบี้ยว พูดไม่ชัด เป็นต้น รวมถึงการเข้าถึง
การรักษาโดยใช้ระบบบริการฉุกเฉิน 1669

3. ดูแลให้ได้รับการตรวจสุขภาพประจำปีของผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัวเรื้อรังตามแผนการรักษาและแนวทางของคลินิก

4. ให้ความรู้ แนะนำเกี่ยวกับโรค การดูแลรักษา และการปฏิบัติตัวดังนี้

- 4.1 การควบคุมความดันโลหิต เช่น ลดอาหารเค็ม และอาหารที่กระตุ้นการเกิดภาวะความดันโลหิตสูง

- 4.2 การออกกำลังกายที่เหมาะสมกับผู้ป่วย เพื่อควบคุมความดันโลหิต

- 4.3 แนะนำหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยง และพฤติกรรมที่ทำให้เกิดความดันโลหิตสูง เช่น การเลิกสูบบุหรี่ การดื่มสุรา

- 4.4 ดูแลให้ได้รับยาควบคุมความดันโลหิตตามแผนการรักษา และติดตามการรับประทานยาต่อเนื่อง

5. ให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลการให้อาหาร ช่วยสังเกตการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่ต้องรีบพามาโรงพยาบาล

การประเมินผลการพยาบาล

ผู้ป่วยไม่มีภาวะแทรกซ้อนของความดันโลหิตสูง ไม่มีแขนขาอ่อนแรง Motor power grad 5 E4V5M6 Coma score = 15 คะแนน ระดับค่าความดันโลหิตในแต่ละครั้งที่มารับการรักษาอยู่ในช่วง 116-135/72-85 mmHg

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 4 มีภาวะทุพโภชนาการ

ข้อมูลสนับสนุน S : ผู้ป่วยบอกว่าไม่ค่อยอยากรับประทานอาหาร รับประทานอาหารได้น้อยลง บางมื้อไม่รับประทานอาหาร

O : น้ำหนัก 41 กิโลกรัม ส่วนสูง 155 เซนติเมตร ดัชนีมวลกาย 17.48 (ภาวะทุพโภชนาการระดับ 1)

: ผู้ป่วยรูปร่างผอมซูบ

วัตถุประสงค์การพยาบาล : มีดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์ปกติ 18-21 กก./ม.

เกณฑ์การประเมินผล

1. ดัชนีมวลกายปกติ 18-21 กก./ม.
2. สามารถรับประทานอาหารได้ปกติ

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินภาวะโภชนาการ และอธิบายให้ผู้ป่วย และญาติทราบความสำคัญของการได้รับสารอาหารอย่างเพียงพอ

2. ประเมินความต้องการพลังงานและแคลอรีของร่างกาย

3. ร่วมวางแผนการดูแลภาวะโภชนาการกับนักโภชนาการ โดยให้ผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วม เช่นการกำหนดชนิด
และปริมาณสารอาหาร เพื่อให้เพียงพอต่อความต้องการใช้พลังงานของร่างกายผู้ป่วย

- กระตุ้นให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้มากขึ้น เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย โดยเพิ่มจำนวนมื้ออาหาร มื้อละน้อย แต่บ่อยครั้ง ประมาณ 5-6 มื้อต่อวัน รวมถึงจัดชนิดอาหารให้เหมาะสมกับอาการของผู้ป่วย
- แนะนำการทำความสะอาดปากและฟันช่วยให้เยื่อในช่องปากชุ่มชื้น ช่วยเพิ่มความอยากอาหาร
- แนะนำการหลีกเลี่ยงอาหารที่ไม่เหมาะสม เช่น อาหารที่ทำให้มีกรดแก๊ส จะทำให้ท้องอืด ลดความอยากอาหาร
- แนะนำข้อปฏิบัติกรับประทานอาหารที่อาจทำให้ผู้ป่วยได้รับสารอาหารลดลง เช่น หลีกเลี่ยงการดื่มน้ำระหว่างมื้ออาหาร เป็นต้น

การประเมินผลการพยาบาล

ประเมินผู้ป่วยและญาติพบ ผู้ป่วยสามารถรับประทานอาหารได้ปกติ ครบทั้ง 3 มื้อ สามารถรับประทานอาหารได้ถูกหลักโภชนาการ มีน้ำหนักขึ้นเดือนละประมาณ 0.5-1 กก. จนสามารถมีดัชนีมวลกายเท่ากับ 19 กก./ม.

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 5 ขาดความรู้ในการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

ข้อมูลสนับสนุน S : ผู้ป่วยถามว่าต้องทำอะไรถึงไม่หอบบ่อย ถ้าหอบแล้วต้องทำอะไร ต้องมาโรงพยาบาลเลยไหม

O : ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังครั้งแรก

: สูบบุหรี่ 10 มวนวัน อาชีพทำไร่ไถ

: BMI = 17.48 กก./ม. สูงอายุ (อายุ 73 ปี)

วัตถุประสงค์การพยาบาล : ผู้ป่วยและญาติสามารถปฏิบัติตามได้

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยและญาติเข้าใจ และนำไปปฏิบัติตามได้
2. เกิดการกำเริบของโรคที่ต้องมารักษาในโรงพยาบาลน้อยกว่า 2 ครั้ง/เดือน

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค
2. เปิดโอกาสให้ญาติมีส่วนร่วมในการรับรู้ และช่วยดูแลผู้ป่วย
3. ให้ความรู้/คำแนะนำเกี่ยวกับโรค ดังนี้
 - 3.1 ให้ความรู้ตั้งแต่สาเหตุของโรค ที่มาจากสาเหตุสำคัญคือ บุหรี่ ที่ทำให้ปอดเกิดพยาธิสภาพ และเกิดการกำเริบของโรครวมถึงสิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดการกำเริบของโรค เช่น ควันจากการเผาอ้อยที่เป็นอาชีพเดิมของผู้ป่วย
 - 3.2 ให้ความรู้เรื่องการรักษา โดยการเลิกบุหรี่ รวมถึงการดำเนินการให้การพยาบาลเพื่อเลิกบุหรี่ การได้รับยาการใช้ยาที่ถูกต้อง การหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้น และการฟื้นฟูสภาพ เช่นการบริหารร่างกายที่เหมาะสมกับโรคและวัย เพื่อเพิ่มความแข็งแรงของร่างกาย เป็นต้น รวมถึงการแนะนำการดูแลเรื่องอาหารที่เหมาะสม เช่น อาหารที่ทำให้เกิดอาการไอเพิ่มขึ้น อย่างอาหารทอด เป็นต้น
4. บูรณาการ การให้ความรู้/คำแนะนำโดยสหสาขาวิชาชีพในด้านต่าง ๆ
 - 4.1 ประสานนักกายภาพบำบัดเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพ เพิ่มความสามารถในการทำกิจกรรม การออกกำลังกายที่เหมาะสมกับผู้ป่วย
 - 4.2 ประสานงานเภสัชในการให้ความรู้เรื่องยา ยาพ่นที่จำเพาะ
 - 4.3 ประสานงานนักโภชนาการ เกี่ยวกับความรู้เรื่องภาวะโภชนาการ การจัดอาหารที่เหมาะสม
5. แนะนำการป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ การพลัดตกหกล้ม
6. กระตุ้นการทำกิจกรรมด้วยตนเองให้มากที่สุด โดยไม่ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อน

การประเมินผลการพยาบาล

จากการสอบถาม/ประเมิน ผู้ป่วยและญาติสามารถตอบคำถาม และอธิบายขั้นตอนในการปฏิบัติตามคำแนะนำ/ความรู้ที่ได้รับได้ เช่นการหลีกเลี่ยงฝุ่นควัน การเผาอ้อย สามารถลด ละ และเลิกบุหรี่ได้ สามารถจัดอาหารได้เหมาะสม ทำให้มีค่า BMI = 19 กก./ม. และในตลอดการเข้ารับการรักษา ผู้ป่วยไม่มีการกำเริบของโรคที่ต้องมารักษาในโรงพยาบาล



สรุปกรณีศึกษา

ผู้ป่วยชายไทย อายุ 73 ปี มีโรคประจำตัวเดิม HT c CKD Stage 2 มีอาการไอ มีเสมหะข้น ออกมาก เหนื่อยหอบ บ่อย มีประวัติสูบบุหรี่ วันละ 10 มวน ผู้ป่วยได้รับการแนะนำเพื่อเลิกบุหรี่ และ เข้าคลินิกเลิกบุหรี่หลายครั้ง แต่ผู้ป่วย ปฏิเสธ แม้จะได้รับคำแนะนำในการเลิกบุหรี่มาโดยตลอด แต่ยังไม่สามารถเลิกได้ ต่อมาเมื่อมีอาการหอบเหนื่อยไปรักษาที่ โรงพยาบาล และส่งเข้ารับการรักษาต่อในคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง หลังรับเข้ารักษาต่อเนื่องในคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ตั้งแต่วันที่ 27 ก.ย. 2564 ได้ให้การพยาบาลด้านอื่นๆที่เกี่ยวข้อง และให้การพยาบาลเพื่อเลิกบุหรี่แบบ One Stop Service โดยให้คำปรึกษา แนะนำ ร่วมกันวางแผน โดยให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแล จนกระทั่งผู้ป่วยสามารถเลิกบุหรี่ได้ ในกลางเดือน กุมภาพันธ์ 2564 ได้ให้การพยาบาลตามขั้นตอนต่อเนื่อง จนครบ 6 เดือน เมื่อ 28 พ.ย. 2565 และครบ 1 ปี เมื่อ 25 ก.ย. 2566 จนปัจจุบัน ผู้ป่วยมารับการรักษาตามเวลานัด ทั้ง 12 ครั้ง ไม่มีอาการกำเริบที่ต้องต้องมารักษาใน โรงพยาบาลนอกเหนือจากนัด และผู้ป่วยและญาติเข้าใจ ให้ความร่วมมือ ปฏิบัติตามจนผู้ป่วยสามารถเลิกบุหรี่ได้อย่างถาวร และไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ ของโรคตามมา

วิจารณ์

กรณีศึกษานี้ เป็นผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีการได้รับสารพิษจากควันบุหรี่มานาน ทำให้ปอดเกิดพยาธิสภาพ ไม่สามารถแลกเปลี่ยนออกซิเจนได้อย่างมีประสิทธิภาพ เป็นผลให้เกิดอาการหอบเหนื่อยแม้มีกิจกรรมเพียงเล็กน้อย โดย บุหรี่เป็นปัญหาสำคัญที่ทำให้เกิดโรคเกี่ยวกับปอดหลายชนิด ยิ่งโดยเฉพาะในปัจจุบัน มีการเข้าถึงบุหรี่ได้ง่ายและ กว้างขวางขึ้น โดยเฉพาะการมีนวัตกรรมที่ทำให้การสูบบุหรี่มีการตอบสนองที่แปลกใหม่ขึ้น อย่างบุหรี่ไฟฟ้า ทำให้เกิด กระแสนิยม ซึ่งพิษภัยยิ่งมีมากขึ้นตามมา ทำให้เกิดความรุนแรงของการเกิดโรคมมากขึ้น ดังนั้นการมีกระบวนการพยาบาลที่ ทำให้อาการนำเข้ามาใช้ในการช่วยผู้ป่วยเลิกบุหรี่ได้อย่างง่ายและใช้เวลาไม่นาน จึงทำให้ช่วยผู้ป่วยในการ ลด และเลิกบุหรี่ ได้มากขึ้น

ข้อเสนอแนะ

- 1.ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังทุกราย ควรให้ความสำคัญเรื่องการเลิกบุหรี่เป็นอันดับต้น โดยให้การพยาบาลเพื่อให้ ผู้ป่วยลด ละ เลิกบุหรี่ได้ รวมถึงติดตามให้การพยาบาลต่อเนื่อง เพื่อสามารถให้ผู้ป่วยเลิกบุหรี่ได้อย่างถาวร
- 2.การพัฒนาองค์ความรู้อย่างต่อเนื่องของพยาบาล เป็นปัจจัยสำคัญที่จะทำให้การให้การพยาบาลเป็นไปได้อย่างมี ประสิทธิภาพ และเกิดประสิทธิผลสูงสุด
- 3.การติดตามผลการให้การพยาบาลอย่างต่อเนื่อง จะทำให้ทราบผลการดำเนินงาน หากมีปัญหาหรืออุปสรรค จะ สามารถนำไปแก้ไข เพื่อให้การพยาบาลมีประสิทธิภาพและมีประสิทธิผลที่ดี เป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยได้อย่างมาก

สรุป

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง แม้ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ แต่สามารถดูแลรักษาให้ดีขึ้นได้ โดยการรักษาและฟื้นฟู โดยเฉพาะการกำจัดสิ่งที่เป็นต้นเหตุของโรค และต้นเหตุของการเกิดการกำเริบ ทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ลดอัตราการป่วย การกำเริบ การเกิดภาวะแทรกซ้อน และลดอัตราการเสียชีวิตได้



เอกสารอ้างอิง

1. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive lung disease (<http://www.goldcopd.com>) updated 2023.
2. World Health Organization [WHO]. Chronic obstructive pulmonary disease (COPD). Geneva: World Health Organization;2023.
3. กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. อัตราผู้ป่วย และอัตราการตาย ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 2 พ.ย. 2566]. เข้าถึงได้จาก : <http://www.thaincd.com/mission/document>
4. สมาคมออร์เวซแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์. World COPD Day. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 2 พ.ย. 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.tst.or.th>
5. อรสา พันธุ์ภักดี. แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อช่วยเลิกบุหรี่. พิมพ์ครั้งที่ 7 (ปรับปรุงครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: สื่อตะวัน; 2563.
6. โรงพยาบาลพรานกระต่าย. รายงานข้อมูลสถิติผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ระหว่าง พ.ศ. 2564-2565. กำแพงเพชร: โรงพยาบาล; 2566
7. ธนะวัฒน์ รวมสุข, ถิชนม หล้ารอด, บุญทิพย์ ลิขิตพงษ์วิทย์. บทบาทพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนกับการช่วยเลิกบุหรี่ในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง. Thai Journal of Nursing. [อินเทอร์เน็ต]. 2021;70(1):34-41. [เข้าถึงเมื่อ 27 ธ.ค. 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.he02.tci-thaijo.org>
8. สมาคมออร์เวซแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์. แนวทางการวินิจฉัยและรักษาโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พ.ศ. 2565. กรุงเทพฯ: สมาคมออร์เวซแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์. 2565
9. คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล. เวชศาสตร์ทันยุค 2566. กรุงเทพฯ: ศิริราช; 2566
10. ปราณี ฟูไพบระ. คู่มือข้อวินิจฉัยการพยาบาล. กรุงเทพฯ: N P Press Limited Partnership; 2566.
11. วิจิตรา กุสุมภ์. กรณีศึกษา: การวางแผนการพยาบาลผู้ป่วยผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ. นนทบุรี: พี.เค.เคพรินท์ติ้ง ; 2566.
12. นรรัตน์ สายจันทร์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 27 ธ.ค. 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.buuir.buu.ac.th>



Nursing Care for Diabetic Patient with Multiple System Complications : A Case Study

Watchara Maungkae, M.N.S*

Abstract

Introduction : Diabetes with complications is a condition by elevated blood sugar levels damage blood vessels and the nervous system. This results in complications, including high blood pressure, chronic kidney disease stage 3b, diabetic retinopathy, peripheral neuropathy and infected ulcer. The care for the patient aims to delay and reduce the severity of complications, prevent disabilities, and premature death. Managing the care of these patients is complex. Patients require holistic assessment, ensuring timely and appropriate assistance through collaboration among hospital professionals, family, and community resources.

Objective : To provide effective nursing care for diabetic patient with multiple system complications.

Case study : A 42-year-old Thai woman came at the outpatient department, seeking continuous treatment at Khanu woralaksaburi Hospital. She has a history of diabetes for 5 years, along with hypertension, dyslipidemia, and chronic kidney disease. Initially, she looked well, oriented, mild dehydration. She had blurred vision, frequent urination, foamy urine, and numbness in the feet. She had anxiety of blindness. 2Q were normal. Her blood pressure was 152/81 mmHg, pulse rate 98 beats per minute, regular respiratory rate 18 breaths per minute, body temperature 36.5°C, and oxygen saturation 99%. Fasting plasma glucose 357 mg/dL, HbA_{1c} 11.3%, estimated glomerular filtration rate (eGFR) 41.73 ml/min/1.73 m², LDL cholesterol 210 mg/dL, urine protein 3+, and urine sugar 4+. The electrolyte levels were normal, ECG and chest X-ray were normal. Visual acuity in both eyes was 20/200. Fundus photography revealed diabetic retinopathy. Foot exam showed a moderate risk for lower limb amputation. Doctor diagnosed Type 2 diabetes mellitus, hypertension, chronic kidney disease stage 3b, dyslipidemia, diabetic retinopathy, and diabetic neuropathy. Nursing diagnosed includes: 1. The patient lack of knowledge in self-care appropriate to the disease condition. 2.The patient was at risk for non-compliance with retinal treatment. 3.The patient was at risk for amputation due to peripheral neuropathy. 4. The patient was at risk of falling. 5.The patient was at risk for developing coronary artery disease and cerebrovascular disease. The doctor prescribed treatment to reduce blood sugar, blood pressure, and lipid levels. The patient was urgently referred to an ophthalmologist. Diabetic retinopathy has treated according to the plan. Throughout the 11-month period, the patient has come for regular appointments, resulting in improved blood sugar control, reduced blood pressure, and stable kidney filtration rates.

Conclusion : Nursing Care for Diabetic Patient with Multiple System Complications. In the role of a nurse case manager, implementing a holistic approach. The patient received treatment for retinal condition leading to improved vision. Preventing limb amputation. Renal impairment is stabilized, and there are better control of blood sugar levels, blood pressure, and lipid levels in sequence. The patient has received continuous treatment and has experienced an improved quality of life

Keywords : Nursing care for a diabetic patient, Diabetes with complications

*Registered nurse Nursing work for outpatient department, Khanuworlaksaburi Hospital Kamphaeng Phet

การพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนหลายระบบ : กรณีศึกษา

วัชรรา เมืองแก, พย.ม*

บทคัดย่อ

บทนำ : โรคเบาหวานมีภาวะแทรกซ้อน เป็นภาวะที่ระดับน้ำตาลในเลือดสูงเรื้อรังได้ทำลายหลอดเลือดขนาดเล็ก หลอดเลือดขนาดใหญ่ ระบบประสาท และระบบภูมิคุ้มกัน ส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ ความดันโลหิตสูง ไตวายเรื้อรัง เบาหวานขึ้นจอตา ปวดประสาทเท้าเสื่อม เท้ามีแผลติดเชื้อ การดูแลรักษาผู้ป่วยรายนี้มุ่งชะลอและลดความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อน ป้องกันความพิการและการเสียชีวิตก่อนวัยอันสมควร การดูแลรักษาที่มีความซับซ้อนยุ่งยาก ผู้ป่วยได้รับการประเมินความต้องการการดูแลแบบองค์รวม ให้การช่วยเหลือผู้ป่วยได้ถูกต้อง ทันเวลา โดยพยาบาลผู้จัดการรายกรณีประสานความร่วมมือของทีมสหสาขาวิชาชีพภายในโรงพยาบาล ครอบครัว และภาคีเครือข่าย

วัตถุประสงค์ : เพื่อให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนหลายระบบอย่างมีประสิทธิภาพ

กรณีศึกษา : หญิงไทย อายุ 42 ปี มาตรวจที่แผนกผู้ป่วยนอกต้องการมารักษาโรคประจำตัวต่อเนื่องจากที่โรงพยาบาลชาณุวรลักษบุรี ประวัติเป็นโรคเบาหวานมา 5 ปี ร่วมกับ ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง และไตวายเรื้อรัง แกร์บริวส์กัตัวดี มีอาการตาบวม ปัสสาวะบ่อย และมีฟองมาก เท้าชา มีความวิตกกังวลเรื่องกลัวตาบอด 2Q ผลเป็นลบ BP 152/81 mmHg. PR 98 /min สม่่าเสมอ RR 18 /min BT=36.5 C O2 saturation=99% FPG 357 mg% HbA_{1c} 11.3% eGFR 41.73 ml/min/1.73 m² LDL 210 mg% Urine protein 3+ Urine sugar 4+ ระดับเกลือแร่ปกติ คลื่นหัวใจและเอกซเรย์ปอดปกติ V/A 20/200 ทั้งสองตา ถ่ายจอบประสาทตาพบภาวะเบาหวานขึ้นจอตา ตรวจเท้ามีความเสี่ยงปานกลางต่อการตัดนิ้วเท้า แพทย์วินิจฉัยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไตวายเรื้อรังระยะ 3b ไขมันในเลือดผิดปกติ เบาหวานขึ้นจอตา และการเสื่อมของประสาทส่วนปลาย ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ได้แก่

1. ผู้ป่วยขาดความรู้ในการดูแลตนเองให้เหมาะสมกับสภาวะของโรค
2. เสี่ยงต่อการรักษาภาวะแทรกซ้อนทางตาไม่ต่อเนื่อง
3. เสี่ยงต่อการสูญเสียอวัยวะตัดนิ้วเท้า เนื่องจากมีภาวะประสาทเท้าเสื่อม
4. เสี่ยงต่อพลัดตกหกล้ม
5. เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจและโรคหลอดเลือดสมอง

แพทย์ให้การรักษาเพื่อ ลดระดับน้ำตาลในเลือด ลดความดันโลหิต ลดระดับไขมันในเลือด และส่งตัวผู้ป่วยพบจักษุแพทย์เป็นกรณีเร่งด่วน เบาหวานขึ้นจอตาได้รับการรักษาตามแผนของแพทย์ การดูแลระยะเวลา 11 เดือน ผู้ป่วยมาตรวจตามแพทย์นัด สม่่าเสมอ การควบคุมระดับน้ำตาลดีขึ้น ความดันโลหิตมีแนวโน้มลดลง อัตราการกรองของไตคงที่

สรุปผลการศึกษา : การพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานมีภาวะแทรกซ้อนหลายระบบรายนี้ โดยบทบาทพยาบาลผู้จัดการรายกรณี ให้การพยาบาลผู้ป่วยแบบองค์รวม ผู้ป่วยได้รับการรักษาเบาหวานขึ้นจอตา การมองเห็นดีขึ้น แผลที่เท้ารักษาหาย ไม่ลุกลามถึงการตัดอวัยวะ การเสื่อมของไตคงที่ การควบคุมระดับน้ำตาล ความดันโลหิต ระดับไขมัน ดีขึ้นตามลำดับ ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง และมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น

คำสำคัญ : การพยาบาลผู้ป่วยเบาหวาน ภาวะแทรกซ้อนของเบาหวาน

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ งานการพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลชาณุวรลักษบุรี

บทนำ

โรคเบาหวานเป็นกลุ่มโรคทางเมตาบอลิซึม มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงระยะเวลานานเป็นผลจากความผิดปกติในการหลั่งอินซูลินหรือความผิดปกติในการออกฤทธิ์ของอินซูลินหรือทั้งสองประการ¹ การวินิจฉัยโรคเบาหวานด้วยการตรวจเลือดโดยวิธีใดวิธีหนึ่งดังนี้^{2,3} (1) การตรวจระดับน้ำตาลกลูโคสในพลาสมาตอนเช้าหลังอดอาหารข้ามคืนมากกว่า 8 ชั่วโมง (Fasting plasma glucose; FPG) มีค่าเท่ากับหรือมากกว่า 126 มก./ดล. (2) การตรวจระดับน้ำตาลกลูโคสในพลาสมา ณ เวลาใดๆ มีค่าเท่ากับหรือมากกว่า 200 มก./ดล. (3) การตรวจความทนต่อน้ำตาลกลูโคส ระดับน้ำตาลกลูโคสในพลาสมาที่เวลา 2 ชั่วโมงหลังดื่มน้ำตาลกลูโคส 75 กรัม มีค่าเท่ากับหรือมากกว่า 200 มก./ดล. และ (4) การวัดระดับ HbA_{1c} ณ เวลาใดๆ ค่าเท่ากับหรือมากกว่า 6.5% ปี 2019 องค์การอนามัยโลกแบ่งเบาหวานออกเป็น 6 ชนิด เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 มากที่สุดร้อยละ 90-95⁴ เมื่อระดับน้ำตาลในเลือดสูงเรื้อรัง มีเปลี่ยนแปลงระดับเซลล์และโมเลกุล⁵ เกิดพยาธิสภาพต่อระบบหลอดเลือดขนาดเล็ก หลอดเลือดขนาดใหญ่ ระบบประสาท ระบบภูมิคุ้มกัน ส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนทั้งแบบเฉียบพลัน ได้แก่ ภาวะน้ำตาลสูง/ต่ำ การติดเชื้อ ภาวะแทรกซ้อนระยะเรื้อรัง ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคเบาหวานขึ้นจอตา โรคไตวายเรื้อรัง โรคหลอดเลือดส่วนปลาย โรคปลายประสาทเสื่อม เท้าผิดรูปร่าง มีแผลเรื้อรัง นำไปสู่การตัดนิ้ว/ตัดเท้า ความดันโลหิตสูง และระดับไขมันในเลือดผิดปกติ^{6,8} ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความพิการ และเสียชีวิตก่อนวัยอันควร⁹ การดูแลผู้ป่วยในระยะนี้มีความยุ่งยากซับซ้อน มีความจำเป็นต้องพบแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะสาขา และค่าใช้จ่ายสูงด้านการรักษาและค่าใช้จ่ายของผู้ป่วย

พยาบาลผู้จัดการรายกรณี (Nurse case manager: NCM)¹⁰ พยาบาลผู้วางแผนการดูแลผู้ป่วยเฉพาะรายแบบองค์รวม ให้การดูแลต่อเนื่องทุกระยะของการเจ็บป่วย เป็นผู้ประสานงานความร่วมมือกับสหวิชาชีพ เพื่อตอบสนองความต้องการที่ซับซ้อนด้านสุขภาพของผู้ป่วยและครอบครัว มีการจัดการเพื่อลดความผันแปรในกระบวนการดูแลรักษาผู้ป่วย มีการประสานให้เข้าถึงแหล่งทรัพยากร เพื่อก่อให้เกิดผลลัพธ์เชิงคุณภาพทั้งด้านคลินิก ด้านค่าใช้จ่าย และเกิดประโยชน์สูงสุดในการส่งเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ผู้จัดการรายกรณีส่วนใหญ่จะให้การดูแลผู้ป่วย ที่มีลักษณะ (1) มีจำนวนมาก (2) มีความเสี่ยงสูง (3) มีความซับซ้อน (4) มีค่าใช้จ่ายในการรักษาสูงและ (5) มีความเสี่ยงเบนไปจากมาตรฐานการดูแล NCM ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังและโรคร่วมมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลสำหรับผู้ป่วยและสถานพยาบาลลดค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพและปรับปรุงคุณภาพการดูแล¹¹

จากสถิติของโรงพยาบาลชาณุวรลักษบุรี¹² มีผู้ป่วยเบาหวานมารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกในปี 2564 2565 และ 2566 เป็นจำนวน 5,159 5,461 และ 5,619 ราย ตามลำดับ มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี ปัจจุบันผู้ป่วยเบาหวานมีภาวะแทรกซ้อนเรื้อรัง ได้แก่ โรคไตวายเรื้อรัง ร้อยละ 16.94 โรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 5.38 โรคหลอดเลือดหัวใจ ร้อยละ 2.8 เบาหวานขึ้นจอตา ร้อยละ 2.14 ภาวะแทรกซ้อนของเท้า ร้อยละ 1.43 การดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนในหลายระบบ มีความยุ่งยากซับซ้อน การดูแลผู้ป่วยตั้งแต่ครั้งแรกควรประเมินภาวะสุขภาพในทุกมิติ รวมถึงวัฒนธรรม ความเชื่อ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ความสามารถในการดูแลตนเอง สถานะทางเศรษฐกิจและสังคม เพื่อเป็นข้อมูลสำหรับวางแผนการพยาบาลอย่างเป็นองค์รวม ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมตามมาตรฐาน ลดความรุนแรงของโรค ป้องกันความพิการ และมีคุณภาพชีวิตที่ดี กรณีศึกษาที่นำมาศึกษาครั้งนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนหลายระบบอย่างมีประสิทธิภาพ

กรณีศึกษา

ผู้ป่วยเพศหญิง อายุ 42 ปี สัญชาติไทย เชื้อชาติไทย ศาสนาพุทธ สถานภาพสมรส อาชีพรับจ้างงานก่อสร้าง สิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า

อาการสำคัญ : ขอมารักษาโรคประจำตัวเดิม

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน

5 ปีก่อน มีอาการบัสสาวะบ่อย ผอมลง ไปตรวจที่คลินิกเอกชนแห่งหนึ่งที่ต่างจังหวัด แพทย์บอกว่าเป็นเบาหวานและไขมันในเลือดสูง ได้รับการรักษาด้วยยารับประทาน รักษาต่อเนื่อง ไม่ขาดยา

2 ปีต่อมารตรวจพบว่ามีความดันโลหิตสูง และไตวายร่วมด้วย รับการรักษาที่คลินิกเดิมสม่ำเสมอ

2 เดือนก่อน ได้ออกจากงานกลับมาอยู่บ้าน และเปลี่ยนสิทธิ์การรักษาเป็นโรงพยาบาลชาตวรลักษบุรีแต่ผู้ป่วยยังไม่ได้เข้ามารักษาโดยทันที เนื่องจากยังมีารับประทาน

- 1 เดือนก่อน มีอาการตา 2 ข้าง ค่อยๆ มัวลง ไม่ได้รักษาที่ใด
วันนี้มาขอรับการรักษาโรคประจำตัวเดิม

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต

ปฏิเสธการผ่าตัด ปฏิเสธประวัติแพ้ยาและแพ้อาหาร ไม่สูบบุหรี่ ดื่มแอลกอฮอล์นานๆ ครั้งในงานเลี้ยง
รับประทานยาชุดแก้ปวดหลังประมาณเดือนละ 1-2 ชุด

ประวัติการเจ็บป่วยการเจ็บป่วยในครอบครัว : แม่และพี่สาวเป็นโรคเบาหวาน

ประวัติครอบครัว เศรษฐกิจ สังคม วิถีชีวิต

อาศัยอยู่กับสามี อายุ 45 ปี บุตรชาย 2 คน อายุ 17 และ 13 ปี ลูกเรียนหนังสือ ทุกคนรักกันดี รายได้จากทำงานก่อสร้างและสามีขับรถบรรทุก ค่าผ่อนบ้านเดือนละ 8,000 บาท มีปัญหาการเงินบางครั้ง ตั้งแต่ผู้ป่วยออกจากงานเดิม มีรถมอเตอร์ไซด์ 1 คัน แม่และพี่สาวคอยช่วยเหลือ อารมณ์ดี ไม่เครียด นอนหลับได้ กิจวัตรประจำวัน ตื่นตอนเช้า รับประทานยาก่อนอาหาร ดื่มน้ำกาแฟซอง 3in1 บางวันรับประทานขนมปังปังทาเนยสีเหลือง ปาท่องโก๋ ทำงานบ้าน รับประทานข้าวเช้าและยาหลังอาหารจากนั้นไปทำงาน ทำกับข้าวเองร่วมกับซื้อกับข้าวปรุงสำเร็จ ชอบอาหารรสจัด ใช้ผงปรุงรส/ผงชูรส เติมน้ำปลาเพิ่มในอาหารปรุงเสร็จ รับประทานอาหาร 3 มื้อ ในระหว่างวัน รู้สึกหิวบ่อย รับประทานอาหารระหว่างวัน เช่น ดื่มน้ำอัดลมขนาด 330 ซีซี เกือบทุกวัน บางวันดื่มนมเปรี้ยว ผลไม้จิ้มพริกเกลือ ส้มตำ และมีเครื่องดื่มที่นายจ้างแจก เช่น กาแฟกระป๋อง เครื่องดื่มชูกำลัง

การประเมินสภาพร่างกายตามระบบ

รูปร่างทั่วไป : รูปร่างผอมสูง น้ำหนัก 51 กิโลกรัม ส่วนสูง 168 เซนติเมตร BMI =18.07 kg/m² รอบเอว 76 เซนติเมตร

สัญญาณชีพ : BP=152/81 mmHg. PR=98 /min สม่าเสมอ RR =18 /min BT=36.5 C O₂ saturation=99%

ระบบประสาท : รู้สึกตัวดี ตอบคำถามได้ ไม่สับสน รับรู้เวลา สถานที่ บุคคล

ผิวหนัง : ผิวสองสี ไม่มีจ้ำเลือด ไม่มีผื่นคัน ผิวแห้ง

ศีรษะและใบหน้า : ใบหน้าสมส่วน ผมสีดำ การกระจายตัวของเส้นผมปกติ หนังศีรษะปกติไม่มีบาดแผล

คลำไม่พบก้อนบริเวณต่อมน้ำเหลือง ตา 2 ข้างสมมาตรกัน ตามองเห็นไม่ชัด รูม่านตาเท่ากัน 2.5 มม. ไบหู จมูก ปาก ลักษณะภายนอกปกติ อ้าปาก หุบปากได้ปกติ ก้มเงยศีรษะได้สมบูรณ์ เอียงศีรษะได้ปกติ

ทรวงอกและการหายใจ : ทรวงอกรูปร่างปกติ สมมาตรกัน อัตราการหายใจสม่ำเสมอ 18 ครั้งต่อนาที ฟังปอดได้ยินเสียงปกติ

หัวใจและหลอดเลือด : ความแรงของชีพจรข้อมือ 2 ข้างเท่ากัน capillary refill น้อยกว่า 2 วินาที การเต้นของหัวใจสม่ำเสมอ ชีพจร 98 ครั้ง/นาที ไม่มีเส้นเลือดที่คอโป่งพอง ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดสมองในอนาคตระยะเวลา 10 ปีสำหรับคนไทย (10 years Thai CVD risk score) 13.47% ระดับความเสี่ยง 8.3 เท่าของคนไทยเพศเดียวกัน อายุเท่ากัน และปราศจากปัจจัยเสี่ยง

ช่องท้องและทางเดินอาหาร : บริเวณหน้าท้องไม่มีแผล กดนุ่ม ท้องไม่อืด bowel sound ปกติ การขับถ่ายอุจจาระปกติ

ระบบทางเดินปัสสาวะ : ปัสสาวะกลางวัน 4-5 ครั้ง กลางคืน 3-4 ครั้ง ปัสสาวะมีฟอง ไม่มีอาการปัสสาวะแสบขัด กลั้นปัสสาวะได้

ระบบอวัยวะสืบพันธุ์ : ปกติ ไม่มีอาการคันอวัยวะเพศและช่องคลอด ฉีดยาคุมกำเนิด ไม่มีประจำเดือน

ระบบกล้ามเนื้อและกระดูก : เดินได้ปกติ ไม่มีแขนขาอ่อนแรง ขาไม่บวม กล้ามเนื้อขาและน่องตึงตัวดี

สภาพจิตใจ : มีความกังวลเรื่องตาบอด ประเมินภาวะซึมเศร้า 2Q-ผลเป็นลบ

Chest x-ray : no infiltration

Electrocardiogram (ECG) : WNL



วัดสายตา (Visual acuity Test: VA) : 20/200 both eyes

การถ่ายภาพจอตาประสาทตา (Fundus camera): hard exudate, cotton-wool spot, retinal hemorrhage, neovascularization at the optic disc ภาพถ่ายเข้าได้กับภาวะ Proliferative diabetic retinopathy

การตรวจเท้า : รูปร่างเท้าปกติ เท้าชา ตรวจ 10 กรัม monofilament ผลลบ 3/4 จุด สองเท้า หนึ่งหน้าเท้า 2 ข้าง คล้ำซีฟจร dorsalis pedis และ posterior tibial แรงปกติ แผลแผลมีความเสี่ยงปานกลางต่อการตัดนิ้วหรือเท้า สวมรองเท้าแบบหุ้มคืบ

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่สำคัญ

รายการ	ค่าปกติ	20/12/65	3/1/66	9/3/66	12/4/66	5/7/66	25/10/66	20/11/66
FPG	70- 100 mg/dl	357	158	132	135	110	119	128
HbA _{1c}	< 5.7 %	11.3			9.7	7.8		6.9
BUN	7.93-20.08 mg/dl	21.9	12.9			34.3		23.9
Creatinine	0.51-0.95 mg/dl	1.51	1.11		1.54	1.55		1.54
eGFR	ml/min/1.73m ²	41.73	60.54		40.75	40.43		40.47
Cholesterol	<200 mg /dl	277			266	152		
Triglyceride	<150 mg /dl	131			100	92		
HDL	42-88 mg /dl	66			69	72		
LDL	< 100 mg /dl	210			158	91		
Na	136-145 mmol/L	136.3	134.2		137.5	139.4		135.9
K	3.50-5.10 mmol/L	4.39	4.82		4.66	4.38		4.33
Cl	98.0-107.0 mmol/L	98.5	102.8		111.2	110.4		103.7
CO ₂	22.0-29.0 mmol/L	29.0	22.1		22.0	21.1		22.7
Urine protein	negative	3+	3+			2+		1+
Urine sugar	negative	4+	negative			negative		negative
UACR	0-29 mg/g		7,215.15			648.31		
Hb	12-18 g/dl	11.2						
Hct	36-47 %	33						

สรุปการดำเนินโรคในช่วงที่รับไว้ในการดูแล

วันที่ 20 ธันวาคม 2565 วันแรกรับ ผู้ป่วยขอมารับยาโรคประจำตัวต่อเนื่อง มีอาการตามัว 2 ข้าง อ่อนเพลีย ปัสสาวะบ่อยและมีฟองมาก เท้าชา มีความกังวลเรื่องกลัวตาบอด น้ำหนัก 51 กิโลกรัม ความดันโลหิต 152/81 มิลลิเมตรปรอท ซีฟจร 98 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 18/นาที อุณหภูมิกาย 36.5 องศาเซลเซียส ค่า Oxygen saturation 99% ผลการตรวจ FPG 357 mg/dl, HbA_{1c} 11.3%, eGFR 41.73 ml/min/1.73m², Urine protein 3+, Urine sugar 4+, LDL 210 mg/dl, ตรวจคลื่นหัวใจและเอกซเรย์ทรวงอกผลปกติ ถ่ายภาพจอตาพบความผิดปกติของจอตา และตรวจเท้าพบความเสี่ยงระดับปานกลางต่อการตัดนิ้ว/เท้า แพทย์วินิจฉัยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไตวายเรื้อรังระยะ 3b ไขมันในเลือดผิดปกติ เบาหวานขึ้นจอตา และการเสื่อมของประสาทส่วนปลาย (Type2 diabetes mellitus, Hypertension, Chronic kidney disease stage3b, Dyslipidemia, Diabetic retinopathy, Diabetic neuropathy) แพทย์อธิบายแผนการรักษาให้ผู้ป่วยทราบ ให้การรักษาด้วยยาลดน้ำตาลชนิดเม็ดและฉีดอินซูลิน ยาลดความดันโลหิต ยาลดไขมัน และส่งตัวผู้ป่วยไปพบจักษุแพทย์ โรงพยาบาลกำแพงเพชรเป็นกรณีเร่งด่วน พยาบาลผู้จัดการรายกรณีรับผู้ป่วยไว้ในความดูแล พุดคุยสร้างสัมพันธภาพ ตกลงบริการ รวบรวมข้อมูลจากการประเมินสุขภาพและการตรวจพิเศษต่างๆ ประเมินพฤติกรรมเสี่ยงด้านอาหาร/การออกกำลังกาย ตั้งเป้าหมายและวางแผนการดูแล ผู้ป่วยมีความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเนื่องจากกลัวตาบอด

ให้ความรู้เบื้องต้นได้แก่ พยาธิสภาพของโรค การใช้ยา ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ การเลือกอาหาร การออกกำลังกาย การดูแลเท้าและซูดหนึ่งหนาที่ฝ่าเท้า การจัดการความเครียด การแก้ปัญหาและช่องทางช่วยเหลือยามฉุกเฉิน ประสานส่งต่อเภสัชกรและโภชนาการ ให้คำปรึกษาเรื่องยาและอาหาร ส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยให้ รพ.สต. สลกบาตรเพื่อการติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

วันที่ 21 ธันวาคม 2565 พยาบาลผู้จัดการรายกรณีโทรศัพท์ติดตามสอบถามอาการเปลี่ยนแปลงและการเตรียมตัวไปรพ.กำแพงเพชรในวันที่ 22 ธันวาคม 2565 ผู้ป่วยแจ้งว่าไม่สะดวกเนื่องจากไม่มีเงินค่าจ้างเหมารถยนต์ เงินเดือนของสามีจะออกปลายเดือน พยาบาลผู้จัดการรายกรณีประสานกับพยาบาลประจำ รพ.สต. สลกบาตร เพื่อช่วยติดต่อขอรถของเทศบาลไปส่งผู้ป่วย ผู้ป่วยได้ไปตรวจตามแผนการรักษา

วันที่ 3 มกราคม 2566 ผู้ป่วยมาตรวจตามนัด ไม่มีอาการอ่อนเพลีย ไม่มีอาการน้ำตาลต่ำ กลางคืนปัสสาวะ 1-2 ครั้ง เท้าไม่มีแผล ใช้อาหารถูกต้อง หน้าท้องไม่มีรอยเขียวช้ำ น้ำหนัก 51 กิโลกรัม ความดันโลหิต 155/82 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 96 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 18/นาที อุณหภูมิกาย 36.4 องศาเซลเซียส ค่า Oxygen saturation 98% ผลการตรวจ FPG 158 mg/dl, eGFR 60.54 ml/min/1.73m², Urine protein 3+, Urine sugar negative, UACR 7,215.15 mg/g ผู้ป่วยเล่าว่า จักษุแพทย์รักษาด้วยการยิงเลเซอร์และฉีดยาเข้าในตา และจะส่งตัวไปรักษาต่อที่โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนเรศวร ผู้ป่วยจะไปรักษาตามแพทย์นัดโดยพี่สาวเป็นผู้ดูแล ผู้ป่วยลดอาหารที่มีน้ำตาลสูงๆได้ แต่ยังคงรับประทานรสจัด อาหารเค็ม และใช้ผงปรุงรสอยู่บ้าง พุดคุยทบทวนเป้าหมายการรักษากับผู้ป่วยโดยใช้กระบวนการ Motivation interview (MI) แพทย์เพิ่มขนาดของ ACEI เพื่อควบคุมความดันโลหิตและลดการปริมาณโปรตีนในปัสสาวะ

วันที่ 23 มกราคม 2566 ผู้ป่วยโทรศัพท์ปรึกษารัฐีกตัวร้อน เท้าซ้ายผิวหนังแดง แนะนำไปตรวจที่ รพ.สต. พยาบาลตรวจเท้าสงสัยมีการติดเชื้อ ประสานส่งต่อมาที่โรงพยาบาลชาณุวรลักษบุรี แพทย์ Incision and drainage และให้ยารักษาในโรงพยาบาล รักษาด้วยยาฆ่าเชื้อทางหลอดเลือดดำ และนัดทำแผลต่อเนื่องจนแผลหายเป็นปกติ

วันที่ 9 มีนาคม 2566 ผู้ป่วยมาตรวจตามนัด อาการปกติ ตรวจหน้าท้องไม่มีรอยเขียวช้ำ น้ำหนัก 52 กิโลกรัม ความดันโลหิต 149/87 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 92 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 16/นาที อุณหภูมิกาย 36.8 องศาเซลเซียส ค่า Oxygen saturation 99% ผล FPG 132 mg/dl ผู้ป่วยลดอาหารรสจัด/รสเค็ม และงดการใช้ผงปรุงรสได้ แพทย์เพิ่มขนาดยา ACEI และขอวัดความดันโลหิตที่บ้านเช้า-เย็น 7 วันก่อนมาตรวจตามนัด พยาบาลสอนผู้ป่วยวัดความดันโลหิต การบันทึก และทำเรื่องขอยืมเครื่องวัดความดันโลหิต

วันที่ 12 เมษายน 2566 ผู้ป่วยมาตรวจตามนัด อาการปกติ น้ำหนัก 52 กิโลกรัม ความดันโลหิต 142/85 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 92 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 16/นาที อุณหภูมิกาย 36.7 องศาเซลเซียส ค่า Oxygen saturation 98% ผลการตรวจ FPG 135 mg/dl, HbA_{1c} 9.7%, eGFR 40.75 ml/min/1.73m², LDL 158 mg/dl, ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตที่บ้าน 145/87 มิลลิเมตรปรอท แพทย์เพิ่มขนาดความดันโลหิต Manidipine 20 mg เพิ่มขนาดของอินซูลิน เพิ่มขนาดไขมัน Atorvastatin 40 mg สะท้อนข้อมูลระดับน้ำตาล ผู้ป่วยลดอาหารมื้อเย็นได้ แต่มีรับประทานจุกจิบระหว่างวัน

วันที่ 5 กรกฎาคม 2566 ผู้ป่วยมาตรวจตามนัด อาการปกติ น้ำหนัก 52 กิโลกรัม ความดันโลหิต 130/81 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 92 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 16/นาที อุณหภูมิกาย 36.9 องศาเซลเซียส ค่า Oxygen saturation 98% ผลการตรวจ FPG 110 mg/dl, HbA_{1c} 7.8 %, eGFR 40.43 ml/min/1.73m², LDL 91 mg/dl, Urine protein 2+, UACR 648.31 mg/g ค่าเฉลี่ยความดันที่บ้าน 127/76 มิลลิเมตรปรอท แพทย์ให้การรักษาคงเดิม พุดคุยเรื่องค่าน้ำตาลสะสมเฉลี่ยยังไม่ได้เป้าหมายและมีโปรตีนรั่วในปัสสาวะ ผู้ป่วยมีการรับประทานจุกจิบระหว่างมื้อ และแจ้งว่าวันที่ 20 กรกฎาคม 2566 แพทย์นัดที่โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนเรศวร ผู้ป่วยจะไม่ไปรักษาไม่มีเงินค่าเดินทางและหมดกำลังใจพี่สาวพึ่งเสียชีวิตจากโรคมะเร็ง พุดคุยให้กำลังใจ ขอไปเยี่ยมบ้านร่วมกับพยาบาล รพ.สต.และ อสม. เขียนรายงานขอเงินช่วยเหลือค่าเดินทางได้จำนวนหนึ่งจากชมรมจิตอาสาของโรงพยาบาลและจากกิ่งกาชาดอำเภอชาณุวรลักษบุรี

วันที่ 25 ตุลาคม 2566 ผู้ป่วยมาตรวจตามนัด อาการปกติ น้ำหนัก 52 กิโลกรัม ความดันโลหิต 127/80 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 94 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 16/นาที อุณหภูมิกาย 36.3 องศาเซลเซียส ค่า Oxygen saturation 98%

ผล FPG 119 mg/dl ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตที่บ้าน 128/76 มิลลิเมตรปรอท ผู้ป่วยเล่าว่าคลายความทุกข์ไปบ้าง ไปตรวจตามนัดของจักษุแพทย์ สามีและลูกชายคนโตไปดูแล ขอคุณพยาบาลที่ช่วยเหลือมาโดยตลอด

วันที่ 20 พฤศจิกายน 2566 ผู้ป่วยมาตรวจตามนัด อาการปกติ น้ำหนัก 52 กิโลกรัม ความดันโลหิต 130/76 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 94 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 18/นาที อุณหภูมิกาย 36.5 องศาเซลเซียส ค่า Oxygen saturation 97% ผลการตรวจ FPG 128 mg/dl, HbA_{1c} 6.9 %, eGFR 40.47 ml/min/1.73m², Urine protein 1+ แพทย์ให้การรักษาคงเดิม ผู้ป่วยบอกว่าสายตามองเห็นดีขึ้น มีนัดที่โรงพยาบาลกำแพงเพชรแห่งเดียว เมื่อรักษาเบาหวานขึ้นจอตาแล้ว แพทย์จะผ่าตัดต่อกระจกต่อไป ค่าสายตาขวา 20/100 ตาซ้าย 20/70

การวางแผนการพยาบาล

พบว่าผู้ป่วยมีปัญหาทางการพยาบาลที่สำคัญในช่วงระยะเวลาที่ศึกษา

1. ผู้ป่วยขาดความรู้ในการดูแลตนเองให้เหมาะสมกับสภาวะของโรค
2. เสี่ยงต่อการรักษาภาวะแทรกซ้อนทางตาไม่ต่อเนื่อง
3. เสี่ยงต่อการสูญเสียอวัยวะตัดนิ้ว/เท้า เนื่องจากมีภาวะประสาทเท้าเสื่อม
4. เสี่ยงต่อพลัด ตก หกล้ม
5. เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจและโรคหลอดเลือดสมอง

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1 ผู้ป่วยขาดความรู้ในการดูแลตนเองให้เหมาะสมกับสภาวะของโรค

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยเป็นเบาหวาน มีน้ำตาลในเลือด FPG 357 mg%, Urine sugar 4+ Hba1c 11.3%
2. มีภาวะไตวายระยะ 3b eGFR 41.73 ml/min/1.73 m², Urine protein 4+, UACR 7,215.15 mg/g
3. ความดันโลหิตสูง BP 152/81 mmHg
4. ระดับไขมันในเลือดสูง Total Cholesterol 277 mg%, LDL 210 mg%
5. ผู้ป่วยรับประทานอาหารน้ำตาลสูง ได้แก่ ต้ม น้ำอัดลม ต้มนมเปรี้ยว กาแฟซอง อาหารเกลือสูง ได้แก่ ส้มตำ ซอกับข้าวปรุงเสร็จ อาหารรสจัด ใช้ผงปรุงรส/ผงชูรส เติมน้ำปลา อาหารไขมันสูง ได้แก่ ขนมปังทาเนยปลาท้องไก่

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจในการปฏิบัติตัวได้ถูกต้องเหมาะสมกับสภาวะของโรค
2. เพื่อให้ผู้ป่วยมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง
3. เพื่อให้ผู้ป่วยมีผลการตรวจสุขภาพและการตรวจทางห้องปฏิบัติการอยู่ในเกณฑ์เป้าหมาย

