



วารสาร โรงพยาบาลกำแพงเพชร

ปีที่ 27 (ฉบับพิเศษ) เดือนตุลาคม 2566



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



วิจารณ์
โรงพยาบาลกำแพงเพชร

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

หัวหน้าฝ่ายวิจัยไวรัสวิทยากำแพงเพชร
นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
เภสัชกรชำนาญการ

ฝ่ายศิลปกรรม

นางทิพวรรณ นิลคล้าย
นางสาวอุษา หงษ์ยนต์

เจ้าพนักงานโสตทัศนศึกษาชำนาญงาน
เจ้าพนักงานโสตทัศนศึกษาปฏิบัติงาน

ฝ่ายจัดการวารสาร

นางสาวอาภากร เอ็มโอฐ
นางบังอร ทิวรัตน์อังกูร
นางสาวรัชติกาต แสงเมธ

บรรณารักษ์ปฏิบัติการ
นักวิเคราะห์นโยบายและแผน
พนักงานห้องสมุด

การส่งต้นฉบับ

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

กำหนดออกวารสาร

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

บรรณาธิการกลอง

วารสารโรงพยาบาลกำแพงเพชร ได้เพิ่มฉบับพิเศษ เพื่อเผยแพร่ผลงานวิชาการประเภทกรณีศึกษา ของพยาบาลวิชาชีพ ระดับชำนาญการ ซึ่งเป็นผลงานที่แสดงถึงความรู้ ความสามารถในการประเมินชั้นระดับชำนาญการพิเศษ ซึ่งกองบรรณาธิการ มีความเห็นว่าบทความดังกล่าวจะเป็นประโยชน์อย่างยิ่งต่อผู้อ่านในสายวิชาชีพพยาบาล และวิชาชีพอื่นที่เกี่ยวข้อง

วารสารโรงพยาบาลกำแพงเพชรฉบับนี้ ปีที่ 27 (ฉบับพิเศษ) เดือนตุลาคม 2566 เป็นฉบับที่มีพยาบาลวิชาชีพส่งผลงานกรณีศึกษา มาตีพิมพ์เผยแพร่ จำนวน 20 บทความ ซึ่งกองบรรณาธิการ ดำเนินการพัฒนาในเรื่องความเข้มข้นของเนื้อหา การปรับรูปแบบในจัดพิมพ์ และความตรงเวลาในการออกรูปเล่ม ขอขอบคุณผู้ส่งผลงาน ที่ให้ความสนใจส่งผลงานมาตีพิมพ์ และขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่สละเวลาอันมีค่าในการประเมินผลงาน เพื่อให้วารสารมีคุณภาพที่ดียิ่งขึ้น และหวังเป็นอย่างว่าจะมีประโยชน์กับผู้อ่านทุกท่าน ในการประยุกต์ใช้เป็นแนวทางในการทำผลงานวิชาการ และการปฏิบัติงานต่อไป

บรรณาธิการ

วารสารโรงพยาบาลกำแพงเพชร

บรรณาธิการแถลง

กรณีศึกษา (case study)

- การพยาบาลผู้ป่วยโรคอ้วนที่ได้รับการระงับความรู้สึกทั่วร่างกายที่ผ่าตัดใส่เหล็กตามกระดูกแขนส่วนล่าง :
กรณีศึกษา = Nursing Care for Obese Patients receiving General Anesthesia For Open
reduction and Internal Fixation of Radial Bone : A Case Study / กนกวรรณ ขุนทอง _____ 1
- การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บหน้าอกรุนแรงขณะตรวจสมรรถภาพหัวใจด้วยการเดินสายพานเลื่อน :
กรณีศึกษา = Nursing management for individuals experiencing severe angina pectoris
during the evaluation of a treadmill exercise stress test : A case study / กัลยา จิตินันท์เมือง _____ 12
- การพยาบาลทารกแรกเกิดที่มีภาวะความดันเลือดในปอดสูง : กรณีศึกษา = Nursing care Persistent
Pulmonary Hypertension of the Newborn : A Case Study / จันทรัตน์ ศรีภูริทัต _____ 23
- การพยาบาลผู้คลอดที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ : กรณีศึกษา = Nursing care of pregnant women
in labour with Gestational Diabetes Mellitus : A case study / จิตถวิล จันทราบุญ _____ 34
- การพยาบาลผู้คลอดที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอดร่วมกับภาวะช็อก : กรณีศึกษา = Nursing care of postpartum
hemorrhage with shock : A case study / นงนุช จันทร์พุด _____ 46
- การพยาบาลผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะที่ 5 ในผู้ป่วยเอชไอวี : กรณีศึกษา = Nursing Care for Chronic Kidney Disease
Stage 5 in HIV patients : A Case Study / นพมาศ ศรีเทียม _____ 58
- การพยาบาลผู้คลอดที่มีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ชนิดรุนแรง : กรณีศึกษา = Nursing care for
pregnant women with severe hypertension during Childbirth :A case study /
พิกุลทอง ทิพย์พิมพ์วงศ์ _____ 70
- การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน : กรณีศึกษา = Nursing care for stroke patients
in the acute phase : A case study / ละออ แสงเมล์ _____ 82
- การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดนิ่วในไตชนิดเขากวางโดยการเจาะรูส่งกล้องผ่านผิวหนังภายใต้การระงับความรู้สึก
แบบทั่วร่างกาย : กรณีศึกษา = Anesthetic Nursing Care for Staghorn renal calculi in Patients
under General anesthesia for PCNL : A case study / วริณร่ำไพ นันทวงษ์ _____ 92
- การพยาบาลผู้บาดเจ็บกระดูกเชิงกรานหักที่มีภาวะช็อกจากการสูญเสียเลือด : กรณีศึกษา = Nursing care of patients
with fracture pelvic with hemorrhagic shock : A case study / วลัย เมืองมา _____ 105

กรณีศึกษา (case study)

- การพยาบาลระยะฝากครรภ์ในหญิงตั้งครรภ์แฝดที่มีความเสี่ยงต่อภาวะครรภ์เป็นพิษ: กรณีศึกษา = Antenatal care in twin pregnant women at risk for preeclampsia : case study / สุจิตรา เตโชเสนีย์นนท์ _____ 116
- การพยาบาลผู้ป่วยโรคข้ออักเสบติดเชื้อและมีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด : กรณีศึกษา = Nursing care of patients with septic arthritis and Septicemia : A case study / สุพัตรา แสงประภากร _____ 127
- การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกายในการผ่าตัดเนื้องอกเยื่อหุ้มสมอง : กรณีศึกษา = Nursing Care Of Patient who Receiving General Anesthesia For Craniotomy-surgery in Removal Tumor Meningioma : A Case Study / สุวารีย์ อยุ่ยอด _____ 139
- การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเนื้องอกเส้นประสาทหูโดยการเปิดกะโหลกศีรษะ : กรณีศึกษา = Nursing care of Vestibular schwannoma with Suboccipital Craniotomy : A case study / อรุมา นันทมิตร _____ 150
- การพยาบาลผู้ป่วยโรคกระเพาะอาหารและลำไส้เล็กอักเสบร่วมกับมีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด : กรณีศึกษา = Nursing care of patients with gastroenteritis and septic shock : A case study / อลิสา ขำศิริ _____ 162
- การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI : กรณีศึกษา = Nursing care of patient with acute ST-elevation myocardial infarction : A case study / อุเทน ลิงขาลี _____ 175
- การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกายในการผ่าตัดไตออกผ่านกล้อง : กรณีศึกษา = Nursing care of Patient undergoing General Anesthesia for Laparoscopic Nephrectomy : A case study / พนิดา พุทธิรักษา _____ 186
- การพยาบาลผู้คลอดที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ร่วมกับคลอดทารกมีความผิดปกติแต่กำเนิด : กรณีศึกษา = Nursing care gestational diabetes mellitus and congenital malformation : A case study / ดวงจันทร์ บุราณ _____ 196
- การพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด : กรณีศึกษา = Nursing Care for Patients with Urinary Tract Infections Presenting with Septic Shock : A Case Study / ลูกน้ำ ศรีปราชญ์ _____ 207
- การพยาบาลผู้คลอดที่มีภาวะความดันโลหิตสูงชนิดรุนแรง : กรณีศึกษา = Nursing care of pregnant women with severe pre – eclampsia : A case study / ทิพย์รัตน์ อุดมสุข _____ 217

คำแนะนำสำหรับผู้พิมพ์



Nursing Care for Obese Patients receiving General Anesthesia For Open reduction and Internal Fixation of Radial Bone : A Case Study

Kanokwan Khuntong, B.N.S.*

Abstract

Introduction : Currently, Obesity rates have been increasing in Thailand over the years. Obesity is associated with various physiologic change and increases the risk of anesthesia related complications. When obese patients require surgery and Anesthesia, they are higher risk for developing various complications compared to patients with normal body weight. The rate of morbidity and mortality is strongly correlated with the more body weight. Therefore, the anesthetic nurses should have the necessary skills, knowledge, and experience in nursing care to ensure the safety of patients and prevent further complications.

Objectives : To provide Anesthetic guidance on nursing care for obese patients receiving General Anesthesia For Open reduction and Internal Fixation of Radial Bone

Case Study : A 30-year-old Thai female patient was admitted in hospital with a motorcycle accident two months ago she had a closed fracture in radial bone. She was put on a cast, but the bone did not heal. so, she was scheduled for surgery to Open reduction and Internal Fixation of Radial Bone. The physical status was class 3 from Morbid obesity and HIV infection. Preoperative assessments revealed minor abnormalities in blood tests and electrolyte levels. Her CD4 count was normal, and ECG and chest X-rays were unremarkable. The patient had General anesthesia with endotracheal tube with controlled ventilation, standard ASA monitoring and intake-output. The duration of surgery was 1 hours 15 min. She had minimal blood loss. After the operation, the patient was extubated and observed in the recovery room, for complications. she was transferred to a general ward. The patient's nursing care focused on three phases: preoperative, intraoperative, and postoperative phases. Preoperatively, the patient was anxiety and fear for the surgery and Anesthesia. Intraoperatively, she was high risk for difficult intubation, aspiration, rapid desaturation, delayed emergence from anesthesia, and postoperative hypoxemia. Postoperatively, the patient was high risk for desaturation and post operative pain. Two day after the operation, the patient's pain was declined, her surgical wound was healed, and discharged in three day after the operation, and schedule for follow up in one month.

Conclusion : The patient was safety from surgery and anesthesia, demonstrating the importance of nursing care on various stages: preoperative, intraoperative, and postoperative. Obese patients are increased the risk of morbidity and mortality during anesthesia. Therefore, anesthetic nurses should have the necessary skills, knowledge, and expertise in preoperative evaluation, prepare equipment for anesthesia, and ensure the patient safety during surgery.

Keywords : Nursing Care for Obese Patients receiving General Anesthesia, Open reduction and Internal Fixation of Radial Bone

* Nurse Anesthetist, Department of Anesthesiology, Kamphaeng Phet Hospital

การพยาบาลผู้ป่วยโรคอ้วนที่ได้รับการระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย ที่ผ่าตัดใส่เหล็กตามกระดูกแขนส่วนล่าง : กรณีศึกษา

กนกวรรณ ขุนทอง, พย.บ.*

บทคัดย่อ

บทนำ : ปัจจุบันประเทศไทยมีผู้ป่วยโรคอ้วนเพิ่มมากขึ้นในทุกปี ภาวะอ้วนมีความสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายหลายระบบ และทำให้เพิ่มความเสี่ยงในการระงับความรู้สึก เมื่อผู้ป่วยโรคอ้วนเกิดการเจ็บป่วยที่ต้องรับการผ่าตัดและจำเป็นต้องได้รับการระงับความรู้สึกจะมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ มากกว่าผู้ป่วยที่น้ำหนักตัวปกติอัตราการเจ็บป่วยและอัตราการตายจะเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว และเพิ่มสูงขึ้นสัมพันธ์กับน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นด้วย วิทยาลัยพยาบาลจึงควรมีทักษะความรู้ความชำนาญโดยการนำการพยาบาลมาประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยไม่มีภาวะแทรกซ้อน

วัตถุประสงค์ : เพื่อเป็นแนวทางในการพยาบาลผู้ป่วยโรคอ้วนที่ได้รับการระงับความรู้สึกทั่วร่างกายที่ผ่าตัดใส่เหล็กตามกระดูกแขนส่วนล่าง

กรณีศึกษา : ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 30 ปี มาโรงพยาบาลด้วย 2 เดือนก่อนมา ชี้อายุครรภ์ปกติ ภาวะอ้วน ภาวะอ้วนมีความสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายส่วนล่างหักแบบปิด รักษาโดยการใส่เฝือกอ่อนที่โรงพยาบาล จากนั้นมาตรวจตามนัดกระดูกยังไม่ติด แพทย์จึงนัดให้มานอนโรงพยาบาลเพื่อทำการผ่าตัดใส่เหล็กยึดตรึงกระดูกแขนส่วนล่างแบบเปิด ประเมินความเสี่ยงทางวิสัญญีวิทยา ผู้ป่วยจัดอยู่ในความเสี่ยงต่อการผ่าตัดระดับ 3 (Physical status class 3) จากภาวะโรคอ้วนรุนแรง (Morbid obesity) และ โรค HIV ผลการตรวจประเมินร่างกายก่อนการผ่าตัด ผลเลือดพบเกลือแร่ในร่างกายผิดปกติเล็กน้อยแพทย์ยอมรับได้ ค่า CD4 ปกติ คลื่นไฟฟ้าหัวใจและภาพถ่ายรังสีทรวงอกปกติ ผู้ป่วยได้รับการระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย ติดตามการเปลี่ยนแปลงของสัญญาณชีพ ประเมินสารน้ำเข้า-ออก ติดตามการทำงานของเครื่องช่วยหายใจ การผ่าตัดใช้เวลา 1.15 ชั่วโมง ขณะผ่าตัดเสียเลือดทั้งหมด 10 cc หลังเสร็จการผ่าตัดประเมินอาการ สามารถถอดท่อช่วยหายใจได้ ได้รับการดูแลหลังการระงับความรู้สึกในห้องพักฟื้นเมื่อครบเกณฑ์ออกจากห้องพักฟื้นส่งอาการกับพยาบาลที่หอผู้ป่วยแล้วส่งกลับหอผู้ป่วย ปัญหาทางการพยาบาลที่ต้องให้ความสำคัญ แบ่งออกเป็น 3 ระยะ คือ ระยะเตรียมตัวก่อนผ่าตัด ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลกลัวการผ่าตัด และการระงับความรู้สึก ระยะระหว่างผ่าตัดผู้ป่วยมีภาวะเสี่ยงต่อการใส่ท่อช่วยหายใจยาก และสาลักน้ำย่อยเข้าปอด มีภาวะเสี่ยงต่อการขาดออกซิเจน มีภาวะเสี่ยงต่อการตื่นจากการระงับความรู้สึกช้า และระยะหลังผ่าตัดผู้ป่วยมีภาวะเสี่ยงจากการหายใจไม่เพียงพอเป็นผลให้เกิดภาวะพร่องออกซิเจน มีภาวะไม่สุขสบายเนื่องจากปวดแผลผ่าตัด หลังการผ่าตัดวันที่ 2 ผู้ป่วยปวดแผลน้อยลง แผลผ่าตัดแห้งดี แพทย์จึงจำหน่ายกลับบ้านและนัดติดตามอาการแบบผู้ป่วยนอก 1 เดือน รวมวันนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล 3 วัน

สรุปผลกรณีศึกษา : ผู้ป่วยปลอดภัยจากการผ่าตัดและการให้ยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย ทั้งระยะก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด และหลังผ่าตัด ผู้ป่วยโรคอ้วนเพิ่มความเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ เพิ่มมากขึ้นเมื่อได้รับการระงับความรู้สึก วิทยาลัยพยาบาลต้องมีทักษะ ความรู้ ความชำนาญในการประเมินความพร้อมของผู้ป่วย มีการเตรียมอุปกรณ์ในการระงับความรู้สึกได้อย่างเหมาะสม เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน และการเสียชีวิตจากการผ่าตัดได้

คำสำคัญ : การพยาบาลผู้ป่วยโรคอ้วนที่ได้รับการระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย การผ่าตัดใส่เหล็กตามกระดูกแขนส่วนล่าง

*วิทยาลัยพยาบาล กลุ่มงานการพยาบาลวิสัญญี โรงพยาบาลกำแพงเพชร

บทนำ

โรคอ้วน คือ ภาวะที่ร่างกายมีไขมันสะสมมากผิดปกติ จนทำให้น้ำหนักของร่างกายมากเกินไปกว่าปกติที่ควรจะเป็น ส่งผลเสียต่อสุขภาพ องค์การอนามัยโลกใช้ค่าดัชนีมวลกาย (Body Mass Index : BMI) ในการแบ่งผู้ที่มีน้ำหนักเกินและโรคอ้วน ซึ่งคำนวณจากน้ำหนักตัวหารด้วยส่วนสูงเป็นเมตรยกกำลังสอง (kg/m^2) โดยภาวะน้ำหนักเกิน จะมีค่าดัชนีมวลกาย 25-29.9 kg/m^2 ภาวะอ้วนหรือโรคอ้วน มีค่าดัชนีมวลกายมากกว่า 30 kg/m^2 ขึ้นไป¹ และผู้ป่วยที่มีค่าดัชนีมวลกายมากกว่า 35 kg/m^2 ถือเป็นผู้ป่วยโรคอ้วนมาก กรมอนามัยกระทรวงสาธารณสุขระบุว่าความชุกของโรคอ้วนในผู้ใหญ่ปี 2565 อยู่ที่ 48.7% เพิ่มขึ้นจาก ปี 2559 ซึ่งอยู่ที่ 34.7% สอดคล้องกับสำนักโภชนาการปี 2563 ที่พบว่าความชุกของภาวะอ้วนในผู้หญิงอยู่ที่ 46.4% และผู้ชาย 37.8% เพิ่มขึ้นจากปี 2557 ที่มีความชุกเพียง 41.8% และ 32.9%²

ผู้ป่วยโรคอ้วนมีการเปลี่ยนแปลงทางพยาธิสรีระวิทยา และเภสัชจลศาสตร์ที่เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนไม่พึงประสงค์ ในการระงับความรู้สึกมากกว่าผู้ป่วยน้ำหนักปกติ เนื่องจากไขมันที่สะสมบริเวณลำตัวและช่องท้อง ทำให้ความยืดหยุ่นของผนังทรวงอกลดลง การขยายตัวและความจุปอดลดลง ส่งผลให้ออกซิเจนในเลือดลดลงอย่างรวดเร็วเมื่อขาดออกซิเจนในขณะผู้ป่วยหยุดหายใจหรือในขณะที่จะใส่ท่อช่วยหายใจได้ง่ายกว่าผู้ที่มีน้ำหนักตัวปกติ³ ไขมันที่สะสมใต้คาง ไบหน้า และลำคอ ทำให้การอำปาก การก้ม และเงยคอ มีข้อจำกัด รวมถึงแก้มโต ลิ้นใหญ่ และเนื้อเยื่อในปากมีความหนา ส่งผลให้การช่วยหายใจผ่านทางหน้ากาก และใส่ท่อช่วยหายใจยากขึ้นเมื่อเทียบกับคนปกติ⁴ ผู้ป่วยโรคอ้วนที่มีค่าดัชนีมวลกายมากกว่า 46 kg/m^2 มีอัตราเสี่ยงต่อการใส่ท่อช่วยหายใจยากร้อยละ 13 ผู้ป่วยโรคอ้วนที่มีค่าดัชนีมวลกายมากกว่า 35 kg/m^2 มีภาวะหยุดหายใจขณะหลับจากการอุดกั้นรุนแรงเพิ่มขึ้นอีก 10-20%⁵ ทำให้มีโอกาสต้องรักษาตัวภายหลังการผ่าตัดในหอผู้ป่วยวิกฤตมากกว่าผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะหยุดหายใจขณะหลับจากการอุดกั้น 2-4 เท่า⁶ ผู้ป่วยโรคอ้วนมีความดันสูงขึ้น หัวใจทำงานหนักทำให้เกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด และภาวะหัวใจล้มเหลวได้ กลไกการแข็งตัวของเลือดผิดปกติเสี่ยงต่อภาวะลิ่มเลือดอุดตันหลอดเลือดดำ และโรคลิ่มเลือดอุดตันในปอด จนเป็นสาเหตุให้เสียชีวิตได้เร็วที่สุด⁴ ผู้ป่วยโรคอ้วนจะมีขนาดและความจุกระเพาะอาหารเพิ่มขึ้น ของเหลือค้างมากขึ้น และใช้เวลาดูดซึมนานขึ้น ทำให้เสี่ยงสูงต่อการสูดสำลักลงปอด⁷ ไขมันที่เพิ่มขึ้นทำให้ยาที่ละลายในไขมันได้ดีจะมีการกระจายยาสูง ยาสะสมในไขมันมากขึ้น ทำให้เมื่อยาเข้าไปสะสมในไขมันแล้ว การกำจัดยา และออกฤทธิ์จะนานขึ้น ทำให้ผู้ป่วยฟื้นจากยาดมสลบช้ากว่าผู้ป่วยปกติ⁴

การระงับความรู้สึกในผู้ป่วยโรคอ้วนสามารถทำได้หลายวิธี ได้แก่ การให้ยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย การให้ยาระงับความรู้สึกเฉพาะส่วน การบริหารยาชาเฉพาะที่ และการเผาระวังผู้ป่วยขณะทำผ่าตัด ซึ่งการเลือกวิธีการระงับความรู้สึกในผู้ป่วยโรคอ้วนจะขึ้นกับชนิดของการผ่าตัด และต้องมีผลต่อผู้ป่วยโรคอ้วนในระยะหลังผ่าตัดน้อยที่สุด⁸ ซึ่งในการผ่าตัดใส่เหล็กตามกระดูกแขนส่วนล่างนั้น วิสัญญีแพทย์เลือกใช้วิธีการระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย คือ ทำให้ผู้ป่วยหมดสติ ไม่รู้สึกตัว ปราศจากความเจ็บปวด ไม่สามารถจำเหตุการณ์ในระหว่างผ่าตัดได้ โดยการให้ยาระงับความรู้สึกทางหลอดเลือดดำ หรือการสูดดมยาสลบเข้าทางระบบทางเดินหายใจ

จากข้อมูลสถิติของโรงพยาบาลกำแพงเพชร ปี 2564, 2565, 2566 ในแผนกวิสัญญี มีผู้ป่วยโรคอ้วนที่มารับบริการผ่าตัด และได้รับการระงับความรู้สึกเป็นจำนวน 452, 586, 1,054 ตามลำดับ⁹ ซึ่งจะเห็นได้ว่าแนวโน้มจำนวนผู้ป่วยโรคอ้วนที่มารับบริการนั้นมีจำนวนเพิ่มมากขึ้น การระงับความรู้สึกผู้ป่วยโรคอ้วนเพิ่มความเสี่ยง และภาวะแทรกซ้อนมากขึ้นจากคนปกติ ดังที่กล่าวมา การเตรียมความพร้อมในการให้ยาระงับความรู้สึกผู้ป่วยโรคอ้วนเพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย ไม่มีภาวะแทรกซ้อนจึงเป็นเรื่องสำคัญเป็นอย่างมาก การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นแนวทางในการพยาบาลผู้ป่วยโรคอ้วนที่ได้รับการระงับความรู้สึกทั่วร่างกายที่ผ่าตัดใส่เหล็กตามกระดูกแขนส่วนล่าง

กรณีศึกษา

ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 30 ปี สัญชาติไทย ศาสนาพุทธ

อาการสำคัญ

แพทย์นัดให้มานอนโรงพยาบาลเพื่อทำการผ่าตัดใส่เหล็กตามกระดูกแขนส่วนล่าง

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน

2 เดือนก่อนมาโรงพยาบาล ชี้อัจฉริยะยานยนต์ชนบทรถยนต์ กระดูกแขนซ้ายท่อนล่างหัก รักษาโดยการใส่เฝือกอ่อนที่โรงพยาบาล จากนั้นมาตรวจตามนัดกระดูกยังไม่ติด แพทย์จึงนัดให้มานอนโรงพยาบาลเพื่อทำการผ่าตัดใส่เหล็กตามกระดูกแขนส่วนล่าง

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต

HIV 5 ปี รักษาต่อเนื่องโรงพยาบาลลานกระบือ สามารถควบคุมความรุนแรงของโรคให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้ ปฏิเสธการแพ้ยาและสารเคมี ไม่มีประวัติดื่มเหล้าหรือสูบบุหรี่

การประเมินสภาพร่างกายตามระบบ

รูปร่างทั่วไป : ลักษณะรูปร่างอ้วนลงพุง น้ำหนัก 162 กิโลกรัม ส่วนสูง 174 เซนติเมตร ค่าดัชนีมวลกาย 53.5 กก./ม²

สัญญาณชีพ : อุณหภูมิกาย 36.9 องศาเซลเซียส ชีพจร 103 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที

ความดันโลหิต 144/82 มิลลิเมตรปรอท ค่าความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือด 97%

ผิวหนัง : ผิวขาวเหลือง ไม่ซีด ไม่มีอาการบวม ไม่มีบาดแผล

ศีรษะและใบหน้า : ศีรษะใบหน้ารูปทรงปกติ คอสั้น มีไขมันสะสมบริเวณลำคอมาก ผมหัน

ตา : ตาเท่ากันทั้งสองข้าง เปลือกตาชมพู การมองเห็นปกติ pupil 3 mm RTL BE

ทรวงอกและระบบทางเดินหายใจ : รูปร่างทรวงอกปกติมีไขมันสะสมมาก การเคลื่อนไหวของทรวงอกเท่ากันทั้งสองข้าง ฟังปอดได้ยินเสียงลมเท่ากันทั้งสองข้าง หายใจสม่ำเสมอ

ระบบหัวใจและหลอดเลือด : อัตราการเต้นของหัวใจ 103 ครั้ง/นาที เต้นสม่ำเสมอ ฟังเสียงหัวใจปกติ เส้นเลือดดำที่คอไม่โป่งพอง ค่าความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือด 97%

ระบบทางเดินอาหารและท้อง : รูปร่างท้องมีภาวะไขมันสะสมที่ท้อง การขับถ่ายปกติ

ระบบกระดูกกล้ามเนื้อ : กล้ามเนื้อแขนขาปกติ แขนขาใหญ่มีไขมันสะสม แขนซ้ายท่อนล่างใส่เฝือกอ่อน

ระบบประสาท : รู้สึกตัวดี Coma score E4V5M6

ระบบทางเดินปัสสาวะ : ปกติ ขับถ่ายปัสสาวะได้เอง

ระบบอวัยวะสืบพันธุ์ : เต้านมปกติ อวัยวะสืบพันธุ์ภายนอกปกติ

สภาพจิตใจ : สิ้นหวังวิตกกังวล บอกว่ากลัวการผ่าตัด

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

HEMATOLOGY CBC HGB 12.8 g/dL HCT 39.4 % PLT 271,000/uL BIOCHEMISTRY BUN 11 mg/DI

Creatinine 1.20 mg/dL eGFR 61 ml2min/1.73*2 Sodium 134 mmol/L Potassium 4.0 mmol/L CL103 mmol/L

CD4 1112 cell/uL EKG : NSR, No STT change CXR: WNL

การวินิจฉัยโรค : Close fracture both bone left forearm

การผ่าตัด : ORIF with small DCP radius ulna

การดำเนินของโรคขณะรับไว้ดูแล

13 กันยายน 2566 หอผู้ป่วยลงนัดผ่าตัดมานานแล้ว ผู้ป่วยจึงไม่ได้รับการเยี่ยมประเมินก่อนผ่าตัดล่วงหน้า 1 วัน ทัศนวิสัยแพทย์เวรดูประวัติใน Paperless ผลเอกซเรย์ปอดปกติ คลื่นไฟฟ้าหัวใจปกติ เคลื่อนไหวร่างกายต่ำเล็กน้อยแพทย์ยอมรับได้ น้ำหนัก 162 กิโลกรัม ค่าดัชนีมวลกาย 53.5 กก./ม² มีประวัติเป็น HIV ค่า CD4 ปกติ

14 กันยายน 2566 เวลา 08.30 น. ประสานห้องผ่าตัดเมื่อถึงคิวผ่าตัดของผู้ป่วยให้รับมาก่อนเวลา 30-45 นาที เพื่อประเมินสภาพผู้ป่วย 14.45 น. ผู้ป่วยมาถึงห้องรอผ่าตัด ทัศนวิสัยพยาบาลตรวจร่างกายและประเมินความพร้อมในการผ่าตัด ทำการซักประวัติ โดยเฉพาะการงดน้ำและอาหารก่อนมาผ่าตัด ลงนามยินยอมการรับภาระรับความรู้สึก ผู้ป่วยมีสีหน้าวิตกกังวลบอกกลัวการผ่าตัดและดมยาสลบเนื่องจากโรคอ้วนกลัวมีภาวะแทรกซ้อน สร้างสัมพันธภาพและอธิบายแบบแผนการรับความรู้สึกเพื่อลดความวิตกกังวล รายงานทัศนวิสัยแพทย์เพื่อประเมินความพร้อมผู้ป่วย ทัศนวิสัยแพทย์ดูอาการ มีคำสั่งให้เตรียมยาและอุปกรณ์ให้พร้อมเหมาะสมสำหรับผู้ป่วย

และขอปรึกษาวินิจฉัยแพทย์อีก 1 ท่าน ขอทีมวิสัญญีพยาบาลเพิ่มเพื่อช่วยในกรณีฉุกเฉิน 15.15 น. ผู้ป่วยเข้าห้องผ่าตัด monitor ผู้ป่วยด้วย EKG, Blood Pressure, SpO₂, ETCO₂ ดูความพร้อมของอุปกรณ์และทีมช่วยเหลือ ให้ผู้ป่วยสูดดมออกซิเจน ก่อน 5-10 นาที เวลา 15.25 น. เริ่มดำเนินการระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย ใส่ท่อช่วยหายใจด้วย Video laryngoscope ขณะผ่าตัด ปรับเครื่องช่วยหายใจให้มีปริมาตรที่เหมาะสมกับผู้ป่วย ปรับการช่วยหายใจโดยการใช้ค่าความดันบวกหลังสิ้นสุดการหายใจออก เพื่อช่วยเพิ่มระดับค่าออกซิเจนในเลือด สังเกตค่าความดันในทางเดินหายใจของผู้ป่วยตลอดระยะเวลาที่ผ่าตัดจนถึงเสร็จสิ้นการผ่าตัด ควบคุมการหายใจด้วยออกซิเจนความเข้มข้นสูง 50 เปอร์เซ็นต์ขึ้นไป สังเกตการเปลี่ยนแปลงของสัญญาณชีพและค่าความอิ่มตัวของ ออกซิเจนในเลือดไม่ต่ำกว่า 95 เปอร์เซ็นต์ มีภาวะความดันโลหิตต่ำระหว่างผ่าตัด รายงานวิสัญญีแพทย์ให้ Ephedrine 6 mg ฉีดทางหลอดเลือดดำเวลา 15.35 น. และ 15.50 น. ให้ Paracetamol 1 gm หยอดทางหลอดเลือดดำก่อนเสร็จผ่าตัด 30 นาที การผ่าตัด ใช้เวลา 1.15 ชั่วโมง ขณะผ่าตัดเสียเลือดทั้งหมด 10 cc หลังเสร็จการผ่าตัดประเมินอาการ สามารถถอดท่อช่วยหายใจได้ ได้รับการ ดูแลหลังการระงับความรู้สึกในห้องพักฟื้น ขณะอยู่ห้องพักฟื้นเฝ้าระวังทางเดินหายใจออกดี ผู้ป่วยปวดแผลความปวดระดับ 6 ให้ Fentanyl 50 mcg ฉีดทางหลอดเลือดดำ บันทึกอาการ สัญญาณชีพ เวลา 17.40 น. เมื่อครบเกณฑ์ออกจากห้องพักฟื้นส่งอาการ กับพยาบาลที่หอบผู้ป่วยแล้วส่งกลับหอบผู้ป่วย

15 กันยายน 2566 ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่หอบผู้ป่วย ผู้ป่วยทุเลापวดแผล แผลผ่าตัดแห้งดี ไม่มีภาวะแทรกซ้อนหลัง ได้รับการระงับความรู้สึก หายใจได้ปกติ สัญญาณชีพปกติ

การวางแผนการพยาบาล

แบ่งได้ 3 ระยะ ได้แก่ การพยาบาลก่อนการระงับความรู้สึก การพยาบาลขณะระงับความรู้สึก และการพยาบาล หลังระงับความรู้สึก

ปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

ระยะก่อนการระงับความรู้สึก

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1 ผู้ป่วยมีความวิตกกังวล กลัวการผ่าตัดและการระงับความรู้สึก

ข้อมูลสนับสนุน

S : ผู้ป่วยบอกว่ากลัวการดมยาสลบ กลัวมีภาวะแทรกซ้อนและไม่ฟื้นจากยาสลบ

O : ผู้ป่วยมีสีหน้าแสดงความวิตกกังวล สีหน้าไม่สดชื่น

วัตถุประสงค์

1. เพื่อลดความวิตกกังวลของผู้ป่วย
2. เพื่อให้ผู้ป่วยมีความพร้อมทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยมีสีหน้าสดชื่นคลายความวิตกกังวล ให้ความร่วมมือในการผ่าตัด
2. ผู้ป่วยสามารถบอกวิธีปฏิบัติตัวก่อนและหลังได้รับการระงับความรู้สึกได้

กิจกรรมการพยาบาล

1. ตรวจเยี่ยมผู้ป่วยก่อนได้รับการระงับความรู้สึก สร้างสัมพันธภาพ ประเมินปัญหาและความเสี่ยงของผู้ป่วย เพื่อวางแผนการระงับความรู้สึกที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วย
2. อธิบายให้ผู้ป่วยทราบถึงการเตรียมตัวก่อนและหลังการระงับความรู้สึก ดังนี้
 - 2.1 ตรวจสอบการงดน้ำงดอาหารหลังเที่ยงคืนก่อนมาผ่าตัด เพื่อป้องกันการสำลักอาหารเข้าหลอดลม และปอด การให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ
 - 2.2 ตรวจสอบการถอดฟันปลอมและโลหะทุกชนิด เพื่อความปลอดภัยในการใช้อุปกรณ์ต่างๆ ในห้องผ่าตัด
 - 2.3 สอนการไออย่างมีประสิทธิภาพ โดยสูดหายใจเข้าลึกๆ แล้วกลืนไว้ และไอออกมาแรง ๆ จะทำให้สามารถไอเอาเสมหะออกได้ง่าย

3. อธิบายขั้นตอนการระงับความรู้สึกและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น ผู้ป่วยจะได้รับการระงับความรู้สึกทั่วร่างกายร่วมกับการใส่ท่อช่วยหายใจ หลังผ่าตัดอาจมีอาการเจ็บคอ คลื่นไส้ อาเจียน เวียนศีรษะในวันแรกหลังการระงับความรู้สึก อาการเหล่านี้จะค่อยๆ หายไปในวันต่อมา

4. สอนวิธีการประเมินความปวดด้วยตนเอง โดยใช้มาตราวัดความเจ็บปวดแบบตัวเลข อธิบายวิธี โดยให้คะแนนเป็นตัวเลข 0 - 10 (0 หมายถึงไม่ปวดเลย 10 หมายถึงปวดมากที่สุด) และแนะนำ เรื่องการขอยาบรรเทาปวดหลังผ่าตัด เมื่อเริ่มมีคะแนนระดับความปวดมากกว่า 3

5. อธิบายให้ทราบว่าจะได้รับการระงับความรู้สึกจะมีพยาบาลดูแลใกล้ชิดตลอดเวลา และเมื่อเสร็จการผ่าตัดจะออกมาอยู่ห้องพักฟื้น 1 ชั่วโมง เพื่อสังเกตอาการหลังได้รับการระงับความรู้สึกและอาการปวด เมื่อไม่มีภาวะแทรกซ้อนจึงส่งผู้ป่วยกลับไปดูแลต่อที่หอผู้ป่วย

6. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ซักถาม และตอบคำถามด้วยความนุ่มนวลเข้าใจง่าย รับฟังผู้ป่วยด้วยความเข้าใจ

การประเมินผล

1. ผู้ป่วยสามารถบอกการปฏิบัติตัวก่อนและหลังได้รับการระงับความรู้สึกได้
2. ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวล มีสีหน้าแจ่มใส ให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล

ระยะขณะระงับความรู้สึก

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2 ผู้ป่วยมีภาวะเสี่ยงต่อการใส่ท่อช่วยหายใจยากและสำลักน้ำย่อยเข้าปอด

ข้อมูลสนับสนุน

S : -

O : ผู้ป่วยน้ำหนัก 162 กิโลกรัม มีค่าดัชนีมวลกาย 53.5 กก./ม² รูปร่างอ้วนลงพุง ลิ้นใหญ่ คอสั้น มีไขมันสะสมใต้คาง และลำคอ แขนขาใหญ่ มีไขมันสะสมทั่วร่างกาย

O : ประเมินทางเดินหายใจ Mallampati grade 3

O : ผู้ป่วยโรคอ้วนมีความจุกะเพาะเพิ่มขึ้น อาหารเหลือค้างในกระเพาะมากขึ้น ใช้เวลาดูดซึมนานขึ้น

วัตถุประสงค์ สามารถใส่ท่อช่วยหายใจได้ และป้องกันการสำลักน้ำย่อยเข้าปอด

เกณฑ์การประเมินผล

1. ใส่ท่อช่วยหายใจได้อย่างราบรื่น ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน
2. ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดอยู่ในช่วง 95-100 เปอร์เซ็นต์
3. ฟังเสียงปอดไม่มีเสียงผิดปกติ

กิจกรรมการพยาบาล

1. ซักถามและตรวจสอบระยะเวลาการงดน้ำและอาหารให้ครบ 6 ชั่วโมง ก่อนให้ยาระงับความรู้สึก
2. เตรียมอุปกรณ์การใส่ท่อช่วยหายใจให้พร้อม เช่น อุปกรณ์ให้ออกซิเจน เครื่องดูดเสมหะ หน้ากากช่วยหายใจที่มีขนาดเหมาะสมกับผู้ป่วย ท่อช่วยหายใจขนาดต่างๆ ลวดสำหรับใส่ท่อช่วยหายใจ อุปกรณ์ช่วยหายใจเหนือกล่องเสียงขนาดที่เหมาะสมกับผู้ป่วย (LMA) วิดีโอสำหรับใส่ท่อช่วยหายใจ (Video laryngoscope)
3. อธิบายถึงโอกาสที่อาจต้องเปิดทางเดินหายใจผ่านท่อหลอดลมคอในกรณีฉุกเฉิน
4. เตรียมยาในการระงับความรู้สึกให้พร้อมใช้ เตรียมยาสำรองเผื่อในกรณีใส่ท่อช่วยหายใจยาก และเลือกยาที่มีฤทธิ์สั้น เช่น Propofol, Fentanyl, Cis-atracurium
5. ดูแลจัดท่า Ramp Position เพื่อช่วยในการใส่ท่อช่วยหายใจได้ง่ายขึ้น โดยใช้ผ้าหนุนใต้ไหล่และลำตัวส่วนบน โดยให้ตั้งหัวผู้ป่วยอยู่ในแนวเดียวกันกับกระดูก Sternum และขนานกับพื้นราบ
6. ดูแลให้ได้รับออกซิเจน 100 เปอร์เซ็นต์ก่อนการใส่ท่อช่วยหายใจ 5-10 นาที
7. หลังการนำสลบ ให้ช่วยหายใจผ่านทางหน้ากาก ตรวจสอบให้แน่ใจว่าสามารถช่วยหายใจผ่านทางหน้าอกได้ก่อนใส่ท่อช่วยหายใจ และให้ยาหย่อนกล้ามเนื้อ

8. ตรวจสอบตำแหน่งท่อช่วยหายใจโดยใช้หูฟัง ซึ่งจะได้ยินเสียงลมหายใจของปอดทั้งสองข้างเท่ากัน และจากการดู end tidal CO₂ ตั้งเครื่องช่วยหายใจให้ได้ปริมาตรเหมาะสมกับผู้ป่วย

การประเมินผล

ใส่ท่อช่วยหายใจได้ด้วย Video laryngoscope ใส่ได้ในครั้งแรก ค่าความอึดตัวของออกซิเจนในเลือดอยู่ที่ 98 เปอร์เซ็นต์ ฟังปอดไม่มีเสียงผิดปกติ

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 3 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อภาวะพร่องออกซิเจน

ข้อมูลสนับสนุน

S :-

○ : ผู้ป่วยเป็นโรคอ้วน น้ำหนัก 162 กิโลกรัม มีค่าดัชนีมวลกาย 53.5 กก./ม² ร่วมกับมีภาวะ OSA จากการประเมินการตรวจ STOP BANG เท่ากับ 3 ค่าความอึดตัวของออกซิเจนในเลือด เท่ากับ 97 เปอร์เซ็นต์

○ : มีการผลิตคาร์บอนไดออกไซด์ในร่างกายมากจากการสลายไขมัน ทำให้ร่างกายต้องการออกซิเจนมากขึ้น

○ : ภาวะโรคอ้วนทำให้ปอดมีพยาธิสภาพเปลี่ยนไป ทำให้ออกซิเจนสำรองในปอดลดลง เป็นผลให้ออกซิเจนในเลือดลดลงอย่างรวดเร็วหลังได้รับการระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย

○ : ผู้ป่วยได้รับยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกายและใส่ท่อช่วยหายใจ

วัตถุประสงค์ เพื่อให้ได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ

เกณฑ์การประเมินผล

1. สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ

2. ค่าความอึดตัวของออกซิเจนในเลือดไม่ต่ำกว่า 95 เปอร์เซ็นต์ ไม่มีอาการขาดออกซิเจน เช่นปลายมือปลายเท้าเขียว

กิจกรรมการพยาบาล

1. เตรียมหน้ากักช่วยหายใจที่มีขนาดเหมาะสม ให้ผู้ป่วยสูดดมออกซิเจน 100 เปอร์เซ็นต์ นาน 5-10 นาที ทางหน้ากักช่วยหายใจ
2. เตรียมอุปกรณ์ดูดเสมหะให้พร้อมใช้งาน ติดเครื่องวัดความอึดตัวของออกซิเจนในเลือด และเครื่องวัดคาร์บอนไดออกไซด์ในลมหายใจออกตลอดเวลา

3. ปรับเครื่องช่วยหายใจให้มีปริมาตรที่เหมาะสมกับผู้ป่วย ปรับการช่วยหายใจโดยใช้ค่าความดันบวกหลังสิ้นสุดการหายใจออก เพื่อช่วยเพิ่มระดับค่าออกซิเจนในเลือด สังเกตค่าความดันในทางเดินหายใจของผู้ป่วยตลอดระยะเวลาที่ผ่าตัดจนถึงเสร็จสิ้นการผ่าตัด

4. ควบคุมการหายใจด้วยออกซิเจนความเข้มข้นสูง 50 เปอร์เซ็นต์ขึ้นไป

5. ติดตามเฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลงของคลื่นไฟฟ้าหัวใจ ตรวจสอบเครื่องช่วยหายใจไม่ให้มีการหัก พับ งอ รื้อ และระมัดระวังข้อต่อต่างๆ ไม่ให้เกิดการหลุดขณะให้การพยาบาลหรือการปรับเปลี่ยนท่าระหว่างผ่าตัด

6. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนทางท่อช่วยหายใจอย่างต่อเนื่อง เนื่องจากขณะให้ยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย ผู้ป่วยไม่สามารถหายใจเองได้

7. สังเกตการเปลี่ยนแปลงของสัญญาณชีพ ค่าความอึดตัวของออกซิเจนในเลือดไม่ต่ำกว่า 95 เปอร์เซ็นต์

8. สังเกตเลือดที่ออกจากแผลผ่าตัด ริมฝีปาก สีเล็บ ผิวกาย ไม่มีสีคล้ำ

9. การถอดท่อหายใจควรถอดเมื่อผู้ป่วยตื่นดีแล้ว โดยดูจากผู้ป่วยสามารถ กำมือได้แน่น และยกศีรษะค้างได้นาน 5 วินาที ยกขาค้างได้นาน 10 วินาที การหายใจสม่ำเสมอ

การประเมินผล

1. ระยะนำสลบ และใส่ท่อช่วยหายใจราบรื่น ไม่มีภาวะเขียว หรือภาวะพร่องออกซิเจน ค่าความอึดตัวของออกซิเจนในเลือดระหว่างระงับความรู้สึก 96 - 98 เปอร์เซ็นต์ ค่าคาร์บอนไดออกไซด์ในลมหายใจออก 38-41 มิลลิเมตรปรอท

2. ความดันโลหิตอยู่ระหว่าง 100/60 - 150/90 มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นของหัวใจ 88-104 ครั้ง/นาที คลื่นไฟฟ้าหัวใจไม่มีการเปลี่ยนแปลงจากเดิม

3. หลังถอดท่อช่วยหายใจ ค่าความอึดตัวของออกซิเจนในเลือด 96-98 เปอร์เซ็นต์

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 4 มีภาวะเสี่ยงต่อการตื่นซ้ำจากการระงับความรู้สึก

ข้อมูลสนับสนุน

S :-

○ : ผู้ป่วยโรคอ้วน น้ำหนัก 162 กิโลกรัม มีค่าดัชนีมวลกาย 53.5 กก./ม² มีไขมันสะสมทั่วร่างกาย ทำให้ยาระงับความรู้สึกถูกขับออกจากร่างกายได้ช้า

○ : ได้รับการระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย

วัตถุประสงค์ ผู้ป่วยสามารถฟื้นตัวจากยาคมสลบได้ตามปกติ

เกณฑ์การประเมินผล

ผู้ป่วยตื่นหลังเสร็จจากการระงับความรู้สึกภายใน 15 นาที

กิจกรรมการพยาบาล

1. เตรียมยาและคำนวณยาขึ้นกับคุณสมบัติของยาแต่ละชนิด คือยาที่คำนวณตามน้ำหนักจริง และยาที่คำนวณตามน้ำหนักในอุดมคติ ให้เหมาะสมกับผู้ป่วย

2. ใช้ยาที่มีฤทธิ์สั้น คือ Propofol, Fentanyl, Cis-Atracurium หลีกเลี่ยงยาที่มีฤทธิ์นาน เช่น Morphine, Rocuronium, Diazepam

3. เลือกใช้ยาคมสลบ คือ Desflurane เนื่องจากทำให้ผู้ป่วยฟื้นตัวได้เร็วกว่ายาคมสลบชนิดอื่น

การประเมินผล

ผู้ป่วยสามารถตื่นหลังเสร็จจากการระงับความรู้สึกได้ภายใน 15 นาที

ระยะหลังการระงับความรู้สึก

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 5 ผู้ป่วยมีภาวะเสี่ยงต่อทางเดินหายใจอุดกั้นหลังได้รับการระงับความรู้สึกเป็นผลให้เกิดภาวะพร่องออกซิเจน

ข้อมูลสนับสนุน

S :-

○ : 1. ผู้ป่วยโรคอ้วน มีภาวะทางเดินหายใจอุดกั้นขณะหลับ ได้รับการระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย

2. ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดแรกรับในห้องพักฟื้นได้ 94 เปอร์เซ็นต์

3. การใส่ท่อช่วยหายใจทำให้ระคายเคืองมีเสมหะและน้ำลายออกมา มีเสียงเสมหะในปากและคอ

วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ป่วยหายใจได้เองอย่างสม่ำเสมอไม่มีภาวะทางเดินหายใจอุดกั้น และได้รับออกซิเจนเพียงพอ

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยหายใจได้เอง สะดวกและสม่ำเสมอ ทางเดินหายใจโล่ง ไม่มีเสียงเสมหะในปากและลำคอ

2. ไม่มีภาวะทางเดินหายใจส่วนบนอุดกั้น ริมฝีปาก เล็บมือ เล็บเท้าแดงดี

3. ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 95-100 เปอร์เซ็นต์

กิจกรรมการพยาบาล

1. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนที่มีความชื้นสูง 8 ลิตรต่อนาที

2. จัดทำให้ผู้ป่วยนอนหนุนหมอนศีรษะสูง 45 องศา ตะแคงหน้าไปทางด้านซ้ายเพื่อเปิดทางเดินหายใจให้โล่ง และเพื่อให้อากาศในช่องหน้าท้องช่วยดันตัว ช่วยให้การหายใจสะดวกขึ้น

3. ประเมินลักษณะการหายใจ หรือการเคลื่อนไหวของทรวงอก ฟังเสียงลมเข้าปอดและวัดค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด (oxygen saturation) ต้องไม่ต่ำกว่า 95 เปอร์เซ็นต์ สังเกตลักษณะการหายใจ สังเกตลักษณะของการหายใจอุดกั้น เช่น หายใจมีเสียงดังครืดคราด กรน หรือกระสับกระส่าย

4. ประเมินการไอ และขับเสมหะออก ดูแลให้ผู้ป่วยไออย่างมีประสิทธิภาพ (cough effective) โดยการให้หายใจ เข้า - ออก ลึกๆ ยาว 4 - 5 ครั้ง พอคั่งสุดท้ายสูดหายใจเข้าเต็มทีกลั้นหายใจไว้และไอออกมาจากส่วนลึก

- เตรียมอุปกรณ์สำหรับเปิดทางเดินหายใจ เครื่องดูดเสมหะและสายดูดเสมหะให้พร้อมใช้งาน
- สังเกตริมฝีปาก สีเล็บ สีผิว ไม่เขียวคล้ำ
- เมื่อผู้ป่วยตื่นดีกระตุ้นให้หายใจเข้าออกลึกๆ เพื่อให้ปอดขยายและหายใจได้อย่างมีประสิทธิภาพ

การประเมินผล

- ผู้ป่วยหายใจได้ดี ไม่มีเสียงหายใจผิดปกติ ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดได้ 98 % หายใจ 18-20 ครั้ง/นาที
- สามารถไออย่างมีประสิทธิภาพ และขับเสมหะออกเองได้ ไม่มีเสียงเสมหะในปากและลำคอ ริมฝีปาก ผิวกาย และเล็บสีแดงดี

การวินิจฉัยการพยาบาลที่ 6 ผู้ป่วยมีภาวะไม่สุขสบายเนื่องจากปวดแผลผ่าตัด

ข้อมูลสนับสนุน

S : ผู้ป่วยประเมิน Pain Score ได้เท่ากับ 6

O : ผู้ป่วยแสดงสีหน้าเจ็บปวด กระสับกระส่าย ผู้ป่วยไม่สามารถพักผ่อนหรือนอนหลับพักผ่อนได้

วัตถุประสงค์ ผู้ป่วยมีความสุขสบาย อาการปวดแผลทุเลาลง

เกณฑ์การประเมินผล

- Pain Score น้อยกว่า 3 Sedative score น้อยกว่า 2 และอัตราการหายใจมากกว่า 8 ครั้ง/นาที
- สีหน้าท่าทางผ่อนคลาย สุขสบายขึ้น
- สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ

กิจกรรมการพยาบาล

- ประเมินความรุนแรงของอาการปวด โดยการซักถามระดับความเจ็บปวดของผู้ป่วย โดยใช้มาตราวัดความเจ็บปวดแบบตัวเลข (Numeric rating scale) ที่เป็นตัวเลข 0 - 10 และสังเกตสีหน้าผู้ป่วย เช่น ขมวดคิ้ว
- ดูแลให้ผู้ป่วยนอนท่ายกแขนซ้ายสูง เพื่อบรรเทาอาการปวด
- ขณะให้การพยาบาลปฏิบัติด้วยสัมผัสที่นุ่มนวล เพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกผ่อนคลาย
- ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาแก้ปวด Paracetamol 1 gm หยอดทางหลอดเลือดดำก่อนเสร็จผ่าตัดครึ่งชั่วโมง และ Fentanyl 50 mcg ฉีดทางหลอดเลือดดำขณะอยู่ในห้องผ่าตัดเมื่อมีคะแนนระดับความปวดมากกว่า 3 หลังจากให้ยาสังเกตอาการที่ไม่พึงประสงค์จากการให้ยา ได้แก่ อาการคลื่นไส้ อาเจียน ง่วงซึม เวียนศีรษะ เป็นต้น
- เผื่อระวังการหายใจและความง่วงซึมของผู้ป่วยโดยใช้ Sedative score เป็นตัววัด โดยมีเป้าหมายของการระงับปวด คือ ผู้ป่วยรู้สึกสบายโดยมีอาการง่วงซึมเล็กน้อย และหายใจอยู่ในเกณฑ์ปกติ
- ประเมินความปวด ร่วมกับบันทึกอาการเปลี่ยนแปลง วัดสัญญาณชีพ ความดันโลหิต อัตราการหายใจ และชีพจรทุก 5 นาที
- แนะนำให้ผู้ป่วยขยับแขนแก้ปวดได้เมื่อเริ่มรู้สึกไม่สุขสบาย ปวดแผลผ่าตัดหรือให้คะแนนระดับความปวดมากกว่า 3
- ดูแลจัดสิ่งแวดล้อมภายในห้อง ไม่มีเสียงรบกวน เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการพักผ่อนเพียงพอ

การประเมินผล

ผู้ป่วยบอกว่าปวดแผลผ่าตัดน้อยลง ประเมินคะแนนระดับความปวดเท่ากับ 2 คะแนนความง่วงซึมเท่ากับ 1 คือ เล็กน้อย ง่วงเป็นบางครั้งราว ปลุกตื่นง่ายสีหน้าท่าทางผ่อนคลาย สุขสบายขึ้น สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ

สรุปกรณีศึกษา

ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 30 ปี มาโรงพยาบาลด้วย 2 เดือนก่อนมาโรงพยาบาล ซึ่งรถจักรยานยนต์ชนกับรถยนต์ กระดูกแขนซ้ายท่อนล่างหัก รักษาโดยการใส่เฝือกอ่อนที่โรงพยาบาล จากนั้นมาตรวจตามนัดกระดูกยังไม่ดี แพทย์จึงนัดให้มานอนโรงพยาบาลเพื่อทำการผ่าตัดใส่เหล็กตามกระดูกแขนส่วนล่าง ผู้ป่วยมีภาวะอ้วนมาก ค่าดัชนีมวลกาย 53.5 กก./ม² และเมื่อผู้ป่วยต้องมาทำผ่าตัดและได้รับการระงับความรู้สึก จะเพิ่มความเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อนหลังได้รับการระงับความรู้สึกมากกว่าผู้ป่วยปกติ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัยมากที่สุด วิทยาลัยพยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยทั้งระยะก่อนระงับความรู้สึก ขณะระงับความรู้สึก และหลังระงับความรู้สึก มีการประเมินผู้ป่วยก่อนผ่าตัด และวางแผนให้การระงับความรู้สึกอย่างเหมาะสมสอดคล้องกับการผ่าตัด

เตรียมอุปกรณ์ที่เหมาะสมกับผู้ป่วยป้องกันการใส่ท่อช่วยหายใจจากที่อาจเกิดขึ้นและดูแลเฝ้าระวังสัญญาณชีพระหว่างได้รับการระงับความรู้สึก และหลังได้รับการระงับความรู้สึก ดูแลภาวะแทรกซ้อนทางเดินหายใจจุดกึ่งที่อาจเกิดขึ้น และดูแลให้ยาบรรเทาอาการปวด เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความสบาย หลังผ่าตัด 1 วันติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่หอผู้ป่วย อาการปกติ สัญญาณชีพปกติ ปวดแผลเล็กน้อย แพทย์นัดติดตามอาการอีก 1 เดือนแบบผู้ป่วยนอก รวมวันนอนโรงพยาบาล 3 วัน

วิจารณ์และข้อเสนอแนะ

ผู้ป่วยโรคอ้วนที่ต้องมาผ่าตัดและได้รับการระงับความรู้สึกจะเพิ่มความเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อนในการได้รับการระงับความรู้สึกมากกว่าผู้ป่วยปกติ ถ้ารุนแรงมากอาจถึงขั้นทำให้ผู้ป่วยพิการหรือเสียชีวิตได้ ดังนั้นวิสัญญีพยาบาลต้องมีทักษะความรู้ ความชำนาญ ในการดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตรายถึงชีวิตที่อาจเกิดขึ้นได้ จากกรณีดังกล่าวมาจึงมีข้อเสนอแนะดังนี้

1. ควรจัดให้มีการให้ความรู้หรืออบรมเกี่ยวกับการระงับความรู้สึกผู้ป่วยโรคอ้วนอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง
2. เนื่องจากผู้ป่วยโรคอ้วนมีภาวะเสี่ยงต่อการใส่ท่อช่วยหายใจจากพยาธิสภาพของผู้ป่วย ซึ่งในกรณีที่ร้ายแรงที่สุดอาจถึงแก่ชีวิตได้ ดังนั้นควรจัดทำแนวทางการใส่ท่อช่วยหายใจจากเพื่อใช้เป็นแนวทางในกรณีเร่งด่วนสำหรับครั้งต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. Roman S. Anesthesia for the obese patient. In Marianna Crowley (Editor). [online]. [cited 2019, Dec 10]. Available from: https://www.uptodate.com/contents/anesthesia-for-the-obese-patient?search=anesthesia%20obesity&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1.
2. ตันพล วิรุพหการุญ. World Obesity Day เนอะ 7 วิธีห่างไกลโรคอ้วน. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 14 ตุลาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก : <https://www.thaihealth.or.th/?p=329805>
3. จริญญา เลิศอรชยมนี. การระงับความรู้สึกสำหรับผู้ป่วยโรคอ้วน. ใน : อังกาป ปราการรัตน์, วิมลลักษณ์ สนั่นศิลป์, ศิริลักษณ์ สุขสมปอง, ปฎิภาณ ตุ่มทอง, บรรณาริการ. ตาราวิสัญญีวิทยา. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ: เอ-พลัสพริ้น; 2558. หน้า 665-75.
4. มิ่งขวัญ วงษ์ยิ่งสิน. การระงับความรู้สึกผู้ป่วยโรคอ้วน. ใน : วิมลรัตน์ ศรีราช, อักษร ทูลนิตพร, เบญจรัตน์ หยกอุบล, สุรัญชนา เลิศศิริโสภณ, บรรณาริการ. ก้าวไกลวิสัญญี 4.0 เล่ม 2. กรุงเทพฯ: ธนาเพลส; 2562. หน้า 279-97.
5. วิทวัส แนววงศ์, วิทยา สีตามา. การดูแลผู้ป่วยโรคอ้วนหลังผ่าตัด. ใน : สราวุฒิ ศิวโมกษธรรม, วิทยา สีตามา, บรรณาริการ. Preoperative Medicine อายุรศาสตร์ปริทัศน์การ. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2562. หน้า 141 – 4.
6. Olson E, Chung F, Chuen Ping. Surgical risk, and the preoperative evaluation and management of adults with obstructive sleep apnea. [online]. [cited 2020, May 1]. Available from: https://WWW.uptodate.com/contents/surgical-risk-and-the-preoperative-evaluation-and-management-of-adults-with-obstructive-sleep-apnea?search=gilde%20line%20anesthesia%20in%20obesity&topicRef=90177&source=see_link
7. Singh PM, Ludwig N, Mcconachie I, Sinha AC. The Obese or Thin Patient. In : Mcconachie I, Editor. Anesthesia and Perioperative Care of the High-Risk Patient. 3th ed. Cambridge. Cambridge University press. pp.137-46.
8. อธิฐฐาน เอียสกุล. การระงับความรู้สึกผู้ป่วยที่มีปัญหา Obstructive Sleep Apnea. ใน : วิมลรัตน์ศรีราช, อักษร ทูลนิตพร, เบญจรัตน์หยกอุบล, สุรัญชนา เลิศศิริโสภณ, บรรณาริการ. ก้าวไกลวิสัญญี 4.0 เล่ม 2. กรุงเทพฯ: ธนาเพลส; 2562. หน้า 199-225.
9. ศูนย์ข้อมูลโรงพยาบาลกำแพงเพชร. รายงานประจำปี 2566. กำแพงเพชร: โรงพยาบาลกำแพงเพชร; 2566
10. อรรถกษณ์ รอดอนันต์. การดูแลผู้ป่วยในห้องพักฟื้น. ใน : อักษร ทูลนิตพร, มานีรักษาเกียรติวงศ์, พรอรุณเจริญราช, นรุตม์ เรือนอนุกุล, บรรณาริการ. ตาราฟื้นฟูวิสัญญีวิทยา. กรุงเทพฯ: ราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทย; 2558. หน้า 125-6.



11. อุมารณณ์ พงษ์พันธ์. ภาวะวิกฤตในห้องพักฟื้น Crisis in PACU. ใน : เบญจรัตน์ หยกอุบล, อรลักษณ์ รอดอนันต์, จิตติภิญญา ดวงรัตน์, นรุตม์ เรือนอนุกุล, บรรณาธิการ. วิทยุณิบริหารทันยุค เล่ม 3. กรุงเทพฯ: ธนาเพชร; 2651. หน้า 107-18.
12. ปัญธิกา ลือตระกูล. การเตรียมผู้ป่วยก่อนการระงับความรู้สึก. ใน : อรลักษณ์ รอดอนันต์, เบญจรัตน์ หยกอุบล, นรุตม์ เรือนอนุกุล, งามจิตร ภัทรวิทย์, บรรณาธิการ. วิทยุณิมิภูมิหรือยัง. กรุงเทพฯ: พี.เอ.ลีฟวิ้ง; 2564. หน้า 63-92.



Nursing management for individuals experiencing severe angina pectoris during the evaluation of a treadmill exercise stress test : A case study

Kunlaya Thitinunmuang, Dip in N.EQU BN.*

Abstract

Introduction : The occurrence of severe angina pectoris is a critical condition that can occur during a treadmill exercise stress test which is used for early detection and diagnosis of coronary artery disease. Consequently, nurses need to possess both the knowledge and skills necessary for this procedure, and they should apply the nursing process diligently at all stages of patient care to ensure the safety of patients and prevent any complications.

Objective : To demonstrate care for patient experiencing severe angina pectoris during the evaluation of a treadmill exercise stress test

Case Study : A 64-year-old Thai male was scheduled for a treadmill exercise stress test due to suspected coronary artery disease. He had a history of chest discomfort characterized by central chest tightness and radiating pain to both arms during exertion, lasting 5 to 10 minutes. During stage 2 of the Bruce protocol, he experienced central chest tightness radiating to both arms, with a pain score of 7 out of 10. His ECG showed ST depression in multiple leads. The test was stopped and interpreted as positive for myocardial ischemia at low workload. The patient's concerns are divided into three phases: the patient preparation phase, the assessment phase, and the follow-up phase. These issues include the patient's lack of understanding about the procedure of a treadmill exercise stress test, the risk of falling during the procedure, the possibility of severe angina pectoris, significant cardiac arrhythmia during the procedure, as well as anxiety related to the procedure and illness. Key nursing care involve educating the patient about the procedure, preventing falls, monitoring vital signs for changes, and providing safe relief for chest pain. Additionally, addressing the patient's mental well-being, imparting information about the physician's treatment plan, and encouraging health behavior changes to prevent recurrence are vital. The ultimate goal is to ensure a safe procedure, provide appropriate treatment, and empower patients to make necessary health behavior adjustments to prevent future occurrences.

Conclusions : To ensure the safety of procedures, nurses should possess a significant level of knowledge and expertise in providing care to patients undergoing treadmill exercise stress tests. The insights gained from this case study can serve as a model for delivering comprehensive nursing care to patients undergoing treadmill exercise stress tests throughout all phases of their healthcare.

Keywords : Nursing management for individuals experiencing severe angina pectoris, treadmill exercise stress test.

*Registered Nurse (Professional Level), Head of Nursing examines the heart using special equipment,
Special Treatment Nursing Section, Nursing Department, Kamphaeng Phet Hospital

การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บหน้าอกรุนแรงขณะตรวจสมรรถภาพหัวใจ ด้วยการเดินสายพานเลื่อน : กรณีศึกษา

กัลยา จิตินันท์เมือง, ป.พ.ย.*

บทคัดย่อ

บทนำ : ภาวะเจ็บหน้าอกรุนแรง เป็นภาวะวิกฤตที่เกิดขึ้นได้ในขณะตรวจสมรรถภาพหัวใจด้วยการเดินสายพานเลื่อน ซึ่งเป็นการทดสอบแบบภายนอกที่ร่างกายที่ใช้ประเมินวินิจฉัยโรคหลอดเลือดหัวใจตั้งแต่เริ่มแรก ดังนั้นพยาบาลจึงต้องมีความรู้และทักษะในการพยาบาลผู้ป่วยตรวจสมรรถภาพหัวใจด้วยการเดินสายพานเลื่อน ตลอดจนนำกระบวนการพยาบาลมาประยุกต์ใช้ในการพยาบาลผู้ป่วยทุกระยะที่มารับบริการได้อย่างเหมาะสม เพื่อให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยได้อย่างทันที่ทั้งที่ผู้ป่วยปลอดภัยและไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน

วัตถุประสงค์ : เพื่อให้การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บหน้าอกรุนแรงขณะตรวจสมรรถภาพหัวใจด้วยการเดินสายพานเลื่อนได้อย่างมีประสิทธิภาพ

กรณีศึกษา : ชายไทย อายุ 64 ปี มารับบริการที่คลินิกตรวจหัวใจด้วยเครื่องมือพิเศษ เนื่องจากแพทย์นัดตรวจสมรรถภาพหัวใจด้วยการเดินสายพานเลื่อน เพื่อวินิจฉัยเส้นเลือดหัวใจตีบ มีประวัติเหนื่อยและแน่นกลางหน้าอกนาน 5-10 นาที ร้าวไปรักแร้ทั้ง 2 ข้าง เป็นเวลาออกแรง วันตรวจสมรรถภาพหัวใจด้วยการเดินสายพานเลื่อนด้วยวิธีการของบรูซ ขณะตรวจขั้นตอนที่ 2 นาทีที่ 4 ที่เพิ่มความชันและความเร็ว ผู้ป่วยมีภาวะเหนื่อย เจ็บแน่นหน้าอกก้าวไปที่รักแร้ 2 ข้างมาก ระดับความปวด 7 / 10 คะแนน อัตราการเต้นของหัวใจ 144 ครั้งต่อนาที หายใจลักษณะเร็วตื่น อัตราการหายใจ 24-26 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 188 / 116 มิลลิเมตรปรอท ค่าความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือด 89% แพทย์ยุติการตรวจ แปลผลการตรวจประเมินเป็นบวกขณะใช้สมรรถภาพร่างกายต่ำ บ่งชี้ว่ามีหลอดเลือดหัวใจตีบ จึงส่งตัวไปรักษาต่อโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่าแบบผู้ป่วยนอก ปัญหาของผู้ป่วยที่สำคัญแบ่งออกเป็น 3 ระยะ คือ ระยะเตรียมผู้ป่วย ระยะตรวจประเมิน และระยะนัดติดตาม ได้แก่ 1. ขาดข้อมูลในการปฏิบัติตนเกี่ยวกับการตรวจสมรรถภาพหัวใจด้วยการเดินสายพานเลื่อน 2. มีโอกาสเกิดอุบัติเหตุพลัด ตก หกล้ม ขณะตรวจสมรรถภาพหัวใจด้วยการเดินสายพานเลื่อน 3. เจ็บแน่นหน้าอกรุนแรงขณะตรวจสมรรถภาพหัวใจด้วยการเดินสายพานเลื่อน เนื่องจากเลือดไปเลี้ยงหัวใจได้น้อยลงขณะออกแรง 4. วิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการปฏิบัติตนที่ถูกต้องก่อนการส่งต่อโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า 5. มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจซ้ำ การพยาบาลที่สำคัญ คือ การให้ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนและขณะตรวจสมรรถภาพหัวใจด้วยการเดินสายพานเลื่อน การป้องกันการพลัดตกหกล้มขณะตรวจประเมิน การเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงและดูแลช่วยเหลือบรรเทาอาการเจ็บแน่นหน้าอกให้ปลอดภัย การดูแลด้านจิตใจ การให้ความรู้เกี่ยวกับแผนการรักษาของแพทย์และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ ผลลัพธ์ คือ ผู้ป่วยปลอดภัย หลีกเลี่ยงอาการเจ็บแน่นหน้าอก ได้รับการรักษาที่เหมาะสม สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและควบคุมปัจจัยเสี่ยงได้

สรุปผลการศึกษา : ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะวิกฤตขณะตรวจสมรรถภาพหัวใจด้วยการเดินสายพานเลื่อน ดังนั้นพยาบาลจึงต้องมีทักษะความรู้ความชำนาญอย่างสูงในการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บหน้าอกรุนแรงขณะตรวจสมรรถภาพหัวใจด้วยการเดินสายพานเลื่อน จากกรณีศึกษาครั้งนี้สามารถนำไปเป็นแนวทางในการพยาบาลแบบองค์รวมแก่ผู้รับบริการตรวจสมรรถภาพหัวใจด้วยการเดินสายพานเลื่อนในทุกระยะที่มารับบริการต่อไป

คำสำคัญ : การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บหน้าอกรุนแรง ตรวจสมรรถภาพหัวใจด้วยการเดินสายพานเลื่อน

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หัวหน้างานการพยาบาลตรวจหัวใจด้วยเครื่องมือพิเศษ กลุ่มงานการพยาบาลตรวจรักษาพิเศษ
กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลกำแพงเพชร

บทนำ

โรคหัวใจและหลอดเลือดเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 1 ของโลก สำหรับประเทศไทย ปี 2565 พบการเสียชีวิตมากถึง 7 หมื่นราย เฉลี่ยชั่วโมงละ 8 คน และคาดว่าจะมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี¹ โดยเฉพาะจากโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ² โรคหลอดเลือดหัวใจตีบหมายถึง โรคที่เกิดจากหลอดเลือดแดงที่เลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจตีบหรือตัน ซึ่งส่วนใหญ่เกิดจากไขมันและเนื้อเยื่อสะสมอยู่ในผนังของหลอดเลือด มีผลให้เยื่อบุผนังหลอดเลือดชั้นในตำแหน่งนั้นหนาตัวขึ้น ผู้ป่วยจะมีอาการและอาการแสดงเมื่อหลอดเลือดแดงนี้ตีบมากกว่าร้อยละ 50 อาการสำคัญที่พบบ่อยได้แก่ เจ็บเค้นอก ใจสั่นเหงื่อออกเหนื่อยขณะออกกำลังกาย เป็นลม หหมดสติ หรือเสียชีวิตเฉียบพลัน³ ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดความผิดปกติ ได้แก่ มีประวัติของสมาชิกในครอบครัวที่เป็นโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ไขมันในเลือดสูง น้ำตาลในเลือดสูง ความดันโลหิตสูง สารพิษจากบุหรี่ โรคอ้วนลงพุง เพศชาย อายุ 40 ปีขึ้นไป เพศหญิง อายุ 50 ปีขึ้นไป หรือหมดประจำเดือน ผู้ที่ขาดการออกกำลังกาย ภาวะเครียดเป็นต้น⁴ โรคหลอดเลือดหัวใจตีบสามารถวินิจฉัยได้จากการซักประวัติ การตรวจร่างกาย การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ การตรวจเอ็กซเรย์หัวใจ การตรวจหัวใจด้วยคลื่นเสียงความถี่สูง การตรวจสมรรถภาพหัวใจด้วยการเดินสายพานเลื่อน การเอกซเรย์หลอดเลือด และการตรวจฉีดสีหลอดเลือดหัวใจ⁵

การตรวจสมรรถภาพหัวใจด้วยการออกกำลังกายเป็นการทดสอบแบบภายนอกร่างกาย ใช้ประเมินวินิจฉัยโรคหลอดเลือดหัวใจตั้งแต่เริ่มแรก โดยให้ผู้ป่วยออกกำลังกายด้วยวิธีต่างๆ เช่น เดินสายพานเลื่อนหรือปั่นจักรยาน^{6,7} วิธีที่เป็นที่นิยมอย่างแพร่หลายทั่วโลกรวมถึงประเทศไทย คือ การเดินสายพานเลื่อน เป็นการกระตุ้นให้หัวใจเต้นเร็วขึ้น เหมือนการออกกำลังกาย เมื่อมีการกระตุ้นหัวใจให้มากขึ้น กล้ามเนื้อหัวใจก็ต้องการเลือดมาเลี้ยงหัวใจมากขึ้น ภาวะเจ็บหน้าอกรุนแรงเป็นภาวะกฤตที่เกิดขึ้นได้ในขณะตรวจสมรรถภาพหัวใจด้วยการเดินสายพานเลื่อน⁸ ผู้ที่เป็นโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด จะมีอาการแน่นหน้าอก เหนื่อยมาก พร้อมทั้งมีคลื่นไฟฟ้าหัวใจที่ผิดปกติ บ่งชี้ว่ามีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด พยาบาลจึงต้องมีการเตรียมความพร้อมก่อนตรวจ เพื่อให้สามารถทำได้ครบตามโปรแกรม และแปลผลได้ โดยจะทำการติดอุปกรณ์การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจบริเวณหน้าอก แขนและขา หลังจากนั้นก็จะให้ยืนเพื่อบันทึกคลื่นไฟฟ้าหัวใจแล้วจึงขึ้นลู่วิ่งโดยให้วิ่งบนพื้นราบ แล้วปรับความชันตามโปรแกรม ซึ่งโปรแกรมนั้นอาจจะปรับเปลี่ยนได้ตามสภาพผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเดินสายพานได้นานขึ้นและแปลผลได้ โดยการเดินจะเร็วขึ้นและสูงขึ้นทุก 3 นาที จะมีการวัดความดันโลหิตและบันทึกคลื่นไฟฟ้าหัวใจ จนกว่าถึงร้อยละ 85 ของอัตราการเต้นสูงสุดของผู้ป่วยตามเกณฑ์อายุ เมื่อครบตามเป้าหมายแล้วเครื่องก็จะค่อยๆ เบาลงและหยุดภายใน 30 - 60 วินาที และจะทำการบันทึกคลื่นไฟฟ้าหัวใจจนครบ 5 นาที ทั้งนี้ยกเว้นบางรายที่มีคลื่นไฟฟ้าหัวใจผิดปกติ⁹ หรือเกิดอาการแน่นหน้าอก เหนื่อย หายใจลำบาก หัวใจเต้นผิดจังหวะ ซึ่งอาจเป็นอันตรายถึงชีวิตได้ แพทย์ก็จะให้หยุดการทดสอบ

โรงพยาบาลกำแพงเพชร แผนกผู้ป่วยนอก พบโรคหลอดเลือดหัวใจตีบติดอันดับ 1 ใน 5 ของโรคเรื้อรังที่มาใช้บริการ⁸ สถิติปี 2563, 2564, 2565 จำนวน 4,261, 4,006 และ 3,767 ราย ตามลำดับ⁹ ห้องตรวจหัวใจด้วยเครื่องมือพิเศษ โรงพยาบาลกำแพงเพชรเปิดให้บริการตรวจวินิจฉัย และการบำบัดรักษาผู้ป่วยโรคหัวใจด้วยเครื่องมือพิเศษ การพยาบาลผู้ป่วยตรวจสมรรถภาพหัวใจด้วยการเดินสายพานเลื่อนเป็นหนึ่งในภารกิจหลักของหน่วยงาน โดยให้บริการในปี 2563, 2564, 2565 จำนวน 68, 60, 73 ตามลำดับ ผู้ป่วยต้องได้รับการประเมินและเตรียมความพร้อม ขณะตรวจจำเป็นต้องมีแพทย์พยาบาลให้การดูแลอย่างใกล้ชิด เนื่องจากการตรวจเป็นเหตุการณ์ที่มีความเสี่ยง หรือเกิดภาวะวิกฤตขณะตรวจได้ เช่น ภาวะเจ็บหน้าอกรุนแรง ภาวะหัวใจหยุดเต้น หัวใจเต้นผิดปกติที่รุนแรง การพยาบาลผู้ป่วยจึงต้องเป็นไปอย่างรวดเร็วและถูกต้อง เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย¹⁰ กรณีศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อให้การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บหน้าอกรุนแรงขณะตรวจสมรรถภาพหัวใจด้วยการเดินสายพานเลื่อนได้อย่างมีประสิทธิภาพ

กรณีศึกษา

ชายไทย อายุ 64 ปี สัญชาติไทย ศาสนาพุทธ

อาการสำคัญที่มารับบริการ

ผู้ป่วยถูกส่งตัวมาจากคลินิกอายุรกรรม เพื่อนัดตรวจหัวใจด้วยคลื่นเสียงความถี่สูงและตรวจสมรรถภาพหัวใจด้วยการเดินสายพานเลื่อน

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน

15 วันก่อนมาโรงพยาบาล มีอาการปวดกลางหน้าอกเวลาออกแรง นาน 3 - 5 นาที โดยเฉพาะเวลาใช้แขน 2 ข้าง ออกแรงทำงาน ไม่มีร้าวไปที่ใด นิ่งพักอาการทุเลา มีเหนื่อยเวลาออกแรงทำงาน ไม่ได้ไปรักษาที่ไหน

2 วันก่อนมาโรงพยาบาล มีอาการเหนื่อยและแน่นกลางหน้าอกนาน 5 - 10 นาที ร้าวไปรักแร้ทั้ง 2 ข้างเป็นเวลา ออกแรง นิ่งพักแล้วนวดบริเวณหน้าอกและดมยาตามอาการดีขึ้น มีใจสั่นหน้ามืดบางครั้ง ไม่มีวูบหมดสติ จึงไปรักษาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลใกล้บ้าน ส่งตัวมารักษาต่อที่โรงพยาบาลกำแพงเพชรแบบผู้ป่วยนอก

1 วันก่อนมาโรงพยาบาล ผู้ป่วยมาตรวจที่คลินิกอายุรกรรม มีอาการเหนื่อยเวลาเดินขึ้นบันไดได้ 20 ชั้น ทำงานได้ปกติ ไม่มีเจ็บแน่นหน้าอก ไม่มีใจสั่นหน้ามืดหรือวูบหมดสติ อายุรแพทย์ส่งตรวจเอกซเรย์ปอด คลื่นไฟฟ้าหัวใจ ส่งนัดตรวจหัวใจด้วยคลื่นเสียงความถี่สูงและตรวจสมรรถภาพหัวใจด้วยการเดินสายพานเลื่อน

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต

โรคความดันโลหิตที่ควบคุมความดันโลหิตได้ไม่ดี และไขมันในเลือดสูง 5 ปี รักษาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลใกล้บ้าน รับประทานยาไม่สม่ำเสมอ ยารักษาโรคประจำตัว ได้แก่ Atenolol (50mg) 0.5 เม็ด หลังอาหารเช้า Hydrochlorothiazide (25mg) 1 เม็ด หลังอาหารเช้า และ Simvastatin (20mg) 1 เม็ด ก่อนนอน

สูบบุหรี่ 15 - 20 มวนต่อวัน มากกว่า 20 ปี

ปฏิเสธการแพ้ยา ใช้สารเคมี ดีมแอลกอฮอล์ และใช้สารเสพติด

การประเมินสภาพร่างกายตามระบบ (การรับบริการครั้งที่ 1)

รูปร่างทั่วไป : ลักษณะรูปร่างอ้วนท้วม น้ำหนัก 80 กิโลกรัม ส่วนสูง 170 เซนติเมตร ค่า BMI 27.68 กก/ม² รอบเอว 102 ซม.

สัญญาณชีพ : อุณหภูมิร่างกาย 36.8 องศาเซลเซียส ชีพจรสม่ำเสมอ 72 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 16 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 129 / 77 มิลลิเมตรปรอท ค่าความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือด 98%

ผิวหนัง : ผิวสีน้ำตาล ไม่ซีด ไม่มีอาการบวม ไม่มีบาดแผล ไม่มีจ้ำเลือด ตัวไม่ร้อน

ศีรษะและใบหน้า : ศีรษะรูปทรงปกติ ผมสั้น การมองเห็นปกติ

ตา : ตาเท่ากันทั้งสองข้าง เปลือกตาชมพู การมองเห็นปกติ pupil 3 mm RTL BE

ทรวงอกและระบบทางเดินหายใจ : รูปร่างทรวงอกปกติ การเคลื่อนไหวของทรวงอกเท่ากันทั้งสองข้าง ฟังปอดได้ยินเสียงลมชัดเจน หายใจสม่ำเสมอ อัตราการหายใจ 16 ครั้งต่อนาที

ระบบหัวใจและหลอดเลือด : อัตราการเต้นของหัวใจ 72 ครั้ง/นาที เต้นสม่ำเสมอ ฟังเสียงหัวใจปกติ เส้นเลือดดำที่คอไม่โป่งพอง ค่าความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือด 98%

ระบบทางเดินอาหารและท้อง : รูปร่างท้องปกติ กดไม่เจ็บ ตับม้ามปกติไม่โต ท้องไม่แข็งตึง

ระบบกระดูกกล้ามเนื้อ : กล้ามเนื้อแขนขาสามารถเคลื่อนไหวได้ปกติ

ระบบประสาท : รู้สึกตัวดี Coma score E4V5M6

ระบบทางเดินปัสสาวะ : อวัยวะสืบพันธุ์ภายนอกปกติ ปัสสาวะได้เอง กระเพาะปัสสาวะไม่โป่งตึง

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่สำคัญ

CBC : WBC 6.9 10³/dl, Hb 14.5 mg%, HCT 44.2%, Lymphocyte 27.7%, Neutrophil 55.4%, Platelet 236,000/UL
Coagulogram : PT 11.1 second, INR 1.01

Blood chemistry : FBS 108 mg/dL, Cholesterol 274 mg/dL, Triglyceride 206 mg/dL, HDL-C 44 mg/dL, LDL 179 mg/dL, BUN 15 mg/dL, Creatinine 1.08 mg/dL, eGFR 72.2, Sodium 143 mmol/L, Potassium 4.2 mmol/L, Carbon dioxide 30 mmol/L,

Choride 105 mmol/L, SGOT 38 mg/dL, SGPT 44 mg/dL, ALP 86 mg/dL

Chest X-ray : Normal, Lung no infiltration

Electrocardiogram : Normal sinus rhythm

Echocardiogram : Normal

Exercise stress test : Positive exercise-stress ECG for myocardial ischemia at low workload

สรุปอาการขณะรับบริการที่งานการพยาบาลตรวจหัวใจด้วยเครื่องมือพิเศษ

การรับบริการครั้งที่ 1 (ระยะเตรียมผู้ป่วย) ผู้ป่วยส่งมาจากคลินิกอายุรกรรม มีอาการรู้สึกตัวดี มีอาการเหนื่อย เวลาเดินขึ้นบันไดได้ 20 ชั้น ไม่มีเจ็บแน่นหน้าอก ไม่มีใจสั่นหน้ามืด อุณหภูมิกาย 36.8 องศาเซลเซียส ชีพจรสม่ำเสมอ 72 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 16 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 129 / 77 มิลลิเมตรปรอท ค่าความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือด 98% ค่าดัชนีมวลกาย 27.68 กก./ม² รอบเอว 102 ซม. ผลตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจปกติ ผลตรวจหัวใจด้วยคลื่นเสียงความถี่สูงปกติ พิจารณานัดตรวจสมรรถภาพหัวใจด้วยการเดินสายพานเลื่อน

การรับบริการครั้งที่ 2 (ระยะตรวจประเมิน) ผู้ป่วยมาตามนัดเพื่อตรวจสมรรถภาพหัวใจด้วยการเดินสายพานเลื่อน ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ไม่มีอาการเหนื่อยง่าย ไม่มีเจ็บแน่นหน้าอก ไม่มีใจสั่นหน้ามืดหรือวูบหมดสติ ไม่มีบวมตามร่างกาย แขนขาไม่มีปวดชาหรืออ่อนแรง อุณหภูมิกาย 36.6 องศาเซลเซียส ชีพจรสม่ำเสมอ 84 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 16 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 132 / 82 มิลลิเมตรปรอท ค่าความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือด 98% ประเมินความพร้อมปฏิบัติได้ครบถ้วนตามคำแนะนำ และงดยา Atenolol ตามแพทย์สั่ง คำนวณอัตราการเต้นของหัวใจจะบรรลุเป้าหมายที่แปลผลได้เท่ากับ 133 ครั้งต่อนาที ขณะตรวจสมรรถภาพหัวใจด้วยการเดินสายพานเลื่อนด้วยวิธีการของบรูซ ขณะตรวจขั้นตอนที่ 2 นาทีที่ 4 ที่เพิ่มความชันขึ้น ร้อยละ 2 และความเร็วเพิ่มขึ้น 2.5 ไมล์/ชั่วโมง ผู้ป่วยมีอาการเหนื่อย เจ็บแน่นหน้าอกก้าวไปที่รักรั 2 ข้างมาก Pain score 7/10 อัตราการเต้นของหัวใจ 144 ครั้งต่อนาที หายใจลักษณะเร็วตื่น อัตราการหายใจ 24 - 26 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 188/116 มิลลิเมตรปรอท ค่าความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือด 89% คลื่นไฟฟ้าหัวใจพบ ST depression in Lead II, III, AVF, V3-V6 แพทย์พิจารณายาติการตรวจ ได้รับการรักษา Isosorbide dinitrate 5 mg 1 เม็ดอมใต้ลิ้น และ O2 cannular 3 LPM หลังให้ 30 นาที ผู้ป่วยอาการดีขึ้น ประเมิน Pain score ได้ 0/10 ค่ะแน่น ชีพจรสม่ำเสมอ 76 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 16 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 138/78 มิลลิเมตรปรอท ค่าความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือด 98% ไม่มีอาการเหนื่อย ไม่มีเจ็บแน่นหน้าอก ไม่มีใจสั่นหน้ามืดหรือวูบ แขนขาไม่มีชาหรืออ่อนแรง อายุรแพทย์โรคหัวใจสรุปผลการตรวจสมรรถภาพหัวใจด้วยการเดินสายพานเลื่อนเป็นผลบวกสำหรับภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดขณะใช้สมรรถภาพร่างกายต่ำ (Positive exercise-stress ECG for myocardial ischemia at low workload) แพทย์ส่งตัวไปรักษาต่อโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่าแบบผู้ป่วยนอก และอนุญาตให้กลับบ้านได้

การรับบริการครั้งที่ 3 (ระยะนัดติดตามผล) ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ไม่มีอาการเหนื่อย ไม่มีเจ็บแน่นหน้าอก ไม่มีใจสั่นหน้ามืดหรือวูบหมดสติ ไม่มีบวมตามร่างกาย แขนขาไม่มีชาหรืออ่อนแรง อุณหภูมิกาย 36.8 องศาเซลเซียส ชีพจรสม่ำเสมอ 68 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 16 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 118 / 70 มิลลิเมตรปรอท ค่าความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือด 99% หลังจากประเมิน 2 สัปดาห์ ค่าดัชนีมวลกาย 26.64 กก./ม² รอบเอว 99 ซม. ไม่สูบบุหรี่ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา ได้ส่งประสานการดูแลต่อที่คลินิกโรคหัวใจเพื่อเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการดูแลสุขภาพและควบคุมปัจจัยเสี่ยง

การวางแผนการพยาบาล

พบว่า ผู้ป่วยมีปัญหาทางการพยาบาลที่สำคัญในช่วงระยะเวลาที่ศึกษา แบ่งตามการรับบริการได้ 3 ระยะ ดังนี้
ปัญหาทางการพยาบาลระยะเตรียมผู้ป่วย

1. ขาดข้อมูลในการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการตรวจสมรรถภาพหัวใจด้วยการเดินสายพานเลื่อน

ปัญหาทางการพยาบาลระยะตรวจประเมิน

1. มีโอกาสเกิดอุบัติเหตุพลัด ตก หก ล้ม ขณะตรวจสอบสมรรถภาพหัวใจด้วยการเดินสายพานเลื่อน
2. เจ็บแน่นหน้าอกรุนแรงขณะตรวจสอบสมรรถภาพหัวใจด้วยการเดินสายพานเลื่อน เนื่องจากเลือดไปเลี้ยงหัวใจได้น้อยลงขณะออกแรง
3. วิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องก่อนการส่งต่อโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า

ปัญหาทางการพยาบาลระยะนัดติดตามผล

1. มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจซ้ำ

การรับบริการครั้งที่ 1 (ระยะเตรียมผู้ป่วย)

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1 ขาดข้อมูลในการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการตรวจสอบสมรรถภาพหัวใจด้วยการเดินสายพานเลื่อน

ข้อมูลสนับสนุน :

S : ตามเกี่ยวกับการเตรียมตัวก่อนตรวจต้องทำอะไรบ้าง

O : ไม่มีประสบการณ์และความรู้เกี่ยวกับการตรวจสอบสมรรถภาพหัวใจด้วยการเดินสายพานเลื่อน

วัตถุประสงค์การพยาบาล

เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับข้อมูลการปฏิบัติตัวก่อนตรวจอย่างถูกต้องและครบถ้วน

เกณฑ์การประเมินผล

1. สามารถบอกการปฏิบัติตัวก่อนตรวจได้ถูกต้องและครบถ้วน
2. เตรียมพร้อมก่อนตรวจได้ถูกต้องและครบถ้วน

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินความรู้และความพร้อมในการเตรียมตัวก่อนการตรวจ
2. ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนมาตรวจด้วยสื่อประกอบการสอน และแผ่นพับ ได้แก่
 - 2.1 แนะนำพักผ่อนให้เพียงพอ งดดื่มชา กาแฟ งดรับประทานอาหาร และไม่สูบบุหรี่ เป็นเวลา 3 - 4 ชั่วโมงก่อนการตรวจ
 - 2.2 แนะนำให้ญาติมาด้วยในวันตรวจ เพื่อช่วยเหลือดูแลและเป็นที่ปรึกษา
 - 2.3 แนะนำสวมเสื้อผ้าที่ใส่สบายและเหมาะสมกับการออกกำลังกาย รวมทั้งสวมใส่รองเท้าที่สามารถเดินหรือวิ่งได้คล่องตัวโดยไม่หลุด และข้อมือเร็วเพื่อให้สามารถทำได้ครบตามโปรแกรม และแปลผลได้
 - 2.4 แนะนำเรื่องการบอกระดับความรุนแรงของอาการปวดโดยใช้ตัวเลข (Numerical rating scale) ตัวเลขตั้งแต่ 0 - 10 อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจว่า 0 หมายถึงไม่มีอาการปวด และ 10 หมายถึงอาการปวดมากที่สุด เพื่อให้ผู้ป่วยบอกถึงตัวเลขที่แสดงถึงความปวดที่ผู้ป่วยมีขณะนั้น ๑¹⁰
3. ตรวจสอบยาที่มีฤทธิ์ป้องกันไม่ให้อัตราการเต้นของหัวใจถึงเป้าหมาย ผู้ป่วยกินยา Atenolol (50mg) 0.5 เม็ด หลังอาหารเช้า ให้หยุดยานี้ก่อนตรวจ 24 - 48 ชั่วโมง
4. ชักประวัติความเจ็บป่วย ประวัติครอบครัว ปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ ตรวจร่างกายเพื่อค้นหาสิ่งที่เป็นข้อห้าม เช่น การใส่อุปกรณ์เทียม ฟันปลอม แขนขาบวมหรือผิดปกติเป็นต้น และตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ 12 lead ไว้เป็นค่าพื้นฐาน
5. อธิบายขั้นตอนวิธีการตรวจ สิ่งที่เกิดขึ้นขณะทำการตรวจ และความเสียหายหรือภาวะวิกฤตที่อาจเกิดขึ้น แนวทางในการรักษาพยาบาล ความจำเป็นที่ต้องใช้เครื่องมือพิเศษต่างๆ และในประเด็นสำคัญที่ผู้ป่วยยังไม่เข้าใจ โดยใช้ภาษา คำพูดที่เข้าใจง่าย

การประเมินผล

1. ผู้ป่วยตอบคำถามเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนตรวจได้ถูกต้องและครบถ้วน ได้แก่ ไม่รับประทานอาหาร ไม่สูบบุหรี่ หยุดยา Atenolol บอกระดับความรุนแรงของอาการปวดได้
2. ผู้ป่วยเตรียมพร้อมก่อนตรวจได้ถูกต้องและครบถ้วน เช่น สวมเสื้อผ้าใส่สบาย ใส่รองเท้าวิ่ง มีภรรยา และลูกสาวมาด้วย แขนขาไม่มีปวดชาหรืออ่อนแรง ไม่มีฟันปลอม

การรับบริการครั้งที่ 2 (ระยะตรวจประเมิน)

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1 มีโอกาสเกิดอุบัติเหตุพลัด ตก หก ล้ม ขณะตรวจสมรรถภาพหัวใจด้วยการเดินสายพานเลื่อน
ข้อมูลสนับสนุน

S : ผู้ป่วยบอกว่า กลัวล้ม เสียวข้อเข่า

O : ผู้ป่วยสูงอายุ ค่า BMI 27.68 กก./ม² อ้วนระดับ 1 รอบเอว 102 ซม.