เกณฑ์ประเมิน

1. ผู้ป่วยลดหรือหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่มีปริมาณน้ำตาล เกลือ และไขมันสูง
2. ผลการ FBS 80-130 mg% Hba_{1c} < 7% Urine sugar-negative
3. ระดับไขมัน Cholesterol<200 mg/dl LDL<100 mg/dl
4. ความดันโลหิต น้อยกว่า 130/80 mmHg
5. อัตราการกรองของไตลดลงน้อยกว่า 5 ml/min/1.73m²

กิจกรรมการพยาบาล

1. สร้างสัมพันธภาพ ตกงบริการ เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยพูดคุยแสดงความรู้สึก สอบถามความรู้ ความเชื่อ การปฏิบัติตัวในอดีต ประเมินภาวะสุขภาพ ประเมินพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพ ประเมินความพร้อมของการเปลี่ยนแปลง (stage of change) การหลีกเลี่ยงพฤติกรรมที่เคยชิน/ชอบ ไม่ง่าย ต้องใช้ความมุ่งมั่น ความมั่นใจว่าปฏิบัติได้ ความเข้าใจถึงอุปสรรคเคล็ดลับสู่การเปลี่ยนแปลง กำลังใจและความช่วยเหลือของบุคคลรอบข้าง การจัดการตนเองและสิ่งแวดล้อมเพื่อให้เกิดการ

ดูแลตนเองจนเป็นนิสัย พยาบาลวางแผนการให้ข้อมูลเป็นลำดับเพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจและนำไปปฏิบัติได้ เริ่มจากเรื่องเร่งด่วนก่อนโดยการตั้งหมายระยะสั้น และระยะยาว

2. ให้ความรู้ผู้ป่วยเรื่องโรคที่เป็น ได้แก่ โรคเบาหวาน ความเชื่อโยงของภาวะแทรกซ้อนทั้งหมด
3. ร่วมกับโภชนาการร่วมกำหนดแผนด้านโภชนาการเพื่อควบคุมสหปัจจัยเสี่ยง ได้แก่ ภาวะน้ำตาลสูง

ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดผิดปกติ

3.1 เพื่อควบคุมระดับน้ำตาล แหล่งที่มาของน้ำตาลที่พบได้ ข้าว ถั่ว ธัญพืช ผลไม้ ผลิตภัณฑ์จากแป้ง เช่น เส้นก๋วยเตี๋ยว ขนมปัง และน้ำตาล เช่น น้ำตาลทราย น้ำผึ้ง กลูโคส อาหารที่ผู้ป่วยควรงดได้แก่ น้ำอัดลม นมเปรี้ยว กาแฟ กระป๋อง กาแฟ 3in1 ทั้งนี้ใช้วิธีการลด/งดหรือเปลี่ยนรูปแบบไป เช่น ดื่มน้ำเปล่าแทน จำกัดปริมาณแป้ง ข้าว แป้งไม่เกิน 11 ทัพพี/วัน (พลังงาน 1,800 calory/day)

3.2 เพื่อควบคุมระดับไขมันในเลือด มี 2 กลไก คือ การใช้ยาลดไขมันและลดการรับประทานอาหารมีไขมันสูง เช่น ขนมปังทา เนย ปาท่องโก๋ กาแฟซอง 3 in1 น้ำมัน เนื้อสัตว์ติดมัน เนย เครื่องในสัตว์

3.3 เพื่อควบคุมความดันโลหิต จำกัดเกลือโซเดียมวันละ 2,000 มิลลิกรัม

- ปริมาณโซเดียมจากเครื่องปรุงต่างๆ รับประทานไม่เกิน 1,200 กรัมต่อวัน (น้ำปลา 3 ช้อนชา/วัน)
- หลีกเลี่ยงอาหารที่มีปริมาณเกลือสูง ผ่านการถนอมอาหารหรือแปรรูป หลีกเลี่ยงอาหารที่มีเกลือสูง เช่น น้ำปลา กะปิ ปลาร้า แหนม อาหารหมักดอง อาหารแปรรูป ขนมกรุบกรอบ

3.4 เพื่อชะลอการเสื่อมของไต ควบคุมตามข้อ 3.1-3.3 และส่วนมีส่วนเพิ่มเติมดังนี้

- จำกัดปริมาณโปรตีน 0.6-0.8 กรัมต่อน้ำหนักตัว หรือ 7-8.5 ช้อนโต๊ะ/วัน แนะนำโปรตีนจากปลา ไข่ขาว เนื้อสัตว์ไม่ติดมัน หลีกเลี่ยงโปรตีนจากพืช ใช้แป้งปลอดโปรตีนทดแทนข้าวในบางมื้อ ได้แก่ วุ้นเส้น เส้นเชิงไฮ สาเก
- หลีกเลี่ยงอาหารที่มีฟอสฟอรัสสูง ได้แก่ กาแฟ เครื่องดื่มโคล่า หลีกเลี่ยงสัตว์ที่กินได้ทั้งกระดูก
- จำกัดอาหารมีโปแทสเซียมสูง หลีกเลี่ยง ผลไม้รสจัด แดง ส้ม เหลือง รับประทานผักที่ผ่านการลวกน้ำร้อน
- ควรทำอาหารด้วยตนเอง อาหารที่ไม่ได้ทำเองเลือกซื้อและรับประทานอย่างเหมาะสม
- งดซื้อยาชุดแก้ปวดรับประทานเอง ควรบอกอาการกับแพทย์เพื่อพิจารณาใช้ยาที่ไม่กระทบต่อไต
- รับประทานอาหารปรุงสุกใหม่ ดื่มน้ำสะอาดให้เพียงพอ หากไม่มีอาการบวม ดื่มได้ตามต้องการ

4. แจกเอกสารประกอบภาพเพื่อให้ผู้ป่วยทบทวน และโภชนาการแจกเมนูอาหาร เพิ่มทางเลือกให้ผู้ป่วย

5. ร่วมมือกับเภสัชกรให้ความรู้การใช้ยา สอนฉีดอินซูลิน การเฝ้าระวังภาวะน้ำตาลต่ำ และยาชนิดรับประทาน

6. สร้างแรงจูงใจด้วย Motivation Interview ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง และคืนข้อมูลสนับสนุนผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ได้แก่ BP, eGFR, FBS, lipid, การรั่วของน้ำตาล/โปรตีนในปัสสาวะ

7. ประสานพยาบาลประจำ รพ.สต. ในการติดตามพฤติกรรม และปัจจัยเสี่ยงที่บ้าน

ประเมินผล

1. ผู้ป่วยลดอาหารน้ำตาลสูงได้โดย งดดื่มน้ำอัดลม นมเปรี้ยว และกาแฟซอง ทำอาหารเอง ลดเกลือโดยแบ่งอาหารก่อนปรุง ใช้ น้ำปลา/ซอส 3-4 ช้อน/วัน หลีกเลี่ยงอาหารรสจัด งดผงชูรส งดอาหารแปรรูป ซื้ออาหารปรุงสำเร็จ ลดลง ลดอาหารไขมันสูงโดย ลดการใช้น้ำมัน ใช้เนื้อสัตว์ไม่ติดมัน งดขนมปังทาเนยและปาท่องโก๋

2. น้ำตาลลดลงตามลำดับ FPG: 357, 158, 132, 135, 110, 119, 128 mg% HbA1c: 11.3, 9.7, 7.8, 6.9% น้ำตาลรั่วออกทางปัสสาวะลดลงผล negative ปัสสาวะกลางคืนลดลงเหลือ 1-2 ครั้ง

3. ระดับไขมันลดลงเหลือ LDL=91 mg/dl

4. ความดันโลหิตแนวโน้มลดลง 152/81, 155/82, 149/87, 142/85, 130/81, 127/80, 130/76 mmHg ความดันโลหิตที่บ้านเช้า-เย็น 7 วัน ค่าเฉลี่ย 145/87, 127/76, 128/76 mmHg

5. ค่า eGFR ลดลง 1.26 cc ในระยะเวลา 11 เดือน (จาก 41.73 ml/min/1.73m² เป็น 40.47 ml/min/1.73m²) โปรตีนออกในปัสสาวะลดลง Urine protein 3+, 2+, 1+ UACR 7,215.15, 648.31 mg/g

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2 เสี่ยงต่อการรักษาภาวะแทรกซ้อนทางตาไม่ต่อเนื่อง

ข้อมูลสนับสนุน

1. ภาพถ่ายจอตามีความผิดปกติ ภาวะเบาหวานขึ้นจอตาระยะรุนแรง Proliferative diabetic retinopathy
2. ผู้ป่วยบอกว่าจะไม่ไปตรวจตามนัดของจักษุแพทย์ 2 ครั้ง
3. สามีทำงานคนเดียว รายได้ไม่เพียงพอ
4. ผู้ดูแลเสียชีวิตด้วยโรคมะเร็ง รู้สึกท้อแท้ หดท้อกำลังใจ จะไม่ไปรักษาต่อเนื่อง

วัตถุประสงค์

เพื่อให้ผู้ป่วยไปตรวจตามนัดของจักษุแพทย์

เกณฑ์ประเมิน

ผู้ป่วยไปตรวจตามแพทย์นัดอย่างต่อเนื่อง

กิจกรรมการพยาบาล

1. การสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและครอบครัว ใช้การสนทนาสร้างแรงจูงใจ ส่งเสริมให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในกระบวนการรักษา มีความรู้เกี่ยวกับพยาธิสภาพของโรค ผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต แผนการรักษาของแพทย์
2. เยี่ยมบ้านผู้ป่วยร่วมกับสหสาขาวิชาชีพประจำ รพ.สต. เพื่อประเมินศักยภาพของครอบครัว
3. ส่งปรึกษาพยาบาลสุขภาพจิต
4. ประสานขอความร่วมมือกับหน่วยงานแหล่งประโยชน์ในชุมชน
5. ให้ช่องทางการขอคำปรึกษาเมื่อผู้ป่วยต้องการ ติดตามสอบถามให้กำลังใจอย่างสม่ำเสมอ

ประเมินผล

ผู้ป่วยไปตรวจตามนัดของจักษุแพทย์ทุกครั้ง ได้รับการรักษาต่อเนื่อง ส่งผลให้ผู้ป่วยมองเห็นดีขึ้น ก่อนการรักษาค่าสายตาสองข้าง 20/200 หลังการรักษา ตาขวา 20/100 ตาซ้าย 20/70

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 3 เสี่ยงต่อการสูญเสียอวัยวะตัดนิ้ว/เท้า เนื่องจากมีภาวะประสาทเท้าเสื่อม

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยบอกมีอาการเท้าชาสองข้าง
2. ตรวจเท้ามีความเสี่ยงระดับปานกลางต่อการตัดนิ้ว/ตัดเท้า ฝ่าเท้ามีหนังหนา
3. ผู้ป่วยมีแผลติดเชื้อที่เท้าซ้าย
4. ผู้ป่วยมีอาการตามัว มองภาพไม่ชัดเจน ค่าสายตาสองข้าง 20/200

วัตถุประสงค์: เพื่อป้องกันการสูญเสียอวัยวะตัดนิ้ว/ตัดเท้า

เกณฑ์ประเมิน

1. ผู้ป่วยเท้าสะอาด เล็บสั้น ไม่มีเชื้อรา สวมรองเท้าเหมาะสมกับสภาพเท้า
2. ผู้ป่วยได้ทำแผลและประเมินลักษณะแผลทุกวัน
3. ผู้ป่วยไม่ถูกตัดนิ้ว/ตัดเท้า

กิจกรรมการพยาบาล

1. สอนผู้ป่วยเกี่ยวกับการดำเนินของโรคเบาหวานและภาวะแทรกซ้อนทางเท้า
2. ตรวจเท้า สรุปผลการประเมินระดับความเสี่ยงต่อการตัดการนิ้ว/ตัดเท้า ให้ผู้ป่วยทราบ
3. สอนการดูแลเท้าด้วยตนเอง ดังนี้ (1) สักร่างเท้าทุกวัน (2) ทำความสะอาดเท้า (3) เก็บกักความชื้นแก่ผิวหนังด้วยการทาโลชั่น ยกเว้นง่ามนิ้ว (4) ดูแลเล็บ การตัดเล็บตรงเสมอปลายนิ้ว (5) การจัดการหนังหนา (6) สวมถุงเท้าคงความชุ่มชื้นและลดแรงเสียดสี (7) สวมรองเท้าเพื่อปกป้องเท้า (8) ปรึกษาแพทย์หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเมื่อมีแผลที่เท้า และการปฐมพยาบาล
4. ขูดหนังหนาที่ฝ่าเท้า (trim callus)
5. ประสานงานกับพยาบาลประจำ รพ.สต. ส่งต่อผู้ป่วยไปทำแผลทุกวัน

ประเมินผล

1. ตรวจเท้าเมื่อมาตรวจตามนัด เท้าสะอาด เล็บสั้น ไม่มีเชื้อรา ฝ่าเท้าไม่มีหนังหนา สวมรองเท้าแบบปิดเท้า
2. ผู้ป่วยมีการติดเชื้อที่เท้า 23 ม.ค. 2565 แพทย์ทำ Incision and drainage และทำแผลต่อเนื่องจนแผลหาย
3. ผู้ป่วยไม่โดนตัดนิ้ว/ตัดเท้า

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 4 เสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยมีภาวะซีด Hct=33%, Hb =11.2 g/dl, Serum iron=33 ug/dL (ค่าปกติ 50-170)
2. ผู้ป่วยตามัว VA 20/200

วัตถุประสงค์

ผู้ป่วยปลอดภัยจากพลัดตกหกล้ม

เกณฑ์ประเมิน

ผู้ป่วยไม่เกิดการพลัดตกหกล้ม

กิจกรรมการพยาบาล

1. แนะนำผู้ป่วยให้ระมัดระวังการพลัดตกหกล้ม เปลี่ยนอิริยาบถช้าๆ
2. แนะนำการรับประทานธาตุเหล็กสูง เนื้อสัตว์ (ไม่ติดมัน) เลือด ไข่ ผักใบเขียว เช่น คะน้า ตำลึง บรอกโคลี พริกหวาน ผักเหล่านี้มีธาตุเหล็กและวิตามินซีสูงซึ่งช่วยให้ร่างกายดูดซึมธาตุเหล็กได้ดี ติดตามค่า K เนื่องจากผักใบเขียวมีโปแทสเซียมสูงด้วย ไม่แนะนำตับและเครื่องในสัตว์เพราะผู้ป่วยมีระดับไขมันสูง
3. งดดื่มแอลกอฮอล์และนมถั่วเหลืองพร้อมมีอาหารจะทำให้การดูดซึมธาตุเหล็กลดลง
4. แนะนำการรับประทานยาเพิ่มเหล็กตามแผนการรักษา Ferrous sulfate หลีกเลี่ยงการใช้ยาลดกรด ผลิตภัณฑ์จากนม ชา กาแฟภายใน 2 ชั่วโมงก่อนและหลังจากใช้ยานี้เนื่องจากอาจลดประสิทธิภาพของยา

ประเมินผล

ผู้ป่วยไม่เกิดการพลัดตกหกล้ม (แพทย์นัดติดตาม Hct, Hb กุมภาพันธ์ 2567)

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 5 เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจและโรคหลอดเลือดสมอง

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยเป็นโรคเบาหวาน 5 ปี มีภาวะไตวายเรื้อรังระยะ 3b เบาหวานขึ้นจอตา ปลายประสาทที่เท้าเสื่อม ความดันโลหิตสูง แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยมีพยาธิสภาพที่หลอดเลือดแดงและระบบประสาท
2. มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ Cholesterol 277 mg/dl, LDL 210 mg/dl
3. 10 years Thai CVD risk score 13.47% ความเสี่ยง 8.3 เท่าของคนวัยเดียวกันปกติ เสี่ยงปานกลาง

วัตถุประสงค์

เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากโรคหลอดเลือดหัวใจและโรคหลอดเลือดสมอง

เกณฑ์ประเมิน

1. ผู้ป่วยบอกอาการของโรค และการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินได้ถูกต้อง
2. ผู้ป่วยมีคะแนน 10 years Thai CVD risk score ลดลง

กิจกรรมการพยาบาล

1. อธิบายความเสี่ยงต่อการเกิดโรคและการเสียชีวิตจากโรคเส้นเลือดหัวใจตีบตัน กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด เส้นเลือดสมองตีบตัน เส้นเลือดส่วนปลายตีบตัน ทำนายความเสี่ยง 10 ปี ปัจจัยเพศ อายุ ความดันโลหิต ระดับไขมัน เบาหวาน การสูบบุหรี่ รอบเอว

2. สอนผู้ป่วยให้จำอาการของโรคหัวใจและโรคหลอดเลือดสมอง

2.1 อาการของโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด

- รู้สึกเจ็บหน้าอก มีอาการแน่น รู้สึกเหมือนหัวใจถูกบีบที่กลางอก/อกข้างซ้าย โดยอาการอาจจะเกิดขึ้นไม่กี่ปีก่อนแล้วก็หาย จากนั้นอาจกลับมาเป็นซ้ำอีก นอกจากนี้ยังอาจรู้สึกเหมือนแสบร้อนกลางอก อึดอัดที่หน้าอกหรือลิ้นปี่ ปวดร้าวไปด้านซ้าย ได้แก่ บริเวณกราม คอ หลัง หน้าท้อง และแขน อาการที่พบได้ หายใจถี่ ใจสั่น วิงเวียนศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน เหงื่อออกขณะที่ร่างกายเย็น

2.2 อาการของโรคหลอดเลือดสมอง

- ใบหน้ามีอาการหน้าชา ปากเบี้ยว มุมปากตก กล้ามเนื้อใบหน้าอ่อนแรงครึ่งซีก
- แขน ขา อ่อนแรง เดินเซ ทรงตัวลำบาก
- การพูด มีลักษณะพูดไม่ออก ลิ้นแข็ง หรือ พูดไม่ชัดอย่างทันทีทันใด
- รู้เวลาที่เริ่มมีอาการ คือ เวลาเริ่มมีอาการผิดปกติ หรือเวลาที่ผู้ป่วยมีอาการปกติครั้งสุดท้าย และไปโรงพยาบาลทันทีภายใน 4.5 ชม. ควรมาโรงพยาบาลชาณุวรลักษบุรี ภายใน 2 ชั่วโมง เมื่อเวลาไปกำแพงเพชร

3. การเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน 1669 และเบอร์โทรศัพท์ของห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

ประเมินผล

1. ผู้ป่วยบอกอาการของโรคหลอดเลือดหัวใจและโรคหลอดเลือดสมอง และ 1669 ได้ถูกต้อง
2. 10 years Thai CVD risk score ลดลง 4.33% ระดับความเสี่ยง 2.5 เท่าของคนวัยเดียวกันปกติ

สรุปกรณีศึกษา

หญิงไทย อายุ 42 ปี เป็นโรคเบาหวาน 5 ปี ร่วมกับโรคความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดผิดปกติ ไตวายเรื้อรัง รักษาต่อเนื่องที่คลินิกเอกชน ย้ายสิทธิ์การรักษาที่โรงพยาบาลชาณุวรลักษบุรี ผู้ป่วยมาที่แผนกผู้ป่วยนอกเพื่อขอรักษาโรคประจำตัวต่อเนื่อง และมีอาการตามัวสองข้าง แพทย์ตรวจวินิจฉัยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไตวายเรื้อรังระยะ 3b ไขมันในเลือดผิดปกติ เบาหวานขึ้นจอตา และการเสื่อมของประสาทส่วนปลาย แพทย์ให้การรักษาเพื่อควบคุมระดับน้ำตาล ความดันโลหิต ระดับไขมัน และส่งผู้ป่วยพบจักษุแพทย์ ร่วมกับการพยาบาลผู้ป่วยแบบองค์รวมโดยพยาบาลผู้จัดการรายกรณีประสานความร่วมมือกับสหสาขาวิชาชีพ ส่งเสริมผู้ป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลตนเองเหมาะสม มีความมุ่งมั่น มีกำลังใจ รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง ระยะเวลาการดูแลและการพยาบาล 11 เดือน

วิจารณ์และข้อเสนอแนะ

โรคเบาหวานชนิดที่ 2 ผู้ป่วยอาจมีน้ำตาลในเลือดสูงอยู่นานแล้ว เมื่อแรกวินิจฉัยควรได้รับการประเมินสุขภาพครบถ้วน ตรวจค้นหาภาวะแทรกซ้อนทุกระบบ เพื่อการดูแลรักษาส่งต่อผู้เชี่ยวชาญให้ทันเวลา ป้องกันความพิการและการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร การดูแลซับซ้อน ค่าใช้จ่ายสูง เวลายาวนาน ผู้ป่วยต้องเข้าใจ มีกำลังใจและมีผู้สนับสนุน พยาบาลผู้จัดการรายกรณีดูแลผู้ป่วยและประสานความร่วมมือของสหสาขาวิชาชีพและครอบครัว คอยช่วยเหลือผู้ป่วยได้รับการรักษาตามมาตรฐานจนควบคุมโรคได้ จากกรณีศึกษามีข้อเสนอแนะดังนี้

1. ประชาชนทั่วไปต้องมีความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน และได้เข้าถึงการตรวจรักษาตามมาตรฐาน
2. พยาบาลให้คำปรึกษามีเวลาจำกัดสำหรับการให้ความรู้ผู้ป่วยรายใหม่ ผู้ป่วยอาจมีความรู้ไม่เพียงพอที่จะดูแลสุขภาพให้เหมาะสม ควรจัดบริการผู้ป่วยในช่องทางอื่นเพิ่มเติมตามความเหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย ได้แก่ การติดตามทางโทรศัพท์ แอปพลิเคชัน โซเชียลมีเดีย
3. ใช้นโยบายการจัดการรายกรณีดูแลผู้ป่วยมีปัญหาซับซ้อนเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วยและครอบครัว
4. ส่งเสริมการใช้กระบวนการ Motivation interview ในการดูแลผู้ป่วย

สรุป

กรณีศึกษาผู้ป่วยโรคเบาหวานมีภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังทางระบบหลอดเลือดและระบบประสาท มีความเสี่ยงต่อความพิการ และเสียชีวิตก่อนวัยอันควร ผู้ป่วยได้รับการประเมินภาวะสุขภาพ วางแผนดูแลรักษาตามมาตรฐาน และติดตามอย่างต่อเนื่องโดยพยาบาลผู้จัดการรายกรณีประสานความร่วมมือกับสหสาขาวิชาชีพ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีกำลังใจปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง และได้รับการรักษาด้วยแพทย์เฉพาะทางจนกระทั่งควบคุมโรคได้ไม่เกิดความพิการ

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization (WHO). Diabetes. [internet]. 2023. [cite 2023, Nov 30]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/diabetes>
2. American Diabetes Association. Standards of Care in Diabetes—2023 Abridged for Primary Care Providers. [internet]. 2022. [cite 2023, Nov 30]. Available from: <https://doi.org/10.2337/cd23-as01>
3. ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย สมาคมต่อมไร้ท่อ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน 2566. กรุงเทพฯ: ศรีเมืองการพิมพ์; 2566.
4. World Health Organization (WHO). Classification of diabetes mellitus. [internet]. 2019. [cite 2023, Nov 30]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/classification-of-diabetes-mellitus>
5. Yiwon Li, Yanfei Liu, Shiwei Liu, Mengqi Gao, Wenting Wang, Keji Chen, et al. Diabetic vascular diseases: molecular mechanisms and therapeutic strategies. [internet]. 2023. [cite 2023, Dec 12]. Available from: <https://www.nature.com/articles/s41392-023-01400-z>
6. Anastasia P, Andrey VG, Paolo P, Veronika AM, Valentina A, and Alexander NO. The Diabetes Mellitus—Atherosclerosis Connection: The Role of Lipid and Glucose Metabolism and Chronic Inflammation. [internet]. 2020. [cite 2023, Dec 12]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7084712/pdf/ijms-21-01835.pdf>
7. Josephine MF, Mark EC. MECHANISMS OF DIABETIC COMPLICATIONS. [internet]. 2023. [cite 2023, Dec 12]. Available from: [doi:10.1152/physrev.00045.2011](https://doi.org/10.1152/physrev.00045.2011)
8. Sarah C, Francesco P, Francesco C. Hyperglycemia: a bad signature on the vascular system. [internet]. 2015. [cite 2023, Dec 12]. Available from: <http://dx.doi.org/10.3978/j.issn.2223-3652.2015.05.02>
9. World Health Organization (WHO). GLOBAL REPORT ON DIABETES. [internet]. 2016. [cite 2023, Dec 12]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241565257>
10. ปัญญาวัชร ปรากฎผล. พยาบาลผู้จัดการรายกรณีโรคเรื้อรัง. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 12 ธันวาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: http://110.164.147.155/kmhealth_new/Document/diabetes/research/d%202-3-4.pdf
11. Vicente DB, Rosario GR, Isabel de MM, Raul JV, Jose Ramon MR, Maria Isabel ML, et al. Results of Nurse Case Management in Primary Health Care: Bibliographic Review. [internet]. 2020. [cite 2023, Dec 12]. Available from: [doi:10.3390/ijerph17249541](https://doi.org/10.3390/ijerph17249541)
12. Khanuworaluksaburi Hospital. [Hospital DATABASE: Hos XP]. 2564-2566 [Cited 2023, Dec 12].



Maternal Nursing Postpartum Hemorrhage from Retained Placenta : A Case Study

Supavita Ornthai, M.N.S.*

Abstract

Introduction : Postpartum hemorrhage is a highly obstetrical emergency condition and cause of death in maternal. Therefore, it is necessary to be quickly assessed, nursing care for women and constant surveillance. This will make the mother safe. and reduce the severity of complications.

Objective : To provide guideline for management of postpartum hemorrhage from retained placenta.

Case study : A 23 years old Thai woman, 2th pregnancy, never had an abortion, last child 9 years, 39 weeks 6 days pregnant by ultrasound. Risk sduring pregnancy include gestational diabetes mellitus (GDM A1) and hypertension in pregnancy. Admitted to hospital with labor pain 4 hours before coming to the hospital. The mother was good conscious and able to answer questions. Vital signs: blood pressure 139/92 mmHg, pulse 80 beats per minute, respirations 18 breaths per minute, regular, body temperature 37 degrees Celsius. Normal urine. Admitted to the delivery room and EFM CAT II was found. Nursing care was performed by intrauterine resuscitation (IUR). Then entering the labor had a right medio lateral episiotomy and gave birth vaginally. After giving birth, there was a retained placenta and blood loss after vaginal delivery of 1,200 ml. The doctor extracted the placenta and diagnosis is term pregnancy with GDMA1 with gestational hypertension with maternal obesity with normal vaginal delivery with right medio lateral episiotomy with postpartum hemorrhage due to retained placenta. Nursing problems are divided into two periods: 1) labor period and 2) postpartum period. Nursing care during delivery includes: 1) risk of pre-eclampsia from hypertension in pregnancy. 2) fetal distress in the fetus. 3) risk of hypo-hyperglycemia from gestational diabetes mellitus. 4) the mother is not well due to labor pains.5) risk of obstructed labor due to gestational diabetes mellitus and 6)there is hemorrhage in the 3rd stage of labor. Nursing care in the postpartum period includes: 1) risk of secondary postpartum hemorrhage 2) risk of infection in the endometrial and perineal and 3) There is a chance of not being successful in breast feeding. The maternal received close care and nursing in a critical situation. The doctor allowed maternal go home. The maternal admitted to hospital for 3 days and had a follow-up appointment 4 weeks after labor. Before discharge, there were not complications.

Conclusion : Maternal with postpartum hemorrhage due to retained placenta must receive immediate medical treatment. The nursing team must have knowledge expertise in caring for maternal with hemorrhage during labor and postpartum. In order to receive medical treatment quickly, timely, appropriately and with constant surveillance. In addition, they must also have good communication skills and coordinate with interdisciplinary. Including with maternal and her family. To provide holistic care. Therefore, it is safety, reduces violence, reduces complications, and reduces the death rate of maternal death.

Keywords : Maternal nursing postpartum hemorrhage, Retained placenta

*Registered nurse, Professional Level, Khanu Worakabsaburi Hospital

การพยาบาลมารดาที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอด จากรกค้าง : กรณีศึกษา

สุภาวิตา อ่อนไทย, พย.ม.*

บทคัดย่อ

บทนำ : ภาวะตกเลือดหลังคลอดเป็นภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรมที่สำคัญอย่างมาก และในบางครั้งอาจนำไปสู่การเสียชีวิตของมารดา จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องได้รับการประเมินอย่างรวดเร็ว การรักษาพยาบาลอย่างเร่งด่วน และการเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่อง ซึ่งจะทำให้มารดามีความปลอดภัย และลดความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนได้

วัตถุประสงค์ : เพื่อเป็นแนวทางในการพยาบาลมารดาที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอดจากรกค้างอย่างมีประสิทธิภาพ

กรณีศึกษา : มารดาชาวไทย อายุ 23 ปี G₂P₁₀₀₁ Last 9 ปี อายุครรภ์ 39⁺⁶ สัปดาห์ by U/S ความเสี่ยงขณะตั้งครรภ์ พบภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ (GDMA1) และภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ มาโรงพยาบาลด้วยเจ็บครรภ์คลอด 4 ชั่วโมงแรก มารดารู้สึกตัวดีตอบคำถามได้สัญญาณชีพ ความดันโลหิต 139/92 mmHg ชีพจร 80 ครั้งต่อนาที หายใจ 18 ครั้งต่อนาที สม่ำเสมอ อุณหภูมิกาย 37 องศาเซลเซียส ผลการตรวจปัสสาวะปกติ รับประทานน้ำดื่มที่แผนกห้องคลอด พบ EFM CAT II ให้การพยาบาล โดยการทำให้ intrauterine resuscitation (IUR) และเข้าสู่ระยะคลอด ได้รับการทำหัตถการ Right medio lateral episiotomy และคลอดทางช่องคลอด ภายหลังคลอดมีภาวะรกค้างและเสียเลือดหลังการคลอดทางช่องคลอดปริมาณ 1,200 ml แพทย์ได้ทำการล้างรก ได้รับการวินิจฉัย Term pregnancy with GDMA1 with Gestational hypertension with maternal Obesity with Normal vaginal delivery with Right medio lateral episiotomy with Postpartum Hemorrhage due to Retained placenta ปัญหาทางการพยาบาลแบ่งเป็น 2 ระยะ คือ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด โดยการพยาบาลในระยะคลอด ได้แก่ 1. เสี่ยงต่อเกิดภาวะ Pre-Eclampsia จากภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ 2. ทารกในครรภ์เกิดภาวะ Fetal distress 3. เสี่ยงต่อเกิดภาวะ Hypo-Hyperglycemia จากภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ 4. มารดาไม่สุขสบายเนื่องจากมีภาวะการเจ็บครรภ์คลอด 5. เสี่ยงต่อการคลอดติดขัดเนื่องจากภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ และ 6. มีภาวะตกเลือดในระยะที่ 3 ของการคลอด ในส่วนของการพยาบาลในระยะหลังคลอด ได้แก่ 1. เสี่ยงตกเลือดซ้ำในระยะหลัง (secondary postpartum hemorrhage) 2. เสี่ยงต่อการติดเชื้อในโพรงมดลูกและแผลฝีเย็บ และ 3. มีโอกาสไม่ประสบความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมมารดาอย่างต่อเนื่อง มารดาได้รับการดูแลรักษาและการพยาบาลอย่างใกล้ชิดในภาวะวิกฤต แพทย์อนุญาตให้กลับบ้าน มารดานอนรักษาตัวในโรงพยาบาล 3 วัน และติดตามนัด 4 สัปดาห์หลังคลอดก่อนจำหน่ายไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน

สรุปผลการศึกษา : มารดาที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอดเนื่องจากรกค้าง ต้องได้รับการรักษาพยาบาลอย่างทันที่ทันที่ที่มีการพยาบาลจะต้องมีความรู้ ความชำนาญในการดูแลมารดาที่มีภาวะตกเลือดในระยะคลอดและหลังคลอด เพื่อให้ได้รับการรักษาพยาบาลอย่างรวดเร็ว ทันเวลา เหมาะสม และเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ยังต้องมีทักษะในการสื่อสารที่ดีประสานกับสหสาขาวิชาชีพ รวมทั้งกับมารดาและครอบครัว เพื่อให้เกิดการดูแลแบบองค์รวม จึงทำให้เกิดความปลอดภัย ลดความรุนแรงลดภาวะแทรกซ้อนและลดอัตราการเสียชีวิตของมารดาหลังคลอดได้

คำสำคัญ : การพยาบาลมารดาที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอด รกค้าง

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลชุมพรลักษ์บุรี

บทนำ

ภาวะตกเลือดระยะหลังคลอด (Postpartum Hemorrhage) หมายถึง ภาวะที่มีการเสียเลือดสะสมมากกว่า 1,000 มิลลิลิตร ร่วมกับมีอาการแสดงของภาวะ hypovolemia ได้แก่ ความดันโลหิตต่ำ ชีพจรเร็ว บัสสาวะออกน้อย oxygen saturation < 95% ที่เกิดขึ้นภายใน 24 ชั่วโมงหลังคลอด ซึ่งรวมถึงการเสียเลือดขณะเจ็บครรภ์คลอด โดยไม่คำนึงถึงช่องทางคลอด^{1,2} การตกเลือดหลังคลอด แบ่งออกเป็น 2 ระยะ ดังนี้ 1. การตกเลือดหลังคลอดระยะแรก (early postpartum hemorrhage) คือ การตกเลือดภายใน 24 ชั่วโมงแรกหลังคลอด รวมทั้งการตกเลือดในช่วง third stage of labor ด้วย 2. การตกเลือดหลังคลอดระยะหลัง (secondary postpartum hemorrhage) คือ การตกเลือดหลัง 24 ชั่วโมงจนถึง 12 สัปดาห์หลังคลอด ส่วนมากพบใน 1-2 สัปดาห์หลังคลอด³ การตกเลือดหลังคลอดเป็นภาวะแทรกซ้อนของการคลอดที่พบได้มากที่สุดและเป็นสาเหตุการเสียชีวิตของมารดาทั่วโลก โดยมารดาประมาณ 14 ล้านคน เกิดภาวะตกเลือดหลังคลอดส่งผลมีการเสียชีวิตประมาณ 70,000 รายทั่วโลก⁴ และประเทศไทย พบร้อยละ 38⁵ โดยเกือบทั้งหมดเป็นการตกเลือดหลังคลอดในระยะแรก และน้อยกว่าร้อยละ 1 เป็นการตกเลือดหลังคลอดระยะหลัง⁴ จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพบว่า ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นภายหลังการตกเลือดในระยะ 3-6 เดือนหลังคลอด โดยมีการกลับเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลในระยะ 13 เดือนหลังคลอด ร้อยละ 3.6 การแข็งตัวของเลือดผิดปกติ ร้อยละ 1.74 และการเกิดไตวายเฉียบพลัน ร้อยละ 0.33 และภาวะซึมเศร้าหลังคลอด ร้อยละ 13⁶ ซึ่งปัญหาดังกล่าวส่งผลเสียต่อความสามารถในการดูแลบุตร นอกจากนี้การที่มารดาหลังคลอดมีภาวะตกเลือดหลังคลอดจะส่งผลให้เกิดภาวะโลหิตจางในระยะยาว และมีโอกาสเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอดในการคลอดครั้งต่อไปได้⁷

การตกเลือดหลังคลอดระยะแรก มีสาเหตุและปัจจัยเสี่ยง ได้แก่ มดลูกไม่หดตัว (Uterine Atony) ช่องทางคลอดฉีกขาด (Trauma) รกค้าง (Tissue) และความผิดปกติของการแข็งตัวของเลือด (Thrombin) หรือ 4T โดยสาเหตุของการตกเลือดหลังคลอดระยะหลัง ได้แก่ เศษรกหรือเยื่อหุ้มทารกค้าง มดลูกเข้าอู่ช้า ภาวะติดเชื้อมดลูกเลือดออกจากแผลในทางคลอด และสาเหตุอื่นๆ เช่น ครรภ์ไข่ปลาอุก เนื่องจากของตัวมดลูก เป็นต้น³ รกค้างเป็นสาเหตุของการเกิดภาวะแทรกซ้อนและเสียชีวิตของมารดา ร้อยละ 0.5-3 ของการคลอดทั้งหมด⁸ โดยที่รกไม่สามารถคลอดเองใน 30 นาทีภายหลังทารกคลอดและมีเลือดออกมาก ซึ่งมีสาเหตุ 3 ประการ คือ 1. มดลูกมีการหดตัวไม่ดี 2. รกเกาะอย่างผิดปกติ และ 3. การปิดปากมดลูกก่อนที่จะมีการคลอดรก⁹

องค์การอนามัยโลกได้ส่งเสริมการปฏิบัติในระยะที่ 3 ของการคลอดโดยเร็ว คือ Active Management of the Third Stage of Labor (AMTSL) เพื่อป้องกันการตกเลือดระยะหลังคลอด โดยเป็นแนวปฏิบัติป้องกันการตกเลือดหลังคลอดของรัฐบาลทั่วโลก ได้แก่ 1. การบริหารยากระตุ้นการหดตัวของมดลูก 2. การทำ Controlled cord traction 3. การนวดคลึงมดลูกภายหลังรกคลอด และ 4. การทำ Delayed cord clamping 1-3 นาที เพื่อป้องกันการเกิดภาวะซีดในทารก¹⁰ ร่วมกับการใช้ถุงวัดปริมาตรเลือด เพื่อความแม่นยำในการวัดปริมาตรการเสียเลือดภายหลังคลอด¹¹ อย่างไรก็ตามการตกเลือดหลังคลอดส่วนมากยังคงเกิดขึ้นแม้มีมาตรการป้องกันดังกล่าวแล้ว ดังนั้นการเตรียมความพร้อมอย่างสม่ำเสมอจึงเป็นเรื่องสำคัญที่สุดทั้งในขณะรอคลอด คลอด และหลังคลอด รวมทั้งการแก้ไขสาเหตุของการตกเลือดให้รวดเร็ว แรงด่วน และมีการเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่อง³

โรงพยาบาลชาวนรลักษณ์บุรี มีสถิติมารดาคลอด ในปี 2564-2566 จำนวน 500, 433, และ 505 ราย พบอุบัติการณ์การเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอด ร้อยละ 2.54, 3.54, และ 1.98 ตามลำดับ โดยพบเกิดจากสาเหตุจากรกค้างร้อยละ 30.76, 27.27 และ 60 ของการตกเลือดหลังคลอด¹² แสดงให้เห็นว่าภาวะตกเลือดหลังคลอดจากรกค้างเป็นภาวะแทรกซ้อนทางสูติกรรมที่ถือว่าเป็นภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรมที่พบได้มากและเกิดอันตรายต่อมารดา ดังนั้นบทบาทของพยาบาลห้องคลอดจึงควรมีการทบทวนความรู้เกี่ยวกับภาวะตกเลือดทั้งในระยะคลอด และระยะหลังคลอด รวมทั้งแนวทางปฏิบัติในการดูแลมารดา เพื่อให้การดูแลที่มีประสิทธิภาพเพิ่มมากขึ้นป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง และถึงแม้จะมีภาวะแทรกซ้อนดังกล่าวเกิดขึ้นจะสามารถให้การพยาบาลได้และไม่เกิดอันตรายที่จะคุกคามชีวิตของมารดาและทารกในครรภ์ การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นแนวทางในการพยาบาลมารดาที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอดจากรกค้างอย่างมีประสิทธิภาพ

กรณีศึกษา

มารดาชาวไทย อายุ 23 ปี สถานภาพคู่

อาการสำคัญ

ปวดท้อง และมีมูกเลือด 4 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล



ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน

มารดา G₂P₁₀₀₁ Last 9 ปี LMP จำไม่ได้ วันกำหนดคลอด (EDC) 12 กรกฎาคม 2566 อายุครรภ์ 39⁺⁶ สัปดาห์ by U/S ฝากครรภ์ครั้งแรก 11⁺⁵ สัปดาห์ ได้รับการวินิจฉัยเบาหวานขณะตั้งครรภ์ (GDMA1) เมื่ออายุครรภ์ 12⁺⁶ สัปดาห์ และภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ที่อายุครรภ์ 22⁺⁵ สัปดาห์ ฝากครรภ์ 6 ครั้ง ไม่ครบเกณฑ์ที่โรงพยาบาลชาตวรรษบุรี

4 ชั่วโมงก่อนมามีอาการปวดท้องและมีมูกเลือด จึงมาโรงพยาบาล

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต : ปฏิเสธประวัติการผ่าตัด ปฏิเสธประวัติแพ้ยาและแพ้อาหาร

การประเมินสภาพร่างกายตามระบบ

รูปร่างทั่วไป : น้ำหนัก 117 กิโลกรัม ส่วนสูง 165 เซนติเมตร ดัชนีมวลกาย 42.98 กก./ม.² สัญญาณชีพ ความดันโลหิต 139/92 mmHg ชีพจร 80 ครั้งต่อนาที การหายใจ 18 ครั้งต่อนาที สม่ำเสมอ อุณหภูมิ 37 องศาเซลเซียส วัดซ้ำครั้งที่ 2 138/96 มิลลิเมตรปรอท ผลการตรวจปัสสาวะปกติ

ระบบประสาท : พูดคุย ตอบคำถามได้ ไม่สับสน pupil 2 mm Both eyes react to light

ผิวหนัง : ผิวสองสี ไม่มีจุดจ้ำเลือดผิวหนังชุ่มชื้นดี

ศีรษะและใบหน้า : ผมสีดำ คิ้วไม่พบต่อน้ำเหลืองโต ตา 2 ข้างสมมาตรกัน ไม่มีตาพร่ามัว เปลือกตาไม่ซีดทั้ง 2 ข้าง

ทรวงอกและการหายใจ : หายใจสม่ำเสมอ

หัวใจและหลอดเลือด : ชีพจร สม่ำเสมอ

ตรวจหน้าท้อง : HF 43 เซนติเมตร ข้างซ้าย Vertex presentation, Head engagement อัตราการเต้นของหัวใจทารก 138 ครั้งต่อนาที Interval 2' 50" Duration 50" ตรวจภายใน Cervix dilated 7cms, Effacement 100%, station 0, MI

ระบบทางเดินปัสสาวะ : ปัสสาวะปกติ

ระบบกล้ามเนื้อและกระดูก : ขาและเท้าไม่บวม Deep tendon reflex 2+

การประเมินสภาพจิตใจและสังคม : สิ้นหายใจไม่มีความวิตกกังวล ไม่มีปัญหาเรื่องค่าใช้จ่าย

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่สำคัญ

รายการ	ค่าปกติ	11 ก.ค. 66	13 ก.ค. 66
WBC	5,000-10,000 cell/mm ²	11,200	
HCT	36.0-47.0	40.1	38
Neutrophil	43.7-70.9 %	71.2	

การวินิจฉัยของแพทย์ : Term pregnancy with GDMA1 with Gestational hypertension with maternal Obesity with Normal vaginal delivery with Right medio lateral episiotomy with Postpartum Hemorrhage due to Retained placenta การวางแผนปฏิบัติการพยาบาล โดยใช้หลักของกระบวนการพยาบาล มีข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่สำคัญ ดังนี้

ระยะคลอด

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ 1 มีโอกาสเกิดภาวะชั้จากภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์

O : G₂P₁₀₀₁ GA 39⁺⁶ by U/S ความดันโลหิต 139/92 mmHg มีความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ที่ 22⁺⁵ สัปดาห์
วัตถุประสงค์ : เพื่อป้องกันการเกิดภาวะชั้

เกณฑ์การประเมินผล

1. ความดันโลหิต Systolic blood pressure \leq 140 mmHg หรือ Systolic blood pressure \leq 90 mmHg
2. ไม่เกิดภาวะชั้

กิจกรรมทางการพยาบาล

1. ประเมินอาการและอาการแสดงของอาการนำสู่ภาวะชั้ ได้แก่ จุกใต้ลิ้นปี่ ปวดศีรษะ ตาพร่ามัว

2. ประเมินความดันโลหิต ทุก 2 ชั่วโมง หาก systolic BP \leq 140 mmHg หรือ diastolic BP \leq 90 mmHg ให้รายงานแพทย์ เพื่อพิจารณาให้การช่วยเหลือทันที

3. จัดสิ่งแวดล่อมให้เงียบสงบ ให้มารดาอนพักบนเตียงในบริเวณที่เข้าถึงได้ง่ายเพื่อการช่วยเหลือได้ทันที รวมทั้งจัดท่านอนตะแคงซ้ายเพื่อลดการกดทับเส้นเลือด inferior vena cava

4. ประเมิน deep tendon reflex ทุก 2-4 ชั่วโมง เพื่อเฝ้าระวังความรุนแรงของโรค ซึ่งอาจนำไปสู่การชักได้

5. ติดตามผลทางห้องปฏิบัติการเพื่อช่วยในการวินิจฉัยและเฝ้าระวังภาวะครรภ์เป็นพิษ

6. ประเมินสุขภาพทารกในครรภ์ (Fetal Monitoring) เวนละ 1 ครั้ง เพื่อติดตามสุขภาพของทารกในครรภ์

7. อธิบายให้มารดาทราบถึงอาการนำสู่ภาวะชัก ได้แก่ ปวดศีรษะ ตาพร่ามัว ปวดจุกใต้ลิ้นปี่ และอันตรายจากการชักที่จะส่งผลแก่มารดาและทารก รวมทั้งความจำเป็นในการให้ยาป้องกันภาวะครรภ์เป็นพิษ¹³

8. เตรียมอุปกรณ์การช่วยชีวิตไว้ให้พร้อมใช้และจัดสิ่งแวดล่อมให้ปลอดภัย สะดวกในการใช้งาน

การประเมินผล

ความดันโลหิตอยู่ในเกณฑ์ปกติ 138/92 mmHg ไม่เกิดภาวะชัก และไม่มีอาการแสดงนำของภาวะชัก ได้แก่ จุกใต้ลิ้นปี่หรือเจ็บชายโครงขวา ปวดศีรษะ ตาพร่ามัว

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ 2 ทารกในครรภ์เกิดภาวะ Fetal distress

O : มารดา G₂P₁₀₀₁ GA 39⁺⁶ by U/S เสี่ยงหัวใจทารก 180 ครั้ง/นาที ผลตรวจสุขภาพทารกในครรภ์ (Fetal Monitoring) Category II (อาจจะผิดปกติ)

วัตถุประสงค์ : ทารกในครรภ์ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากภาวะ Fetal distress

เกณฑ์การประเมินผล

1. เสี่ยงหัวใจทารกอยู่ระหว่าง 110 – 160 ครั้ง/นาที และจังหวะสม่ำเสมอ
2. ผลตรวจสุขภาพทารกในครรภ์ Category I (ปกติ)

กิจกรรมทางการพยาบาล

1. ให้มารดาอนตะแคงซ้าย เพื่อลดการกดทับ inferior vena cava และเพิ่มการไหลเวียนเลือดไปยังมดลูก
2. ให้ออกซิเจนด้วยอัตรารัตรา 3 ลิตร/นาที ทาง nasal canula เพื่อเพิ่มปริมาณออกซิเจนแก่ทารกในครรภ์
3. ดูแล Monitoring FHS ทุก 15 นาที อย่างใกล้ชิดเพื่อประเมินสภาพทารกในครรภ์
4. ดูแลให้สารน้ำ 0.9% N.S.S. 1000 ml. load 500 ml then vein drip 120 ml/hr เพื่อเพิ่มการไหลเวียนของเลือดไปเลี้ยงรกและทารก รวมทั้งลดการกดทับของสายสะดือ
5. ติดตามเตรียมอุปกรณ์ในการช่วยฟื้นคืนชีพทารกแรกเกิดให้พร้อมใช้หากทารกแรกเกิดมีภาวะขาดออกซิเจนหรือต้องมีการช่วยฟื้นคืนชีพ

การประเมินผล

ภายหลังทำ intrauterine resuscitation (IUR) อัตราการเต้นของหัวใจทารก 150-160 ครั้ง/นาที ผลการตรวจสุขภาพทารกในครรภ์ Category I (ปกติ)

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ 3 เสี่ยงต่อเกิดภาวะ Hypo-Hyperglycemia จากภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์

O : มารดาได้รับการวินิจฉัยเบาหวานขณะตั้งครรภ์ (GDMA1) ตั้งแต่อายุครรภ์ 12⁺⁶ สัปดาห์ ดัชนีมวลกาย 42.98 กก./ม.² DTX แรกรับ 90 mg/dl

วัตถุประสงค์ : มารดาไม่เกิดภาวะ Hypo-Hyperglycemia

เกณฑ์การประเมินผล

1. ระดับน้ำตาลในเลือด (DTX)อยู่ในช่วง 80 – 120 mg/dl
2. ไม่มีอาการแสดงของภาวะน้ำตาลต่ำ ได้แก่ หิว ใจสั่น เหงื่อออก ตัวเย็น เวียนศีรษะคล้ายจะเป็นลม ภาวะน้ำตาลสูง ได้แก่ อ่อนเพลีย ปากแห้งปัสสาวะบ่อย และปวดศีรษะ มึนงง

กิจกรรมทางการพยาบาล

1. ประเมินระดับน้ำตาลในเลือด (DTX) ก่อนได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ หากมีค่า < 80 mg/dl หรือ > 140 mg/dl ให้รายงานแพทย์โดยทันที

2. ดูแลงดน้ำและอาหารเมื่อเข้าสู่ระยะ active phase และให้สารน้ำ 0.9% N.S.S. 1000 ml. v drip 120 ml/hr และประเมินอาการแสดงของภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ได้แก่ หิว ใจสั่น เหงื่อออก ตัวเย็น เวียนศีรษะคล้ายจะเป็นลม และภาวะน้ำตาลต่ำสูง ได้แก่ อ่อนเพลีย ปากแห้ง ปัสสาวะบ่อย และปวดศีรษะ มึนงง¹³

3. ติดตามภาวะสุขภาพของทารกในครรภ์อย่างใกล้ชิดด้วย Monitoring FHS

4. ติดตามผลตรวจระดับน้ำตาลในเลือดทุก 4 ชั่วโมง และติดตามผลการตรวจปัสสาวะเพื่อเฝ้าระวังภาวะ diabetic ketoacidosis

การประเมินผล

สตรีตั้งครรภ์ไม่มีอาการ และอาการแสดงของภาวะน้ำตาลต่ำ และสูง DTX ก่อนได้รับสารน้ำ 90 mg%

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 4 มารดามีอาการไม่สุขสบายเนื่องจากการเจ็บครรภ์คลอด

S : "หมอปวดมาก ๆ เลย ปวดถี่มากไม่ไหวปวดเหมือนจะถ่าย"

O : มารดา GA 39⁺⁶ by U/S, I = 2' 50" D = 50" Cervix dilated 7cms Effacement 100% station 0, MI

วัตถุประสงค์ : เพื่อให้มารดาสามารถเผชิญการเจ็บครรภ์คลอดและเข้าสู่การคลอดได้อย่างเหมาะสมและปลอดภัย

เกณฑ์การประเมินผล : มารดาสามารถจัดการอาการปวดได้เมื่อมีการหดตัวของมดลูก

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินความก้าวหน้าทางการคลอด ได้แก่ การหดตัวของมดลูกทุก 30 นาที โดยระยะ active phase หากมี interval < 2 นาที duration > 60 วินาที อาจทำให้มีมดลูกแตกได้ และการตรวจภายใน

2. อธิบายให้มารดาเข้าใจเกี่ยวกับการคลอด แผนการรักษาและการปฏิบัติตัวเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัยและระบายความรู้สึกให้กำลังใจและดูแลอย่างใกล้ชิด เพื่อลดความกลัว ความวิตกกังวล ความเจ็บปวด¹⁴

3. ดูแลให้ 0.9% NSS 1000 ml v drip 120 ml/hr ตามแผนการรักษาเพื่อป้องกันภาวะขาดน้ำ

4. ดูแลกระเพาะปัสสาวะให้ว่างโดยกระตุ้น ทุก 2-4 ชั่วโมง หากถ่ายปัสสาวะเองไม่ได้ ดูแลสวนปัสสาวะให้

5. ติดตามภาวะสุขภาพของทารกในครรภ์อย่างใกล้ชิดทุก 15-30 นาที หากเสียงหัวใจทารก > 160 ครั้ง/นาที หรือ < 110 ครั้ง/นาที หรือมีการถ่ายซีทาในน้ำคร่ำให้นอนตะแคงซ้ายและรายงานแพทย์ทันที

6. ดูแลมารดาให้อยู่ในท่าที่เหมาะสมและสุขสบาย คือ ท่าศีรษะและลำตัวสูง ได้แก่ ท่า PSU Cat ท่าผีเสื้อ ท่าคลานเข้า การใช้ Birthing Ball เพื่อลดอาการปวด และส่งเสริมการเคลื่อนตัวของศีรษะทารก¹⁴

7. แนะนำวิธีลดอาการปวดโดยไม่ใช้ยา ได้แก่ การนวด ซึ่งการนวดบริเวณไหล่ หลัง กระเบนเหน็บ และต้นขา การลูบหน้าท้อง โดยการใช้น้ำมันมูลูบเป็นวงกลมด้วยจิ้งหรีดเสมา¹⁴

8. เตรียมผู้คลอดรวมทั้งอุปกรณ์ต่างให้พร้อมสำหรับการช่วยคลอดด้วยสูติศาสตร์หัตถการหรือการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องในกรณีฉุกเฉิน

การประเมินผล

มารดาสามารถจัดการกับอาการปวดได้ โดยการนั่งท่าผีเสื้อและลูบหน้าท้องทุกครั้งที่มีมดลูกหดตัวโดยมีสามีดูแลใกล้ชิด I = 2' 35" D = 55" เสียงหัวใจทารก 150 ครั้ง/นาที ปัสสาวะได้เอง ประมาณ 200 ml

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 5 เสี่ยงต่อการคลอดติดขัดเนื่องจากภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์

O : มารดา G₂P₁₀₀₁ GA 39⁺⁶ by U/S ตรวจหน้าท้อง : HF 43 เซนติเมตร น้ำหนัก 117 กิโลกรัม ส่วนสูง 165 เซนติเมตร ดัชนีมวลกาย 42.9 กก./ม.² ได้รับการวินิจฉัยเบาหวานขณะตั้งครรภ์ Fully dilatation 08.10 น.

วัตถุประสงค์ : เพื่อให้มารดาได้รับการช่วยคลอดด้วยวิธีที่เหมาะสม

เกณฑ์การประเมินผล : มารดาได้รับการช่วยคลอดด้วยวิธีที่เหมาะสม

กิจกรรมการพยาบาล

1. เตรียมทีมให้ความพร้อมและแนวทางการดูแลตาม ALARM¹⁶ ดังนี้

- A (Ask for help) (การร้องขอความช่วยเหลือ) ให้รีบร้องขอความช่วยเหลือจากแพทย์ และทีมให้การดูแล
 - L (Lift the legs) การทำ McRoberts maneuver โดยยกขาทั้ง 2 ข้าง ให้มารดาตั้งขาขึ้นมาแนบกับหน้าอกพร้อมดึงศีรษะทารกกลงเพื่อให้ไหล่หน้าคลอดมกทำร่วมกับ suprapubic pressure
 - A (Anterior shoulder disimpaction (Supra pubic pressure) โดยให้ผู้ช่วยใช้กำปั้นกดลงบริเวณเหนือหัวหน้าตรงๆ พร้อมๆ กับผู้ทำคลอดดึงศีรษะทารกกลงจะช่วยทำให้ไหล่หน้าหลุดออกมา แต่ห้ามให้กดบริเวณยอดมดลูกเด็ดขาด (fundal pressure)
 - R (Rotation of posterior shoulder, Woods maneuver) เป็นการทำให้ไหล่ทารกคลอดโดยการหมุนไหล่หลังมาข้างหน้าแล้วสอดมือเข้าไปทางด้านหลังของไหล่หลัง ออกแรงผลักหลังหมุนทารกแบบเกลียวไปทางด้านหน้าจนไหล่หลังที่ผลัดเปลี่ยนมาอยู่ด้านหน้าได้ร่อนต่อกระดูกหัวหน้า
 - M (Manual removal posterior arm) เป็นการนำคลอดไหล่หลังก่อนโดยสอดมือเข้าไปปาดแขนหลังผ่านทางหน้าอกทารกแล้วทำคลอดแขนและไหล่หลัง จึงทำคลอดไหล่หน้าต่อ ไม่นิยมเพราะโอกาสเสี่ยงต่อการหักของกระดูกต้นแขนของทารกได้มาก
2. ประเมินความก้าวหน้าของการคลอดและการเบ่งคลอดเป็นระยะ ได้แก่ การหดตัวของมดลูก การบีบตัวของปากมดลูก การเคลื่อนตัวของส่วนหน้า การก้มและการหมุนของศีรษะทารก จัดท่าศีรษะสูง เพื่อให้มีการเคลื่อนตัวของศีรษะได้ดีและการเบ่งมีประสิทธิภาพมากขึ้น
3. ประเมินอาการของการคลอดไหล่ยากหรือภาวะติดไหล่ (shoulder dystocia) ได้แก่ การผลุบเข้าไปของส่วนศีรษะทารกภายหลังจากที่คลอดพ้น perineum ของมารดาออกมาโดยไหล่หน้าของทารกติดแน่นที่หลังต่อกระดูกหัวหน้าของมารดาร่วมกับไหล่หลังของทารกติดอยู่บริเวณ promontory of sacrum ที่เรียกว่า turtle sign
4. ทำหัตถการตัดฝีเย็บ Right medio lateral episiotomy โดยตัดกว้างเพื่อช่วยเปิดช่องคลอดให้มากขึ้น
5. บันทึกการช่วยคลอดทุกครั้งซึ่งมีความสำคัญในการให้การดูแลต่อเนื่องและเพื่อเป็นหลักฐาน

การประเมินผล

มารดาได้รับการช่วยคลอดด้วยท่าศีรษะสูง 45 องศาจากพื้นราบและจัดท่า McRoberts maneuver ก่อนคลอด บัสสาวะได้เอง ประมาณ 200 ml คลอด Normal delivery with Right medio lateral episiotomy ศีรษะคลอด 08.16 น. คลอดไหล่ 08.16 น. คลอดทางช่องคลอด เวลา 08.17 น. เพศหญิง น้ำหนัก 3,790 กรัม ไม่มีการคลอดติดขัด ไม่มีการฉีกขาดของช่องคลอดเพิ่มขึ้น APGAR SCORE 8,9,10 ร้องแรกคลอด

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 5 มีภาวะตกเลือดในระยะที่ 3 ของการคลอด

○ : มารดา G₂P₁₀₀₁GA 39⁺⁶ by U/S, fully ARM 08.10 น. คลอด Normal delivery with Rightmedio lateral episiotomy เวลา 08.17 น. น้ำหนัก 3,790 กรัม หลังคลอดทารก 15 นาที รกยังไม่คลอด มดลูกไม่กลมแข็ง เลือดออกทางช่องคลอด 300 ml ความดันโลหิต 100/48 mmHg ชีพจร 110 ครั้ง/นาที หายใจ 16-24 ครั้ง/นาที

วัตถุประสงค์ : เพื่อไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการตกเลือดหลังคลอดในระยะแรก

เกณฑ์การประเมินผล

1. มดลูกมีการหดตัวกลมแข็ง ระดับยอดมดลูกไม่เกินระดับสะดือ
2. ไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากการตกเลือด ความดันโลหิตต่ำลง ชีพจรเบาเร็ว กระสับกระส่ายเหงื่อออก ตัวเย็น
3. ความดันโลหิต 100/60-140/90 mmHg ชีพจร 60-100 ครั้ง/นาที การหายใจ 16-24 ครั้ง/นาที
4. ไม่เกิดภาวะการแข็งตัวของเลือดผิดปกติ (Disseminated Intravascular Coagulation: DIC)

กิจกรรมการพยาบาล

1. หลังไหล่หน้าทารกคลอดให้หย่ากระตุ้นการหดตัวของมดลูกตามแผนการรักษา เพื่อเพิ่มการหดตัวของมดลูกส่งผลให้การเสียเลือดลดลง คือ Syntocinon 10-unit ฉีดเข้ากล้ามเนื้อหัวไหล่ข้างขวา และ 0.9% 1000 cc + Syntocinon 30-unit IV drip v 120 cc/hr

2. ตรวจคลั่งมดลูกทันทีหลังรกคลอดนาน 60 วินาที คลั่งมดลูกด้วยท่าที่นุ่มนวล เพื่อกระตุ้นให้กล้ามเนื้อมดลูกหดรัดตัวเป็นระยะๆ และทำต่อเนื่องทุก 15 นาที นาน 2 ชั่วโมง โดยใช้มือข้างที่ถนัดวางลงบนมดลูกแล้วคลี่วงนไปทางเดียวกัน เพื่อกระตุ้นให้มดลูกหดรัดตัว
3. ทำคลอดรกด้วย Control cord traction เพื่อให้รกหลุดตัวและหลุดได้เร็วขึ้นลดการเสียเลือด
4. ดูแลกระเพาะปัสสาวะให้ว่างโดยการสวนปัสสาวะหากเต็มจะขัดขวางการหดรัดตัวของมดลูก
5. ประเมินสาเหตุและปัจจัยเสี่ยงของการตกเลือด 4T ได้แก่ มดลูกไม่หดรัดตัว (Uterine Atony) ช่องทางคลอดฉีกขาด (Trauma) รกค้าง (Tissue) และความผิดปกติของการแข็งตัวของเลือด (Thrombin)
6. ประเมินการเสียเลือดภายหลังคลอดทุก 15 นาที และใช้ถุงวัดปริมาตรเลือด เพื่อความแม่นยำในการวัดปริมาตรการเสียเลือด ภายหลังคลอด และระดับความรู้สึกตัวและอาการผิดปกติ เช่น หน้ามืด ใจสั่น เหงื่อออก ตัวเย็น ชีต ความรู้สึกตัวลดลง ชีพจรเบาเร็ว ความดันโลหิตต่ำ พร้อมทั้งรายงานแพทย์หลังทารกคลอด 15 นาที มดลูกไม่แข็งมีเลือดออกทางช่องคลอดประมาณ 300 ml และรกไม่คลอด
7. บันทึกสัญญาณชีพทุก 15 นาที โดยเฉพาะชีพจร และความดันโลหิต เพื่อประเมินความคงที่ของระบบไหลเวียนเลือดในร่างกายของมารดา
8. ให้ออกซิเจน Mask with bag 10 LPM เพื่อชดเชยออกซิเจนที่เสียไปพร้อมกับเม็ดเลือดแดงในขณะเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอดเฉียบพลัน¹¹
9. ดูแลนวดมดลูก (uterine massage) และตามทิมและเตรียมอุปกรณ์ในการล้วงรกให้พร้อม
10. จัดให้ผู้คลอดอยู่ในท่า Lithotomy พร้อมทั้งดูแลความสะอาดบริเวณปากช่องคลอดและช่องคลอดด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อ ปู่ผ้าปราศจากเชื้อ พร้อมทั้งสวนปัสสาวะออกให้หมด
11. ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ 0.9 % NSS 1000 ml v drip 120 ml/hr และอีก 1 เส้น เพื่อชดเชยปริมาตรเลือดที่เสียไปและรักษาสมดุลของระบบไหลเวียนเลือดในระยะแรกของเสียเลือดก่อนการทดแทนด้วยเลือด
12. ดูแลได้รับยา Cytotec25 ไมโครกรัม 4-tab support เพื่อกระตุ้นให้มดลูกมีการหดรัดตัวดีขึ้น
13. ดูแลได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วไป คือ pethidine 50 mg v slow push stat, diazepam 10 mg v ก่อนแพทย์ทำการล้วงรก ดูแลช่วยเหลือแพทย์ได้ทำการล้วงรก (Manual removal of placenta)
14. ขณะทำและภายหลังทำ ประเมินสัญญาณชีพทุก 5 นาที ประเมินการหดรัดตัวของมดลูก กระเพาะปัสสาวะ รวมทั้งการฉีกขาดของช่องทางคลอดและปริมาณเลือดที่ออก
15. ดูแลได้รับยา Transamine 500 mg v x 1 dose stat เพื่อรักษาภาวะตกเลือดหลังคลอดเฉียบพลัน
16. ใส่ก้อนเลือดหรือลิ่มเลือดในโพรงมดลูกออก เพื่อลดสิ่งขัดขวางการหดตัวของมดลูก สังเกตปริมาณ ลักษณะเลือดที่ออกจากช่องคลอด ลักษณะแผลฝีเย็บพร้อมเย็บซ่อมแซมแผลฝีเย็บ
17. ประเมินสัญญาณชีพ การหดรัดตัวของมดลูก กระเพาะปัสสาวะ รวมทั้งการฉีกขาดของช่องทางคลอด และปริมาณเลือดที่ออกทางช่องคลอดทุก 15 นาที เพื่อเฝ้าระวังการตกเลือดหลังคลอดซ้ำ
18. จัดให้มารดานอนพักบนเตียงในบริเวณที่เข้าถึงได้ง่ายเพื่อการช่วยเหลือได้ทันที
19. ประเมินสารน้ำเข้าสารน้ำออกจากร่างกายตลอด 24 ชั่วโมงตามแผนการรักษา เพื่อประเมินภาวะขาดน้ำและประเมินปริมาณเลือดที่ออก หากมีการเปลี่ยนแปลงของสัญญาณชีพ อาการแสดงที่บ่งบอกอาการตกเลือดที่เลวลง

การประเมินผล

มารดา รู้สึกตัวดีขึ้น พุดคุยรู้เรื่อง มดลูกหดรัดตัวไม่ตี หลังทารกคลอด 30 นาที รกไม่คลอด แพทย์ทำการล้วงรก รกคลอด completed เวลา 09.05 น. รกหนัก 900 กรัม รกคลอด และเยื่อหุ้มรกคลอดครบ รูปร่างเปื่อยยุ่ย ความดันโลหิต 100/60 - 100/58 mmHg ชีพจร 130-140 ครั้ง/นาที เบาเร็ว อัตราการหายใจ 22 ครั้ง/นาที O₂sat 96% Estimate blood loss รวม 1,200 มิลลิลิตร ไม่เกิดภาวะการแข็งตัวของเลือดผิดปกติ

ระยะหลังคลอด

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1 เสี่ยงตกเลือดซ้ำในระยะหลัง (secondary postpartum hemorrhage)

O: มารดา G₂P₁₀₀₁GA 39⁺⁶ by U/S, คลอด Normal delivery with Right medio lateral episiotomy ทารกน้ำหนัก 3,790 กรัม แพทย์ทำการล้างรก Estimate blood loss รวม 1,200 มิลลิลิตร

วัตถุประสงค์ : เพื่อส่งเสริมการปฏิบัติตัวระยะหลังคลอดในการป้องกันการตกเลือดในระยะหลัง

เกณฑ์การประเมินผล

1. มารดาหลังคลอดไม่มีอาการและอาการแสดงของภาวะตกเลือดหลังคลอด ได้แก่ หน้ามืด เป็นลม ใจสั่น ซีพจรเบาเร็ว ความดันโลหิตต่ำ เหงื่อออก และตัวเย็น เป็นต้น
2. มดลูกหดตัวดีเป็นก้อนกลมแข็ง มีขนาดลดลงวันละประมาณ 1 เซนติเมตร ไม่มี bladder full
3. แผลฝีเย็บ ไม่มี hematoma, normal lochia
4. ความดันโลหิต 100/60-140/90 mmHg ซีพจร 60-100 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 16-24 ครั้ง/นาที

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินอาการภาวะตกเลือดหลังคลอด เช่น ซีพจรเบาเร็ว ความดันโลหิตต่ำ เหงื่อออก ใจสั่น ตัวเย็น กระจายน้ำ ระยะแรกจะหายใจเร็วต่อมาหายใจช้าลง และระดับความรู้สึกตัวลดลง
2. ประเมินและบันทึกสัญญาณชีพทุก 15 นาที เป็นเวลา 2 ชั่วโมง โดยการใช้ นาฬิกา Save mom เตือนทุก 15 นาที เพื่อติดตามการหดตัวของมดลูกและการเปลี่ยนแปลงของสัญญาณชีพ
3. ดูแลมดลูกให้มารดาเพื่อให้มดลูกหดตัวเป็นก้อนแข็งป้องกันการตกเลือดหลังคลอด
4. แนะนำให้มารดาหลังคลอดไม่กลั้นปัสสาวะ หากกระเพาะปัสสาวะเต็มจะขัดขวางการหดตัวของมดลูก และทำให้เกิดการตกเลือดหลังคลอดได้
5. ดูแลมารดาให้นมบุตรทุก 2-3 ชั่วโมง ภายหลังรู้สึกตัวดีเนื่องจากขณะที่ทารกดูดนมจะกระตุ้นให้ posterior pituitary gland, oxytocin hormone เพิ่มขึ้นทำให้มดลูกมีการหดตัวสามารถป้องกันการตกเลือดหลังคลอดได้
6. แนะนำให้มารดาหลังคลอดสังเกตลักษณะ สี ปริมาณ กลิ่น lochia หากพบว่ามีปริมาณมาก หรือเป็ยกชุ่ม ให้แจ้งเจ้าหน้าที่ทราบทันที เพื่อประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะตกเลือดหลังคลอด

การประเมินผล

มารดาหลังคลอดไม่มีอาการและอาการแสดงของภาวะตกเลือดหลังคลอดซ้ำ ได้แก่ หน้ามืด เป็นลม ใจสั่น ซีพจรเบาเร็ว ความดันโลหิตต่ำ เหงื่อออก และตัวเย็น มดลูกหดตัวดี กลมแข็ง อยู่ต่ำกว่าระดับสะดือ ไม่มี bladder full แผลฝีเย็บไม่มี hematoma, normal lochia สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ BT = 37°C PR = 90 ครั้ง/นาที RR = 20 ครั้ง/นาที BP = 135/83 mmHg.

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2 เสี่ยงต่อการติดเชื้อในโพรงมดลูกและแผลฝีเย็บ

O : มารดาคลอดทางช่องคลอด ทารกหนัก 3,790 กรัม ได้รับการล้างรก รกหนัก 900 กรัม มีแผลที่โพรงมดลูกที่เกิดจากการลอกตัวของรกมดลูก และมีแผล Right medio lateral episiotomy

วัตถุประสงค์ : เพื่อป้องกันการเกิดการติดเชื้อที่มดลูก และแผลฝีเย็บ

เกณฑ์การประเมินผล

1. ไม่มีอาการแสดงของการติดเชื้อ เช่น มีไข้ แผลมีหนอง น้ำคาวปลา มีกลิ่นเหม็น และไม่มี Hematoma
2. ความดันโลหิต 110/60 - 140/90 mmHg ซีพจร 60-100 ครั้งต่อนาที อุณหภูมิ 36.5-37.5 องศาเซลเซียส หายใจ 16-20 ครั้งต่อนาที

กิจกรรมการพยาบาล

1. ทำคลอดทารกโดยใช้หลัก Aseptic technique
2. ประเมินลักษณะและปริมาณของเลือดหรือน้ำคาวปลาที่ออกจากช่องคลอด ในระยะแรกให้มารดาใส่ผ้าอนามัยเพื่อประเมินลักษณะ และปริมาณของเลือดที่ออกทางช่องคลอด และทำการบันทึกทุก 15 นาที ในระยะ 2 ชั่วโมงแรก บันทึกทุก 1-2 ชั่วโมง ในระยะ 4 ชั่วโมงหลังคลอด บันทึกทุก 4 ชั่วโมงจนครบ 24 ชั่วโมงแรกหลังคลอด

3. ประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะติดเชื้อหลังคลอด ได้แก่ ไข้ ปวด บวม แดง ร้อนที่บริเวณแผลฝีเย็บมาก แผลมีหนอง และน้ำคาวปลาที่มีกลิ่นเหม็น

4. ประเมินสัญญาณชีพและบันทึกทุก 4 ชั่วโมง เพื่อติดตามอาการของภาวะติดเชื้อหลังคลอด โดยเฉพาะอุณหภูมิร่างกาย หากผิดปกติควรรีบรายงานแพทย์

5. ให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัว เพื่อป้องกันภาวะติดเชื้อหลังคลอดดังนี้

5.1 ทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์อย่างถูกวิธีด้วยหลัก Aseptic technique

5.2 เปลี่ยนผ้าอนามัยทุก 3-4 ชั่วโมง หรือเมื่อผ้าอนามัยเปียกชุ่ม เพื่อลดสิ่งหมักหมม

5.3 รับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ โดยเฉพาะอาหารที่เป็นโปรตีนสูง เช่น เนื้อ นม ไข่ หรือผักผลไม้ที่มีวิตามินซีสูง เช่น ฝรั่ง ส้ม เพราะสารอาหารเหล่านี้จะช่วยซ่อมแซมให้แผลหายเร็วขึ้น

การประเมินผล

มารดาหลังคลอดไม่มีอาการแสดงของการติดเชื้อหลังคลอด เช่น มีไข้ แผลมีหนอง มีสารคัดหลั่ง (Discharge) ซึม น้ำคาวปลาที่มีกลิ่นเหม็นแผลฝีเย็บ ไม่มี Hematoma, normal lochia สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ ความดันโลหิต 126/80 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 100 ครั้งต่อนาที อุณหภูมิ 36.8 องศาเซลเซียส หายใจ 16 ครั้งต่อนาที

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 3 มีโอกาสไม่ประสบความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมมารดาอย่างต่อเนื่อง

S : มารดาบอกว่า กังวลกลัวว่าน้ำนมจะไม่มา เพราะท้องที่แล้วน้ำนมก็มาน้อยจึงให้ลูกกินแค่ 3 เดือน

O : มารดา G₂P₁₀₀₁GA 39⁶ by U/S, last child 2 ปี คลอด Normal delivery with Right medio lateral episiotomy

เวลา 08.17 น. ทารกคลอดครบกำหนดเพศหญิง น้ำหนัก 3,790 กรัม

วัตถุประสงค์ทางการพยาบาล : เพื่อให้มารดามีความรู้และความเข้าใจการเลี้ยงลูกด้วยนมอย่างเดี่ยว 6 เดือนขึ้นไป

เกณฑ์การประเมินผล : มารดามีความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมมารดาอย่างเดี่ยว 6 เดือนขึ้นไป

กิจกรรมการพยาบาล

1. แนะนำให้เลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาอย่างต่อเนื่องนานอย่างน้อย 6 เดือน เพราะน้ำนมมารดามีประโยชน์ มีคุณค่าทางสารอาหารสูง เหมาะสำหรับเลี้ยงทารก สะอาด ประหยัด และมีภูมิต้านทานโรค

2. อธิบายวิธีการที่ช่วยเสริมสร้างและหลังของน้ำนม เช่น แนะนำเทคนิค 4 ดังนี้¹⁴

- ดูดที่ 1 ดูดเร็วให้บุตรดูดกระตุ้นนมแม่ให้เร็วที่สุดเท่าที่จะทำได้

- ดูดที่ 2 ดูดบ่อยให้ลูกดูดนมแม่ได้ทุกๆ 2 ชั่วโมงสม่ำเสมอช่วยกระตุ้นให้น้ำนมมาเร็ว

- ดูดที่ 3 ดูดถูกวิธีปากลูกต้องเปิดกว้างเพื่ออมหัวนมให้ลึกที่สุดจนมิดลานนมคางแนบเต้า ปลายจมูกชิด หรือแตะเต้านม และริมฝีปากบน-ล่างบานออก ลักษณะเหมือนปากปลา คางลูกจรดเต้านม

- ดูดที่ 4 ดูดเกลี้ยงเต้า คือ เต้านมนิ่มลงทั้งเต้า อาการเจ็บตึงที่เต้านมหายไป โดยน้ำนมจะหยดเพียง 1-2 หยดเท่านั้น โดยน้ำนมมี 2 ส่วน คือ น้ำนมส่วนหน้าและส่วนหลัง การดูดเกลี้ยงเต้า

3. แนะนำและฝึกปฏิบัติการให้นมบุตรในท่าที่ถูกต้อง เพื่อช่วยให้มารดาหลังคลอดเกิดความมั่นใจ

4. แนะนำการอุ้มเรือหลังการให้นม ควรทำทันทีหลังจากให้ลูกดูดนมเสร็จทุกครั้ง โดยการไล่ลมในท่าอุ้มพาดบ่าให้มารดาอุ้มลูกโดยให้คางของลูกอยู่ที่บ่าของมารดา และใช้ฝ่ามือลูบหลังโดยลูบขึ้นจนได้ยินเสียงเรือ

5. แนะนำให้สามี ช่วยเหลือในการให้นมบุตรและให้กำลังใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

6. แนะนำในเรื่องการจัดสิ่งแวดล้อมขณะให้นมบุตร โดยสถานที่เงียบสงบ ผ่อนคลาย เป็นส่วนตัว โดยให้ความมั่นใจกับมารดาในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา ลดความกังวลและความอึดอัดใจจะเป็นสิ่งรบกวนการเรียนรู้

7. แนะนำวิธีการบีบเก็บน้ำนมเมื่อต้องออกไปนอกบ้านหรือเมื่อทำงาน เพื่อส่งเสริมการเลี้ยงลูกบุตรด้วยนมมารดา และเพื่อให้บุตรได้รับน้ำนมอย่างเพียงพอ

8. แนะนำการรับประทานอาหารครบ 5 หมู่ ในปริมาณเพิ่มขึ้นเพื่อให้ร่างกายของได้รับพลังงาน โปรตีน วิตามิน และแร่ธาตุต่างๆ อย่างเพียงพอ เช่น อาหารที่มีแคลเซียมสูงเต้าหู้ ปลาเล็กปลาน้อยผักใบเขียว

9. ให้ข้อมูลเกี่ยวกับแหล่งให้การช่วยเหลือเมื่อเกิดปัญหาขึ้น รวมทั้งการส่งต่อเพื่อได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องเมื่อกลับไปอยู่บ้านโดยเฉพาะช่วง 2 สัปดาห์แรกหลังคลอดซึ่งเป็นระยะวิกฤตของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

การประเมินผล

มารดาหลังคลอดและครอบครัวเข้าใจและมีความรู้เกี่ยวกับหลักการเทคนิค 4 จุดในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่และตั้งใจจะเลี้ยงลูกด้วยน้ำนมตนเองให้ได้เกิน 6 เดือนขึ้นไป

สรุปกรณีศึกษา

มารดาชาวไทย อายุ 23 ปี G₂P₁₀₀₁ Last 9 ปี อายุครรภ์ 39⁶สัปดาห์ by U/S ความเสี่ยงขณะตั้งครรภ์ พบภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ (GDM1) และภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ มาโรงพยาบาลเจ็บครรภ์คลอด 4 ชั่วโมง พบ EFM CAT II ให้การพยาบาล intrauterine resuscitation (IUR) ได้รับการทำหัตถการ Right medio lateral episiotomy และคลอดทางช่องคลอด ได้รับการ Syntocinon 10-unit ฉีดเข้ากล้ามเนื้อหัวไหล่ข้างขวา และ 0.9% 1000 cc + Syntocinon 30-unit IV drip v 120 cc/hr แขนข้างซ้ายคลอดเป็นทารกเพศหญิง น้ำหนัก 3,790 กรัม Apgar score นาทีที่ 1 ได้ 8 คะแนน หักสีผิว นาทีที่ 5 ได้ 9 คะแนน หักสีผิว และ นาทีที่ 10 ได้ 10 คะแนน ตัว 52 cm หัว 34 cm HR 140/min RR 44/min ภายหลังคลอด 15 นาที รกไม่คลอด มดลูกไม่กลมแข็ง เลือดออกทางช่องคลอด 300 ml รายงานแพทย์ และให้ออกซิเจน Mask with bag 10 LPM เตรียมอุปกรณ์ BOX set PPH จัดให้ผู้คลอดอยู่ในท่า Lithotomy on 0.9 % NSS 1000 ml load 500 ml/hr แขนข้างขวา Cytotec 25 ไมโครกรัม 4-tab support, pethidine 50 mg vein slow push stat, diazepam 10 mg vein แพทย์ได้ทำการล้างรก ฉีด transamine 500 mg x 1 dose รกคลอดเวลา 09.05 น. หนัก 900 กรัม รกและเยื่อหุ้มรกคลอดครบ ความดันโลหิต 100/60-100/58 mmHg ชีพจร 130-140 ครั้ง/นาที เบาเร็ว อัตราการหายใจ 22 ครั้ง/นาที O₂ sat 96%. Estimate blood loss รวม 1,200 มิลลิลิตร หลังคลอด 1 วัน มดลูกหดตัวดีเป็นก้อนกลมแข็งอยู่ต่ำกว่าระดับสะดือ แผลฝีเย็บไม่มี hematoma, normal lochia สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ T 37 °C PR 90 ครั้ง/นาที RR 20 ครั้ง/นาที BP 135/83 mmHg ไม่มีปวดศีรษะ ตาพร่ามัว จุกแน่นลิ้นปี่ Deep tendon reflex 2+ น้ำนมเริ่มไหลซึม ปวดแผลฝีเย็บเล็กน้อยเฉพาะเวลาเดิน ประเมิน Pain score by numeric scale 3-5/10 วันที่ 15 กรกฎาคม 2566 แพทย์ D/C และติดตามอาการในอีก 4 สัปดาห์

วิจารณ์

ภาวะตกเลือดหลังคลอดเป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบได้มากที่สุดและเป็นสาเหตุการเสียชีวิตของมารดาทั่วโลก ซึ่งเป็นภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรมที่ต้องได้รับการแก้ไขอย่างรวดเร็วเพื่อป้องกันการตกเลือด ลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจขึ้นต่อมารดาและทารกได้ โดยนำแนวทางหลักฐานเชิงประจักษ์ และแนวปฏิบัติทางการพยาบาลภาวะตกเลือดหลังคลอด เพื่อให้การพยาบาลที่เป็นทันสมัย มีแหล่งอ้างอิงที่น่าเชื่อถือ โดยให้การพยาบาลแบบองค์รวมโดยมีมารดาและครอบครัวเป็นศูนย์กลาง พยาบาลห้องคลอด จึงมีบทบาทสำคัญในการวางแผนให้การดูแลมารดาทุกราย

ข้อเสนอแนะ

ทีมการพยาบาลควรมีการบูรณาการความรู้ ทักษะ และความชำนาญด้านการพยาบาลมารดาที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอดเพื่อให้เกิดการดูแลแบบองค์รวมโดยมีการสื่อสารและทำความเข้าใจเกี่ยวกับเป้าหมายในการดูแล ระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพและทีมการพยาบาลที่เป็นผู้ติดตามเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่องและทบทวนแนวปฏิบัติทางคลินิก และการซ้อมแผนเมื่อเกิดภาวะภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรม รวมทั้งการซ้อมแผนในการตามทีมช่วยเหลือ ควรมีการบริหารจัดการเวชภัณฑ์ และเครื่องมือทางการแพทย์ และเครื่องมือแพทย์ในการช่วยชีวิตให้พร้อมใช้งานเสมอ

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization: WHO. recommendation on routes of oxytocin administration for the prevention of postpartum hemorrhage after vaginal birth. [internet]. 2020. [cited 2023 Nov 10]. Available from <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/336308/9789240013926-eng.pdf?sequence=1>
2. The American College of Obstetricians and Gynecologists: ACOG. Quantitative Blood loss in Obstetric Hemorrhage. [internet]. 2019. [cited 2023 Nov 12]. Available from <https://www.acog.org/clinical/clinical-guidance/committee-opinion/articles/2019/12/quantitative-blood-loss-in-obstetric-hemorrhage>
3. ชีระ ทองสง, สุพัตรา ศิริโชติยะกุล. การตกเลือดหลังคลอด. ใน : ชีระ ทองสง, บรรณาธิการ. สูติศาสตร์. กรุงเทพฯ: ลิขัณมีรุ่ง; 2564. หน้า 281-300.
4. World Health Organization: WHO. Postpartum Hemorrhage. [internet]. 2023. [cited 2023 Nov 10]. Available from <https://www.who.int/news-room/events/detail/2023/03/07/default-calendar/who-postpartum-haemorrhage-summit>
5. สำนักงานส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. รายงานการเฝ้าระวังการตายมารดาประเทศไทยปีงบประมาณ 2563. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 9 พฤศจิกายน 2566]. เข้าถึงได้จาก: https://hp.anamai.moph.go.th/maternal-mortalityratio/download?id=79052&mid=30954&mkey=m_document&lang=th&did=24018
6. Carroll M, Daly D, Begley CM. The prevalence of women's emotional and physical health problems following a postpartum haemorrhage: a systematic review. BMC Pregnancy Childbirth. [internet]. 2016. [cited 2023 Nov 10]. 16(1): 261. Available from : doi: 10.1186/s12884-016-1054-1.
7. Tort J, Rozenberg P, Traoré M, Fournier P. Dumont A. Factors associated with postpartum hemorrhage maternal death in referral hospitals in Senegal and Mali: a cross-sectional epidemiological survey. [internet]. 2015. [cited 2023 Nov 10]. Available from : <https://doi.org/10.1186/s12884-015-0669-y>
8. Favilli A, Tosto V, Ceccobelli M, Parazzini F, Franchi M, Bini V, et al. Risk factors for non-adherent retained placenta after vaginal delivery: a systematic review. BMC Pregnancy Childbirth. [internet]. (2021). [cited 2023 Nov 10]. Available from : <https://doi.org/10.1186/s12884-021-03721-9>
9. Perlman NC, Carusi DA. Retained placenta after vaginal delivery: risk factors and management. Int J Womens Health. [internet]. 2019. [cited 2023 Nov 10]. Available from : doi: 10.2147/IJWH.S218933.
10. World Health Organization: WHO. ACTIVE MANAGEMENT OF THE THIRD STAGE OF LABOUR New WHO Recommendations Help to Focus Implementation. [internet]. 2023. [cited 2023 Nov 8]. Available from : [https://www.mchip.net/sites/default/files/PPH%20Briefer%20\(AMTSL\).pdf](https://www.mchip.net/sites/default/files/PPH%20Briefer%20(AMTSL).pdf)
11. วิทยา ถิฐาพันธ์, ตรีภพ เลิศบรรณพงษ์. ภาวะวิกฤติทางสูติกรรม (Obstetric Crisis). พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: ภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล; 2561.
12. ศูนย์ข้อมูลโรงพยาบาลชาณุวรลักษบุรี. รายงานประจำปี 2566. กำแพงเพชร: โรงพยาบาลชาณุวรลักษบุรี; 2566.
13. นงลักษณ์ เฉลิมสุข. การพยาบาลสตรีที่มีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์. ใน: บังอร ศุภวิทิตพัฒนา, ปิยะภรณ์ ประสิทธิ์วัฒน์เสรี, บรรณาธิการ. การพยาบาลและการผดุงครรภ์: สตรีที่มีภาวะเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อน. เชียงใหม่: สมาร์ทโคตรตั้งแอนด์เซอร์วิส; 2562. หน้า 73-99.
14. นันทพร แสนศิริพันธ์, ณวี เบาทรวง. การพยาบาลและการผดุงครรภ์สตรีที่มีภาวะแทรกซ้อน. พิมพ์ครั้งที่ 2. เชียงใหม่: สมาร์ทโคตรตั้ง แอนด์ เซอร์วิส; 2560.
15. ปิยะนุช ชูโต. การพยาบาลและการผดุงครรภ์สตรีในระยะคลอดและหลังคลอด. พิมพ์ครั้งที่ 2. เชียงใหม่: สมาร์ทโคตรตั้งแอนด์ เซอร์วิส; 2563.
16. เกษมศรี ศรีสุพรรณดิฐ. ภาวะติดไหล่ Shoulder Dystocia. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 9 พฤศจิกายน 2566]. เข้าถึงได้จาก : <https://w1.med.cmu.ac.th/obgyn/lessons/33359/>



Factors and levels of preoperative anxiety among patients undergoing obstetric and gynecologic surgery in general hospitals

Somkiat Fumfongfu, B.N.S.*
Srisuda Assawapalanggool, Ph.D.**
Mongkol Surimuang, M.N.S.***

Abstract

Introduction : Anxiety in preoperative patients undergoing anesthesia may lead to complications, subsequently increasing the length of hospital stay, morbidity rates, and the mortality rate. The study of this anxiety is a crucial responsibility of the anesthetist nurse. The findings from the study inform the development of assistance methods tailored to better suit the needs of the patients.

Objective : To study anxiety and the correlation between factors related to anxiety in preoperative patients in the obstetrics and gynecology department.

Methods : A descriptive study was conducted to explore relationships among preoperative patients at Mae Sot Hospital, Tak Province, in the Obstetrics and Gynecology department. Data collection took place from October to November 2023, involving 144 patients. Participants were surveyed using a questionnaire on preoperative anxiety and information needs, utilizing the Amsterdam Preoperative Anxiety and Information Scale (APAIS) in its Thai version. Descriptive statistics were employed for data analysis, and the relationship between variables and anxiety was examined using Pearson correlation.

Results : The study's sample exhibited a moderate level of preoperative anxiety ($\bar{X}=2.52$, SD 1.119) and a low level of preoperative information needs ($\bar{X}=2.26$, SD 0.980). Additionally, a history of prior surgeries demonstrated a negative correlation with lower anxiety levels ($r = -0.280$, $p < 0.001$). Conversely, a positive correlation was observed between the need for information and moderate anxiety levels ($r = 0.421$, $p < 0.001$).

Conclusion: The sample group exhibited moderate preoperative anxiety. Anesthesia nurses should design work processes in the pre-anesthesia phase, emphasizing the provision of information, particularly for groups of patients who have never undergone surgery before.

Keywords : Anxiety, Obstetrics and gynecology patients, surgery, anesthesia

* Registered nurse, professional level, Anesthesia Unit Mae Sot Hospital

** Registered nurse, Senior professional level, Research and Nursing Development Unit. Mae Sot Hospital

*** Corresponding author Registered nurse, Senior professional level, Research and Nursing Development Unit. Mae Sot Hospital

ปัจจัยและระดับความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดทางสูติรีเวช ในโรงพยาบาลทั่วไป

สมเกียรติ ฟูมฟองฟู, พย.บ.*
ศรีสุดา อัครพลังกุล, วท.ด.**
มงคล สุริเมือง, พย.ม.***

บทคัดย่อ

บทนำ : ความวิตกกังวลในผู้ป่วยก่อนผ่าตัดที่ต้องรับการระงับความรู้สึก ส่งผลทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อน ที่นำไปสู่การเพิ่มระยะเวลาการนอนในโรงพยาบาล เพิ่มอัตราความพิการ และเพิ่มอัตราการเสียชีวิต การศึกษาความวิตกกังวลดังกล่าวเป็นบทบาทและหน้าที่สำคัญของวิสัญญีพยาบาล ผลการศึกษานำไปสู่การออกแบบวิธีการช่วยเหลือให้มีความเหมาะสมกับผู้ป่วยต่อไป

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาความวิตกกังวลและความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความวิตกกังวลในผู้ป่วยก่อนผ่าตัดแผนกสูติรีเวชกรรม

วิธีการศึกษา: การศึกษาเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์ในผู้ป่วยก่อนผ่าตัด แผนกสูติรีเวชกรรม โรงพยาบาลแม่สอด จังหวัดตาก เก็บข้อมูล ระหว่างเดือนตุลาคมถึงเดือนพฤศจิกายน 2566 จำนวน 144 ราย ด้วยแบบสอบถามความวิตกกังวลและความต้องการข้อมูลก่อนผ่าตัด (The Amsterdam preoperative anxiety and information scale (APAIS) Thai version) วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา หาความสัมพันธ์ของตัวแปรต่อความวิตกกังวลด้วยสหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน

ผลการศึกษา : กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษามีระดับความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดระดับปานกลาง (\bar{X} =2.52, SD 1.119) มีความต้องการข้อมูลก่อนผ่าตัดอยู่ในระดับน้อย (\bar{X} =2.26, SD 0.980) ประสบการณ์การผ่าตัดมีความสัมพันธ์เชิงลบต่อความวิตกกังวลในระดับต่ำ (r = -0.280, p <0.001) ความต้องการข้อมูลมีความสัมพันธ์เชิงบวกต่อความวิตกกังวล ระดับปานกลาง (r = 0.421, p <0.001)

สรุป : กลุ่มตัวอย่างมีความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดระดับปานกลาง วิสัญญีพยาบาลควรออกแบบกระบวนการทำงานในขั้นตอน Pre Anesthesia เน้นการให้ข้อมูลโดยเฉพาะในผู้ป่วยกลุ่มที่ไม่เคยมาผ่าตัดมาก่อน

คำสำคัญ : ความวิตกกังวล ผู้ป่วยสูติรีเวช การผ่าตัด การระงับความรู้สึก

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานการพยาบาลวิสัญญี โรงพยาบาลแม่สอด

**พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ กลุ่มงานวิจัยและพัฒนาการพยาบาล โรงพยาบาลแม่สอด

***Corresponding author พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ กลุ่มงานวิจัยและพัฒนาการพยาบาล โรงพยาบาลแม่สอด



บทนำ

ภาวะเจ็บป่วยที่ต้องได้รับการรักษาด้วยวิธีผ่าตัดถือเป็นภาวะคุกคามต่อชีวิตและเป็นสถานการณ์วิกฤตของผู้ป่วยอาจก่อให้เกิดความวิตกกังวล โดยเฉพาะระยะก่อนผ่าตัดและวันผ่าตัดเป็นช่วงเวลาที่มีผู้ป่วยมีความวิตกกังวลสูงสุด¹ สาเหตุของความวิตกกังวลเกิดจากความรู้สึกขัดแย้งและความไม่แน่ใจของความไม่แน่นอนจากสถานการณ์การผ่าตัด ภาวะแทรกซ้อนที่อาจจะเกิดขึ้นหลังผ่าตัด หรือความวิตกกังวลจากผลลัพธ์ที่ตามมา ซึ่งแสดงออกทางด้านอารมณ์และความรู้สึกนึกคิด² ความวิตกกังวลส่งผลทางด้านร่างกาย คือทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น หัวใจเต้นเร็วเพิ่มขึ้นมากกว่าปกติหรือเต้นผิดจังหวะ สาเหตุจากการทำงานของต่อมหมวกไตที่มีการหลั่งสารแคทีโกลามีน ร่วมกับการปล่อยสารคอร์ติโคสเตียรอยด์ ทำให้เกิดการคั่งของโซเดียมและโปแตสเซียมในเลือด อีกทั้งเกิดการกระตุ้นระบบประสาทซิมพาเทติกให้ทำงานเพิ่มมากขึ้น³ ความวิตกกังวลที่ส่งผลทางด้านจิตใจ เช่น หายใจไม่อิ่ม หายใจถี่ กลืนไม่ลง กระวนกระวาย เหงื่อออกฝ่ามือฝ่าเท้า นอนไม่หลับ² อีกทั้งผู้ป่วยที่มีระดับความวิตกกังวลสูงมักต้องการยาสงบเพิ่มมากกว่าผู้ป่วยที่มีความวิตกกังวลต่ำ⁴ การฟื้นฟูสภาพร่างกายหลังผ่าตัดซ้ำและมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดเพิ่มมากขึ้น ความวิตกกังวลที่สูงเป็นสาเหตุที่ต้องเลื่อนการผ่าตัดหรืองดการผ่าตัด ทำให้ผู้ป่วยเสียโอกาสในการผ่าตัด ความรุนแรงหรือภาวะเสี่ยงเพิ่มมากขึ้น และส่งผลให้ระยะเวลาในการนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลของผู้ป่วยนานขึ้นก่อให้เกิดค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้น⁵

การผ่าตัดทางสูติศาสตร์เป็นหัตถการที่ใช้เวลานาน ส่งผลต่อผู้ป่วยทั้งในทางด้านบวกและด้านลบ ทางด้านบวก เป็นการผ่าตัดที่ทำให้ผู้ป่วยหายจากโรคทางสูติศาสตร์ ลดอุบัติการณ์การเป็นโรค เพิ่มคุณภาพชีวิต ทางด้านลบ อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัด หรือจากการระงับความรู้สึก เกิดความเจ็บปวด สูญเสียอวัยวะที่เกี่ยวข้องกับการสืบพันธุ์ สูญเสียความสามารถในการมีบุตร สิ่งที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยสูติศาสตร์เหล่านี้เป็นภาวะวิกฤตที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความเครียดและความวิตกกังวล⁶ จากการศึกษาที่ผ่านมาพบปัจจัยที่ส่งผลต่อความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด เช่น อายุ เพศหญิง ระดับการศึกษา ชนิดของการผ่าตัด ภาวะสุขภาพ ภาวะสังคม เศรษฐกิจ ผู้ป่วยบางกลุ่มมักมีระดับความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดในระดับสูง เช่น ประชากรกลุ่มวัยรุ่น ผู้ป่วยที่ไม่เคยได้รับการผ่าตัดมาก่อน⁷ ปัจจัยทางด้านความต้องการข้อมูลก็มีผลต่อระดับความวิตกกังวล⁸ ดังนั้นกระบวนการพยาบาลตรวจเยี่ยมทางวิสัญญีจะช่วยสนับสนุนทั้งด้านร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยเพื่อให้มีความวิตกกังวลที่ลดลง ปัจจุบันมีเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินความวิตกกังวลหลากหลาย แต่เครื่องมือประเมินระดับความวิตกกังวลก่อนการผ่าตัดที่ใช้แบบประเมินของ Amsterdam Preoperative Anxiety Information Scale (APAIS) ที่ได้รับการแปลเป็นภาษาไทย โดย อภิญญา, ศิริพร, และภุชงค์ (2552)⁹ ได้รับการตรวจสอบความเชื่อมั่นและความเที่ยงตรงอยู่ในระดับสูง

โรงพยาบาลแม่สอด จังหวัดตาก เป็นโรงพยาบาลทั่วไป ขนาด 420 เตียง ตั้งอยู่ฝั่งตะวันตกของจังหวัดตาก เป็นเขตพื้นที่ติดกับชายแดนประเทศเมียนมา ผู้รับบริการส่วนหนึ่งเป็นชาวเมียนมาและกลุ่มชาติพันธุ์ มีความหลากหลายด้านเชื้อชาติ วัฒนธรรม และภาษา เกิดการสื่อสารที่ไม่เข้าใจกันระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแล จึงทำให้ที่ผ่านมามีการสื่อสารเพื่อประเมินระดับความวิตกกังวลก่อนการผ่าตัด ประกอบกับโรงพยาบาลแม่สอดยังไม่มีการศึกษาความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดในผู้ป่วยแผนกสูติศาสตร์ ซึ่งเป็นผู้ป่วยกลุ่มผู้หญิงจากการศึกษาที่ผ่านมามีระดับความวิตกกังวลที่ค่อนข้างสูง ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาปัจจัยและระดับความวิตกกังวลก่อนการผ่าตัดทั้งในกลุ่มชาวไทย ชาวเมียนมาและกลุ่มชาติพันธุ์ เพื่อนำผลการศึกษาที่ได้ไปสร้างองค์ความรู้ ปรับกระบวนการดูแล ออกแบบวิธีการช่วยเหลือผู้ป่วยก่อนการผ่าตัด ให้มีความเหมาะสมในผู้ป่วยแผนกสูติศาสตร์ เพื่อป้องกันการเกิดความวิตกกังวลก่อนการผ่าตัดและเพื่อให้ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลลดลง

วัตถุประสงค์ของการศึกษา เพื่อศึกษา

1. ระดับความวิตกกังวลในผู้ป่วยแผนกสูติศาสตร์ก่อนผ่าตัดและรับการระงับความรู้สึก
2. ความสัมพันธ์ของปัจจัยต่อระดับความวิตกกังวลในผู้ป่วยแผนกสูติศาสตร์ก่อนผ่าตัดและรับการระงับความรู้สึก

คำถามการวิจัย

1. ระดับความวิตกกังวลในผู้ป่วยแผนกสูติศาสตร์ก่อนผ่าตัดและรับการระงับความรู้สึก เป็นอย่างไร
2. ปัจจัยใดบ้างที่มีผลต่อระดับความวิตกกังวลในผู้ป่วยแผนกสูติศาสตร์ก่อนผ่าตัดและรับการระงับความรู้สึก

วิธีการศึกษา

การศึกษาแบบเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

เป็นผู้ป่วยแผนกสูติรีเวชกรรมที่ได้รับการผ่าตัดและระดับความรู้สึกในโรงพยาบาลแม่สอด จังหวัดตาก ระหว่างที่ทำการศึกษากลุ่มตัวอย่าง