วัตถุประสงค์การพยาบาล : ไม่เกิดอุบัติเหตุพลัดตกหกล้ม ขณะตรวจสมรรถภาพหัวใจด้วยการเดินสายพานเลื่อน
เกณฑ์การประเมินผล

1. ขณะตรวจไม่เกิดอุบัติเหตุพลัดตก หกล้ม
2. ผู้ป่วยสามารถออกกำลังกายจนอัตราการเต้นของหัวใจบรรลุเป้าหมายที่แปลผลได้

กิจกรรมการพยาบาล

1. จัดเตรียมบุคลากร เครื่องตรวจลู่วิ่งสายพานไฟฟ้า และอุปกรณ์ให้พร้อมใช้
 2. ชักประวัติ ประเมินอาการ อาการแสดงปัจจุบันของผู้ป่วย วัดสัญญาณชีพ ตรวจร่างกาย เพื่อประเมินความพร้อมในการตรวจและป้องกันการเกิดอุบัติเหตุพลัดตก หกล้ม
 3. จัดสิ่งแวดล้อม สถานที่ตรวจให้ปลอดภัย ไม่มีสิ่งกีดขวาง
 4. ติดอุปกรณ์เครื่องตรวจความดันโลหิตและแผ่นขั้วสัญญาณคลื่นไฟฟ้าหัวใจบริเวณหน้าอกผู้ป่วยเก็บสายให้เรียบร้อย
 5. อธิบายขั้นตอนการตรวจ วิธีการเดินบนสายพานที่ต้องพร้อมสาธิตให้ดู
 6. แนะนำให้ผู้ป่วยแจ้งเจ้าหน้าที่ทราบทันทีหากมีอาการผิดปกติที่ต้องหยุดการทดสอบ เช่น อาการมึนงง วิงเวียนศีรษะ ปวดหรือเป็นตะคริวที่ขา เข่า อ่อนเพลีย เหนื่อยมากกว่าปกติ เจ็บหน้าอกหรือหายใจลำบาก เป็นต้น
- การประเมินผล**

1. ผู้ป่วยไม่เกิดอุบัติเหตุพลัด ตก หก ล้ม ขณะตรวจ
2. ผู้ป่วยออกกำลังกายจนอัตราการเต้นของหัวใจ 144 ครั้ง/นาที บรรลุเป้าหมายที่แปลผลได้

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2 เจ็บแน่นหน้าอกรุนแรงขณะตรวจสมรรถภาพหัวใจด้วยการเดินสายพานเลื่อน
เนื่องจากเลือดไปเลี้ยงหัวใจได้น้อยลงขณะออกแรง

ข้อมูลสนับสนุน

S : ผู้ป่วยบอกว่า เจ็บแน่นหน้าอกร้าวไปที่รักแร้ 2 ข้างมาก เจ็บได้ 7/10

O : แสดงสีหน้าไม่สุขสบาย ประเมิน Pain score ได้ 7/10 คะแนน

: อัตราการเต้นของหัวใจ 144 ครั้งต่อนาที หายใจลักษณะเร็วตื่น อัตราการหายใจ 24-26 ครั้งต่อนาที
ความดันโลหิต 188 / 116 มิลลิเมตรปรอท ค่าความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือด 89%

: คลื่นไฟฟ้าหัวใจพบว่า ST depression in Lead II, III, AVF, V3-V6

วัตถุประสงค์การพยาบาล : หายหรือทุเลาจากอาการเจ็บหน้าอก

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยบอกว่าไม่มีอาการเจ็บหน้าอก หรือเจ็บหน้าอกน้อยลง pain scale 0 - 3 / 10 คะแนน
2. ไม่แสดงสีหน้าหรือพฤติกรรมที่แสดงถึงความเจ็บปวด
3. คลื่นไฟฟ้าหัวใจไม่พบการเปลี่ยนแปลงที่แสดงถึงกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหรือกล้ามเนื้อหัวใจตาย
4. มีระดับความรู้สึกตัวปกติ การเต้นของหัวใจ 60-100 ครั้งต่อนาที ไม่พบหัวใจเต้นผิดจังหวะ หายใจไม่เหนื่อยหอบ อัตราการหายใจ 16 - 20 ครั้งต่อนาที ค่าความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือด 94-100%

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินอาการเจ็บหน้าอก โดยใช้หลัก PQRST mnemonic คือ Precipitating cause (ปัจจัยชักนำที่ทำให้เกิด) Quality (ลักษณะอาการแน่นหน้าอก) Region Refer Relief (ตำแหน่งที่เกิดอาการและอาการร้าว สิ่งที่ทำให้อาการดีขึ้น) Severity and Associated Symptoms (ประเมินความรุนแรงและอาการร่วม) TimeหรือDuration (ระยะเวลาที่เกิดและระยะเวลาที่เป็น)¹¹ พร้อมประเมินระดับความรุนแรงของอาการปวด Pain score

2. รายงานแพทย์เพื่อพิจารณายุติการตรวจ ป้องกันการเกิดภาวะหัวใจขาดเลือดที่รุนแรง

3. ให้ผู้ป่วยนั่งพัก เพื่อลดปริมาณความต้องการออกซิเจนของกล้ามเนื้อหัวใจ

4. ประเมินสภาพทั่วไปและสัญญาณชีพทุก 5 นาทีขณะเกิดอาการ และทุก 15 นาทีเมื่ออาการเจ็บหน้าอกทุเลา เพื่อประเมินการทำงานของหัวใจ

5. ดูแลให้ยา Isosorbide dinitrate 5 mg รับประทาน ตามแผนการรักษาเพื่อช่วยขยายหลอดเลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจ หากอาการไม่ดีขึ้นรายงานแพทย์

6. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจน cannular 3 LPM ตามแผนการรักษา เพื่อเพิ่มระดับออกซิเจนในเลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจและลดการทำงานของหัวใจ

7. ประเมินและติดตามค่าความอิ่มตัวออกซิเจนปลายนิ้วอย่างต่อเนื่อง ถ้าน้อยกว่า 94% รายงานแพทย์ทันที

8. เฝ้าระวัง ติดตาม บันทึกอาการเจ็บหน้าอก ได้แก่ อาการร้าวตรง กระสับกระส่าย เหงื่อออก เป็นต้น

9. ติดตามเฝ้าระวังคลื่นไฟฟ้าหัวใจ โดย On EKG Monitor เพื่อทราบการเปลี่ยนแปลงของคลื่นไฟฟ้าหัวใจ หากผิดปกติให้รายงานแพทย์ทันที

10. เฝ้าระวังภาวะ Cardiac shock เช่น ความรู้สึกตัวลดลง ความดันโลหิตต่ำ ชีพจรเร็ว กระสับกระส่าย เหงื่อออก ตัวเย็น หน้าซีด^o

11. เตรียมเวชภัณฑ์ และอุปกรณ์ช่วยชีวิตให้พร้อม เพื่อการช่วยเหลือผู้ป่วยได้ทันต่อเหตุการณ์

การประเมินผล

1. ผู้ป่วยบอกว่าไม่มีอาการเจ็บหน้าอก Pain score ได้ 0/10 คะแนน

2. สีหน้าสดชื่นขึ้น ไม่เอามือมากุมหน้าอก

3. คลื่นไฟฟ้าหัวใจจาก EKG Monitor no ST change

4. มีระดับความรู้สึกตัวปกติ สัญญาณชีพปกติ ได้แก่ ชีพจรสม่ำเสมอ 76 ครั้งต่อนาที หายใจไม่เหนื่อยหอบ อัตราการหายใจ 16 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 138/78 มิลลิเมตรปรอท ค่าความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือด 98%

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 3 วิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องก่อนการส่งต่อโรงพยาบาล
ที่มีศักยภาพสูงกว่า

ข้อมูลสนับสนุน :

S : ถามจะรักษาได้หรือไม่ ต้องเตรียมตัวอย่างไรก่อนไปฉีดสี

O : สีหน้าวิตกกังวล สอบถามเกี่ยวกับการเจ็บป่วย และการฉีดสีหลอดเลือดหัวใจหลายครั้ง

วัตถุประสงค์การพยาบาล

1. เพื่อคลายความวิตกกังวลของผู้ป่วยและญาติ

2. เตรียมเอกสารและปฏิบัติตัวได้ถูกต้องก่อนไปฉีดสีหลอดเลือดหัวใจ

เกณฑ์การประเมินผล

1. สีหน้าผู้ป่วยและญาติดีขึ้น ไม่สอบถามซ้ำคำถามเดิม

2. เตรียมเอกสารและปฏิบัติตัวได้ถูกต้องและครบถ้วน

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินระดับความวิตกกังวลและความต้องการทราบข้อมูลของผู้ป่วยและญาติ
2. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติได้ระบายความรู้สึกวิตกกังวล และซักถามข้อสงสัยอย่างตั้งใจ พร้อมทั้งตอบคำถามให้ชัดเจน
3. สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับญาติด้วยวาจาสุภาพ กิริยาท่าทางที่แสดงถึงความจริงใจ
4. อธิบายเรื่องเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ผลการตรวจวินิจฉัย แนวทางการรักษาของแพทย์
5. ให้ข้อมูลเกี่ยวกับ การส่งต่อไปรักษาโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า ขั้นตอนการทำหัตถการ ฉีดสี สวนหัวใจ พร้อมทั้งให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องก่อนตรวจด้วยสื่อประกอบการสอน และแผ่นพับ
6. ประสานส่งต่อโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า โดยเตรียมรายละเอียดและเอกสารต่างๆของผู้ป่วยเพื่อฉีดสี สวนหัวใจ แบบผู้ป่วยนอก
7. แนะนำและรวบรวมเอกสารได้แก่ ใบส่งตัว ผลตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ ผลตรวจหัวใจด้วยคลื่นเสียงความถี่สูง ผลตรวจสมรรถภาพหัวใจด้วยการเดินสายพานเลื่อน ผลเอ็กซเรย์ปอด ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ ยาที่รับประทาน
8. คำนึงถึงสิทธิผู้ป่วย และเป็นสื่อกลางให้ผู้ป่วยและญาติได้รับทราบข้อมูลจากแพทย์โดยตรง หรือเปิดโอกาสให้ได้พูดคุยร่วมวางแผนการตรวจรักษากับแพทย์เจ้าของไข้
9. ให้กำลังใจผู้ป่วยและญาติ เพื่อช่วยให้เกิดความรู้สึกอบอุ่นใจ และคลายความกังวล

การประเมินผล

1. สิทธิ์ผู้ป่วยและญาติดีขึ้นดีขึ้น ไม่สอบถามซ้ำคำถามเดิม
2. เตรียมเอกสารได้ครบถ้วน และบอกการปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง ได้แก่ งดน้ำและอาหารหลังอาหารเช้าวันทำหัตถการ นำยาที่รับประทานและญาติไปด้วยเป็นต้น

การรับบริการครั้งที่ 3 (ระยษะนัดติดตามผล)

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1 มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจซ้ำ

ข้อมูลสนับสนุน :

S : ถามว่าต้องกินยาตลอดหรือเปล่า

O : ผลการทำหัตถการฉีดสีพบเส้นเลือดหัวใจตีบ 1 เส้น และได้รับการขยายหลอดเลือดหัวใจด้วยบอลลูนและใส่ขดลวด

: มีโรคประจำตัว คือ โรคความดันโลหิตและไขมันในเลือดสูง

: สูบบุหรี่ 15-20 มวนต่อวัน มากกว่า 20 ปี ค่า BMI 27.68 กก./ม² รอบเอว 102 ซม.

วัตถุประสงค์ของการพยาบาล : ปฏิบัติตัวได้ถูกต้องเพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจซ้ำ

เกณฑ์การประเมินผล :

1. สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลสุขภาพของตนเองไปในทางที่ดี และควบคุมปัจจัยเสี่ยง

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินความพร้อมและความตั้งใจที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดำเนินชีวิตที่เคยปฏิบัติมานาน
2. ให้ข้อมูลที่จำเป็นและความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับภาวะความเจ็บป่วย และการเตรียมพร้อมเพื่อเปลี่ยนแปลงวิถีการดำเนินชีวิต
3. ให้กำลังใจเพื่อสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลสุขภาพ
4. ให้ความรู้เกี่ยวกับการควบคุมปัจจัยเสี่ยง ด้วยสื่อประกอบการสอน และแผ่นพับ
 - 4.1 ให้คำแนะนำเรื่องยาที่ผู้ป่วยได้รับ วิธีการใช้ ข้อควรระวัง การสังเกตอาการข้างเคียงของยา ข้อห้ามในการใช้ยา และการรับยาต่อเนื่องไม่ให้ขาดยา
 - 4.2 แนะนำให้รับประทานอาหารจืด ไขมันน้อย เพื่อให้เหมาะสมกับโรค งดไขมันอิ่มตัว เช่น ไขมันจากสัตว์ ครีมเทียม น้ำมันมะพร้าว แนะนำให้ควบคุมน้ำหนักไม่ให้อ้วน

4.3 แนะนำให้เลิกสูบบุหรี่ เพราะสารนิโคติน ในบุหรี่ทำให้หลอดเลือดหดตัว หัวใจเต้นเร็ว หัวใจต้องทำงานหนักมากขึ้น และส่งปรึกษาแผนกจิตเวชเรื่องการเลิกบุหรี่ และนัดมารักษาต่อเนื่องในคลินิกเลิกบุหรี่

4.4 หลีกเลี่ยงความเครียดทั้งร่างกายและจิตใจ เพราะความเครียดทำให้ร่างกายผลิตสาร Adrenaline ทำให้หลอดเลือดหดตัว หัวใจเต้นเร็ว เกิดอาการเจ็บอก

4.5 ควบคุมน้ำหนักให้อยู่ในเกณฑ์ปกติหรือใกล้เคียงปกติ โดยให้ค่า BMI ตั้งแต่ 18.5-22.9 กก./ม² รอบเอวน้อยกว่า 90 ซม. โดยให้น้ำหนักลดลงตั้งแต่วัยละ 5

4.6 การออกกำลังกายตามระดับความหนักที่เหมาะสมกับผู้ป่วย

4.7 สังเกตอาการผิดปกติที่ควรมาพบแพทย์ก่อนนัดเช่น เหนื่อยง่าย เจ็บแน่นหน้าอก อมยาใต้ลิ้นไม่ทุเลา

5. ประสานการดูแลต่อเนื่องที่คลินิกโรคหัวใจเพื่อเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการดูแลสุขภาพและควบคุมปัจจัยเสี่ยง
การประเมินผล

1. ตอบคำถามเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวได้ถูกต้องและครบถ้วน ได้แก่ รับประทานยาต่อเนื่อง รับประทานอาหารจัด ไขมันน้อย กินผักผลไม้ ไม่เครียด มาตรวจตามนัด ถ้ามีอาการเหนื่อยง่าย เจ็บแน่นหน้าอก อมยาใต้ลิ้นไม่ดีขึ้นมาพบแพทย์ก่อนนัด

2. ประเมิน 2 สัปดาห์ ค่าดัชนีมวลกาย 26.64 กก./ม² รอบเอว 99 ซม. ไม่สูบบุหรี่ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา

สรุปกรณีศึกษา

ชายไทยอายุ 64 ปี มีประวัติเป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ และไขมันในเลือดสูง 5 ปี สูบบุหรี่ 15 - 20 มวนต่อวัน มากกว่า 20 ปี ค่าดัชนีมวลกาย 27.68 กก./ม² รอบเอว 102 ซม. มีประวัติเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยอาการเหนื่อยและแน่นกลางหน้าอกนาน 5 -10 นาที ร้าวไปรักแร้ทั้ง 2 ข้างเป็นเวลาออกแรง มารับบริการที่คลินิกตรวจหัวใจด้วยเครื่องมือพิเศษ เนื่องจากแพทย์นัดตรวจสมรรถภาพหัวใจด้วยการเดินสายพานเลื่อน เพื่อวินิจฉัยเส้นเลือดหัวใจตีบ บทบาทพยาบาลเริ่มตั้งแต่การเตรียมพร้อมผู้ป่วยก่อนตรวจ ขณะตรวจสมรรถภาพหัวใจด้วยการเดินสายพานเลื่อนด้วยวิธีการของบรูซ ขณะตรวจขั้นตอนที่ 2 นาทีที่ 4 ที่เพิ่มความชันขึ้นร้อยละ 2 และความเร็วเพิ่มขึ้น 2.5 ไมล์/ชั่วโมง ผู้ป่วยมีอาการเหนื่อย เจ็บแน่นหน้าอกร้าวไปที่รักแร้ 2 ข้างมาก Pain score 7/10 อัตราการเต้นของหัวใจ 144 ครั้งต่อนาที หายใจลักษณะเร็วตื่น อัตราการหายใจ 24 - 26 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 188/116 มิลลิเมตรปรอท ค่าความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือด 89% ให้การพยาบาลเพื่อป้องกันการพลัด ตก หกล้มขณะตรวจประเมิน การเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงและดูแลช่วยเหลือบรรเทาอาการ เจ็บแน่นหน้าอกให้ปลอดภัย จนพ้นภาวะวิกฤต ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ผลตรวจสมรรถภาพหัวใจด้วยการเดินสายพานเลื่อนผลบวก สำหรับภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดขณะใช้สมรรถภาพร่างกายต่ำ แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ แพทย์ส่งตัวไปรักษาต่อโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่าแบบผู้ป่วยนอกและนัดติดตามแบบผู้ป่วยนอก ให้ความรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วย แผนการรักษาของแพทย์ การเตรียมเอกสารและการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องก่อนไปฉีดสีหลอดเลือดหัวใจ รวมทั้งการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและควบคุมปัจจัยเสี่ยงเพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจซ้ำ

วิจารณ์

ภาวะเจ็บหน้าอกรุนแรงเป็นภาวะวิกฤตที่เกิดขึ้นได้ในขณะตรวจสมรรถภาพหัวใจด้วยการเดินสายพานเลื่อน พยาบาลนั้นมีบทบาทที่สำคัญอย่างยิ่ง ในการประเมินอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย เพราะเป็นผู้ให้บริการ การประเมินที่รวดเร็วและให้การช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างถูกต้องทันเวลาที่ตามแผนการรักษาตั้งในกรณีศึกษา จะช่วยผู้ป่วยให้ปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง ส่งผลให้สามารถรักษาชีวิตของผู้ป่วยไว้ได้ ดังนั้นพยาบาลจึงควรมีการเพิ่มพูนความรู้และทักษะในการปฏิบัติการพยาบาลทั้งระยะเตรียม ระยะตรวจประเมิน และระยะติดตามผล เพื่อให้การพยาบาลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพและครอบคลุม

ข้อเสนอแนะ

1. ควรนำไปใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บหน้าอกรุนแรงขณะตรวจสมรรถภาพหัวใจด้วยการเดินสายพานเลื่อน
2. นำปัญหา อุปสรรคต่างๆ มาทบทวน ปรับแก้ไขและประสานกับทีมสหสาขาวิชาชีพ
3. นำความรู้ไปเผยแพร่ในโรงพยาบาลชุมชน ในการประเมินเบื้องต้นได้ ใช้เป็นแนวทางในการปฐมพยาบาลพยาบาลจบบัณฑิตศึกษาพยาบาลฝึกงาน นิสิตคณะสหเวชศาสตร์ สาขาเทคโนโลยีหัวใจและทรวงอก

เอกสารอ้างอิง

1. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. รวบรวมโรคเฝ้าระวังในวัณโรคหัวใจโลก 2566. [online]. 2566. [เข้าถึงเมื่อ 5 ตุลาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก : https://ddc.moph.go.th/brc/news.php?news=37372&deptcode=brc&news_views=2489
2. เพียงตา ทรัพย์โมกข์. ผลการพัฒนาระบบการเตรียมพร้อมก่อนการตรวจสมรรถภาพหัวใจด้วยการออกกำลังกายเดินสายพานเคลื่อนที่ ห้องตรวจพิเศษโรคหัวใจ โรงพยาบาลกลาง. กรุงเทพฯ: โรงพยาบาลกลาง สำนักการแพทย์; 2558.
3. สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์. แนวทางเวชปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดในประเทศไทย ฉบับปรับปรุง ปี 2557. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: ศรีเมืองการพิมพ์; 2557.
4. สำอังก์ ตันวิเชียร. การพยาบาลผู้ป่วยเพื่อส่งตรวจหัวใจด้วยคลื่นสะท้อนเสียงความถี่สูง และการตรวจสมรรถภาพหัวใจด้วยการออกกำลังกายเดินสายพานในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด กรณีผู้ป่วยนอก: กรณีศึกษาเปรียบเทียบ 2566. [online]. 2566. [เข้าถึงเมื่อ 14 กันยายน 2566]. เข้าถึงได้จาก : <http://www.smkh.moph.go.th>.
5. Centers for Disease Control and Prevention. Coronary Artery Disease (CAD) [online]. 2021 July 19, 2021. [cited 2023, Oct 6]; Available from: https://www.cdc.gov/heartdisease/coronary_ad.htm
6. จิราพร มณีพราย. การพัฒนาระบบบริการพยาบาลผู้ป่วยตรวจสมรรถภาพหัวใจด้วยการเดินบนสายพานเลื่อน. วารสารโรงพยาบาลกำแพงเพชร. 2563;26:21-34.
7. ศูนย์โรคหัวใจ ศูนย์ศรัทธาพัฒนา. การตรวจสมรรถภาพของหัวใจ EST 2557. [online]. 2563. [เข้าถึงเมื่อ 21 กันยายน 2566]. เข้าถึงได้จาก : <https://sriphat.med.cmu.ac.th/th/knowledge-176>
8. มูลนิธิหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์. เดินวิ่งสายพานตรวจหัวใจ เป็นอย่างไร ใครควรทำ 2021. [online]. 2021. [เข้าถึงเมื่อ 6 ตุลาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก : <https://www.thaiheartfound.org/Article/Detail/140289>
9. ฐานข้อมูล Hos XP โรงพยาบาลกำแพงเพชร. สถิติการให้บริการผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยใน ปี 2563-2565. [DATABASE]. กำแพงเพชร:โรงพยาบาลกำแพงเพชร;2566.
10. nursesoulciety. การใช้มาตรวัดความเจ็บปวด. [online]. 2565. [เข้าถึงเมื่อ 23 กันยายน 2566]. เข้าถึงได้จาก : <https://nursesoulciety.com/2022/03/07/pain-gauge/>.
11. พรทิพย์ สารีโส. การพยาบาลผู้สูงอายุระบบหัวใจและหลอดเลือด. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2565.



Nursing care Persistent Pulmonary Hypertension of the Newborn : A Case Study

Juntarut Treepooritut, D.N.S.*

Abstract

Introduction : Persistent Pulmonary Hypertension of the Newborn (PPHN) is a disorder that can occur in newborns. This makes it difficult to exchange oxygen and pump blood to the body, leading to severe oxygen deprivation, respiratory failure, and possibly death. Prompt and accurate assessment, early diagnosis, and standard nursing care, along with the application of nursing knowledge and theory can help to reduce the mortality rate, the incidence of disability and other complications, and improve the quality of life for infants with PPHN. It can also reduce the length of hospital stay, costs, and family burden.

Objective : To provide effective nursing care of Persistent Pulmonary Hypertension of the Newborn

Case Study : A 38-week-old male newborn was born normally at a community hospital. After birth, breathing rapidly and labored. On high-flow nasal cannula (HHFNC) but did not improve, so the baby was intubated and transferred to Kamphaeng Phet Hospital. The initial diagnosis was suspected congenital pneumonia. On ventilator (RR 60/min, PIP 15 cmH₂O, PEEP 5 cmH₂O, FiO₂ 1.0). The baby was kept warm in an incubator, and was given ampicillin and cefotaxime. The baby continued to have labored breathing, so the ventilator was switched to High-Frequency Oscillatory Ventilation (HFOV). Blood pressure was low. The doctor gave dopamine and norepinephrine. O₂ saturation 80-85% in right hand, 75-80% in left hand and both feet. The baby was diagnosed with PPHN, was given sildenafil and donor orally. However, blood pressure remained low, so sildenafil and donor were stopped. O₂ saturation 80-85%. The doctor gave surfactant. Then o₂ saturation 90-93%. CBC at 12 hours after birth showed WBC 33,800. The antibiotic was changed to meropenem. Blood pressure still low. The position of the umbilical venous catheter (UVC) line had shifted. The central venous catheter was inserted. Blood pressure improve. O₂ saturation 95-99%. The baby received dopamine for 3 days and norepinephrine for 8 days, on ventilator for 18 days. The condition stabilized, and did not develop any further complications. After 3 days on HHFNC,. The baby was transferred from the neonatal intensive care unit (NICU) to the pediatric ward. During stay in the NICU, the nursing problems were: 1. Impaired gas exchange, 2. Decreased cardiac output, 3. Infection, 4. Fluid, electrolyte, and mineral imbalance, 5. Anemia, 6. Parental anxiety, and 7. Discharge planning. All problems were resolved. The baby's condition was also communicated to the pediatric ward for continuity of care and to prevent complications that may occur during stay in the pediatric ward.

conclusion : The baby is safe from the critical condition. Therefore, nurses play a vital role in providing highly skilled and knowledgeable care for newborns with PPHN who are in life-threatening conditions. This case study can be used to effectively implement nursing interventions that are relevant to the problem in order to care for the baby so that he/she survives and is free from complications.

Keywords : Persistent Pulmonary Hypertension, Nursing care of the Newborn

*Registered Nurse, Intensive Care Nursing Unit, Kamphaeng Phet Hospital

การพยาบาลทารกแรกเกิดที่มีภาวะความดันเลือดในปอดสูง : กรณีศึกษา

จันทร์รัตน์ ตริฎิทธิทัต, ป.พ.ส.*

บทคัดย่อ

บทนำ : ภาวะความดันเลือดในปอดสูงในทารกแรกเกิด เกิดจากการที่หลอดเลือดในปอดมีความต้านทานเพิ่มขึ้น ทำให้ความดันในปอดสูงขึ้น การแลกเปลี่ยนออกซิเจน และสูบฉีดเลือดไปเลี้ยงร่างกายทำได้น้อยลง มีผลให้ขาดออกซิเจนรุนแรง มีภาวะหายใจล้มเหลวและอาจรุนแรงถึงขั้นเสียชีวิตได้ การประเมินที่ถูกต้อง การวินิจฉัยที่รวดเร็ว การดูแลรักษาพยาบาลตามมาตรฐาน ร่วมกับการนำความรู้ ทฤษฎีทางการพยาบาลมาใช้ในการดูแลทารกจะช่วยลดอัตราการเสียชีวิต ลดอุบัติเหตุของความพิการ และภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ ที่จะตามมาได้

วัตถุประสงค์ : เพื่อให้การพยาบาลทารกแรกเกิดที่มีภาวะความดันเลือดในปอดสูงได้อย่างมีประสิทธิภาพ

กรณีศึกษา : ทารกแรกเกิด เพศชาย อายุครรภ์ 38 สัปดาห์ คลอดปกติที่โรงพยาบาลชุมชน แรกคลอดทารกหายใจเหนื่อยหอบ ได้รับการรักษาโดยการให้ออกซิเจนด้วยอัตราการไหลสูง (HHHFNC) ไม่ทุเลา จึงใส่ท่อช่วยหายใจ และส่งต่อมายังโรงพยาบาลกำแพงเพชร วินิจฉัยแรกเริ่ม คือ suspected congenital pneumonia ดูแลให้ on ventilator ชนิดควบคุมแรงดัน (Pressure-controlled) RR 60/min PIP 15 cmH₂O PEEP 5 cmH₂O FiO₂ 1.0 สังเกตการหายใจ keep warm on incubator ได้รับยา ampicillin iv และ ยา cefotaxime iv ทารกมีหายใจเหนื่อยหอบไม่สัมพันธ์กับเครื่อง ปรับเครื่องช่วยหายใจเป็นชนิดความถี่สูง (HFOV) BP 57/27 mmHg ได้รับยา dopamine iv drip, norepinephrine iv drip วัด O₂ saturation ที่มือขวา 80-85% ที่มือซ้ายและเท้า ทั้ง 2 ข้าง 75-80% แพทย์วินิจฉัยว่ามีภาวะความดันเลือดในปอดสูงในทารกแรกเกิด (Persistent Pulmonary Hypertension of the Newborn : PPHN) ได้รับยา sildenafil oral สลับกับ donor oral แต่ทารกยังมีภาวะความดันโลหิตต่ำ จึงหยุดให้ยา sildenafil และ donor วัด O₂ saturation 80-85% ได้รับสารลดแรงตึงผิว (surfactant) หลังได้รับ surfactant O₂ saturation 90-93% ผล CBC หลังคลอด 12 ชั่วโมง พบ WBC 33,800 PLT 234,000 NE% 71 LY% 25 เปลี่ยนยาเป็น meropenem iv ภาวะความดันโลหิตต่ำ ยังไม่ดีขึ้น ตำแหน่งของ UVC line เลื่อนออกจากตำแหน่งเดิม ปฏิบัติการวินิจฉัยแพทย์ใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง ความดันโลหิตเริ่มอยู่ในเกณฑ์ปกติ O₂ saturation 95-99% ได้รับ dopamine 3 วัน และ norepinephrine 8 วัน ใส่เครื่องช่วยหายใจนาน 18 วัน หลัง on HHHFNC 3 วัน อาการคงที่ สัญญาณชีพปกติ ไม่พบภาวะแทรกซ้อนใดๆ เพิ่ม รับนมได้ ไม่อาเจียน จึงย้ายออกจากหออภิบาลทารกแรกเกิดวิกฤต (NICU) ไปยังหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม 2 ระหว่างนอนรักษาใน NICU ปัญหาทางการพยาบาล คือ 1. การแลกเปลี่ยนก๊าซบกพร่อง 2. ปริมาณเลือดสูบน้ำออกจากหัวใจลดลง 3. มีการติดเชื้อในร่างกาย 4. มีภาวะไม่สมดุลของสารน้ำสารอาหารและเกลือแร่ในร่างกาย 5. มีภาวะช็อค 6. บิดามารดามีความวิตกกังวล 7. วางแผนย้ายออกจากหออภิบาลทารกแรกเกิดวิกฤตเมื่ออาการดีขึ้น ปัญหาต่างๆ ได้รับการช่วยเหลือและแก้ไข รวมทั้งมีการส่งต่ออาการของทารกกับหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม 2 เพื่อการดูแลที่ต่อเนื่อง และป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นในระหว่างที่นอนรักษาในหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม 2

สรุปผลกรณีศึกษา : ทารกปลอดภัยจากภาวะวิกฤต ดังนั้นพยาบาลมีบทบาทสำคัญจะต้องมีทักษะความรู้ ความชำนาญอย่างสูงในการดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะความดันเลือดในปอดสูงและอยู่ในภาวะคุกคามต่อชีวิต จากกรณีศึกษาครั้งนี้สามารถนำไปสู่การปฏิบัติการพยาบาลที่สอดคล้องกับปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อดูแลทารกให้รอดชีวิต และปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน

คำสำคัญ : ภาวะความดันเลือดในปอดสูง การพยาบาลทารกแรกเกิด

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลกำแพงเพชร

บทนำ

ภาวะความดันเลือดในปอดสูงในทารกแรกเกิด (Persistent Pulmonary Hypertension of the Newborn : PPHN) เป็นภาวะที่ความต้านทาน และความดันในหลอดเลือดแดงในปอดไม่ลดลงตามปกติหลังคลอด เลือดจากหัวใจห้องล่างขวา (right ventricle) ไหลไปรับออกซิเจนที่ปอดไม่ได้ จึงไหลลัดไปทาง ductus arteriosus และ foramen ovale (right to left shunt) ซึ่งปัจจัยเสี่ยงที่จะทำให้เกิดภาวะ PPHN มีตั้งแต่ระยะก่อนคลอด ขณะคลอดและหลังคลอด เช่น ภาวะ Oligohydramnios, PIH, Asphyxia, MAS, TTNB, Sepsis, Pneumonia เป็นต้น^{1,2} ซึ่งปัจจัยเหล่านี้เป็นสาเหตุให้ความดันและแรงต้านหลอดเลือดในปอดสูงขึ้น การแลกเปลี่ยนออกซิเจน และการสูดเลือดไปเลี้ยงร่างกายน้อยลง ส่งผลให้ทารกขาดออกซิเจนอย่างรุนแรง มีภาวะหายใจล้มเหลว และรุนแรงถึงขั้นเสียชีวิตได้³ ประเทศไทยพบอุบัติการณ์เกิด 0.38 – 2.80 ต่อการเกิดมีชีพ 1,000 คน^{4,5} และพบอัตราการเสียชีวิต ร้อยละ 24.0 – 39.5 ซึ่งแตกต่างกันไปตามบริบทของแต่ละพื้นที่⁵

หลักในการรักษาภาวะ PPHN ที่สำคัญ คือ การดูแลระบบทางเดินหายใจ การลดความต้านทานและความดันเลือดในปอด การทำให้ออกซิเจนไปเลี้ยงร่างกายอย่างเพียงพอ การรักษาประคับประคองการทำงานของระบบไหลเวียนเลือด การให้สารลดแรงตึงผิว ในส่วนของการพยาบาล ได้แก่ การประเมินและติดตามอาการของทารกอย่างใกล้ชิด การจัดสิ่งแวดล้อมให้สงบ การลดการรบกวนจากสิ่งรบกวนภายนอก การควบคุมอุณหภูมิของทารกให้ปกติ ให้ทารกได้รับออกซิเจนตามแผนการรักษาและประเมินภาวะพร่องออกซิเจน การบริหารยาขยายหลอดเลือด ยากระตุ้นความดัน ยาแก้ลมประสาท ยาระงับปวดตามแผนการรักษา¹

จากการทบทวนเวชระเบียนของ NICU โรงพยาบาลกำแพงเพชร ในปี 2563, 2564, 2565 พบอุบัติการณ์เกิดภาวะความดันเลือดในปอดสูง 0.23, 0.47, 0.50 ต่อการเกิดมีชีพ 1,000 คน และ พบอัตราการเสียชีวิตร้อยละ 0, 100, 0 ตามลำดับ^{6,7,8} ดังนั้น ทารกที่มีภาวะ PPHN ต้องได้รับการดูแลและเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด พยาบาลจึงเป็นผู้ที่มีความสำคัญ ต้องมีความรู้ความชำนาญ และทักษะปฏิบัติงานตามแนวปฏิบัติที่เป็นมาตรฐาน รวมถึงมีความสามารถในการจัดการกับสถานการณ์วิกฤตได้อย่างรวดเร็วถูกต้อง กรณีศึกษาที่มีวัตถุประสงค์เพื่อให้การพยาบาลทารกแรกเกิดที่มีภาวะความดันเลือดในปอดสูงได้อย่างมีประสิทธิภาพ อันจะเป็นแนวทางเพื่อให้การพยาบาลทารกแรกเกิดที่มีภาวะความดันเลือดในปอดสูงต่อไป

กรณีศึกษา

ทารกแรกเกิด เพศชาย เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย

อาการสำคัญ

รับ Refer จากโรงพยาบาลชาณุวรลักษบุรี ด้วยหายใจเหนื่อยหอบ 2 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล

ประวัติเจ็บป่วยในปัจจุบัน

4 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาลคลอดปกติที่โรงพยาบาลชาณุวรลักษบุรี น้ำหนักแรกคลอด 2,875 กรัม Apgar score ในนาทีที่ 1, 5, 10 คือ 8, 9, 10 คะแนน ตามลำดับ แรกคลอดทารกหายใจเหนื่อยหอบ วัดความอืดตัวของอกซิเจนในเลือดที่มีชื่อว่าได้ 93% ให้การรักษาโดยให้ออกซิเจนด้วยอัตราการไหลสูง (HHHFNC) 6 LPM ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำน้ำตาลในเลือด (DTX) 126 mg%

2 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาลยังหายใจเหนื่อยหอบ อัตราการหายใจ (RR) 80-90 ครั้ง/นาที ปรีกษากุมารแพทย์โรงพยาบาลกำแพงเพชร ให้ใส่ท่อช่วยหายใจเบอร์ 3.5 ลึก 9 cms และส่งต่อมารับการรักษาที่ NICU โรงพยาบาลกำแพงเพชร

ประวัติการตั้งครรภ์และการคลอดของมารดา

มารดา G6P5 อายุครรภ์ 38⁺⁴ สัปดาห์ ผ่าครรภ์ที่โรงพยาบาลชาณุวรลักษบุรี โดยผ่าครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์ 20 สัปดาห์ จำนวน 4 ครั้ง ไม่ครบเกณฑ์ ผลเลือด HIV = Negative, VDRL = Non reactive, HBsAg = Negative หลังคลอดมารดาแข็งแรงดี ไม่มีภาวะแทรกซ้อน

ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว บิดามารดาสุขภาพแข็งแรงดี ปฏิเสธโรคประจำตัวหรือโรคติดต่อเรื้อรังทุกชนิด

การประเมินสภาพร่างกายตามระบบ : รูปร่างทั่วไปปกติ หายใจชายโครงบวมร่วมกับเครื่องช่วยหายใจ 60 ครั้ง/นาที ปอดมีเสียง crepitation และ ronchi ไม่มีภาวะ cyanosis ส่วนระบบอื่นๆ ปกติ



การวินิจฉัยโรค Persistent Pulmonary Hypertension of the Newborn (PPHN)

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่สำคัญ

CBC								
26/05/66		27/05/66		29/05/66		10/06/66		
WBC	17,700	WBC	33,800	WBC	33,800	WBC	13,000	
Plt	366,000	Plt	324,000	Plt	299,000	Plt	250,000	
Hct	46.6	Hct	45.5	Hct	39.1	Hct	27.7	
NE%	37	NE%	71	NE%	79	NE%	79	
LY%	55	LY%	25	LY%	21	LY%	18	
mESR	10 mm							

Blood Gas								
26/05/66	27/05/66	28/05/66 (06.00น.)	28/05/66 (09.00น.)	28/05/66 (19.00น.)	29/05/66	31/05/66	10/06/66	15/06/66
pH	pH	pH	pH	pH	pH	pH	pH	pH
7.36	7.24	7.12	7.14	7.38	7.38	7.37	7.40	7.57
pO ₂	PaO ₂	PaO ₂	PaO ₂	PaO ₂	PaO ₂	PaO ₂	PaO ₂	PaO ₂
26	53	21	12	125	82	83	92	98
pCO ₂	PaCO ₂	PaCO ₂	PaCO ₂	PaCO ₂	PaCO ₂	PaCO ₂	PaCO ₂	PaCO ₂
41	33	56	68	33	37	47	40	18
HCO ₃	HCO ₃	HCO ₃	HCO ₃	HCO ₃	HCO ₃	HCO ₃	HCO ₃	HCO ₃
23	14.1	18.2	23.1	19.5	21.9	27.2	24.8	16.5
BE (ecf)	BE (ecf)	BE (ecf)	BE (ecf)	BE (ecf)	BE (ecf)	BE (ecf)	BE (ecf)	BE (ecf)
-2.2	-13.3	-11.1	-5.9	-4.9	-2.8	1.9	0	-5.5

Electrolyte		
31/05/66	01/06/66	03/06/66
K 3.0	K 3.6	Mg 2.1
Mg 1.8		

สรุปการดำเนินของโรคขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

26/05/66 : เวลา 20.25 น. รับจากโรงพยาบาลชาลวรัลลักษบุรี แกร์รับที่ NICU เด็กหายใจชายโครงน่วม on ET.tube 3.5 mark 9 on ventilator PTV mode RR 60 /min PIP 18 cmH₂O PEEP 5 cmH₂O FiO₂ 1.0 อุณหภูมิ 36.6 องศาเซลเซียส HR 162 ครั้ง/นาที BP 63/34 mmHg O₂ sat 95% หายใจร่วมกับเครื่องชายโครงน่วมเล็กน้อย แพทย์ on UVC line และ UAC line NPO on 10%D/W iv drip

เวลา 23.30 น. เด็กเริ่มหายใจไม่สัมพันธ์เครื่อง O₂ sat 88% รายงานแพทย์ให้ dornicum 0.3 mg iv O₂ sat 83-84% ดูแลปรับเพิ่มเครื่องช่วยหายใจ RR 70 /min PIP 20 cmH₂O PEEP 6 cmH₂O

27/05/66 : เวลา 00.10 น. O₂ sat 80-83% แพทย์ switch mode เครื่องช่วยหายใจเป็น HFOV mode RR 10 Hz MAP 15 Delta P 28 เริ่มมีความดันโลหิตต่ำ BP 57/27 mmHg ได้รับ NSS 30 ml iv load , dopamine 17 mg + 5%D/W 10 ml iv drip และ norepinephrine 2.2 mg + 5%D/W up to 25 ml iv drip O₂ sat ที่ pre-ductal 80-85% ที่ post-ductal 75-80% ได้รับยา sildenafil 2 mg oral และ donor 10 mcg oral ยังคงมี cyanosis O₂ sat 60-70% ได้รับ surfactant via ET.tube

ภาวะ cyanosis ยังไม่ดีขึ้น และยังมีภาวะตันโลหิตต่ำ ดูแลปรับเพิ่มเครื่องช่วยหายใจและเพิ่มขนาดยา inotrope ตามแผนการรักษา เด็กหายใจไม่สัมพันธ์กับเครื่อง ได้รับยา midazolam 6 mg + NSS 50 ml iv drip และ fentanyl 70 mcg + 5%D/W up to 25 ml iv drip ผล ABG HCO₃ 14.1 ได้รับ 7.5% sodium bicarbonate 3 ml + sterile water up to 20 ml iv drip, NPO on 10% D/N/5 iv drip

28/05/66 : เด็กเริ่มหลับได้ หายใจตามเครื่องช่วยหายใจ ผล ABG pH 7.14 PaO₂ 12 PaCO₂ 68 BP 51/24 mmHg O₂ sat 83-86% ดูแลปรับเพิ่มเครื่องช่วยหายใจและเพิ่มขนาดยา inotrope ตามแผนการรักษาของแพทย์ พบ UVC line เลื่อน จึง off UVC line และปรึกษาวิสัญญีแพทย์เพื่อใส่ central line แทน ผล CBC พบ WBC 33,800 เปลี่ยนยา antibiotic เป็น meropenem iv ยังคง NPO ต่อ

29/05/66 : เด็กใส่เครื่องช่วยหายใจไว้ หายใจสัมพันธ์กับเครื่องดี ไม่มีเหนื่อยหอบ O₂ sat 95-99% systolic BP อยู่ในช่วง 70-90 mmHg diastolic BP อยู่ในช่วง 40-70 mmHg แพทย์จึงให้ off dopamine

30/05/66 – 05/06/66 : สามารถปรับลดเครื่องช่วยหายใจลงได้อย่างต่อเนื่อง BP 85/44 mmHg O₂ sat 95-98% แพทย์จึงให้ off norepinephrine ยังคง NPO ไว้ มี I/O Imbalance ได้รับยา lasix iv ผลอิเล็กโทรไลต์พบ Mg 1.9 ได้รับยา magnesium sulfate iv drip

06/06/66 : ผล ABG ปกติ แพทย์จึง switch mode เครื่องช่วยหายใจเป็น PTV mode RR 40 /min PIP 18 cmH₂O PEEP 5 cmH₂O FiO₂ 0.5 และเริ่มให้นม 5 ml วันละ 8 มื้อ (x 8 feeds)

09/06/66 : ใส่เครื่องช่วยหายใจไว้ หายใจสัมพันธ์กับเครื่องดี สัญญาณชีพปกติ แพทย์จึงให้ off ยา antibiotic

10/06/66 : อุณหภูมิกาย 37.8 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 180-200 ครั้ง/นาที จากผล CBC ไม่พบว่า มีการติดเชื้อเพิ่มขึ้นจากเดิม แพทย์จึงสันนิษฐานว่าเด็กอาจจะยังมีการติดเชื้ออยู่ จึงให้ยา meropenem 120 mg iv และ vancomycin 40 mg iv และจากผล CBC พบ Hct 27.7 % ได้รับ LPRC 30 ml iv drip

13/06/66 : ผล Sputum C/S พบเชื้อ Stenotrophomonas maltophilia แพทย์ off meropenem iv และให้ Co-Trimoxazole oral

14/06/66 : ผล ABG ปกติ แพทย์ให้ off ventilator และ on HHHFNC 7 LPM FiO₂ 0.6 เด็กหายใจชายโครงนุ่มเล็กน้อย ไม่เหนื่อยหอบ ปอดทั้ง 2 ข้าง clear RR 52-56 /min O₂ sat 96-99%

16/06/66 : เด็กหายใจได้ดี ไม่มีเหนื่อยหอบ on HHHFNC 5 LPM FiO₂ 0.4 O₂ sat 96-99 % รับนมได้มี้อละ 40 ml ไม่อาเจียน ท้องไม่อืด อาการทั่วไปปกติ ไม่พบภาวะแทรกซ้อนใดๆ แพทย์จึงพิจารณาให้ย้ายออกจาก NICU ไปยังหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม 2 และอนุญาตให้กลับบ้านได้ในวันที่ 27/06/66

การวางแผนการพยาบาล

พบว่าผู้ป่วยมีปัญหาทางการพยาบาลที่สำคัญ ดังนี้

1. การแลกเปลี่ยนก๊าซบกพร่อง เนื่องจากมีความต้านทานของหลอดเลือดแดงในปอดเพิ่มสูงขึ้น
2. ปริมาณเลือดสูบฉีดออกจากหัวใจลดลงเนื่องจากประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจลดลงจากภาวะขาดออกซิเจน และการเปลี่ยนแปลงความต้านหลอดเลือดของปอดและของร่างกาย
3. มีการติดเชื้อในร่างกาย เนื่องจากระบบภูมิคุ้มกันยังทำงานได้ไม่สมบูรณ์
4. มีภาวะไม่สมดุลของสารน้ำสารอาหารและเกลือแร่ในร่างกาย เนื่องจากการทำงานของลำไส้และไตลดลงจากภาวะพร่องออกซิเจน และมีความต้องการพลังงานสูงจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤต
5. มีภาวะซีด เนื่องจากการสร้างเม็ดเลือดแดงลดลงจากการติดเชื้อในร่างกาย
6. บิดามารดามีความวิตกกังวล เนื่องจากความเจ็บป่วยของบุตร
7. วางแผนย้ายออกจากหออภิบาลทารกแรกเกิดวิกฤตเมื่ออาการดีขึ้น

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลแบ่งเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะวิกฤต

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 1 การแลกเปลี่ยนก๊าซบกพร่องเนื่องจากมีความต้านทานของหลอดเลือดแดงในปอดเพิ่มสูงขึ้น

ข้อมูลสนับสนุน : O₂ saturation ที่ pre-ductal 80-85% ที่ post-ductal 75-80% ค่า PaO₂ 21

วัตถุประสงค์ : เพื่อให้ทารกได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอและปลอดภัยจากภาวะพร่องออกซิเจน

เกณฑ์การประเมินผล

1. O₂ saturation \geq 95 % (ที่ pre-ductal และ post-ductal ไม่ควรห่างกันมากกว่า 5%)
2. ABG อยู่ในเกณฑ์ปกติ ดังนี้ pH 7.35 – 7.45 PaCO₂ 35 – 45 mmHg PaO₂ 75 – 100 mmHg ,

กิจกรรมการพยาบาล

1. ดูแลให้ทารกได้รับการช่วยหายใจ และได้รับออกซิเจนจากเครื่องช่วยหายใจอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อรักษาระดับ O₂ sat (\geq 95 %) และตรวจสอบการตั้งสัญญาณเตือนของเครื่องช่วยหายใจ การหาสาเหตุและรีบแก้ไขเมื่อมีเสียงสัญญาณเตือนระมัดระวังไม่ให้ ET-tube เลื่อนหลุด ตรวจสอบสายและข้อต่อไม่ให้รั่ว หัก พับงอหรือหลุด ไม่ให้น้ำค้างสาย circuit ไหลเข้าหาทารก และการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ เช่น ลมรั่วในช่องเยื่อหุ้มปอด

2. ดูแลทางเดินหายใจให้โล่งโดยการขจัดเสมหะออกจากทางเดินหายใจเมื่อมีข้อบ่งชี้โดยใช้ closed suction system ใช้แรงดันระหว่าง 80–100mmHg และใช้เวลา 5-10 วินาที/ครั้ง จัดท่านอนศีรษะสูง 30 องศาโดยจัดศีรษะให้อยู่กึ่งกลางของลำตัวและคอแขวนเล็กน้อย และเปลี่ยนท่านอนทุก 2 ชั่วโมง (เมื่ออาการคงที่และสามารถทำได้)

3. ควบคุมอุณหภูมิร่างกายให้อยู่ในระดับปกติคือ 36.8 - 37.2°C เพื่อลดการเผาผลาญของร่างกาย ซึ่งมีผลต่อการใช้ ออกซิเจนของร่างกาย

4. รบกวนทารกให้น้อยที่สุดโดยใช้ผ้าคลุมตัวเพื่อลดแสงสว่าง วางแผนจัดกิจกรรมการพยาบาลให้อยู่ในช่วงเวลาเดียวกัน และลดเหตุการณ์ที่ทำให้เจ็บปวด เช่นการดูดเลือดส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการผ่านทางสายสวนหลอดเลือดสะดือ

5. ดูแลให้ได้รับยา midazolam 6 mg + NSS 50 ml iv drip และ fentanyl 70 mcg + 5%D/W up to 25 ml iv drip ตามแผนการรักษาและเฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์จากการได้รับยา เช่น ความดันโลหิตต่ำ กตการหายใจ หัวใจเต้นช้า

6. การติดตามค่า ABG เพื่อประเมินการแลกเปลี่ยนก๊าซ

7. Monitor EKG Oxygen saturation ความดันโลหิตและการเต้นของหัวใจไว้ตลอดเวลา และสังเกตอาการอย่างใกล้ชิด เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน หรืออันตรายที่อาจเกิดขึ้นกับทารก

การประเมินผล

1. O₂ saturation 96-99% (ที่ pre-ductal และ post-ductal ไม่ห่างกันมากกว่า 5%)
2. ผล ABG pH 7.40 PaO₂ 92 PaCO₂ 40

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 2 ปริมาณเลือดสูบฉีดออกจากหัวใจลดลงเนื่องจากประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจลดลง

จากภาวะขาดออกซิเจนและมีการเปลี่ยนแปลงความดันหลอดเลือดของปอดและของร่างกาย

ข้อมูลสนับสนุน

1. อัตราการเต้นของหัวใจอยู่ระหว่าง 170-190 ครั้ง/นาที
2. systolic BP 50-55 มิลลิเมตรปรอท และความดันโลหิตเฉลี่ย 30-35 มิลลิเมตรปรอท

วัตถุประสงค์ : เพื่อให้เนื้อเยื่อได้รับเลือดไปเลี้ยงอย่างเพียงพอ

เกณฑ์การประเมินผล

1. อัตราการเต้นของหัวใจอยู่ระหว่าง 120-160 ครั้ง/นาที
2. systolic BP >65 มิลลิเมตรปรอท และความดันโลหิตเฉลี่ย >40 มิลลิเมตรปรอท

กิจกรรมการพยาบาล

1. ดูแลให้ได้รับ NSS 30 ml iv load ตามแผนการรักษา
2. ดูแลให้ได้รับยา dopamine 17 mg + 5%D/W 10 ml iv drip และ norepinephrine 2.2 mg + 5%D/W up to 25 ml iv drip ตามแผนการรักษาเพื่อเพิ่มความดันโลหิตด้วยเครื่องควบคุมอัตราการไหลอัตโนมัติและเฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์จากการได้รับยา เช่น หัวใจเต้นเร็ว ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ
3. บันทึกปริมาณน้ำที่เข้าและออกจากร่างกายเป็น มิลลิลิตร/กิโลกรัม/ชั่วโมง
4. สังเกตอาการของภาวะขาดเลือดไปเลี้ยงอวัยวะเช่น หัวใจเต้นเร็วขณะทารกนอนหลับ ความดันโลหิตต่ำ บัสสาวะออกน้อยลง
5. Monitor EKG Oxygen sat ความดันโลหิต และการเต้นของหัวใจไว้ตลอดเวลา และสังเกตอาการอย่างใกล้ชิด

การประเมินผล

1. อัตราการเต้นของหัวใจอยู่ระหว่าง 132-156 ครั้ง/นาที
2. systolic BP 70-90 มิลลิเมตรปรอท และความดันโลหิตเฉลี่ย 40-50 มิลลิเมตรปรอท

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 3 มีการติดเชื้อในร่างกาย เนื่องจากระบบภูมิคุ้มกันยังทำงานได้ไม่สมบูรณ์

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผล CBC WBC 33,800 Plt 324,000 NE% 71 LY% 25
2. ผล sputum C/S พบเชื้อ Stenotrophomonas maltophilia

วัตถุประสงค์ : เพื่อลดและป้องกันการติดเชื้อในร่างกาย

เกณฑ์การประเมินผล

1. สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ T = 36.8-37.2 °C HR = 120-160 /min
2. ผล CBC ปกติ
3. ผล sputum C/S no growth

กิจกรรมการพยาบาล

1. วัดสัญญาณชีพทุก 2-4 ชั่วโมง เพื่อประเมินการติดเชื้อ
2. ดูแลให้ทารกได้รับยา meropenem 120 mg iv ทุก 8 ชั่วโมง ยา vancomycin 40 mg iv ทุก 8 ชั่วโมง และยา

Co-Trimoxazole 1.3 ml oral ทุก 6 ชั่วโมง ตามแผนการรักษาของแพทย์

3. ให้การพยาบาลโดยยึดหลัก Aseptic technique โดยล้างมือก่อนและหลังการสัมผัสทารก ดูแลทำความสะอาดทุกครั้งหลังจับถ่าย
4. ทำความสะอาดช่องปากด้วย 0.9% NSS เคลือบช่องปากด้วยนมมารดา
5. ปรึกษานักกายภาพบำบัด เพื่อช่วยเคาะปอดให้ทารก
6. จำกัดการเข้าเยี่ยมให้เยี่ยมเฉพาะบิดามารดา และแนะนำให้ล้างมือก่อนเข้าเยี่ยมทุกครั้ง
7. บุคลากรทางการแพทย์ ผู้ดูแล หากมีอาการแสดงของการติดเชื้อ เช่น มีการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจส่วนต้น เจ็บคอ ให้ผูก mask ตลอดเวลาขณะให้การพยาบาลเด็ก ถ้ามีผื่นผดผกที่ผิวหนัง อุจจาระร่วง ควรหยุดดูแลทารก เพราะอาจเป็นการแพร่กระจายเชื้อโรคได้
8. เครื่องมือ อุปกรณ์ทุกชนิดที่จะนำมาใช้กับทารกต้องทำความสะอาด ทำลายเชื้อตามมาตรฐาน
9. แยกอุปกรณ์เครื่องใช้ของทารกแต่ละราย
10. ติดตามและบันทึกผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการถ้าผดผกที่รายงานแพทย์

การประเมินผล

1. T = 36.8 - 37.2 °C HR = 132-156 /min
2. ผล CBC WBC 13,000 Plt 250,000 NE% 79 LY% 18
3. ผล sputum C/S no growth

ระยะต่อห้อง

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 4 มีภาวะไม่สมดุลของสารน้ำสารอาหารและเกลือแร่ในร่างกาย เนื่องจากการทำงานของลำไส้ และไหลลดลงจากภาวะพร่องออกซิเจนและมีความต้องการพลังงานสูงจากภาวะเจ็บป่วยวิกฤต

ข้อมูลสนับสนุน

1. ทารกงดน้ำและอาหารตั้งแต่แรกเกิด ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ
2. Intake / Output imbalance ตัวบวม
3. โพแทสเซียม 3.0 แมกนีเซียม 1.8

วัตถุประสงค์ : ทารกได้รับสารน้ำสารอาหารและเกลือแร่เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผล โพแทสเซียม 3.5-4.5 mmol/L แมกนีเซียม 1.9-2.5 mg/dl
2. Intake < / > Output ไม่เกิน 100 ml น้ำหนักเพิ่มขึ้นไม่เกิน 10 – 30 กรัม/วัน
3. ทารกรับนมได้ ไม่อาเจียนหรือท้องอืด

กิจกรรมการพยาบาล

1. ดูแลให้ดื่มน้ำ และนมในระยะแรกตามสภาพของทารก และดูแลให้ทารกได้รับ 10% TPN iv drip และ 20% intralipid 30 ml iv drip in 24 hrs ทางหลอดเลือดดำส่วนกลางด้วยเครื่องควบคุมอัตราการไหลอัตโนมัติตามแผนการรักษา
2. ดูแลให้ 10%D/N/5 200 ml + KCl 3.5 ml iv drip 9 ml/hr x 1 วัน ทางหลอดเลือดดำส่วนกลางด้วยเครื่องควบคุมอัตราการไหลอัตโนมัติตามแผนการรักษา สังเกตอาการ เช่น หัวใจเต้นผิดปกติจังหวะ และ monitor EKG BP HR ขณะได้รับยา
3. ดูแลให้ 50% Magnesium Sulfate 100 mg + 5%D/W up to 5 ml iv drip in 4 hrs x 3 วัน ทางหลอดเลือดดำส่วนกลางด้วยเครื่องควบคุมอัตราการไหลอัตโนมัติตามแผนการรักษา สังเกตอาการ เช่น หัวใจเต้นผิดปกติจังหวะ และ monitor BP HR ขณะได้รับยา
4. ดูแลให้ lasix (1 mg/kg) 3 mg iv ตามแผนการรักษา
5. ดูแลเริ่มให้นมทางสายยางตามแผนการรักษา สังเกตลักษณะและปริมาณของเหลวที่เหลือค้างในกระเพาะอาหาร เพื่อประเมินการทำงานของลำไส้ก่อนให้นมทุกมื้อ และจัดให้ทารกนอนศีรษะสูงก่อนและหลังให้นมทุกครั้ง เพื่อป้องกันการสำรอกนม และสังเกตอาการท้องอืด
6. บันทึกปริมาณสารน้ำที่เข้าร่างกาย และน้ำที่ออกจากร่างกาย เพื่อประเมินความสมดุลของปริมาณน้ำเข้าและออก และชั่งน้ำหนัก วันละ 1 ครั้ง ในเวลาเดียวกันทุกวัน
7. ประเมินภาวะที่บ่งบอกถึงอาการแสดงของการขาดน้ำและเกลือแร่ เช่น เช่น ริมฝีปากแห้ง ผิวหนังแห้ง กระหม่อมหน้าบวม ปัสสาวะออกน้อยลง
8. ติดตามและบันทึกผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ถ้าผิดปกติรายงานแพทย์

ประเมินผล

1. ผลโพแทสเซียม 3.6 และแมกนีเซียม 2.1
2. Intake < / > Output ไม่เกิน 100 ml น้ำหนักเพิ่มขึ้นเฉลี่ย 10-20 กรัม/วัน
3. รับนมได้ ไม่อาเจียน ท้องไม่อืด

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 5 มีภาวะช็อคเนื่องจากการสร้างเม็ดเลือดแดงลดลงจากการติดเชื้อในร่างกาย

ข้อมูลสนับสนุน : Hct. 27.7% T = 38.5 °C HR = 180/min

วัตถุประสงค์ : เพื่อแก้ไขและป้องกันอันตรายจากภาวะช็อค

เกณฑ์การประเมินผล : Hct. = 35-60% T = 36.5-37.2 °C HR = 120-160/min

กิจกรรมการพยาบาล

1. ก่อนให้เลือด
- ตรวจสอบ ชื่อ นามสกุล HN AN และหมู่เลือด ให้ถูกต้อง

- ตรวจสอบป้ายข้อ่มือทารกให้ตรงกับป้ายคล้องถุงเลือด ถ้าไม่ตรงหรืออ่านไม่ออก ข้อมูลไม่ชัดเจนหรือไม่ครบถ้วน ต้องตรวจสอบใหม่ จนแน่ใจว่าเป็นเลือดของทารกจริง
- วัดอุณหภูมิกายก่อนให้เลือด เพื่อดูปฏิกิริยาจากการได้รับเลือด
- 2. ดูแลให้ LPRC 30 ml iv drip in 4 hrs ด้วยเครื่องควบคุมอัตราการไหลอัตโนมัติตามแผนการรักษา
- 3. เฝ้าระวังสัญญาณชีพและประเมินอาการแสดงของการเกิดปฏิกิริยาการได้รับเลือดที่ไม่เข้ากัน เช่น หนาวสั่น มีผื่นขึ้น ความดันโลหิตลดลง ชีพจรเบาเร็ว พบเม็ดเลือดแดงในปัสสาวะ ปัสสาวะออกน้อยลง ต้องหยุดให้เลือดและรายงานแพทย์ทันที
- 4. ดูแลให้ lasix 3 mg iv หลังเลือดหมดตามแผนการรักษาของแพทย์ เพื่อป้องกันภาวะน้ำเกิน
- 5. ติดตามผล Hct

การประเมินผล : Hct. = 35% T = 36.9-37.2 °C HR = 132-156 /min

ระยะจำหน่าย

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 6 บิดามารดามีความวิตกกังวลเนื่องจากความเจ็บป่วยของบุตร

ข้อมูลสนับสนุน : บิดามารดามีสีหน้าเคร่งเครียด วิตกกังวล มารดาร้องไห้เมื่อมาเยี่ยมบุตรครั้งแรกพร้อมทั้งสอบถามอาการของบุตรและระยะเวลาการรักษา

วัตถุประสงค์ : เพื่อลดความวิตกกังวลของบิดามารดา

เกณฑ์การประเมินผล : บิดามารดามีสีหน้าสดชื่นขึ้น ให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล

กิจกรรมการพยาบาล

1. สร้างสัมพันธภาพกับบิดามารดาของทารก แสดงท่าทีจริงใจ เห็นอกเห็นใจ และเป็นมิตร พร้อมจะให้ความช่วยเหลือและเปิดโอกาสให้ซักถามเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยของบุตร พร้อมจัดให้ได้พูดคุยกับแพทย์ที่ทำการรักษา ถึงอาการ การดำเนินของโรคและแนวทางการรักษาของแพทย์
 2. ให้ข้อมูลแก่บิดามารดาถึงอาการเจ็บป่วยของบุตรด้วยภาษาที่เข้าใจง่าย แผนการดูแลรักษา เครื่องมืออุปกรณ์ทางการแพทย์ต่างๆ ที่ใช้กับทารก รวมทั้งการพยาบาลที่สำคัญที่จำเป็นต้องให้ในช่วงนั้นๆ เช่น การใส่เครื่องช่วยหายใจ การใส่สายยาง การงดนม การเจาะเลือด หรือการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำส่วนกลาง
 3. แจ้งอาการของบุตรให้บิดามารดาทราบทุกครั้งที่เขาเยี่ยม หรือถ้าไม่สะดวกมาเยี่ยม ให้โทรศัพท์มาสอบถามอาการของบุตรได้
 4. เปิดโอกาสให้บิดามารดาได้พูดคุยซักถามอาการของบุตรกับแพทย์ผู้รักษาเป็นระยะๆ
 5. เมื่อทารกอาการคงที่ เปิดโอกาสให้บิดามารดาได้ มีการสัมผัสและพูดคุยกับบุตร
 6. ประเมินความวิตกกังวลและท่าทีต่างๆ ที่แสดงออกของบิดามารดาและครอบครัวต่อความเจ็บป่วยของทารก และการต้องอยู่โรงพยาบาลนาน พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้ระบายความรู้สึกต่างๆ รวมทั้งยอมรับท่าทีและปฏิกิริยาที่ตอบสนองต่อความเครียดนั้น
- การประเมินผล :** บิดามารดามีสีหน้าสดชื่นขึ้น ให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 7 วางแผนย้ายออกจากหออภิบาลทารกแรกเกิดวิกฤตเมื่ออาการดีขึ้น

วัตถุประสงค์ : เพื่อเตรียมความพร้อมของบิดามารดา และสร้างสายสัมพันธ์ระหว่างบิดามารดากับทารก

ข้อมูลสนับสนุน : หายใจไม่เหนื่อยหอบ สัญญาณชีพปกติ รับนมได้ และเริ่มร้องกวนอยากให้มีคนอุ้ม

เกณฑ์การประเมินผล

1. มารดาสามารถอุ้มบุตรอย่างมั่นใจดูแลความสะอาดร่างกายบุตรได้
2. บิดามารดาสามารถบอกถึงอาการผิดปกติของบุตรได้

กิจกรรมการพยาบาล

1. เปิดโอกาสให้มารดาซักถามข้อสงสัย ให้กำลังใจด้วยท่าทีเป็นมิตร
2. สอนสาธิต ให้มารดาฝึกปฏิบัติ และประเมินย้อนกลับ จนปฏิบัติได้ในเรื่องต่อไปนี้ การอุ้มบุตร การให้นมบุตร การบีบเก็บน้ำนม และการดูแลรักษาความสะอาดร่างกายทารก การเช็ดตา เช็ดสะดือ

- เตรียมความพร้อมโดยการถอดอุปกรณ์ หรือ monitor ต่างๆ ก่อนที่จะย้ายผู้ป่วย เพื่อให้บิดามารดามั่นใจว่าไม่จำเป็นต้องพึ่งพาเครื่องมือเหล่านั้นอีก และอธิบายลักษณะการดูแลหรือระเบียบของหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม 2
- แนะนำหลักเลี้ยงป้จจัยที่เป็นอันตรายต่อปอดของทารก และทำให้ทารกมีอาการทรุดลง เช่น คอัมพูหรือ ผู้ป่วยที่ติดเชื้ระบบทางเดินหายใจ
- แนะนำบิดามารดา กระตุ้นประสาทสัมผัสทารกทางด้าน สายตา การได้ยิน การสัมผัส การทรงตัว
- แนะนำสังเกตอาการผิดปกติ เช่น หายใจเร็ว หายใจลำบาก หายใจมีเสียงดัง ออกนุ้ม เขียว กระสับกระส่าย ตัวลาย ไข้ ซึม ดุนนมไม่ดี ท้องอืด อาเจียน ถ้าพบอาการดังกล่าว ให้รีบแจ้งพยาบาลทันที
- ส่งต่ออาการของทารกให้กับหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม 2 เพื่อการดูแลที่ต่อเนื่อง และป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นระหว่างที่ยังรับการรักษาอยู่

การประเมินผล

- มารดาอุม้บุตรอย่างม่ั่นใจ และดูแลความสะอาดร่างกายบุตรได้
- บิดามารดาสามารถบอกถึงการสังเกตอาการผิดปกติของบุตรได้

สรุปกรณีศึกษา

ทารกแรกเกิดเพศชายอายุครรภ์ 38 สัปดาห์ คลอดปกติที่โรงพยาบาลชาณุวรลักษบุรี แรกคลอดทารกหายใจเหนื่อยหอบ ได้รับการรักษาโดยการให้ออกซิเจนด้วยอัตรการไหลสูง 2 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล อาการไม่ทุเลาจึงใส่ท่อช่วยหายใจ และส่งต่อมายังโรงพยาบาลกำแพงเพชร แพทย์วินิจฉัยว่ามีภาวะความดันเลือดในปอดสูงในทารกแรกเกิด ระหว่างนอนรักษาในโรงพยาบาลปัญหาทางการพยาบาลที่สำคัญ คือ การแลกเปลี่ยนก๊าซบกพร่องและ ปริมาณเลือดสูบฉีดออกจากหัวใจลดลง โดยในภาวะวิกฤตที่คุกคามต่อชีวิต ทารกได้รับการดูแลรักษาและการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพจนพ้นภาวะวิกฤต หยุดให้ยากระตุ้นการทำงานของหัวใจหลังได้รับ 8 วัน ใส่เครื่องช่วยหายใจนาน 18วัน พบภาวะแทรกซ้อน คือการติดเชื้ในทางเดินหายใจ ภาวะซีด และภาวะไม่สมดุลของสารน้ำสารอาหารและเกลือแร่ ได้รับการแก้ไขทุเลาแล้ว รวมเวลารักษาตัวใน NICU 21 วัน ทารกอาการคงที่ ไม่พบภาวะแทรกซ้อนใดๆ เพิ่ม จึงย้ายออกจาก NICU ไปยังหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม 2

วิจารณ์และข้อเสนอแนะ

จากกรณีศึกษาทารกแรกเกิดที่มีภาวะความดันเลือดในปอดสูง การรักษาภาวะนี้ไม่ได้ขึ้นกับเทคโนโลยีที่ทันสมัยเท่านั้น แต่ความรู้ความสามารถ จำนวนของแพทย์และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญ และมีประสบการณ์ในการวินิจฉัยภาวะนี้ตั้งแต่เนิ่นๆ การจัดการกับสถานการณ์วิกฤต และให้การช่วยเหลืออย่างถูกต้อง ทันท่วงที ตลอดจนการดูแลระดับประคองการทำงานของระบบหายใจ และระบบไหลเวียนโลหิตควบคู่กันไปพร้อมๆ กันอย่างเหมาะสม พร้อมกับการรักษาโรคหรือภาวะที่เป็นสาเหตุ รวมไปถึงกระบวนการส่งต่อทารกมายังสถานที่ที่มีความพร้อมกว่า ยังเป็นปัญหาที่ต้องมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง เพื่อช่วยลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน และลดระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาลได้

สรุป

ทารกปลอดภัยจากภาวะวิกฤตและภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น ดังนั้นพยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญ ต้องมีความรู้ และพัฒนาทักษะความชำนาญในการดูแลทารกแรกเกิด นำไปสู่การปฏิบัติการพยาบาลที่สอดคล้องกับปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อดูแลทารกให้รอดชีวิต ป้องกันภาวะแทรกซ้อน และมีการเจริญเติบโตที่เหมาะสม จากกรณีศึกษาทารกครั้งนี้สามารถนำไปเป็นแนวทางในการให้การพยาบาลทารกแรกเกิดที่มีภาวะความดันเลือดในปอดสูงได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. อัญชลี ลิ้มรังสิกุล. แนวทางการดูแลรักษาภาวะความดันเลือดในปอดสูงในทารกแรกเกิด ใน : สันติ ปุณณะหิตานนท์, บรรณาธิการ. Smart Practice in Neonatal Care. กรุงเทพฯ: แอคทีฟ พรินท์; 2563. หน้า 74-89.
2. อัญชลี ลิ้มรังสิกุล. Persistent Pulmonary Hypertension of the Newborn. ใน: อนันต์ โฆษิตเศรษฐ, เปรมฤดี ภูมิถาวร, อัญชลี ลิ้มรังสิกุล, พฤษพิศ พงษ์มี, ณัฐชัย อนันตสิทธิ์, บรรณาธิการ. Ramathibodi Handbook of PICU & NICU. กรุงเทพฯ: ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล; 2561. หน้า 171-3.
3. สันติ ปุณณะหิตานนท์. ภาวะความดันเลือดในปอดสูงในทารกแรกเกิด (Persistent Pulmonary Hypertension of the Newborn) : พยาธิสรีรวิทยาและการวินิจฉัย. ใน : สันติ ปุณณะหิตานนท์, บรรณาธิการ. Smart Practice in Neonatal Care. กรุงเทพฯ: แอคทีฟ พรินท์; 2563. หน้า 57-75.
4. พิมล วงศ์ศิริเดช. Burden of PPHN. ใน: สันติ ปุณณะหิตานนท์, โสภภาพรณ เงินน้ำ, อัญชลี ลิ้มรังสิกุล, บรรณาธิการ. Highlights in Neonatal Problems. กรุงเทพฯ: แอคทีฟ พรินท์; 2561. หน้า 404-23.
5. เนาวรัตน์ สาทลาลัย, สุชีวา วิชัยกุล. มาตรฐานการพยาบาลเพื่อป้องกันและดูแลภาวะความดันเลือดปอดสูงในทารกแรกเกิดโรงพยาบาลนพรัตนราชธานี. วารสารกรมการแพทย์. 2560; 2:76-85.
6. ศูนย์ข้อมูลโรงพยาบาลกำแพงเพชร. รายงานประจำปี 2563. กำแพงเพชร: โรงพยาบาลกำแพงเพชร; 2563.
7. ศูนย์ข้อมูลโรงพยาบาลกำแพงเพชร. รายงานประจำปี 2564. กำแพงเพชร: โรงพยาบาลกำแพงเพชร; 2564.
8. ศูนย์ข้อมูลโรงพยาบาลกำแพงเพชร. รายงานประจำปี 2565. กำแพงเพชร: โรงพยาบาลกำแพงเพชร; 2565.
9. บุรณี เสวตสุทธิพันธ์. Blood Gases Interpretation. ใน : คณาจารย์สาขาวิชาทารกแรกเกิด ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี, บรรณาธิการ. Ramathibodi Handbook of Neonatology. กรุงเทพฯ: เนติกุลการพิมพ์; 2565. หน้า 90-2.
10. นิธิพันธ์ สุขสุเมฆ. ความผิดปกติของเกลือแร่และสมดุลกรดต่างในทารกแรกเกิด. ใน : สันติ ปุณณะหิตานนท์, บรรณาธิการ. Practical Points and Update in Neonatal Care. กรุงเทพฯ: แอคทีฟ พรินท์; 2562. หน้า 186-98.
11. น้ำทิพย์ ทองสว่าง. การดูแลทางการพยาบาลภาวะความดันเลือดในปอดสูงในทารกแรกเกิด (Nursing Care for Persistent Pulmonary Hypertension of Newborn). ใน: สันติ ปุณณะหิตานนท์, บรรณาธิการ. Smart Practice in Neonatal Care. กรุงเทพฯ: แอคทีฟ พรินท์; 2563. หน้า 145-54.
12. ปาริชาติ ดำรงรักษ์. การดูแลทางการพยาบาลแก่ทารกที่มีอาการเขียว. ใน : สันติ ปุณณะหิตานนท์, บรรณาธิการ. Smart Practice in Neonatal Care. กรุงเทพฯ: แอคทีฟ พรินท์; 2563. หน้า 132-44.
13. เกรียงศักดิ์ จีระแพทย์. การดูแลทารกแรกเกิดและครอบครัวด้วยความเมตตา. ใน : สันติ ปุณณะหิตานนท์, บรรณาธิการ. Practice Towards Good Outcomes. กรุงเทพฯ : อินเทอร์เน็ต พรินท์ ซัพพลาย(ประเทศไทย); 2565. หน้า 267-78.



Nursing care of pregnant women in labour with Gestational Diabetes Mellitus : A case study

Chitthawin Jantrabun, M.N.S.*

Abstract

Introduction : Gestational Diabetes Mellitus is a major complication, affecting and causing harm to pregnant women and babies both during pregnancy and childbirth. For example, hypertension, premature labour, abortion, risk of infection, hyperglycemia or hypoglycemia, fetal macrosomia, hypoxia. After birth hypoglycemia or respiratory distress syndrome may occur. Prevention of complications and possible danger. Nurses must provide knowledge and guidance to promote for pregnant women can control their blood sugar levels within the normal range to prevent serious complications and harm.

Objective : To provide nursing care guidelines for gestational diabetes mellitus.

Case Study : Thai women, married status, 29 years old, The doctor diagnosed with gestational diabetes mellitus, the first pregnancy, gestational age 37⁺³ weeks, admitted to Sai Ngam Hospital with labour pain, bloody show 3 hours before. The major nursing problems are divided into 3 phases : the first stage of labour, pregnant women have a hypoglycemia and unwell from labour pain. The second Stage of labour, the problems and the fetus are at risk of fetal distress. Postpartum period: babies are more likely to develop hypoglycemia, mothers are at risk of postpartum hemorrhage, and postpartum mothers lack of knowledge to take care of themselves and their children. Patients receive corrective care for hypoglycemia. Nursing care so that the labour can face the pain of labour, to standard nursing care of the labour progress, prevents hypoxia of the fetus, the baby risk of hypoglycemia, to prevent postpartum hemorrhage, teaches knowledge and skills to take care of themselves and their child, control blood sugar levels mothers and babies are safe, do not cause harmful complications and able to take care of themselves and their child. Total length of stay in hospital was 3 days.

Conclusion : Nursing care in gestational diabetes mellitus. Labour room nurses are those who play an important role in providing care. Babies who give birth during the waiting period, labor period, and after giving birth. The initial risk assessment and nursing care plan are made to ensure that mothers and babies are safe and do not have complications. Provide standard childbirth services and promote maternal and infant health to be able to take care of themselves. Monitoring the occurrence of diabetes in mothers after childbirth.

Keywords : Nursing care of pregnant women in labour, Gestational Diabetes Mellitus.

*Registered nurse, Professional level, labor room department, Sai Ngam Hospital

การพยาบาลผู้คลอดที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ : กรณีศึกษา

จิตถวิล จันทราบุญ, พย.ม.*

บทคัดย่อ

บทนำ : เบาหวานในขณะตั้งครรภ์ เป็นภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญมีผลกระทบและทำให้เกิดอันตรายต่อหญิงตั้งครรภ์ และทารกทั้งในระยะตั้งครรภ์และระยะคลอด เช่น ความดันโลหิตสูง การคลอดก่อนกำหนด แท้ง เสี่ยงต่อการติดเชื้อ ภาวะน้ำตาลสูงหรือต่ำ ทารกตัวโตเสี่ยงต่อการคลอดยาก ทารกในครรภ์มีภาวะขาดออกซิเจน หลังคลอดอาจมีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ มีภาวะหายใจลำบาก การป้องกันภาวะแทรกซ้อนและอันตรายที่อาจเกิดขึ้น พยาบาลผู้ให้การดูแลต้องให้ความรู้และคำแนะนำเพื่อส่งเสริมให้หญิงตั้งครรภ์สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนและอันตรายที่รุนแรง

วัตถุประสงค์ : เพื่อเป็นแนวทางในการพยาบาลผู้คลอดที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์

กรณีศึกษา : หญิงไทย สถานภาพคู่ อายุ 29 ปี แพทย์วินิจฉัยเป็นเบาหวานในขณะตั้งครรภ์ ครรภ์ที่ 1 อายุครรภ์ 37⁺³ สัปดาห์ มารับการรักษาที่โรงพยาบาลไทรงาม ด้วยอาการเจ็บครรภ์ ท้องแข็ง มีมูกเลือดออกทางช่องคลอด เป็นก่อนมาโรงพยาบาล 3 ชั่วโมง รับไว้รักษาในห้องคลอด ปัญหาการพยาบาลที่สำคัญแบ่งเป็น 3 ระยะ คือ ระยะรอคลอด มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ไม่สุขสบายจากการเจ็บครรภ์ ระยะคลอด ปัญหาความก้าวหน้าการคลอดระยะที่ 2 และทารกในครรภ์มีโอกาสเสี่ยงต่อการขาดออกซิเจน ระยะหลังคลอด ทารกมีโอกาสเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ มารดาเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอด และมารดาหลังคลอดขาดความรู้ในดูแลตนเองและบุตร ผู้คลอดได้รับการดูแลแก้ไขภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ การพยาบาลเพื่อให้ผู้คลอดสามารถเผชิญความเจ็บปวดจากการเจ็บครรภ์ ดูแลเพื่อส่งเสริมความก้าวหน้าการคลอดและดูแลการคลอดตามมาตรฐาน การพยาบาลป้องกันทารกในครรภ์ขาดออกซิเจน การพยาบาลทารกเสี่ยงต่อน้ำตาลในเลือดต่ำ การพยาบาลเพื่อป้องกันมารดาตกเลือดหลังคลอด สอนความรู้และทักษะการดูแลตนเองและบุตร การรับประทานอาหารเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด มารดาและทารกปลอดภัยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตราย สามารถกลับไปดูแลตนเองและบุตรได้ รวมเวลาดูแลรักษาในโรงพยาบาล 3 วัน

สรุปผลกรณีศึกษา : การดูแลผู้คลอดที่มีภาวะเบาหวาน พยาบาลห้องคลอดเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญที่ต้องให้การดูแลผู้คลอดตั้งแต่ในระยะรอคลอด ระยะคลอด และหลังคลอด โดยมีการประเมินความเสี่ยงแรกรับและวางแผนให้การพยาบาลเพื่อให้มารดาและทารกปลอดภัยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน ให้บริการคลอดตามมาตรฐานและส่งเสริมสุขภาพมารดาและทารกให้สามารถดูแลตนเองได้ เฝ้าระวังและติดตามการเกิดเบาหวานในมารดาหลังคลอด

คำสำคัญ : การพยาบาลผู้คลอด ภาวะเบาหวานในขณะตั้งครรภ์

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ งานการพยาบาลผู้คลอด โรงพยาบาลไทรงาม

บทนำ

ภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ (Gestational Diabetes Mellitus) หมายถึง หญิงตั้งครรภ์ที่มีความผิดปกติของการเผาผลาญคาร์โบไฮเดรต เนื่องจากความไม่สมดุลระหว่างความต้องการและการสร้างจากภาวะดื้ออินซูลินของร่างกาย ทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่าปกติ¹ เนื่องจากเบาหวานทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนทั้งมารดาและทารก จึงต้องให้ความสำคัญกับการคัดกรอง และการตรวจวินิจฉัย² การตรวจคัดกรองโดยประเมินจากหญิงตั้งครรภ์ที่มีปัจจัยเสี่ยง เช่น มีประวัติบุคคลในครอบครัวเป็นเบาหวาน อ้วน มีประวัติคลอดทารกตัวโต ตรวจคัดกรองเมื่อมาฝากครรภ์ครั้งแรกหรือเมื่ออายุครรภ์ 24-28 สัปดาห์^{2,3} ด้วยการดื่มน้ำตาล 50 กรัม (50-g GCT) และเจาะระดับน้ำตาลในเลือดหลังดื่มน้ำตาล 1 ชั่วโมง ถ้าระดับน้ำตาลในเลือดเท่ากับหรือสูงกว่า 140 มก./ดล. ต้องตรวจวินิจฉัยต่อโดยการดื่มน้ำตาล 100 กรัม (100-g OGTT) เป็นการตรวจในตอนเช้าหลังงดอาหารเป็นเวลา 8-12 ชั่วโมง โดยเจาะเลือดตรวจระดับน้ำตาลในเลือดก่อนดื่มน้ำตาล และเจาะเลือดหลังดื่มน้ำตาลที่ 1 ชั่วโมง 2 ชั่วโมง และ 3 ชั่วโมง กรณีที่ระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่าเกณฑ์ที่กำหนด 2 ค่า วินิจฉัยเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์³ พยาธิสภาพของภาวะเบาหวานในหญิงตั้งครรภ์เกิดจากในช่วงแรกของการตั้งครรภ์ ฮอร์โมนเอสโตรเจนและโปรเจสเตอโรนจาการที่สูงขึ้นจะกระตุ้นให้เบต้าเซลล์ของตับอ่อนหลั่งอินซูลินมากขึ้น ส่งผลให้มีการใช้กลูโคสเพื่อสร้างเนื้อเยื่อไขมันไว้เพื่อเป็นพลังงานของร่างกาย ทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดลดลง แต่เมื่อเข้าสู่ไตรมาสที่สองและสาม รกจะสร้างฮอร์โมนที่ต้านการทำงานของอินซูลิน ได้แก่ ฮอร์โมนฮิวแมนพลาเซนต้า แล็กโตรเจน ฮอร์โมนโปรแลคติน ฮอร์โมนคอติซอล และฮอร์โมนอินซูลินเนสโดยเฉพาะฮอร์โมนฮิวแมนพลาเซนต้าแล็กโตรเจน จะเพิ่มมากขึ้นตามอายุครรภ์ทำให้เกิดภาวะดื้ออินซูลิน ระดับน้ำตาลในเลือดของหญิงตั้งครรภ์ก็จะสูงขึ้นและแพร่ผ่านรกไปสู่ทารกในครรภ์⁴ ซึ่งทำให้เกิดผลกระทบและภาวะแทรกซ้อนต่อหญิงตั้งครรภ์และทารก เช่น ความดันโลหิตสูง การคลอดก่อนกำหนด แท้งเสี่ยงต่อการติดเชื้อ ภาวะน้ำตาลสูงหรือต่ำ ทารกตัวโตเสี่ยงต่อการคลอดยาก ทารกในครรภ์มีภาวะขาดออกซิเจน หลังคลอดอาจมีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ และทารกหายใจลำบาก⁵ ในปี พ.ศ. 2558 ประเทศไทยพบรายงานอุบัติการณ์ของเบาหวานในหญิงตั้งครรภ์ร้อยละ 2.1 - 7² และในปี พ.ศ. 2561 พบอุบัติการณ์เพิ่มขึ้นเป็น ร้อยละ 17.1⁶

การรักษาพยาบาลผู้คลอดที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ คือ การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ⁷ ตรวจสุขภาพทารกในครรภ์เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน ตามระยะของการตั้งครรภ์และการคลอด โดยในขณะตั้งครรภ์เป็นการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ดูแลโดยให้ได้รับอาหารที่มีแคลอรี วันละ 30 - 35 กิโลแคลอรี/น้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม⁸ แนะนำการออกกำลังกาย และการใช้อินซูลินเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ระยะคลอด ดูแลให้คลอดตามระยะเวลาที่เหมาะสม และการให้อินซูลินระหว่างคลอด ดูแลให้ได้รับสารน้ำอย่างเพียงพอ ดูแลการคลอดตามมาตรฐานเพื่อให้มารดาและทารกปลอดภัยในระยะหลังคลอดป้องกันการตกเลือดหลังคลอด และเฝ้าระวังทารกมีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ

จากสถิติของโรงพยาบาลไทรงาม ในปี 2563 - 2565 และ 2566 (ต.ค.- ส.ค.) พบหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นโรคเบาหวาน จำนวน 2, 7, 7 และ 7 คน จากจำนวนหญิงตั้งครรภ์ 200, 189, 186 และ 154 คน คิดเป็นร้อยละ 1, 3.71, 3.76 และ 4.54 ตามลำดับ มีหญิงตั้งครรภ์มาคลอดที่โรงพยาบาลไทรงาม จำนวน 0, 1, 2 และ 2 คน ตามลำดับ เนื่องจากหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นโรคเบาหวานจัดอยู่ในกลุ่มเสี่ยงสูง ในรายที่มีภาวะแทรกซ้อน เช่น ความดันโลหิตสูง ทารกตัวโต (Macrosomia) เสี่ยงต่อคลอดติดไหล่หรือไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ จะได้รับการส่งต่อไปรักษาที่โรงพยาบาลกำแพงเพชร ทำให้หญิงตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวานมาคลอดที่โรงพยาบาลไทรงามมีจำนวนน้อย ผู้คลอดบางรายมีความเสี่ยงสูงไม่สามารถไปโรงพยาบาลกำแพงเพชรได้ทัน จำเป็นต้องคลอดที่โรงพยาบาลไทรงาม พยาบาลที่ดูแลผู้คลอดยังขาดความรู้และทักษะในการดูแลผู้คลอดที่เป็นโรคเบาหวาน และยังไม่มีความรู้เกี่ยวกับที่ชัดเจน ดังนั้น ผู้ศึกษาจึงมีความสนใจศึกษาการพยาบาลผู้คลอดที่มีภาวะเบาหวานในขณะตั้งครรภ์ เพื่อใช้เป็นแนวทางในการพยาบาลผู้คลอดที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์