เป็นผู้ป่วยแผนกสูติรีเวชกรรม ที่เข้ารับการผ่าตัดและระดับความรู้สึก ระหว่างเดือน ตุลาคม -พฤศจิกายน 2566 เลือกแบบเฉพาะเจาะจงลงตามเกณฑ์คัดเข้า

เกณฑ์การคัดเข้า

1. อายุ 15-80 ปี
2. ASA Class 1-3
3. เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวางแผนผ่าตัดล่วงหน้า
4. มีการรับรู้ มีความเข้าใจ และสามารถสื่อสารได้ปกติ

เกณฑ์การคัดออก

ปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัย

คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยอ้างอิงจำนวนผู้ป่วยสูติรีเวชกรรมมารับบริการผ่าตัดและระดับความรู้สึกเฉลี่ย 88 ราย ต่อเดือน ใช้สูตร Taro Yamane¹⁰ ได้ขนาดตัวอย่างที่เหมาะสมอย่างน้อย 72 รายต่อเดือน ทำการเก็บข้อมูล 2 เดือน รวมกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 144 ราย

การพิทักษ์สิทธิและจริยธรรมการวิจัย

ภายหลังโครงร่างวิจัยผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลแม่สอด จังหวัดตาก เลขที่ MSHP 32/2566 ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง ผู้ที่เกี่ยวข้อง และพบกลุ่มตัวอย่างเป็นรายบุคคลตามคิวนัดหมายการผ่าตัด ชี้แจงกับกลุ่มตัวอย่างให้ทราบถึงวัตถุประสงค์ และประโยชน์ของการดำเนินวิจัย อธิบายวิธีการดำเนินการวิจัย สิทธิในการเข้าร่วมด้วยความสมัครใจและถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลต่อการบริการแต่อย่างใด ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยจะเก็บไว้เป็นความลับและนำไปใช้ตามวัตถุประสงค์ในการศึกษาค้นคว้าเท่านั้น การนำเสนอในภาพรวม มิได้วิเคราะห์เป็นรายบุคคล เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดียินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างอ่านเอกสารข้อมูลสำหรับกลุ่มตัวอย่าง พร้อมทั้งลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1. แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย อายุ เชื้อชาติ ระดับการศึกษา สถานภาพ รายได้ อาชีพ สิทธิการรักษา โรคประจำตัว การใช้ยาต้านความวิตกกังวล ระดับ ASA Class ประสบการณ์เกี่ยวกับการผ่าตัด/การได้รับการระงับความรู้สึก ระยะเวลาประเมินก่อนผ่าตัด ระดับความดันโลหิต ซีพจร อัตราการหายใจ ชนิดการผ่าตัด การได้รับการบริการคลินิก Pre anesthetic และการได้รับการบริการ pre-operative จากพยาบาลห้องผ่าตัดก่อนการผ่าตัด

2. แบบสอบถามความวิตกกังวลและความต้องการข้อมูลก่อนผ่าตัด (The Amsterdam preoperative anxiety and information scale (APAIS) Thai version) ซึ่งแปลเป็นภาษาไทยโดย อภิญา, ศิริพร, และภุชงค์ (2552)⁹ แบบสอบถามมี 2 ส่วน คือ 1) ความวิตกกังวล แบ่งออกเป็น ความวิตกกังวลด้านการได้รับระงับความรู้สึก 2 ข้อ (ข้อ 1 และข้อ 2) ความวิตกกังวลด้านการผ่าตัด 2 ข้อ (ข้อ 4 และข้อ 5) ความรู้สึกแบบสอบถามมีลักษณะคำตอบเป็นมาตราวัดประเมินค่า แบ่งออกเป็น 5 ระดับ มีเกณฑ์การแปลผลคะแนน ดังนี้ 1.00-1.49 แปลว่า ระดับน้อยที่สุด 1.50-2.49 แปลว่า ระดับน้อย 2.50-3.49 แปลว่า ระดับปานกลาง 3.50-4.49 แปลว่า ระดับมาก และ 4.50-5.00 แปลว่า ระดับมากที่สุด 2) ความต้องการข้อมูล 2 ข้อ (ข้อ 3 และข้อ 6) และคำถามปลายเปิดให้ผู้ป่วยบอกสิ่งที่วิตกกังวลหรือกลัวเมื่อต้องรับการผ่าตัดและให้าระงับความรู้สึก เกณฑ์การแปลผลคะแนนเช่นเดียวกับ ความวิตกกังวล

การควบคุมคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือนี้ใช้ในการวิจัยของ อภิญา กุณฑลลักษณ์ และคณะ⁹ ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ผู้วิจัยได้นำมาหาความเชื่อมั่นในกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา จำนวน 20 ราย ได้ค่าความเชื่อมั่นค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.86



วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยขออนุญาตดำเนินการวิจัยจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลแม่สอด จังหวัดตาก ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง ตามเกณฑ์การคัดเลือก จำนวน 144 ราย ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตัว ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์ของการวิจัยและประโยชน์ที่จะได้รับ ดำเนินการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง จากนั้นผู้วิจัยอ่านแบบสอบถามให้ผู้ป่วยฟัง ใช้เวลาตอบแบบสอบถาม 10-15 นาที ในผู้ป่วยต่างชาติ ผู้วิจัยใช้ล่ามในการอ่านแบบสอบถาม และดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนตุลาคม ถึงเดือนพฤศจิกายน 2566

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไป วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลต่อเนื่อง ทดสอบการกระจายตัวและเลือกใช้สถิติที่เหมาะสม
2. เปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลต่อเนื่อง ได้แก่ ค่าสัญญาณชีพ ด้วยสถิติ Wilcoxon sign rank test
3. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ของตัวแปรต่อระดับความวิตกกังวลด้วยสหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน กำหนดเกณฑ์การแปลผลของระดับความสัมพันธ์ทั้งด้านบวกและลบดังนี้ ระดับสูง ± 0.7 ระดับปานกลาง ± 0.3 ถึง ± 0.7 และระดับต่ำ 0 ถึง ± 0.3

ผลการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา จำนวน 144 ราย ค่ามัธยฐานอายุ เท่ากับ 34 ปี (median 34, IQR [28, 41.75]) เชื้อชาติไทย ร้อยละ 52.1 มีระดับการศึกษา ระดับมัธยมศึกษา/ปวส/ปวช ร้อยละ 30.6 สถานภาพ คู่ ร้อยละ 86.1 ค่ามัธยฐานรายได้ต่อเดือน เท่ากับ 12,000 บาท (median 12,000 IQR [6000, 20,000]) ประกอบอาชีพแม่บ้าน ร้อยละ 40.3 สิทธิการรักษาด้วยบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า (บัตรทอง) ร้อยละ 29.2 (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย (n=144)

ลักษณะทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
อายุ (ปี) median [IQR]	34 [28, 41.75]	
เชื้อชาติ		
ไทย	75	52.1
พม่า	46	31.9
กระเหรี่ยง	23	16.0
ระดับการศึกษา		
มัธยมศึกษา/ปวส/ปวช	44	30.6
ไม่ได้ศึกษา	38	26.4
ปริญญาตรี	28	19.4
ประถมศึกษา	23	16.0
ต่ำกว่าประถมศึกษา	8	5.6
สูงกว่าปริญญาตรี	3	2.1
สถานภาพ		
สมรส	124	86.1
โสด	16	11.1
หม้าย	4	2.8
รายได้เดือน (บาท) median [IQR]	12,000 [6000, 20,000]	
อาชีพ		
แม่บ้าน	58	40.3
รับจ้าง	32	22.2



ลักษณะทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
ค้าขาย	22	15.3
พนักงานบริษัท	13	9.0
เกษตรกร	8	5.6
รับราชการ/พนักงานของรัฐ	7	4.9
นักเรียน/นักศึกษา	1	0.7
ธุรกิจส่วนตัว	1	0.7
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	2	1.4
สิทธิรักษา		
บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า (บัตรทอง)	42	29.2
ชำระเงินเอง	32	22.2
ประกันสังคม	26	18.1
ศูนย์อพยพ	17	11.8
บัตรสุขภาพ (ต่างชาติ)	15	10.4
เบิกกรมบัญชีกลาง	11	7.6
อสม.	1	0.7

ลักษณะทางคลินิกของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 76.4 ASA Class อยู่ในระดับ 2 ร้อยละ 75.0 เคยมีประสบการณ์เกี่ยวกับการผ่าตัดและระงับความรู้สึก ร้อยละ 59.7 เป็นผู้ป่วยที่ต้องได้รับการผ่าตัด แบบ major surgery ร้อยละ 68.1 และได้รับการบริการ Pre anesthetic clinic ร้อยละ 81.3 (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ลักษณะทางคลินิกของกลุ่มตัวอย่าง (n=144)

ข้อมูลทางคลินิก	จำนวน	ร้อยละ
โรคประจำตัว		
ไม่มี	110	76.4
มี	34	23.6
ASA Class		
1	33	22.9
2	108	75.0
3	3	2.1
ประสบการณ์เกี่ยวกับการผ่าตัด/การได้รับการระงับความรู้สึก		
เคย	86	59.7
ไม่เคย	58	40.3
ประเภทการผ่าตัด		
minor surgery	46	31.9
major surgery	98	68.1
ได้รับการบริการ Pre anesthetic clinic	117	81.3
ได้รับการบริการ Pre-operative จากพยาบาลห้องผ่าตัด	49	34.0

เมื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบสัญญาณชีพ baseline ของผู้ป่วย กับสัญญาณชีพก่อนรับการผ่าตัดและระงับความรู้สึก พบว่า ระดับ Systolic BP และ Diastolic BP ก่อนรับการผ่าตัดและระงับความรู้สึกเพิ่มขึ้นกว่า baseline อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) (ตารางที่ 3)



ตารางที่ 3 เปรียบเทียบลักษณะสัญญาณชีพ baseline กับ ก่อนรับการผ่าตัดและระดับความรู้สึก (n=144)

สัญญาณชีพ	baseline		ก่อนการระงับความรู้สึก		ค่าสถิติ	p-value
	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD		
Systolic BP	118.43	12.990	132.75	19.603	-9.324	<0.001
Diastolic BP	71.96	11.663	80.24	12.800	-7.190	<0.001
Heart Rate	87.11	12.961	86.28	13.755	0.758	0.450
Respiratory Rate	19.90	0.683	19.69	1.475	1.623	0.107

ความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดและก่อนระงับความรู้สึกของกลุ่มตัวอย่าง อยู่ในระดับปานกลาง (\bar{X} =2.52, SD 1.119) เมื่อพิจารณาข้อพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัดมากที่สุด (\bar{X} =2.83, SD 1.286) โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความคิดเกี่ยวกับการวางยาสลบ/ฉีดยาชาเข้าช่องไขสันหลังอยู่ในระดับน้อยที่สุด (\bar{X} =2.23, SD 1.210) (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดและความต้องการข้อมูลของผู้ป่วย (n=144)

ตัวแปร	\bar{X}	SD	แปลผล
ความวิตกกังวล			
1. ฉันรู้สึกกังวลเกี่ยวกับการวางยาสลบ/ฉีดยาชาเข้าช่องไขสันหลัง	2.64	1.249	ปานกลาง
2. ความคิดเกี่ยวกับการวางยาสลบ/ฉีดยาชาเข้าช่องไขสันหลังอยู่ในใจฉันตลอดเวลา	2.23	1.210	น้อย
3. ความคิดเกี่ยวกับการผ่าตัดวันเวียนในใจฉันตลอดเวลา	2.42	1.221	น้อย
4. ฉันรู้สึกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัด	2.83	1.286	ปานกลาง
รวม	2.52	1.119	ปานกลาง
ความต้องการข้อมูล			
1. ฉันอยากรู้ข้อมูลเกี่ยวกับการวางยาสลบ/ฉีดยาชาเข้าช่องไขสันหลังในระดับใด	2.27	1.104	น้อย
2. ฉันอยากรู้ข้อมูลเกี่ยวกับการผ่าตัดในระดับใด	2.26	1.114	น้อย
รวม	2.26	0.980	น้อย

การสอบถามกลุ่มตัวอย่างด้วยคำถามปลายเปิด พบว่าสิ่งที่กลุ่มตัวอย่างกลัวหรือกังวลมากเป็นอันดับแรกได้แก่ กลัวปวดหลังและกลัวเจ็บแผล ร้อยละ 28.5 รองลงมาคือ กลัวผลข้างเคียง ภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัด เช่น ภาวะตกเลือด ร้อยละ 18.8 ประเด็นที่กลุ่มตัวอย่างกลัวน้อย ได้แก่ การเจ็บขณะผ่าตัด ร้อยละ 4.2 ทั้งนี้ พบว่ามีกลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีความกลัวและกังวลในการผ่าตัดและการระงับความรู้สึก จำนวน 34 ราย (ร้อยละ 23.6) (ตารางที่ 5)

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยที่กลัวหรือกังวลมากที่สุดในการผ่าตัด (n=144)

สิ่งที่กลัวและกังวล	จำนวน	ร้อยละ
ไม่มีความกลัวและกังวล	34	23.6
ปวดหลัง/กลัวเจ็บแผล	41	28.5
ผลข้างเคียง/ภาวะแทรกซ้อน/ตกเลือด	27	18.8
เจ็บขณะแทงเข็ม/เจ็บขณะใส่สายสวนปัสสาวะ	18	12.5
กลัวผ่าตัดแล้วไม่หาย/กลัวผลการผ่าตัด	10	6.9
กลัวลูกไม่แข็งแรง	8	5.6
เจ็บขณะผ่าตัด	6	4.2



เชื้อชาติ ระดับการศึกษา ไม่มีความสัมพันธ์กับระดับความวิตกกังวลในผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างที่มีประสบการณ์ผ่าตัดมาก่อนมีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวล ทางลบระดับต่ำ ($r = -0.280, p < 0.001$) ความต้องการข้อมูลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความวิตกกังวลระดับปานกลาง ($r = 0.421, p < 0.001$) (ตารางที่ 6)

ตารางที่ 6 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ระหว่างเชื้อชาติ ระดับการศึกษา ประสบการณ์การผ่าตัด ความต้องการข้อมูล กับความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดและได้รับการระงับความรู้สึกในผู้ป่วยสูตินรีเวชกรรม (n=144)

ตัวแปร	ความวิตกกังวล
เชื้อชาติ	0.151
ระดับการศึกษา	-0.004
ประสบการณ์การผ่าตัด	-0.280**
ความต้องการข้อมูล	0.421**
ความวิตกกังวล	1.000

** $p < 0.001$ หมายถึง คู่หนึ่งมีความสัมพันธ์เชิงบวก/ลบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

วิจารณ์

จากผลการวิจัยสามารถอภิปรายผลได้ ดังนี้

ระดับความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดของผู้ป่วยอยู่ในระดับปานกลาง ทั้งนี้เนื่องจากการผ่าตัดเป็นวิธีการรักษาโรคที่จะตัดส่วนที่เป็นโรคเพื่อแก้ไขความผิดปกติ หรือเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างปกติ ระยะเวลาก่อนผ่าตัดเป็นระยะที่ผู้ป่วยจะมีความวิตกกังวลอย่างมากถึงความไม่แน่นอนของผลการรักษาโดยการผ่าตัด และมีผลกระทบต่อชีวิต การที่ต้องแยกจากครอบครัว การไม่คุ้นเคยกับสถานที่และบุคคลแปลกหน้า ทำให้ผู้ป่วยอยู่ในภาวะต้องสูญเสียความสามารถในการบริหารจัดการเกิดความรู้สึกไม่แน่นอน และสิ่งที่ตามมาของการผ่าตัดคือ ความปวด ซึ่งจะหลีกเลี่ยงไม่ได้ ปัจจุบันแม้มีความก้าวหน้าทางการแพทย์ และเทคโนโลยีในการควบคุมความปวด แต่ผู้ป่วยยังจะมีความปวดหลังผ่าตัดเสมอ สอดคล้องกับกลุ่มตัวอย่างที่ผู้ป่วยกลัวหรือกังวลมากที่สุดในการผ่าตัดทางสูตินรีเวชอันดับแรกคือ ปวดหลัง/เจ็บแผล ร้อยละ 28.5 ซึ่งทำให้ผู้ป่วยกลัวและวิตกกังวลก่อนผ่าตัด และจะส่งผลให้ร่างกายมีการเปลี่ยนแปลงทางชีววิทยามีการหลั่งฮอร์โมน Catecholamine ซึ่งประกอบด้วย Epinephrine และ Norepinephrine เข้าสู่กระแสเลือด ทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น ใจเต้นแรงและเร็ว¹¹ สอดคล้องกับกลุ่มตัวอย่างเปรียบเทียบกับสัญญาณชีพ baseline ของผู้ป่วย กับสัญญาณชีพก่อนรับการผ่าตัดและระงับความรู้สึก พบว่า ระดับ Systolic BP และ Diastolic BP ก่อนรับการผ่าตัดและระงับความรู้สึกเพิ่มขึ้นกว่า baseline อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) อีกทั้งกลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง จากผลการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า เพศมีผลต่อความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด¹² สาเหตุอาจเกิดจากผู้หญิงมีความไวต่อความกลัว และเป็นผลมาจากการหลั่งฮอร์โมนจากต่อมหมวกไตในเพศชายและเพศหญิงมีความแตกต่างกัน นอกจากนี้ผู้หญิงยังแสดงออกต่อความวิตกกังวลได้ง่าย จึงทำให้มีการตอบสนอง ต่อความวิตกกังวลของเพศชายและเพศหญิงแตกต่างกัน⁷ โดยผู้ป่วยหญิงจะมีความวิตกกังวลก่อน ผ่าตัดมากกว่าผู้ป่วยชาย^{7,13,14} ผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ วารุณี กุลราชและคณะ (2017)¹⁵ ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดในผู้ป่วยผ่าตัดตา พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความวิตกกังวลอยู่ในระดับปานกลาง และสอดคล้องกับการศึกษาของรัตนาศรี และจตุพรรัตน์ สุวรรณเมฆ (2019)⁶ ที่ศึกษาความวิตกกังวลของสตรีก่อนรับการผ่าตัดด้วยการตัดมดลูก พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความวิตกกังวลในระดับปานกลาง

ความต้องการข้อมูลก่อนผ่าตัดของผู้ป่วยอยู่ในระดับน้อย ทั้งนี้เนื่องจากผู้ป่วยที่จะเข้ารับการผ่าตัดแบบ

วางแผนล่วงหน้าจะได้รับบริการ Pre anesthetic clinic และ Pre-operative จากวิสัญญีพยาบาลและพยาบาลห้องผ่าตัด จากกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาได้รับบริการ Pre anesthetic clinic และ Pre-operative ร้อยละ 81.3 และ 34 ตามลำดับ ซึ่งทำให้ผู้ป่วยได้รับทราบข้อมูลที่เพียงพอเกี่ยวกับการผ่าตัด สอดคล้องกับการศึกษาของจุฬารัตน์ ศรีเมือง (2022)¹⁶ พบว่าผลของการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนร่วมกับสื่อวีดิทัศน์ต่อความรู้และความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรคไทรอยด์ที่รอเข้ารับการผ่าตัด ช่วยให้ผู้ป่วยมีความรู้มากขึ้นในเรื่องโรค การเตรียมผ่าตัด การผ่าตัด การดูแลตัวเองหลังผ่าตัดและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น

ปัจจัยด้านประสบการณ์การผ่าตัดมีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลทางลบ ($r=-0.280$, $p<0.001$) อธิบายได้ว่า ผู้ป่วยที่เคยมีประสบการณ์การผ่าตัด สามารถประเมินสภาพการณ์ที่เกิดขึ้นได้ตามประสบการณ์ของตนเอง ความกลัวการผ่าตัดจึงน้อยกว่าหรือความเข้าใจผิดเกี่ยวกับการดมยาสลบ และการผ่าตัดน้อยกว่า สอดคล้องกับการศึกษาของสมพร ชินโนรส และวลัยพร บริบูรณ์ธนกุล (2022)¹⁷ ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกและข้อ พบว่าปัจจัยด้านประวัติการผ่าตัดส่งผลทางลบกับความวิตกกังวลก่อนผ่าตัด และสอดคล้องกับการศึกษาของ Homzová P, Zeleniková R (2015)¹⁸ พบว่าผู้ป่วยที่มีประสบการณ์การผ่าตัดจะมีความวิตกกังวลน้อยกว่าผู้ป่วยที่ผ่าตัดครั้งแรก

ปัจจัยด้านความต้องการข้อมูลความสัมพันธ์ทางบวกกับความวิตกกังวล ($r = 0.421$, $p<0.001$) เนื่องจากความต้องการข้อมูลเป็นความรู้สึกของบุคคลที่เกิดขึ้น เมื่อบุคคลขาดข้อมูลที่สำคัญและจำเป็น¹⁹ ข้อมูลเป็นสิ่งจำเป็นที่ผู้ป่วยนำไปใช้ประกอบการตัดสินใจโดยเฉพาะอย่างยิ่งในสถานการณ์ที่มีความไม่แน่นอนสูง เช่น ระยะเวลาผ่าตัด นอกจากนั้นการผ่าตัดเป็นความรู้เฉพาะสาขาแพทย์ที่คนทั่วไปไม่มีความรู้แต่ต้องเกี่ยวข้องและเป็นผู้รับผลกระทบที่เกิดขึ้นโดยตรง ผู้ป่วยผ่าตัดจึงมีความต้องการข้อมูลมากขึ้น²⁰ โดยการได้รับข้อมูลจะช่วยลดความวิตกกังวล และช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญปัญหาได้ดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ นิตยา กลิ่นรัตน์ และมณฑิรา ชาญณรงค์ (2021)²¹ การได้รับข้อมูลมีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่ได้รับการส่องกล้องในระบบทางเดินอาหาร และสอดคล้องกับการศึกษาของ สมพร ชินโนรส และวลัยพร บริบูรณ์ธนกุล (2022)¹⁷ ที่พบว่าปัจจัยด้านความต้องการข้อมูลส่งผลทางบวกกับความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกและข้อ ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของวารุณี กุลราช (2017)¹⁵ พบว่าความต้องการข้อมูลไม่มีความสัมพันธ์ทางสถิติกับความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดในผู้ป่วยผ่าตัดตา

สรุป

ความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดทางสูติรีเวชในโรงพยาบาลแม่สอดมีระดับปานกลาง ปัจจัยด้านประสบการณ์การผ่าตัด และความต้องการข้อมูล มีความสัมพันธ์ต่อความวิตกกังวล ซึ่งสามารถนำผลวิจัยไปออกแบบแนวทางการช่วยเหลือให้มีความเหมาะสมกับผู้ป่วย เพื่อป้องกันการเกิดความวิตกกังวล หรือมีความวิตกกังวลลดลงก่อนผ่าตัดและรับการรักษาด้วยความรู้สึก

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 3 ท่าน ที่ได้กรุณาตรวจสอบเครื่องมือ ขอขอบพระคุณเจ้าหน้าที่แผนกสูติรีเวชกรรม ทั้งหอผู้ป่วยสามัญ และหอผู้ป่วยพิเศษ และขอขอบพระคุณเจ้าหน้าที่กลุ่มงานวิสัญญีพยาบาลทุกท่านที่เอื้ออำนวยให้งานวิจัยนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. Auengporn Pituksung, Jutalai Tanterothum, Sukanya Supharerx, Orathai Waranukulsak. The study of anxiety, stress and information required of the preoperative outpatients. *Siriraj Nursing Journal*. 2011;4(1):35-42.
2. Tatila Jampawal. State Anxiety. *Buddhist Psychology Journal*. 2018;3(1):13-20.
3. Martin BD, Schwab E. Symbiosis: "Living together" in chaos. *Studies in the History of Biology*. 2012;4(4):7-25.
4. Mungsa A, Kheonkaew B, Silavised V, Promon K. Anxiety in Patients Prior to Barium Enema Procedure in Srinagarind Hospital, Faculty of Medicine, Khon Kaen University. *Srinagarind Medical Journal*. 2011;26(1):55-63.
5. Nigussie S, Belachew T, Wolancho W. Predictors of preoperative anxiety among surgical patients in Jimma University specialized teaching hospital, South Western Ethiopia. *BMC surgery*. 2014;14:1-10.
6. Ratana Surasen, Jularat Suwanmek. Women's Anxiety before Hysterectomy. *Region 11 Medical Journal*. 2019;33(2):157-68.

7. Mulugeta H, Ayana M, Sintayehu M, Dessie G, Zewdu T. Preoperative anxiety and associated factors among adult surgical patients in Debre Markos and Felege Hiwot referral hospitals, Northwest Ethiopia. *BMC anesthesiology*. 2018;18(1):1-9.
8. kanaungnit Pongthavornkamol, Sirirat Chatchaisucha, Pranee Somjiprasert. Emotional Concerns, Anxiety, and Informational Needs in Patients undergoing Angiography. *The Journal of Thailand and Midwifery Nursing Council*. 2012;16(2):84-.
9. Apinya K, Siriporn P, Puchong L. Validity and Reliability of the Amsterdam Preoperative Anxiety and Information Scale (APAIS); Thai version in adult Thai pre-operative patients. *J Psychiatr Assoc Thailand*. 2009;54(1):83-92.
10. Yamane T. *Statistics: An introductory analysis (2nd ed.)*. New York: : Harper and Row.; 1976.
11. Andersson V, Bergstrand J, Engström Å, Gustafsson S. The impact of preoperative patient anxiety on postoperative anxiety and quality of recovery after orthopaedic surgery. *Journal of Perianesthesia Nursing*. 2020;35(3):260-4.
12. Navarro-Gastón D, Munuera-Martínez PV. Prevalence of preoperative anxiety and its relationship with postoperative pain in foot nail surgery: a cross-sectional study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2020;17(12):4481.
13. Matthias AT, Samarasekera DN. Preoperative anxiety in surgical patients-experience of a single unit. *Acta Anaesthesiologica Taiwanica*. 2012;50(1):3-6.
14. Zeleníková R, Homzová P, Homza M, Bužgová R. Validity and reliability of the Czech version of the Amsterdam Preoperative Anxiety and Information Scale (APAIS). *Journal of Perianesthesia Nursing*. 2017;32(5):429-37.
15. Varunee Gulrach, Wanlapa Kunsongkeit, Supaporn Duangpaeng. Factors Related to Preoperative Anxiety among Patients with Eye Surgery. *Boromarajonani College of Nursing, Uttaradit Journal*. 2017;9(1):1-12.
16. Chulaporn Srimeang. Effect of the Combination Program of Structured information and Video Media on Knowledge and Anxiety among Patients during Thyroid Surgery Preparation Phase, ENT Department, Udonthani Hospital. *Udonthani Hospital Medical Journal*. 2022;30(3):387-98.
17. Somporn Chinnoros, Valaiporn Boriboonthanakul. Factor Affecting Preoperative Anxiety of Orthopedic Surgery Patients. *Journal of Health and Health Managemen*. 2022;8(2):131-42.
18. Homzová P, Zeleníková R. Measuring preoperative anxiety in patients undergoing elective surgery in Czech Republic. *Central European Journal of Nursing and Midwifery*. 2015;6(4):321-6.
19. Jjala H, French J, Foxall G, Hardman J, Bedford N. Effect of preoperative multimedia information on perioperative anxiety in patients undergoing procedures under regional anaesthesia. *British journal of anaesthesia*. 2010;104(3):369-74.
20. Mesuwun P, Naka K. Perception of severity of the illness, information required, and anxiety among preoperative ENT patients in Songklanagarind Hospital. 2010.
21. Klinrat N, Channarong M. Factors Associated with Anxiety among Patients Undergoing Gastrointestinal Endoscopy at Maharaj Nakhon Si Thammarat Hospital. *Journal of Health Sciences and Pedagogy*. 1(3):68-81.



A study of the characteristics of medical patients unplanned transferred from a special ward in a general hospital

Kuntana Prathueang, B.N.S.*

Mongkol Surimuang, M.N.S.**

Srisuda Assawapalanggool, Ph.D.**

Abstract

Introduction : Prioritizing patient safety is vital in healthcare services. The patient's declining health during hospitalization increased insecurity. This emphasis on safety is crucial for advancing the health service system, particularly in building confidence for patients in specialized rooms

Objective : To study three aspects : 1) the incidence of unplanned transfers from special wards, 2) the characteristics of internal medicine patients transferred without planning, and 3) the traits of internal medicine patients moving out of a special ward without planned transfers during the transfer period.

Methods : A descriptive study was conducted in a special medical ward at Mae Sot Hospital from October 1, 2021, to September 30, 2022. Analysis of 113 patients included descriptive statistics (mean, percentage, standard deviation, median, and interquartile range). Comparative analysis of patient characteristics during transfer times (within the first 24 hours, 24-72 hours, and after 72 hours) utilized the chi-square test or exact probability test.

Results : A sample of 113 cases included patients transferred from a special ward without planning, with incidences of 5.57% in 2021 and 2.57% in 2022. During official hours, more patients moved out within the first 24 hours compared to outside hours (37.68% vs. 15.91%). Outside official hours, a higher percentage moved out after 72 hours (49.28% vs. 61.36%, $p=0.033$). Patients with hypertension showed differences in moving out during each period ($p=0.049$). Diabetic patients on insulin were transferred within 24-72 hours at 15.79% ($p=0.004$). Echocardiography patients had a migration rate of 15.79% after 24-48 hours and 13.11% after 72 hours ($p=0.041$). At transfer, 23.89% received High Flow Nasal Cannula, 16.81% used O₂ masks, and 12.39% underwent endotracheal intubation.

Conclusion : The incidence of unplanned transfers from special wards ranged from 2.57% to 5.57%. A SOS score greater than 4 resulted in a 100% removal. More transfers occurred during official hours within the first 24 hours compared to outside of official hours. Outside official hours, moving out happened after more than 72 hours. This information is crucial for screening patients before transferring them to special rooms.

Keywords: Medical patients, special wards, unplanned transferred

* Registered nurse, professional level, Medical Unit Mae Sot Hospital

** Registered nurse, Senior professional level, Research and Nursing Development Unit. Mae Sot Hospital

*** Corresponding author Registered nurse, Senior professional level, Research and Nursing Development Unit. Mae Sot Hospital

การศึกษาลักษณะของผู้ป่วยอายุรกรรมที่ย้ายออกจากหอผู้ป่วยพิเศษ โดยไม่ได้วางแผนในโรงพยาบาลทั่วไป

กันธนา ประเทือง, พย.บ.*
มงคล สุริเมือง, พย.ม.**
ศรีสุตา อัสวพลังกุล, วทด.**

บทคัดย่อ

บทนำ : ความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นหลักสำคัญของการให้บริการสุขภาพ อาการทรุดลงของผู้ป่วยขณะรักษาตัวในโรงพยาบาล ส่งผลให้เกิดความไม่ปลอดภัยกับผู้ป่วยได้ การให้ความสำคัญด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยถือเป็นตัวชี้วัดสำคัญของการพัฒนาระบบบริการสุขภาพและส่งต่อการสร้างความเชื่อมั่นให้กับผู้มารับบริการโดยเฉพาะผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในห้องพิเศษ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษา 1) อุบัติการณ์การย้ายออกจากหอผู้ป่วยพิเศษโดยไม่ได้วางแผน 2) ลักษณะของผู้ป่วยอายุรกรรมที่ย้ายออกจากหอผู้ป่วยพิเศษโดยไม่ได้วางแผน 3) ลักษณะของผู้ป่วยอายุรกรรมที่ย้ายออกจากหอผู้ป่วยพิเศษโดยไม่ได้วางแผนกับระยะเวลาการย้ายออก

วิธีการศึกษา : การศึกษาแบบ Descriptive study ศึกษาในหอผู้ป่วยพิเศษอายุรกรรม โรงพยาบาลแม่สอด ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2564 ถึง 30 กันยายน 2565 จำนวน 113 ราย วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน พิสัยควอไทล์ วิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างลักษณะของผู้ป่วยกับระยะเวลาที่ย้ายออก ใน 24 ชั่วโมงแรก 24 - 72 ชั่วโมง และหลัง 72 ชั่วโมง โดยใช้ chi-square test หรือ exact probability test

ผลการศึกษา : กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 113 ราย เป็นผู้ป่วยที่ย้ายออกจากหอผู้ป่วยพิเศษโดยไม่ได้วางแผนอุบัติการณ์ ร้อยละ 5.57 และร้อยละ 2.57 ในปี 2564, 2565 ตามลำดับ ในเวลาราชการย้ายออกภายใน 24 ชั่วโมงแรกมากกว่านอกเวลา (ร้อยละ 37.68 vs. 15.91) ในขณะที่นอกเวลาราชการพบการย้ายออกหลัง 72 ชั่วโมงมากกว่า (ร้อยละ 49.28 vs. 61.36, $p = 0.033$) ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง มีการย้ายออกในแต่ละระยะเวลาแตกต่างกัน ($p = 0.049$) ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่รับยาอินซูลินแบบฉีดย้ายออก 24-72 ชั่วโมง ร้อยละ 15.79 ($p = 0.004$) ผู้ป่วยที่ได้รับการทำ Echocardiography ย้ายออก 24 - 72 ชั่วโมง ร้อยละ 15.79 หลัง 72 ชั่วโมง ร้อยละ 13.11 ($p = 0.041$) ขณะย้ายออกผู้ป่วยได้รับการช่วยหายใจแบบ High Flow Nasal Canula ร้อยละ 23.89, O₂ mask ร้อยละ 16.81 และใส่ท่อช่วยหายใจ ร้อยละ 12.39

สรุป : อุบัติการณ์การย้ายออกจากหอผู้ป่วยพิเศษโดยไม่ได้วางแผนพบ ร้อยละ 2.57 - 5.57 SOS score ที่มากกว่า 4 พบการย้ายออกร้อยละ 100 24 ชั่วโมงแรก ในเวลาราชการพบการย้ายออกมากกว่านอกเวลา ในขณะที่นอกเวลาราชการย้ายออกหลัง 72 ชั่วโมง มากกว่า ดังนั้นจึงควรใช้ข้อมูลดังกล่าวประกอบการพิจารณาคัดกรองผู้ป่วยก่อนย้ายเข้าห้องพิเศษ

คำสำคัญ : ผู้ป่วยอายุรกรรม หอผู้ป่วยพิเศษ ย้ายออกโดยไม่ได้วางแผน

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานอายุรกรรม โรงพยาบาลแม่สอด

**พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ กลุ่มงานวิจัยและพัฒนากายภาพบำบัด โรงพยาบาลแม่สอด

***Corresponding author พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ กลุ่มงานวิจัยและพัฒนากายภาพบำบัด โรงพยาบาลแม่สอด



บทนำ

ปัญหาอาการทรุดลงหรืออาการที่เปลี่ยนแปลงไปในทางที่แย่ลงจากเดิมของผู้ป่วยโดยไม่ได้วางแผนการรักษาตัวในหอผู้ป่วย มีโอกาสเกิดกับผู้ป่วยทุกราย ส่งผลให้เกิดความไม่ปลอดภัยกับผู้ป่วยตามนโยบายความปลอดภัยในโรงพยาบาล (Patient safety) การให้ความสำคัญด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นตัวชี้วัดที่สำคัญของการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ ซึ่งส่งผลต่อการสร้างความเชื่อมั่นให้กับประชาชนผู้มารับบริการ ความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นหัวใจสำคัญของการให้บริการสุขภาพ ปัจจุบันสถานการณ์การเจ็บป่วยด้วยโรคซับซ้อนมากขึ้นจากการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ปัญหาและความต้องการทางสุขภาพจึงมีความหลากหลายมากขึ้น การจัดการความปลอดภัยของผู้ป่วยและการลดความเสี่ยงจากเหตุการณ์ที่สามารถป้องกันได้จึงเป็นความท้าทายสำคัญของระบบบริการสุขภาพ¹ การทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพบว่าผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมีจำนวนไม่น้อยที่มีอาการทรุดลง การค้นหาความเสี่ยงทางคลินิกและการเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยด้วยเครื่องมือประเมินและระวังผู้ป่วยเชิงรุกพบว่า ระบบการเฝ้าระวัง และดูแลผู้ป่วยที่มีอาการทรุดลงสามารถช่วยพยากรณ์ผู้ป่วยที่มีอาการทรุดลง และเพิ่มความตระหนักของบุคลากรในการเฝ้าระวังอาการที่เปลี่ยนแปลง และความรุนแรงที่อาจเกิดขึ้นได้²

อุบัติการณ์ผู้ป่วยทรุดลงที่เคยมีรายงานไว้มีความแตกต่างกันในแต่ละการศึกษา โดยพบอัตราการเกิดหัวใจหยุดทำงานในหอผู้ป่วยเด็ก 12.66 เหตุการณ์ต่อ 1000 วันนอนโรงพยาบาล³ บางการศึกษาพบอุบัติการณ์ต้องช่วยฟื้นคืนชีพ 3 ราย ในจำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษา 1120-1800 ราย⁴ อุบัติการณ์การถอดท่อช่วยหายใจโดยไม่ได้วางแผนพบร้อยละ 18.25-21.18⁵ บางการศึกษาพบ 7.6 ครั้งต่อ 1000 วันใช้เครื่องช่วยหายใจ⁶ อุบัติการณ์ผู้ป่วยมีอาการทรุดลงต้องช่วยชีวิตที่ไม่ได้คาดการณ์ไว้ล่วงหน้าพบร้อยละ 13.34-18.97⁷ ภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์ที่เกิดขึ้นโรงพยาบาลเป็นภาวะที่ผู้ป่วยมีอาการทรุดลงจนเกิดอันตรายต่อผู้ป่วย⁸ เกิดขึ้นได้ในทุกจุดบริการของโรงพยาบาล เช่น โรงพยาบาลบุรีรัมย์ รายงานว่าตั้งแต่ ปี 2551-2553 พบว่า มีผู้ป่วยที่มีอาการทรุดลงระหว่างรอตรวจต้องนอนโรงพยาบาล จำนวน 5, 8 และ 11 คนจากลมชัก หอบมากขึ้น ช็อก และมีผู้ป่วยเสียชีวิต 1 ราย⁹ การเฝ้าระวังผู้ป่วยอาการทรุดลงขณะนอนรักษาตัวในหอผู้ป่วย บุคลากรทางการแพทย์มีความสำคัญในการประเมินสภาพผู้ป่วยและพร้อมให้การดูแลช่วยเหลือการรักษาพยาบาลตามที่สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาลของประเทศไทยได้กำหนดให้การบริหารความเสี่ยงความปลอดภัยและคุณภาพ เป็นระบบงานสำคัญของโรงพยาบาลที่ทุกหน่วยงานพึงปฏิบัติ กล่าวคือ กำหนดให้ทุกองค์กรมีระบบบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัยที่มีประสิทธิภาพและประสานสอดคล้องกัน เพื่อจัดการความเสี่ยงและสร้างความปลอดภัยแก่ผู้ป่วย ผู้รับบริการ และเจ้าหน้าที่ ซึ่งพยาบาลเป็นบุคลากรทางสุขภาพมีบทบาทที่สำคัญในการป้องกันความผิดพลาดในการดูแลผู้ป่วยและพัฒนาระบบหรือแนวทางในการเฝ้าระวังผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่ออาการทรุดลง ซึ่งนับเป็นหัวใจสำคัญอย่างยิ่งของความปลอดภัยของผู้ป่วย¹⁰ การเฝ้าระวังสัญญาณเตือน (Early Warning Sign) เป็นการเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยที่มานอนรักษาตัวในหอผู้ป่วยทุกคน เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลและเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงหรืออาการทรุดลงที่อาจมีผลกระทบรุนแรงถึงการเสียชีวิต ถ้าการเฝ้าระวังที่มีประสิทธิภาพจะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการตอบสนองต่ออาการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว และสามารถช่วยให้ผู้ป่วยพ้นจากภาวะวิกฤตได้และปลอดภัย ลดอัตราการเสียชีวิตได้¹¹ ระยะเวลาการเกิดอาการทรุดลงในผู้ป่วยอายุรกรรมที่อยู่ตึกพิเศษ มีความเชื่อมโยงกับระบบบริการรักษาพยาบาล ได้แก่ ผู้ป่วยทรุดลงภายใน 24 ชั่วโมง อาจเกิดจากการประเมินอาการก่อนตัดสินใจรับเข้าตึกพิเศษตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ ทรุดลงหลัง 24 - 72 ชั่วโมง อาจเกิดจากการเจ็บป่วยของผู้ป่วยที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษาซึ่งต้องการการสังเกตอาการใกล้ชิดจากพยาบาลในหอพิเศษเพื่อให้การช่วยเหลืออย่างรวดเร็ว และผู้ป่วยทรุดลงทรุดลงหลัง 72 ชั่วโมงอาจเกิดจากการเจ็บป่วยของผู้ป่วยที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษาหรือเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาในโรงพยาบาลต้องใช้การเฝ้าระวังและสังเกตอาการอย่างใกล้ชิดโดยใช้เครื่องมือที่เป็นสัญญาณเตือนการเฝ้าระวังผู้ป่วยทรุดลง Search out Severity Score (SOS score)

โรงพยาบาลแม่สอด จังหวัดตาก เป็นโรงพยาบาลทั่วไปขนาด 420 เตียง เปิดให้บริการห้องพิเศษ จำนวน 67 ห้อง รับผู้ป่วยทุกแผนก ทุกช่วงอายุ มีเกณฑ์การพิจารณาผู้ป่วยเข้าห้องพิเศษเป็นระเบียบปฏิบัติของโรงพยาบาล ดังต่อไปนี้ 1) แพทย์อนุญาตให้เข้าห้องพิเศษ 2) เป็นผู้ป่วยประเภท 1-2 และ 3) มีญาติเฝ้า 1-2 คน หอผู้ป่วยพิเศษ 2 ชั้น 6 รั้วดูแลผู้ป่วยแผนกอายุรกรรมเป็นหลัก สถิติบริการเฉลี่ยประมาณ 1,000-1,500 คนต่อปี ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยสูงอายุมีโรคประจำตัว มีการเจ็บป่วยเรื้อรัง บริการรักษาพยาบาลผู้ป่วยในหอผู้ป่วยพิเศษมีข้อจำกัดด้านอาคารสถานที่จากลักษณะบริการที่แยกเป็นสัดส่วน ที่แตกต่างไปจากแผนกผู้ป่วยสามัญไม่สามารถมองเห็นผู้ป่วยได้ตลอดเวลาส่งผลต่อการรักษาพยาบาล โดยเฉพาะการประเมินอาการผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดไม่สามารถทำได้เหมือนหอผู้ป่วยสามัญ จึงส่งผลต่อการดูแลผู้ป่วย การเฝ้าระวังความเสี่ยงที่ผ่านมาของหอผู้ป่วยพิเศษ 2 ชั้น 6 พบผู้ป่วยมีอาการทรุดลงโดยไม่ได้วางแผน เป็นความเสี่ยง



ระดับ E ขึ้นไป (ผลกระทบถึงตัวผู้ป่วยเกิดอันตรายต้องรักษา นอนนานขึ้น เสียชื่อเสียงมีการเรียกร้องค่าเสียหายจนถึงผู้ป่วยเสียชีวิต) โดยที่ผ่านมายังไม่เคยมีการศึกษาถึง อุบัติการณ์การย้ายออกจากหอผู้ป่วยพิเศษ โดยไม่ได้วางแผน ลักษณะของผู้ป่วยอายุรกรรมที่ย้ายออก และระยะเวลาการย้ายออกจากห้องพิเศษภายหลังรับไว้รักษา ดังนั้น การศึกษาลักษณะของผู้ป่วยอายุรกรรมที่ย้ายออกจากหอผู้ป่วยพิเศษ โดยไม่ได้วางแผนในโรงพยาบาลทั่วไป จะทำให้ทราบอุบัติการณ์ ลักษณะของผู้ป่วย และระยะเวลาการย้ายออกของผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าว จะนำไปสู่การวางแผนการประเมินและการเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็ว มีประสิทธิภาพ และเพิ่มความปลอดภัยให้ผู้ป่วย

วัตถุประสงค์การวิจัย เพื่อศึกษา

1. อุบัติการณ์การย้ายออกจากหอผู้ป่วยพิเศษโดยไม่ได้วางแผน
2. ลักษณะของผู้ป่วยอายุรกรรมที่ย้ายออกจากหอผู้ป่วยพิเศษโดยไม่ได้วางแผน
3. ลักษณะของผู้ป่วยอายุรกรรมที่ย้ายออกจากหอผู้ป่วยพิเศษโดยไม่ได้วางแผนกับระยะเวลาการย้ายออก

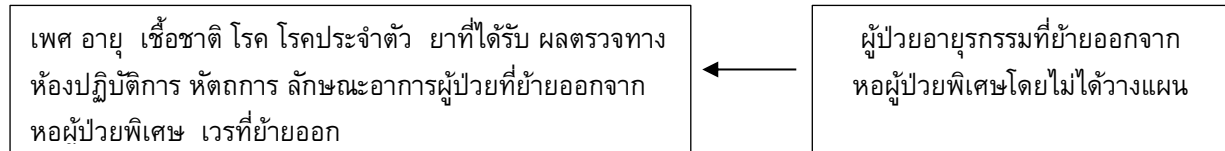
คำถามการวิจัย

1. อุบัติการณ์การย้ายออกจากหอผู้ป่วยพิเศษโดยไม่ได้วางแผน เป็นเท่าไร
2. ลักษณะของผู้ป่วยอายุรกรรมที่ย้ายออกจากหอผู้ป่วยพิเศษโดยไม่ได้วางแผน เป็นอย่างไร
3. ลักษณะของผู้ป่วยอายุรกรรมที่ย้ายออกจากหอผู้ป่วยพิเศษโดยไม่ได้วางแผนกับระยะเวลาการย้ายออก เป็นอย่างไร

ขอบเขตของการวิจัย

รูปแบบการวิจัย (Research Design) เป็นรูปแบบ Descriptive study การเชิงพรรณนาเพื่อศึกษาอุบัติการณ์การย้ายออกจากหอผู้ป่วยพิเศษโดยไม่ได้วางแผน ลักษณะของผู้ป่วยอายุรกรรมที่ย้ายออกจากหอผู้ป่วยพิเศษโดยไม่ได้วางแผน และลักษณะของผู้ป่วยอายุรกรรมที่ย้ายออกจากหอผู้ป่วยพิเศษโดยไม่ได้วางแผนกับระยะเวลาการย้ายออก ศึกษาในหอผู้ป่วยพิเศษอายุรกรรม โรงพยาบาลแม่สอด ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2564 ถึง 30 กันยายน 2565

กรอบแนวคิดการวิจัย



วิธีการศึกษา

ประชากร เป็นผู้ป่วยอายุรกรรม ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยพิเศษ 2 ชั้น 6 โรงพยาบาลแม่สอด ในช่วงเวลาที่ศึกษา ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2564 ถึง 30 กันยายน 2565

กลุ่มตัวอย่าง เลือกแบบเฉพาะเจาะจงเป็นผู้ป่วยอายุรกรรมที่ย้ายออกโดยไม่ได้วางแผน หอผู้ป่วยพิเศษ 2 ชั้น 6 ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2564 ถึง 30 กันยายน 2565 จำนวน 113 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นแบบบันทึกเก็บข้อมูลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง จากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ได้แก่ เพศ อายุ เชื้อชาติ การรับผู้ป่วยเข้ามาหอผู้ป่วยพิเศษ วันที่ วันที่ได้รับผู้ป่วย วันที่ย้ายผู้ป่วยออก การวินิจฉัยโรค โรคประจำตัว การรักษาระยะก่อนรักษา ยาที่ผู้ป่วยได้รับ หัตถการที่ทำให้ผู้ป่วย การใส่สายต่างๆ การช่วยหายใจ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ และลักษณะอาการของผู้ป่วยก่อนย้ายออกจากห้องพิเศษ

การควบคุมคุณภาพเครื่องมือ เครื่องมือผ่านการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน เพื่อพิจารณาความถูกต้อง ได้แก่ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านอายุรกรรมสาขาโรคหัวใจ 1 ท่าน พยาบาลวิชาชีพหัวหน้าโครงสร้างการพยาบาลผู้ป่วยอายุรกรรม 1 ท่าน และพยาบาลวิชาชีพหัวหน้ากลุ่มงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน 1 ท่าน ได้ค่าความตรงตามเนื้อหา 0.96 ผู้วิจัยนำไปทดลองบันทึกกับผู้ป่วย จำนวน 10 ราย มีการปรับแก้ไขตามข้อเสนอแนะ

ขั้นตอนและวิธีการเก็บข้อมูล

เมื่อโครงสร้างวิจัยผ่านการพิจารณาและได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมเกี่ยวกับการวิจัยในมนุษย์ ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าพยาบาล หัวหน้าโครงสร้างการพยาบาลผู้ป่วยอายุรกรรม และผู้ที่เกี่ยวข้อง ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์การวิจัย และขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูล



ผู้วิจัยเก็บข้อมูลย้อนหลังจากเวชระเบียนของผู้ป่วย คัดเลือกผู้ป่วยที่ย้ายออกจากหอผู้ป่วยพิเศษระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2564 - 30 กันยายน 2565 จำนวน 113 ราย เก็บรวบรวมตามแบบบันทึกข้อมูล ได้แก่ เพศ อายุ เชื้อชาติ การวินิจฉัยโรค โรคประจำตัว ยาที่ได้รับ การทำหัตถการ การตรวจทางห้องปฏิบัติการ ลักษณะอาการที่ย้ายออก เวรที่ย้ายออก ระยะเวลาการย้ายออก แบ่งเป็น 3 ช่วงเวลา คือ กลุ่มที่ 1 ย้ายออกภายใน 24 ชั่วโมงแรกหลังเข้าห้องพิเศษ ซึ่งอาจเกิดจากระบบการคัดกรองผู้ป่วยก่อนเข้าห้องพิเศษ ไม่เป็นไปตามข้อกำหนด ซึ่งควรเป็นผู้ป่วยประเภท 1-2 กลุ่มที่ 2 ย้ายออกหลัง 24 ชั่วโมงแต่ไม่เกิน 72 ชั่วโมง และกลุ่มที่ 3 ย้ายออกหลัง 72 ชั่วโมงหลังจากเข้าห้องพิเศษ ซึ่งอาจเกิดจากผู้ป่วยทรุดลงในระหว่างที่นอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลทั่วไปวิเคราะห์โดยใช้สถิติพรรณนา ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน พิสัยควอไทล์ วิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างลักษณะของผู้ป่วยกับระยะเวลาที่ย้ายออก ใน 24 ชั่วโมงแรก 24-72 ชั่วโมง และหลัง 72 ชั่วโมง โดยใช้ chi-square test หรือ exact probability test

ผลการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นผู้ป่วยที่ย้ายผู้ป่วยออกจากหอผู้ป่วยพิเศษ จำนวน 113 ราย อุบัติการณ์การย้ายผู้ป่วยออกจากหอผู้ป่วยพิเศษในโรงพยาบาล 2564 ร้อยละ 5.57 (72/1291) ปีงบประมาณ 2565 ร้อยละ 2.57 (41/1590) เป็นเพศชาย ร้อยละ 58.41 เชื้อชาติไทย ร้อยละ 98.23 อายุเฉลี่ย 66.72 ± 18.67 ปี การเคลื่อนย้ายมาห้องพิเศษโดยรถนอน ร้อยละ 68.14 รถนั่งร้อยละ 31.86 ส่วนใหญ่รับผู้ป่วยมาจากหอผู้ป่วยสามัญ ร้อยละ 89.38 สภาพอาการแรกรับผู้ป่วยช่วยเหลือได้น้อย ร้อยละ 82.30 เป็นกลุ่มผู้ป่วยติดเตียง ร้อยละ 9.73 แกร็บส่วนใหญ่ SOS score เท่ากับ 0 ร้อยละ 51.33 (ตาราง 1)

ตารางที่ 1 แสดงลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา (n = 113)

ลักษณะ	จำนวน	ร้อยละ
เพศชาย	66	58.41
เชื้อชาติไทย	111	98.23
อายุ (ปี)	66.72±18.67	
การเคลื่อนย้าย		
รถนั่ง	36	31.86
รถนอน	77	68.14
ส่งมาจาก		
Ward	101	89.38
ER	6	5.31
OPD	3	2.65
ICU	2	1.77
Refer	1	0.88
อาการแรกรับ		
ช่วยเหลือตัวเองได้ปกติ	9	7.96
ช่วยเหลือได้น้อย	93	82.30
Bed ridden	11	9.73
SOS score		
0	58	51.33
1-3	53	46.90
≥4	2	1.77



กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยที่ศึกษา มีโรคร่วม 3 ลำดับแรก คือ HT ร้อยละ 46.02 DLP ร้อยละ 21.24 และ DM ร้อยละ 19.47 ไม่สูบบุหรี่ ร้อยละ 73.45 เคยสูบบุหรี่แล้ว ร้อยละ 23.89 ไม่ดื่มสุรา ร้อยละ 77.88 เคยดื่มแต่เลิก ร้อยละ 13.27 (ตาราง 2)

ตารางที่ 2 แสดงโรคร่วม การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา ของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา (n = 113)

	ลักษณะ	จำนวน	ร้อยละ
โรคร่วม	HT	52	46.02
	DLP	24	21.24
	DM	22	19.47
	ESRD	19	16.81
	CA	18	15.93
	COPD	16	14.16
	TB	2	1.77
	AIDS	1	0.88
สูบบุหรี่	ไม่สูบบุหรี่	83	73.45
	สูบบุหรี่	3	2.65
	เคยสูบบุหรี่แล้ว	27	23.89
ดื่มสุรา	ไม่ดื่ม	88	77.88
	ดื่ม	10	8.85
	เคยดื่มแต่เลิกแล้ว	15	13.27

หัตถการที่กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยได้รับ 5 อันดับแรก คือ CXR ร้อยละ 85.84 On O₂ Canular และ EKG ร้อยละ 78.76 CT ร้อยละ 50.44 และการพ่นยาขยายหลอดลม (Berodual) ร้อยละ 28.32 (ตาราง 3)

ตารางที่ 3 แสดงหัตถการที่กลุ่มตัวอย่างได้รับก่อนย้ายออกจากหอผู้ป่วยพิเศษ (n = 113)

หัตถการ	จำนวน	ร้อยละ
CXR	97	85.84
O ₂ Canular	89	78.76
EKG	89	78.76
CT	57	50.44
Berodual	32	28.32
HFNC	5	4.42
LP	5	4.42
Thoracentesis	5	4.42
TT Tube	3	2.65
Ultrasound	4	3.54
DM Insulin	3	2.65
EGD	3	2.65
ICD	2	1.77
Colonoscope	2	1.77



เมื่อแรกรับ กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาที่มีคะแนน SOS = 0 พบการย้ายออกจากห้องพิเศษหลัง 72 ชั่วโมงร้อยละ 58.62 ย้ายออกใน 24 ชั่วโมงแรกและย้ายออกใน 24-72 ชั่วโมง พบเท่ากันคือ ร้อยละ 20.69 ผู้ป่วยที่มีคะแนน SOS 1-3 คะแนน พบการย้ายออกหลัง 72 ชั่วโมง ร้อยละ 50.94 ย้ายออกใน 24 ชั่วโมงแรก ร้อยละ 35.85 และย้ายออกใน 24-72 ชั่วโมง ร้อยละ 13.21 กลุ่มตัวอย่างที่มี คะแนน SOS ≥ 4 พบการย้ายออกใน 24 ชั่วโมงแรก ร้อยละ 100

หลัง 72 ชั่วโมงเพศชายพบการย้ายออกจากห้องพิเศษ ร้อยละ 48.48 เพศหญิงพบร้อยละ 61.70 เชื้อชาติ ไทยพบการย้ายออกจากห้องพิเศษหลัง 72 ชั่วโมงร้อยละ 53.15 ต่างชาติร้อยละ 100 ทั้งในและนอกเวลาพบการย้ายออกจากห้องพิเศษมากที่สุดคือร้อยละ 49.98 และ ร้อยละ 61.36 ตามลำดับ

หลัง 72 ชั่วโมงพบการย้ายออกจากห้องพิเศษในกลุ่มผู้ป่วยที่รับย้ายและรับใหม่เป็นส่วนใหญ่คือร้อยละ 54.90 และ ร้อยละ 45.45 ตามลำดับ ผู้ป่วยกลุ่ม HT มีการย้ายออกทุกช่วงเวลาแตกต่างกัน ส่วน DLP DM การย้ายออกแต่ละช่วงเวลาไม่แตกต่างกัน (ตาราง 4)

ตารางที่ 4 แสดงความสัมพันธ์ SOS Score ลักษณะทั่วไปและระยะเวลาที่ย้ายออก (n = 113)

ปัจจัย	ระยะเวลาการย้ายออก						p-value
	< 24 ชั่วโมง		24 - 72 ชั่วโมง		>72 ชั่วโมง		
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
SOS Score							
0	12	20.69	12	20.69	34	58.62	0.093
1-3	19	35.85	7	13.21	27	50.94	
≥ 4	2	100	0	0	0	0	
เพศ							
ชาย	21	31.82	13	19.70	32	48.48	0.375
หญิง	12	25.53	6	12.77	29	61.70	
เชื้อชาติ							
ไทย	33	29.73	19	17.12	59	53.15	0.682
ต่างชาติ	0	0	0	0	2	100	
เวร							
ในเวลา	26	37.68	9	13.04	34	49.28	0.033
นอกเวลา	7	15.91	10	22.73	27	61.36	
ประเภทการรับ							
รับใหม่	2	18.18	4	36.36	5	45.45	0.214
รับย้าย	31	30.39	15	14.71	56	54.90	
HT	21	40.38	8	15.38	23	44.23	0.049
DLP	10	41.67	2	8.33	12	50	0.249
DM	4	18.18	7	31.82	11	50	0.090

กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยที่ศึกษา On O₂ Canular พบการย้ายออกหลัง 72 ชั่วโมง ร้อยละ 81.97 น้อยกว่า 24 ชั่วโมง ร้อยละ 81.82 HFNC พบการย้ายออกน้อยกว่า 24 ชั่วโมง ร้อยละ 6.06 หลังจาก 72 ชั่วโมง ร้อยละ 4.92 On TT Tube พบการย้ายออก 24 - 72 ชั่วโมง ร้อยละ 10.53 หลัง 72 ชั่วโมง ร้อยละ 1.64 การพ่นยาขยายหลอดลม Berodual พบการย้ายออกหลัง 72 ชั่วโมง ร้อยละ 34.43 น้อยกว่า 24 ชั่วโมง ร้อยละ 24.24 DM Insulin พบการย้ายออก 24-72 ชั่วโมง ร้อยละ 15.79 LP พบการย้ายออกหลัง 72 ชั่วโมง ร้อยละ 8.20 Thoracentesis พบการย้ายออกน้อยกว่า 24 ชั่วโมง ร้อยละ 9.09 ICD พบการย้ายออกหลัง 72 ชั่วโมง ร้อยละ 3.28 CT พบการย้ายออกหลัง 72 ชั่วโมง ร้อยละ 57.38 24-72 ชั่วโมง ร้อยละ 52.63 น้อยกว่า 24 ชั่วโมง ร้อยละ 36.36



CXR พบการย้ายออก น้อยกว่า 24 ชั่วโมง ร้อยละ 87.88 หลัง 72 ชั่วโมงร้อยละ 85.84 24-72 ชั่วโมง ร้อยละ 84.21 EKG พบการย้ายออกหลัง 72 ชั่วโมง ร้อยละ 83.61 น้อยกว่า 24 ชั่วโมง ร้อยละ 75.76 24-72 ชั่วโมง ร้อยละ 68.42 Echo พบการย้ายออก 24-72 ชั่วโมง ร้อยละ 15.79 หลัง 72 ชั่วโมง ร้อยละ 13.11 (ตาราง 5)

ตารางที่ 5 แสดงความสัมพันธ์ของการได้รับหัตถการ และระยะเวลาที่ย้ายออก (n = 113)

ปัจจัย	ระยะเวลาการย้ายออก						p-value
	< 24 ชั่วโมง		24-72 ชั่วโมง		>72 ชั่วโมง		
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
DM with Insulin	0	0	3	15.79	0	0	0.004
Echo	0	0	3	15.79	8	13.11	0.041
O ₂ Canular	27	81.82	12	63.16	50	81.97	0.190
HFNC	2	6.06	0	0	3	4.92	0.839
TT Tube	0	0	2	10.53	1	1.64	0.139
Berodual	8	24.24	3	15.79	21	34.43	0.261
LP	0	0	0	0	5	8.20	0.146
Thoracentesis	3	9.09	0	0	2	3.28	0.377
ICD	0	0	0	0	2	3.28	0.682
CT	12	36.36	10	52.63	35	57.38	0.158
CXR	29	87.88	16	84.21	52	85.84	0.937
Ultrasound	1	3.03	0	0	3	4.92	0.588
EKG	25	75.76	13	68.42	51	83.61	0.310

กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยศึกษาหัตถการผู้ป่วยที่ย้ายออก HFNC ร้อยละ 23.89 O₂ Mask ร้อยละ 16.81 ET Tube ร้อยละ 12.39 ค่ามัธยฐานค่ารักษา 74767.22 บาท [IQR = 38490, 175220] ค่ามัธยฐาน LOS 17 วัน [IQR =8, 28] ผลลัพธ์การรักษของผู้ป่วยที่ออกจากหอผู้ป่วยพิเศษ จำหน่ายกลับบ้าน ร้อยละ 69.03 (78/113) เสียชีวิตร้อยละ 12.39 (14/113) ส่งต่อไปรักษาที่โรงพยาบาลอื่นร้อยละ 13.27 (15/113) และไม่สมัครใจอยู่ร้อยละ 5.31 (6/113) (ตาราง 6)

ตารางที่ 6 หัตถการก่อนย้าย ค่ารักษา LOS และผลลัพธ์การรักษของผู้ป่วยที่ออกจากหอผู้ป่วยพิเศษ (n = 113)

ลักษณะ	จำนวน	ร้อยละ
หัตถการ		
HFNC	27	23.89
O ₂ Mask	19	16.81
ET Tube	14	12.39
ค่ารักษา: median [IQR]	74767.22 ± [38490, 175220]	
LOS: median [IQR]	17 ± [8, 28]	
ผลลัพธ์การรักษา		
Improve	78	69.03
Dead	14	12.39
Against	6	5.31
Refer	15	13.27

วิจารณ์ ตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

1. อุบัติการณ์การย้ายออกจากหอผู้ป่วยพิเศษโดยไม่ได้วางแผนในกลุ่มผู้ป่วยอายุกรรมของการศึกษานี้ ปีงบประมาณ 2564 พบร้อยละ 5.57 (72/1291) ปีงบประมาณ 2565 พบร้อยละ 2.57 (41/1590) ผู้ป่วยที่ย้ายออกจากห้องพิเศษกลุ่มดังกล่าวทุกรายล้วนมีอาการทางคลินิกทรุดลง ทั้งนี้มีการศึกษาอุบัติการณ์ผู้ป่วยทรุดลง ที่คล้ายคลึงกับการศึกษานี้ ได้แก่ การศึกษาอุบัติการณ์การเกิดหัวใจหยุดทำงานในหอผู้ป่วยเด็กพบ 12.66 เหตุการณ์ต่อ 1000 วันนอนโรงพยาบาล³ อุบัติการณ์ต้องช่วยฟื้นคืนชีพ 3 รายในจำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษา 1120-1800 ราย⁴ อุบัติการณ์การถอดท่อช่วยหายใจโดยไม่ได้วางแผนพบร้อยละ 18.25-21.18⁵ บางการศึกษาพบ 7.6 ครั้งต่อ 1000 วันใช้เครื่องช่วยหายใจ⁶ อุบัติการณ์ผู้ป่วยมีอาการทรุดลงต้องช่วยชีวิตที่ไม่ได้คาดการณ์ไว้ล่วงหน้าร้อยละ 13.34-18.97⁷ จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยทรุดลงเป็นปัญหาสำคัญของระบบบริการสาธารณสุข ในทุกจุดบริการของโรงพยาบาลจัดเป็นภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์ที่เกิดขึ้นโรงพยาบาลที่อาจเกิดอันตรายต่อผู้ป่วย⁸ การศึกษานาน 3 ปี ของโรงพยาบาลแห่งหนึ่งพบมีผู้ป่วยที่มีอาการทรุดลงระหว่างรอตรวจจนต้องนอนโรงพยาบาล จำนวน 5-11 คน จาก โรคลมชัก หอบมากขึ้น ช็อก และมีผู้ป่วยเสียชีวิต 1 ราย⁹ โดยพบมากน้อยแตกต่างกันไปในแต่ละการศึกษา ขึ้นกับบริบทของโรงพยาบาล รูปแบบการศึกษา และกลุ่มผู้ป่วยที่ศึกษา

2. ลักษณะของผู้ป่วยอายุกรรมที่ย้ายออกจากหอผู้ป่วยพิเศษโดยไม่ได้วางแผนในการศึกษานี้ เป็นเพศชาย ร้อยละ 58.41 ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากผู้ป่วยเพศชายมักมีการเจ็บป่วยรุนแรงมากกว่าเพศหญิงจากพฤติกรรมการใช้ชีวิต เช่น อาชีพ การสูบบุหรี่ ดื่มสุรา เชื้อชาติไทย ร้อยละ 98.23 เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่เข้าห้องพิเศษส่วนใหญ่เป็นคนไทย อายุเฉลี่ย 66.72±18.67 ปี ผู้ป่วยสูงอายุมักมีแนวโน้มการเจ็บป่วยที่รุนแรงมากขึ้น การเคลื่อนย้ายมาห้องพิเศษโดยรถนอน ร้อยละ 68.14 ส่วนใหญ่รับผู้ป่วยมาจากหอผู้ป่วยสามัญ ร้อยละ 89.38 สภาพอาการแรกรับผู้ป่วยช่วยเหลือได้น้อย ร้อยละ 82.30 ส่วนใหญ่แรกรับพบ SOS score เท่ากับ 0 ร้อยละ 51.33 มีโรคร่วม 3 ลำดับแรก คือ HT ร้อยละ 46.02 DLP ร้อยละ 21.24 และ DM ร้อยละ 19.47 หัตถการที่กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยได้รับ 5 อันดับแรก คือ CXR ร้อยละ 85.84 On O₂ Canular และ EKG ร้อยละ 78.76 CT ร้อยละ 50.44 และการพ่นยาขยายหลอดลม (Berodual) ร้อยละ 28.32

3. ลักษณะของผู้ป่วยอายุกรรมที่ย้ายออกจากหอผู้ป่วยพิเศษโดยไม่ได้วางแผนกับระยะเวลาการย้ายออก จากการแบ่งเป็น 3 ช่วงเวลา คือ กลุ่มที่ 1 ย้ายออกภายใน 24 ชั่วโมงแรก หลังเข้าห้องพิเศษ ซึ่งอาจเกิดจากระบบการคัดกรองผู้ป่วยก่อนเข้าห้องพิเศษไม่เป็นไปตามข้อกำหนด ซึ่งควรเป็นผู้ป่วยประเภท 1-2 ขึ้นไป กลุ่มที่ 2 ย้ายออกหลัง 24 ชั่วโมงแต่ไม่เกิน 72 ชั่วโมง และกลุ่มที่ 3 ย้ายออกหลัง 72 ชั่วโมงหลังจากเข้าห้องพิเศษ ซึ่งอาจเกิดจากผู้ป่วยทรุดลงในระหว่างที่นอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาที่มี SOS Score = 0 เมื่อแรกรับพบการย้ายออกจากห้องพิเศษหลัง 72 ชั่วโมงร้อยละ 58.62 ย้ายออกใน 24 ชั่วโมงแรกและใน 24-72 ชั่วโมง พบเท่ากันคือ ร้อยละ 20.69 ผู้ป่วยที่มี SOS Score 1-3 คะแนน พบการย้ายออกหลัง 72 ชั่วโมง ร้อยละ 50.94 กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยที่มี SOS Score ≥ 4 พบการย้ายออกใน 24 ชั่วโมงแรกร้อยละ 100 แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงมีแนวโน้มย้ายออกจากห้องพิเศษเร็ว จึงควรเพิ่มการคัดกรองก่อนการย้ายผู้ป่วยเข้าห้องพิเศษทุกครั้ง แต่อย่างไรก็ตามมีผู้ป่วยส่วนหนึ่งที่มี SOS Score 1-3 คะแนน พบการย้ายออกหลัง 72 ชั่วโมง ร้อยละ 50.94 ในกลุ่มดังกล่าวควรเพิ่มการประเมิน SOS Score ดังการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการใช้ SOS Score เพื่อเป็นสัญญาณเตือนก่อนก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤติพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการใช้ SOS Score ร้อยละ 73.1 โดยการได้รับการอบรมมีความสัมพันธ์กับการใช้ SOS Score อย่างมีนัยสำคัญ¹²

ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่รับยาอินซูลินแบบฉีด พบการย้ายออก 24-72 ชั่วโมงร้อยละ 15.79 (p=0.004) อาจเกิดจากความล้มเหลวของการใช้ยาอินซูลิน ดังการศึกษาที่พบอัตราความล้มเหลวของการใช้ยาอินซูลินสูงถึงร้อยละ 80¹³ ผู้ป่วยที่ได้รับการทำ Echo พบการย้ายออก 24-72 ชั่วโมงร้อยละ 15.79 หลัง 72 ชั่วโมงร้อยละ 13.11 (p=0.041) อาจเนื่องจากผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงของระบบหัวใจและหลอดเลือดหัวใจซึ่งเป็นกลุ่มอาการที่อันตราย ต้องการการสังเกตอาการอย่างใกล้ชิด

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษามี ค่ามัธยฐานค่ารักษา 74767.22 บาท [IQR = 38490, 175220] ค่ามัธยฐาน LOS 17 วัน [IQR = 8, 28] ผลลัพธ์การรักษของผู้ป่วยที่ออกจากหอผู้ป่วยพิเศษ จำหน่ายกลับบ้านร้อยละ 69.03 (78/113) เสียชีวิตร้อยละ 12.39 (14/113) ส่งต่อไปรักษาที่โรงพยาบาลอื่นร้อยละ 13.27 (15/113) และไม่สมัครใจอยู่ร้อยละ 5.31 (6/113)

ผลการศึกษานี้สามารถนำไปประกอบเป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนา ระบบงานบริการพยาบาลในโรงพยาบาลแม่สอดได้ เช่น การพัฒนาระบบการคัดกรองผู้ป่วยก่อนเข้าห้องพิเศษ เพื่อป้องกันผู้ป่วยย้ายออกในระยะ 24-72 ชั่วโมงแรก และการพัฒนาการนำสัญญาณเตือนในการประเมินผู้ป่วยทรุดลงมาใช้ภายในหอผู้ป่วยพิเศษ เป็นการสร้างความเชื่อมั่นให้กับผู้มารับบริการผู้ป่วยที่เข้ารับ

การรักษาในโรงพยาบาล และเพิ่มความตระหนักของบุคลากรในการเฝ้าระวังอาการที่เปลี่ยนแปลง และความรุนแรงที่อาจเกิดขึ้นผ่านระบบการนิเทศทางพยาบาล ซึ่งจะนำไปสู่การปฏิบัติที่เป็นมาตรฐานนำไปสู่ความปลอดภัยของผู้ป่วยต่อไป

สรุป

อุบัติการณ์การย้ายผู้ป่วยออกจากหอผู้ป่วยพิเศษโดยไม่ได้อำนาจแผนพร้อยละ 2.57-5.57 SOS score ที่มากกว่า 4 พบการย้ายออกร้อยละ 100 ใน 24 ชั่วโมงแรก ในเวลาของการพบการย้ายออกจากห้องพิเศษ ใน 24 ชั่วโมงแรก มากกว่านอกเวลา ในขณะที่นอกเวลาของการย้ายออกจากห้องพิเศษ หลัง 72 ชั่วโมงมากกว่า ผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการรักษาด้วย Insulin ดังนั้นจึงควรใช้ข้อมูลดังกล่าวประกอบการพิจารณาคัดกรองผู้ป่วยก่อนย้ายเข้าห้องพิเศษ

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

นำข้อค้นพบที่ได้ไปประยุกต์สร้างเป็นสัญญาณเตือนในการเฝ้าระวังอาการทรุดลงของผู้ป่วย พัฒนาแนวปฏิบัติในการป้องกันการเกิดอาการทรุดลงของผู้ป่วยขณะนอนรักษาในห้องพิเศษ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ทีมพยาบาลควรมีการให้ความรู้ พัฒนาทักษะ ความชำนาญในการประเมินอาการผู้ป่วยเพื่อป้องกันอาการทรุดลง
2. ควรมีการใช้กลยุทธ์ในการพัฒนาความรู้และทักษะ ในการเฝ้าระวังสัญญาณเตือนภาวะทรุดลงของผู้ป่วย
3. ควรศึกษาปัจจัยที่มีผลต่ออาการทรุดลงของผู้ป่วย เพื่อหาแนวทางแก้ไขและป้องกันต่อไป

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาและได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมเกี่ยวกับการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลแม่สอด รหัสหนังสือรับรอง MSHP REC 29/2566 ลงวันที่ 15 กันยายน 2566

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณทีมพยาบาลหอผู้ป่วยพิเศษ 2 ชั้น 6 โรงพยาบาลแม่สอด จังหวัดตาก ที่ให้การดูแลผู้ป่วยห้องพิเศษ กลุ่มงานสารสนเทศ ที่ให้ความช่วยเหลือในการสืบค้นและทบทวนเวชระเบียน ขอขอบคุณกลุ่มงานวิจัยและพัฒนาการพยาบาล โรงพยาบาลแม่สอด ที่ให้คำแนะนำการวิจัย และขอขอบคุณหัวหน้าพยาบาล ผู้อำนวยการโรงพยาบาลแม่สอด ที่สนับสนุนการทำวิจัย

เอกสารอ้างอิง

1. พนิดา จันทรรัตน์, เพ็ญแข รัตนพันธ์, ภคินี ชุนเศรษฐ์, ปรัชญาพันธ์ เทียงจรรยา. การพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังสัญญาณเตือนเข้าสู่ภาวะวิกฤตในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง โรงพยาบาลสงขลา. *Journal of Health Science-วารสารวิชาการสาธารณสุข*. 2566;32(1):109-19.
2. ปณีฎฐา นาคช่วย, ละมัยพร อินประสงค์, วารินทร์ ตันตระกูล, ปติวรัตตา ทองใบ, พิไลวรรณ จันตะนุ. MEWS: Adult Pre Arrest Sign กับ บทบาทพยาบาล. *Siriraj Medical Bulletin*. 2017;10(3):186-90.
3. ลลิตา ก้องเกียรติกุล. Interprofessional Team Care in Pediatrics: Learn and Work Together: ระบบการดูแลผู้ป่วยก่อนวิกฤต Rapid Response System 2021. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 15 กันยายน 2566]. เข้าถึงได้จาก : https://ped.md.chula.ac.th/wp-content/uploads/2021/09/24_CUPA2021-ebook.pdf.
4. ประภัสสร หิรัญรัตน์. การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลระบบการเฝ้าระวังสัญญาณเตือนเข้าสู่ภาวะวิกฤตในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง. *วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา*. 2566;8(3):68-78.



5. กุสุมาลย์ งามศิริ, นิติภา เพชรสิงห์, จีระพรรณ วันหากิจ. ประสิทธิผลการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยต่ออุบัติการณ์การถอดท่อช่วยหายใจโดยไม่ได้วางแผน หอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม โรงพยาบาลเลย. ชัยภูมิเวชสาร. 2019;39(1):16-25.
6. พัชรวรรณ สลักคำ, สุเพียร โภคทิพย์, พิมลพันธ์ เจริญศรี, อรทัย วะสมบัติ, พัลยมนต์ พุ่มทอง, สุพจน์ สายทอง. สถานการณ์การดึงท่อช่วยหายใจ/ท่อช่วยหายใจหลุด (Unplanned Extubation : UE) ในโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์. สรรพสิทธิเวชสาร. 2021;40(1-3):51-60.
7. ไพลิน นิตสันเทียะ, วรกัญญา พลอาษา, อริสา แสนมิตร. การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลระบบการเฝ้าระวังสัญญาณเตือน เข้าสู่ภาวะวิกฤตในผู้ป่วยเด็ก โรงพยาบาลสกลนคร. วารสารโรงพยาบาลสกลนคร. 2020;23(1):1-14.
8. DeVita MA, Bellomo R, Hillman K, Kellum J, Rotondi A, Teres D, et al. Findings of the first consensus conference on medical emergency teams. Critical care medicine. 2006;34(9):2463-78.
9. วิสารักร มดทอง, พรรณนิภา รักพาณิชย์, อรุษา อ่ำไพพิศ. การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยให้ปลอดภัยห้องตรวจอายุรกรรมงานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลบุรีรัมย์. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2014;23(6):1044-50.
10. นันธิดา พันธุศาสตร์, ราตรี ทองยู. แนวปฏิบัติการพยาบาลตามมาตรฐานความปลอดภัยของผู้ป่วย: Nursing Practice Guidelines According to Patient Safety Standards. วารสารพยาบาลสภาวิชาชีพไทย. 2017;10(2):1-13.
11. วรวรรณ ทองสง. คู่มือการใช้แบบบันทึกสัญญาณชีพผู้ป่วยระบบประสาท. โครงการ MEWS ปี 2558 ของงานการพยาบาลผู้ป่วยอายุรศาสตร์. จุลสารการจัดการความรู้. 2559;7(1):4-9.
12. สมไสว อินทะชูป, ดวงพร โพธิ์ศรี, จิราภรณ์ สุวรรณศรี. ประสิทธิผลการใช้ MEWS (SOS Score) ต่อการเกิด Severe Sepsis and Septic Shock ในผู้ป่วย Sepsis กลุ่มงานอายุรกรรมโรงพยาบาลอุดรธานี. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลอุดรธานี. 2017;25(1):85-92.
13. นีลนาถ เจ๊ะยอ. ความชุกและปัจจัยทำนายความล้มเหลวในการใช้ยาฉีดอินซูลินของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข. 2016;10(3):333-9.



Practices of safe surgical principles in appendix surgery patients of registered nurses in the surgical department general hospital

Hathaichanok Thara, B.N.S.*

Srisuda Assawapalangool, Ph.D.**

Mongkol Surimuang, M.N.S.***

Abstract

Introduction : Adhering to safe surgical principles helps prevent risks and complications that may arise for patients at all stages of surgery. The actions of nurses play a crucial role in ensuring the safety of the surgical process

Objective : To investigate the factors and practices related to safe surgery in patients undergoing appendix surgery, particularly focusing on the role of professional nurses in the Surgery Department at Mae Sot Hospital in Tak Province.

Methods : Cross-sectional Descriptive Study: The sample group consisted of 60 professional nurses, specifically selected to work in the surgery department. Data were collected between October and November 2023. The questionnaire comprised two parts: general information and safe surgical practices in patients undergoing appendectomy. The questionnaire's content validity was checked by three experts, resulting in a content validity index of 1.00. The questionnaire demonstrated a reliability of 0.71. Data were analyzed using descriptive statistics, and differences in practice scores concerning baseline factors were tested. Correlations between related factors and practices were determined using Spearman correlation.

Results : The sample group demonstrated a low level of infection prevention practice before surgery (46.7%). However, the practice of preventing complications before surgery was at a high level (58.3%). In the postoperative period, the sample group exhibited high levels of infection prevention and prevention of complications, with scores of 81.7% in the first hour and 80.0% in the last 24 hours of the postoperative stage. Participants with more than 3 years of experience working in the surgical department achieved significantly higher performance scores in the first 24 hours after surgery ($p < 0.05$). The duration of nursing work shows a low positive relationship with performance in the first 24 hours after surgery ($r = 0.299$, $p < 0.05$).

Conclusion : The sample group exhibited low adherence to preoperative infection control and prevention principles, particularly among those with less experience who showed even lower adherence to the standards. Consequently, plans should be implemented to enhance the accuracy of treatment for such individuals, including the provision of knowledge. Comprehensive work scheduling across age groups is recommended.

Keywords : Safety surgery, Appendix surgery, Surgery department nurse

* Registered nurse, professional level, Surgical Department Mae Sot Hospital

** Registered nurse, Senior professional level, Research and Nursing Development Unit. Mae Sot Hospital

*** Corresponding author Registered nurse, Senior professional level, Research and Nursing Development Unit. Mae Sot Hospital

ปัจจัยและการปฏิบัติตามหลักการผ่าตัดที่ปลอดภัยในผู้ป่วยผ่าตัดไส้ติ่ง ของพยาบาลวิชาชีพแผนกศัลยกรรม โรงพยาบาลทั่วไป

หทัยชนก ชารา, พย.บ.*
ศรีสุดา อัสวพลังกุล, วท.ด.**
มงคล สุริเมื่อง, พย.ม.***

บทคัดย่อ

บทนำ : การปฏิบัติตามหลักการผ่าตัดที่ปลอดภัยเป็นการป้องกันความเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยผ่าตัดได้
ทุกระยะ การปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดตามมาตรฐานเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยให้กระบวนการผ่าตัดเกิดความปลอดภัย

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาปัจจัยและการปฏิบัติตามหลักการผ่าตัดที่ปลอดภัยในผู้ป่วยผ่าตัดไส้ติ่งของพยาบาลวิชาชีพ
แผนกศัลยกรรม โรงพยาบาลแม่สอด จังหวัดตาก

วิธีการศึกษา : การศึกษาเชิงพรรณนาภาคตัดขวาง กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 60 คน เลือกแบบเจาะจง
คือ ปฏิบัติงานในแผนกศัลยกรรม รวบรวมข้อมูล ระหว่างเดือนตุลาคมถึงเดือนพฤศจิกายน 2566 แบบสอบถามมี 2 ส่วน
คือ ข้อมูลทั่วไป และการปฏิบัติตามหลักการผ่าตัดที่ปลอดภัยในผู้ป่วยผ่าตัดไส้ติ่ง แบบสอบถามผ่านการตรวจสอบความ
ตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา เท่ากับ 1.00 ค่าความเชื่อมั่นของ
แบบสอบถามได้เท่ากับ 0.71 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ทดสอบความแตกต่างของคะแนนการปฏิบัติกับ
ปัจจัยพื้นฐาน และหาความสัมพันธ์ปัจจัยที่เกี่ยวข้องและการปฏิบัติโดยใช้สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน

ผลการศึกษา : กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อก่อนการผ่าตัดในระดับต่ำ (ร้อยละ 46.7) การปฏิบัติการป้องกัน
ภาวะแทรกซ้อนก่อนการผ่าตัดระดับสูง (ร้อยละ 58.3) ระยะหลังการผ่าตัดกลุ่มตัวอย่างปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อ และ
ป้องกันภาวะแทรกซ้อน ระยะ 24 ชั่วโมงแรก และระยะหลัง 24 ชั่วโมง ระดับสูง (ร้อยละ 81.7 และ ร้อยละ 80.0)
กลุ่มตัวอย่างผู้มีประสบการณ์ปฏิบัติงานและปฏิบัติงานแผนกศัลยกรรมมากกว่า 3 ปี มีคะแนนการปฏิบัติในระยะ 24 ชั่วโมงแรก
หลังผ่าตัดสูงกว่า อย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.05$) ระยะเวลาปฏิบัติงานพยาบาลมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติในระยะ 24 ชั่วโมงแรก
หลังผ่าตัดทางลบระดับต่ำ ($r = 0.299, p < 0.05$)

สรุป : กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติตามหลักการควบคุมและป้องกันการติดเชื้อระยะก่อนผ่าตัดในระดับต่ำผู้ที่มีประสบการณ์น้อย
มีการปฏิบัติตามมาตรฐานน้อยกว่า ดังนั้นจึงควรวางแผนเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างดังกล่าวสามารถปฏิบัติได้ถูกต้องมากขึ้น เช่น
การให้ความรู้ การจัดตารางปฏิบัติงานแบบครอบคลุมระหว่างช่วงอายุ

คำสำคัญ : การผ่าตัดที่ปลอดภัย ผ่าตัดไส้ติ่ง พยาบาลแผนกศัลยกรรม

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยศัลยกรรม โรงพยาบาลแม่สอด

**พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ กลุ่มงานวิจัยและพัฒนาการพยาบาล โรงพยาบาลแม่สอด

***Corresponding author พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ กลุ่มงานวิจัยและพัฒนาการพยาบาล โรงพยาบาลแม่สอด

บทนำ

การผ่าตัดเป็นการรักษาเพื่อให้ผู้ป่วยหายหรือบรรเทาอาการของโรค ผู้ป่วยทุกรายที่เข้ารับการผ่าตัดต้องเป็นการผ่าตัดที่ปลอดภัย ถูกต้องตามมาตรฐาน และต้องไม่เกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการผ่าตัด เมื่อเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ก่อให้เกิดผลกระทบที่รุนแรงต่อผู้ป่วยจนถึงขั้นพิการหรือเสียชีวิตได้^{1,2} เพื่อให้เกิดความปลอดภัยในการผ่าตัด องค์การอนามัยโลกได้ดำเนินการโครงการ การผ่าตัดปลอดภัย ช่วยรักษาชีวิตผู้ป่วย (safe surgery saves lives) โดยให้ความสำคัญเรื่องการปฏิบัติเพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย¹ ประเทศไทยเริ่มมีการกำหนดเป้าหมายเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วยที่มารับบริการผ่าตัด ในปี 2549 โดยอยู่ภายใต้เป้าหมายความปลอดภัยของผู้ป่วยในประเทศไทย กำหนดโดยสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) ได้กำหนดตัวชี้วัดในด้านความปลอดภัยโดยการป้องกันการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัดที่สถานพยาบาลต้องปฏิบัติไว้ 3 ข้อ คือ รักษาการติดเชื้อก่อนการผ่าตัดกรณีที่เป็นการผ่าตัดไม่เร่งด่วน หลีกเลี่ยงการกำจัดขนและหากจำเป็นต้องกำจัดขนให้ใช้เครื่องขลิบขน (clippers) และให้ยาปฏิชีวนะเพื่อป้องกันการติดเชื้อเมื่อมีข้อบ่งชี้³

ประเทศไทย มีจำนวนผู้ป่วยที่ต้องเข้ารับการผ่าตัดประมาณ 1.2 ล้านคนต่อปี เมื่อปี 2012 มีผู้ป่วยเข้ารับการผ่าตัดประมาณ 2.8-3.6 ล้านคนต่อปี คิดเป็นอัตราการผ่าตัดเฉลี่ย 4,775 การผ่าตัดต่อแสนประชากร⁴ โดยส่วนใหญ่เป็นการผ่าตัดในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย ร้อยละ 44.9 โรงพยาบาลศูนย์ ร้อยละ 31.2 โรงพยาบาลทั่วไป ร้อยละ 25.2 และโรงพยาบาลชุมชน ร้อยละ 5.1⁴ ยังไม่มีรายงานชนิดของการผ่าตัดที่พบบ่อยในประเทศไทยอย่างเป็นทางการ จากสถิติการผ่าตัดในโรงพยาบาลหลายแห่งพบว่า การผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องพบมากเป็นอันดับต้นๆ สำหรับการผ่าตัดไส้ติ่งอักเสบเป็นหัตถการที่พบบ่อยในแผนกศัลยกรรม สถิติการผ่าตัดไส้ติ่งในโรงพยาบาลแม่สอด ระหว่างปี 2564-2566 มีจำนวน 309, 329 และ 309 รายตามลำดับ⁵

การปฏิบัติตามแนวปฏิบัติเพื่อความปลอดภัยและป้องกันการภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดไส้ติ่งใช้ได้กับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดมี 3 ระยะ คือ ระยะก่อนผ่าตัด ระยะระหว่างผ่าตัดและระยะหลังการผ่าตัด ซึ่งหลายกิจกรรมเป็นบทบาทโดยตรงของพยาบาลวิชาชีพ กิจกรรมระยะก่อนผ่าตัดด้านร่างกาย ได้แก่ การกำจัดขนบริเวณผ่าตัด การให้คำแนะนำเรื่องอาบน้ำสระผมก่อนผ่าตัด การตัดเล็บมือ เล็บเท้า ล้างสีเล็บ การใช้น้ำยาฆ่าเชื้อที่ผิวหนังก่อนการผ่าตัด การให้ยาต้านจุลชีพเพื่อป้องกันการติดเชื้อและการทำความสะอาดมือด้านจิตใจ ได้แก่ การสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและครอบครัวด้วยคำพูดและน้ำเสียงที่เป็นมิตร การให้คำแนะนำการปฏิบัติตนก่อนและหลังผ่าตัด การรับฟังและเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัยเพื่อให้เกิดความเข้าใจสภาพตนเองหลังผ่าตัด กิจกรรมระยะหลังการผ่าตัด ได้แก่ การกระตุ้นให้ผู้ป่วยลุกจากเตียงหลังผ่าตัดใน 24 ชั่วโมงแรก กระตุ้นผู้ป่วยให้หายใจเข้า-ออกลึกๆ และไอถูกวิธี การใช้หลักปราศจากเชื้อในการดูแลแผลผ่าตัด² เป็นต้น การปฏิบัติที่การพยาบาลที่ไม่ถูกต้อง อาจเพิ่มโอกาสการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์และเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดไส้ติ่งได้ การเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดไส้ติ่ง ส่งผลทำให้มีค่าใช้จ่ายในการรักษาสูงขึ้น เพิ่มอัตราการพิการและเพิ่มอัตราการเสียชีวิต ความไม่ปลอดภัยหรือเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการผ่าตัดอาจเกิดจากหลายปัจจัย เช่น ข้อจำกัดด้านความรู้ของบุคลากรทางการแพทย์ ทักษะและประสบการณ์ในการปฏิบัติพยาบาล หรือแม้กระทั่งการกำหนดนโยบายหรือแนวปฏิบัติของหน่วยงานที่ไม่ชัดเจน⁶

ดังนั้นการปฏิบัติในการป้องกันการภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดไส้ติ่งของพยาบาลวิชาชีพในระยะก่อนการผ่าตัด และระยะหลังการผ่าตัดที่ถูกต้อง จึงมีความสำคัญที่ป้องกันหรือช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดไส้ติ่งได้ ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาการปฏิบัติในการป้องกันการภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดไส้ติ่งของพยาบาลวิชาชีพในแผนกศัลยกรรม โรงพยาบาลแม่สอด จังหวัดตาก ซึ่งข้อมูลที่ได้จะเป็นประโยชน์ในการวางแผนเพื่อการปฏิบัติในการป้องกันการภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดไส้ติ่ง เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัยจากการผ่าตัด

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการปฏิบัติตามหลักการผ่าตัดที่ปลอดภัยในผู้ป่วยผ่าตัดไส้ติ่งของพยาบาลวิชาชีพ แผนกศัลยกรรม โรงพยาบาลแม่สอด จังหวัดตาก

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเชิงพรรณนาภาคตัดขวาง (Descriptive research) เพื่อศึกษาการปฏิบัติตามหลักการผ่าตัดที่ปลอดภัยและศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการปฏิบัติตามหลักการผ่าตัดที่ปลอดภัยในผู้ป่วยผ่าตัดไส้ติ่งของพยาบาลวิชาชีพ แผนกศัลยกรรม โรงพยาบาลแม่สอด จังหวัดตาก จำนวน 6 หอผู้ป่วย โดยเก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่ ตุลาคม ถึง พฤศจิกายน 2566

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลแม่สอด จังหวัดตาก ที่ศึกษาในช่วงเวลานั้น

กลุ่มตัวอย่าง : ผู้วิจัยดำเนินการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วย ซึ่งปฏิบัติงานให้การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดไส้ติ่ง ในระยะก่อนการผ่าตัด และระยะหลังการผ่าตัด แบ่งออกเป็นหอผู้ป่วยพิเศษ ได้แก่ พิเศษ 1 พิเศษ 3 ชั้น 3/4 พิเศษ 3 ชั้น 5/6 และพิเศษ SMC หอผู้ป่วยสามัญ ได้แก่ ศัลยกรรมหญิง ศัลยกรรมชาย โรงพยาบาลแม่สอด จังหวัดตาก จำนวน 60 คน

เกณฑ์การคัดเลือกเข้า : เป็นพยาบาลวิชาชีพทุกคน ที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยแผนกศัลยกรรม และหอผู้ป่วยพิเศษที่ให้การดูแลผู้ป่วยผ่าตัดไส้ติ่งในระยะก่อนการผ่าตัด และระยะหลังการผ่าตัดในช่วงที่ทำการ ศึกษาและยินดีเข้าร่วมวิจัย

เกณฑ์การคัดออก : ผู้ที่ปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยหรือไม่สามารถอยู่ครบทุกระยะของการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสอบถามประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย ข้อคำถามจำนวน 10 ข้อ เกี่ยวกับ 1) ลักษณะทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ 2) ทักษะความชำนาญงาน ได้แก่ ตำแหน่ง ระยะเวลาในการปฏิบัติงานในโรงพยาบาล ระยะเวลาการปฏิบัติงานในแผนกศัลยกรรม และ 3) ความรู้ ได้แก่ ระดับการศึกษา หอผู้ป่วยที่ปฏิบัติงาน การได้รับอบรม/ประชุมวิชาการเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดไส้ติ่ง การอบรมการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อประจำปีของโรงพยาบาล

ส่วนที่ 2 การปฏิบัติในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดไส้ติ่งของพยาบาลวิชาชีพ ประกอบด้วยข้อคำถามรวมทั้งหมด 47 ข้อ แบ่งเป็น 2 ระยะ ได้แก่ ระยะก่อนการผ่าตัด 26 ข้อ (คะแนนเต็ม 78 คะแนน) และระยะหลังการผ่าตัด 21 ข้อ (คะแนนเต็ม 63 คะแนน) ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่าแบ่งเป็น 4 ระดับ โดยกำหนดให้เลือกตอบเพียงคำตอบเดียวที่ตรงกับ ความถี่ของการปฏิบัติคือ ปฏิบัติทุกครั้ง (3คะแนน) ปฏิบัติบ่อยครั้ง (2 คะแนน) ปฏิบัติบางครั้ง (1 คะแนน) และไม่ปฏิบัติ (0 คะแนน)

การควบคุมคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ประกอบด้วย นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ (เฉพาะทางศัลยกรรม) 1 ท่าน และพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (หัวหน้าหอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง) 1 ท่าน และพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (หัวหน้าหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม) ได้ค่าความตรงของเนื้อหาเท่ากับ 1.0 ตรวจสอบความถูกต้อง ความเหมาะสม และความชัดเจนของเนื้อหา เพื่อให้ได้ข้อคำถามที่มีความเที่ยงตรงและมีความสมบูรณ์ ผู้วิจัยนำมาหาค่าความเชื่อมั่นกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา จำนวน 20 คน ได้ค่าความเชื่อมั่น Cronbach's Alpha เท่ากับ 0.71

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ทดสอบความแตกต่างของคะแนนการปฏิบัติกับปัจจัยพื้นฐานด้วยสถิติ Wilcoxon sign rank test และหาความสัมพันธ์ปัจจัยที่เกี่ยวข้องและการปฏิบัติโดยใช้สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลแม่สอด เลขที่ MSHP74/2566 ได้ดำเนินการวิจัยตามหลักจริยธรรมการวิจัย คำหนึ่งถึงความปลอดภัยต่อผู้เข้าร่วมการวิจัย โดยผู้วิจัยแจ้งให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยทุกท่านได้รับทราบวัตถุประสงค์การทำวิจัยและประโยชน์ที่จะได้รับ รวมทั้งได้รับการติดตามดูแลจากผู้วิจัยจนแล้วเสร็จกระบวนการวิจัย ผู้เข้าร่วมการวิจัย มีสิทธิ์ถอนตัวจากการวิจัยโดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ข้อมูลที่ได้เก็บเป็นความลับถูกใช้เฉพาะการวิจัยและนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวม

ผลการศึกษา

กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 60 ราย มีฐานอายุเท่ากับ 30 ปี (median, [IQR 30 [26, 35.7]) เป็นเพศหญิง ร้อยละ 98.3 ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพระดับปฏิบัติการ ร้อยละ 60.0 มีฐานระยะเวลาปฏิบัติงานพยาบาล 7 ปี ส่วนใหญ่ปฏิบัติงานมากกว่า 3 ปีขึ้นไป ร้อยละ 86.7 มีฐานระยะเวลาปฏิบัติงานแผนกศัลยกรรม 2.5 ปี ปฏิบัติงานแผนกศัลยกรรมเท่ากันระหว่าง ≤ 2 ปี และ ≥ 3 ปี ร้อยละ 50.0 ที่ผ่านมาไม่เคยอบรมการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดอย่างปลอดภัยร้อยละ 96.7 ผ่านการอบรมป้องกันและควบคุมการติดเชื้อประจำปีของโรงพยาบาล ร้อยละ 83.3 (ตารางที่ 1)



ตารางที่ 1 แสดงลักษณะทั่วไปของพยาบาลวิชาชีพ (n = 60)

ลักษณะ	จำนวน	ร้อยละ
อายุ (ปี) median [IQR]	30 [26, 35.7]	
min, max	23, 53	
เพศหญิง	59	98.3
ระดับตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ		
พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ	36	60.0
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	24	40.0
หอผู้ป่วย		
หอผู้ป่วยพิเศษ	41	68.3
หอผู้ป่วยสามัญ	19	31.7
ระยะเวลาปฏิบัติงานพยาบาล (ปี) median [IQR]	7 [3.25, 12.50]	
≤ 2 ปี	8	13.3
≥ 3 ปี	52	86.7
ระยะเวลาปฏิบัติงานแผนกศัลยกรรม (ปี) median [IQR]	2.5 [1, 7]	
≤ 2 ปี	30	50.0
≥ 3 ปี	30	50.0
ได้รับการอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดอย่างปลอดภัย		
ไม่เคยอบรม	58	96.7
เคยอบรม	2	3.3
ได้รับการอบรมป้องกันและควบคุมการติดเชื้อประจำปีของโรงพยาบาล		
ไม่เคยอบรม	10	16.7
เคยอบรม	50	83.3

กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อระยะก่อนการผ่าตัด ระดับต่ำ ร้อยละ 46.7 การปฏิบัติเพื่อป้องกันการภาวะแทรกซ้อนระยะก่อนการผ่าตัด ระดับสูง ร้อยละ 58.3 ระยะหลังการผ่าตัด กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติเพื่อควบคุมป้องกันการติดเชื้อและภาวะแทรกซ้อน ในระยะ 24 ชั่วโมงแรก และหลัง 24 ชั่วโมง ระดับสูง ร้อยละ 81.7 และ ร้อยละ 80 ตามลำดับ (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามคะแนนการปฏิบัติในการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดไส้ติ่ง ระยะก่อนการผ่าตัดและระยะหลังการผ่าตัด (n = 60)

คะแนน	คะแนนเต็ม	จำนวน	ร้อยละ	ระดับการปฏิบัติที่ถูกต้อง
ระยะก่อนการผ่าตัด				
การปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อ (12 ข้อ)	36			
32-36		6	10.0	สูง
27-31		26	43.3	ปานกลาง
20-26		28	46.7	ต่ำ
คะแนนต่ำสุด-คะแนนสูงสุด 20-36				
median [IQR] 27 [24, 28.75]				
การปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน (14 ข้อ)	42			
37-42		35	58.3	สูง



คะแนน	คะแนนเต็ม	จำนวน	ร้อยละ	ระดับการปฏิบัติที่ถูกต้อง
32-36		23	38.3	ปานกลาง
27-31		2	3.3	ต่ำ
คะแนนต่ำสุด-คะแนนสูงสุด 27-42				
median [IQR] 37 [34, 39.75]				
ระยะหลังการผ่าตัด				
การปฏิบัติในระยะ 24 ชั่วโมงแรก (12 ข้อ)		36		
34-36		49	81.7	สูง
31-33		7	11.7	ปานกลาง
28-30		4	6.7	ต่ำ
คะแนนต่ำสุด-คะแนนสูงสุด 28-36				
median [IQR] 35.50 [34, 36]				
การปฏิบัติในระยะหลัง 24 ชั่วโมง (9 ข้อ)		27		
25-27		48	80.0	สูง
22-24		11	18.3	ปานกลาง
19-21		1	1.7	ต่ำ
คะแนนต่ำสุด-คะแนนสูงสุด 19-27				
median [IQR] 27 [26, 27]				