กรณีศึกษา

ข้อมูลทั่วไป : หญิงตั้งครรภ์ อายุ 29 ปี เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย สถานภาพสมรสคู่ ศาสนาพุทธ ระดับการศึกษา จบชั้นปริญญาตรี อาชีพรับจ้าง ภูมิลำเนาอยู่ในอำเภอไทรงาม จังหวัดกำแพงเพชร

อาการสำคัญ : เจ็บครรภ์ ท้องแข็ง มีมูกเลือดออกทางช่องคลอด ก่อนมาโรงพยาบาล 3 ชั่วโมง



ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน : หญิงตั้งครรภ์ G1P0- 0-0-0 GA 37+3 wk.by LMP กำหนด LMP วันที่ 11 พฤศจิกายน 2565 EDC วันที่ 18 สิงหาคม 2566 เริ่มเจ็บครรภ์วันที่ 29 กรกฎาคม 2566 เวลา 09.00 น. เจ็บนานๆ ครั้ง มีท้องแข็งวันละ 4 - 5 ครั้ง วันที่ 31 กรกฎาคม 2566 เวลา 02.00 น. เจ็บครรภ์ถี่ และแรงขึ้น เจ็บนาน 3 ชั่วโมง ญาติจึงนำส่งโรงพยาบาลไทรงาม

ประวัติการตั้งครรภ์การฝากครรภ์และการคลอด : หญิงตั้งครรภ์ ครรภ์ที่ 1 วันแรกของการมีประจำเดือนครั้งสุดท้าย วันที่ 11 พฤศจิกายน 2565 คาดคะเนกำหนดคลอด วันที่ 18 สิงหาคม 2566 ฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์ 8+5 สัปดาห์ ที่โรงพยาบาลอุตรธานี และมาฝากครรภ์ต่อที่โรงพยาบาลไทรงามเมื่ออายุครรภ์ 34⁺⁵ สัปดาห์ เพื่อขอรับการตรวจคัดกรองเบาหวานด้วย OGTT ผลการตรวจน้ำตาลก่อนกิน Glucose 100 gms. เท่ากับ 73.20 มก./ดล. ผลการตรวจน้ำตาล ชั่วโมงที่ 1, 2 และ 3 ชั่วโมง เท่ากับ 184, 190, และ 147 มก./ดล. แพทย์วินิจฉัยเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ให้ฉีดอินซูลิน Mixtard 8-0-4 ยูนิต เข้า - เย็น การฝากครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์ จำนวน 7 ครั้ง ผลการตรวจครรภ์ปกติ ความดันโลหิตอยู่ในช่วง 108-128 / 76-84 มิลลิเมตรปรอท ผลการตรวจปัสสาวะปกติ ได้รับวัคซีนป้องกันแผลบาดทะยัก 2 เข็ม การตรวจทางห้องปฏิบัติการ เมื่อมาฝากครรภ์ครั้งแรก VDRL, HIV, HBsAg ผลปกติ ผลตรวจความเข้มข้นของเลือดครั้งที่ 1 เท่ากับ 35 เปอร์เซนต์ ครั้งที่ 2 เท่ากับ 37 เปอร์เซนต์ เลือดกรุ๊ป AB อาร์เอชบวก

การประเมินสภาพผู้คลอดแรกรับ : วันที่ 31 กรกฎาคม 2566 เวลา 05.00 น. หญิงตั้งครรภ์ ครรภ์ที่ 1 อายุครรภ์ 37⁺³ สัปดาห์ รู้สึกตัวดี เจ็บครรภ์เป็นพักๆ มีมูกเลือดออกทางช่องคลอด ไม่มีน้ำเดิน

การตรวจครรภ์ : ระดับยอดมดลูก 30 เซนติเมตร มีศีรษะเป็นส่วนนำ อัตราการเต้นของหัวใจ 148 ครั้ง/นาที มดลูกหดรัดตัว Interval ทุก 4 นาที Duration 45 วินาที Severity +1 Pain Scale 5

การตรวจภายใน : ปากมดลูกเปิด 1 เซนติเมตร ความบาง 25% ผนังคร่ำยังอยู่ (MI) ระดับส่วนนำ 0

สัญญาณชีพ : อุณหภูมิร่างกาย 36.5 องศาเซลเซียส ชีพจร 92 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 114/78 มิลลิเมตรปรอท

ผลการตรวจห้องปฏิบัติการ Complete Blood Count (CBC)

รายการ	ค่าที่ตรวจพบ	ค่าปกติ
วันที่ 31 กรกฎาคม 2566		
WBC	16,600	4,500 – 10,000 cell./mm ³
RBC	5.62	3.80 – 6.50 x 10 ⁶ cell./mm ³
Hb	13	11.5 – 17 q/dl
Hct	40.8	37.0 – 54.00%
MCV	72	80.0 – 100.0 um ³
MCH	23.1	27.0 – 36.0 q/dl
MCHC	31.8	32.0 – 36.0 q/dl
Lymphocyte	16	19 -48%
Monocyte	5	29%
PLT Count	334,000	150,000 – 500,000 cell./cu.mm ³
Segmented neutrophil	78	40 – 75%
Eosinophil	1	0 – 6%

Dextrostix (DTX)

วันที่ตรวจ	ค่าที่ตรวจพบ	ค่าที่ตรวจพบ	ค่าที่ตรวจพบ	ค่าที่ตรวจพบ
	เวลา 07.00 น.	เวลา 11.00 น.	เวลา 15.00 น.	เวลา 20.00 น.
31/07/2566	101 mg%	58 mg%	98 mg%	121 mg%
01/08/2566	83 mg%	78 mg%	200 mg%	112 mg%
02/08/2566	79 mg%	93 mg%	101 mg%	99 mg%
03/08/2566	74 mg%			

สรุปการดำเนินโรคขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

วันที่ 31 กรกฎาคม 2566 เวลา 05.00 น. รับประทานใหม่ หญิงตั้งครรภ์ อายุ 29 ปี แพทย์วินิจฉัยเป็นเบาหวานในขณะตั้งครรภ์ เมื่ออายุครรภ์ 36⁺⁴ สัปดาห์ รักษาโดยการฉีดอินซูลิน ครรภ์ที่ 1 อายุครรภ์ 37⁺³ สัปดาห์ มาด้วยอาการเจ็บครรภ์ ท้องแข็ง มีมูกเลือดออกทางช่องคลอด ก่อนมาโรงพยาบาล 3 ชั่วโมง แรก รับ การตรวจครรภ์ : ระดับยอดมดลูก 30 เซนติเมตร มีศีรษะเป็นส่วนนำ อัตราการเต้นของหัวใจ 148 ครั้ง/นาที มดลูกหดตัว Interval ทุก 4 นาที Duration 45 วินาที Severity +1 การตรวจภายใน : ปากมดลูกเปิด 1 เซนติเมตร ความบาง 25% ผนังมดลูกยังอยู่ (MI) ระดับส่วนน้ำ 0 สัญญาณชีพ : ปกติ ผลการตรวจระดับน้ำตาลในเลือด 73 มก./ดล. แพทย์ให้ฉีดอินซูลิน ตรวจระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารและก่อนนอน หลังรับไว้ ผู้คลอดเจ็บครรภ์เป็นพักๆ การหดตัวของมดลูก Interval ทุก 4 นาที Duration 45 วินาที Severity +1 Pain Scale 6 ตรวจระดับน้ำตาลในเลือด เวลา 07.00 น. เท่ากับ 101 มก./ดล. เวลา 11.00 น. เท่ากับ 58 มก./ดล. ผู้คลอดมีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ มีอาการอยากอาหาร ปวดศีรษะ และหน้ามืด ความดันโลหิต 100/65 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 114 ครั้ง/นาที ให้ผู้คลอดดื่มน้ำหวาน 1 แก้ว และอีก 15 นาทีต่อมา ติดตามตรวจระดับน้ำตาลในเลือดเท่ากับ 132 มก./ดล. อาการปวดศีรษะทุเลา ไม่มีอาการหน้ามืด ดูแลให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ เฝ้ารอสังเกตอาการจากภาวะแทรกซ้อนของน้ำตาดำที่ต้องแจ้งพยาบาลทราบ สอนวิธีผ่อนคลายความเจ็บปวดแก่ผู้คลอด และญาติ ตรวจระดับน้ำตาลในเลือด เวลา 15.30 น. เท่ากับ 98 มก./ดล. และเวลา 20.00 น. เท่ากับ 121 มก./ดล.

วันที่ 1 สิงหาคม 2566 เวลา 07.00 น. ตรวจระดับน้ำตาลในเลือด เท่ากับ 83 มก./ดล. เวลา 11.00 น. ผู้คลอดเจ็บครรภ์ถี่ขึ้นมดลูกหดตัว Interval ทุก 3 นาที Duration 45-50 วินาที Severity +2 ตรวจภายใน : ปากมดลูกเปิด 6 เซนติเมตร ความบาง 75% ผนังมดลูกแตกเอง (SRM) น้ำคร่ำใส ระดับส่วนน้ำ 0 ตรวจระดับน้ำตาลในเลือด เท่ากับ 78 มก./ดล. เตรียมความพร้อมของเครื่องมือ และอุปกรณ์ในการทำคลอด และอุปกรณ์ช่วยชีวิตทารกแรกเกิด เตรียมทีมรับเด็ก เวลา 11.30 น. ตรวจภายใน : ปากมดลูกเปิด 9 เซนติเมตร ความบาง 100% ผนังมดลูกแตก (MR) ระดับส่วนน้ำ +1 ย้ายผู้คลอดเข้าห้องคลอด และสอนการเบ่งคลอดอย่างถูกวิธี เวลา 12.00 น. ตรวจภายใน : ปากมดลูกเปิด 10 เซนติเมตร ความบาง 100% ผนังมดลูกแตก (MR) ระดับส่วนน้ำ +2 มารดาเบ่งคลอดได้ถูกต้อง ให้การช่วยคลอดปกติ ตามมาตรฐานการคลอด ทารกคลอด เวลา 12.12 น. เพศหญิง Apgar Score 9 -10-10 น้ำหนัก 2,650 กรัม ให้การดูแลมารดาและทารกเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการคลอดและภาวะเบาหวาน เวลา 13.00 น. ตรวจระดับน้ำตาลในเลือดทารก เท่ากับ 79 มก./ดล. เวลา 14.40 น. ย้ายมารดาและทารกมาห้องหลังคลอด มารดาอ่อนเพลียปวดมดลูก เจ็บตึงแผลฝีเย็บ มดลูกหดตัวดี มารดารู้สึกหิวเนื่องจากงดน้ำและอาหาร รับประทานข้าว 1 ถ้วย เวลา 15.00 น. ตรวจระดับน้ำตาลในเลือดทารกเท่ากับ 57 มก./ดล. ตรวจระดับน้ำตาลในเลือดมารดาเท่ากับ 200 มก./ดล. ติดตามตรวจระดับน้ำตาลหลังอาหาร 2 ชั่วโมง เวลา 17.00 น. เท่ากับ 118 มก./ดล. ดูแลช่วยเหลือและส่งเสริมมารดาให้เลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ตรวจระดับน้ำตาลในเลือดทารก เวลา 18.00 น. เท่ากับ 55 มก./ดล. เวลา 20.00 น. ตรวจระดับน้ำตาลในเลือดมารดา เท่ากับ 112 มก./ดล.

วันที่ 2 สิงหาคม 2566 ประเมินสภาพมารดาหลังคลอด รู้สึกตัวดี น้ำนมไหลน้อย ไม่มีภาวะตกเลือดหลังคลอด ดูแลส่งมอบตัวแม่กับแพทย์แผนไทย ตรวจระดับน้ำตาลในเลือดมารดาตามเวลา ผลระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในเกณฑ์ปกติ ประเมินความพร้อมในการดูแลตนเองและบุตร สอนความรู้ตามแนวทางโรงเรียนพ่อแม่

วันที่ 3 สิงหาคม 2566 มารดาสดชื่นขึ้น น้ำนมไหลดี เลือดทางช่องคลอดปกติ ไม่มีภาวะตกเลือดใน 48 ชั่วโมงหลังคลอด ผลตรวจระดับน้ำตาลในเลือดเวลา 07.00 น. เท่ากับ 74 mg% มารดามีความพร้อมในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ติดตามสัญญาณชีพ อุณหภูมิร่างกาย 36.8 องศาเซลเซียส ชีพจร 88 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 122/84 มิลลิเมตรปรอท แพทย์จำหน่ายกลับบ้าน เวลา 10.00 น. ก่อนกลับแนะนำการรับประทานอาหารเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และป้องกันการเกิดเบาหวานชนิดที่ 2 นัดตรวจติดตามระดับน้ำตาลในเลือดหลังคลอด 6 สัปดาห์ รวมเวลารักษาอยู่ในโรงพยาบาล 3 วัน

การวางแผนการพยาบาล

แบ่งการพยาบาลได้เป็น 3 ระยะ คือ การพยาบาลระยะรอคลอด การพยาบาลระยะคลอด และการพยาบาลระยะหลังคลอด ระยะรอคลอด

1. ผู้คลอดมีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำเนื่องจากพยาธิสภาพของโรคเบาหวานและรับประทานอาหารได้น้อย
2. ผู้คลอดไม่สุขสบายเนื่องจากการเจ็บครรภ์คลอด

ระยะคลอด

1. ส่งเสริมความก้าวหน้าของการคลอดระยะที่ 2
2. ทารกในครรภ์มีโอกาสเสี่ยงต่อภาวะขาดออกซิเจนในระยะคลอดเนื่องจากภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานในระยะตั้งครรภ์

ระยะหลังคลอด

1. ทารกมีโอกาสเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำเนื่องจากมารดาเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์
2. มารดามีโอกาสเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอดเนื่องจากมีแผลในโพรงมดลูกและแผลฝีเย็บ
3. มารดาขาดความรู้ในการดูแลตนเองและบุตร เนื่องจากเป็นการคลอดครั้งแรก

การพยาบาลในระยะรอคลอด

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1 ผู้คลอดมีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำเนื่องจากพยาธิสภาพของโรคเบาหวาน และรับประทานอาหารได้น้อย

ข้อมูลสนับสนุน

- S : รู้สึกอยากอาหาร ปวดศีรษะ มีอาการหน้ามืด
O : ค่าน้ำตาลในเลือด 58 มก./ดล.

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้คลอดมีระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในเกณฑ์ปกติ

เกณฑ์การประเมิน

1. ไม่มีอาการปวดศีรษะ ใจสั่น ตาลาย หรือจะเป็นลม
2. ระดับน้ำตาลอยู่ในเกณฑ์ 70-120 มก./ดล.
3. ความดันโลหิต >90/60 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร <120 ครั้ง/นาที

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ได้แก่ เหงื่อออกมาก ตัวเย็น ใจสั่นเวียนศีรษะคล้ายจะเป็นลม ซึมและสับสน
2. ให้ดื่มน้ำหวาน 1 แก้วและติดตามผลตรวจค่าน้ำตาลในเลือดหลังดื่มน้ำหวาน 15 นาที เพื่อประเมินระดับน้ำตาลในเลือดว่าอยู่ในระดับปกติหรือไม่ หากผิดปกติจะช่วยให้การช่วยเหลือได้ทันเวลา
3. แนะนำถึงตั้งครรภ์สังเกตอาการของภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ เช่น เหงื่อออกมาก ตัวเย็น ใจสั่นเวียนศีรษะคล้ายจะเป็นลม ซึม และสับสน และควรมีน้ำตาลหรือลูกลูกอมติดตัวไว้เสมอ
4. ดูแลและแนะนำให้รับประทานให้ครบ 3 มื้อ ตรงเวลาไม่ควรงดมื้อใดมื้อหนึ่ง ลดแป้งและน้ำตาล ขนมหวาน ผลไม้ที่มีรสหวาน เน้นผักที่มีกากใย และเน้น เนื้อ นม ไข่และผักใบหรือผลไม้หวานน้อย เช่น ฝรั่ง ชมพู แอปเปิ้ล
5. ดูแลให้ได้รับสารทางหลอดเลือดดำเมื่องดน้ำและอาหาร และติดตามเจาะเลือดตรวจน้ำตาลในเลือดก่อนมื้ออาหาร และก่อนนอน และรายงานแพทย์เมื่อผิดปกติ

การประเมินผล

1. ไม่มีอาการของภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ เช่น ปวดศีรษะ ตาลาย ใจสั่นหรือเป็นลม
2. ระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ระหว่าง 78 - 121 มก./ดล.
3. ความดันโลหิตอยู่ระหว่าง 108-122 / 60-76 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 88-92 ครั้ง/นาที
4. น้ำตาลในเลือดอยู่ระหว่าง 78 - 121 มก./ดล.

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2 ผู้คลอดไม่สุขสบายเนื่องจากเจ็บครรภ์คลอด

ข้อมูลสนับสนุน

- S : ผู้คลอดรู้สึกปวดท้องร้าวไปหลัง หน้ามืด สีหน้าเจ็บปวด กระสับกระส่าย
O : มดลูกหดตัว Interval ทุก 3 นาที Duration 45-50 วินาที Severity +2

วัตถุประสงค์

1. ผู้คลอดสามารถเผชิญความเจ็บปวดได้อย่างเหมาะสม

เกณฑ์การประเมิน

1. เมื่อมดลูกหดตัวผู้คลอดสามารถควบคุมความเจ็บปวดได้โดยใช้เทคนิคการหายใจและผ่อนคลาย
2. อาการกระสับกระส่ายน้อยลง เข้าใจและปฏิบัติตามคำแนะนำได้เมื่อมดลูกคลายตัว

กิจกรรมการพยาบาล

1. อธิบายให้ผู้คลอดเข้าใจเกี่ยวกับกระบวนการคลอด แผนการรักษาและพยาบาล
2. ประเมินความเจ็บปวด โดยใช้ Pain scale ร่วมกับการสังเกตสีหน้าและพฤติกรรม
3. จัดทำนอนเพื่อให้ผู้คลอดรู้สึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ โดยให้นอนตะแคงซ้ายเพื่อให้เลือดไปเลี้ยงมดลูกได้ดีขึ้น
4. ประคับประคองด้านจิตใจ โดยให้กำลังใจแก่ผู้คลอดด้วยการพูดคุยและเปิดโอกาสให้ซักถาม
5. ดูแลความสุขสบายทั่วไป เช่นความสะอาดร่างกาย การจัดสิ่งแวดล้อมให้สงบ และอุณหภูมิห้องที่เหมาะสม
6. ส่งเสริมให้ผู้คลอดมีการผ่อนคลายโดยฝึกเทคนิคการหายใจและการผ่อนคลายโดยใช้เทคนิคดังนี้

6.1 เทคนิคการหายใจโดยให้ผู้คลอดนอนตะแคงซ้ายเพ่งจุดสนใจไปที่จุดใดจุดหนึ่งขณะมีมดลูกหดรัดตัวหายใจเข้าลึกๆทางจมูกช้าๆ และผ่อนคลายลมหายใจออกจากปากช้าๆ เมื่อมดลูกหดรัดตัวเต็มที่เปลี่ยนเป็นหายใจตื้นเร็วๆ จนกว่ามดลูกจะคลายตัวจึงกลับมาหายใจปกติ

6.2 แนะนำการลูบหน้าท้องเมื่อมดลูกหดรัดตัวให้ผู้คลอดใช้อุ้งมือทั้งสองข้างลูบหรือนวดเบาโดยเริ่มจากบริเวณหัวเหน่าขึ้นไปหายอดมดลูกในขณะที่หายใจเข้าและจากยอดมดลูกผ่านมาจุดเริ่มต้นใหม่ขณะที่มีการหายใจออก

7. ให้ญาติอยู่เป็นเพื่อนและดูแลใกล้ชิดและให้กำลังใจแก่ผู้คลอด

การประเมินผล

1. หลังให้การพยาบาลผู้คลอดไม่มีหน้ามืด สีหน้าผ่อนคลาย
2. ขณะมดลูกหดรัดตัวผู้คลอดสามารถเผชิญความเจ็บปวดได้โดยใช้เทคนิคการหายใจและผ่อนคลายได้เกือบทุกครั้งที่มีมดลูกหดตัว

การพยาบาลในระยะคลอด

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1 ส่งเสริมความก้าวหน้าของการคลอดระยะที่ 2

ข้อมูลสนับสนุน

S : มารดาบอกว่า “รู้สึกอยากเบ่ง”

O : เวลา 12.00 น. ถุงน้ำคร่ำแตก เวลา 12.00 น. ปากมดลูกเปิด 10 เซนติเมตร ความบาง 100 เปอร์เซ็นต์ ระดับ

ส่วนน้ำ +2 ทวารหนักตุงและถ่างขยาย

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้การคลอดระยะที่ 2 มีความก้าวหน้าและดำเนินไปอย่างปกติ

เกณฑ์การประเมิน

1. ผู้คลอดเบ่งได้ถูกวิธี และการคลอดมีความก้าวหน้า
2. การคลอดในระยะที่ 2 ใช้เวลาไม่เกิน 2 ชั่วโมง

กิจกรรมการพยาบาล

1. แจ้งให้ผู้คลอดและญาติทราบถึงความก้าวหน้าของการคลอด และให้กำลังใจในการเบ่งคลอด
2. ตรวจสอบอัตราการเต้นของหัวใจทารกโดยการติดเครื่อง Electro Fetal Monitoring
3. ประเมินความก้าวหน้าการคลอดทุก 5-15 นาที จนคลอด

4. แนะนำผู้คลอดเบ่งคลอดอย่างถูกวิธี คือ เมื่อมดลูกหดตัวให้ผู้คลอดสูดลมหายใจเข้าจุมูกอย่างเต็มที่แล้วปล่อยลมหายใจออกทางปากเพื่อเป็นการหายใจล้างปอดและสูดลมหายใจเข้าทางจุมูกอีกครั้งพร้อมทั้งกลั้นหายใจ และยกศีรษะจนคางชิดอกแล้วจึงเบ่งลงกันให้เต็มที่นาน 6-10 วินาที แล้วสูดหายใจเข้าใหม่เบ่งซ้ำถ้ามดลูกยังแข็งตัวอยู่เมื่อมดลูกคลายตัวให้หยุดเบ่ง เพื่อให้มีแรงในการผลักทารกให้คลอดออกมาได้

5. กล่าวชมและให้กำลังใจผู้คลอดเมื่อเบ่งได้ถูกวิธี เพื่อให้ผู้คลอดมีกำลังใจในการเบ่งมากขึ้น
6. เตรียมเครื่องมืออุปกรณ์ ยา เวชภัณฑ์ เครื่องมือกึ่งพมารดาและทารกให้พร้อม โดยใช้หลักปราศจากเชื้อ
7. จัดเตรียมเครื่องมือทำคลอดและเรียงให้พร้อมใช้งาน
8. จัดทำผู้คลอดในท่านอนหงายชันเข่า และอธิบายให้ทราบเหตุผลเพื่อให้ผู้คลอดเข้าใจและให้ความร่วมมือ
9. เตรียมตัวผู้ช่วยคลอด โดยการสวมเสื้อกาวน์ และใส่ถุงมือให้เรียบร้อยและเตรียมที่มรับเด็ก
10. ช่วยคลอดปกติตามกลไกการคลอดปกติ เพื่อให้ผู้คลอดและทารกปลอดภัย

การประเมินผล

1. มารดาเบ่งคลอดได้ถูกต้อง ฝึเบ่งขณะเบ่งเห็นศีรษะทารกเคลื่อนต่ำ
2. การคลอดระยะที่ 2 ใช้เวลา 12 นาที

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2 ทารกในครรภ์มีโอกาสเสี่ยงต่อภาวะขาดออกซิเจน เนื่องจากมารดาเป็นเบาหวาน และมดลูกหดตัวถี่ และรุนแรง

ข้อมูลสนับสนุน

- S : ผู้คลอดบอก “ปวดท้องมากและถี่ขึ้น อยากจะเบ่งตลอดเวลา”
O : ผู้คลอดได้รับการวินิจฉัยเป็น GDM Class A2
มดลูกหดตัว Interval 3 นาที Duration 45-50 วินาที Severity +2

วัตถุประสงค์

1. ทารกในครรภ์ไม่เกิดภาวะขาดออกซิเจน

เกณฑ์การประเมิน

1. อัตราการเต้นของหัวใจทารกในครรภ์ระหว่าง 110-160 ครั้ง/นาที
2. EFM : ไม่พบ Late deceleration หรือ Variable deceleration
3. ทารกแรกเกิดไม่มีภาวะขาดออกซิเจน (Birth asphyxia)

กิจกรรมการพยาบาล

1. จัดผู้คลอดให้นอนศีรษะสูงเล็กน้อย เพื่อให้เลือดไหลเวียนได้สะดวกขึ้น
2. ประเมินอัตราการเต้นของหัวใจทารกในครรภ์และสุขภาพทารกในครรภ์โดยติดเครื่อง Electro Fetal Monitoring เพื่อประเมินภาวะผิดปกติ หากพบมี Late Deceleration รายงานแพทย์เพื่อให้การช่วยเหลือด้วยการทำ Intrauterine resuscitation (IUR) โดยให้ออกซิเจน Mask with Bag 8-10 ลิตร/นาที นอนตะแคงซ้ายและให้ สารน้ำทางหลอดเลือดดำอย่างเพียงพอ

3. เตรียมความพร้อมในการช่วยเหลือการคลอดด้วยการทำหัตถการ
4. เตรียมความพร้อมของทีมกึ่งพมารดา อุปกรณ์ ยา และเวชภัณฑ์ในการช่วยเหลือทารกแรกเกิด

การประเมินผล

1. อัตราการเต้นของหัวใจทารกอยู่ระหว่าง 130-158 ครั้ง/นาที
2. EFM : ไม่มี Late deceleration
3. ทารกแรกเกิดไม่มีภาวะขาดออกซิเจน

การพยาบาลระยะหลังคลอด

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1 ทารกมีโอกาสเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำเนื่องจากมารดาเป็นเบาหวานในระยะตั้งครรภ์
สนับสนุน

S :-

O : ทารกแรกเกิดคลอดปกติ มารดาได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น GDM Class A2

วัตถุประสงค์

1. ทารกมีระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในเกณฑ์ปกติปกติ

เกณฑ์การประเมินผล

1. ทารกไม่มีอาการแสดงของภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ เช่น ซึม เหงื่อออก ตัวเย็น ซีด หายใจเร็ว สั่น ชัก
2. ระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ระหว่าง 50-130 มก./ดล.

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินสภาพทั่วไปของทารก และอาการแสดงของภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ เช่น ซึม เหงื่อออก ตัวเย็น ซีด หายใจเร็ว สั่นหรือชัก

2. ตรวจระดับน้ำตาลในเลือดของทารก ภายใน 1 ชั่วโมงหลังคลอด ถ้าค่าน้ำตาลในเลือดต่ำกว่า 40 มก./ดล. รายงานแพทย์รับทราบทันที และให้การดูแลตามแผนรักษาของแพทย์ หากทารกอาการคงที่สามารถรับนมได้ ระดับน้ำตาล 30-45 มก./ดล. รับประทานนมทันที หากทารกไม่สามารถรับนมได้ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ 10% glucose 5 มก./กก./ชม. ถ้าระดับน้ำตาลต่ำกว่า 30 มก./ดล. ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ 10% glucose 2 มก./กก. ซ้ำๆ ใน 5 นาที และตรวจระดับน้ำตาลซ้ำอีกใน 15-30 นาที และติดตามผลระดับน้ำตาลอยู่ในเกณฑ์ปกติ

3. อธิบายให้มารดาและญาติทราบถึงแนวทางการรักษาและการตรวจติดตามระดับน้ำตาลในเลือดทารก เพื่อลดความวิตกกังวลและให้ความร่วมมือ

การประเมินผล

1. ทารกไม่มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ
2. ระดับน้ำตาลในเลือด อยู่ระหว่าง 55 - 57 มก./ดล.

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2 มารดามีโอกาสเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอดเนื่องจากมีแผลในโพรงมดลูกและแผลฝีเย็บ
ข้อสนับสนุน

S :-

O : มีการตัดฝีเย็บช่วยคลอดแบบ Left mediolateral episiotomy.

มารดาในระยะหลังคลอด 24 - 48 ชั่วโมง

วัตถุประสงค์

1. มารดาไม่มีภาวะตกเลือดหลังคลอด

เกณฑ์การประเมินผล

1. มารดาเปลือกตาไม่ซีด
2. มดลูกลักษณะกลมแข็ง ระดับสะดือ มีเลือดออกทางช่องคลอดน้อยกว่า 50 ซีซี/ชม.
3. แผลฝีเย็บไม่มีเลือดซึม ไม่บวมแดง ไม่มี Hematoma

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินอาการและอาการแสดงของการตกเลือดหลังคลอดโดยสังเกตใบหน้าว่ามีซีดเหลืองตัวเย็นหรือระดับความรู้สึกตัวลดลงหรือไม่

2. สังเกตและประเมินการหดตัวของมดลูก ระดับมดลูกควรอยู่เหนือหัวเหน่าไม่เกิน 6 นิ้ว และแนะนำวิธีการคลึงมดลูกให้กลมแข็ง

3. ใช้นวัตกรรมตุ๊กตาเตือนการคลั่งมดลูกให้มารดาคลั่งมดลูกตามเวลาทุก 15 นาที ใน 2 ชั่วโมงแรกหลังคลอด
4. ประเมินสภาพแผลฝีเย็บและเนื้อเยื่อที่ฉีกขาดบริเวณข้างเคียงว่ามีบวมแดงหรือเลือดซึมหรือไม่ ประเมินการเกิด Hematoma ซึ่งเป็นสาเหตุทำให้มารดาสูญเสียเลือด
5. สังเกตและดูแลภาวะ Bladder full ถ้าพบกระตุ้นให้มารดาปัสสาวะ เพื่อให้มดลูกหดตัวดี
6. ให้ข้อมูลเกี่ยวกับลักษณะและปริมาณของน้ำคาวปลาปกติให้มารดาเข้าใจเพื่อให้มารดาเข้าใจ และสามารถบอกได้ว่ามีลักษณะผิดปกติ
7. สังเกตปริมาณเลือดที่ออกจากช่องคลอด และบันทึกไว้ หากปริมาณเลือดที่ออกใน 1 ชั่วโมงมากกว่า 100 มล. อาจมีการตกเลือดได้

การประเมินผล

1. มารดาเปลี่ยนจากไม่ซัด มดลูกหดตัวกลับมามีแรง ระดับสะดือ
2. มีเลือดออกทางช่องคลอดใน 2 ชั่วโมงแรก 50 ซีซี Total Blood loss 150 ซีซี
3. มารดาไม่มีภาวะตกเลือดหลังคลอด

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 3 มารดาหลังคลอดขาดความรู้ในดูแลตนเองและบุตร เนื่องจากคลอดบุตรคนแรก

ข้อมูลสนับสนุน

- S : มารดาหลังคลอดบอกว่า “อึ้มบุตรไม่ถนัด อาบน้ำบุตรและเช็ดตาและสะดือลูกไม่เป็น”
- O : ประเมินความรู้ก่อนให้ความรู้เรื่องการดูแลตนเอง ตอบได้ ร้อยละ 60

วัตถุประสงค์

1. มารดาหลังคลอดมีความรู้และมีทักษะ ในการดูแลตนเองและบุตรได้ถูกต้อง

เกณฑ์การประเมิน

1. มารดาหลังคลอดสามารถตอบคำถามกลับเรื่องการดูแลตนเองหลังคลอดได้ถูกต้อง
2. ประเมินความรู้การดูแลตนเองหลังคลอด ไม่ต่ำกว่า ร้อยละ 80

กิจกรรมการพยาบาล

1. ให้ความรู้ในเรื่องการดูแลตนเองหลังคลอด ดังนี้
 - 1.1 การพักผ่อนและการเริ่มทำงาน ควรนอนตอนกลางวัน ประมาณ 1-2 ครั้ง ไม่ควรขึ้นบันไดสูงๆ ทำงานบ้านเบาๆได้ ไม่ควรยกของหนักหรือทำงานที่ต้องออกแรง หลังจาก 6 สัปดาห์ จึงจะทำงานได้ตามปกติ
 - 1.2 การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ตามความต้องการของร่างกาย อาหารที่ควรรับประทาน เช่น เนื้อสัตว์ต่างๆ ไข่ นมสด ผักทุกชนิด ผลไม้รสไม่หวานจัด ดื่มน้ำให้เพียงพอ จะช่วยให้สุขภาพของมารดาแข็งแรงสมบูรณ์ อาหารที่ควรงด ได้แก่ เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ไม่ควรรับประทานผัดผัดเค็ม อาหารหมักดอง น้ำชา กาแฟ เพราะสามารถผ่านทางน้ำนม และไม่ควรรีบรับประทานอาหาร
 - 1.3 ออกกำลังกายหลังคลอด อย่างน้อย 6 สัปดาห์หลังคลอด เช่น
 - ฝึกการหายใจ (Breathing Exercise) เพื่อส่งเสริมการทำงานของปอดให้มีประสิทธิภาพ
 - ฝึกบริหารกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกราน (Pelvic Floor Muscle Exercise) เพื่อช่วยให้กล้ามเนื้อเชิงกรานกล้ามเนื้อบริเวณช่องคลอด เอ็นยึดมดลูกแข็งแรงและกระชับขึ้น
 - 1.4 รักษาความสะอาดร่างกาย อาบน้ำวันละ 2 ครั้ง อวัยวะสืบพันธุ์ภายนอก ควรทำความสะอาดด้วยสบู่ และล้างทุกครั้งหลังถ่ายปัสสาวะออกจากระ ในช่วง 24 ชั่วโมงแรกให้เปลี่ยนผ้าอนามัยทุก 4 ชั่วโมง หรือเมื่อเปียกชุ่ม
 - 1.5 การวางแผนครอบครัว การคุมกำเนิดหลังคลอด
 - 1.6 แนะนำอาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์ ได้แก่ มีไข้ ปวดแผลฝีเย็บมาก ปัสสาวะแสบขัด น้ำคาวปลา สีแดงเข้มมากขึ้น ปริมาณมากขึ้น และมีกลิ่นเหม็น
2. อธิบายและสาธิต แจกแผ่นพับ และ QR Code ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองและบุตร
3. ประเมินความรู้เรื่องการดูแลตนเองหลังคลอดและทวนทักษะการดูแลบุตร

การประเมินผล

1. ตอบคำถามกลับเรื่องการดูแลตนเองหลังคลอดได้ถูกต้อง
2. ประเมินความรู้การดูแลตนเองหลังคลอดได้ ร้อยละ 90 ผ่านเกณฑ์

สรุปกรณีศึกษา

หญิงไทย สถานภาพคู่ อายุ 29 ปี แพทย์วินิจฉัยเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ครรภ์ที่ 1 อายุครรภ์ 37⁺³ สัปดาห์ มารับการรักษาที่โรงพยาบาลไทรงาม ด้วยอาการเจ็บครรภ์ ท้องแข็ง มีมูกเลือดออกทางช่องคลอด เป็นก่อนมาโรงพยาบาล 3 ชั่วโมง รับไว้รักษาในห้องคลอด ในระยะรอคลอด มีอาการของภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำคืออยากอาหาร ปวดศีรษะ และหน้ามืด ระดับน้ำตาลในเลือดเท่ากับ 58 มก./ดล. ได้ให้การรักษาเพื่อแก้ไขภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ปัญหาการพยาบาลที่สำคัญแบ่งเป็น 3 ระยะ คือ การพยาบาลในระยะรอคลอด การพยาบาล ในระยะคลอด และการพยาบาลในระยะหลังคลอด ปัญหาที่สำคัญในระยะรอคลอด คือ ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ และไม่สุขสบายจากการเจ็บครรภ์คลอด ปัญหาที่สำคัญในระยะคลอด คือ ความก้าวหน้าการคลอดระยะที่ 2 และทารกมีโอกาสเสี่ยงต่อการขาดออกซิเจน ปัญหาที่สำคัญในระยะหลังคลอด คือ ทารกมีโอกาสเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ มารดาเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอด และมารดาหลังคลอดขาดความรู้ในดูแลตนเองและบุตร ให้การพยาบาลและแก้ไขภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ การพยาบาลเพื่อให้ผู้คลอดสามารถเผชิญความเจ็บปวดจากการเจ็บครรภ์ ให้การพยาบาลเพื่อส่งเสริมความก้าวหน้าการคลอด ให้บริการคลอดตามมาตรฐาน และป้องกันทารกในครรภ์ขาดออกซิเจน ให้การพยาบาลทารกเสี่ยงต่อน้ำตาลในเลือดต่ำการพยาบาลเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอด สอนความรู้และทักษะการดูแลตนเองและบุตร หลังให้การดูแลมารดาและทารกปลอดภัยจากการคลอดและไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน ก่อนจำหน่ายแนะนำอาการผิดปกติที่ต้องมาโรงพยาบาล และการรับประทานอาหารเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด รวมเวลารักษาในโรงพยาบาล 3 วัน

วิจารณ์

การพยาบาลผู้คลอดที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ในกรณีศึกษานี้ จะเห็นได้ว่าหญิงตั้งครรภ์ได้รับการวินิจฉัยภาวะเบาหวานล่าช้า เนื่องมาจากการฝากครรภ์ไม่ต่อเนื่อง และสาเหตุของการเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ เกิดจากการที่หญิงตั้งครรภ์รับประทานอาหารได้น้อยเนื่องจากอยู่ในระยะเจ็บครรภ์คลอด และยังไม่เข้าใจถึงความสำคัญของโภชนาการในหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวานว่าควรได้รับอาหารที่มีแคลอรีต่อวันเท่าใด และควรรับประทานให้ตรงเวลา ทราบเพียงแต่ว่าไม่ควรรับประทานขนมหวาน น้ำตาล น้ำหวานหรือผลไม้ที่มีรสหวาน พยาบาลผู้ให้การดูแล นอกจากต้องมีความรู้ด้านการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดจากโรคเบาหวานแล้ว โภชนาการในหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวานก็เป็นเรื่องจำเป็นและสำคัญที่พยาบาลจะต้องมีความรู้ และทราบปริมาณแคลอรีต่อวันที่หญิงตั้งครรภ์ควรได้รับ เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนและช่วยให้สามารถดูแลหญิงตั้งครรภ์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะ

1. ทบทวนความรู้และร่วมจัดทำแนวทางปฏิบัติกับทีมนำทางคลินิก(Patient Care Team) เรื่องการจัดระบบการดูแลรักษาหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นโรคเบาหวานเพื่อใช้เป็นแนวทางปฏิบัติของโรงพยาบาล ตั้งแต่การคัดกรองเบาหวานจนถึงการดูแลรักษามารดาและทารกหลังคลอด
2. จัดระบบการให้ความรู้ในแผนกฝากครรภ์ เรื่องเบาหวานและโภชนาการในหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวาน และในหญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยงเพื่อให้หญิงตั้งครรภ์มีความรู้ความเข้าใจ และสามารถปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้องเหมาะสม
3. พัฒนาความรู้และทักษะของพยาบาลห้องคลอด เพื่อให้สามารถประเมินความเสี่ยง วินิจฉัยปัญหา และวางแผนการดูแลรักษาผู้คลอดที่เป็นเบาหวานได้อย่างถูกต้อง เหมาะสม
4. สื่อสารแนวทางปฏิบัติการจัดระบบการดูแลรักษาหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวาน แก่ผู้รับผิดชอบงานอนามัยแม่และเด็กของอำเภอไทรงาม เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยงได้รับการตรวจวินิจฉัยภาวะเบาหวานได้ตามข้อกำหนด

สรุป

ภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ เป็นความผิดปกติของการเผาผลาญคาร์โบไฮเดรต ซึ่งทำให้เกิดผลกระทบ และภาวะแทรกซ้อนต่อหญิงมีครรภ์และทารก และเป็นสาเหตุที่ทำให้ทารกมีโอกาสเสียชีวิตเพิ่มขึ้น การวินิจฉัยภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ได้เร็วจะทำให้หญิงตั้งครรภ์ได้รับการดูแลที่เหมาะสม การควบคุมระดับน้ำตาลให้อยู่ในระดับปกติเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่อหญิงตั้งครรภ์และทารก พยาบาลห้องคลอดจึงมีบทบาทอย่างมากในการดูแลผู้คลอดที่เป็นเบาหวานในทุกๆระยะของการคลอด ตั้งแต่แรกรับจนถึงหลังคลอด โดยประเมินความเสี่ยงแรกรับ และวางแผนการพยาบาล ให้บริการคลอดตามมาตรฐานและส่งเสริมสุขภาพ เพื่อให้มารดาและทารกปลอดภัยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน

เอกสารอ้างอิง

1. มาลีวัลย์ เลิศสาครศิริ. แนวคิดการพยาบาลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะแทรกซ้อน (ฉบับปรับปรุงใหม่). พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: จามจุรีโปรดักส์; 2565.
2. กุณฑลีย์ โควิบูลย์ชัย. การพัฒนาระบบคัดกรองโรคเบาหวานในหญิงตั้งครรภ์ในคลินิกฝากครรภ์. [online]. 2560. [cited 2023 Sep 28]. Available from: <http://www.chanumanhospital.go.th/uploads/km/1589512909.pdf>
3. สุนันทา ยังวนิชเศรษฐ, วราภรณ์ ชัชเวช, สุรีย์พร กฤษเจริญ, เบญญาภา ธิติมางษ์. การพยาบาลและการผดุงครรภ์ 2. [online]. 2562. [cited 2023 Oct 2]. Available from: http://www.nur.psu.ac.th/nur/file_web/ตำราการพยาบาล%20ทารก%20และการผดุงครรภ์2 เล่ม1.pdf
4. วลัยลักษณ์ สุวรรณภักดี, มลิวัดย์ บุตรดำ, ทศณีย์ หนูนารถ, เบญจวรรณ ละหุการ. ภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์: บทบาทพยาบาลกับการดูแล. ราชวดีสาร วิทยาลัยบรมราชชนนี สุรินทร์ [online]. 2562 [cited 2023 Sep 26]; 9(2):100-113. Available from: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/bcnsurin/article/view/179414>
5. กนกวรรณ ฉันทะมงคล. การพยาบาลสตรีที่มีโรคร่วมกับการตั้งครรภ์. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: ส.เจริญการพิมพ์; 2559.
6. โสภิตา วงศ์จิตรัตน์. อุบัติการณ์และปัจจัยเสี่ยงของการเกิดเบาหวานขณะตั้งครรภ์ในช่วงไตรมาสที่ 3 หลังผลการตรวจคัดกรองเบาหวานครั้งแรกปกติ. วารสารโรงพยาบาลกำแพงเพชร [online]. 2565. [cited 2023 Oct 1];26(2):1-9. Available from: [https://kph.go.th/html/attachments/article/5036วารสารโรงพยาบาลกำแพงเพชร%20ฉบับที่%20%20\(กรกฎาคม\)%20ธันวาคม\)2565.pdf](https://kph.go.th/html/attachments/article/5036วารสารโรงพยาบาลกำแพงเพชร%20ฉบับที่%20%20(กรกฎาคม)%20ธันวาคม)2565.pdf)
7. ยุทธภูมิ พิณจมนตรี. บุญจันทร์ สีก่อมวงษา. ผลต่อทารกและมารดาหลังคลอด ระหว่างเบาหวานขณะตั้งครรภ์ A1 และ A2. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์. [online]. 2565. [เข้าถึงเมื่อวันที่ 18 ตุลาคม 2566]; 37(2):477-85. Available from : <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/MJSSBH/article/view/258972/176723>.
8. สมบูรณ์ บุญเกียรติ, พัชรา สมชื่อ, ชุตินา ปัญญาพินิจนุกูล. การพยาบาลสตรีตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูง 1. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ: สิ้นหนา ก้อปปี เซ็นเตอร์; 2565.



Nursing care of postpartum hemorrhage with shock : A case study

Nongnuch Junput, B.N.S.*

Abstract

Introduction : postpartum hemorrhage It is an obstetric emergency. Although this event does not occur often, But when it happens, it becomes a serious risky event. When postpartum hemorrhage occurs in the first stage Will cause blood loss, causing shock. Some people have to have their uterus removed. or death Finding the cause Provide timely medical treatment It will help reduce the death rate and complications

Objective : To provide guidelines for providing nursing care to women who have postpartum hemorrhage combined with shock.