เมื่อจำแนกตามการปฏิบัติที่ถูกต้องทุกครั้งที่ในการปฏิบัติเพื่อความปลอดภัยในผู้ป่วยผ่าตัดไส้ติ่งพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติที่ถูกต้องทุกครั้งที่ในการป้องกันการติดเชื้อเพียง ร้อยละ 62.4 การปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน ร้อยละ 80.0 การปฏิบัติในระยะ 24 ชั่วโมงแรก ร้อยละ 90.1 และการปฏิบัติในระยะหลัง 24 ชั่วโมง ร้อยละ 89.6 (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามการปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อ และการผ่าตัดอย่างปลอดภัยในการผ่าตัดไส้ติ่ง ระยะก่อนการผ่าตัด เป็นรายข้อ (n = 60)

การปฏิบัติ	จำนวนข้อ	ปฏิบัติทุกครั้ง	ปฏิบัติบ่อยครั้ง	ปฏิบัติบางครั้ง	ไม่ปฏิบัติ
		จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
การป้องกันการติดเชื้อ	12	449 (62.4)	106 (14.7)	48 (6.7)	117 (16.2)
การปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน	14	672 (80.0)	77 (9.1)	48 (5.7)	44 (5.2)
การปฏิบัติในระยะ 24 ชั่วโมง แรก	12	649 (90.1)	62 (8.6)	8 (1.1)	1 (0.1)
การปฏิบัติในระยะหลัง 24 ชั่วโมง	9	484 (89.6)	50 (9.3)	6 (1.1)	

ระยะเวลาเวลาปฏิบัติงานพยาบาลและระยะเวลาปฏิบัติงานพยาบาลแผนกศัลยกรรมมีคะแนนเฉลี่ยของการปฏิบัติในระยะ 24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) (ตารางที่ 4)



ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะทั่วไปของพยาบาลในการปฏิบัติตามหลักการผ่าตัดที่ปลอดภัยในผู้ป่วยผ่าตัดไส้ติ่ง (n = 60)

ลักษณะทั่วไป	ระยะก่อนผ่าตัด				ระยะหลังผ่าตัด			
	การป้องกัน การติดเชื้อ (เต็ม=36)		การป้องกัน ภาวะแทรกซ้อน (เต็ม=42)		การปฏิบัติ ระยะ 24 ชั่วโมง (เต็ม=36)		การปฏิบัติ ระยะหลัง 24 ชั่วโมง (เต็ม=27)	
	mean	SD	mean	SD	mean	SD	mean	SD
ระดับตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ								
พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ	26.67	± 4.32	36.94	± 3.43	34.61	± 2.03	25.92	± 1.82
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	26.96	± 2.80	36.96	± 3.68	34.71	± 2.09	26.04	± 1.42
หอผู้ป่วย								
หอผู้ป่วยพิเศษ	27.34	± 3.90	36.83	± 3.61	34.78	± 1.91	26.05	± 1.46
หอผู้ป่วยสามัญ	25.58	± 3.30	37.21	± 3.34	34.37	± 2.31	25.79	± 2.07
ระยะเวลาปฏิบัติงานพยาบาล								
≤ 2 ปี	25.63	± 2.87	36.63	± 3.33	32.88	± 2.99	25.38	± 3.11
≥ 3 ปี	26.96	± 3.90	37.00	± 3.55	34.92*	± 1.73	26.06	± 1.34
ระยะเวลาปฏิบัติงานแผนกศัลยกรรม								
≤ 2 ปี	27.40	± 4.08	37.17	± 3.70	33.97	± 2.55	25.73	± 1.98
≥ 3 ปี	26.17	± 3.43	36.73	± 3.34	35.33*	± 0.99	26.20	± 1.27
ได้รับการอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย ผ่าตัดอย่างปลอดภัย								
ไม่เคยอบรม	26.90	± 3.80	36.95	± 3.54	34.74	± 1.86	26.07	± 1.41
เคยอบรม	23.50	± 0.70	37.00	± 2.82	32.00	± 5.65	23.00	± 5.65
ได้รับการอบรมป้องกันและควบคุมการ ติดเชื้อประจำปีของโรงพยาบาล								
ไม่เคยอบรม	26.20	± 2.39	36.20	± 3.79	34.20	± 2.20	26.60	± 0.96
เคยอบรม	26.90	± 4.02	37.10	± 3.46	34.74	± 2.01	25.84	± 1.75

หมายเหตุ * p<0.05

ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ หอผู้ป่วย ระยะเวลาปฏิบัติงานแผนกศัลยกรรม การผ่านอบรมการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดอย่างปลอดภัย การผ่านอบรมป้องกันควบคุมการติดเชื้อประจำปี ไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติใน 4 ระยะ ระยะเวลาปฏิบัติงานพยาบาลของกลุ่มตัวอย่างมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติในระยะ 24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัดทางบวกระดับต่ำ ($r=0.299, p<0.05$) (ตารางที่ 5)



ตารางที่ 5 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ตำแหน่งพยาบาล หอผู้ป่วย ระยะระยะเวลาปฏิบัติงานพยาบาล ระยะเวลาปฏิบัติงานแผนก
ศัลยกรรม ผ่านการอบรมการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดอย่างปลอดภัย ผ่านการอบรมป้องกันควบคุมการติดเชื้อประจำปีของ
โรงพยาบาลและการปฏิบัติ 4 ระยะ (n=60)

ตัวแปร	การป้องกัน การติดเชื้อ	การป้องกัน ภาวะแทรกซ้อน	การปฏิบัติ ระยะ 24 ชั่วโมง	การปฏิบัติ ระยะหลัง 24 ชั่วโมง
ระยะเวลาปฏิบัติงานพยาบาล	0.115	0.048	0.299*	-0.056
ระดับตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ	0.076	0.022	0.060	-0.032
หอผู้ป่วยสามัญ/หอผู้ป่วยพิเศษ	-0.196	0.054	-0.138	-0.022
ระยะเวลาปฏิบัติงานแผนกศัลยกรรม	-0.165	-0.081	0.252	0.076
ได้รับการอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย ผ่าตัดอย่างปลอดภัย	-0.199	0.003	-0.084	-0.102
ได้รับการอบรมป้องกันและควบคุม การติดเชื้อประจำปีของโรงพยาบาล	0.073	0.106	0.158	-0.197

* p<0.05 หมายถึง คู่หนึ่งมีความสัมพันธ์เชิงบวกลบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

วิจารณ์

การศึกษานี้เป็นการหาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการปฏิบัติตามหลักการผ่าตัดที่ปลอดภัยในผู้ป่วยผ่าตัดไส้ติ่งของพยาบาลวิชาชีพ
แผนกศัลยกรรม โรงพยาบาลแม่สอด จังหวัดตาก อภิปรายผลตามวัตถุประสงค์การวิจัยดังนี้ กลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติตามหลัก
การผ่าตัดที่ปลอดภัยในผู้ป่วยผ่าตัดไส้ติ่ง ในระยะก่อนการผ่าตัดเรื่องการปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อ อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 46.7
ส่วนการปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน กลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติตามแนวทางอยู่ในระดับสูงร้อยละ 58.3 ในระยะหลังการผ่าตัด
กลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติตามแนวทางการป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดไส้ติ่งในระยะ 24 ชั่วโมงแรก ในระดับสูงร้อยละ 81.7 และ
กลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติตามแนวทางการป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดไส้ติ่งในระยะหลังอยู่ในระดับสูงร้อยละ 80 (ตารางที่ 2)
ทั้งนี้อาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระยะปฏิบัติงานพยาบาลมากกว่า 3 ปีขึ้นไป ร้อยละ 86.7 และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่
เคยได้รับความรู้ด้านการป้องกันการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัด โดยได้รับการอบรมป้องกันและควบคุมการติดเชื้อประจำปี
ของโรงพยาบาล ร้อยละ 83.3 (ตารางที่ 1)

อย่างไรก็ตามเมื่อจำแนกการปฏิบัติที่ถูกต้องทุกครั้ง พบว่า ในระยะก่อนการผ่าตัดมีการปฏิบัติที่ถูกต้องทุกครั้งในการ
ป้องกันการติดเชื้อ เพียงร้อยละ 62.4 (ตารางที่ 3) ทั้งนี้ความรู้ที่ได้รับจากการอบรมป้องกันและควบคุมการติดเชื้อประจำปี
ของโรงพยาบาล เนื้อหาอาจไม่ได้ครอบคลุมในเรื่องการปฏิบัติตามหลักการผ่าตัดที่ปลอดภัยในผู้ป่วยผ่าตัดไส้ติ่งหรือการปฏิบัติ
เพื่อป้องกันแผลผ่าตัดติดเชื้อ จึงอาจทำให้กลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติไม่ถูกต้องโดยเฉพาะหัวข้อการจัดขนของผู้ป่วยก่อนการผ่าตัด
ปัจจุบันแผนกศัลยกรรมใช้ไบมัดโกนกรณีที่ต้องกำจัดขนของผู้ป่วยก่อนการผ่าตัดซึ่งการกำจัดขนนั้นมีหลักฐานเชิงประจักษ์ว่า
ไม่แนะนำให้ใช้มีดโกนขน^{7,8} และไม่ควรรีบบำรุงกำจัดขนเพราะอาจทำให้เกิดอาการแพ้และระคายเคือง⁹ นอกจากนี้การกำจัดขนโดยใช้
ไบมัดโกน ยังทำให้มีความเสี่ยงในการติดเชื้อมากกว่าการใช้เครื่องขลิบขน (clipper) จากการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการใช้
เครื่องขลิบขนทุกครั้งที่มีปฏิบัติน้อยถึงแม้ว่าจะเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ แต่เนื่องด้วยเครื่องมือมีราคาแพงร่วมกับทักษะปฏิบัติของ
พยาบาลด้วยเครื่องขลิบขนยังมีน้อย หัวข้อระยะเวลาในการกำจัดขนผู้ป่วยไม่ควรเกิน 2 ชั่วโมงก่อนการผ่าตัด⁹ เนื่องด้วยภาระงาน
ที่มาก จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติทุกครั้งในหัวข้อนี้ค่อนข้างน้อยเช่นกัน จึงทำให้ผลการปฏิบัติเพื่อการป้องกันการติดเชื้อในภาพรวมของ
การปฏิบัติไม่ถึงร้อยละ 80

การปฏิบัติพยาบาลในระยะหลังการผ่าตัด 24 ชั่วโมงแรก มีการปฏิบัติที่ถูกต้องทุกครั้ง ร้อยละ 88.3 (ตารางที่ 3) และในระยะ
หลังการผ่าตัดเกิน 24 ชั่วโมงไปแล้ว มีการปฏิบัติที่ถูกต้องทุกครั้งร้อยละ 90 (ตารางที่ 3) ถึงแม้ว่าการปฏิบัติการพยาบาลที่ค่อนข้างสูง
แต่ยังไม่ครบร้อยละ 100.0 สอดคล้องกับการศึกษาของ แสงโสม ทรัพย์มนตรี และคณะ¹⁰

นอกจากนี้ยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีประสบการณ์ทำงานในแผนกศัลยกรรมเพียง 1-2 ปี ระดับ Novice¹¹ ถึงร้อยละ 50 (ตารางที่ 1) สอดคล้องกับการศึกษาในประเทศเกาหลีใต้ที่พบว่า ถ้าพยาบาลขาดความรู้และประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยแผนกศัลยกรรมจะทำให้ไม่เห็นความสำคัญของการปฏิบัติตามหลักการผ่าตัดที่ปลอดภัย¹² สอดคล้องกับการศึกษาของ Hwang J¹³ ที่พบว่าพยาบาลที่มีประสบการณ์ทำงานมากกว่ามีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยสูงกว่าพยาบาลที่มีประสบการณ์ทำงานน้อยกว่า จึงเห็นได้ว่าประสบการณ์การทำงานมีผลต่อการปฏิบัติตามหลักการผ่าตัดที่ปลอดภัยในผู้ป่วยผ่าตัดไส้ติ่งจากผลการศึกษาระยะเวลาในการปฏิบัติงานพยาบาลมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติในระยะหลังผ่าตัด 24 ชั่วโมงแรกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.299, p<0.05$) (ตารางที่ 5) การปฏิบัติการพยาบาลเพื่อความปลอดภัยในผู้ป่วยผ่าตัดไส้ติ่งมีหลายปัจจัยที่ส่งต่อการปฏิบัติได้ เช่น ความรู้ ประสบการณ์ ซึ่งอาจทำให้พยาบาลที่ปฏิบัติงานมากกว่า 3 ปี เหล่านี้ได้ประยุกต์ความรู้ ทักษะปฏิบัติ ประสบการณ์สู่การปฏิบัติการพยาบาลเพื่อปลอดภัยในผู้ป่วยหลังผ่าตัดไส้ติ่งได้ดีกว่า

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ด้านการบริหาร นำผลการวิจัยเสนอผู้บริหารหรือผู้ที่เกี่ยวข้อง เช่น (Patient Care Team: PCT) ศัลยกรรม เพื่อทราบการปฏิบัติตามหลักการผ่าตัดที่ปลอดภัยในผู้ป่วยผ่าตัดไส้ติ่งที่ยังมีการปฏิบัติไม่ถูกต้องและนำผลวิจัยเสนอผู้บริหารทางการแพทย์เพื่อกำหนดนโยบาย วางแผนการดำเนินงานและการนิเทศติดตามผลการปฏิบัติงานโดยเฉพาะการปฏิบัติการพยาบาลระยะ 24 ชั่วโมงแรก เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัยจากการผ่าตัด ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนหรือเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์อันเป็นผลมาจากการพยาบาล

2. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล นำผลวิจัยให้กับพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในแผนกศัลยกรรมที่ให้การดูแลผู้ป่วยทั้งในระยะก่อนการผ่าตัดและหลังการผ่าตัด เพื่อเป็นแนวทางในการกำหนดมาตรฐานในการปฏิบัติตามหลักการผ่าตัดที่ปลอดภัยในผู้ป่วยผ่าตัดไส้ติ่งและเพื่อให้พยาบาลวิชาชีพมีแนวทางปฏิบัติไปในทางเดียวกัน และควรมีการติดตามการปฏิบัติ นิเทศการปฏิบัติและให้ข้อมูลย้อนกลับในการปฏิบัติตามหลักการผ่าตัดที่ปลอดภัยในผู้ป่วยผ่าตัดไส้ติ่งในประเด็นที่ยังมีการปฏิบัติไม่ถูกต้องอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง

3. ควรมีการใช้กลยุทธ์ที่หลากหลายในการเพิ่มการปฏิบัติ ระยะ 24 ชั่วโมงหลังผ่าตัดในหัวข้อที่มีการปฏิบัติได้ไม่ถึงร้อยละ 80

สรุปผล

กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติตามหลักการควบคุมและป้องกันการติดเชื้อระยะก่อนผ่าตัดในระดับต่ำผู้ที่มีประสบการณ์น้อยมีการปฏิบัติตามมาตรฐานน้อยกว่า ดังนั้นจึงควรวางแผนเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างดังกล่าวสามารถปฏิบัติได้ถูกต้องมากขึ้น เช่น การให้ความรู้ การจัดตารางปฏิบัติงานแบบครอบคลุมระหว่างช่วงอายุ อีกทั้งควรเน้นการปฏิบัติที่ถูกต้องตามหลักควบคุมและป้องกันการติดเชื้อระยะก่อนการผ่าตัด ในผู้ป่วยผ่าตัดไส้ติ่ง และผู้ป่วยที่ต้องได้รับการผ่าตัดทวาร

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Safe surgery save lives WHO guideline for safe surgery 2009 2561. Available from: http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241598552_end.pdf.
2. นงเยาว์ เกษตร์ภิบาล. ความปลอดภัยในการผ่าตัด. เชียงใหม่: โชตนาพรินท์; 2561.
3. อนุวัฒน์ ศุภชุตินกุล. HA Update 2010. นนทบุรี: สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) (สรพ.) 2553.
4. Weiser TG, Haynes AB, Molina G, Lipsitz SR, Esquivel MM, Uribe-Leitz T, et al. Estimate of the global volume of surgery in 2012: an assessment supporting improved health outcomes. *The Lancet*. 2015;385:S11.
5. กลุ่มงานเทคโนโลยีและสารสนเทศทางการแพทย์ โรงพยาบาลแม่สอด. สถิติโรค จำนวนผู้ป่วยผ่าตัด หัตถการ ปี 2566. ตาก: โรงพยาบาลแม่สอด; 2566.



6. Chawirat Chunchomgul, Apa Wangsukpisan. Factors Related To The Performance Of Clinical Practice For Patient Safety Among Nursing Students. *The Journal of Faculty of Nursing Burapha University*. 2020;28(4):102-13.
7. Anderson N, Potočnik K, Zhou J. Innovation and creativity in organizations: A state-of-the-science review, prospective commentary, and guiding framework. *Journal of management*. 2014;40(5):1297-333.
8. Safety WP, Organization WH. WHO guidelines for safe surgery 2009: safe surgery saves lives: World Health Organization; 2009.
9. Organization WH. Global guidelines for the prevention of surgical site infection: World Health Organization; 2016.
10. Seangsom Supmontri, Nongyao Kasatpibal, Nongkran Viseskul. Practices of Surgical Site Infection Prevention Among Registered Nurses. *Nursing Journal*. 2020;47(3):204-14.
11. Benner P. *From novice to expert: Excellence and power in clinical nursing practice*. Menlo Park: Addison-Wesley; 1983.
12. Kim IS, Park M, Park MY, Yoo H, Choi J. Factors Affecting the Perception of Importance and Practice of Patient Safety Management among Hospital Employees in Korea. *Asian Nurs Res (Korean Soc Nurs Sci)*. 2013;7(1):26-32.
13. Hwang JI. What are hospital nurses' strengths and weaknesses in patient safety competence? Findings from three Korean hospitals. *Int J Qual Health Care*. 2015;27(3):232-8.



Pain management among postoperative patients at the recovery room in the general hospital

Anchuli Naijit, B.N.S.*

Srisuda Assawapalanggool, Ph.D.**

Mongkol Surimuang, M.N.S.***

Abstract

Introduction : Postoperative pain is an acute type of pain, and its assessment and management are the responsibility of the anesthesia team. Proper pain management positively impacts patients and enhances the quality of anesthesia services.

Objective : This cross-sectional descriptive research aimed to study the characteristics of postoperative patients, their pain management, and the outcomes of pain management in the recovery room at Mae Sot Hospital, Tak Province.

Methods : The sample group included 120 post-operative patients and 12 anesthesia nurses. The research instrument used was a general data record. The results of the nursing practice assessment for pain relief, including content validity checked at 0.9 and a Cronbach's alpha coefficient reliability of 0.79, were obtained. Data analysis was conducted using descriptive statistics, and the Wilcoxon signed rank test was employed to compare pain management outcome scores.

Results : The results revealed that There was no pain reported by patients during the first period of admission (38.3%). However, after 15 minutes in the recovery room, the highest pain level recorded was 4-6 points. Over the subsequent 30, 45, and 60 minutes, the pain level decreased to 1-3 points. The most frequently administered medication was Morphine (35%). The mean scores for the anesthesia nurses' practice of not using drugs for pain relief were moderate ($\bar{X} = 2.72 \pm 0.60$). Median pain scores were significantly lower at 15 minutes compared to 60 minutes (median 4 vs. 3, $p=0.009$)

Conclusion : Anesthesiologists should incorporate strategies and guidelines for pain management without medication as an independent aspect of their role. This practice method complements medication-based pain management and contributes to patient comfort

Keywords : Pain Management, Post-surgery patients, recovery room

* Registered nurse, professional level, Anesthesia Department Mae Sot Hospital

** Registered nurse, Senior professional level, Research and Nursing Development Unit. Mae Sot Hospital

*** Corresponding author Registered nurse, Senior professional level, Research and Nursing Development Unit. Mae Sot Hospital

การบริหารความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่ห้องพักรักษาตัวในโรงพยาบาลทั่วไป

อัญชุลี นัยจิต, พย.บ.*
ศรีสุตา อัครพลังกุล, วท.ด.**
มงคล สุริเมือง, พย.ม.***

บทคัดย่อ

บทนำ : ความปวดหลังผ่าตัดเป็นความปวดชนิดเจ็บพลันการประเมินและการบริหารความปวด เป็นบทบาทหน้าที่ของทีมวิสัญญี การบริหารความปวดที่เหมาะสมส่งผลดีต่อผู้ป่วยและเพิ่มคุณภาพการบริการงานวิสัญญี

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาลักษณะของผู้ป่วย การบริหารความปวด และผลลัพธ์การบริหารความปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดในห้องพักรักษาตัว โรงพยาบาลแม่สอด จังหวัดตาก

วิธีการศึกษา : วิจัยเชิงพรรณนาภาคตัดขวางกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยหลังผ่าตัด 120 คน และ วิสัญญีพยาบาล 12 คน เครื่องมือวิจัยเป็นแบบบันทึกข้อมูลทั่วไป ข้อมูลผลลัพธ์ แบบประเมินการปฏิบัติพยาบาลเพื่อบรรเทาความปวด ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา เท่ากับ 0.9 ค่าความเที่ยงสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ 0.79 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา เปรียบเทียบคะแนนผลลัพธ์การบริหารความปวดด้วย สถิติ Wilcoxon sign rank test

ผลการศึกษา : ผลการวิจัยพบว่า ไม่มีความปวดในระยะแรกเริ่มมากที่สุด (ร้อยละ 38.3) หลังรับไว้ดูแลในห้องพักรักษาตัว 15 นาที ระดับความปวดสูงสุดที่ 4-6 คะแนน ระยะเวลา 30, 45 และ 60 นาที ระดับความปวดอยู่ที่ 1-3 คะแนน ยาที่ได้รับการบริหารมากที่สุดคือ Morphine (ร้อยละ 35) ค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติโดยไม่ใช่ยาของวิสัญญีพยาบาลเพื่อบรรเทาปวดอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.72 \pm 0.60$) ค่ามัธยฐานคะแนนความปวดลดลงที่ระยะเวลา 15 นาทีกับ 60 นาที อย่างมีนัยสำคัญ (median 4 vs 3, $p = 0.009$)

สรุป : การบริหารความปวดโดยไม่ใช่ยาเป็นบทบาทอิสระที่วิสัญญีพยาบาลควรเพิ่มกลยุทธ์และควรมีแนวทางปฏิบัติเพื่อให้ผู้ป่วยสุขสบายและเป็นวิธีการปฏิบัติเพื่อเสริมการบริหารความปวดด้วยการใช้ยา

คำสำคัญ : การบริหารความปวด ผู้ป่วยหลังผ่าตัด ห้องพักรักษาตัว

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานการพยาบาลวิสัญญี โรงพยาบาลแม่สอด

**พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ กลุ่มงานวิจัยและพัฒนาการพยาบาล โรงพยาบาลแม่สอด

***Corresponding author พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ กลุ่มงานวิจัยและพัฒนาการพยาบาล โรงพยาบาลแม่สอด

บทนำ

ความปวดหลังผ่าตัดจัดเป็นความปวดชนิดเฉียบพลันที่เกิดขึ้นจากการผ่าตัด ส่งผลให้ร่างกายเกิดบาดแผลและรู้สึกปวดเป็นกลไกธรรมชาติของร่างกาย¹ ความปวดหลังผ่าตัดเป็นปัญหาที่พบได้เสมอในห้องพักฟื้น ความปวดสามารถระงับได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยการวางแผนป้องกันและควบคุมอาการปวดตั้งแต่ระยะก่อน ระหว่าง และหลังการผ่าตัด ด้วยวิธีการที่หลากหลาย เช่น การให้ความรู้ผู้ป่วย ให้ผู้ป่วยได้รับการบรรเทาปวดตั้งแต่เริ่มมีอาการปวด ให้ความสนใจร่วมกับการดูแลที่ถูกต้องเหมาะสม มีการประเมินความอย่างสม่ำเสมอทั้งก่อนและหลังการรักษา² ระดับความปวด ระยะเวลาและชนิดความปวดส่งผลเสียต่อสภาพร่างกายของผู้ป่วยขณะอยู่ในห้องพักฟื้น ระดับความปวดปานกลางถึงรุนแรงจะกระตุ้นระบบประสาทซิมพาเทติก ทำให้เกิดอาการใจสั่น หัวใจเต้นเร็ว ความดันโลหิตสูง กล้ามเนื้อเกร็ง ม่านตาขยาย แต่หากปล่อยให้ระดับความปวดรุนแรงมากขึ้นจะกระตุ้นระบบประสาทพาราซิมพาเทติก ทำให้หัวใจเต้นช้าลง ความดันโลหิตลดลง คลื่นไส้อาเจียน เหงื่อออกมาก เส้นเลือดส่วนปลายขยายตัว ส่งผลทำให้ความดันโลหิตต่ำลง ผู้ป่วยบางรายอาจเกิดภาวะช็อคจากระบบประสาทได้ (neurogenic shock)³ ผลกระทบด้านจิตใจ ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวล โกรธ นอนตัวอว อกระสับกระส่าย สำหรับผู้ป่วยที่ระดับความรุนแรงมาก จะไม่ยอมเคลื่อนไหว นอนนิ่ง ทำให้มีการเกร็งกล้ามเนื้อ ไม่สามารถหายใจหรือไอได้เต็มที่ ส่งผลให้ปริมาณอากาศผ่านเข้าออกภายในปอดน้อยลง ความจุปอดและการกระจายอากาศภายในถุงลมปอดลดลง ส่งผลให้เกิดเสมหะคั่งค้าง อันเป็นสาเหตุของภาวะพร่องออกซิเจน ผลกระทบเหล่านี้ส่งผลทำให้ผู้ป่วยทุกข์ทรมาน การจัดการความปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้นได้รวดเร็วมีประสิทธิภาพทำให้ผู้ป่วยหลังผ่าตัดมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ลดภาวะแทรกซ้อนที่สามารถป้องกันได้

การประเมินความปวด คือ การรวบรวมข้อมูลทั้งหมดที่เกี่ยวข้องกับความปวด เช่น ความรู้สึกทางกาย ความรุนแรง ผลตรวจร่างกาย ผลการตรวจพิเศษที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งผลการรักษาต่าง ๆ ที่เคยได้รับมาก่อนมาแปลผลเพื่อนำมาวินิจฉัยสาเหตุและกลไกของความปวด เนื่องจากความปวดแต่ละชนิด มักตอบสนองต่อยาบรรเทาปวดแตกต่างกัน ดังนั้น การประเมินความปวดที่ถูกต้องจะนำไปสู่การรักษาที่ถูกต้องและเหมาะสมต่อไป ปัจจุบันความปวดได้รับการยอมรับว่ามีความสำคัญ องค์การอนามัยโลกได้ถือความปวดเป็นสัญญาณชีพที่ 5 (5th Vital sign)⁴ ได้แก่ อัตราชีพจร อัตราการหายใจ ความดันโลหิต อุณหภูมิ และระดับความรุนแรงของความปวด ซึ่งกำหนดโดยราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทยสอดคล้องกับการกำหนดมาตรฐานเชิงผลลัพธ์ทางการพยาบาล (nursing outcome) ของสภาการพยาบาลแห่งประเทศไทย ซึ่งการบรรเทาอาการรบกวน ความทุกข์ทรมาน และการจัดการความปวด เป็นข้อกำหนดตัวชี้วัดสำคัญ (nursing sensitivity outcome indicators)⁵

จากหลักฐานเชิงประจักษ์พบว่ากลยุทธ์ที่จะจัดการความปวดเฉียบพลันในผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่ห้องพักฟื้นให้มีผลลัพธ์ที่พึงประสงค์อยู่ในรูปแบบของแนวปฏิบัติการพยาบาลที่ครบถ้วนทุกองค์ประกอบ ได้แก่ การประเมินที่ตีด้วยเครื่องมือมาตรฐาน มีการจัดการความปวดโดยใช้ยาบรรเทาความปวดที่เพียงพอ ปลอดภัย ร่วมกับการพยาบาลเพื่อบรรเทาปวดเพิ่มความสุขสบายแก่ผู้ป่วยโดยไม่ไ้ยา การติดตามประเมินซ้ำอย่างเหมาะสม รวมถึงมีการบันทึกที่สมบูรณ์⁶ การประเมินและการบริหารความปวดเป็นบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบของทมิวิสัญญีผู้ดูแลในห้องผ่าตัดและห้องพักฟื้น นอกจากนี้การประเมินและการบริหารความปวดเป็นตัวชี้วัดในระบบประกันคุณภาพโรงพยาบาล แผนกวิสัญญี โรงพยาบาลแม่สอด จังหวัดตาก ให้ความสำคัญในการจัดการความปวดในผู้ป่วยทุกระยะของการผ่าตัด แต่ยังไม่มีการวิเคราะห์สถานการณ์การจัดการความปวดหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาการบริหารความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่ห้องพักฟื้น เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดสำหรับพยาบาลวิสัญญีที่ห้องพักฟื้นในการจัดการความปวดอย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย เพื่อศึกษา

1. ลักษณะของผู้ป่วยและการบริหารความปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้น แผนกวิสัญญี โรงพยาบาลแม่สอด จังหวัดตาก
2. ผลลัพธ์ของการบริหารความปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้น แผนกวิสัญญี โรงพยาบาลแม่สอด จังหวัดตาก

คำถามการวิจัย

1. ลักษณะของผู้ป่วยและการจัดการความปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้น แผนกวิสัญญี โรงพยาบาลแม่สอด จังหวัดตาก เป็นอย่างไร
2. ผลลัพธ์ของการบริหารความปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้น แผนกวิสัญญี โรงพยาบาลแม่สอด จังหวัดตาก เป็นอย่างไร

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาเชิงพรรณนาภาคตัดขวาง (Descriptive Cross-sectional Study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยหลังผ่าตัดในเวลาราชการ ที่เข้ารับการสังเกตอาการในห้องพักฟื้น แผนกวิสัญญี โรงพยาบาลแม่สอด จังหวัดตาก ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2565 ถึง 30 กันยายน 2566 และวิสัญญีพยาบาลที่ปฏิบัติงานในห้องพักฟื้นแผนกวิสัญญี โรงพยาบาลแม่สอด จังหวัดตาก จำนวน 12 คน

กลุ่มตัวอย่าง

1. กลุ่มผู้ป่วยคัดเลือกแบบเจาะจง (purposive sampling) เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดทุกแผนก ในเวลาราชการ อายุ 15 ปีขึ้นไป ที่เข้ารับการสังเกตอาการในห้องพักฟื้นแผนกวิสัญญี โรงพยาบาลแม่สอด จังหวัดตาก อย่างน้อย 30 นาที มีการประเมินความปวดอย่างน้อย 2 ครั้ง ได้รับการจัดการความปวดและบันทึกเป็นลายลักษณ์อักษรจำนวน 120 คน ระหว่าง วันที่ 1 ตุลาคม 2565 ถึง วันที่ 30 กันยายน 2566

2. วิสัญญีพยาบาลทุกคนที่ได้รับมอบหมายงานให้ทำหน้าที่ ที่ห้องพักฟื้น ปฏิบัติงานระหว่าง วันที่ 1 ตุลาคม 2565 ถึง วันที่ 30 กันยายน 2566 จำนวน 12 คน

เกณฑ์คัดออก ได้แก่ ข้อมูลผู้ป่วยในแบบบันทึกวิสัญญี ไม่ครบถ้วน สูญหาย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบบันทึกการดมยาสลบ (Anesthetic record และแบบบันทึกการฟื้นภายหลังจากให้ยาระงับความรู้สึก)
2. แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป และข้อมูลผลลัพธ์ของผู้ป่วย ประกอบด้วย เพศ อายุ เชื้อชาติ น้ำหนัก ส่วนสูง โรคประจำตัว ระดับการศึกษา ASA Class ระยะเวลาที่ใช้ในการผ่าตัด ตำแหน่งที่ทำการผ่าตัด ประเภทของการผ่าตัด แผนกที่ผ่าตัด การรับบริการเยี่ยมโดยทีมวิสัญญี ข้อมูลผลลัพธ์ได้แก่ ระดับความรู้ ยาที่ได้รับ ในระยะแรกเริ่ม ระยะเวลา 15, 30, 45 และ 60 นาที

3. แบบสอบถามวิสัญญีพยาบาล ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไป อายุ เพศ ระยะเวลาการปฏิบัติพยาบาล ระยะเวลาการปฏิบัติวิสัญญีพยาบาล ประวัติการอบรมเรื่องการบริหารความปวด การจัดการความปวดตามแนวทางของ WHO⁷ และการปฏิบัติพยาบาลเพื่อบรรเทาปวดโดยไม่ใช้ยา แบบสอบถามวิสัญญีพยาบาลเรื่องการปฏิบัติเพื่อบรรเทาปวดในห้องพักฟื้นโดยไม่ใช้ยา ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า แบ่งเป็น 5 ระดับ โดยกำหนดให้เลือกตอบเพียงคำตอบเดียวที่ตรงกับความรู้สึกของการปฏิบัติ คือ ปฏิบัติทุกครั้ง (5 คะแนน) ปฏิบัติบ่อยครั้ง (4 คะแนน) ปฏิบัติบ่อย (3 คะแนน) ปฏิบัติบางครั้ง (2 คะแนน) และไม่เคยปฏิบัติ (1 คะแนน)

การควบคุมคุณภาพเครื่องมือ

ตรวจสอบความตรงของเครื่องมือแบบบันทึกข้อมูลทั่วไป ข้อมูลผลลัพธ์ของผู้ป่วยและวิสัญญีพยาบาลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่านประกอบด้วยวิสัญญีแพทย์ 2 ท่าน หัวหน้าวิสัญญีพยาบาล 1 ท่าน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความชัดเจนและความเหมาะสมของข้อคำถามและแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ จากนั้นผู้วิจัยนำมาหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา ได้เท่ากับ 0.9

การตรวจสอบความเที่ยงของแบบประเมินการปฏิบัติเพื่อบรรเทาปวดของวิสัญญีพยาบาลผู้วิจัยได้นำไปตรวจสอบความเที่ยงกับกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษ จำนวน 12 ราย โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.70

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากได้รับการอนุมัติจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลแม่สอดในการดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยตัวเอง โดยเก็บข้อมูลย้อนหลังจากแบบบันทึกการดมยาสลบ (Anesthetic record และแบบบันทึกการฟื้นภายหลังจากให้ยาระงับความรู้สึก) กรอกข้อมูลลงแบบบันทึกที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

ผู้วิจัยได้เข้าพบหัวหน้าและเจ้าหน้าที่วิสัญญีพยาบาลจำนวน 12 คน ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์การทำวิจัยและประโยชน์ที่จะได้รับอธิบายการดำเนินการวิจัย สิทธิในการเข้าร่วมด้วยความสมัครใจและถอนตัวจากการวิจัยได้โดยไม่มีผลต่อการปฏิบัติงานใด ๆ ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยจะเก็บไว้เป็นความลับและนำไปใช้ตามวัตถุประสงค์ในการศึกษาค้นคว้าเท่านั้น การนำเสนอในภาพรวม ไม่ได้วิเคราะห์เป็นรายบุคคล เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างอ่านเอกสารข้อมูล พร้อมลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมวิจัย



การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไปวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลต่อเนื่องทดสอบการกระจายตัวและเลือกใช้สถิติที่เหมาะสม

2. เปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลต่อเนื่องได้แก่ ค่าคะแนนความปวด ด้วยสถิติ Wilcoxon sign rank test

จริยธรรมการวิจัย
วิจัยนี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลแม่สอด จังหวัดตาก เลขที่ MSHP 33/2566 ลงวันที่ 15 กันยายน 2566

ผลการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างเป็นวิสัญญีพยาบาล จำนวน 12 คน พบว่าเป็นเพศหญิง ร้อยละ 83.3 อายุเฉลี่ย 39.6 ปี ระยะเวลาเฉลี่ยปฏิบัติงานพยาบาลเท่ากับ 14.2 ปี ระยะเวลาเฉลี่ยปฏิบัติงานวิสัญญีพยาบาลเท่ากับ 10.7 ส่วนใหญ่ร้อยละ 91.7 ไม่เคยอบรมการบริหารจัดการความปวดมาก่อน และร้อยละ 66.7 ไม่ทราบวิธีการบริหารความปวดตามแนวทางปฏิบัติของ WHO⁷ (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ลักษณะทั่วไปของวิสัญญีพยาบาล (n=12)

ลักษณะทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
หญิง	10	83.3
ชาย	2	16.7
อายุ (ปี) mean±SD		39.6 ±7.2
minimum, maximum		30, 50
ระยะเวลาการเป็นพยาบาลวิชาชีพ mean±SD		14.2 ±6.6
minimum, maximum		7, 26
ระยะเวลาการเป็นวิสัญญีพยาบาล mean±SD		10.7 ±7.2
Minimum, maximum		1, 21
ผ่านการอบรมการบริหารจัดการความปวด		
ไม่เคย	11	91.7
เคย	1	8.3
ทราบวิธีการบริหารความปวดตามแนวทางปฏิบัติของ WHO		
ไม่รู้จัก	8	66.7
รู้จัก	4	33.3

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาที่เข้ารับการสังเกตอาการในห้องพักฟื้น จำนวน 120 คน เป็นเพศหญิง ร้อยละ 67.5 ค่ามัธยฐานอายุเท่ากับ 49 ปี [IQR 32.5, 61] ส่วนใหญ่อายุน้อยกว่า 60 ปี ร้อยละ 72.5 ร้อยละ 100 เชื้อชาติไทย ค่ามัธยฐาน BMI เท่ากับ 23.4 (kg/m²) [IQR 21.0, 26.3] โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีระดับ BMI เกินมาตรฐาน (>30 kg/m²) ร้อยละ 57.5 การศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 39.2 ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 74.2 (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละ ค่ามัธยฐานและพิสัยควิลไทล์ ลักษณะข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n=120)

ลักษณะข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	39	32.5
หญิง	81	67.5



ลักษณะข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
อายุ (ปี) median [IQR]		49 [32.5, 61]
< 60 ปี	87	72.5
≥ 60 ปี	33	27.5
เชื้อชาติไทย	120	100
BMI (kg/m ²) median [IQR]		23.4 [21.0, 26.3]
BMI <18.5	10	8.3
BMI 18.5-22.9	41	34.2
BMI >23.0	69	57.5
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้รับการศึกษา	17	14.2
ประถมศึกษา	47	39.2
มัธยมศึกษา/ประกาศนียบัตร	43	35.8
ปริญญาตรี	12	10.0
สูงกว่าปริญญาตรี	1	0.8
โรคประจำตัว		
ไม่มีโรคประจำตัว	31	25.8
มีโรคประจำตัว	89	74.2

ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่เข้ารับการผ่าตัด เป็นผู้ป่วยแผนกศัลยกรรมทั่วไป ร้อยละ 41.7 ทำการผ่าตัดที่ตำแหน่งช่องอก และท้องมากที่สุด ร้อยละ 80 ASA Class ระดับ 2 ร้อยละ 54.2 ผ่านการเยี่ยมก่อนผ่าตัดโดยที่มิวิสัญญี ร้อยละ 71.7 มีระยะเวลาก่อนผ่าตัดเท่ากับ 95 นาที [QR 65, 142.5] มีระยะเวลาก่อนผ่าตัดที่ใช้ในการผ่าตัดในห้องพักฟื้น เท่ากับ 60 นาที [QR 60, 60] (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 จำนวน ร้อยละ ค่ามัธยฐาน พิสัยควอไทล์ ลักษณะทั่วไปของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด (n=120)

ลักษณะทั่วไปของการผ่าตัด	จำนวน	ร้อยละ
แผนก		
ศัลยกรรมทั่วไป	50	41.7
ศัลยกรรมกระดูกและข้อ	34	28.3
นรีเวชกรรม	18	15.0
ตา หูคอจมูก	6	5.0
ศัลยกรรมช่องปากและใบหน้า	6	5.0
สูติกรรม	5	4.2
ศัลยกรรมทางเดินปัสสาวะ	1	0.8
ตำแหน่งที่ทำผ่าตัด		
ช่องท้อง/ทรวงอก/ระบบปัสสาวะ	96	80.0
ศีรษะ/หน้า/คอ	13	10.8
แขนขา	11	9.2
ASA Class		
1	22	18.3
2	65	54.2
3	30	25.0
4	3	2.5



ลักษณะทั่วไปของการผ่าตัด	จำนวน	ร้อยละ
ผู้ป่วยได้รับการเยี่ยมก่อนการผ่าตัดโดยวิสัญญีพยาบาล		
ไม่ผ่าน	34	28.3
ผ่าน	86	71.7
ระยะเวลาที่ใช้ในการผ่าตัด (นาที) median [IQR]	95 [65, 142.5]	
1-2 ชม	80	66.7
≥ 2 ชม	40	33.3
ระยะเวลาในห้องพักฟื้น (นาที) median [IQR]	60 [60, 60]	
≤60 นาที	104	86.7
>60 นาที	16	13.3

ระดับความปวดแรกรับ ร้อยละ 38.3 ไม่มีความปวด หลังรับไว้ดูแลในห้องพักฟื้น 15 นาทีระดับความปวดอยู่ที่ 4-6 คะแนน (ปวดปานกลาง) ร้อยละ 34.2 หลังรับไว้ดูแลในห้องพักฟื้นที่ระยะเวลา 30, 45 และ 60 นาที ระดับความปวดอยู่ที่ 1-3 คะแนน (ปวดเล็กน้อย) ร้อยละ 45.8, 65.0 และ 79.2 ตามลำดับ ยาที่ได้รับการบริหารมากที่สุดคือ Morphine ร้อยละ 35 (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 จำนวน ร้อยละ ระดับความปวดแต่ละช่วงเวลาของผู้ป่วยในห้องพักฟื้น แผนกวิสัญญี (n=120)

ระดับความปวดแต่ละช่วงเวลา	จำนวน	ร้อยละ
แรกรับ		
0 คะแนน	46	38.3
1-3 คะแนน	32	26.7
4-6 คะแนน	24	20.0
7-10 คะแนน	18	15.0
หลังรับไว้ดูแลในห้องพักฟื้น 15 นาที		
0 คะแนน	26	21.7
1-3 คะแนน	30	25.0
4-6 คะแนน	41	34.2
7-10 คะแนน	23	19.2
หลังรับไว้ดูแลในห้องพักฟื้น 30 นาที		
ไม่ได้ประเมิน	1	0.8
0 คะแนน	4	3.3
1-3 คะแนน	55	45.8
4-6 คะแนน	41	34.2
7-10 คะแนน	19	15.8
หลังรับไว้ดูแลในห้องพักฟื้น 45 นาที		
ไม่ได้ประเมิน	7	5.8
0 คะแนน	3	2.5
1-3 คะแนน	78	65.0
4-6 คะแนน	28	23.3
7-10 คะแนน	4	3.3
หลังรับไว้ดูแลในห้องพักฟื้น 60 นาที		
ไม่ได้ประเมิน	12	10.0



ระดับความปวดแต่ละช่วงเวลา	จำนวน	ร้อยละ
0 คะแนน	3	2.5
1-3 คะแนน	95	79.2
4-6 คะแนน	10	8.3
7-10 คะแนน	0	0.0
ยาแก้ปวดที่ได้รับ		
Morphine	42	35.0
ketorolac	32	26.7
Fentanyl	13	10.8
Pethidine	4	3.3
ไม่ได้รับยา	29	24.2

ค่าคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติในการบรรเทาอาการปวดโดยไม่ใช้ยาในห้องพักรักษาตัวของวิสัญญีพยาบาล ได้แก่ การจัดทำเพื่อบรรเทาปวด การเบี่ยงเบนความสนใจ และการนวดเพื่อบรรเทาปวด การปฏิบัติอยู่ในระดับปานกลาง 2.72 ± 0.60 (ตารางที่ 5)

ตารางที่ 5 ระดับการปฏิบัติเพื่อบรรเทาอาการปวดในผู้ป่วยโดยไม่ใช้ยาของวิสัญญีพยาบาลในห้องพักรักษา (n=12)

การปฏิบัติ	คะแนนเต็ม	\bar{X}	SD	แปลผล
การจัดทำเพื่อบรรเทาปวด	5	3.42	± 0.99	ปานกลาง
การเบี่ยงเบนความสนใจ	5	3.17	± 0.83	ปานกลาง
การนวดเพื่อบรรเทาปวด	5	1.58	± 0.51	น้อย
รวม		2.72	± 0.60	ปานกลาง

เปรียบเทียบมาตรฐานคะแนนความปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่รับไว้ในการดูแลที่ห้องพักรักษาในช่วงเวลาที่ 15 นาที กับช่วงเวลา 60 นาที หลังได้รับการจัดการความปวด พบค่ามาตรฐานคะแนนความปวดลดลงจาก 4 คะแนน เป็น 3 คะแนน อย่างมีนัยสำคัญ ($p=0.009$) (ตารางที่ 6)

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบคะแนนความปวดก่อนและหลังการจัดการความปวดของผู้ป่วยในห้องพักรักษา (n=120)

ระยะเวลา	คะแนนเต็ม	ช่วงคะแนน	Median	IQR	Z	p-value
หลังรับไว้ในการดูแล 15 นาที	0-10	0-10	4	2, 6	-2.630	0.009
หลังรับไว้ในการดูแล 60 นาที	0-10	0-5	3	3, 3		

วิจารณ์

จากการศึกษาการบริหารความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่ห้องพักรักษาในโรงพยาบาลแม่สอด จังหวัดตาก มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาลักษณะของผู้ป่วย การบริหารความปวด และผลลัพธ์ของการบริหารความปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดในห้องพักรักษาแผนกวิสัญญีผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่ห้องพักรักษา ไม่มีความปวดในระยะแรกมากที่สุด (ร้อยละ 38.3) อาจเป็นเพราะว่าผู้ป่วยหลังผ่าตัดส่วนหนึ่ง แรกรับในห้องพักรักษา มีระดับคะแนนความปวดเป็น 0 เนื่องจากแพทย์สั่งการผ่าตัดในห้องผ่าตัด ที่มีวิสัญญีจะดูแลให้ยาแก้ปวดก่อนเคลื่อนย้ายมาสังเกตอาการต่อในห้องพักรักษา ผู้ป่วยกลุ่มนี้จึงได้รับยาแก้ปวดก่อนออกจากห้องผ่าตัด ผลของฤทธิ์ยาแก้ปวดยังคงช่วยบรรเทาอาการปวดได้จนถึงที่ 30 นาทีในห้องพักรักษา แต่ก็ยังมีผู้ป่วยกลุ่มหนึ่งที่ระดับความปวดแรกรับอยู่ที่ปานกลางถึงมาก (ร้อยละ 35) ผู้ป่วยกลุ่มนี้หลังรับไว้ในห้องพักรักษาที่ระยะเวลา 15 นาที มีระดับความปวดสูงสุดที่ 4-6 คะแนน มากที่สุด (ร้อยละ 34.2) อาจจะแตกต่างกับการศึกษาที่ผ่านมา โดยพบว่าเวลาที่ผู้ป่วยรู้สึกปวดมากจะอยู่ที่เวลา 36 นาที⁹ อย่างไรก็ตามภายหลังจากการผ่าตัดเสร็จ วิสัญญีพยาบาลที่ทำหน้าที่

ในการดูแลผู้ป่วยในห้องพักฟื้นจึงควรให้การดูแลเป็นพิเศษในช่วง 15 นาทีหลังผ่าตัดเสร็จ โดยจะต้องประเมินและบริหารจัดการความปวด เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น

การบริหารความปวดในผู้ป่วยหลังผ่าตัดโดยการให้ยา พบว่า ยาที่ได้รับการบริหารมากที่สุด คือ Morphine ฉีดทางหลอดเลือดดำ (ร้อยละ 35) ซึ่งสอดคล้องกับหลายการศึกษาที่ผ่านมา พบว่าการระงับปวดที่ใช้มากที่สุดคือการบริหารยา Morphine เข้าทางหลอดเลือดดำ ระหว่างร้อยละ 48.6 - 55⁹ เนื่องจากยา Morphine เป็นยา กลุ่ม opioid ที่มีประสิทธิภาพสูงสุดในการระงับความปวดปานกลางถึงรุนแรง การให้ยาโดยการบริหารเข้าทางหลอดเลือดดำ สามารถระงับปวดได้เร็วเพราะไม่มีปัญหาเรื่องการดูดซึมยา ผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นได้คือ ภาวะคลื่นไส้ อาเจียน ร่วมกับต้องเฝ้าระวังภาวะระดับความรู้สึกและอัตราการหายใจอย่างใกล้ชิด การบริหารยา Morphine ให้กับผู้ป่วยหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้นเพื่อระงับความปวด ยังพบว่าผู้ป่วยที่ได้การบริหารยา Morphine ทางหลอดเลือดดำตั้งแต่ห้องพักฟื้น เมื่อเทียบกับกลุ่มที่ไม่ได้ยา Morphine ในห้องพักฟื้น ภายใน 24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด ผู้ป่วยที่ได้ยา Morphine ทางหลอดเลือดดำในห้องพักฟื้น ปวดน้อยกว่า และเริ่มต้องการยาระงับปวดครั้งแรกที่ห่อผู้ป่วยช้ากว่า¹⁰

จากการสอบถามวิสัญญีพยาบาลในเรื่องของการบรรเทาปวดเพื่อให้ผู้ป่วยหลังผ่าตัดสุขสบายในห้องพักฟื้นโดยการไม่ใช้ยา ซึ่งเป็นบทบาทอิสระของวิสัญญีพยาบาล ให้การพยาบาลได้โดยไม่ขัดห้าม เพื่อสนับสนุนให้การรักษาอาการปวดจากการให้ยาให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น เช่น การจัดทำเพื่อบรรเทาปวด การเบี่ยงเบนความสนใจ และการสัมผัสหรือการนวดเพื่อบรรเทาปวด วิสัญญีพยาบาลมีการปฏิบัติดังกล่าวอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.72 \pm 0.60$) การบรรเทาความปวดโดยไม่ใช้ยา เป็นอีกวิธีหนึ่งที่น่าสนใจในการบรรเทาความปวด ทำให้ผู้ป่วยเกิดความ ว่างใจ และเกิดสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ป่วยและวิสัญญีพยาบาล¹¹

เมื่อทำการเปรียบเทียบค่ามัธยฐานคะแนนความปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่เข้ารับการดูแลในห้องพักฟื้น พบว่าคะแนนความปวดในช่วงเวลาที่ 15 นาที กับช่วงเวลา 60 นาทีหลังได้รับการจัดการความปวด คะแนนความปวดลดลงจาก 4 คะแนน เป็น 3 คะแนน อย่างมีนัยสำคัญ ($p=0.009$) แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่ห้องพักฟื้นได้รับการบริหารจัดการความปวดตามมาตรฐานวิชาชีพถึงแม้ว่าการบริหารจัดการความปวดโดยไม่ใช้ยาซึ่งเป็นบทบาทอิสระของวิสัญญีพยาบาลจะปฏิบัติอยู่ในระดับปานกลางก็ตาม ซึ่งข้อมูลเหล่านี้จะได้นำมาพัฒนาแนวทางการปฏิบัติพยาบาลเพื่อบรรเทาความปวดและเพื่อคุณภาพงานวิสัญญีต่อไป

สรุปผล

การจัดการความปวดหลังผ่าตัดที่ห้องพักฟื้น พบระดับความปวดปานกลางถึงมาก ในช่วงเวลาที่ 15 นาทีหลังออกจากห้องผ่าตัด วิสัญญีพยาบาลเลือกการบริหารยาแก้ปวดด้วย Morphine มากที่สุด และใช้วิธีการบรรเทาอาการปวดโดยไม่ใช้ยาอยู่ในระดับปานกลาง

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

เพื่อให้เกิดการพัฒนาคุณภาพบริการในหน่วยงานวิสัญญีพยาบาล ควรดำเนินการสร้างโปรแกรมการบริหารจัดการความปวดผู้ป่วยหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้นร่วมกับการประเมินประสิทธิผลของโปรแกรม โดยบรรจุการปฏิบัติพยาบาลเพื่อบรรเทาปวดโดยไม่ใช้ยาร่วมด้วย

เอกสารอ้างอิง

1. ยศพล เหลืองโสมนภา, ศรีสุตา งามขำ. ความสนใจต่อความปวด. วารสารศูนย์การศึกษาแพทยศาสตร์คลินิก โรงพยาบาลพระปกเกล้า. 2556;30(1):83-93.
2. พวงรัตน์ ยมนา, อุมาพร อินทวงศ์. ประสิทธิภาพของการใช้แนวทางปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยเพื่อระงับปวดหลังผ่าตัดในห้องพักฟื้น. วารสารวิชาการแพทย์เขต 11. 2556;7(3):497-502.
3. Lalida A, Rungchit T. Pain Assessment and Behavior Responded to Pain of Postoperative Patients in Recovery Room. Rama Nurs J. 2009;15(3):315-26.