Case Study : Thai woman, age 23 years, first pregnancy, gestational age 41⁺² weeks, referred from the prenatal care department. with a pregnancy beyond the specified age Evaluate risk and complications at first sight, such as anemia, pregnancy beyond the due date. Doctors give a diagnosis of Post Term. Important nursing problems are divided into 3 stages: pre-natal period, birth period, post-natal period. In the pre-natal period Providing care according to the CPG Guideline Post term, found problems, delayed progress of labor in the early cervical opening phase. Birth workers and infants are at risk of complications from contraction-stimulating drugs. There is anxiety about giving birth. During the birth period, there are problems, having to push for a long time. Infants are more likely to suffer from hypoxia. in the postpartum period Have postpartum hemorrhage Due to poor uterine contractions, bleeding 500 cc. Provide nursing care according to guidelines for prevention of postpartum hemorrhage. Move recovery room Having shock due to postpartum hemorrhage There was an additional 550 cc of bleeding. Blood pressure dropped. Provide care according to guidelines for postpartum hemorrhage and shock. Blood concentration decreases Risk of oxygen depletion due to anemia from blood loss Take care of blood replacement Promotes a good bond between mother and baby. Important nursing care is Nursing care according to the CPG guideline Post Term, closely monitoring the birth attendant and infant at every stage of birth. Provide nursing care to relieve anxiety Providing care according to guidelines to prevent hemorrhage using active management of the third stage of labor (AMTSL) using the Call for help PPH system (Postpartum Hemorrhage Assistance Team). The result is that the baby was born alive, the mother is safe and there are no complications. Relief from shock and anemia Can be discharged from the hospital

Case Study Summary: Birth workers are safe from postpartum hemorrhage and shock. By a team of nurses who have skills in giving birth nursing. Since the first reception Evaluation and search to prevent various risk factors that can be prevented during labor pains Provide close care for the birth mother nursing diagnosis Plan for corrective actions that may occur in a timely manner. Helps reduce death rate No complications can occur.

Keywords : Nursing care of labor, Postpartum hemorrhage, Shock

* Register nurse, Professional level, Labour Nurse Department, Saithongwattana Hospital

การพยาบาลผู้คลอดที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอดร่วมกับภาวะช็อก : กรณีศึกษา

นนุช จันทร์พุ่ม, พย.บ*

บทคัดย่อ

บทนำ : ภาวะตกเลือดหลังคลอด เป็นภาวะฉุกเฉินทางสูติศาสตร์ แม้อุบัติการณ์นี้เกิดขึ้นไม่บ่อย แต่เมื่อเกิดขึ้นจะกลายเป็นเหตุการณ์ที่มีความเสี่ยงรุนแรง เมื่อเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอดระยะแรกขึ้น จะทำให้เสียเลือดเกิดภาวะช็อก บางรายต้องตัดมดลูกออกหรือเสียชีวิตได้ การค้นหาสาเหตุ แก่ไขรักษาพยาบาลอย่างทันที่ จะช่วยลดอัตราการเสียชีวิตและภาวะแทรกซ้อนได้

วัตถุประสงค์ : เพื่อเป็นแนวทางในการให้การพยาบาลผู้คลอดที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอดร่วมกับภาวะช็อก

กรณีศึกษา : หญิงไทย อายุ 23 ปี ตั้งครรภ์แรก อายุครรภ์ 41⁺² สัปดาห์ ส่งต่อจากแผนกฝากครรภ์ ด้วยอายุครรภ์เกินกำหนด ประเมินภาวะเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อนแรกพบ ภาวะช็อค ตั้งครรภ์เกินกำหนด แพทย์ให้การวินิจฉัย Post Term ปัญหาทางการพยาบาลที่สำคัญ แบ่งออกเป็น 3 ระยะ คือ ระยะก่อนคลอด ระยะคลอด ระยะหลังคลอด ในระยะก่อนคลอด ให้การดูแลตาม CPG Guideline Post term พบปัญหา มีความก้าวหน้าของการคลอดในระยะปากมดลูกเปิดเร็วแล้วช้า ผู้คลอดและทารกมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยากระตุ้นการหดตัว มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการคลอด ในระยะคลอด พบปัญหา มีภาวะเบ่งคลอดยาวนาน ทารกมีโอกาสเกิดภาวะขาดออกซิเจน ในระยะหลังคลอดมีภาวะตกเลือดหลังคลอด เนื่องจากมดลูกหดตัวไม่ดี มีเลือดออก 500 ซีซี ให้การพยาบาลตามแนวทางการป้องกันการตกเลือดหลังคลอด ย้ายห้องพักฟื้น มีภาวะช็อกจากการตกเลือดหลังคลอด มีเลือดออกเพิ่มอีก 550 ซีซี ความดันโลหิตลดลง ให้การดูแลตามแนวทางภาวะตกเลือดหลังคลอด และภาวะช็อก ความเข้มข้นของเลือดลดลง เสี่ยงภาวะพร่องออกซิเจนเนื่องจากภาวะช็อค จากการเสียเลือด ดูแลให้เลือดทดแทน ส่งเสริมสายสัมพันธ์ที่ดีระหว่างมารดาและทารก การพยาบาลที่สำคัญ คือ การพยาบาลดูแลตาม CPG guideline Post Term การดูแลเฝ้าระวังผู้คลอด และทารกในทุกระยะของการคลอดอย่างใกล้ชิด ให้การพยาบาลเพื่อบรรเทาวิตกกังวล ให้การดูแลตามแนวทางเพื่อป้องกันการตกเลือดแบบ active management of the third stage of labour (AMTSL) ใช้ระบบ Call for help PPH (ทีมช่วยเหลือภาวะตกเลือดหลังคลอด) ผลลัพธ์ คือ ลูกเกิดรอด แม่ปลอดภัย ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ทุเลาจากภาวะช็อก และภาวะช็อค สามารถจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

สรุปกรณีศึกษา : ผู้คลอดปลอดภัยจากภาวะตกเลือดหลังคลอดร่วมกับภาวะช็อก โดยทีมพยาบาลที่มีทักษะในการพยาบาลผู้คลอด ตั้งแต่แรกเริ่ม การประเมินค้นหาเพื่อป้องกันปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ที่สามารถป้องกันได้ขณะเจ็บครรภ์คลอด ให้การดูแลผู้คลอดอย่างใกล้ชิด วินิจฉัยทางการพยาบาล วางแผนแก้ไขที่อาจเกิดขึ้นได้ทันที่ ช่วยลดอัตราการเสียชีวิต ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนได้

คำสำคัญ : การพยาบาลผู้คลอด ภาวะตกเลือดหลังคลอด ภาวะช็อก

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ งานการพยาบาลผู้คลอด โรงพยาบาลทรายทองวัฒนา

บทนำ

ภาวะตกเลือดหลังคลอดเป็นภาวะฉุกเฉินทางสูติศาสตร์ที่มีความสำคัญ เพราะเป็นสาเหตุหลักของการเสียชีวิตของมารดา ลำดับต้นๆ ในหลายประเทศทั่วโลก¹ จากสถิติของสำนักส่งเสริมสุขภาพกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข พบว่า ประเทศไทยตั้งแต่ปี 2563 ถึงปี 2565 มีอัตราการตายมารดาไทยต่อการเกิดมีชีพแสนคน ถึงร้อยละ 20.29, 34.68 และ 25.86 ตามลำดับ² จากการวิเคราะห์สาเหตุการตาย แบ่ง 3 ประเภท คือ สาเหตุโดยตรง (Direct cause) ร้อยละ 54.24, 34.60 และ 41.08 ตามลำดับ² สาเหตุโดยอ้อม (Indirect cause) ร้อยละ 37.29, 55.68 และ 16.28 ตามลำดับ² และไม่ระบุสาเหตุ (Unknown)² ร้อยละ 8.47, 9.29 และ 42.64 ตามลำดับ² จากข้อมูลดังกล่าว พบว่า ภาวะตกเลือดหลังคลอด เป็นอันดับ 1 ของสาเหตุมารดาตายโดยตรงของประเทศไทยสูงถึงร้อยละ 31.25, 37.5 และ 35.85 ตามลำดับ² ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ภาวะแทรกซ้อนทางสูติกรรม เป็นอันดับ 2 ร้อยละ 31.25 และ 30.19 ตามลำดับ² ความดันโลหิตสูง อันดับ 3 ร้อยละ 20.31, 21.87 และ 26.42 ตามลำดับ²

ภาวะตกเลือดหลังคลอด หมายถึง การตกเลือดหลังการคลอดทารก มีปริมาณเลือดมากกว่า 500 มิลลิลิตร เมื่อคลอดทางช่องคลอด หรือปริมาณเลือดมากกว่า 1,000 มิลลิลิตร หลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง หรือร้อยละ 1 ของน้ำหนักตัว รวมถึงการที่ความเข้มข้นเลือดแดงลดลงมากกว่าร้อยละ 10 จากก่อนคลอด ผลกระทบจากภาวะตกเลือดหลังคลอด นอกจากทำให้เกิดภาวะช็อคแล้ว บางรายจำเป็นต้องได้รับการรักษาที่ซับซ้อนขึ้น เช่น การช่อมแซมผิเย็บใหม่ การชูดมดลูกและอาจต้องตัดมดลูกออกเป็นการสูญเสียอวัยวะที่สำคัญ และในรายที่รุนแรงอาจเกิดภาวะช็อค ทำให้เสียชีวิตได้³ การตกเลือดหลังคลอดส่วนใหญ่มักจะเกิดขึ้นภายหลังการคลอดทันที หรือใน 1 – 2 ชั่วโมงแรกหลังคลอด เนื่องจากจะมีเลือดออกจากบริเวณที่รกเคยเกาะ ตามกลไกธรรมชาติมดลูกจะหดตัว และคลายตัวเป็นระยะสลับกันเพื่อบีบรัดหลอดเลือดเป็นการป้องกันการไหลของเลือดออกจากโพรงมดลูก ดังนั้นการหดตัวของมดลูก จึงเป็นสาเหตุหลักของการตกเลือดหลังคลอด ซึ่งพบได้ถึงร้อยละ 90 ของการตกเลือดหลังคลอดทั้งหมด^{3,4} การดูแลป้องกันการตกเลือดหลังคลอดที่มีประสิทธิภาพในปัจจุบัน คือ การจัดการในระยะที่ 3 ของการคลอดอย่างรวดเร็ว เรียกว่า Active Management of the Third Stage of labor (AMTSL) โดยให้ Oxytocin 10 unit ฉีดเข้ากล้ามเนื้อขณะคลอดไหล่หน้าทารก หรือฉีดเพิ่มในสารน้ำทางหลอดเลือดดำ ภายหลังทารกคลอดทันที เพื่อให้มดลูกหดตัวดี ทำคลอดรกได้โดยเร็ว และป้องกันการตกเลือดในระยะแรก¹

จากข้อมูลสถิติงานการพยาบาลห้องคลอด โรงพยาบาลทรายทองวัฒนา ในปี 2563 ถึงปี 2565 ร้อยละการตกเลือดหลังคลอด อยู่ที่ 2.11, 1.15 และ 1.86 ตามลำดับ⁵ โดยมีปัจจัยเสี่ยงของภาวะตกเลือดหลังคลอดจำแนกตามหลักการ 4T พบว่า 80% สาเหตุมาจาก Tone (Uterine Atony) รองลงมา 20% สาเหตุมาจาก Tissues แม้ว่าอุบัติการณ์ของการตกเลือดหลังคลอดที่เกิดขึ้นจะอยู่ในเกณฑ์เป้าหมาย คือ ไม่เกินร้อยละ 5 ไม่มีมารดาเสียชีวิต แต่ผู้คลอดตกเลือดหลังคลอดบางรายมีอาการรุนแรงจนเกิดภาวะช็อค ร้อยละ 50, 100 และ 100 ตามลำดับ⁵ และต้องได้รับเลือดทดแทน ร้อยละ 0, 100 และ 100 ตามลำดับ⁵ ส่งผลต้องนอนโรงพยาบาลนานขึ้น จึงเป็นบทบาทสำคัญของพยาบาลห้องคลอด ที่ต้องมีความรู้และทักษะในการพยาบาลผู้คลอด ตั้งแต่แรกรับการประเมินค้นหา ปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่สามารถป้องกันได้ ดูแลต่อเนื่อง ในแต่ละระยะของการคลอดอย่างใกล้ชิด วินิจฉัยทางการแพทย์ และวางแผนแก้ไขที่เกิดขึ้นได้ทันที่ อันจะเกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้คลอดและทารกในครรภ์ ช่วยให้ปลอดภัยจากภาวะวิกฤติ ช่วยลดภาวะแทรกซ้อนที่คุกคามต่ออวัยวะสำคัญและการเสียชีวิต กรณีศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นแนวทางในการให้การพยาบาลผู้คลอดที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอดร่วมกับภาวะช็อค ได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

กรณีศึกษา

ข้อมูลพื้นฐานทั่วไป : หญิงไทย อายุ 23 ปี สถานภาพคู่ สัญชาติไทย ศาสนาพุทธ อาชีพรับจ้าง

อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล : ส่งต่อจากแผนกฝากครรภ์ ด้วยอายุครรภ์เกินกำหนด

ประวัติเจ็บป่วยปัจจุบัน : หญิงตั้งครรภ์มาฝากครรภ์ตามนัด พบอายุครรภ์เกินกำหนด แพทย์วินิจฉัย Post term

ประวัติการตั้งครรภ์ การฝากครรภ์ : ครรภ์แรก วันแรกของการมีประจำเดือนครั้งสุดท้าย วันที่ 12 ธันวาคม 2564 วันครบกำหนดคลอด วันที่ 19 กันยายน 2565 อายุครรภ์ 41⁺² สัปดาห์ ฝากครรภ์ที่คลินิกและโรงพยาบาลทรายทองวัฒนา ครบ 5 ครั้งตามเกณฑ์ อาการระหว่างตั้งครรภ์ปกติ ได้รับวัคซีนป้องกันบาดทะยัก 2 เข็ม ปฏิเสธการเจ็บป่วยในอดีต การแพ้ยาและสารเคมี ปฏิเสธประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว



การประเมินสภาพร่างกายตามระบบ :

รูปร่างทั่วไป : รูปร่างท้วม น้ำหนัก 84.6 กิโลกรัม ส่วนสูง 159 เซนติเมตร ค่าดัชนีมวลกาย 33.6

สัญญาณชีพ : T 37.1 c ชีพจร 94 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 18 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 109/62 mmHg

ระบบประสาท : รู้สึกตัวดี บอกอาการและตอบคำถามได้ รู้สึกเจ็บครรภ์เป็นพักๆ Pain score 6 คะแนน

ผิวหนัง : ผิวสองสี ผิวกายอุ่น ไม่มีผื่น ความตึงตัวของผิวหนังปกติ

ศีรษะและใบหน้า : ศีรษะและใบหน้าสมส่วน ศีรษะไม่มีรอยโรค เส้นผมยาวสีดำ ตาทั้ง 2 ข้างสมมาตรกัน มองเห็นปกติ เปลือกตาซีดทั้ง 2 ข้าง ไบฮู จมูก ลักษณะภายนอกปกติ

ทรวงอกและทางเดินหายใจ : ทรวงอกรูปร่างปกติสมมาตรกัน อัตราการหายใจ 18 ครั้ง/นาที เสียงการหายใจปกติ ฟังปอดเสียงปกติ เต้านมปกติ ไม่คัดตึง ไม่มีน้ำนมออกจากหัวนม

ระบบหัวใจและหลอดเลือด : ชีพจรสม่ำเสมอ 94 ครั้ง/นาที ไม่มีเสียง Murmur ค่า SpO₂ 95%

ช่องท้องและทางเดินอาหาร : ระดับยอดมดลูก 34 เซนติเมตร คลำทารกได้ส่วนหน้าเป็นศีรษะ เข้าอุ้งเชิงกราน ฟังเสียงหัวใจทารกได้ทางหน้าท้องด้านล่างซ้าย 154 ครั้ง/นาที Interval 6 นาที Duration 25 วินาที มีการดิ้นของทารกในครรภ์

กล้ามเนื้อและกระดูก : โครงสร้างร่างกายปกติ ไม่มีผิดปกติการเคลื่อนไหวแขนขาปกติ

ระบบทางเดินปัสสาวะ : ปัสสาวะสีเหลืองใส กระเพาะปัสสาวะไม่โป่งตึง

ระบบอวัยวะสืบพันธุ์ : อวัยวะสืบพันธุ์ภายนอกปกติ ตรวจภายในพบ การขยายของปากมดลูก 1 เซนติเมตร ความบางของปากมดลูก 25% มีส่วนหน้าเป็นศีรษะ ระดับของส่วนหน้า -1 ถู้งน้ำโป่งตึง ไม่มีมูกเลือดหรือน้ำออกทางช่องคลอด

ประเมินสภาพจิตใจและสังคม : สีสหน้าดูกังวล

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่สำคัญ

	รายการสิ่งส่งตรวจ		ผลการตรวจ		
	ค่าปกติ	หน่วย	27 กันยายน 2565	29 กันยายน 2565	30 กันยายน 2565
- Hct	36.0 – 48.0	%	32.5	24.0	27.0
- Hb	12 – 16	g/dl	10.8	8.6	8.3
- PLT Count	140,000 -400,000	cell/mm ³	418,000	393,000	298,000
- PT	10.5 – 14.5	sec	-	17.9	-
- INR	0.9 – 1.2	sec	-	1.55	-
- BUN	8.0 – 23.0	mg%	-	6.4	-
- Creatinine	0.5 – 1.5	mg%	-	0.39	-

สรุปการดำเนินโรคขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

วันที่ 27 กันยายน 2565 แรกรับ ประเมินภาวะเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อน พบ ภาวะซีดและครรภ์เกินกำหนด ผู้คลอดเจ็บครรภ์เป็นพักๆ พักผ่อนได้ ความก้าวหน้าของการคลอดไม่ตอบสนองต่อการได้รับยากระตุ้นการหดตัวของมดลูก PV Cervix เปิดขยายเท่าเดิม 1 cms, effacement 25%, station -1, MI, HE, FHS 140- 154 ครั้ง/นาที Interval 6-10 นาที Duration 20-25 วินาที

วันที่ 28 กันยายน 2565 ผู้คลอดเริ่มเจ็บครรภ์ ความก้าวหน้าของการคลอดในระยะ Latent phase ดำเนินไปตามปกติ ต่อมา ผู้คลอดเจ็บครรภ์ถี่มากขึ้น บ่นอยากเบ่ง Interval 3-5 นาที Duration 30-35 วินาที พบ ความล่าช้าของการคลอดในระยะ Active phase PV Cervix เปิด 8 cms effacement 100% station 0 MI Cervix ต้านบนนม FHS 150-160 ครั้ง/นาที Monitor NST พบ Early deceleration แพทย์ทำการเจาะถุงน้ำคร่ำ สีเขียวปานกลาง FHS หลังเจาะถุงน้ำ 150 ครั้ง/นาที ต่อมาเข้าสู่ระยะคลอด ผู้คลอดอยากเบ่ง Interval 3 นาที Duration 25 วินาที PV Cervix เปิด 10 cms effacement 100% station 0 MR FHS 145-150 ครั้ง/นาที เริ่มเบ่งคลอด ผู้คลอดเบ่งคลอดนาน 1 ชั่วโมง ไม่คลอด แพทย์รับทราบ เบ่งคลอดยาวนานจนครบ 2 ชั่วโมง ไม่คลอด รายงานแพทย์รับทราบ

ผู้คลอดอ่อนเพลีย สีหน้าเหนื่อยล้า เชียร์เบ่งคลอดต่อ ทารกคลอดปกติ ทารกเพศหญิง น้ำหนัก 2,940 กรัม Apgar Score ที่ 1, 5 นาที = 9,10 คะแนน เข้าสู่ระยะหลังคลอด หลังทำคลอดรก มีเลือดออกทางช่องคลอด 500 ซีซี มดลูกหดตัวไม่ดี เลือดหยุดไหล สัญญาณชีพ และอาการทางคลินิกปกติ ครบ 2 ชั่วโมง ย้ายไปห้องพักฟื้นได้

วันที่ 29 กันยายน 2565 หลังย้ายได้ 15 นาที มารดามีหน้ามืด ตาลาย เหงื่อออก ตัวเย็น มดลูกหดตัวไม่ดี มีเลือดออกทางช่องคลอดอีก 550 ซีซี ส่งผลให้มารดามีภาวะช็อก ระดับความดันโลหิตลดลงอย่างต่อเนื่อง (70/55 - 80/50 mmHg) อัตราชีพจรเบาเร็ว เฉลี่ย 110-124 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20-24 ครั้ง/นาที SpO₂ 95 - 99% Hct จาก 32.5% เหลือ 24% ส่งผลให้มารดามีภาวะซีด หมดสติ เลือด Hct ลดลงเหลือ 20% มารดาได้รับเลือดทดแทน ไม่พบภาวะแทรกซ้อนจากการให้เลือด Hct หลังให้เลือด 24% มารดาปลอดภัยจากภาวะช็อกและภาวะซีด สัญญาณชีพและอาการทางคลินิกปกติ

วันที่ 30 กันยายน 2565 มารดาได้รับเลือด Pack Red Cell Hct หลังให้เลือดมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น 28% และ 31%

วันที่ 1 ตุลาคม 2565 แพทย์จำหน่ายกลับบ้าน ให้ยา Ferrous fumarate 1 เม็ด 3 เวลา หลังอาหาร

การวางแผนการพยาบาล แบ่งได้ 3 ระยะ ได้แก่ ระยะก่อนคลอด ระยะคลอด และระยะหลังคลอด

ระยะก่อนคลอด

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 1 มีภาวะความก้าวหน้าของการคลอดในระยะปากมดลูกเปิดเร็วล่าช้า

ข้อมูลสนับสนุน

1. Cervix ต้านบนบวมและเปิดขยายอยู่ที่ 8 เซนติเมตร ไม่ก้าวหน้าใช้ระยะเวลานาน 2 ชั่วโมง
2. การหดตัวของมดลูก Interval 3 – 5 นาที Duration 30 – 45 วินาที Severity +2

วัตถุประสงค์ : เพื่อให้ความก้าวหน้าของการคลอดในระยะปากมดลูกเปิดเร็วดำเนินไปตามปกติจนปากมดลูกเปิดหมด

เกณฑ์การประเมินผล

1. ปากมดลูกขยาย 1.5 cms/hr
2. การหดตัวของมดลูก Interval 2 – 3 นาที Duration 45 – 55 วินาที
3. Partograph อยู่บนเส้น Alert Line

กิจกรรมการพยาบาล

1. การประเมินการหดตัวทุก 30 นาที และตรวจภายในทุก 2 ชั่วโมง หรือเมื่อมีลมเบ่ง PV Cervix dilate 8 cms ไม่เปิด ขยายเพิ่มหยุดชะงักที่ 8 cms ในช่วงระยะ 2 ชั่วโมง รายงานแพทย์ ให้สังเกตอาการต่อ
2. ประเมินสุขภาพทารกในครรภ์และตรวจภายในทุก 2 ชั่วโมง หรือเมื่อผู้คลอดมีลมเบ่ง
3. พัง FHS และประเมินตำแหน่งของ FHS เมื่อเข้าสู่ระยะคลอดหรือปากมดลูกเปิดขยายมาก ส่วนหน้ามักมีการเคลื่อนต่ำ ตำแหน่งของ FHS ก็เคลื่อนต่ำด้วย

4. ดูแลให้ผู้คลอดได้รับยาแรงคลอดตามแผนการรักษา และเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นอย่างใกล้ชิด ตามแนวทาง CPG Guideline Post term คือ 0.9% NSS 1,000 ml + Oxytocin 10 unite โดยให้ผ่านเครื่องปรับยาอัตโนมัติ

5. ดูแลให้กระเพาะปัสสาวะให้อ่าง โดยกระตุ้นปัสสาวะทุก 2 – 4 ชั่วโมง เพื่อไม่ให้ขวางการหดตัวของมดลูก
6. ดูแลความสบาย จัดท่านอนให้ศีรษะสูงจะช่วยส่งเสริมการเคลื่อนต่ำของทารกในครรภ์และทำให้มดลูกหดตัวได้ดีขึ้น
7. ประคับประครองด้านจิตใจแก่ผู้คลอด พุดปลอบโยน ให้กำลังใจ เปิดโอกาสให้ซักถาม
8. ลงบันทึก Partograph กราฟช่วยดูแลการเจ็บครรภ์คลอด พบอยู่หลังเส้นเตือนตัวต้องรายงานแพทย์

การประเมินผล

1. การเปิดขยายของปากมดลูก 2 ชั่วโมง ปากมดลูก 8 cms เท่าเดิมไม่ขยายเพิ่มขึ้น ปากมดลูกต้านบนบวม
2. การหดตัวของมดลูก Interval 3 – 5 นาที Duration 30 – 45 วินาที
3. Partograph อยู่หลังเส้น Alert Line

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 2 ผู้คลอดและทารกมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยากระตุ้นการหดตัวของมดลูก

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้คลอดได้รับยากระตุ้นการหดตัวของมดลูก 0.9% NSS 1,000 ml + Oxytocin 10 unite ทางหลอดเลือดดำ
2. Interval 1 นาที Duration 45 นาที FHS 120 -160 ครั้ง/นาที
3. PV Cx dilate 8 cms effacement 100% station 0 MR

วัตถุประสงค์

1. ผู้คลอดไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยากระตุ้นการหดตัวของมดลูก ได้แก่ Tetanic Contraction, Uterine Rupture, น้ำคร่ำอุดตันในหลอดเลือด และวงแหวนแบนเดิล
2. ทารกในครรภ์ไม่เกิดภาวะ Fetal distress

เกณฑ์การประเมินผล

1. มดลูกหดตัว Interval 2-3 นาที Duration 40-60 นาที FHS 154 -160 ครั้ง/นาที
2. ไม่พบภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยากระตุ้นการหดตัวของมดลูก
3. Amniotic fluid Clear

กิจกรรมการพยาบาล

1. อธิบายวัตถุประสงค์ของการใช้ยา วิธีการให้ การปฏิบัติตัวขณะได้รับยา เพื่อลดความวิตกกังวล
2. เตรียมบริหารยา HRD ให้ถูกต้องตามแผนการรักษา ได้แก่ 0.9% NSS 1,000 ml + Oxytocin 10 unite iv Drip stat 40 cc/hr เขย่าน้ำเกลือให้กระจายทั่วขวด บริหารยาโดยให้ผ่านเครื่องปรับยาอัตโนมัติ เพื่อให้ได้รับตรงตามแผนการรักษา
3. บริหารยาโดยใช้หลัก 6R เขียนระบุจำนวน ขนาด ชนิด วิธีติดตามน้ำเกลือ และติดป้ายแขวนเฝ้ารออาการผลข้างเคียงของยาที่อาจเกิดขึ้น เพื่อให้ผู้คลอดทราบหากมีอาการให้รีบแจ้งพยาบาลทันที
4. ให้ยาแก่ผู้คลอดตามแผนการรักษา โดยพิจารณาจากการหดตัวของมดลูก ให้หยุดเข้าหลอดเลือดดำ ควบคุมการให้ยาปรับจำนวนหยดของยาทุก ๆ 15-30 นาที โดยเพิ่มครั้งละ 10 cc/hr จนกว่ามดลูกหดตัวแต่ละครั้ง 40-60 วินาที ระยะห่าง 2-3 นาที และมีความแรง +2 - +3
5. ประเมินการหดตัวของมดลูก และเสียงหัวใจทารกในครรภ์ ทุก 30 นาที ถึง 1 ชั่วโมง ก่อนและหลังปรับยาทุกครั้ง พบมดลูกหดตัวถี่ขึ้น Interval 1 นาที 15 วินาที FHS 154 -160 ครั้ง/นาที ให้นอนตะแคงซ้าย ให้ On O₂ Cannular 3 lit/min รายงานแพทย์
6. ฝ้าดูการหดตัวของมดลูก เพื่อประเมินความไว ของมดลูกต่อยา ในระยะ 15 นาทีแรกของการให้ยา หากปกติต่อไป ประเมินทุก 30 นาทีและทุกครั้งหลังปรับจำนวนหยด 2-3 นาที พบผิดปกติ ให้นอนตะแคงซ้าย ให้ On O₂ Cannular 3 lit/min ฟัง FHS และประเมินการหดตัวของมดลูก ทุก 5 นาที รายงานแพทย์ให้หยุดยา
7. ดูแลให้ผู้คลอดนอนตะแคงซ้าย ลดการกดทับเบียดเส้นเลือด inferior venecava เพื่อให้เลือดไปเลี้ยงมดลูก และรกได้ดี ทารกได้รับออกซิเจนเพียงพอ และให้ออกซิเจนทาง Canular 3 LPM
8. Monitor NST และ FHS 30 นาที เนื่องจากมดลูกหดตัวแรง และถี่ขึ้น เลือดที่ไปยังรกอาจลดน้อยลงมาก พบ Early Deceleration FHS 154 -160 ครั้ง/นาที รายงานแพทย์ ให้สังเกตอาการต่อ
9. ประเมินสังเกตอาการผิดปกติ ได้แก่ มดลูกหดตัวรุนแรง แบบไม่คลาย มดลูกแตก ภาวะสารน้ำเป็นพิษ เช่น คลื่นไส้ อาเจียน บัสสาวะออกน้อย ความดันโลหิตต่ำ หายใจเร็ว กระสับกระส่าย
10. ให้ผู้คลอดสังเกตเด็กดิ้น มากขึ้นหรือน้อยลงภายหลังการหดตัวของมดลูก ปกติจะดิ้น 3-4 ครั้งใน 1 ชั่วโมง
11. ช่วยแพทย์ทำหัตถการเจาะถุงน้ำ ได้ Amniotic fluid mild meconium ฟัง FHS หลังเจาะได้ 150 ครั้ง/นาที ให้ On O₂ Cannular 3 lit/min เพื่อประเมินสีน้ำคร่ำว่ามี meconium ปนมากขึ้นหรือไม่ เพื่อประเมินการได้รับออกซิเจนของทารก

การประเมินผล

1. มดลูกหดรั้ว Interval 2-3 นาที Duration 40-60 นาที FHS 120 -160 ครั้ง/นาที
2. ไม่พบภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยากระตุ้นการหดรั้ว
3. Amniotic fluid mild meconium

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 3 มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บครรภ์คลอด

ข้อมูลสนับสนุน

1. ตั้งครรภ์แรก ไม่มีประสบการณ์การคลอด
2. สีหน้าวิตกกังวล สอบถามเกี่ยวกับการคลอดอยู่บ่อย

วัตถุประสงค์ : เพื่อให้มารดาคลายความวิตกกังวล

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้คลอดสีหน้าคลายความวิตกกังวล
2. ผู้คลอดรับฟังคำแนะนำและมีความเข้าใจเกี่ยวกับกระบวนการคลอด ได้ถูกต้อง

กิจกรรมการพยาบาล

1. สร้างสัมพันธภาพกับผู้คลอด เพื่อเกิดความไว้วางใจ เปิดโอกาสให้ผู้คลอดระบายความรู้สึก
2. ให้ความรู้เกี่ยวกับกลไกการคลอด เพื่อลดความกังวลเกี่ยวกับการคลอดโดยเฉพาะช่วง Latent phase
3. สนับสนุนญาติให้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้คลอดขณะเจ็บครรภ์คลอด เช่น ช่วยกดนวด
4. ให้ข้อมูลและความรู้เกี่ยวกับความก้าวหน้าการคลอดหรืออาการเปลี่ยนแปลง ทุกครั้งหลังทำกิจกรรมพยาบาล
5. ดูแลให้ผู้คลอดสุขสบายทั้งร่างกายและจิตใจ สอนเทคนิคการผ่อนคลายเพื่อลดความวิตกกังวล

การประเมินผล

1. ผู้คลอดสีหน้าแจ่มใสขึ้น คลายความวิตกกังวล
2. ผู้คลอดให้ความร่วมมือรับฟังคำแนะนำและมีความเข้าใจเกี่ยวกับกระบวนการคลอดได้อย่างเหมาะสม

ระยะคลอด

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 4 มีภาวะคลอดยาวนาน เนื่องจากผู้คลอดมีแรงเบ่งน้อย

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้คลอดอ่อนเพลีย บ่นไม่มีแรงเบ่งคลอด
2. เบ่งคลอดนาน 1 ชั่วโมง ไม่คลอด
3. FHS 145 – 160 ครั้ง/นาที

วัตถุประสงค์ : เพื่อป้องกันไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการเบ่งคลอดไม่ก้าวหน้า

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้คลอดเบ่งคลอดถูกวิธี
2. ลูกเกิดรอด แม่ปลอดภัย
3. ไม่พบอุบัติเหตุภาวะแทรกซ้อน เช่น ทารกแรกเกิดขาดออกซิเจน ภาวะตกเลือดหลังคลอด

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินความก้าวหน้าของการคลอดและสภาวะของทารกในครรภ์ โดยติด Monitor NST และเฝ้าระวังสัญญาณชีพอย่างน้อยทุก 5 - 15 นาที หากผิดปกติรายงานแพทย์ทันที พบเบ่งคลอดยาวนานเกิน 2 ชั่วโมง FHS 145 - 160 ครั้ง/นาที
2. ส่งเสริมให้ผู้คลอดเบ่งคลอดอย่างถูกวิธีและมีประสิทธิภาพ คือ เบ่งคลอดขณะเจ็บครรภ์และตามจังหวะการหดรั้วของมดลูก โดยเริ่มจากสูดลมหายใจเข้าลึกๆ กลั้นหายใจ แล้วเบ่ง (สูด กลั้น เบ่ง) ให้ลมเบ่งไปที่ก้น เหมือนเบ่งถ่ายอุจจาระ เบ่งอย่างน้อย 2 - 3 ครั้งต่อการหดรั้วของมดลูก 1 ครั้ง ขณะเบ่งคลอด พบ เบ่งขึ้นหน้าๆ แดง เบ่งได้ระยะสั้น หดแรง

3. ทีมพยาบาลช่วยเชียร์เบ่งคลอดไปตามจังหวะสูด กลั้น เบ่ง ดูแลสภาพจิตใจ ให้กำลังใจ ชื่นชม เมื่อเบ่งถูกวิธี
4. จัดทำนอนขณะเบ่งคลอด ให้อยู่ในท่านอนหงาย ศีรษะสูง 30 - 60 องศา ขาวางพาดบนขาห้อย (Lithotomy) หรือตั้งขา เพื่อให้การเบ่งมีประสิทธิภาพ
5. ดูแลความสุขสบายทั่วไป ผู้คลอดจะต้องใช้พลังงานในการเบ่งคลอด มักรู้สึกร้อนและเหงื่อออก ใช้ผ้าชุบน้ำเย็นเช็ดตามใบหน้า มือ คอ แขน ช่วยนวดผ่อนคลาย ให้ผู้คลอดฝึกลมหายใจเข้าออกในช่วงมดลูกคลายตัว
6. ดูแลภาวะบัสสาวะให้ว่าง ถ้าบัสสาวะเองไม่ได้ ควรสวนปัสสาวะ เพื่อไม่ให้ขัดขวางการเคลื่อนตัวของส่วนหน้า
7. ใช้ Pathograph ติดตามอาการเจ็บครรภ์คลอด พบอยู่หลังเส้นตีนตัวต้องรายงานแพทย์
8. รายงานแพทย์เวรรับทราบกรณีเบ่งคลอดนาน 1 ชั่วโมงแล้ว แต่การคลอดไม่ก้าวหน้า แพทย์รับทราบ
9. ทำคลอดปกติ ตามแนวทางการดูแลผู้คลอด ดูแลตามแนวทาง Active management of third stage of labour ฉีด Oxytocin 10 unite IM เมื่อคลอดไหล่หน้า และ add ใน 0.9% NSS 1,000 ml iv drip 100 cc/hr
10. ทำคลอดอย่างถูกวิธีและตรวจสอบสภาพครบหรือไม่ ประเมินตามหลักการ 4T ภายหลังคลอด ตรวจสอบสภาพการฉีกขาดแผลฝีเย็บและช่องคลอด ปากมดลูกทุกครั้งภายหลังรกคลอด พบมีเลือดออก 500 ซีซี
11. นวดคลึงมดลูกด้วยมือทันทีหลังรกคลอด ประเมินการแข็งตัวของมดลูก ทุก 15 นาที จนครบ 2 ชั่วโมง หลังรกคลอดมดลูกหดตัวไม่ดี
12. ดูแลทารกแรกเกิดตามมาตรฐานงานอนามัยแม่และเด็ก

การประเมินผล

1. ผู้คลอดเบ่งคลอดถูกวิธี ตั้งแต่ ปากมดลูกเปิดหมด ถึง ทารกคลอด ใช้ระยะเวลา 2 ชั่วโมง 2 นาที
2. ลูกเกิดรอด แม่ปลอดภัย คลอดปกติ เพศหญิง น้ำหนัก 2,940 กรัม Apgar Score ที่ 1, 5 นาที = 9, 10
3. ไม่พบอุบัติเหตุภาวะแทรกซ้อน เช่น ทารกแรกเกิดขาดออกซิเจน พบภาวะตกเลือดภายหลังรกคลอด

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 5 ทารกมีโอกาสเกิดภาวะ Birth Asphyxia จากการคลอดยาวนาน

ข้อมูลสนับสนุน

1. มารดาเบ่งคลอดนาน 2 ชั่วโมง ไม่คลอด
2. มารดา Post term รับประทานกระตุ้นการหดตัว 0.9% NSS 1,000 ml + Oxytocin 10 unite ทางหลอดเลือดดำ
3. ติด Monitor NST พบ Early deceleration FHS 160 ครั้ง/นาที
4. เจาะถุงน้ำได้ Amniotic fluid mild meconium

วัตถุประสงค์ : เพื่อป้องกันไม่เกิดภาวะ Birth Asphyxia

เกณฑ์การประเมินผล

1. APGAR score นาทีที่ 1 และ 5 มากกว่า 7 คะแนน
2. ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 95-100%
3. ทารกไม่เกิด Non Vigorous (น้ำคร่ำมีสีเขียวปนและหายใจไม่ดี เคลื่อนไหวน้อย หัวใจเต้นช้ากว่า 100 ครั้ง/นาที)

กิจกรรมการพยาบาล

1. เตรียมทีมและอุปกรณ์การช่วยฟื้นคืนชีพทารก ให้พร้อมใช้งาน ประสานขอใช้รถ (กรณี refer)
2. สังเกตและบันทึกเสียงหัวใจทารกทุก 5 นาที ขณะเบ่งคลอดนานพบว่าอัตราการเต้นของหัวใจ 154-160 ครั้ง/นาที ให้ออกซิเจน รายงานแพทย์รับทราบการเบ่งคลอดนานเกิน 2 ชั่วโมง
3. เมื่อคลอดศีรษะ ดูน้้ำคัตหลังในปาก แล้วจึงดูดในจมูก ด้วยลูกยางแดง เพื่อป้องกันการสูดสำลักน้ำคร่ำ เมื่อทารกคลอดทั้งตัว เอียงหน้าดูดเสมหะที่ปากและจมูกซ้ำ เพื่อช่วยให้อากาศเข้าหลอดลม อายาสอดลูกยางแดงลึก เพราะทำให้เกิดหัวใจเต้นช้าให้ดูดจมูกข้างละ 1 ครั้ง เพื่อป้องกันทารกคัดจมูก ในกรณีน้ำคร่ำมีสีเขียวปน และหายใจไม่ดี เคลื่อนไหวน้อย หัวใจเต้นช้ากว่า 100 ครั้ง/นาที (Non vigorous) ต้องรีบใส่ท่อหลอดคอ เพื่อดูดขี้เทา ก่อนกระตุ้นทารกให้หายใจ

4. ประเมิน APGAR Score แรกเกิด และให้การพยาบาลตามมาตรฐานการดูแลทารกหายใจทารกแรกเกิด ภายใต้เครื่อง Radiant Warmer

5. วัดสัญญาณชีพ และวัดค่าความอิ่มตัวของออกซิเจน เพื่อประเมินภาวะพร่องออกซิเจน

การประเมินผล

1. APGAR score นาที ที่ 1 เท่ากับ 9 คะแนน (หัดปลายมือเท้าเขียวเล็กน้อย) 5 นาที เท่ากับ 10 คะแนน
2. ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 96-100%
3. ทารก Vigorous (น้ำคร่ำใส หายใจดี มี Tone หัวใจเต้นมากกว่า 100 ครั้ง/นาที)

ระยะหลังคลอด

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 6 มีภาวะช็อกจากการตกเลือดหลังคลอดในระยะแรก

ข้อมูลสนับสนุน

1. มารดามีอาการหน้ามืด ตาลาย ใจสั่น เหงื่อออก ตัวเย็น
2. มดลูกหดตัวไม่ดี มีเลือดออกทางช่องคลอดรวม 1,050 ซีซี
3. ความดันโลหิตลดลง (70/55 - 80/50 mmHg) ชีพจรเบาเร็วเฉลี่ย 110-124 ครั้ง/นาที การหายใจ 20-24 ครั้ง/นาที ค่า SpO₂ เฉลี่ย 95 - 99%
4. มีความล่าช้าของการคลอดในระยะที่ 1 และ 2
5. มีภาวะช็อค ความเข้มข้นของเลือดแรกรับ 32.5% หลังคลอดลดลงเหลือ 20%

วัตถุประสงค์ : เพื่อให้มารดาปลอดภัยจากภาวะตกเลือดและช็อก

เกณฑ์การประเมินผล

1. ไม่มีอาการของภาวะช็อก เช่น ความดันโลหิตต่ำ ชีพจรเบาเร็ว หน้าซีด เหงื่อออก ตัวเย็น กระสับกระส่าย
2. สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ ความดันโลหิต 90/60 – 140/90 mmHg ชีพจร 60-100 ครั้ง/นาที ค่า SpO₂ 95 - 100%
4. จำนวนปัสสาวะมากกว่า 30 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง
5. Hct ไม่ต่ำกว่า 30% หรือ Hb > 10 กรัม%
6. ไม่เกิดภาวะ DIC ไม่ต้องตัดมดลูก ไม่เสียชีวิต

กิจกรรมการพยาบาล

1. คลึงมดลูกทุก 5 นาที และสอนกระตุ้นให้มารดาคลึงมดลูกด้วยตนเอง
2. ประเมินหาสาเหตุหลัก 4T, ตรวจสอบการฉีกขาดและเย็บซ่อมแซม ตรวจสอบสภาพรก
3. ใส่สายสวนปัสสาวะ เพื่อให้ไม่ให้เกิดขบวนการหดตัวของมดลูก
4. ประเมินการหดตัวของมดลูกและเลือดที่ออกทางช่องคลอดทุก 15 นาที
5. Monitor vital sign ทุก 15 นาที Until stable เพื่อประเมินภาวะช็อกจากการเสียเลือด
6. ให้ On O₂ mask with bag 10 lit/min เพื่อให้เนื้อเยื่อร่างกายได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ
7. ดูแลให้ได้รับ 0.9% NSS 1,000 ml + Oxytocin 40 unite rate 120 cc/hr และเปิดอีกเส้น ให้ 0.9% NSS 1,000 ml load 2,000 ml than 100 cc/hr หลังจากพบมีเลือดออกเพิ่มอีก 550 ซีซี และความดันโลหิตลดลง 70/55 mmHg รายงานแพทย์ เตรียมิใช้ระบบ Call For Help PPH (ทีมช่วยเหลือภาวะตกเลือดหลังคลอด) Set PPH Box และ รถ Emergency
8. ดูแลให้ Cytotec 4 tab หนึ่งทางทวารหนัก หลังการมดลูกหดตัวไม่ดี และความดันโลหิตลดลง 80/50 mmHg
9. ดูแลให้ PRC 4 unite ตามแผนการรักษา เพื่อเพิ่มความเข้มข้นเลือดซึ่งเป็นตัวนำออกซิเจนเข้าสู่เซลล์ร่างกาย และเฝ้าระวังอาการผิดปกติขณะให้เลือด ติดตามผล Hct หลังให้เลือด 4 ชั่วโมง มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น
10. เจาะ Lab (CBC, PT, PTT, INR, BUN, Cr, E'lyte) เพื่อประเมินภาวะ DIC
11. บันทึกสารน้ำเข้าออก เพื่อประเมินความสมดุลของน้ำในร่างกาย ป้องกันภาวะน้ำเกิน

การประเมินผล

1. ไม่มีอาการของภาวะช็อก เช่น ความดันโลหิตต่ำ ซีพจรเบาเร็ว หน้าซีด เหงื่อออก ตัวเย็น กระสับกระส่าย
2. สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ ความดันโลหิต 90/60 – 127/72 มิลลิเมตรปรอท ซีพจร 80-100 ครั้ง/นาที
3. ค่าความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือดเฉลี่ย 98 - 100%
4. จำนวนปัสสาวะออกมากกว่า 30 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง
5. ระดับความเข้มข้นของเลือด ทุก 8 ชั่วโมงหลังให้เลือด มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น 24, 28 และ 31.1%
6. ไม่เกิดภาวะ DIC ไม่ต้องตัดมดลูก ไม่เสียชีวิต

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 7 มีภาวะตกเลือดหลังคลอด เนื่องจากมดลูกหดตัวไม่ดี

ข้อมูลสนับสนุน

1. มดลูกหดตัวไม่ดี มีเลือดออกทางช่องคลอด รวม 1,050 ซีซี
2. มีความล่าช้าของการคลอดในระยะที่ 1 และ 2

วัตถุประสงค์ : เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดภาวะช็อกจากการตกเลือดหลังคลอด

เกณฑ์การประเมินผล

1. มดลูกหดตัวดี
2. เลือดออกทางช่องคลอดปกติ
3. ระดับความรู้สึกตัวดี ไม่มีอาการของภาวะช็อก เช่น ความดันโลหิตต่ำ ซีพจรเบาเร็ว หน้าซีด เหงื่อออก ตัวเย็น กระสับกระส่าย
4. สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ ความดันโลหิต 90/60 – 140/90 มิลลิเมตรปรอท ซีพจร 60-100 ครั้ง/นาที

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินและหาสาเหตุตามหลักการ 4T เพื่อค้นหาสาเหตุของการตกเลือดหลังคลอด สาเหตุเกิดจากมดลูกหดตัวไม่ดี
2. หลังรกคลอด งดคลึงมดลูกทุก 5 นาที สอนสามีมารดาให้กดคลึงด้วยตนเอง และประเมินการหดตัวของมดลูก
3. ดูแลระเพาะปัสสาวะให้ว่าง และคาสายสวนปัสสาวะไว้ เพื่อไม่ให้ขวางการหดตัวของมดลูก
4. ดูแลให้ 0.9% NSS 1,000 ml + Oxytocin 40 unite rate 120 cc/hr ตามแผนการรักษา หลังรกคลอดมีเลือดออก 500 ซีซี
5. ประเมินอาการภาวะช็อก ได้แก่ หน้ามืด ใจสั่น เวียนศีรษะ เหงื่อออก ตัวเย็น กระสับกระส่าย ความดันโลหิตต่ำ ซีพจรเบาเร็ว ภาวะซีด เพื่อประเมินการตอบสนองของร่างกายต่อปริมาณเลือดที่ลดลงในระบบไหลเวียนเลือด
6. ประเมินและบันทึกสัญญาณชีพทุก 15 นาที Until stable หลังจากนั้นทุก 4 ชั่วโมง เพื่อสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงที่ผิดปกติและให้การช่วยเหลือทันที

การประเมินผล

1. หลังรกคลอดมดลูกหดตัวไม่ดี
2. มีเลือดออกทางช่องคลอดหลังรกคลอด 500 cc และหลังจากย้ายพักฟื้นอีก 550 cc
3. มารดาหลังคลอดอ่อนเพลีย มีอาการภาวะช็อก ได้แก่ ความดันโลหิตต่ำ ซีพจรเบาเร็ว หน้าซีด เหงื่อออก ตัวเย็น กระสับกระส่าย
4. สัญญาณชีพเปลี่ยนแปลง ความดันโลหิต 70/55 – 80/50 มิลลิเมตรปรอท ซีพจร 110-124 ครั้ง/นาที

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 8 เสี่ยงภาวะพร่องออกซิเจน เนื่องจากภาวะซีดจากการเสียเลือด

ข้อมูลสนับสนุน

1. มารดาอ่อนเพลีย เวียนศีรษะ หน้ามืด ตาลาย เปลือกตาล่างซีด
2. เสียเลือดออกทางช่องคลอดรวม 1,050 ซีซี
3. มีภาวะซีดก่อนคลอด ความเข้มข้นของเลือดแรกรับ 32.5% หลังคลอดลดลงเหลือ 20%

วัตถุประสงค์ : เพื่อให้มารดาหลังคลอดได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอและไม่มีภาวะซีด

เกณฑ์การประเมินผล

1. Normal bleeding per vagina
2. ระดับความเข้มข้นของเลือดไม่ต่ำกว่า 30%
3. ค่าความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือดเฉลี่ย 95 – 100%

กิจกรรมการพยาบาล

1. ดูแลให้ออกซิเจน Cannular 3 ลิตร/นาที่ เพื่อให้เนื้อเยื่อร่างกายได้รับออกซิเจน
2. ให้ PRC ตามแผนการรักษา หลังมีภาวะช็อคจากการเสียเลือด สังเกตอาการภาวะช็อค หนาวสั่นเขียวบริเวณปลายเขม
3. บันทึกสัญญาณชีพก่อนและหลังให้เลือด 15 นาที และเมื่อให้เลือดหมด หากพบผิดปกติรายงานแพทย์ทันที
4. ติดตามค่าระดับความเข้มข้นของเลือดหลังให้เลือด 4 ชั่วโมง เพื่อประเมินภาวะช็อค
5. ประเมินสัญญาณชีพและระดับค่าอิมตัวออกซิเจนในเลือด ทุก 4 ชั่วโมง
6. ดูแลให้ได้รับยา Ferrous fumarate 1 เม็ด 3 เวลา หลังอาหาร เพื่อให้ไขกระดูกผลิตเม็ดเลือดแดง
7. แนะนำการรับประทานอาหารธาตุเหล็กสูง ได้แก่ เนื้อสัตว์ เครื่องในสัตว์ ผักใบเขียว
8. ดูแลให้พักผ่อนอย่างเพียงพอ เพื่อช่วยลดการใช้ออกซิเจนในการทำกิจกรรม ให้เปลี่ยนอิริยาบถซ้ำๆ

การประเมินผล

1. Normal bleeding per vagina
2. ระดับความเข้มข้นของเลือดหลังให้เลือด มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ได้แก่ 24, 28 และ 31%
3. ค่าความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือดเฉลี่ย 95 – 100%

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 9 ส่งเสริมสายสัมพันธ์ที่ดีระหว่างมารดาและทารก

ข้อมูลสนับสนุน

1. มารดาอ่อนเพลีย เวียนศีรษะ เวลาลูกหนึ่ง
2. มารดาพันธะระงับวิตกกังวลจากการตกเลือดหลังคลอด

วัตถุประสงค์ : เพื่อส่งเสริมสายสัมพันธ์ให้มารดาและทารก

เกณฑ์การประเมินผล : มารดามีสัมพันธภาพที่ดีต่อทารก

กิจกรรมการพยาบาล

1. ให้การช่วยเหลือการสร้างสายสัมพันธ์ระหว่างแม่ลูก นำทารกให้มารดาโอบ กอด สัมผัส ดูนมภายหลังคลอดทันที
2. ส่งเสริมปฏิสัมพันธ์ระหว่างมารดาและทารก หลังคลอด โดยวิธีการให้มารดาอุ้มดุนม บ่อยๆทุก 2-3 ชั่วโมง
3. ส่งเสริมให้ความรู้การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การให้นมแม่ที่ถูกต้องวิธี ประโยชน์ของนมแม่ที่มีต่อแม่และลูก
4. ส่งเสริมให้บิดามีส่วนร่วมดูแลกระตุ้นมารดาให้นมลูกบ่อยๆทุก 2-3 ชั่วโมง เพื่อสร้างสายใยรักครอบครัว

การประเมินผล

มารดามีสัมพันธภาพที่ดีต่อทารก เช่น อุ้ม โอบ กอด ยิ้มแย้ม หยอกล้อกับทารก

สรุปกรณีศึกษา

หญิงไทย อายุ 23 ปี ตั้งครรภ์ครั้งที่ 1 เข้ารับการรักษาด้วยอายุครรภ์เกินกำหนด แพทย์วินิจฉัย Post Term แรกได้รับ มีปัจจัยเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอด ได้แก่ ความเข้มข้นของเลือด 32.5% ตั้งครรภ์เกิน 41 สัปดาห์ ในวันแรกผู้คลอดได้รับการดูแลตาม CPG guideline Post Term ได้รับยากระตุ้นการหดตัว พบว่า ไม่มีความก้าวหน้าของการคลอด ในวันที่ 2 เริ่มให้ยากระตุ้นหดตัว พบความล่าช้าของการคลอดในระยะปากมดลูกเปิดเร็ว และระยะเบ่งคลอดยาวนาน ใช้เวลา 2 ชั่วโมง 2 นาที จนกระทั่งทารกเกิดรอด มารดามีภาวะตกเลือดหลังคลอดจากการคลอดยาวนาน ได้ให้การดูแลแบบ active management of the third stage of labour (AMTSL) หลังทำคลอดรก มีเลือดออกทางช่องคลอด 500 ซีซี ประเมินหาสาเหตุ 4T สาเหตุหลักเกิดจาก มดลูกหดตัวไม่ดี ให้การพยาบาลตามแนวทางป้องกันการตกเลือดหลังคลอด เลือดหยุดไหล สัญญาณชีพและอาการทางคลินิกปกติ

ย้ายไปห้องพักฟื้นได้ 15 นาที มารดาเกิดภาวะช็อก มดลูกหดตัวไม่ดี มีเลือดออกทางช่องคลอดอีก 550 ซีซี ความดันโลหิตลดลงอย่างต่อเนื่อง (70/55 - 80/50 mmHg) ชีพจรเบาเร็ว 110-124 ครั้ง/นาที การหายใจ 20-24 ครั้ง/นาที ค่าความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือด 95 - 99% ความเข้มข้นของเลือดลดลงจาก 32.5 เหลือ 24% แพทย์ให้แผนการรักษาตามแนวทางภาวะตกเลือดหลังคลอดและภาวะช็อก ใช้ระบบ Call for help PPH (ทีมช่วยเหลือภาวะตกเลือดหลังคลอด) มดลูกยังหดตัวไม่ดี แพทย์ตรวจเย็บมดลูก มีแผนการรักษาให้ Cytotec 4 tab เหน็บทางทวารหนัก มีภาวะช็อค ความเข้มข้นลดลงเหลือ 20% ได้รับเลือดชนิด Pack Red Cell 4 unite ส่งผลให้มดลูกหดตัวดี สัญญาณชีพและอาการทางคลินิกปกติ ความเข้มข้นของเลือดมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น รวมระยะเวลาการรักษาตัวในโรงพยาบาล 4 วัน

วิจารณ์และข้อเสนอแนะ

กรณีศึกษา ผู้คลอดรายนี้ มีระดับความเข้มข้นของเลือดแร็รับต่ำกว่า 33% ภาวะอายุครรภ์เกินกำหนด ได้รับยากระตุ้นการหดตัวของมดลูกเป็นเวลานาน การคลอดล่าช้า (Prolong of labour) ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงที่มีโอกาสตกเลือดหลังคลอดจนเกิดภาวะช็อกและภาวะซีดขึ้นได้ สาเหตุหลักของการตกเลือดหลังคลอด เกิดจากการหดตัวของมดลูกไม่ดี (Tone) ร่วมกับมีภาวะช็อก จากการเสียเลือด ทำให้เกิดภาวะซีดหลังคลอด ผู้คลอดได้รับการช่วยเหลือดูแลอย่างรวดเร็ว มีประสิทธิภาพจากทีมแพทย์ ทีมพยาบาล ตั้งแต่แร็รับ การประเมินอาการเปลี่ยนแปลงของผู้คลอดในแต่ละระยะ การรายงานแพทย์เพื่อให้ทราบถึงอาการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว การเตรียมทีมช่วยเหลือภาวะตกเลือดหลังคลอด การเตรียมความพร้อมของอุปกรณ์ในการช่วยชีวิตที่จำเป็น เช่น Set PPH box ที่พร้อมใช้ จะส่งผลให้มารดาปลอดภัย ลดอัตราการเสียชีวิตและภาวะแทรกซ้อนได้ ข้อเสนอแนะการพัฒนาคุณภาพการดูแล ดังนี้

1. หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะซีดก่อนคลอด ควรได้รับการดูแลและแก้ไขภาวะซีดก่อนคลอด ตั้งแต่ฝากครรภ์
2. ทีมพยาบาล ต้องมีความรู้ ทักษะ ในการดูแลผู้คลอดและการช่วยเหลือภาวะฉุกเฉินทางสูติศาสตร์ ควรส่งเสริมให้อบรมฟื้นฟูพัฒนาศักยภาพบุคลากร ตามสมรรถนะหลักที่จำเป็น ทุกๆปี

เอกสารอ้างอิง

1. ตริภพ เลิศบรรณพงษ์. ภาวะตกเลือดหลังคลอดปฐมภูมิ. กรุงเทพฯ: พี.เอ.ลีฟวิ่ง; 2556.
2. สำนักส่งเสริมสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. อัตราส่วนการตายมารดา. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 9 กันยายน 2566]. เข้าถึงได้จาก : <https://dashboard.anamai.moph.go.th/ministry?year=2023>.
3. เบญจมาภรณ์ จานทอง. รายงานการทบทวนวรรณกรรม เรื่อง การตกเลือดหลังคลอดระยะแรก. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 1 ตุลาคม 2566]. [1-11]. เข้าถึงได้จาก : <https://apps.hpc.go.th/dmkm/web/unloads/2020/064280-2020060210955/fbab0e380f7c78e7571e8251fc309004.pdf>.
4. เสียม กันโต. การพยาบาลผู้คลอดที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอดร่วมกับมีภาวะช็อก. โรงพยาบาลสิงห์บุรีเวชสาร. 2563;29:1-12.
5. งานห้องคลอด โรงพยาบาลทรายทองวัฒนา. สถิติงานห้องคลอด. กำแพงเพชร: โรงพยาบาล; 2563-2565.
6. งานห้องคลอด โรงพยาบาลทรายทองวัฒนา. แนวทาง Clinical Practice Guidelines Post Term. กำแพงเพชร: โรงพยาบาล; 2564.
7. หน่วยงานสูติกรรม นรีเวชกรรม โรงพยาบาลกำแพงเพชร. แนวทางเวชปฏิบัติ (Clinical Practice Guideline). กำแพงเพชร: โรงพยาบาล; 2562.
8. งานห้องคลอด โรงพยาบาลทรายทองวัฒนา. แนวทาง Call for help Postpartum Hemorrhage. กำแพงเพชร: โรงพยาบาล; 2565.



Nursing Care for Chronic Kidney Disease Stage 5 in HIV patients : A Case Study

Nopamas Srithium, B.N.S.*

Abstract

Introduction : At present, there is still no cure for HIV infection but it is possible to control the disease using antiretroviral drugs, which the patient must continuously take everyday and continuously. However, taking medication consistently over a long period of time can have an increase the likelihood in developing chronic kidney disease. Therefore, nurses have a role to carefully monitor the kidney closely for issues, provide knowledge, encourage new habits in the patient that can help to slow the rate of kidney deterioration, and also create a treatment plan that can improve the patient's quality of life.

Objective : To provide effective care for HIV patients with stage 5 chronic kidney disease.

Case Study : Thai female patient, 49 years old. Has a 12-year history of HIV disease and receives treatment at Niranam clinic Kamphaengphet hospital. Patient has a smoking habit and drinks alcohol regularly. 5 years later, she was diagnosed with high blood pressure and took her medication irregularly. 2 years earlier, the patient's labs and urine studies were abnormal. A blood test was scheduled and the patient was closely monitored. After a week, the patient came to the hospital with two swollen feet and was diagnosed with stage 5 chronic kidney disease. The physician advised the patient to undergo continuous renal replacement therapy (CRRT) but the patient and her spouse refused. Instead, they chose supportive treatment and received outpatient care. Important nursing problems are as follows: 1) Lack of knowledge about actions that can be taken to slow down rate of kidney deterioration. 2) High blood pressure due to inappropriate self-care behaviors and daily habits 3) Hyperkalemia arising from kidney function deterioration. 4) Edema arising from kidney function deterioration. 5) Anemia due to kidney function deterioration. 6) Patient and family are worried about illness and kidney replacement therapy (RRT) treatment plan. Provide nursing care to slow the decline of kidney function, reduce patient's worries, provide knowledge and encouragement for self-care, change habits through the motivation interview (MI) program. Results of treatment include normal general symptoms, no reports of fatigue, increase in ability to eat more. Weight was 51 kg, vitals are insignificant, Blood test results Blood Urea Nitrogen 37, Creatinine 3.54 mg/dL, eGFR 15 ml/min/1.73 m² normal blood sodium levels. The patient still has Stage 5 chronic chronic kidney disease but has more hope and motivation to change her health habits. The patient's symptoms were closely monitored at the chronic kidney Niranam clinic for a total time of 1 year and 1 month.

Summary of Case Study Results : The patient did not have any complications and experienced increased quality of life. From this case study, results can be used as a guideline to care for HIV patients with stage 5 chronic kidney disease.

Keywords : Stage 5 Chronic Kidney Disease, HIV infection, Slow the rate of kidney deterioration

*Registered nurse, Kamphaeng Phet Hospital

การพยาบาลผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะที่ 5 ในผู้ป่วยเอชไอวี : กรณีศึกษา

นพมาศ ศรีเทียม, พย.บ.*

บทคัดย่อ

บทนำ: ในปัจจุบันยังไม่มีการรักษาโรคติดเชื้อเอชไอวีให้หายขาดได้แต่สามารถควบคุมการติดเชื้อโดยการให้ยาต้านไวรัส ซึ่งผู้ป่วยต้องรับประทานยาทุกวันอย่างต่อเนื่อง การรับประทานยาในระยะยาวส่งผลต่อการเกิดภาวะไตเรื้อรัง พยาบาลมีบทบาทในการติดตามดูแลความผิดปกติของไตอย่างใกล้ชิด ให้ความรู้ ส่งเสริมการปรับพฤติกรรมเพื่อช่วยชะลออัตราการเสื่อมของไต ร่วมวางแผนการเลือกการรักษาเพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี

วัตถุประสงค์: เพื่อให้การพยาบาลผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะที่ 5 ในผู้ป่วยเอชไอวี อย่างมีประสิทธิภาพ

กรณีศึกษา: ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 49 ปี มีประวัติเป็นโรคติดเชื้อเอชไอวีมา 12 ปี รับการรักษาที่คลินิกนิรนาม โรงพยาบาลกำแพงเพชร มีพฤติกรรมสูบบุหรี่ ดื่มสุราเป็นประจำ 5 ปีต่อมาตรวจพบความดันโลหิตสูง รับประทานยาไม่สม่ำเสมอ 2 ปี ก่อนมา ตรวจพบว่า ผลเลือดค่าไต และผลตรวจปัสสาวะผิดปกติ มีน้ำตาลเจือจางและติดตามต่อเนื่อง 1 สัปดาห์ มาโรงพยาบาลด้วยเท้า 2 ข้างบวม ได้รับการวินิจฉัย เป็นไตเรื้อรังระยะ 5 แพทย์แนะนำให้ผู้ป่วยเลือกบำบัดทดแทนไตในระยะยาว ผู้ป่วย และสามีตัดสินใจปฏิเสธ ขอเลือกรักษาแบบประคับประคอง ได้รับการรักษาและติดตามอาการแบบผู้ป่วยนอก ปัญหาทางการพยาบาลที่สำคัญ คือ 1. ขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเพื่อชะลอการเสื่อมของไต 2. ความดันโลหิตสูง เนื่องจากพฤติกรรมในการดูแลตนเองไม่เหมาะสม 3. มีภาวะ Hyperkalemia จากภาวะไตเสื่อมหน้าที่ 4. มีภาวะบวมนำจากภาวะไตเสื่อมหน้าที่ 5. มีภาวะซีดจากภาวะไตเสื่อมหน้าที่ 6. ผู้ป่วยและครอบครัววิตกกังวลเกี่ยวกับความเจ็บป่วย และแผนการรักษาด้วยวิธีบำบัดทดแทนไต (RRT) ให้การพยาบาลเพื่อชะลอไตเสื่อม ลดความวิตกกังวล ให้ความรู้ และส่งเสริมการดูแลตนเอง ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมใช้โปรแกรม motivational interview (MI) ผลการรักษาพยาบาล อาการทั่วไปปกติ ไม่มีอาการอ่อนเพลีย รับประทานอาหารได้มากขึ้น น้ำหนัก 51 กิโลกรัม สัญญาณชีพปกติ ผลการตรวจเลือด BUN 37, Creatinine 3.54 mg/dL, eGFR 15 ml/min/ 1.73 m² ระดับเกลือแร่ในเลือดปกติ ผู้ป่วยยังคงเป็นไตเรื้อรังระยะที่ 5 และมีกำลังใจ ในการปฏิบัติตัวปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ นัดติดตามอาการอย่างต่อเนื่องที่คลินิกไตเรื้อรัง และคลินิกนิรนาม รวมระยะเวลาในการให้การพยาบาล 1 ปี 1 เดือน

สรุป: ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน มีคุณภาพชีวิตที่ดีตามอัตภาพ จากกรณีศึกษานี้ สามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 5 ในผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี

คำสำคัญ : โรคติดเชื้อเอชไอวี การพยาบาลผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะที่ 5

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลกำแพงเพชร

บทนำ

โรคติดเชื้อเอชไอวี เป็นโรคที่เกิดขึ้นจากการติดเชื้อไวรัสชนิดหนึ่งที่ทำให้เกิดกลุ่มอาการภูมิคุ้มกันบกพร่อง หรือเอดส์ ซึ่งเมื่อร่างกายได้รับเชื้อไวรัสเอชไอวี จะเข้าไปทำลายเม็ดเลือดขาวที่เป็นแหล่งสร้างภูมิคุ้มกันโรคทำให้ภูมิคุ้มกันลดลง จึงทำให้ติดเชื้อโรคฉวยโอกาสแทรกซ้อนเข้าสู่ร่างกายได้ง่ายขึ้น¹ ในปัจจุบันยังไม่มีการรักษาที่หายขาดแต่สามารถควบคุมการติดเชื้อโดยการรับประทานไวรัส ซึ่งผู้ป่วยต้องรับประทานยาทุกวันอย่างต่อเนื่อง ทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยาที่พบได้บ่อย ได้แก่ คลื่นไส้ อาเจียน นอกจากนี้การรับประทานยาในระยะยาวมีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ และภาวะไตวายเรื้อรัง² อีกทั้งในปัจจุบันนี้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีอายุยืนยาวอย่างเข้าสู่วัยกลางคน ในช่วงอายุ 40-60 ปี มากขึ้น แม้จะไม่เจ็บป่วยด้วยโรคติดเชื้อฉวยโอกาส แต่มาถึงวัยนี้อาจจะมีโรคที่มาตามอายุ ได้แก่ ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด พบว่า การติดเชื้อเอชไอวีมีโอกาสเสี่ยงสูงขึ้นไป 2 เท่าเมื่อเทียบกับผู้ไม่ติดเชื้อเอชไอวีที่มีปัจจัยเสี่ยงของโรคหัวใจ และหลอดเลือดอื่นๆ เพราะเชื้อเอชไอวีไปกระตุ้นเซลล์ในระบบภูมิคุ้มกันทำให้เกิดการอักเสบในหลอดเลือดแดง ซึ่งเป็นจุดเริ่มต้นของการเกิดโรคทางหลอดเลือด เช่น ความดันโลหิตสูง³ โดยส่วนมากจะไม่แสดงอาการภายนอกให้เห็นทำให้ผู้ป่วยหลายรายไม่รู้ตัวเองว่ากำลังเป็นโรคความดันโลหิตสูงอยู่ จนกว่าจะได้วัดความดันโลหิตอย่างจริงจัง หากแต่ผู้ป่วยอาจแสดงอาการตอบสนองอื่น ๆ ออกมาเมื่อมีภาวะความดันโลหิตสูงมาก ๆ เช่น อาการปวดศีรษะ ถ้าปล่อยให้ความดันโลหิตสูงเป็นระยะเวลานาน จะทำให้เส้นเลือดทั่วร่างกายถูกทำลาย และสร้างความเสียหายต่อการทำงานของอวัยวะต่าง ๆ ได้ เช่น เกิดภาวะหัวใจขาดเลือด รวมถึงการทำงานของไตเสื่อมสภาพจนก่อให้เกิดโรคไตวายเรื้อรังในเวลาต่อมา แต่อย่างไรก็ตามผู้ที่ติดเชื้อส่วนใหญ่มักได้รับการวินิจฉัยช้า ไม่ได้มีการตรวจเลือดคัดกรองโดยเฉพาะในผู้ที่มีความเสี่ยงส่งผลให้ได้รับการรักษา ซึ่งอาจจะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนตามมาและเสียชีวิตได้⁴

โรคไตเรื้อรัง เป็นภาวะที่ผู้ป่วยมีความผิดปกติจากหน้าที่ของไตเป็นระยะเวลานานเกิน 3 เดือน⁵ เกิดจากการคั่งของน้ำ และเกลือแร่ในร่างกายจากไตสูญเสียการทำงาน มีการกระตุ้นของระบบรีนินแองจิโอเทนซิน หลังสารแองจิโอเทนซิน ซึ่งมีฤทธิ์ทำให้หลอดเลือดแดงที่ออกจาก glomeruli หดตัวทำให้ความดันสูง ซึ่งถ้าความดันสูงใน glomeruli เป็นระยะเวลานาน จะส่งผลให้หลอดเลือดฝอยเกิดการเสื่อม ทำให้เกิดโปรตีนรั่วในปัสสาวะ และยังมีฤทธิ์กระตุ้นการเกิด fibrosis ในบริเวณ interstitium และในหลอดเลือดนำไปสู่การเกิดไตเรื้อรังในที่สุด⁶ ผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะเริ่มต้นจะไม่มีอาการจนกว่าโรคไตเรื้อรังจะลุกลามถึงระดับรุนแรงที่ไม่สามารถแก้ไขได้ เมื่อไตเสื่อมลงเข้าสู่ระยะที่ 5 จะมีอัตราการกรองของไตเหลือ < 15 มล./นาที/ 73 ตร.ม. อาจมีภาวะน้ำเกิน มีภาวะไม่สมดุลของเกลือแร่และสารน้ำ โลหิตจาง หอบเหนื่อยจากการคั่งของกรดในร่างกาย ถ้ามีอาการหนักมากและไม่ได้รับการรักษาผู้ป่วยจะมีอาการซึมลงและชักได้⁷ อย่างไรก็ตามโรคไตวายเรื้อรังระยะที่ 5 ไม่สามารถรักษาให้หายได้ ผู้ป่วยอาจจะได้รับยาหลายชนิดที่ไม่เพียงแต่ช่วยการทำงานของไตเท่านั้น แต่ยังรวมถึงการจัดการปัญหาสุขภาพอื่น ๆ ที่เกิดจากโรคไตเรื้อรัง เป้าหมายของการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 5 คือ ชะลอการลุกลามของโรค ควบคุมอาการอันเกิดจากโรคไตเรื้อรังระยะที่ 5 ลดปัจจัยเสี่ยง รักษาภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นกับเส้นเลือดจะช่วยชะลออัตราการเสื่อมของไตเพื่อให้ดำเนินสู่ภาวะไตเรื้อรังระยะสุดท้ายให้ช้าลงและมีคุณภาพชีวิตที่ดี

จากสถิติของผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอชไอวีที่เข้ามาได้รับการรักษาในโรงพยาบาลกำแพงเพชรแผนกผู้ป่วยนอกในปี 2564, 2565 และ 2566 พบผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีเป็นจำนวน 1,286 1,343 และ 1,323 ราย ตามลำดับ มีผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีที่มีโรคร่วมเป็นไตวายเรื้อรังระยะ 5 เป็นจำนวน 12, 24 และ 27 ราย⁸ มีแนวโน้มสูงขึ้นทุกปี การดูแลผู้ป่วยโรคติดเชื้อเอชไอวีที่มีโรคร่วมเป็นไตวายเรื้อรังระยะ 5 จึงมีความยุ่งยากซับซ้อน การดูแลผู้ป่วยที่สำคัญ คือ การประเมินปัญหาสุขภาพของผู้ป่วยได้อย่างครอบคลุมในทุกมิติ เพื่อการวางแผนการพยาบาลผู้ป่วยอย่างองค์รวม มีการใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ ช่วยให้ผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีที่เป็นไตวายเรื้อรังระยะ 5 ได้รับการดูแลช่วยเหลืออย่างเหมาะสม ปลอดภัย และถูกต้องตามมาตรฐานของระบบบริการสุขภาพ กรณีศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อให้การพยาบาลผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะที่ 5 ในผู้ป่วยเอชไอวีอย่างมีประสิทธิภาพ

กรณีศึกษา

ผู้ป่วยเพศหญิง อายุ 49 ปี สัญชาติไทย เชื้อชาติไทย ศาสนาพุทธ สถานภาพสมรส อาชีพรับจ้างทั่วไป สิทธิประกันสังคมโรงพยาบาลกำแพงเพชร

อาการสำคัญ

มาตรวจตามแพทย์นัดเพื่อติดตามอาการและฟังผลเลือด

ประวัติเจ็บป่วยในปัจจุบัน

12 ปีก่อนมาได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคติดเชื้อเอชไอวี สมัครเข้าร่วมโครงการรับยาต้านไวรัสที่โรงพยาบาลสมุทรปราการ ต่อมาย้ายมาอยู่จังหวัดกำแพงเพชร จึงย้ายมาขอรับการรักษาต่อเนื่อง

5 ปี ก่อนมา ตรวจพบว่าเป็นความดันโลหิตสูง รับประทานยาไม่สม่ำเสมอ

2 ปี ก่อนมา ตรวจพบว่าเป็นผลเลือดค่าไตและผลตรวจปัสสาวะผิดปกติ มีน้ำตาลในเลือดและติดตามต่อเนื่อง

1 สัปดาห์ก่อนมา มีไข้ 2 ข้างบวม มารักษาที่โรงพยาบาล ตรวจเลือดพบว่า เป็นไตเรื้อรังระยะ 5 นัดเข้าคลินิกไตเรื้อรังวันนี้ มาตรวจตามนัด พบอายุรแพทย์โรคไต เพื่อติดตามอาการและฟังผลเลือด

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต

ผู้ป่วยเป็นโรคติดเชื้อเอชไอวี และความดันโลหิตสูง ในด้านพฤติกรรมสุขภาพ ไม่เคยใช้สารเสพติด แต่สูบบุหรี่วันละ 10 มวน ดื่มสุราเป็นบางวัน ใช้น้ำซุ้ดแก้ปวดเป็นประจำ

ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว

บิดามารดามีโรคประจำตัว เป็นความดันโลหิตสูง

ประวัติการแพ้ยา

แพ้ยา Nevirapine

การประเมินสภาพร่างกายตามระบบเมื่อแรกรับ

รูปร่างทั่วไป : สมส่วน น้ำหนัก 50 กิโลกรัม ส่วนสูง 160 เซนติเมตร BMI= 19.53

สัญญาณชีพ : อุณหภูมิร่างกาย 36.8 องศาเซลเซียส ชีพจร 113 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 16 ครั้ง/นาที

ความดันโลหิต 170/90 มิลลิเมตรปรอท ค่า Oxygen saturation 98%

ระบบประสาท : รู้สึกตัวดี ตอบคำถามได้ พูดคุยได้ การรับรู้เวลา สถานที่ บุคคลปกติ E₄M₆V₅ ,

GCS=15 คะแนน

ผิวหนัง : ผิวสองสี ไม่มีจ้ำเลือด มีตุ่มสีน้ำตาลขึ้นตามตัว

ศีรษะและใบหน้า : ผมสั้นสีดำ ศีรษะไม่มีบาดแผล คลำไม่พบก้อนบริเวณต่อมน้ำเหลือง ตา 2 ข้าง สมมาตรกัน มองเห็นปกติ ไบฮู จมูก ปาก ลักษณะภายนอกปกติ

ทรวงอกและทางเดินหายใจ : ทรวงอกรูปร่างปกติสมมาตรกัน หายใจไม่เหนื่อย อัตราการหายใจ 16 ครั้ง/นาที เสียงการหายใจปกติ

หัวใจและหลอดเลือด : การเต้นของหัวใจปกติ สม่าเสมอ อัตราการเต้นของหัวใจ 113 ครั้ง/นาที เส้นเลือดที่คอไม่โป่งพอง

ช่องท้องและทางเดินอาหาร : บริเวณหน้าท้องกดไม่เจ็บ ไม่มีแข็งตึง ท้องไม่อืด

กล้ามเนื้อและกระดูก : โครงสร้างร่างกายปกติ

ระบบทางเดินปัสสาวะ : ขับถ่ายปัสสาวะได้ตามปกติ ปัสสาวะปกติ ไม่มีเลือด กระเพาะปัสสาวะไม่โป่งตึง

ระบบอวัยวะสืบพันธุ์ : เต้านมปกติ อวัยวะสืบพันธุ์ภายนอกปกติ

สภาพจิตใจ : สิ้นหวังวิตกกังวล ไม่ตอบคำถามบางครั้ง มีคำพูดที่บอกถึงความกลัวเกี่ยวกับความเจ็บป่วย และวิตกกังวลเรื่องการรักษา



ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่สำคัญ

รายการสิ่งส่งตรวจ	ค่าปกติ	24 ส.ค.65	26 ต.ค.65	8 ก.พ.66	18 มิ.ย.66	13 ก.ย.66
FBS	74-106 mg/dL	102	99	98	90	96
ALT	< 35 U/L	-	6	-	5	11
BUN	8-20mg/dL	28	22	32	37	37
Creatinine	0.72-1.18mg/dL	↑3.6	↑3.5	↑3.52	↑3.52	↑3.54
eGFR	ml/min/1.73m ²	15	15	15	15	15
Na	136-146 mmol/L	136	140	142	136	138
K	3.4-4.5 mmol/L	↑5.1	3.8	4.2	3.7	4.0
Cl	101-109 mmol/L	102	105	104	104	107
CO2	21-31 mmol/L	21	20	21	25	22
Hct	42-52%	↓30.8	↓32	↓34	↓31.4	↓32
Hb	12-16 g / dL	↓ 10.1	↓ 12	↓13	↓ 11	↓ 12
CD4	>350	-	362	-	378	-
VL	< 40,1.60%	-	< 40,1.60%	-	< 40,1.60%	-

สรุปการดำเนินโรคขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

24 สิงหาคม 2565 วันแรกรับ ผู้ป่วยส่งต่อจากคลินิกนิรนาม พบอายุรแพทย์โรคไต มาตรวจตามแพทย์นัดที่คลินิกไต เรื้อรัง มีอาการอ่อนเพลียเล็กน้อย เยื่อปอดในของเปลือกตาล่างซีด มีนเวียนศีรษะ มีคลื่นไส้บางครั้ง ซามือซาเท้าทั้ง 2 ข้าง ขา และเท้าสองข้างบวมกดบวม น้ำหนัก 50 กิโลกรัม อุณหภูมิกาย 36.8 องศาเซลเซียส ชีพจร 113 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 16 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 170/90 มิลลิเมตรปรอท ค่า Oxygen saturation 98% ผลการตรวจเลือด FBS 102 mg/dL, Creatinine 3.6 mg/dL, eGFR 15 ml/min/1.73m² K=5.1 mmol/l แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นไตเรื้อรังระยะที่ 5 แพทย์ปรับแผนการรักษาเพิ่มยาลดความดันโลหิต และเพิ่มยารักษาภาวะโลหิตจาง รวมถึงพูดคุยเสนอทางเลือกบำบัดทดแทนไตในระยะยาว นัดติดตามอาการ และเจาะเลือด 2 เดือนที่คลินิกไตเรื้อรัง

26 ตุลาคม 2565 ผู้ป่วยมาตรวจตามแพทย์นัด มีอาการอ่อนเพลีย ไม่มีอาการมีนเวียนศีรษะ เยื่อปอดในของเปลือกตาล่างไม่ซีด ยังรับประทานอาหารได้น้อย ไม่มีคลื่นไส้ ไม่มีอาการซามือและเท้าสองข้าง เท้าสองข้างบวม น้ำหนัก 50 กิโลกรัม อุณหภูมิกาย 36.5 องศาเซลเซียส ชีพจร 106 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 16 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 138/80 มิลลิเมตรปรอท ผลการตรวจเลือด BUN 22, Creatinine 3.5 mg/dL, eGFR 15ml/min/1.73m² electrolyte ในเลือดปกติ แพทย์ให้การรักษาตามแผนการรักษาเดิม เน้นให้ผู้ผู้ป่วยตัดสินใจเลือกบำบัดทดแทนไตในระยะยาว แต่ผู้ป่วยและสามียังไม่ตัดสินใจนัดติดตามอาการ และเจาะเลือด 3 เดือนที่คลินิกไตเรื้อรัง

8 กุมภาพันธ์ 2566 ผู้ป่วยมาตรวจตามแพทย์นัด ไม่มีอาการอ่อนเพลีย รับประทานอาหารได้มากขึ้น ไม่ซีด เท้าสองข้างไม่บวม น้ำหนัก 51 กิโลกรัม อุณหภูมิกาย 36.9 องศาเซลเซียส ชีพจร 112 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 18 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 136/72 มิลลิเมตรปรอท ผลการตรวจเลือด BUN 32, Creatinine 3.52 mg/dL, eGFR 15ml/min/1.73m² electrolyte ในเลือดปกติ แพทย์ให้การรักษาตามแผนการรักษาเดิม เน้นให้ผู้ผู้ป่วยตัดสินใจเลือกบำบัดทดแทนไตในระยะยาว ผู้ป่วยและสามีขอเลือกรักษาแบบประคับประคอง ปฏิเสธการรักษาบำบัดทดแทนไต แพทย์นัดตรวจอีก 4 เดือน พร้อมเจาะเลือดติดตามอาการ

18 มิถุนายน 2566 ผู้ป่วยมาตรวจตามแพทย์นัด อาการดีขึ้น ไม่มีอาการอ่อนเพลีย รับประทานอาหารได้ ไม่ซีด เหนื่อยง่ายไม่บวม น้ำหนัก 50 กิโลกรัม อุณหภูมิกาย 36.5 องศาเซลเซียส ชีพจร 103 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 16 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 138/75 มิลลิเมตรปรอท ผลการตรวจเลือด BUN 37, Creatinine 3.5 mg/dL, eGFR 15ml/min/1.73m² electrolyte ในเลือดปกติ แพทย์ให้การรักษาตามแผนรักษาเดิม ผู้ป่วยขอเลือกปฏิเสธการบำบัดทดแทนไตและขอรักษาแบบประคับประคอง ผู้ป่วยและสามีตอบด้วยความมั่นใจ เนื่องจากความไม่เหมาะสมในเรื่อง สิ่งแวดล้อมความปลอดภัย การจัดการภาวะในครอบครัว รวมทั้งฐานะการเงินของครอบครัว แพทย์นัดตรวจอีก 3 เดือน พร้อมเจาะเลือดติดตามอาการ

13 กันยายน 2566 ผู้ป่วยมาตรวจตามนัด อาการทั่วไปปกติ ไม่มีอาการอ่อนเพลีย ทานอาหารได้มากขึ้น น้ำหนัก 51 กิโลกรัม อุณหภูมิกาย 36.2 องศาเซลเซียส ชีพจร 74 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 16 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 128/72 มิลลิเมตรปรอท ผลการตรวจเลือด BUN 37, Creatinine 3.54 mg/dL, eGFR 15 ml/min/ 1.73 m² ผู้ป่วยยังคงเป็นไตเรื้อรังระยะที่ 5 electrolyte ในเลือดปกติ จากการซักถามสามี ผู้ป่วยสูบบุหรี่น้อยกว่าเดิม เหลือวันละ 3 - 4 มวน ผู้ป่วยสีหน้ายิ้มแย้มตอบด้วยความมั่นใจว่า การได้มาพูดคุยกับพยาบาล และทีมสหสาขา มีการติดตามเยี่ยมที่บ้าน ทำให้ผู้ป่วยเข้าใจ และมีกำลังใจในการปฏิบัติตัว ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ แพทย์นัดตรวจทุก 3 เดือนพร้อมเจาะเลือดติดตามอาการต่อเนื่องที่คลินิกไตเรื้อรัง และมีนัดรับยา ต้านไวรัสอย่างต่อเนื่องที่คลินิกนรีนวม

การวางแผนพยาบาล

พบว่า ผู้ป่วยมีปัญหาทางการพยาบาลที่สำคัญในช่วงระยะเวลาที่ศึกษา

1. ขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเพื่อชะลอการเสื่อมของไต
2. ความดันโลหิตสูง เนื่องจากพฤติกรรมในการดูแลตนเองไม่เหมาะสม
3. มีภาวะ Hyperkalemia จากภาวะไตเสื่อมหน้าที่
4. ผู้ป่วยมีภาวะบวมหน้า จากภาวะไตเสื่อมหน้าที่
5. ผู้ป่วยมีภาวะซีด จากภาวะไตเสื่อมหน้าที่
6. ผู้ป่วยและครอบครัววิตกกังวลเกี่ยวกับความเจ็บป่วย และแผนการรักษาด้วยวิธีบำบัดทดแทนไต (RRT)

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1 ขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเพื่อชะลอการเสื่อมของไต

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยบอกว่าไม่ทราบว่า ตนเองมีภาวะไตเรื้อรังระยะที่ 5
2. จากการซักถาม ผู้ป่วยและสามีทำงานรับจ้างก่อสร้าง ทำอาหารรับประทานเองใช้เครื่องปรุงรส รับประทานยาชุด แก้วปวดเป็นประจำ สูบบุหรี่วันละ 10 มวน ดื่มสุราเป็นบางวัน
3. ผู้ป่วยไม่สามารถบอกวิธีปฏิบัติตัวเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่

วัตถุประสงค์การพยาบาล

เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้สามารถตอบคำถามเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้อง ในการรับประทานอาหาร การช้ำยา และการออกกำลังกายเพื่อชะลอความเสื่อมของไต

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยเข้าใจเรื่องไตวายเรื้อรังระยะ 5 และการดูแลตนเอง สามารถตอบคำถามได้ถูกต้อง
2. ผู้ป่วยสามารถชะลอไตเสื่อมได้ตามเกณฑ์ eGFR < 5 มิลลิลิตร/นาที/1.73 ตารางเมตร/ปี

กิจกรรมการพยาบาล

1. ส่งปรึกษาโภชนากร ให้ความรู้เรื่องการควบคุมอาหารอย่างถูกต้องและเหมาะสม เพื่อช่วยชะลอความเสื่อมของไต ดังนี้
 - 1.1 แนะนำการรับประทานข้าวหรือแป้งมีอละ 1-2 ทัพพี โดยสามารถใช้แป้งปลอดโปรตีน ซึ่งมีระดับน้ำตาลไม่สูง เช่น วุ้นเส้น สาหร่าย แขนข้าวได้บางมี้อ

1.2 แนะนำจำกัดอาหารโปรตีน ให้รับประทานเนื้อสัตว์ที่สุก 5 ซ้อนต่อวัน ไขมันต่ำ ไม่ติดหนัง ไม่ติดมัน และไม่ผ่านการแปรรูป เช่น เนื้อปลา ไชขาว หมูสันใน เนื้ออกไก่ เพื่อไม่ให้เกิดของเสียดังและไตทำงานมากเกินไป

1.3 เลือกรับประทานไขมัน เช่น น้ำมันมะกอก น้ำมันถั่วเหลือง น้ำมันรำข้าว หลีกเลี่ยงน้ำมันหมู น้ำมันปาล์ม น้ำมันมะพร้าว กะทิ

1.4 แนะนำเรื่อง อาหารจำกัดโซเดียม หลีกเลี่ยงผงปรุงรส ชูรส รสดี ใช้ซีอิ๊วขาวแทนเกลือและน้ำปลา อาหารแปรรูปของหมักดอง ปลาเค็ม กุนเชียง ไส้กรอก หมูยอ

1.5 หลีกเลี่ยงอาหารที่มีโปแตสเซียมสูง ได้แก่ ผักใบเขียว แครอท พักทอง ผลไม้ เพื่อป้องกันโปแตสเซียมในเลือดที่สูงเกินไป อาจทำให้หัวใจเต้นผิดปกติหรือหยุดเต้นได้

1.6 หลีกเลี่ยงอาหารที่มีฟอสฟอรัสสูง ได้แก่ นม นมเปรี้ยว เนย คุกกี้ ขนมปัง ไอศกรีม ถั่วต่าง ๆ น้ำเต้าหู้ นมถั่วเหลือง ธัญพืช เป็นต้น เพื่อป้องกันระดับฟอสฟอรัสในเลือดสูงขึ้น ซึ่งจะทำให้ระดับแคลเซียมในเลือดต่ำลง และแคลเซียมถูกดึงออกมาจากกระดูกทำให้กระดูกไม่แข็งแรง

2. ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเกี่ยวกับพยาธิสภาพของโรค, อาการและอาการแสดง การรักษาที่สำคัญของโรคไตเรื้อรัง

3. ประเมินอาการและอาการแสดงของการเสียสมดุลของอิเล็กโทรไลต์ เช่น หัวใจเต้นผิดปกติ ความดันเลือดต่ำเมื่อเปลี่ยนท่า กล้ามเนื้ออ่อนแรง มีอาการชา คลื่นไส้ อาเจียน ท้องอืด

4. ควบคุมระดับความดันโลหิตให้น้อยกว่า 130/80 มิลลิเมตรปรอท โดยรับประทานยาตามแผนการรักษาของแพทย์ คือ Hydralazine tab (Apressoline) 25mg กินครั้งละ 1 เม็ด วันละ 2 เวลา หลังอาหารเช้า-เย็น

5. หลีกเลี่ยงการใช้ยาแก้ปวด ยาลดการอักเสบและการใช้ยาสมุนไพรด้วยความระมัดระวังเพราะอาจมีผลทำให้ไตเสื่อมเร็วขึ้นได้

6. การสนทนาสร้างแรงจูงใจในการออกกำลังกาย ส่งปรึกษานักกายภาพบำบัดช่วย ออกแบบท่าการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับผู้ป่วย และการสนทนาสร้างแรงจูงใจในการ ลด ละ เลิก สูบบุหรี่ และดื่มสุรา

ประเมินผลการพยาบาล

1. ผู้ป่วยสามารถชะลอไตเสื่อมได้ตามเกณฑ์ $eGFR < 5$ มิลลิตร/นาที/ 1.73 ตารางเมตร/ปี โดยระยะที่มีภาวะแทรกซ้อนระยะ 5 วันที่ 24 สิงหาคม 2565 ค่า $eGFR = 15$ /min/ $1.73m^2$ จนถึงวันที่ 13 กันยายน 2566 ค่า $eGFR 15$ /min/ $1.73m^2$ เท่าเดิม

2. ผู้ป่วยสามารถตอบวิธีการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการดูแลตนเอง สามารถปรับลดยาแก้ปวดลงได้ ปรับเรื่องอาหารการกินลดปริมาณโซเดียมลง รับประทานยาได้ตรงตามเวลา แต่ยังไม่มีการแบ่งเวลาออกกำลังกายได้ พยายามลดการสูบบุหรี่ลง จากเคยสูบบุหรี่วันละ 10 มวนเหลือวันละ 3-4 มวน ยังดื่มสุราบางครั้ง

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2 ความดันโลหิตสูง เนื่องจากพฤติกรรมในการดูแลตนเองไม่เหมาะสม

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยบอกว่า รู้สึกเพลียและมีศีรษะบริเวณท้ายทอย ตีหมาแพะของ 3in1 ทุกวัน ชอบรับประทานรสจัด และเค็ม เช่น ส้มตำ ไข่ย่าง ปรุงอาหารใช้ผงปรุงรสต่าง ๆ ชอบกินปลาเค็ม ผักดอง น้ำพริกปลาร้า เป็นประจำ

2. ค่าความดันโลหิตสูง เท่ากับ 170/90 mmHg

3. ผู้ป่วยรับประทานยาความดัน ไม่สม่ำเสมอ

4. ผู้ป่วยไม่สามารถเลิกสูบบุหรี่ และดื่มสุราขาเป็นบางวัน

วัตถุประสงค์การพยาบาล

1. เพื่อควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสม

2. เพื่อให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมในการดูแลตนเอง การรับประทานอาหาร และการออกกำลังกายที่เหมาะสม

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตน้อยกว่า 140/90 mmHg

2. ผู้ป่วยไม่มีการปวดมีศีรษะ ปัสสาวะปกติ

3. ผู้ป่วยสามารถปรับพฤติกรรมมารับประทานที่เหมาะสม สามารถลดอาหารรสเค็ม

กิจกรรมการพยาบาล

1. ส่งปรึกษานักกำหนดอาหารแนะนำเกี่ยวกับอาหาร ควรเลือกอาหารที่มีสัดส่วนของคาร์โบไฮเดรตโดยเฉพาะข้าวเหนียว โปรตีน และไขมัน โซเดียมในสัดส่วนที่พอเหมาะใช้โมเดลอาหารสชาติ รับประทานอาหารเป็นเวลา ลดหรืองดอาหารรสเค็ม หรืออาหารแปรรูปต่างๆ และลดปริมาณการเติมซอส หรือเครื่องปรุงรสต่างๆ
2. แนะนำผู้ป่วยและญาติ วิธีการอ่านฉลากโภชนาการ โดยเฉพาะส่วนที่ระบุปริมาณโซเดียมในอาหารสำเร็จรูปและปริมาณสารอาหารอื่น ๆ
3. ส่งปรึกษานักกายภาพช่วยออกแบบท่าการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับผู้ป่วย โดยการเดินหรือวิ่ง ออกกำลังกายอย่างต่อเนื่อง เริ่มต้นวันละ 15 นาที และขยายเวลาจนถึง 30 นาที สัปดาห์ละ 3-5 วัน
4. แนะนำให้สังเกตอาการของภาวะความดันโลหิตสูง ได้แก่ ปวดศีรษะ ปวดท้ายทอย ชาปลายเท้าคลื่นไส้อาเจียน และติดตามระดับความดันโลหิตที่บ้าน หรือที่ รพ.สต.ใกล้บ้าน
5. สนทนาสร้างแรงจูงใจการรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรคความดันโลหิตสูง และลดปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดความดันโลหิตสูง เช่น งดสูบบุหรี่ และเลิกดื่มสุรา
6. แนะนำมาพบแพทย์ตามนัดทุกครั้ง เพื่อการติดตามอาการต่อเนื่อง แนะนำเรื่องวัดความดันที่บ้าน หรือ รพ.สต.ใกล้บ้าน เพื่อจดบันทึกความดันโลหิต นำมาพบแพทย์คราวต่อไป
7. การติดตามเยี่ยมบ้านร่วมกับทีมสหวิชาชีพ.