4. Thienthong S. Clinical guidance for acute postoperative pain management 2019 The Royal College of Anesthesiologists of Thailand (RCAT) and The Thai Association for the Study of Pain (TASP). Thai journal of anesthesiology. 2020;46(1):47-70.
5. ทศนา บุญทอง. ประกาศสภาการพยาบาล เรื่อง มาตรฐานการพยาบาล พ.ศ. 2562. Available from: https://www.tnmc.or.th/images/userfiles/files/T_0030.PDF.
6. Meepap L, Methakanjanasak N, Saensom D. Clinical Nursing Practice Guideline for Acute Pain Management in Critically Ill Patients : แนวปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการความปวดเฉียบพลันในผู้ป่วยวิกฤตหอบผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม. SRIMEDJ. 2017;32(6):561-70.
7. Kumar N. WHO normative guidelines on pain management. Geneva: World Health Organization. 2007:3-4.
8. พวงเพ็ญ พัวพันธ์พงษ์. ทำนายความปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่ได้รับการระงับความรู้สึก: การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ. Journal of Prachomkiao College of Nursing, Phetchaburi Province. 2019;2(2):16-29.
9. Vitayaburananont P, Nuchpramool P. การศึกษาหาระดับคะแนนความปวดหลังผ่าตัดในผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดทางศัลยกรรมแบบไม่ฉุกเฉินโดยใช้แบบคำสั่งการรักษาระงับปวดหลังผ่าตัดในโรงพยาบาลวชิรพยาบาล. Vajira Medical Journal: Journal of Urban Medicine. 2020;64(2):125-32.
10. พัทยา สมใจเพ็ง, วันเพ็ญ กันกา, ขนิษฐา พันธุ์สุวรรณ, เพชรประภา ทองศรีจันทร์. การศึกษาเปรียบเทียบระดับความปวดเฉียบพลันแบบรุนแรงหลังผ่าตัด 1 ชั่วโมงระหว่างกลุ่มที่ได้รับแนวทางการระงับปวดแบบเดิมและแบบใหม่ในผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดทางช่องท้อง โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยมราช จังหวัดสุพรรณบุรี. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุพรรณบุรี. 2019;2(1):47-63.
11. สุพรรณษา จิตรสม, บานเย็น แสนเรียน, พรผกาณ์ ต้นทอง. การจัดการความปวดหลังผ่าตัดคลอดบุตร. วารสารศูนย์อนามัย ที่ 9: วารสารส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม. 2022;16(3):868-81.



Effects of the program to promote the provision of surgical instruments on the loss rate and the rate of surgical gown errors in general hospital

Suna Piasa, B.N.S.*

Mongkol Surimuang, M.N.S.**

Srisuda Assawapalangool, Ph.D.***

Abstract

Introduction : Surgical instrument processing is important for improving the safety of surgical care in hospitals. Lost or misaligned surgical instruments may cause problems during surgery, leading to delays in the procedure. Sometimes, it is necessary to postpone the current surgery or reschedule the next one. Most importantly, such incidents may compromise patient safety during surgery. To ensure accuracy, completeness, convenience, speed, and precision in preparing and using tools, implementing a tool promotion program is essential to increase efficiency and ensure patient safety

Objective : To compare the loss rate and inaccurate rate of surgical instrument sets and to study personnel satisfaction with using the program

Methods : Quasi-Experimental Research was conducted in the operating room at Mae Sot Hospital between October and December 2023. The reference group collected data from 1 to 31 October 2023, providing practical knowledge to professional nurses, nurse assistants, and patient support staff. The experimental group collected data from 1 to 30 November 2023, with data collection continuing until 31 December 2023. General data were analyzed using descriptive statistics, frequencies, and percentages to compare differences in the use of guidelines for preparing surgical instruments. The evaluation results before and after implementing the program to promote the provision of surgical instruments were compared to assess the rates of lost and misplaced surgical instruments.

Results : The rate of lost surgical instruments decreased from 1.66% to 0%, and the rate of misalignment of surgical instruments decreased from 2.48% to 1.15% ($P=0.063$). The overall satisfaction level is high, with mean scores ranging from 3.32 to 3.66, reflecting a positive assessment across the board

Conclusion : The promotion of surgical instruments aims to reduce the incidence of lost and inaccurate instruments. It is crucial to prepare surgical instruments correctly and thoroughly, ensuring they are ready for use. This process is directly linked to instrument utilization, counting procedures during surgery, and ultimately contributes to patient safety by minimizing the risk of surgical instruments being left in the patient's body.

Keywords : Program to promote the provision of surgical instruments, surgical instruments package, adverse event

* Registered nurse, professional level, Operative Room Department Mae Sot Hospital

** Registered nurse, Senior professional level, Research and Nursing Development Unit. Mae Sot Hospital

*** Corresponding author Registered nurse, Senior professional level, Research and Nursing Development Unit. Mae Sot Hospital

ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการจัดเครื่องมือผ่าตัดต่ออัตราการสูญหาย และอัตราชุดผ่าตัดคลาดเคลื่อน ในโรงพยาบาลทั่วไป

สุณา เบี้ยสา, พย.บ.*
มงคล สุริเมือง, พย.ม.**
ศรีสุดา อัครพลังกุล, วทด.***

บทคัดย่อ

บทนำ : กระบวนการบริหารจัดการเครื่องมือผ่าตัดเป็นสิ่งสำคัญในการพัฒนาคุณภาพการดูแลเพื่อให้เกิดความปลอดภัยในการผ่าตัด เครื่องมือผ่าตัดที่สูญหายหรือคลาดเคลื่อน อาจก่อให้เกิดปัญหาขณะผ่าตัด ทำให้การผ่าตัดล่าช้า บางครั้งมีความจำเป็นต้องเลื่อนผ่าตัดรายนั้นหรือต้องงัดผ่าตัดรายต่อไป และที่สำคัญอาจส่งผลให้ผู้ป่วยไม่ได้รับความปลอดภัยจากการผ่าตัด เพื่อความถูกต้องครบถ้วน สะดวก รวดเร็วและแม่นยำในการจัดเตรียมและการใช้เครื่องมือ การนำโปรแกรมส่งเสริมการจัดเครื่องมือมาใช้เพื่อจะทำให้เพิ่มประสิทธิภาพและเกิดความปลอดภัยต่อผู้ป่วย

วัตถุประสงค์ : เพื่อเปรียบเทียบอัตราการสูญหายและอัตราชุดเครื่องมือผ่าตัดคลาดเคลื่อนก่อนและหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการจัดเครื่องมือผ่าตัดและศึกษาระดับความพึงพอใจของบุคลากร หลังได้รับโปรแกรมฯ

วิธีการศึกษา : การศึกษาแบบกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) ที่งานห้องผ่าตัด โรงพยาบาลแม่สอด ระหว่างเดือน ตุลาคม – ธันวาคม 2566 กลุ่มอ้างอิงเก็บข้อมูลระหว่าง 1 – 31 ตุลาคม 2566 ดำเนินการให้ความรู้เชิงปฏิบัติการแก่พยาบาลวิชาชีพ พยาบาลผู้ช่วยและพนักงานช่วยเหลือคนไข้ ระหว่าง 1 – 30 พฤศจิกายน 2566 กลุ่มทดลองเก็บข้อมูลระหว่าง 1 – 31 ธันวาคม 2566 วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ความถี่ ร้อยละ เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างการใช้โปรแกรมส่งเสริมการจัดเตรียมเครื่องมือผ่าตัด เปรียบเทียบผลการประเมินก่อนและหลังการใช้โปรแกรมส่งเสริมการจัดเครื่องมือผ่าตัดต่ออัตราการสูญหายและชุดเครื่องมือผ่าตัดคลาดเคลื่อน

ผลการศึกษา : อัตราการสูญหายของเครื่องมือผ่าตัดพบว่าลดลงจากร้อยละ 1.66 เหลือร้อยละ 0 และอัตราการจัดชุดเครื่องมือผ่าตัดคลาดเคลื่อนลดลงจากร้อยละ 2.48 เหลือร้อยละ 1.15 ($P=0.063$) ความพึงพอใจในภาพรวมอยู่ในระดับมากถึงมากที่สุด ค่าเฉลี่ยคะแนนเท่ากับ 3.32 ถึง 3.66

สรุป : การส่งเสริมจัดเครื่องมือผ่าตัด ลดการสูญหายและเครื่องมือผ่าตัดคลาดเคลื่อน การจัดเตรียมเครื่องมือผ่าตัดให้ถูกต้อง ครบถ้วน พร้อมใช้ มีความสำคัญเชื่อมโยงกับการใช้เครื่องมือและการตรวจนับเครื่องมือในการทำผ่าตัดและทำให้ผู้รับบริการปลอดภัยและลดความเสี่ยงต่อการเกิดเครื่องมือผ่าตัดติดค้างในร่างกายผู้ป่วย

คำสำคัญ : โปรแกรมส่งเสริมการจัดเครื่องมือผ่าตัด เครื่องมือผ่าตัด เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด โรงพยาบาลแม่สอด

**พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ กลุ่มงานวิจัยและพัฒนาการพยาบาล โรงพยาบาลแม่สอด

***Corresponding author พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ กลุ่มงานวิจัยและพัฒนาการพยาบาล โรงพยาบาลแม่สอด



บทนำ

เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการผ่าตัดเป็นเหตุการณ์หรืออุบัติการณ์ที่นำไปสู่อันตรายจากผลของการรักษาพยาบาลจากหลายสาเหตุประกอบกัน ทำให้เกิดความผิดพลาดเชิงระบบในองค์กร เกิดการปฏิบัติที่ไม่ถูกต้องของผู้ให้บริการ หรือเกิดจากระบวนการปฏิบัติ กล่าวคือ ผู้ให้บริการไม่ปฏิบัติตามมาตรฐานหรือแนวปฏิบัติที่กำหนดไว้¹ ตัวอย่างของเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการผ่าตัด เช่น การผ่าตัดผิดคน (wrong patient) ผิดข้างหรือผิดตำแหน่ง (wrong site) ผิดชนิดการผ่าตัด (wrong procedure) การมีสิ่งแปลกปลอมตกค้างอยู่ในผู้ป่วย (retained foreign bodies) นอกจากนี้ยังมีเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่สำคัญที่ควรกล่าวถึงอันจะส่งผลให้ผู้ป่วยไม่ได้รับการผ่าตัดตามที่กำหนดไว้หรือตามสภาวะของการเจ็บป่วยที่ควรได้รับ คือปัญหาที่เกี่ยวกับเครื่องมือผ่าตัด (equipment related problems)²

เครื่องมือผ่าตัดอาจก่อให้เกิดปัญหาขณะผ่าตัดได้ สาเหตุที่เกิดปัญหาอาจเนื่องจากเครื่องมือผ่าตัดไม่สะอาดหรือไม่ปราศจากเชื้อ เครื่องมือผ่าตัดไม่เพียงพอ เครื่องมือผ่าตัดชำรุดขณะผ่าตัด การประกอบชิ้นส่วนของเครื่องมือไม่ถูกต้อง และเครื่องมือสูญหาย คลาดเคลื่อนไม่ครบชุดในการผ่าตัด ปัญหาที่พบเกี่ยวกับเครื่องมือผ่าตัดที่คลาดเคลื่อนไม่ครบชุดในการผ่าตัด ทำให้ระหว่างช่วงผ่าตัดมีการขอเครื่องมือเพิ่มเติมขณะผ่าตัดสูงสุดถึง 15 ชิ้นต่อการผ่าตัดหนึ่งครั้ง ปัญหานี้ทำให้ใช้เวลาในการผ่าตัดนานขึ้น³ การผ่าตัดล่าช้า อาจต้องงดผู้ป่วยผ่าตัดรายถัดไป เกิดปัญหาระหว่างทีมผ่าตัดและอาจส่งผลให้ผู้ป่วยไม่ได้รับความปลอดภัย^{4,5}

งานห้องผ่าตัด โรงพยาบาลแม่สอด จังหวัดตาก ให้บริการผ่าตัดหลากหลายแผนกตามความเฉพาะทางของแพทย์ที่มีให้บริการในโรงพยาบาล เช่น การผ่าตัดในผู้ป่วยศัลยกรรมทั่วไป ศัลยกรรมประสาท ศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์ สูติรีเวช และแผนก หู คอ จมูก เป็นต้น การจัดเตรียมเครื่องมือผ่าตัดยังคงเป็นบทบาทหน้าที่การปฏิบัติโดยทีมบุคลากรของห้องผ่าตัด มีเป้าหมายเพื่อให้มีการจัดเตรียมเครื่องมือผ่าตัด พร้อมใช้ ถูกต้อง ครบถ้วน ทั้งในเวลาและนอกเวลา ตามการแยกประเภทของการผ่าตัดแต่ละแผนกทำให้ความต้องการชนิดของเครื่องมือผ่าตัดมีความหลากหลายเพิ่มมากขึ้น นอกจากนี้ขั้นตอนการผ่าตัดยังเป็นอีกหนึ่งปัจจัยที่ทำให้ความต้องการใช้เครื่องมือมีความแตกต่างกันออกไปทั้งขนาด รูปร่าง และองค์ประกอบทางเคมีเพื่อให้เหมาะสมกับการใช้งานในแต่ละส่วนของร่างกาย การปฏิบัติในกระบวนการจัดการเครื่องมือผ่าตัดที่ผ่านมา พบว่า มีการปฏิบัติของบุคลากรห้องผ่าตัดไม่เป็นไปตามแนวทางที่วางไว้ ปฏิบัติไม่ครบถ้วน ไม่ถึงเกณฑ์ที่กำหนด เช่น ไม่มีผู้ตรวจสอบซ้ำในขั้นตอนการตรวจนับเครื่องมือ และเมื่อมีการเปิดเครื่องมือเพิ่มไม่มีการนับเครื่องมือพร้อมใบรายการตรวจนับเครื่องมือ เป็นต้น จึงทำให้พบอุบัติการณ์เครื่องมือผ่าตัดสูญหาย ร้อยละ 1.66 และพบเครื่องมือผ่าตัดคลาดเคลื่อน ร้อยละ 2.48

แนวคิดการพัฒนางานบริการมีหลายรูปแบบหลากหลายวิธี เช่น การให้ความรู้เชิงปฏิบัติการที่เกิดจากหลักฐานเชิงประจักษ์ จะช่วยลดความแตกต่างในการปฏิบัติของบุคลากร ทำให้ผลลัพธ์ต่อผู้ป่วยดีขึ้น ทำให้คุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยดีขึ้น⁶ การอบรมเชิงปฏิบัติการเป็นหนึ่งวิธีที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงความรู้และการปฏิบัติ เนื่องจากเป็นการให้โอกาสผู้เข้าร่วมได้มีส่วนร่วมแสดงความคิดเห็น ส่งผลให้เกิดการแลกเปลี่ยนเกิดการเรียนรู้ การดำเนินการโดยมีการปรับเปลี่ยนหรือส่งเสริมการปฏิบัติของบุคลากรห้องผ่าตัด มีหลายการศึกษาได้ผลตรงกันว่าหากใช้หลากหลายวิธีประกอบกันจะส่งผลต่อการส่งเสริมให้บุคลากรห้องผ่าตัดปฏิบัติตามที่กำหนดมากกว่าและก่อให้เกิดผลที่ยั่งยืนกว่าใช้วิธีเดียว⁷ โดยต้องมีการวางแผนจัดการอย่างเป็นระบบ มีการติดตามวัดประเมินผลและกระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลง ผู้วิจัยเป็นพยาบาลซึ่งทำหน้าที่ในห้องผ่าตัดจึงสนใจที่จะศึกษาเพื่อพัฒนาคุณภาพการลดอัตราการสูญหายและอัตราการชำรุดเครื่องมือผ่าตัดคลาดเคลื่อนโดยใช้โปรแกรมส่งเสริมการปฏิบัติ ซึ่งคาดว่าจะมีผลทำให้บุคลากรห้องผ่าตัดปฏิบัติตามที่กำหนดถูกต้องมากขึ้นและนำไปสู่การลดอัตราดังกล่าว

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบอัตราการสูญหาย และอัตราการชำรุดเครื่องมือผ่าตัดคลาดเคลื่อนก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมส่งเสริมการจัดเครื่องมือผ่าตัด
2. เพื่อศึกษาระดับความพึงพอใจของพยาบาล ผู้ช่วยพยาบาลและพนักงานช่วยเหลือคนไข้ หลังการได้รับโปรแกรมส่งเสริมการจัดเครื่องมือผ่าตัด

คำถามการวิจัย

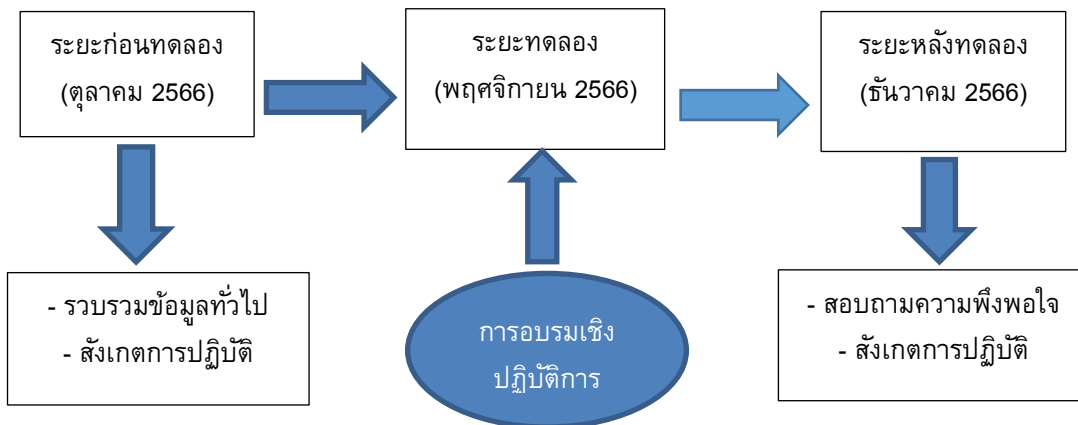
1. อัตราการสูญหายและอัตราชุดเครื่องมือผ่าตัดคลาดเคลื่อนก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมส่งเสริมการจัดเครื่องมือผ่าตัดเป็นอย่างไร
2. ระดับความพึงพอใจของพยาบาล ผู้ช่วยพยาบาลและพนักงานช่วยเหลือคนไข้ หลังการได้รับโปรแกรมส่งเสริมการจัดเครื่องมือผ่าตัดเป็นอย่างไร

สมมุติฐานการวิจัย

1. อัตราการสูญหาย และอัตราชุดเครื่องมือผ่าตัดคลาดเคลื่อนหลังการได้รับโปรแกรมส่งเสริมการจัดเครื่องมือผ่าตัดลดลง
2. ระดับความพึงพอใจของพยาบาล ผู้ช่วยพยาบาลและพนักงานช่วยเหลือคนไข้ หลังการได้รับโปรแกรมส่งเสริมการจัดเครื่องมือผ่าตัดอยู่ในระดับมากถึงมากที่สุด

กรอบแนวคิด

เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi Experimental research) โดยศึกษาการจัดเตรียมเครื่องมือผ่าตัดเพื่อลดการการสูญหายและชุดผ่าตัดคลาดเคลื่อน



วิธีการศึกษา

การวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) กลุ่มเดียววัดก่อนหลัง ศึกษาที่ห้องผ่าตัด โรงพยาบาลแม่สอด
กลุ่มตัวอย่าง คือ บุคลากรทุกคนที่มีหน้าที่จัดเตรียมเครื่องมือผ่าตัด ปฏิบัติงานในห้องผ่าตัด โรงพยาบาลแม่สอด ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 25 คน ผู้ช่วยพยาบาล จำนวน 3 คน และพนักงานช่วยเหลือคนไข้ จำนวน 10 คน ที่ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

เครื่องมือวิจัย

1. เครื่องมือดำเนินการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมการส่งเสริมการจัดเครื่องมือผ่าตัด ประกอบด้วย
 - 1.1 อุปกรณ์ช่วยส่งเสริมการจัดเครื่องมือผ่าตัด ได้แก่ 1) ใบรายการ Check list เครื่องมือผ่าตัดที่ประกอบด้วยชื่อเครื่องมือผ่าตัดและจำนวน รหัสเครื่องมือผ่าตัดในเครื่องมือพิเศษ รูปภาพเครื่องมือผ่าตัด เช่นชื่อผู้จัดเครื่องมือผ่าตัด ผู้ตรวจสอบวันที่จัดเครื่องมือและพยาบาลผู้ใช้เครื่องมือผ่าตัด พยาบาลผู้ช่วยรอบนอก วันที่ใช้เครื่องมือผ่าตัด 2) ป้ายชื่อเครื่องมือผ่าตัด ประกอบด้วย ชื่อหน่วยงาน โรงพยาบาล ชื่อเครื่องมือผ่าตัด ลำดับเครื่องที่ทำปราศจากเชื้อรอบที่ วันที่ผลิต วันที่หมดอายุ ชื่อผู้จัดเตรียมผ่าตัดและผู้ตรวจสอบ และ 3) ป้ายกันหลง ป้ายเหล็กที่มีตัวเลขแสดงลำดับห้องผ่าตัดและลำดับ case ที่ผ่าตัด
 - 1.2 การส่งเสริมความรู้และทักษะของบุคลากร ได้แก่ 1) ขั้นตอนการจัดเตรียมเครื่องมือผ่าตัด 2) การตรวจนับเครื่องมือผ่าตัดในห้องผ่าตัด และ 3) ขั้นตอนการล้างทำความสะอาดเครื่องมือผ่าตัด
2. เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล
 - 2.1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปบุคลากรในห้องผ่าตัด

2.2 แบบสังเกตการปฏิบัติเกี่ยวกับกระบวนการจัดชุดเครื่องมือผ่าตัด ได้แก่ การตรวจนับเครื่องมือในห้องผ่าตัด การล้างทำความสะอาดเครื่องมือและการจัดเครื่องมือผ่าตัด

2.3 แบบบันทึกข้อมูลการใช้เครื่องมือ ได้แก่ จำนวนการผ่าตัด ชุดเครื่องมือแต่ละแผนกผ่าตัด จำนวนเครื่องมือที่ใช้ จำนวนเครื่องมือที่หาย และสลับ set.

2.4 แบบประเมินความพึงพอใจในโปรแกรมการส่งเสริมการจัดเครื่องมือผ่าตัด

การควบคุมคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือวิจัย ที่ประกอบด้วยโปรแกรมส่งเสริมการจัดเครื่องมือผ่าตัดและแบบบันทึกข้อมูลทั่วไปบุคลากรในห้องผ่าตัด การสังเกตการปฏิบัติเกี่ยวกับกระบวนการจัดชุดเครื่องมือผ่าตัด ได้แก่ การตรวจนับเครื่องมือในห้องผ่าตัด การล้างทำความสะอาดเครื่องมือและการจัดเครื่องมือผ่าตัด แบบบันทึกข้อมูลการใช้เครื่องมือ ได้แก่ จำนวนการผ่าตัด ชุดเครื่องมือแต่ละแผนกผ่าตัด จำนวนเครื่องมือที่ใช้ จำนวนเครื่องมือที่หายและสลับ set และแบบประเมินความพึงพอใจในโปรแกรมการส่งเสริมการจัดเครื่องมือผ่าตัด ไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัด ข้าราชการบำนาญ พยาบาลวิชาชีพ หัวหน้าห้องผ่าตัด และพยาบาลวิชาชีพ ที่ผ่านการอบรมเฉพาะทางปรีศัลยกรรม หลังจากผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบแล้ว ผู้วิจัยได้นำข้อคิดเห็นมาแก้ไขปรับปรุงได้ความตรงตามเนื้อหาทุกเครื่องมือ เท่ากับ 0.80

วิธีดำเนินการวิจัย

1. เก็บข้อมูลก่อนใช้โปรแกรมฯ ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตัวเองซึ่งผู้วิจัยมีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานห้องผ่าตัดมากกว่า 20 ปี ได้รับมอบหมายให้ดูแลเครื่องมือผ่าตัดตั้งแต่ปี 2564 โดยรวบรวมข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง เก็บข้อมูลการใช้เครื่องมือผ่าตัดจากใบสรุปการใช้เครื่องมือการผ่าตัดและรายการเครื่องมือ (check list) สังเกตการณ์ปฏิบัติเกี่ยวกับกระบวนการจัดชุดเครื่องมือผ่าตัดคนละ 5-10 ครั้ง ระหว่างวันที่ 1-31 ตุลาคม 2566

2. ดำเนินการให้ความรู้เชิงปฏิบัติการและสอนแนะนำการใช้อุปกรณ์ช่วยในจัดเครื่องมือผ่าตัดแก่บุคลากรห้องผ่าตัด ระหว่างวันที่ 1-30 พฤศจิกายน 2566

3. เก็บข้อมูลหลังใช้โปรแกรมฯ และสอบถามความพึงพอใจหลังเสร็จสิ้นโครงการวิจัย ระหว่างวันที่ 1-31 ธันวาคม 2566

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลทั่วไปวิเคราะห์โดยใช้สถิติพรรณนา ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน ข้อมูลผลลัพธ์การเปรียบเทียบระหว่างก่อนและหลังการใช้โปรแกรมโดยใช้สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) ได้แก่ Wilcoxon rank sum test, Chi-Square test และ Fisher' Exact test ตามชนิดของข้อมูล

จริยธรรมการวิจัย

การทำวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาและได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมเกี่ยวกับการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลแม่สอด รหัสหนังสือรับรอง MSHP 35/2566 ลงวันที่ 15 กันยายน 2566 ผู้วิจัยได้ดำเนินการโดยการชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการดำเนินการวิจัย และขอความร่วมมือกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมโครงการวิจัยด้วยความสมัครใจและมีสิทธิ์ถอนตัวออกจากการวิจัยได้ ถ้าต้องการ ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างจะถูกเก็บไว้เป็นความลับและใช้ข้อมูลเฉพาะการศึกษาเท่านั้น การนำเสนอข้อมูลจะนำเสนอโดยภาพรวม การเข้าร่วมโครงการวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

ผลการวิจัย

จากการศึกษา ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการจัดเครื่องมือผ่าตัดต่ออัตราการสูญหายและอัตราชุดผ่าตัดคลาดเคลื่อน ในโรงพยาบาลทั่วไป โดยศึกษาบุคลากรห้องผ่าตัด จำนวน 38 ราย เพศหญิง ร้อยละ 71.05 ค่ามัธยฐานอายุเท่ากับ 30 ปี [IQR: 25, 44] ระดับการศึกษามัธยมปลายร้อยละ 23.68 ผู้ช่วยพยาบาลร้อยละ 10.53 ปริญญาตรี ร้อยละ 65.79 ค่ามัธยฐานระยะเวลาทำงานที่ห้องผ่าตัด 6 ปี [IQR: 2, 17] ผ่านการอบรมเฉพาะทางพยาบาลปรีศัลยกรรม ร้อยละ 18.42 เคยได้รับการสอน สาธิตและฝึกปฏิบัติเรื่องการจัดชุดเครื่องมือผ่าตัดคิดเป็นร้อยละ 78.95 (ตารางที่ 1)



ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ค่ามัธยฐานและพิสัยควอไทล์ ลักษณะทั่วไปของบุคลากรห้องผ่าตัด (n=38)

ลักษณะ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
หญิง	27	71.05
อายุ		
Median [IQR]	30 [25, 44]	
ระดับการศึกษา		
มัธยมปลาย	9	23.68
ผู้ช่วยพยาบาล	4	10.53
ปริญญาตรี	25	65.79
ระยะเวลาทำงาน		
Median [IQR]	6 [2, 17]	
ศึกษาเฉพาะทางการพยาบาลปริศัลยกรรม		
ไม่ใช่	31	81.58
ใช่	7	18.42
ได้รับการอบรม เรื่องการจัดชุดเครื่องมือผ่าตัด	30	78.95

การปฏิบัติที่ถูกต้องในการจัดเตรียมเครื่องมือผ่าตัดระหว่างก่อนและหลังโปรแกรมส่งเสริมการจัดเครื่องมือผ่าตัด พบว่า หลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการจัดเครื่องมือ ทุกรายการเพิ่มขึ้น มี 5 รายการ ที่เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ได้แก่ การนำเครื่องมือมาจัดที่ละชุด ไม่นำมาปะปนกัน โดยตรวจสอบจากป้ายกันหลง และใบรายการ check list (97.86 vs 100.00, p=0.030) การตรวจนับเครื่องมือที่ละตัวตามลำดับที่ระบุใน Check list เครื่องมือ มีผู้จัดเตรียมเครื่องมือ และมีผู้ตรวจสอบซ้ำพร้อมลงนามกำกับทุกครั้ง มีการตรวจสอบจำนวนเครื่องมือที่เปิดใช้ในห้องผ่าตัดทั้งหมด และตรวจสอบเครื่องมือถึงความสะอาด ความคม ส่วนเชื่อมต่อการเคลื่อนไหวอิสระ มีชิ้นส่วนประกอบครบ ไม่ชำรุด และพร้อมใช้งาน เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ (p<0.001) (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบการปฏิบัติที่ถูกต้องในการจัดเตรียมเครื่องมือผ่าตัดระหว่างก่อนและหลังโปรแกรมส่งเสริมการจัดเครื่องมือผ่าตัด (n=560)

รายการ	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		P-value
	(n=280)		(n=280)		
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
-จัดเรียงเครื่องมือตามลำดับลักษณะการใช้งาน ลำดับขนาด เพื่อสะดวกในการใช้ และตรวจนับเครื่องมือ	280	100.00	280	100.00	NA
-จัดเรียงเครื่องมือมีการปลดล็อก หรือกางเครื่องมือก่อนบรรจุ	266	95.00	274	97.86	0.109
-นำเครื่องมือมาจัดที่ละชุด ไม่นำมาปะปนกัน โดยตรวจสอบจากป้ายกันหลง และใบรายการ check list	274	97.86	280	100.00	0.030
-มีการตรวจนับเครื่องมือที่ละตัวตามลำดับที่ระบุใน Check list เครื่องมือ	54	19.29	146	52.14	<0.001
-มีผู้จัดเตรียมเครื่องมือ และมีผู้ตรวจสอบซ้ำและลงนามกำกับ	18	6.43	81	28.93	<0.001
-มีการตรวจสอบจำนวนเครื่องมือที่เปิดใช้ในห้องผ่าตัดทั้งหมด	168	60.00	206	73.57	0.001
-ตรวจสอบเครื่องมือถึงความสะอาด ความคม ส่วนเชื่อมต่อการเคลื่อนไหวอิสระ มีชิ้นส่วนประกอบครบ และไม่ชำรุด พร้อมใช้งาน	228	81.43	264	94.29	<0.001



การสังเกตการตรวจนับเครื่องมือในห้องผ่าตัด หลังการใช้โปรแกรมพบว่าสูงกว่าก่อนการใช้โปรแกรมการส่งเสริมการจัดเครื่องมือผ่าตัด อย่างมีนัยสำคัญ ได้แก่ ตรวจนับเครื่องมือเมื่อมีการเปิดเพิ่ม ตรวจนับเครื่องมือก่อนส่งล้างทำความสะอาด ตรวจนับเครื่องมืออย่างน้อย 2 คน คือ พยาบาลส่งเครื่องมือและพยาบาลช่วยรอบนอก ส่งใบรายการ check list และป้ายชื่อเครื่องมือผ่าตัดทั้งหมดพร้อมกับสรุปรายละเอียดการตรวจนับและลงนาม และใส่ป้ายกันหลงที่แสดงลำดับห้องผ่าตัด และลำดับ case มาพร้อมกับเครื่องมือผ่าตัด (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบการปฏิบัติที่ถูกต้องในการตรวจนับเครื่องมือ ในห้องผ่าตัดระหว่างก่อนและหลังโปรแกรมการส่งเสริมการจัดเครื่องมือผ่าตัด (n=500)

กระบวนการ	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		P-value
	(n= 250)		(n=250)		
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
ตรวจนับเครื่องมือก่อนการผ่าตัด	250	100.00	250	100.00	NA
ตรวจนับเครื่องมือก่อนเย็บปิดโพรงแผลผ่าตัดชั้นใน	250	100.00	250	100.00	NA
ตรวจนับเครื่องมือก่อนเย็บปิดแผลชั้นนอก	250	100.00	250	100.00	NA
ตรวจนับเครื่องมือเมื่อมีการเปลี่ยนพยาบาลส่งผ่าตัด	250	100.00	250	100.00	NA
ตรวจนับเครื่องมือเมื่อมีการเปิดเพิ่ม และเก็บป้ายชื่อเครื่องมือแนบกับใบรายการ check list	180	72.00	234	93.60	<0.001
บันทึกการตรวจนับเครื่องมือผ่าตัดบนกระดานและในบันทึกการพยาบาลห้องผ่าตัด	250	100.00	250	100.00	NA
ตรวจนับเครื่องมือก่อนส่งล้างทำความสะอาด	226	90.40	249	99.60	<0.001
ตรวจนับเครื่องมืออย่างน้อย 2 คน คือ พยาบาลส่งเครื่องมือและพยาบาลช่วยรอบนอก	131	52.40	191	76.40	<0.001
ส่งใบรายการ check list และป้ายชื่อเครื่องมือผ่าตัดทั้งหมดพร้อมกับสรุปรายละเอียดการตรวจนับและลงนาม	143	57.66	166	66.40	0.045
ใส่ป้ายกันหลงที่แสดงลำดับห้องผ่าตัด และลำดับ case มาพร้อมกับเครื่องมือผ่าตัด	220	88.00	250	100.00	<0.001

เปรียบเทียบสัดส่วนการปฏิบัติที่ถูกต้องในการล้างเครื่องมือผ่าตัด มี 2 รายการที่ปฏิบัติได้ถูกต้องร้อยละ 100 ทั้งก่อนและหลังใช้โปรแกรม อย่างไรก็ตามการปฏิบัติที่ถูกต้องในการล้างเครื่องมือผ่าตัดหลังการใช้โปรแกรมส่งเสริมการจัดเครื่องมือผ่าตัดพบว่าสูงกว่าก่อนการใช้โปรแกรมทุกรายการ อย่างมีนัยสำคัญ (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบสัดส่วนการปฏิบัติที่ถูกต้องในการล้างเครื่องมือระหว่างก่อนและหลังโปรแกรมการส่งเสริมการจัดเครื่องมือผ่าตัด (n=200)

รายการ	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		P-value
	(n=100)		(n=100)		
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
เจ้าหน้าที่ล้างเครื่องมือแต่งกายโดยสวมหมวกคลุมผม ผ้าปิดปากจมูก แวนตาหรือหน้ากาก ผ้ากันเปื้อนพลาสติก รองเท้าหุ้มส้น และถุงมืออย่างหนา	27	27.00	54	54.00	<0.001
ผสมสารทำความสะอาดตามอัตราความเข้มข้น ตามคำแนะนำของบริษัทผู้ผลิต	100	100.00	100	100.00	NA



รายการ	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		P-value
	(n=100)		(n=100)		
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
เลือกขนาดแปรงให้เหมาะสมกับเครื่องมือ ล้างทำความสะอาดและทำให้แห้ง	100	100.00	100	100.00	NA
แยกล้างครั้งละ 1 ชุด ตามลำดับป้ายกันหลง ล้างที่ละ 1 ตัว ปลดล็อคเครื่องมือและกางออกขณะล้าง	85	85.00	100	100	<0.001
ล้างใต้น้ำ และล้างด้วยอุปกรณ์ทำความสะอาดที่ใช้คลื่นความถี่สูง (Ultrasonic)	1	1.00	39	39.00	<0.001
เครื่องมือผ่าตัดที่แยกชิ้นส่วน ให้แยกออกกลาง แยกไว้เป็นชุดเพื่อล้างได้ทั่วถึงและป้องกันการสูญหาย	73	73.00	95	95.00	<0.001
ล้างตามลักษณะของเครื่องมือ ได้แก่ เครื่องมือ Power Instrument เครื่องมือที่มีขนาดเล็ก เครื่องมือที่มีท่อ เครื่องมือสองกลิ้ง	91	91.00	100	100.00	0.003
ปฏิบัติตามวิธีการแยกทิ้งของมีคม เครื่องมือชำรุด เครื่องมือ Dispose Implant ที่ใช้แล้ว	89	89.00	100	100.00	0.001
นำเครื่องมือผ่าตัดที่ล้างเสร็จ ใส่ป้ายกันหลง โดยไม่ให้เครื่องมือปะปน อบให้แห้งส่งให้ทีมจัดเครื่องมือ	75	75.00	98	98.00	<0.001

เปรียบเทียบอัตราการสูญหายของเครื่องมือผ่าตัดพบว่าลดลงจากร้อยละ 1.66 เหลือร้อยละ 0 และอัตราการจัดชุดเครื่องมือผ่าตัดลดลงเคลื่อนลดลงจากร้อยละ 2.48 เหลือร้อยละ 1.15 (P=0.063) (ตารางที่ 5)

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบอัตราการสูญหาย และอัตราการจัดชุดเครื่องมือผ่าตัดเคลื่อน ระหว่างก่อนและหลังโปรแกรมการส่งเสริมการจัดเครื่องมือผ่าตัด (n=1,212)

รายการ	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		P-value
	(n=604)		(n=608)		
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
เครื่องมือสูญหาย	1	1.66	0	0	0.063
การจัดชุดเครื่องมือผ่าตัดเคลื่อน	15	2.48	7	1.15	
รวม	16	2.65	7	1.15	

ผลการศึกษาความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่างพบว่า หลังจากการใช้โปรแกรมภาพรวมมีความพึงพอใจในโปรแกรมส่งเสริมการจัดเครื่องมือและได้รับความรู้ มากที่สุด (3.66) ช่วยในการจัดเครื่องมือมีประสิทธิภาพมากขึ้นและสามารถนำไปปฏิบัติได้จริง มีความถูกต้อง (3.56) ส่วนความพึงพอใจระดับมากได้แก่นำไปประยุกต์ใช้ได้ (3.48) มีความสะดวกในการปฏิบัติและมีความชัดเจนเข้าใจง่าย (3.45) ไม่ยุ่งยากซับซ้อนและช่วยลดระยะเวลาในการทำงาน (3.32) (ตารางที่ 6)



ตารางที่ 6 ความพึงพอใจ ของกลุ่มตัวอย่างต่อโปรแกรมส่งเสริมการจัดเครื่องมือ (n=38)

รายการ	ระดับคะแนน						เฉลี่ย	แปลผล
	มากที่สุด		มาก		ปานกลาง			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
มีความถูกต้องตามหลักวิชาการ	21	55.26	17	44.74			3.56	มากที่สุด
มีความชัดเจน เข้าใจง่าย	18	47.37	19	50.00	1	2.63	3.45	มาก
สามารถนำไปปฏิบัติได้จริง	23	60.53	15	39.47			3.56	มากที่สุด
มีความสะดวกในการปฏิบัติ	22	57.89	15	39.47	1	2.63	3.45	มาก
ไม่ยุ่งยากซับซ้อน	18	47.37	19	50.00	1	2.63	3.32	มาก
ช่วยลดระยะเวลาในการทำงาน	13	34.21	24	63.16	1	2.63	3.32	มาก
นำไปประยุกต์ใช้ได้	20	52.63	16	42.11	2	5.26	3.48	มาก
ช่วยให้การจัดเครื่องมือมีประสิทธิภาพมากขึ้น	22	57.89	15	39.47	1	2.63	3.56	มากที่สุด
ได้ความรู้ หรือประโยชน์จากโปรแกรมการส่งเสริมการจัดเครื่องมือผ่าตัด	25	65.79	13	34.21			3.66	มากที่สุด
ความพึงพอใจในโปรแกรมการส่งเสริมการจัดเครื่องมือผ่าตัด	25	65.79	13	34.21			3.66	มากที่สุด

วิจารณ์ ตามวัตถุประสงค์การวิจัยดังนี้

การศึกษามูลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดเครื่องมือผ่าตัดต่ออัตราการสูญหายและอัตราชุดผ่าตัดคลาดเคลื่อน ในโรงพยาบาลแม่สอด จังหวัดตาก เพื่อเปรียบเทียบอัตราการสูญหายและอัตราชุดผ่าตัดคลาดเคลื่อน พร้อมกับศึกษาระดับความพึงพอใจของบุคลากรในงานห้องผ่าตัดต่อโปรแกรมส่งเสริมการจัดเครื่องมือผ่าตัด อัตราการสูญหายของเครื่องมือผ่าตัดพบว่าจะลดลงจากร้อยละ 1.66 เหลือร้อยละ 0 และอัตราการสูญหายของเครื่องมือผ่าตัดคลาดเคลื่อนลดลงจากร้อยละ 2.48 เหลือร้อยละ 1.15 (P=0.063) (ตารางที่ 5) อัตราการสูญหาย และการคลาดเคลื่อนของเครื่องมือผ่าตัดก่อนได้รับโปรแกรมสูงกว่าหลายการศึกษาที่ผ่านมา^{8,9} อัตราการสูญหายและการคลาดเคลื่อนของเครื่องมือผ่าตัดหลังได้รับโปรแกรมมีความสอดคล้องกับการศึกษาในประเทศจีนที่รวบรวมข้อมูลบรรจุกฎเกณฑ์เครื่องมือผ่าตัด จำนวน 33,839 ชิ้น พบความผิดพลาดทั้งหมด 398 ชิ้น (ร้อยละ 1.18) โดยส่วนใหญ่เกิดจากความผิดพลาดในเรื่องของ บรรจุกฎเกณฑ์ไม่สมบูรณ์ เครื่องมือสูญหาย เครื่องมือไม่สามารถใช้งานได้ตามปกติ ความผิดพลาดส่วนใหญ่เกิดขึ้นกับเครื่องมือที่ใช้ในการผ่าตัดผู้ป่วยกลุ่มออร์โธปิดิกส์ และผู้ป่วยสูตินรีเวชกรรม¹⁰

อัตราการสูญหายและการคลาดเคลื่อนของเครื่องมือผ่าตัดที่ลดลงอย่างมีนัยสำคัญ เป็นพระรูปแบบของโปรแกรมส่งเสริมการจัดเครื่องมือผ่าตัดที่ผู้วิจัยได้ออกแบบและดำเนินการอย่างมีแบบแผนร่วมกับผู้วิจัยได้ดำเนินการด้วยกลยุทธ์ที่หลากหลาย (multi strategies) นามานุสรณาการใช้ให้เหมาะสมกับสถานการณ์ ได้แก่ การจัดทำใบรายการ Check list เพื่อเป็นการตรวจนับเครื่องมือให้ครบถ้วน จัดทำป้ายชื่อเครื่องมือผ่าตัด จัดทำป้ายกันหลง เพื่อแสดงลำดับห้องผ่าตัดและแสดงลำดับ case ผ่าตัด ป้องกันการปะปนของเครื่องมือผ่าตัด ร่วมกับอบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อให้ความรู้ ระหว่างการอบรมปฏิบัติการบุคลากรห้องผ่าตัดสามารถแสดงความคิดเห็น แลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์เกี่ยวกับเครื่องมือผ่าตัดได้อย่างอิสระ การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ทางวิชาการเป็นกระบวนการที่ทำให้องค์กรสามารถสร้างและต่อยอดองค์ความรู้เพื่อนำมาใช้พัฒนาองค์กร ทำให้การทำงานเกิดผลลัพธ์ที่มีคุณภาพ เกิดประสิทธิภาพในการทำงาน¹¹

ผู้วิจัยทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงวิธีปฏิบัติร่วมกับการสังเกตการปฏิบัติในจุดที่ทำให้เกิดความผิดพลาด แล้วนำมาปรับกระบวนการทำงาน โดยเพิ่มกลยุทธ์การกำกับ ติดตามและปฏิบัติพร้อมกัน 2 คน (double check) เพื่อลดความผิดพลาด สอดคล้องกับการศึกษาของฉัตรสุตา และคณะในการใช้กลยุทธ์นี้แทน กำกับ ติดตามในระหว่างมีการนำแนวปฏิบัติไปใช้ทำให้เพิ่มอัตราการปฏิบัติและสามารถลดอัตราความคลาดเคลื่อนจากการปฏิบัติลงได้¹² ประกอบกับพยาบาล พยาบาลผู้ช่วย และบุคลากรในหน่วยงานห้องผ่าตัดเคยผ่าน

การอบรม เรื่องการจัดชุดเครื่องมือผ่าตัด (ร้อยละ 78.95) การเสริมความรู้กับบุคลากรที่เคยผ่านการอบรมมาแล้วทำให้ต่อยอดองค์ความรู้กับบุคลากร การดำเนินการตามโปรแกรมสำเร็จได้ง่ายขึ้น อีกทั้งยังส่งผลต่ออัตราการสูญหายและคลาดเคลื่อนของเครื่องมือผ่าตัดลดลง

ผลการศึกษาด้านความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่างพบว่า หลังจากการใช้โปรแกรม ค่าคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจในภาพรวมต่อโปรแกรมส่งเสริมการจัดเครื่องมือและได้รับความรู้ มากที่สุด (3.66) ช่วยในการจัดเครื่องมือมีประสิทธิภาพมากขึ้นและสามารถนำไปปฏิบัติได้จริง มีความถูกต้อง (3.56) ส่วนความพึงพอใจระดับมากได้แก่นำไปประยุกต์ใช้ได้ (3.48) มีความสะดวกในการปฏิบัติและมีความชัดเจนเข้าใจง่าย (3.45) ไม่ยุ่งยากซับซ้อนและช่วยลดระยะเวลาในการทำงาน (3.32) ระดับความพึงพอใจเป็นสิ่งสะท้อนถึงบุคลากรห้องผ่าตัดได้มีส่วนร่วมในการปฏิบัติทุกขั้นตอนแบบเต็มใจ โดยไม่ถูกบังคับหรือฝืนใจในการปฏิบัติ รวมถึงหลักฐานเชิงประจักษ์ในโปรแกรมไม่ขัดต่อความรู้ตามหลักวิชาการและความรู้สึก ทำให้บุคลากรทางห้องผ่าตัดมีความมั่นใจในการปฏิบัติและเกิดความพึงพอใจ¹³

สรุป

ผลการวิจัยนี้แสดงให้เห็นว่าการส่งเสริมจัดเครื่องมือผ่าตัดลดการสูญหายและเครื่องมือผ่าตัดคลาดเคลื่อน การจัดเตรียมเครื่องมือผ่าตัดให้ถูกต้อง ครบถ้วน พร้อมใช้ มีความสำคัญเชื่อมโยงกับการใช้เครื่องมือและการตรวจนับเครื่องมือในการทำผ่าตัดและทำให้ผู้รับบริการปลอดภัยและลดความเสี่ยงต่อการเกิดเครื่องมือผ่าตัดติดค้างในร่างกายผู้ป่วย

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่ากระบวนการใช้โปรแกรมส่งเสริมการจัดเครื่องมือผ่าตัดส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงต่อแนวทางการปฏิบัติของบุคลากรในหน่วยงานและช่วยทำให้เกิดผลลัพธ์ในการสูญหาย ความคลาดเคลื่อนในการจัดเครื่องมือลดลง ดังนั้นกระบวนการใช้โปรแกรมที่หน่วยงานหรือองค์กรอื่นสามารถนำไปใช้ในการพัฒนาได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

เครื่องมือผ่าตัด หรือวัสดุทางการแพทย์อื่นๆ ที่ใช้ในห้องผ่าตัด ควรมีการออกแบบและพัฒนาระบบสารสนเทศ เพื่อนำระบบมาใช้ในการบริหาร จัดการเครื่องมือผ่าตัด หรือวัสดุทางการแพทย์อื่นๆที่ใช้ในห้องผ่าตัดให้มีประสิทธิภาพ

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 3 ท่าน ทีมพยาบาล ผู้ช่วยพยาบาล ผู้ช่วยเหลือคนไข้ ห้องผ่าตัด โรงพยาบาล แม่สอด ที่ให้การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด ขอขอบคุณกลุ่มงานวิจัยและพัฒนาการพยาบาล โรงพยาบาลแม่สอด ที่ให้คำแนะนำการวิจัย และขอขอบคุณหัวหน้าพยาบาล ผู้อำนวยการโรงพยาบาลแม่สอด ที่สนับสนุนการวิจัย

เอกสารอ้างอิง

1. นงเยาว์ เกษตร์ภิบาล. ความปลอดภัยในการผ่าตัด/Safety in Surgery. เชียงใหม่: โชตนาพรินทร์; 2561.
2. Doichareon C, Prutipinyo C. Clinical risk management for medical personnel in Chumphon Khet Udomsakdi Hospital. Public Health Policy and Laws Journal. 2022;8(3):415-25.
3. Verdaasdonk EG, Stassen LP, van der Elst M, Karsten TM, Dankelman J. Problems with technical equipment during laparoscopic surgery: an observational study. Surgical endoscopy. 2007;21:275-9.
4. Flin R, Yule S, McKenzie L, Paterson-Brown S, Maran N. Attitudes to teamwork and safety in the operating theatre. The Surgeon. 2006;4(3):145-51.
5. Christian CK, Gustafson ML, Roth EM, Sheridan TB, Gandhi TK, Dwyer K, et al. A prospective study of patient safety in the operating room. Surgery. 2006;139(2):159-73.
6. Picheansathian W, Dumrongkullachart D, Wongsan R, Kaveevon T, Koonna A, Netsawang P. Promoting evidence-based practices among Nurses in the management of Peripheral intravascular devices. Nursing Journal. 2014;41:71-87.



7. Pearson A, Field J, Jordan Z. Evidence-based clinical practice in nursing and health care: Assimilating research, experience and expertise: John Wiley & Sons; 2009.
8. Nichol PF, Saari MJ. Patterns in staff reported surgical instrument errors point to failures in visualization as a critically weak point in sterile processing of surgical instruments. *Perioperative Care and Operating Room Management*. 2023;33:100356.
9. Nichol PF, Saari MJ. Risk modeling of errors in the surgical instrument cycle, insights into solutions for an expensive and persistent problem. *Perioperative Care and Operating Room Management*. 2023;32:100333.
10. Zhu X, Yuan L, Li T, Cheng P. Errors in packaging surgical instruments based on a surgical instrument tracking system: an observational study. *BMC health services research*. 2019;19(1):1-6.
11. อังคณา พิมมา, อัมพล ชูสนุก, วุฒินิพงษ์ วราไกรสวัสดิ์. ปัจจัยที่ส่งผลต่อการรับรู้ประโยชน์การใช้งานและความพึงพอใจของผู้ใช้งานระบบการจัดการความรู้ในโรงพยาบาลรัฐบาล. *Veridian E-Journal, Silpakorn University (Humanities, Social Sciences and arts)*. 2016;9(2):1432-51.
12. ฉัตรสุดา จำรัส, ชนิษฐา แก้วพรม, สายพิณ โสภานากุล, เทวัญ ยอดยิ่ง, นราวิชญ์ เหล่ากาวิ. ประสิทธิภาพของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการป้องกันความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาแก่ผู้ป่วย โรงพยาบาลแพร่. *(PMJCS) Phrae Medical Journal and Clinical Sciences*. 2022;30(2):43-55.
13. ประยูร จำปาปี, วิณา อิศรางกูร ณ อยุธยา, ชนะพล ศรีฤาชา. ประสิทธิภาพของโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถนะพยาบาลห้องผ่าตัด เพื่อความปลอดภัยและป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัด ในโรงพยาบาลมหาสารคาม. *วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม*. 2023;20(1):97-110.



The results of the program to promote inpatient classification among nurses in the surgical department of a general hospital

Maneerat Chaosan, B.N.S.*
Mongkol Surimuang, M.N.S.***
Srisuda Assawapalanggool, Ph.D.**

Abstract

Introduction : In the surgical department, it is beneficial for nurses to have standard guidelines for sorting out patients. This ensures standardized patient care and makes operations more systematic. Nurses are then able to prioritize services based on urgency, responding correctly and appropriately to the patient's state of illness and determining the minimum care required.

Objective : Compare the consistency of inpatient classification among nurses in the Surgery Department at Mae Sot Hospital, both before and after implementing the program designed to promote inpatient classification. Study the level of satisfaction of research participants with the program to promote inpatient classification in the surgical department at Mae Sot Hospital.

Methods : In quasi-experimental research, specifically utilizing the one-group pretest-posttest design, Engaged in the study within the Nursing department, specifically focusing on the Surgery Department's Male Surgery Ward 2 at Mae Sot Hospital. Divided into 3 phases: Phase 1: Research participants classify inpatients as they normally do. Phase 2: Implementation of the program to promote inpatient classification among the surgical department nurses. Phase 3: Evaluation of the results after implementing the program to promote inpatient classification in the surgical department. The data were analyzed using descriptive statistics. Comparisons between groups were conducted using the Wilcoxon rank-sum test, the Chi-Square Test.

Results : The study sample comprised 12 professional nurses with a median age of 25.5 years [IQR 27, 27.5] and a median work experience of 4 years. The program designed to promote inpatient classification in the surgical department was found to be effective. Consequently, the correct classification of inpatients by nurses increased from 65.83 percent to 87.50 percent ($P < 0.001$). The satisfaction level good, and very good level of satisfaction.

Conclusion : Promoting knowledge and engaging in continuous, periodic inpatient classification practice ensures accurate inpatient classification. This practice should be sustained.

Keywords: program to promote, inpatient classification, surgical department

* Registered nurse, professional level, Operation Department Mae Sot Hospital

** Registered nurse, Senior professional level, Research and Nursing Development Unit. Mae Sot Hospital

*** Corresponding author Registered nurse, Senior professional level, Research and Nursing Development Unit. Mae Sot Hospital



ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการจำแนกประเภทผู้ป่วยใน ในพยาบาลแผนกศัลยกรรม โรงพยาบาลทั่วไป

มณีรัตน์ ชาวสำน, พย.บ.*
มงคล สุริเมือง, พย.ม.**
ศรีสุตา อัสวพลังกุล, วท.ด.***

บทคัดย่อ

บทนำ : การจำแนกประเภทผู้ป่วยใน แผนกศัลยกรรมช่วยให้พยาบาลมีแนวทางมาตรฐานการคัดแยกประเภทผู้ป่วย ส่งผลให้การดูแลมีมาตรฐาน ทำให้การปฏิบัติงานเป็นระบบมากขึ้น สามารถจัดลำดับความสำคัญของการให้บริการตามความเร่งด่วน ได้ถูกต้อง และเหมาะสมกับสถานะความเจ็บป่วยและการดูแลขั้นต่ำที่ควรจะได้รับ

วัตถุประสงค์ : เปรียบเทียบความสอดคล้องการจำแนกประเภทผู้ป่วยในแผนกศัลยกรรม โรงพยาบาลแม่สอดของพยาบาลผู้เข้าร่วมวิจัย ระหว่างก่อนและหลังการดำเนินโปรแกรมการส่งเสริมการจำแนกประเภทผู้ป่วยใน และศึกษาระดับความพึงพอใจของผู้เข้าร่วมวิจัยต่อโปรแกรมการส่งเสริมการจำแนกประเภทผู้ป่วยใน ในพยาบาลแผนกศัลยกรรม โรงพยาบาลแม่สอด

วิธีการศึกษา : การวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) ชนิดหนึ่งกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (one group pre test - post test) ศึกษาในพยาบาล แผนกศัลยกรรม หอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย2 โรงพยาบาลแม่สอด แบ่งเป็น 3 ระยะ ระยะที่ 1 ผู้เข้าร่วมวิจัยจำแนกประเภทผู้ป่วยในตามเดิมที่เคยปฏิบัติ ระยะที่ 2 ระยะดำเนินโปรแกรมการส่งเสริมการจำแนกประเภทผู้ป่วยใน ในพยาบาลแผนกศัลยกรรม ระยะที่ 3 ประเมินผลหลังดำเนินโปรแกรมการส่งเสริมการจำแนกประเภทผู้ป่วยใน ในพยาบาลแผนกศัลยกรรม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มและเปรียบเทียบความสอดคล้องการจำแนกประเภทผู้ป่วยโดยใช้ Wilcoxon rank sum test, Chi-Square Test

ผลการศึกษา : กลุ่มตัวอย่างพยาบาลวิชาชีพที่ศึกษา จำนวน 12 ราย มีค่ามัธยฐาน อายุ 25.5 ปี [IQR 27,27.5] ค่ามัธยฐานประสบการณ์การทำงาน 4 ปี พบว่าโปรแกรมการส่งเสริมการจำแนกประเภทผู้ป่วยใน ในพยาบาลแผนกศัลยกรรม ทำให้พยาบาลจำแนกประเภทผู้ป่วยในถูกต้องเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 65.83 เป็นร้อยละ 87.50 ($P < 0.001$) ความพึงพอใจอยู่ในระดับพึงพอใจมากถึงพึงพอใจมากที่สุด

สรุปข้อเสนอแนะ : การส่งเสริมความรู้ และการฝึกปฏิบัติการจำแนกประเภทผู้ป่วยในเป็นระยะอย่างต่อเนื่อง ทำให้การจำแนกประเภทผู้ป่วยในมีความถูกต้อง ควรดำเนินการต่อ

คำสำคัญ : โปรแกรมส่งเสริม การจำแนกประเภทผู้ป่วยใน แผนกศัลยกรรม

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานศัลยกรรม โรงพยาบาลแม่สอด

**พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ กลุ่มงานวิจัยและพัฒนากายพยาบาล โรงพยาบาลแม่สอด

***Corresponding author, พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ กลุ่มงานวิจัยและพัฒนากายพยาบาล โรงพยาบาลแม่สอด

บทนำ

การจำแนกประเภทผู้ป่วยในเป็นการจัดกลุ่มผู้ป่วยในความดูแลของพยาบาลในช่วงเวลาใด เวลาหนึ่ง เป็นส่วนหนึ่งในการจัดระบบการดูแลผู้ป่วยใน ให้มีความเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ เพื่อการดูแลผู้ป่วยให้ได้ตามมาตรฐาน เป็นเครื่องมือในการบริหารทรัพยากรบุคคลทางการพยาบาล¹ นำไปประกอบการตัดสินใจการจัดอัตรากำลังในการให้บริการผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม²

การจำแนกประเภทผู้ป่วยในปัจจุบันใช้เกณฑ์ของสำนักการพยาบาลปี 2547 แบ่งเป็น 5 ประเภท ดังนี้ ประเภท 5หนักมาก ระดับคะแนน 27-32 คะแนน ต้องการการพยาบาล 12 ชั่วโมงต่อวัน ประเภท 4 หนัก ระดับคะแนน 21-26 คะแนน ต้องการการพยาบาล 7.5 ชั่วโมงต่อวัน ประเภท 3 หนักปานกลาง ระดับคะแนน 15-20 คะแนน การพยาบาลที่ต้องการต่อวัน 7.5 ชั่วโมงต่อวัน ประเภทที่ 2 เจ็บป่วยเล็กน้อย ระดับคะแนน 9-14 คะแนน การพยาบาลที่ต้องการต่อวัน 3.5 ชั่วโมงต่อวัน ประเภทที่ 1 ระยะพักฟื้น ระดับคะแนนน้อยกว่า 8 การพยาบาลที่ต้องการต่อวัน 1.5 ชั่วโมงต่อวัน³

การประเมินมี 2 ตัวบ่งชี้ ตัวบ่งชี้ที่ 1 สภาวะความเจ็บป่วย 4 ข้อ ข้อละ 4 คะแนน คือ 1) สัญญาณชีพ 4 2) อาการและอาการแสดงทางระบบประสาท 3) การได้รับการรักษา 4) ผลการตรวจวินิจฉัยที่สำคัญ และ 4) พฤติกรรมผิดปกติที่เป็นอันตรายต่อตัวเองและผู้อื่น จากปัญหาการปรับตัวทางอารมณ์และจิตสังคม ตัวบ่งชี้ที่ 2 การดูแลขั้นต่ำที่ควรได้รับ แบ่งเป็น 4 ข้อ ข้อละ 4 คะแนน 1) ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน 2) ความต้องการข้อมูล 3) ความต้องการยา การรักษา 4) ความต้องการ การฟื้นฟู 4) ความต้องการ การบรรเทาอาการรบกวน³

ระบบบริการพยาบาลมีความจำเป็นต้องจัดอัตรากำลัง การจำแนกประเภทผู้ป่วยในเป็นการจัดกลุ่มผู้ป่วยในความดูแลของพยาบาลในช่วงเวลาใดเวลาหนึ่งให้เป็นระดับ ตามลักษณะการเจ็บป่วย และความต้องการพยาบาลตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย เป็นรายบุคคลมากที่สุด ปริมาณความต้องการพยาบาลมีความแตกต่างกันไปตามความสามารถในการดูแลตนเองและเพิ่มขึ้นตามความรุนแรงของโรค⁴ ผลกระทบของการจำแนกประเภทผู้ป่วยคลาดเคลื่อนทำให้เกิดปริมาณงานและจำนวนบุคลากรไม่สมดุลกัน โดยพบว่าจัดได้ตามเกณฑ์เพียงร้อยละ 35.77 การจำแนกประเภทผู้ป่วยในไม่ถูกต้อง ทำให้ผู้ปฏิบัติที่ปฏิบัติงานมากเกินความสามารถ ทำงานแข่งกับเวลาโดยไม่มีคุณภาพไม่สามารถตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการ² มีการศึกษาการใช้โปรแกรมมาดำเนินการทำให้การปฏิบัติตามมาตรฐานเพิ่มขึ้น ดังการศึกษาความรู้ ทักษะ และ การปฏิบัติต่อการจำแนกประเภทผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี พบว่าความรู้เกี่ยวกับการจำแนกประเภทผู้ป่วยมีค่าเฉลี่ยคะแนนโดยรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{x} = 18.66$)² ภาพรวมค่าความเที่ยงของการจำแนกประเภทผู้ป่วยใน เท่ากับ .94 อยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้¹

หอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย 2 โรงพยาบาลแม่สอด เป็นหอผู้ป่วยแผนกศัลยกรรมใช้การจำแนกประเภทผู้ป่วยใน เพื่อใช้ในการบริหารอัตรากำลัง และจัดระบบการดูแลผู้ป่วยให้ได้ตามมาตรฐาน ที่ผ่านมา พบว่า การจำแนกประเภทผู้ป่วยใน แผนกศัลยกรรมขาดการประเมินตามเกณฑ์ ประเมินไม่ครบถ้วน ใช้ความรู้สึกในการประเมิน หรือคัดลอกต่อ ๆ กันมา นอกจากนี้หอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย 2 มีพยาบาลวิชาชีพจบใหม่มาประจำการทุกปี ประสบการณ์ปฏิบัติงานน้อยยังขาดทักษะในการจำแนกประเภทผู้ป่วย ทำให้การจำแนกประเภทผู้ป่วยในคลาดเคลื่อน พยาบาลมีความรู้ความเข้าใจในการจำแนกประเภทผู้ป่วยในไม่ตรงกัน ทำให้มีความคลาดเคลื่อนในการบริหารอัตรากำลัง ทำให้การจัดอัตรากำลังไม่เหมาะสมกับภาระงาน ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่ได้รับการดูแลตามมาตรฐานอย่างครบถ้วน ดังนั้นจึงมีความจำเป็น ต้องให้ความรู้สร้างความเข้าใจ และฝึกการจำแนกประเภทผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง เมื่อมีการจัดอัตรากำลังที่เหมาะสมตามความต้องการการดูแลของผู้ป่วยตามระดับความเจ็บป่วย ยังส่งผลให้ลดความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นได้ รวมทั้งมีการติดตามคุณภาพของการจำแนกประเภทผู้ป่วยใน เพื่อสามารถนำไปประกอบการตัดสินใจในการจัดอัตรากำลัง เพื่อให้บริการผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม

ดังนั้น เพื่อให้บริการพยาบาลสอดคล้องตามแผนยุทธศาสตร์ของโรงพยาบาลแม่สอด ตามนโยบายของกลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล ในการจำแนกประเภทผู้ป่วยใน จึงพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมการจำแนกประเภทผู้ป่วยในโดยประกอบด้วยสื่อเพาเวอร์พอยท์ การสอนและฝึกปฏิบัติข้างเตียงการสาธิต และสาธิตย้อนกลับการประเมินประเภทผู้ป่วยในเป็นรายบุคคล มาดำเนินการในพยาบาลแผนกศัลยกรรม เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลตามมาตรฐานและนำข้อมูลที่ได้ไปวางแผนเพิ่มหรือลดอัตรากำลังพยาบาลแต่ละเวรตามภาระงานอย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบความสอดคล้องการจำแนกประเภทผู้ป่วยในระหว่างก่อนกับหลังการดำเนินโปรแกรมการส่งเสริมการจำแนกประเภทผู้ป่วยใน และศึกษาระดับความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อโปรแกรมการส่งเสริมการจำแนกประเภทผู้ป่วยใน ในพยาบาลแผนกศัลยกรรม

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นแบบ การวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) ชนิดหนึ่งกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (one group pretest-posttest) ศึกษาในจำนวนพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 12 ราย แบ่งเป็น 3 ระยะ ระยะที่ 1 ประเมินประเภทผู้ป่วยในแบบเดิมที่ปฏิบัติ (กันยายน 2566) ระยะที่ 2 ระยะดำเนินโปรแกรมการส่งเสริมการจำแนกประเภทผู้ป่วยใน ในพยาบาลแผนกศัลยกรรม (พฤศจิกายน-ธันวาคม 2566) ระยะที่ 3 ประเมินผลหลังดำเนินโปรแกรมการส่งเสริมการจำแนกประเภทผู้ป่วยใน (มกราคม 2567)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลแม่สอด กลุ่มตัวอย่างเลือกแบบเฉพาะเจาะจงเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย 2 ในช่วงเวลาที่ทำการศึกษาและยินดีเข้าร่วมการวิจัย จำนวน 12 ราย

เกณฑ์การคัดเลือกเข้า (Inclusion criteria): เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย 2

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria): ผู้ปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัย หรือไม่สามารถอยู่ครบทุกระยะของการวิจัย

การคำนวณกลุ่มตัวอย่าง

กำหนดขนาดตัวอย่างจากการศึกษานำร่องที่มีความสอดคล้องการจำแนกผู้ป่วย ร้อยละ 60 ผู้วิจัยตั้งสมมติฐานว่าหลังได้รับโปรแกรมการจำแนกประเภทผู้ป่วยใน ค่าความสอดคล้องการประเมินเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 80 เป็นการทดสอบทางเดียวด้วยความคลาดเคลื่อนชนิดที่หนึ่ง (significance) ที่ .05 อำนาจการทดสอบ .09 ได้จำนวนครั้งของการประเมินอย่างน้อยระยะละ 90 ครั้ง เนื่องจากมีพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยที่ศึกษาและยินดีเข้าร่วมวิจัย มีจำนวน 12 ราย จึงเก็บการจำแนกประเภทผู้ป่วยในของกลุ่มตัวอย่างละ 10 ครั้ง ได้จำนวนครั้งของการจำแนกประเภทผู้ป่วยใน ระยะละ 120 ครั้ง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ประกอบด้วย เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย และเครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล 1) เครื่องมือในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมการส่งเสริมการจำแนกประเภทผู้ป่วยใน ในพยาบาลแผนกศัลยกรรม ประกอบด้วยกิจกรรม 1) การบรรยายโดยใช้สื่อเพาเวอร์พอยท์ 2) การสอนและฝึกปฏิบัติข้างเตียง และ 3) การสาธิต และสาธิตย้อนกลับการประเมินประเภทผู้ป่วยในเป็นรายบุคคล 2) เครื่องมือที่ใช้รวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย อายุ ประสบการณ์ทำงาน และการอบรม 3) แบบบันทึกการจำแนกประเภทผู้ป่วยในตาม 2 ข้อบ่งชี้ คือ 1. สภาวะการเจ็บป่วยมี 4 ข้อ ข้อละ 4 คะแนน 2. การดูแลขั้นต่ำที่ผู้ป่วยควรจะได้รับมี 4 ข้อ ข้อละ 4 คะแนน รวมคะแนนเต็ม 32 คะแนน วิธีการประเมินให้พยาบาลผู้ปฏิบัติประเมินผู้ป่วยหลังจากนั้นให้พยาบาลผู้ทรงคุณวุฒิประเมินซ้ำทันที จากนั้นจึงสรุป ผู้ถูกประเมินให้คะแนนเท่ากับผู้ทรงคุณวุฒิลักษณะตรงกัน (concordance) ไม่ตรงกันทั้ง 2 กรณี คือ ผู้ถูกประเมินให้คะแนนมากกว่าผู้ทรงคุณวุฒิ (over) และผู้ถูกประเมินให้คะแนนน้อยกว่าผู้ทรงคุณวุฒิ (under) 4) แบบประเมินความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพเป็นมาตราส่วนประมาณค่าของลิคิธ (Likert scale) 5 ระดับ คือ มากที่สุด 5 คะแนน มาก 4 คะแนน ปานกลาง 3 คะแนน น้อย 2 คะแนน และน้อยที่สุด 1 คะแนน จำนวน 12 ข้อ แปลความหมายของระดับใช้เกณฑ์ค่าเฉลี่ยรายข้อตามความกว้างของอันตรภาคชั้น (คะแนนสูงสุด - ต่ำสุด/จำนวนชั้น) ดังนี้ ระดับความพึงพอใจ 4.50-5.00 พึงพอใจมากที่สุด 3.50-4.49 พึงพอใจมาก 2.50-3.49 พึงพอใจปานกลาง 1.50-2.49 พึงพอใจน้อย และ 0.0-1.49 พึงพอใจน้อยที่สุด เครื่องมือวิจัยทั้ง 4 ชุด นำมาจากการพยาบาลการประเมินประเภทผู้ป่วยในปี พ.ศ. 2547 พยาบาลผู้ทรงคุณวุฒิเป็นพยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษเป็นหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลศัลยกรรม มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน 25 ปี และเป็นคณะกรรมการควบคุมคุณภาพการพยาบาล

ขั้นตอนการวิจัย ดังนี้

ระยะที่ 1 กลุ่มอ้างอิง ดำเนินการ 15 กันยายน - ตุลาคม 2566 (45วัน)

1. เข้าพบผู้ปฏิบัติ ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์ และขอความร่วมมือในการทำวิจัย ซึ่งแจ้งวิธีการรวบรวมข้อมูล ระยะเวลาที่ใช้ในการให้ข้อมูล ประโยชน์ที่จะได้รับ อธิบายการบันทึกข้อมูลใช้รหัสแทนชื่อ วิเคราะห์ข้อมูลในภาพรวม ข้อมูลที่ได้ใช้ในการวิจัยเท่านั้น เมื่อกลุ่มตัวอย่างสมัครใจเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในแบบฟอร์มยินยอมเข้าร่วมการวิจัยไว้เป็นลายลักษณ์อักษร

2. ผู้วิจัยแจกแบบสอบถามข้อมูลทั่วไปให้กับพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 12 ราย เมื่อกลุ่มตัวอย่างตอบเรียบร้อยแล้วให้ส่งแบบสอบถามในซองปิดผนึก

3. ผู้วิจัยบันทึกข้อมูลทั่วไป

4. ความถูกต้องในการจำแนกประเภทผู้ป่วยใน ในพยาบาลแผนกศัลยกรรม ระยะก่อนดำเนินโปรแกรมการส่งเสริมการจำแนกประเภทผู้ป่วยใน ผู้วิจัยให้ผู้ถูกประเมินทำการประเมินประเภทผู้ป่วยตามแบบประเมินประเภทผู้ป่วยใน แล้วผู้ทรงคุณวุฒิเป็นผู้ประเมินซ้ำ หากตรงกัน (concordance) ได้ 1 คะแนน ไม่ตรงกันทั้ง 2 กรณีคือผู้ถูกประเมินให้คะแนนมากกว่าผู้ทรงคุณวุฒิ (over) และผู้ถูกประเมินให้คะแนนน้อยกว่าผู้ทรงคุณวุฒิ (under) ได้ 0 คะแนน ผู้ถูกประเมินทุกราย รายละเอียด 10 ครั้ง เก็บข้อมูลเป็นความลับ โดยใช้วิธีใส่รหัสแทนชื่อ และบันทึกเป็นคะแนนที่ประเมินได้

ระยะที่ 2 ดำเนินโปรแกรมการส่งเสริมการจำแนกประเภทผู้ป่วยใน ดำเนินการ พฤศจิกายน-ธันวาคม 2566 ผู้วิจัยนำข้อมูล ระยะที่ 1 มาวิเคราะห์กำหนดประเด็นการสอนจากนั้นให้ความรู้ สาธิตการจำแนกประเภทผู้ป่วย สาธิตการจำแนกประเภทผู้ป่วยข้างเตียง ให้กลุ่มตัวอย่างสาธิตย้อนกลับวิธีการจำแนกผู้ป่วย พร้อมมอบคู่มือการจำแนกประเภทผู้ป่วยใน (ฉบับพกพา) สำหรับพยาบาลสามารถเปิดอ้างอิงได้ตลอดเวลา

ระยะที่ 3 กลุ่มทดลองประเมินผล ดำเนินการ ธันวาคม 2566 - มกราคม 2567 ผู้วิจัยดำเนินการประเมินด้วยวิธีการเดียวกันกับที่เก็บข้อมูลพื้นฐานในระยะที่ 1

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลทั่วไปวิเคราะห์โดยใช้สถิติพรรณนา ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน พิสัยควอไทล์ ข้อมูลผลลัพธ์เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มและเปรียบเทียบความสอดคล้องการจำแนกประเภทผู้ป่วยในของพยาบาลผู้ปฏิบัติ กับพยาบาลผู้ทรงคุณวุฒิโดยใช้สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) ได้แก่ Wilcoxon rank sum test และ Fisher's Exact test ตามชนิดข้อมูล

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลแม่สอด เลขที่ MSHP 47/2566 ลงวันที่ 15 กันยายน 2566 ได้ดำเนินการวิจัยตามหลักจริยธรรมการวิจัย คำนึงถึงความปลอดภัยของผู้เข้าร่วมวิจัย โดยผู้วิจัยแจ้งให้ผู้เข้าร่วมวิจัยทุกท่านได้ทราบวัตถุประสงค์การทำวิจัยประโยชน์ที่จะได้รับ รวมทั้งได้อธิบายให้ผู้เข้าร่วมวิจัยทราบว่ามิสิทธิถอนตัวจากการวิจัยโดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ข้อมูลที่ได้เก็บเป็นความลับ ถูกใช้เฉพาะการวิจัยนี้เท่านั้น และนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวม ผู้เข้าร่วมวิจัยได้ลงนามเข้าร่วมการวิจัยในแบบฟอร์มก่อนที่จะเริ่มทำการวิจัย

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา จำนวน 12 ราย ค่ามัธยฐานอายุ 25.5 ปี ต่ำสุด 23 ปี สูงสุด 39 ปี ค่ามัธยฐานประสบการณ์ในการทำงาน 4 ปี ต่ำสุด 1 ปี สูงสุด 39 ปี สถานภาพโสดร้อยละ 91.67 สมรสร้อยละ 8.33 ได้รับความรู้เรื่องการจำแนกประเภทผู้ป่วยใน 11 ราย คิดเป็นร้อยละ 91.67 จากหัวหน้าหอผู้ป่วยร้อยละ 72.72 จากการนิเทศในหอผู้ป่วยร้อยละ 90.90 จากสื่อออนไลน์ร้อยละ 36.36 จากตำราหรือวารสารวิชาการร้อยละ 54.54 การฝึกปฏิบัติการจำแนกประเภทผู้ป่วยในร้อยละ 83.33 มีคู่มือการประเมินประเภทผู้ป่วยร้อยละ 75 (ตารางที่ 1)



ตารางที่ 1 แสดงลักษณะทั่วไปของกลุ่มที่ต้องการศึกษา (n=12)

ลักษณะ	จำนวน	ร้อยละ
อายุ (ปี)		
Median, [IQR]	25.5	[27, 27.5]
Min, Max	23, 39	
ประสบการณ์ในการทำงาน(ปี)		
Median, [IQR]	4	
Min, Max	16,1	
การได้รับความรู้การจำแนกผู้ป่วยใน	11	91.67
แหล่งความรู้		
หัวหน้าหอผู้ป่วย	8	72.72
การนิเทศ	10	90.90
สื่อออนไลน์	4	36.36
ตำราหรือวารสาร	6	54.54
การฝึกปฏิบัติการจำแนกผู้ป่วยใน		
เคย	10	83.33
ไม่เคย	2	16.67
มีคู่มือสำหรับการจำแนกผู้ป่วยใน		
มี	9	75
ไม่มี	3	25
นวัตกรรมวงล้อการจำแนกผู้ป่วยใน		
รู้จัก	10	83.33
ไม่รู้จัก	2	16.67

ความสอดคล้องการจำแนกประเภทผู้ป่วยในของผู้ปฏิบัติกับพยาบาลผู้ทรงคุณวุฒิ หลังการดำเนินโปรแกรมการส่งเสริมการจำแนกประเภทผู้ป่วยใน ในแผนกศัลยกรรม มีความสอดคล้องกันในระดับที่มีนัยสำคัญทางสถิติ (ร้อยละ 65.83 VS ร้อยละ 87.50, P = 0.000) (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 แสดงความสอดคล้องในการจำแนกประเภทผู้ป่วยใน ระหว่างผู้เข้าร่วมวิจัยกับผู้ทรงคุณวุฒิ (n=240 ครั้ง)

ประเภทผู้ป่วย	กลุ่มอ้างอิง (n=120)		กลุ่มทดลอง (n=120)		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
concordance	79	65.83	105	87.50	<0.001
under	17	14.17	1	0.83	
over	24	20.00	14	11.67	

ในกลุ่มตัวอย่างความสอดคล้องกัน ของการจำแนกประเภทผู้ป่วยใน ในพยาบาลแผนกศัลยกรรม ระหว่างผู้เข้าร่วมวิจัยกับผู้ทรงคุณวุฒิ เรื่อง สัญญาณชีพ เพิ่มขึ้น (ร้อยละ 60.83 VS ร้อยละ 85.83, P = 0.000) อาการและอาการแสดงทางระบบประสาท เพิ่มขึ้น (ร้อยละ 70 VS ร้อยละ 87.50 , P < 0.002) การได้รับการตรวจรักษาด้วยการผ่าตัด/หัตถการต่ออวัยวะที่สำคัญต่อการมีชีวิต เพิ่มขึ้น (ร้อยละ 44.17 VS ร้อยละ 75 , P = 0.000) พฤติกรรมผิดปกติที่เป็นอันตรายต่อตนเองและผู้อื่น ปัญหาการปรับตัวทางอารมณ์ และจิตสังคมเพิ่มขึ้น (ร้อยละ 70 VS ร้อยละ 90.83 , P = 0.000) ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเพิ่มขึ้น (ร้อยละ 55 VS ร้อยละ 83.33 , P = 0.000) ความต้องการข้อมูล/การสอนของผู้ให้บริการ ญาติ และความต้องการสนับสนุนด้านจิตใจและอารมณ์



เพิ่มขึ้น (ร้อยละ 45 VS ร้อยละ 76.67 , P = 0.000) ความต้องการยา/การรักษาหรือหัตถการและการฟื้นฟู (ร้อยละ 55.83 VS ร้อยละ 82.50 , P = 0.000) ความต้องการบรรเทาอาการรบกวน เพิ่มขึ้น (ร้อยละ 50 VS ร้อยละ 75.83 , P = 0.000) (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 แสดงความสอดคล้องในการจำแนกประเภทผู้ป่วยในรายชื่อ ระหว่างผู้เข้าร่วมวิจัยกับผู้ทรงคุณวุฒิ (n=240 ครั้ง)

รายการ	กลุ่มอ้างอิง (n=120)		กลุ่มทดลอง (n=120)		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
สัญญาณชีพ					
concordance	73	60.83	103	85.83	<0.001
under	35	29.17	8	6.67	
over	12	10.00	9	7.50	
อาการและอาการแสดงทางระบบประสาท					
concordance	84	70.00	105	87.50	0.002
under	26	21.67	8	6.67	
over	10	8.33	7	5.83	
การได้รับการตรวจรักษาด้วยการผ่าตัด/หัตถการต่อ อวัยวะที่สำคัญต่อการมีชีวิต					
concordance	53	44.17	90	75.00	<0.001
under	21	17.50	3	2.50	
over	46	38.33	27	22.50	
พฤติกรรมผิดปกติที่เป็นอันตรายต่อตนเองและผู้อื่น ปัญหาการปรับตัวทางอารมณ์และจิตสังคม					
concordance	84	70.00	109	90.83	<0.001
under	17	14.17	3	2.50	
over	19	15.83	8	6.67	
ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน					
concordance	66	55.00	100	83.33	<0.001
under	14	11.67	10	8.33	
over	40	33.33	10	8.33	
ความต้องการข้อมูล/การสอนของผู้ใช้บริการ ญาติ และความต้องการสนับสนุนด้านจิตใจและอารมณ์					
concordance	54	45.00	92	76.67	<0.001
under	9	7.50	11	9.17	
over	57	47.50	17	14.17	
ความต้องการยา/การรักษาหรือหัตถการ และการ ฟื้นฟู					
concordance	67	55.83	99	82.50	<0.001
under	28	23.33	9	7.50	
over	25	20.83	9	7.50	
ความต้องการ การบรรเทาอาการรบกวน					
concordance	60	50.00	91	75.83	<0.001
under	27	22.50	13	10.83	
over	33	27.50	13	13.33	



ผลการศึกษาความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่างพบว่า หลังการใช้โปรแกรมการส่งเสริมการจำแนกประเภทผู้ป่วยในโรงพยาบาลแผนกศัลยกรรม มีความพึงพอใจอยู่ในระดับมากถึงความพึงพอใจมากที่สุด [IQR 4-5] (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 แสดงความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่างต่อโปรแกรมการส่งเสริมการจำแนกประเภทผู้ป่วยในโรงพยาบาลแผนกศัลยกรรม (n=12)

รายการประเมิน	Median	IQR	แปลผล
1.ท่านได้รับความรู้เรื่องตัวบ่งชี้หลักของการจำแนกประเภทผู้ป่วย คือ สภาวะการเจ็บป่วย และการดูแลขั้นต่ำที่ควรได้รับ	4.75	4,5	ดีมาก
2.ท่านได้รับความรู้เรื่อง ช่วงคะแนนของการจำแนกประเภทผู้ป่วยตามระดับความรุนแรง 5 ระดับ	4.67	4,5	ดีมาก
3.ท่านได้รับความรู้เรื่อง เกณฑ์การให้คะแนนการประเมินสัญญาณชีพ	4.75	4,5	ดีมาก
4.ท่านได้รับความรู้เรื่อง เกณฑ์การให้คะแนนการประเมินอาการและอาการแสดงทางระบบประสาท	4.67	4,5	ดีมาก
5.ท่านได้รับความรู้เรื่อง เกณฑ์การให้คะแนนการประเมินการได้รับการตรวจรักษาด้วยการผ่าตัด/หัตถการต่ออวัยวะที่สำคัญต่อการมีชีวิต	4.67	4,5	ดีมาก
6.ท่านได้รับความรู้เรื่อง เกณฑ์การให้คะแนนการประเมิน พฤติกรรมผิดปกติที่เป็นอันตรายต่อตนเอง(ผู้ป่วย) และผู้อื่นจากปัญหาการปรับตัวทางอารมณ์และจิตสังคม	4.75	4,5	ดีมาก
7.ท่านได้รับความรู้เรื่อง เกณฑ์การให้คะแนนการประเมิน ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน	4.67	4,5	ดีมาก
8.ท่านได้รับความรู้เรื่อง เกณฑ์การให้คะแนนการประเมิน ความต้องการข้อมูล/การสอนของผู้ให้บริการ ญาติ และความต้องการการสนับสนุนด้านจิตใจและอารมณ์	4.67	4,5	ดีมาก
9.ท่านได้รับความรู้เรื่อง เกณฑ์การให้คะแนนการประเมิน ความต้องการยา/การรักษาหรือหัตถการและการฟื้นฟู	4.75	4,5	ดีมาก
10.ท่านได้รับความรู้เรื่อง เกณฑ์การให้คะแนนการประเมิน ความต้องการการบรรเทาอาการรบกวน	4.67	4,5	ดีมาก
11.ขั้นตอนใช้งานแอปพลิเคชันการจำแนกประเภทผู้ป่วยง่ายไม่ยุ่งยากซับซ้อน	4.50	4,5	ดี
12.ความเหมาะสมและความครบถ้วนของแอปพลิเคชันการจำแนกประเภทผู้ป่วย	4.50	4,5	ดี

วิจารณ์ ตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

1. ความสอดคล้องการจำแนกประเภทผู้ป่วยในของผู้ปฏิบัติกับพยาบาลผู้ทรงคุณวุฒิ หลังการดำเนินโปรแกรมการส่งเสริมการจำแนกประเภทผู้ป่วยใน ในแผนกศัลยกรรม มีความสอดคล้องกันในระดับตัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ร้อยละ 65.83 VS ร้อยละ 87.50 , P = 0.000) (ตารางที่ 2) อธิบายได้ว่าการดำเนินการศึกษาด้วยโปรแกรมการส่งเสริมการจำแนกประเภทผู้ป่วยใน ในแผนกศัลยกรรม ประกอบไปด้วย การบรรยายให้ความรู้ สาธิต และการสาธิตย้อนกลับมีผลต่อการศึกษารั้งนี้ โดยเป้าหมาย เพื่อให้เกิดความเข้าใจตรงกัน เกิดการเรียนรู้ ได้ทบทวนความรู้ และเคยได้รับการฝึกปฏิบัติมา สอดคล้องกับหลายการศึกษาที่ผ่านมา⁶⁻¹⁰ ผู้วิจัยดำเนินการโดยอบรมให้ความรู้เป็นรายกลุ่ม ใช้วิธีการบรรยายเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างเกิดการเรียนรู้ตามวัตถุประสงค์ที่กำหนด กลุ่มตัวอย่างได้มีส่วนร่วมแลกเปลี่ยนข้อมูล ความคิดเห็น เรียนรู้ประสบการณ์ อีกทั้งเป็นการกระตุ้นให้กลุ่มตัวอย่างเกิดการเรียนรู้มากขึ้น การสอนด้วยวิธีสาธิตและการสาธิตย้อนกลับ ช่วยให้กลุ่มตัวอย่างจำสิ่งที่สอนได้ดี กลุ่มตัวอย่างทุกคนได้ทดลองปฏิบัติหลังจากผู้วิจัยได้สาธิตการจำแนกประเภทผู้ป่วยใน ในแผนกศัลยกรรม ช่วยให้สามารถจำแนกประเภทผู้ป่วยในได้ถูกต้อง¹¹ สอดคล้องกับผลการศึกษาศึกษาการเรียนรู้แบบเพื่อนช่วยเพื่อนในกิจกรรมการสอนสาธิตย้อนกลับกลไกการคลออดพบว่าผู้เรียนมีความรู้ความเข้าใจและเกิดทักษะในการคลออดได้ดีขึ้น มีคะแนนการสอบอยู่ในระดับที่ดีขึ้น¹² เช่นเดียวกับกับการศึกษาเรื่องการรับรู้ของนักศึกษา

พยาบาลต่อการสอนโดยใช้สื่อวีดิทัศน์เรื่องการคุมกำเนิด ผลวิจัยพบว่า การเรียนการสอนที่มีสื่อประกอบการบรรยาย ทำให้การเรียนเข้าใจง่ายขึ้นและจดจำได้มากยิ่งขึ้น อีกทั้งมองเห็นแนวทางในการพัฒนาการเรียนการสอนหัวข้อการคุมกำเนิดที่ทำให้เกิดประสิทธิผลมากยิ่งขึ้น^{11,12} การให้ความรู้เชิงปฏิบัติการร่วมกับการสาธิต และสาธิตย้อนกลับเป็นการใช้หลากหลายวิธี (multi strategy) ประกอบกัน ส่งเสริมให้พยาบาลในแผนกศัลยกรรมปฏิบัติได้ตามที่กำหนด ทำให้เกิดผลที่ยั่งยืนกว่าใช้วิธีเดียว¹³⁻¹⁵ อีกทั้งผู้วิจัยได้มีการแจกคู่มือจำแนกผู้ป่วย (ฉบับพกพา) จะช่วยให้พยาบาลใช้เพื่อให้เกิดความมั่นใจในการจำแนกผู้ป่วยมากยิ่งขึ้น ผู้วิจัยได้วางแผนจัดการอย่างเป็นระบบ มีการติดตามวัดประเมินผล กระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในการปฏิบัติ จึงเป็นสิ่งที่สะท้อนถึงผลลัพธ์ของการศึกษา

2. ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อโปรแกรมการส่งเสริมการจำแนกประเภทผู้ป่วยใน ในพยาบาลแผนกศัลยกรรม กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา 12 ราย มีระดับความพึงพอใจหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการจำแนกประเภทผู้ป่วยใน ในพยาบาลแผนกศัลยกรรม อยู่ในระดับมากถึงมากที่สุด (≥ 4.5 คะแนน) (ตารางที่ 4) พยาบาลในแผนกศัลยกรรมทราบถึงวัตถุประสงค์ของการศึกษา ประโยชน์ที่จะได้รับจากการจำแนกผู้ป่วยที่ถูกต้อง อีกทั้งในระยะดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยให้พยาบาลกลุ่มตัวอย่างรู้สึกถึงการมีส่วนร่วมทุกขั้นตอน สามารถซักถามปัญหา แลกเปลี่ยนเรียนรู้ได้ทุกระยะ และผู้วิจัยได้รับฟังปัญหาหาแนวทางที่เกิดขึ้นร่วมแก้ไขปัญหา จึงทำให้ผลความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก ถึงมากที่สุด

สรุปผลและข้อเสนอแนะ

การให้ความรู้ การสาธิต การปฏิบัติและการสาธิตย้อนกลับ ทำให้การจำแนกประเภทผู้ป่วยใน มีความถูกต้องมากขึ้น ทั้งนี้ต้องมีการให้ความรู้และมีการฝึกปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง จะทำให้สามารถจำแนกประเภทผู้ป่วยในได้ถูกต้อง ส่งผลให้การดูแลผู้ป่วยเป็นไปตามมาตรฐาน และการจัดอัตรากำลังตามภาระงานมีความเหมาะสม

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิ ทีมพยาบาล โรงพยาบาลแม่สอด ขอขอบคุณกลุ่มงานวิจัยและพัฒนาการพยาบาล โรงพยาบาลแม่สอด ที่ให้คำแนะนำการวิจัย และขอขอบคุณหัวหน้าพยาบาล ผู้อำนวยการโรงพยาบาลแม่สอด ที่สนับสนุนการวิจัยโรงพยาบาลแม่สอด จังหวัดตาก ที่ทำให้วิจัยนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. ทวีชิตยา มาลัยกรอง. การพัฒนาความเที่ยงในการจำแนกประเภทผู้ป่วย งานบริการผู้ป่วยในกลุ่มการพยาบาล สกลนคร.วารสารกองการพยาบาล. 2553;37:97-107.
2. อมรรัตน์ ศรีอำไพวารภรณ์. ความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติต่อการจำแนกประเภทของผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี.วารสารการพยาบาล สุขภาพ และการศึกษา. 4:29-38
3. ทีมผู้บริหารทางการพยาบาล โรงพยาบาลแม่สอด. คู่มือการแบ่งประเภทผู้ป่วย. กลุ่มการพยาบาลโรงพยาบาลแม่สอด 2556(ฉบับปรับปรุง);1:3-19
4. ธนพร แยม์สุตา,สุภาพร ศรีวัชรกุล,เกษิณี เอกศาสตร์. การจัดอัตรากำลังบุคลากรทางการพยาบาล ตามความต้องการการพยาบาลของผู้ป่วยใน : โรงพยาบาลในสังกัดกรมแพทย์ทหารเรือ.วารสารพยาบาลทหารบก. 2555;3:72-80
5. พนิดา เขตอริยกุล. การจัดอัตรากำลังบุคลากรพยาบาล ตามระบบการจำแนกประเภทผู้ป่วยใน หอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลขามสะแกแสง จังหวัดนครราชสีมา:2011;
6. Fagerström L, Rainio AK, Rauhala A, Nojonen K. Validation of a new method for patient classification, the Oulu Patient Classification. Journal of nursing Administration. 2000;31(2):481-90.
7. Giovanneti P, Mayer G. Building confidence in patient classification system. Nursing Management. 2014;15(2): 31-4.



8. Jéssica Azevedo Guardalupe .omparison of patient classification systems for dimensioning nursing staff. Rev Esc Enferm USP. 2023. Available from : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37703470/>
9. Johnson K. A practical approach to patientclassification. Nursing Management. 2008;15(6):39-46.
10. Yukyung Ko. Integrative literature review of patient classification tools for nursing intensity evaluation: Focusing on comparison of South Korean and international tools. Nursing Open published. 2021;85:2105-16.
11. Kanokorn Srisomphan, Bangorn Sirisakulpaisarn, Suparpit von Bormann. Peer-assisted learning strategy in return-demonstration exam for mechanism of labor. JOURNAL OF HEALTH SCIENCE RESEARCH V. 2017; 11(2):138-46.
12. เบญญาภา วิถีมาพงษ์. การรับรู้ของนักศึกษาพยาบาลต่อการสอนโดยใช้สื่อวีดิทัศน์เรื่องการคุมกำเนิด. วารสารมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์. 2565;42:23-33.
13. พัชรชาติ อินลวง. ประสิทธิภาพของโปรแกรมการให้ความรู้และการฝึกทักษะต่อความรู้เรื่องโรคมะเร็งเต้านม ทักษะในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง และความพึงพอใจของบุคลากรสตรีสายสนับสนุนในโรงพยาบาลทั่วไป. ราชวิทยาลัยพยาบาลสาร. 2566; 29: 101-16.
14. วารุณี คำวรรณ. ผลของโปรแกรมส่งเสริมการประเมินมาตรฐานวัดกลาสโกวโคมาและการตอบสนองของรู่مانةตาในผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมอง. วารสารโรงพยาบาลกำแพงเพชร. 2566; 27:42-53.
15. ชมสุภักดิ์ ครุฑทะ. ผลของการใช้โปรแกรมการพัฒนาทักษะการทาวิจัยต่อความสามารถในการทำวิจัยและความพึงพอใจของอาจารย์มหาวิทยาลัยรามคำแหง. วารสารวารสารสหวิทยาการวิจัย. 2562;8:280-8.

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 พร้อมพร้อมระบุตัวย่อของวุฒิการศึกษาสูงสุดภาษาอังกฤษ

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 ถ้าผลไม่ซับซ้อนไม่มีตัวเลขมากบรรยายเป็นร้อยแก้ว 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

- **ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล**

เขียนเรียงลำดับตามความสำคัญของปัญหา ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลต้องเป็นสิ่งที่ถูกวิเคราะห์มาจากปัญหาเฉพาะของผู้ป่วยที่ศึกษา โดยมีข้อมูลสนับสนุน วัตถุประสงค์การพยาบาล เกณฑ์การประเมินผล กิจกรรมการพยาบาลที่ให้ในกรณีศึกษา และประเมินผลการพยาบาล

- **สรุปกรณีศึกษา**

เป็นการสรุปกรณีศึกษาที่สำคัญ 1 ย่อหน้า เพื่อให้เห็นภาพรวมทั้งหมดตั้งแต่อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล ระยะเวลาที่ทำกรณีศึกษา ปัญหาทางการพยาบาลที่สำคัญ ผู้ศึกษาให้การพยาบาลที่สำคัญอะไรบ้าง และการประเมินผลการพยาบาล

- **วิจารณ์และข้อเสนอแนะ**

อธิบายสาเหตุสำคัญของการเกิดปัญหา หรือหลุมพราง (pitfall) ที่พบจากการศึกษาเฉพาะกรณีนี้ และข้อแนะนำในการให้การพยาบาลที่จะนำไปใช้ในผู้ป่วยรายอื่น ๆ ต่อไป

- **สรุป**

ให้สรุปโรคที่ศึกษาที่สัมพันธ์กับทฤษฎี

- **เอกสารอ้างอิง**

ดูในหัวข้อการเขียนเอกสารอ้างอิง

การเขียนเอกสารอ้างอิง

การเขียนรายการอ้างอิงตามรูปแบบแวนคูเวอร์ (Vancouver Style) เป็นรูปแบบการเขียนรายการอ้างอิงสำหรับสาขาวิชาวิทยาศาสตร์การแพทย์ โดยการอ้างอิงประกอบด้วย 2 แบบ คือ การอ้างอิงในเนื้อหา และการอ้างอิงท้ายบทความ

1. การอ้างอิงในเนื้อหา ใช้การอ้างอิงระบบลำดับหมายเลข โดย 1. ระบุหมายเลขเรียงลำดับกันไปที่ทำข้อความหรือชื่อบุคคลที่ใช้อ้างอิงเริ่มจากหมายเลข 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 ประชารัฐ, 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 อชานานภาพ. 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, Chievas 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 ฤทธิธรรมย์, บรรณาธิการ. กรุงเทพฯ: ภาพพิมพ์; 2553.
2. บาเบอร์ ทีเอฟ, อิกกินส์-บิตเติล เจซี. การบำบัดแบบสั้นสำหรับผู้ตีพิมพ์แบบเสี่ยงและผู้ตีพิมพ์แบบอันตราย: คู่มือสำหรับสถานพยาบาลปฐมภูมิ. พันธุ์ภา กิตติรัตนไพบูลย์, บรรณาธิการ, ศิลปะกิจ, 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