ประเมินผลการพยาบาล

1. ผู้ป่วยมีความรู้และสามารถเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรคความดันโลหิตสูงได้
2. ผลการตรวจวัดความดันวันที่ 18 มิถุนายน 2566 BP= 138/75 mmHg และวันที่ 13 กันยายน 2566 = 128/72 mmHg ที่มาตรวจพบแพทย์ตามนัด
3. ผู้ป่วยไม่มีอาการปวดศีรษะ ท้ายทอย หรือชาปลายเท้า

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 3 มีภาวะ Hyperkalemia จากภาวะไตเสื่อมหน้าที่

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยบอกว่า มีอ่อนเพลีย คลื่นไส้ กล้ามเนื้อไม่ค่อยมีแรง ซาตามร่างกาย
2. ผลตรวจเลือด วันที่ 24 สิงหาคม 2566 k = 5.1 mmol/L คลื่นไฟฟ้าหัวใจไม่ มี tall t wave

วัตถุประสงค์การพยาบาล : เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะโปแตสเซียมสูง

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยไม่มีอาการผิดปกติ เช่น อาการคลื่นไส้ กล้ามเนื้อไม่ค่อยมีแรง เป็นเหน็บซาตามร่างกาย หัวใจเต้นช้า ชีพจรเต้นเบากว่าปกติ รวมถึงหัวใจเต้นผิดจังหวะ ตรวจ EKG tall t wave และหัวใจหยุดเต้นได้
2. ผลเลือดอยู่ในเกณฑ์ปกติ Potassium 3.4-4.5 mmol/L

กิจกรรมการพยาบาล

1. แนะนำให้ผู้ผู้ป่วยสังเกตอาการเหนื่อย อ่อนเพลีย ใจสั่น คลื่นไส้ กล้ามเนื้อไม่ค่อยมีแรง ซาตามร่างกาย
2. แนะนำญาติให้งดผลไม้ที่มีโปแตสเซียมสูง เช่น กล้วย ผักสีเขียวเข้ม ส้ม ฝรั่ง และผลไม้อบแห้งต่างๆ แนะนำอาหารที่มีโปแตสเซียมต่ำโดย การนำผักใบเขียวทุกชนิด มาลวกหรือต้ม เพื่อลดโปแตสเซียมในผักลงได้ กรณีค่าโปแตสเซียมมากกว่า 5.5 ให้งดกินผลไม้ทุกชนิด
3. แนะนำการรับประทานยา Kalimate 5 g 1 ชวงผสมน้ำ 1 แก้วดื่มวันละ 1 ครั้งติดต่อกัน 10วัน ตามแผนการรักษา
4. ติดตามผลโปแตสเซียมในเลือด ติดตามวัดสัญญาณชีพ และคลื่นไฟฟ้าหัวใจ

การประเมินผลการพยาบาล

1. วันที่ 26 ตุลาคม 2565 ผลตรวจเลือด Potassium 3.8 mmol/L
2. ไม่มีอาการผิดปกติ ไม่มีอาการอ่อนเพลีย ไม่มีคลื่นไส้อาเจียน
3. ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ ผลปกติ

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 4 ผู้ป่วยมีภาวะบวมน้ำ จากภาวะไตเสื่อมหน้าที่

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยมีอาการบวมที่ขาและเท้า กดบวมทั้งสองข้าง
2. ผลตรวจเลือดวันที่ 24 สิงหาคม 2565 Creatinine = 3.6 mg/dL eGFR =15 Na=136 K=5.1 CO2=21 CL=102

วัตถุประสงค์การพยาบาล : เพื่อลดภาวะบวมน้ำของผู้ป่วย

เกณฑ์การประเมินผล : ผู้ป่วยไม่มีภาวะน้ำเกิน ได้แก่ แขนขาบวมกดบวม น้ำหนักตัวขึ้นไม่เกิน 1 กิโลกรัม ไม่มีอาการหอบเหนื่อย

กิจกรรมการพยาบาล

1. อธิบายพยาธิสภาพของโรคไตที่มีผลทำให้มีภาวะบวมน้ำให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจ
2. แนะนำหลีกเลี่ยงอาหารรสจัดที่มักจะมีปริมาณโซเดียมสูง ควรเลือกรับประทานอาหารที่ส่งผลในการช่วยลดอาการบวมน้ำ เช่น ทูน่า ผักขึ้นฉ่าย
3. แนะนำดื่มน้ำเปล่าวันละ 1,000-1,500 มิลลิลิตร เพื่อเป็นการขับโซเดียมออกจากร่างกาย
4. แนะนำการออกกำลังกายประมาณ 30-60 นาทีต่อวัน โดยเฉพาะการว่ายน้ำ เนื่องจากแรงดันน้ำที่สูงกว่าจะช่วยดันน้ำในส่วนที่ขังอยู่ในร่างกายออกมาได้
5. แนะนำให้นอนยกเท้าให้สูงขึ้นกว่าระดับหัวใจขณะที่นอนหลับ

การประเมินผลการพยาบาล : ผู้ป่วยไม่มีภาวะน้ำเกิน ได้แก่ แขนขาบวมกดบวม น้ำหนักตัวไม่ขึ้น ไม่มีอาการหอบเหนื่อย

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 5 ผู้ป่วยมีภาวะซีดจากภาวะไตเสื่อมหน้าที่

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยมีอาการอ่อนเพลีย เยื่อบุตาในของเปลือกตาล่างซีด มีนเวียนศีรษะ
2. วันที่ 24 สิงหาคม 2565 ตรวจเลือด พบความเข้มข้นของเลือด (hematocrit) 30.8% (ค่าปกติ 42-52%),

Creatinine = 3.6 mg/dL eGFR =15

วัตถุประสงค์การพยาบาล : เพื่อเพิ่มระดับความเข้มข้นของเลือดและปลอดภัยจากภาวะซีด

เกณฑ์การประเมินผล : ความเข้มข้นของเลือด hematocrit > 30% ผู้ป่วยไม่มีอาการอ่อนเพลีย ไม่ซีด

กิจกรรมการพยาบาล

1. อธิบายพยาธิสภาพของโรคไตที่มีผลทำให้มีภาวะซีดให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจ
2. แนะนำให้ผู้ผู้ป่วยบริโภคอาหารที่ช่วยส่งเสริมการสร้างเม็ดเลือดแดงและโปรตีนให้เพียงพอ แนะนำอาหารโปรตีนที่มีคุณภาพสูง เช่น ไข่ขาว เนื้อสัตว์
3. แนะนำการบริโภคอาหารที่มีธาตุเหล็ก เช่น เลือดหมู ผักโขม เป็นต้น
4. แนะนำเรื่องการรับประทานยาเสริมสร้างโลหิต Folic 5 mg ครั้งละ 1 เม็ด หลังอาหารเช้า

การประเมินผลการพยาบาล

1. เมื่อวันที่ 26 ตุลาคม 2565 ตรวจความเข้มข้นของเลือด (hematocrit) มีค่า 32 % เพิ่มขึ้นเล็กน้อย จากวันที่ 24 สิงหาคม พ.ศ. 2565
2. ผู้ป่วยไม่มีอาการอ่อนเพลีย พักได้

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 6 ผู้ป่วยและครอบครัววิตกกังวลเกี่ยวกับความเจ็บป่วย และแผนการรักษาด้วยวิธีบำบัดทดแทนไต (RRT)
ข้อมูลสนับสนุน : ผู้ป่วยและสามีมีสีหน้าวิตกกังวล นั่งไม่ตอบคำถามเรื่อง ตัดสินใจเลือก บำบัดทดแทนไตหรือไม่ หรือจะเลือก
บำบัดทดแทนไต แบบ CAPD หรือ HD ส่วนสามีเริ่มถามอาการของผู้ป่วย แนวทางและระยะเวลาการรักษาด้วยการบำบัดทดแทนไต
วัตถุประสงค์การพยาบาล

1. เพื่อคลายความวิตกกังวลของผู้ป่วยและครอบครัว
2. เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล

เกณฑ์การประเมินผลการพยาบาล

1. ผู้ป่วยและครอบครัวมีสีหน้าสดชื่นขึ้น
2. ผู้ป่วยและครอบครัวยอมรับฟังและให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล เลือกแนวทางการรักษาที่เหมาะสม

กับตนเองและครอบครัว

กิจกรรมการพยาบาล

1. สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย/ญาติด้วยวาจาสุภาพอ่อนโยน ท่าทีที่เป็นมิตรพร้อมให้ความช่วยเหลือและเปิดโอกาสให้ซักถามเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วย จัดให้ผู้ป่วยพูดคุยกับแพทย์ที่ทำการรักษาเกี่ยวกับอาการของโรคและแนวทางการรักษา ส่งผู้ป่วยปรึกษาพยาบาลประจำหน่วย HD และ CAPD เพื่อให้ข้อมูลเพิ่มเติมในรายละเอียดของการบำบัดทดแทนไต และเห็นตัวอย่าง สัมภาษณ์เพื่อนผู้ป่วยที่เป็นโรคเดียวกัน และเลือกวิธีการบำบัดทดแทนไต
2. ให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและครอบครัวถึงอาการเจ็บป่วยด้วยภาษาที่เข้าใจง่าย แผนการดูแลรักษา และการรักษาด้วยวิธีบำบัดทดแทนไต แนะนำ เรื่อง ข้อแตกต่าง HD /CAPD ข้อดี ข้อเสีย และการเตรียมตัวเพื่อ RRT ของแต่ละวิธี
3. แจ้งอาการปัจจุบัน และภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้จากโรคความดันโลหิตสูง และไตวายเรื้อรังระยะที่ 5 ให้ผู้ป่วย และครอบครัวทราบ ตอบข้อซักถามหรือข้อสงสัยแก่ผู้ป่วยและญาติด้วยความเต็มใจ
4. ประเมินความวิตกกังวล และท่าทีต่างๆ ที่แสดงออกของผู้ป่วยและญาติต่อความเจ็บป่วยพร้อมทั้งเปิดโอกาสให้ระบายความรู้สึกต่างๆ รวมทั้งยอมรับท่าทีและปฏิกิริยาที่ตอบสนองต่อความเครียดนั้น
5. ให้กำลังใจและสนับสนุนส่งเสริมให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย รวมถึงการเลือกบำบัดทดแทนไต
6. ให้สุซศึกษาผู้ป่วยและญาติในการดูแลตนเองที่บ้าน เพื่อส่งเสริมการควบคุมอาการของโรค และให้การช่วยเหลือเมื่อมีปัญหา
7. การสนทนาสร้างแรงจูงใจและส่งเสริมจิตใจดี เพื่อจัดการกับอารมณ์ที่เหมาะสม
8. ประสานงานทีมสหสาขาวิชาชีพติดตามเยี่ยมบ้านร่วมกัน เพื่อดูสิ่งแวดล้อม และติดตามพฤติกรรมสุขภาพที่บ้านผู้ป่วย

การประเมินผลการพยาบาล :

1. ผู้ป่วยและครอบครัวยอมรับ เข้าใจแผนการรักษาและให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาลเป็นอย่างดี
2. ผู้ป่วยและญาติคลายวิตกกังวล มีสีหน้าผ่อนคลาย

สรุปกรณีศึกษา

ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 49 ปี มีประวัติเป็นโรคเอสไอวี 12 ปี มีประวัติเคยดื่มสุราและสูบบุหรี่เป็นประจำ ทำงานก่อสร้าง มีปัญหา เรื่องปวดตามกล้ามเนื้อ ไข้ขาดแค้นปวดเป็นประจำ รับการรักษาที่คลินิกนิรนามโรงพยาบาลกำแพงเพชรอย่างต่อเนื่อง ตรวจพบโรคความดันโลหิตสูง รับประทานยาไม่สม่ำเสมอ ตรวจเลือดพบว่า มีภาวะไตเรื้อรังระยะ 5 ส่งต่อผู้ป่วยพบอายุรแพทย์โรคไต มีนัดคลินิกไตเรื้อรังต่อเนื่อง จากการประเมินภาวะสุขภาพได้มีการวางแผนการพยาบาลและปฏิบัติการพยาบาลสอดคล้องกับข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลเพื่อตอบสนองผลลัพธ์ทางการพยาบาล คือ การพยาบาลเพื่อชะลอไตเสื่อม การพยาบาลเพื่อลดความวิตกกังวล การพยาบาลเพื่อให้ความรู้และส่งเสริมการดูแลตนเอง ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมใช้โปรแกรม motivational interview (MI) เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความตระหนักในการดูแลตนเองอย่างเหมาะสม เพิ่มแรงจูงใจให้ผู้ป่วยเกิดความมุ่งมั่นที่จะดูแลตนเอง สามารถชะลอความเสื่อมของไตให้คงที่ ให้การดูแลร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ นัดติดตามอาการอย่างต่อเนื่อง รวมระยะเวลาในการดูแล และให้การพยาบาล 1 ปี 1 เดือน

วิจารณ์

จากกรณีศึกษาผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะ 5 ในผู้ป่วยโรคติดเชื้อเอชไอวี มีความยุ่งยาก ซับซ้อนในการพยาบาล ต้องใช้กระบวนการพยาบาล ให้ครอบคลุมทั้งองค์รวม ค้นหาปัญหาที่แท้จริงของผู้ป่วยร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ ทั้งนี้เนื่องจากการควบคุมระดับความดันโลหิตได้ไม่ดี ส่วนหนึ่งมาจากพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมทำให้เกิดไตเรื้อรัง ระยะที่ 5 อายุรแพทย์โรคไตปรับแผนลดปัจจัยเสี่ยงที่จะทำให้เกิดภาวะไตเรื้อรัง และให้ทางเลือกรักษาระหว่าง การบำบัดทดแทนไตระยะยาว กับรักษาแบบประคับประคอง พยาบาลใช้โปรแกรม motivational interview (MI) เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เน้นความสำคัญของการสนทนาค้นหาคำตอบที่ตรงใจและเสริมแรงจิตใจในแต่ละครั้งที่ผู้ป่วยมารับบริการ รวมถึงผลักดันการเปลี่ยนแปลงให้ผู้ป่วยเกิดความตระหนักในการดูแลตนเองอย่างเหมาะสม นอกจากนี้ พยาบาลยังใช้กระบวนการให้คำปรึกษา มีผลให้ผู้ป่วยเลือกการรักษาด้วยวิธีประคับประคองได้เหมาะสมกับไลฟ์สไตล์และครอบครัว ผู้ป่วยและครอบครัวยังสามารถใช้ชีวิตได้อย่างมีความสุข ทั้งนี้หากผู้ป่วยรายนี้ได้ส่งปรึกษาอายุรแพทย์โรคไตได้เร็วกว่านี้ตั้งแต่ระยะเริ่มแรกของโรคไตเรื้อรัง เช่น ระยะที่ 3a ผู้ป่วยสามารถชะลอความเสื่อมของไตไม่จำเป็นต้องจนถึงไตเรื้อรังระยะที่ 5

ข้อเสนอแนะ

1. ส่งเสริมและสนับสนุนการใช้โปรแกรม motivational interview (MI) ในกระบวนการพยาบาลเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ป่วยและผู้ป่วยสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ป่วยได้อย่างยั่งยืน
2. พัฒนาระบบคัดกรองผู้ป่วยโรคติดเชื้อเอชไอวี ในแผนกผู้ป่วยนอก ที่เกิดภาวะแทรกซ้อนทางไตส่งเสริมให้มีการปรับพฤติกรรมอย่างมีประสิทธิภาพและต่อเนื่อง เน้นการประสานงานและส่งต่อผู้ป่วยเพื่อรักษาภาวะแทรกซ้อนและให้การช่วยเหลือโดยให้ได้รับการบำบัดทดแทนไต เช่น ล้างไตทางหน้าท้อง ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม การปลูกถ่ายไต ค้นหาภาวะแทรกซ้อน และแนะนำทางเลือกที่ต้องการรักษาแบบประคับประคอง
3. พัฒนาระบบการดูแลต่อเนื่อง โดยพยาบาลชุมชนมีส่วนร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ และแผนการติดตามเยี่ยมบ้านที่ชัดเจน

เอกสารอ้างอิง

1. กรมควบคุมโรค. แนวทางการตรวจรักษาและป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีประเทศไทย. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2561.
2. สุเมธ องค์กรธนดี, ศศิโสภิตน เกียรติบุญธกุล, อัญชลี อวิหิงสานนท์, เอกจิตรา สุขกุล, รังสิมา โสฬ์เสขา. แนวทางการตรวจรักษาและป้องกัน การติดเชื้อเอชไอวี ประเทศไทย ปี 2560. นนทบุรี: สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค; 2560.
3. สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. สารที่ปรึกษาชุมชน 2560 . [ออนไลน์]. [เข้าถึงเมื่อ 18 กันยายน 2566]. เข้าถึงได้จาก : <https://www.rihes.cmu.ac.th/cab/wp-content/uploads/2017/03/cab113.pdf>
4. วรณิยา มีนุ่น. Glomerular disease in HIV infected patients. วารสารกรมการแพทย์. 2558;40(5):25-35.
5. สุรศักดิ์ กันตชูเวสศิริ. คำแนะนำสำหรับการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต. สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย; 2565.
6. กมลทิพย์ วิจิตรสุนทรกุล. ระบาดวิทยาและการทบทวนมาตรการป้องกันโรคไตเรื้อรัง. กรุงเทพฯ: กลุ่มพัฒนานโยบายระดับประชากร กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค; 2564.
7. kidney disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) CKD Work Group. KDIGO 2012 clinical practice guideline for the evaluation and management of chronic kidney disease. Kidney inters (Supplement) 2013;3(1).
8. โรงพยาบาลกำแพงเพชร. รายงานสถิติผู้ป่วยโรคติดเชื้อเอชไอวีที่มีภาวะไตเรื้อรังระยะ 5 พ.ศ. 2566. กำแพงเพชร: โรงพยาบาลกำแพงเพชร; 2566.



9. เทิดศักดิ์ เดชคง. สนทนาสร้างแรงจูงใจเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ สำหรับผู้ป่วย NCDs. กรุงเทพฯ: บียอนด์พับลิชชิ่ง; 2560.
10. สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย. คำแนะนำสำหรับการดูแลรักษาโรคไตเรื้อรังแบบองค์รวมชนิด ประคับประคอง พ.ศ. 2560 [Internet]. [cited 2023 March 23]. Available from: <https://www.nephrothai.org>
11. โรคไตเรื้อรัง. [online]. [เข้าถึงเมื่อ 18 กันยายน 2566]. เข้าถึงได้จาก : <https://th.mykidneyjourney.com/th/chronic-kidney-disease/>(วันที่สืบค้นข้อมูล 18 กันยายน 2566).

Nursing care for pregnant women with severe hypertension during Childbirth : A case study

Pikulthong Thippimwong, M.S.N.*

Abstract

Background : The condition of severe hypertension during pregnancy is a common obstetric complication. Without proper and appropriate care, the progression of the condition can become more severe, leading to bleeding in the brain and the possibility of seizure. This can be a cause of maternal and fetal mortality during pregnancy. Maternity ward nurses play a crucial role in ensuring safety during the antepartum, intrapartum, and postpartum periods in order to achieve the goal of a safe delivery and a healthy baby.

Objective : To provide effective nursing care for pregnant women with severe hypertension during pregnancy.

Case study : A 30-year-old Thai woman, second pregnancy (first pregnancy delivered by cesarean section), 37 weeks of gestation, presented at the hospital with the symptoms of headache, tightness at the epigastrium and blurred vision. She also reported mild contractions and passage of amniotic fluid two hours before arrival. Fetal movement was good. Her medical history revealed diabetes. She was admitted to the labor ward and was diagnosed severe hypertension during pregnancy. Additionally, a large fetus was detected during the examination. Therefore, she was treated with medications to prevent seizure and to lower blood pressure. The fetal condition was monitored and the complications from elevated maternal blood sugar levels were closely observed. The medical team decided to perform an emergency cesarean section. The nursing diagnosis were: 1. Risk of seizure due to severe hypertension. 2. Risk of complications from magnesium sulfate administration. 3. Risk of complications from high blood sugar level. 4. Risk of fetal hypoxia due to decreased blood supply to placenta and uterus. 5. Risk of infection due to premature rupture of membranes. 6. Anxiety regarding the progression of the disease and fetal well-being. 7. Risk of difficult delivery due to a large fetus and fetal bradycardia. 8. Risk of postoperative bleeding from cesarean section. After the cesarean section, the mother did not experience hypertension-related seizure, and there was no complication postoperatively. The baby was male, weighed 4,860 grams, rarely cried and required stimulation to initiate breathing. He was then taken to the neonatal intensive care unit for observation. Both mother and baby were discharged from the hospital after 5 days. Follow-up appointments were scheduled for postoperative check-up and their information was recorded in the healthcare system for continuous monitoring at home.

Conclusions: Safe delivery was achieved in the case of severe hypertension during pregnancy without seizure and without postpartum hemorrhage. The baby was born safely without oxygen deprivation at birth. This case study can be used as a guideline for providing care to the pregnant women with severe hypertension, from the antepartum period through labor and postpartum period, ensuring the safety of both mother and the baby.

Keyword: Nursing care for the pregnant women, severe hypertension during pregnancy

*Registered nurse, Professional level, Kamphaeng Phet Hospital

การพยาบาลผู้คลอดที่มีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ชนิดรุนแรง : กรณีศึกษา

พิกุลทอง ทิพย์พิมพ์วงศ์, พย.ม.*

บทคัดย่อ

บทนำ : ภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ชนิดรุนแรง เป็นภาวะแทรกซ้อนทางสูติศาสตร์ที่พบได้บ่อย ถ้าไม่ได้รับการดูแลรักษาที่ถูกต้องเหมาะสม การดำเนินของโรคจะรุนแรงมากขึ้น ทำให้มีเลือดออกในสมอง และเกิดภาวะชักได้ เป็นสาเหตุการเสียชีวิตของหญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ พยาบาลห้องคลอดมีบทบาทสำคัญให้เกิดความปลอดภัยทั้งในระยะรอคลอด ระยะคลอดและระยะหลังคลอด เพื่อบรรลุเป้าหมาย ลูกเกิดรอด แม่ปลอดภัย

วัตถุประสงค์ : เพื่อให้การพยาบาลผู้คลอดที่มีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ชนิดรุนแรงได้อย่างมีประสิทธิภาพ

กรณีศึกษา : หญิงไทยอายุ 30 ปี ตั้งครรภ์ที่ 2 (ครรภ์แรกผ่าตัดคลอด) อายุครรภ์ 37 สัปดาห์ มารับการรักษาที่ด้วยอาการปวดศีรษะ จุกแน่นใต้ลิ้นปี่ ตาพร่ามัวก่อนมาโรงพยาบาล 2 ชั่วโมง เริ่มมีอาการเจ็บครรภ์ และมีน้ำเดินทาง เด็กดิ้นดี จากประวัติพบมีโรคเบาหวานร่วมด้วย ได้รับไว้ดูแลในห้องคลอด แพทย์วินิจฉัยเป็นภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ชนิดรุนแรง อีกทั้งยังตรวจพบมีทารกในครรภ์ตัวโตอีกด้วย จึงให้การรักษาโดยให้ยาป้องกันชักและให้ยาลดความดันโลหิต ประเมินทารกในครรภ์ เฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนจากระดับน้ำตาลในเลือดสูงของผู้คลอด แพทย์พิจารณายุติการตั้งครรภ์โดยผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง การวินิจฉัยทางการแพทย์ ได้แก่ 1. เสี่ยงต่อภาวะชักเนื่องจากความดันโลหิตสูงชนิดรุนแรง 2. ผู้คลอดเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาแมกนีเซียมซัลเฟต 3. เสี่ยงต่อการมีภาวะแทรกซ้อนจากมีภาวะระดับน้ำตาลในเลือดสูง 4. ทารกมีเสี่ยงต่อการเกิดภาวะขาดออกซิเจนในครรภ์เนื่องจากเลือดไปเลี้ยงรกและมดลูกน้อยลง 5. มีโอกาสเกิดการติดเชื้อในช่องคลอดจากมีน้ำเดินทางก่อนคลอด 6. วิดกกังเกี่ยวกับการดำเนินของโรคและทารกในครรภ์ 7. มีภาวะคลอดลำบากจากทารกตัวโตและหัวใจทารกเต้นช้าได้รับการผ่าตัดคลอดฉุกเฉิน 8. เสี่ยงต่อการตกเลือดจากการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง หลังผ่าตัดคลอดผู้คลอดไม่มีภาวะชักจากความดันโลหิตสูง ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ทารกเพศชาย น้ำหนัก 4,860 กรัม ไม่ค่อยร้อง เซ็ดตัวกระตุ้นจิ้งร้อง หายใจใช้กล้ามเนื้อหน้าท้องดูแลให้การช่วยเหลือทารกแรกเกิดก่อนส่งส่งเกิดการต่อที่ตึกกุมารเวชกรรม จำหน่ายผู้คลอดและทารกกลับบ้านได้รวมอยู่ในโรงพยาบาล 5 วัน นัดติดตามตรวจหลังผ่าตัดคลอด และบันทึกข้อมูลในระบบส่งต่อเพื่อการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน

สรุปผลการรักษา : ผู้คลอดปลอดภัยจากภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ชนิดรุนแรง ไม่เกิดภาวะชักและสามารถคลอดได้ปลอดภัยไม่มีภาวะตกเลือดหลังผ่าตัดคลอด ทารกปลอดภัยไม่เกิดภาวะขาดออกซิเจนขณะแรกคลอด จากกรณีศึกษานี้สามารถนำไปเป็นแนวทางในการให้การพยาบาลผู้คลอดที่มีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ตั้งแต่ระยะรอคลอด ระยะคลอดและระยะหลังคลอดเพื่อให้เกิดความปลอดภัยทั้งผู้คลอดและทารกในครรภ์

คำสำคัญ : การพยาบาลผู้คลอด ภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ชนิดรุนแรง

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลกำแพงเพชร

บทนำ

ภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ เป็นภาวะแทรกซ้อนทางสูติศาสตร์ที่รุนแรงรวมถึงเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดการเสียชีวิตของหญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ สำหรับประเทศไทยในปี 2563 ถึง 2565 พบอัตราการเสียชีวิตของมารดาจากความดันโลหิตสูงรุนแรงอยู่ที่ร้อยละ 12, 9.1 และ 7.75 ตามลำดับ¹ ชนิดของภาวะความดันโลหิตสูงแบ่งออกเป็น 4 ชนิด ได้แก่ ครรภ์เป็นพิษ ความดันโลหิตสูงเรื้อรัง ครรภ์เป็นพิษที่ซ้อนทับกับความดันโลหิตสูงเรื้อรัง และความดันโลหิตสูงจากการตั้งครรภ์ เกณฑ์วินิจฉัยครรภ์เป็นพิษ คือ มีความดันโลหิตสูงร่วมกับมีโปรตีนในปัสสาวะมากกว่าหรือเท่ากับ 300 มิลลิกรัม ในปัสสาวะ 24 ชั่วโมง อาการมีการบวม ปวดศีรษะต่อเนื่องโดยไม่สามารถบรรเทาได้ด้วยยาแก้ปวด หรือมีอาการตามัว การทำงานของตับผิดปกติ จุกแน่นบริเวณลิ้นปี่อย่างรุนแรง เกล็ดเลือดน้อยกว่า 100,000 ตัวต่อไมโครลิตร การทำงานของไตผิดปกติ และในกรณีที่มิเกล็ดเลือดต่ำ ร่วมกับมีการแตกของเม็ดเลือดแดงและมีการทำงานของตับผิดปกติ จะเรียกเป็นกลุ่มอาการ HELLP (Hemolysis-Elevated Liver enzyme -Low Platelet ; HELLP syndrome) ซึ่งเป็นกลุ่มอาการที่แสดงถึงความรุนแรงของครรภ์เป็นพิษต้องได้รับการรักษาอย่างเร่งด่วน^{2,3} เพื่อไม่ให้เกิดครรภ์เป็นพิษระยะชัก (eclampsia) สาเหตุของโรคยังไม่ทราบแน่ชัด แต่มักพบได้บ่อยในหญิงตั้งครรภ์แรก ครรภ์แฝด ทารกบวม น้ำ มีความดันโลหิตสูงร่วมกับโรคอื่นๆ เช่น เบาหวาน ทำให้อาการมีความรุนแรงขึ้นซึ่งจะทำให้ผู้คลอดเกิดอันตราย เช่น มีภาวะชัก เลือดออกทางสมอง เกล็ดเลือดต่ำ สำหรับทารกในครรภ์อาจมีตายในครรภ์หรือเกิดภาวะขาดออกซิเจนขณะแรกคลอดได้^{4,5}

ในด้านของการรักษาของแพทย์จะพิจารณาให้ยาป้องกันการชักและยาลดความดันโลหิตเพื่อป้องกันหลอดเลือดถูกทำลาย เช่น เลือดออกในสมอง ควบคุมปริมาณสารน้ำในร่างกายและพิจารณายุติการตั้งครรภ์เมื่อผู้คลอดมีอายุครรภ์มากกว่า 34 สัปดาห์ และอาการของผู้คลอดคงที่หลังจากได้รับยา^{3,4} พยาบาลห้องคลอดจึงมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้คลอด เป้าหมายเพื่อป้องกันภาวะชักและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น เช่น HELLP syndrome ประเมินอาการที่จะนำไปสู่ภาวะชัก ดูแลควบคุมและลดความดันโลหิต รวมถึงช่วยเหลือเมื่อมีเหตุการณ์ฉุกเฉินที่เกี่ยวข้องกับการคลอด⁵ อธิบายแผนการรักษาของแพทย์และติดตาม ประเมินอาการของผู้คลอด และทารกในครรภ์ วางแผนในการบริหารยาป้องกันการชักและยาลดความดันโลหิตให้สอดคล้องกับการรักษาของแพทย์⁶ ติดตามผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ เตรียมความพร้อมและอุปกรณ์และเครื่องมือในการช่วยแพทย์ทำหัตถการต่างๆ รวมถึงดูแลและป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอดโดยเป้าหมายให้เกิดความปลอดภัยทั้งในระบะรคลอด ระยะเวลาคลอดและระยะหลังคลอด เพื่อบรรลุเป้าหมาย ลูกเกิดรอด แม่ปลอดภัย^{7,8}

ห้องคลอดโรงพยาบาลกำแพงเพชรให้บริการหญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุครรภ์ 26 สัปดาห์ขึ้นไป ตั้งแต่ระยะรคลอด ระยะคลอด และระยะหลังคลอด 2 ชั่วโมง รวมถึงดูแลทารกแรกเกิดปกติ โดยดำเนินงานตามพันธกิจของโรงพยาบาลและนโยบายงานอนามัยแม่และเด็ก มาตรฐานงานห้องคลอดคุณภาพ ในปีงบประมาณ 2563 - 2565 มีหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ชนิดรุนแรงเป็นจำนวน 129, 142 และ 133 ราย คิดเป็นร้อยละ 4.45, 5.19 และ 5.19 ตามลำดับ และพบว่ามีโรคเบาหวานร่วมด้วยเป็นจำนวน 48, 47 และ 45 ราย ตามลำดับ⁹ มีหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะชักจากความดันโลหิตสูง (Eclampsia) จำนวน 2, 1, 1 ราย ตามลำดับ จากปีที่ผ่านมาพบว่าผู้คลอดที่มีภาวะความดันโลหิตสูงรุนแรงร่วมกับมีโรคทางอายุรกรรมร่วมด้วยจะทำให้การดำเนินของโรคมีความรุนแรงขึ้นทำให้ทารกแรกเกิดมีภาวะขาดออกซิเจนขณะแรกเกิดรุนแรงต้องได้รับการรักษาที่ยาวนานและตัวผู้คลอดมีภาวะ DIC, HELLP syndrome ทำให้ตับและไตสูญเสียหน้าที่ การแข็งตัวของเลือดยาวนาน มีน้ำท่วมปอดต้องเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก ดังนั้นผู้ศึกษาจึงสนใจเลือกผู้คลอดที่มีภาวะความดันโลหิตสูงชนิดรุนแรงและมีภาวะเบาหวานและทารกตัวโตเป็นกรณีศึกษา โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้การพยาบาลผู้คลอดที่มีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ชนิดรุนแรงได้อย่างมีประสิทธิภาพส่งผลช่วยลดอันตรายที่เกิดต่อผู้คลอดและทารกในครรภ์.

กรณีศึกษา

ข้อมูลทั่วไป

หญิงตั้งครรภ์ อายุ 30 ปี เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย สถานภาพสมรส คู่ ศาสนาพุทธ ระดับการศึกษา จบชั้นมัธยมปีที่ 6 อาชีพรับจ้าง ที่อยู่จังหวัดกำแพงเพชร

อาการสำคัญ

ปวดศีรษะ จุกแน่นใต้ลิ้นปี่ ตาพร่ามัวร่วมกับปวดท้อง มีน้ำเดินทางก่อนมาโรงพยาบาล 2 ชั่วโมง

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน

1 สัปดาห์ก่อนมาฝากครรภ์ตามนัด พบมีภาวะเบาหวาน และความดันโลหิตสูง ได้ยาไปรับประทาน อาการทุเลา วันนี้มีปวดศีรษะ จุกแน่นใต้ลิ้นปี่ ตาพร่ามัว ร่วมกับปวดท้อง มีน้ำเดินทางก่อนมาโรงพยาบาล 2 ชั่วโมง จึงมารักษาที่โรงพยาบาล

ประวัติการตั้งครรภ์ การฝากครรภ์และการคลอด

ครรภ์ที่ 2 (G2P1L1A0) อายุครรภ์ 37 สัปดาห์ ครรภ์แรกคลอด โดยการผ่าตัดคลอด อาการปกติ บุตรคนแรกอายุ 10 ปี ตั้งครรภ์ครั้งนี้เป็นครรภ์ที่ 2 ไม่มีประวัติแท้งและขูดมดลูก ฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์ 13 สัปดาห์ ที่โรงพยาบาลกำแพงเพชร และโรงพยาบาลลานกระบือ จำนวน 12 ครั้ง ผลการตรวจครรภ์พบเริ่มมีความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ ความดันโลหิตอยู่ในช่วง 140/90 mmHg เมื่ออายุครรภ์ 34 สัปดาห์ ไม่ได้รับยาควบคุมอาการ และพบเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์เมื่ออายุครรภ์ 20 สัปดาห์ ควบคุมเบาหวานโดยการได้รับยา mixtard 22-0-22 และได้รับวัคซีนป้องกันบาดทะยัก 2 เข็ม ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เมื่อมาฝากครรภ์ครั้งแรก VDRL, HIV, HbsAg ผลปกติ ความเข้มข้นของเลือดเท่ากับ 35 เปอร์เซนต์ เลือดกรุ๊ป B อาร์เอชบวก ผลเลือดครั้งที่ 2 ปกติ และความเข้มข้นของเลือดเท่ากับ 36 เปอร์เซนต์

การประเมินสภาพผู้คลอดแรกรับ

วันที่ 24 กรกฎาคม 2566 เวลา 10.00 น ผู้คลอดรู้สึกตัวดี ปวดท้องแข็งตึง มีน้ำเดินทาง ปวดศีรษะ จุกแน่นใต้ลิ้นปี่ มีตาพร่ามัวเล็กน้อย พบหนังตาบวม หลังมือและเท้าบวมกดมุ่มทั้งสองข้างระดับ 2+ ตรวจโปรตีนในปัสสาวะ 2+ sugar 1+ Deep tendon reflex 3+ ตรวจ DTX แกรับ 207 mg/dl

การตรวจครรภ์

ระดับยอดมดลูก 44 เซนติเมตร มีศีรษะเป็นส่วนนำ อัตราการเต้นของหัวใจ 150 ครั้งต่อนาที มดลูกหดตัวดี interval 4 นาที duration 35 วินาที severity 1+

การตรวจภายใน

ปากมดลูกเปิด 1 เซนติเมตร ความบาง 50% ระดับส่วนน้ำ 0 ถุงน้ำคร่ำแตกสีเขียวเข้ม

สัญญาณชีพ

ความดันโลหิตสูง 220/120 mmHg อุณหภูมิร่างกาย 37.2 องศาเซลเซียส ชีพจร 100 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที

ประวัติเจ็บป่วยในอดีต : ปฏิเสธ

ประวัติแพ้ยา : cefazolin มีผื่นคัน

การประเมินสภาพร่างกายตามระบบตามแบบแผน Gordon

แบบแผนที่ 1 การรับรู้และการดูแลสุขภาพ ผู้คลอดครรภ์ที่ 2 อายุครรภ์ 37 สัปดาห์ ในระยะฝากครรภ์พบมีความดันโลหิตสูง ไม่ได้รับยา ควบคุมอาการ และพบเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ได้รับยาอินซูลิน 22-0-22 ทารกในครรภ์ปกติ

แบบแผนที่ 2 โภชนาการและการเผาผลาญอาหาร รับประทานอาหารเป็นเวลา ครบสามมื้อ

แบบแผนที่ 3 การขับถ่าย ขับถ่ายปกติ

แบบแผนที่ 4 กิจกรรมและการออกกำลังกาย ออกกำลังกายเป็นบางวัน

แบบแผนที่ 5 การพักผ่อนนอนหลับ นอนวันละ 6 – 8 ชั่วโมง ไม่ได้ใช้ยานอนหลับ

แบบแผนที่ 6 สถิติปัญหา และการรับรู้ จบการศึกษาระดับมัธยมปลาย ไม่มีปัญหาเรื่องการสื่อสาร

แบบแผนที่ 7 การรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์ วิดกกังวลเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยของตนเองและทารกในครรภ์

แบบแผนที่ 8 บทบาทและสัมพันธภาพ สถานภาพสมรส อาศัยอยู่กับครอบครัว มีสามีคอยดูแล อาชีพรับจ้าง

แบบแผนที่ 9 เพศและการเจริญพันธุ์ ประจำเดือนครั้งสุดท้ายจำไม่ได้กำหนดคลอดวันที่ 11 สิงหาคม 2566

แบบแผนที่ 10 การปรับตัวและการเผชิญความเครียด มีความวิตกกังวลกลัวคลอดไม่ได้เนื่องจากมีความดันโลหิตสูง และมีภาวะเบาหวานร่วมด้วย กลัวคลอดยากและทารกในครรภ์จะไม่ปลอดภัย

แบบแผนที่ 11 คุณค่าและความเชื่อ นับถือศาสนาพุทธ เชื่อในการปฏิบัติตัวดี



ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ 25 กรกฎาคม 2566

รายการ	ค่าปกติ	ค่าที่ตรวจพบ
WBC	0-1 m :9.0-30.0, >1m:5.0-10.010 ³ /uL	11.9 10 ³ /UI
RBC	4.5-6.010 ⁶ /uL	4.70 10 ⁶ /uL
HGB	0-1m:14-24, 1m-1y :10-15, >15Y male:14-18 female:12-16g/dL	11.1g/dL
HCT	male : 42-52 female :37-47%	35.3%
PLT	140-40010 ³ /u	276 10 ³ /uL
NE%	43.7-70.9%	71.1%
BA%	0-2.6 %	0.5%
PT	9.60-12.00 sec	10.80 sec
INR	23.90-34.90 sec	1.00
PTT		26.10 sec
Creatinine urine R	30-125mg/dL	82.15 mg/dL
Protein Urine R	0-11.9mg/dL	67.1 mg/dL
UPCR ratio		0.82
Protein	Negative	2+
Glucose	Negative	1+
WBC	0-5 Cells/HPF	5-10 Cells/HPF

สรุปการดำเนินโรคของผู้คลอดขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

วันที่ 24 กรกฎาคม 2566 เวลา 10.00 น. แรกรับผู้คลอดรู้สึกตัวดี มีอาการจุกแน่นใต้ลิ้นปี่ ปวดศีรษะ ตาพร่ามัว หนึ่งตามม หลังมือหลังเท้าบวม กดบวม 2+ มีท้องแข็ง ปวดท้อง มีน้ำเดินทาง ความดันโลหิต 220/120 mmHg ซีพจร 100 ครั้งต่อนาที หายใจ 20 ครั้งต่อนาที อุณหภูมิกาย 37.2 องศาเซลเซียส มดลูกมีการหดรัดตัว Interval 4 นาที duration 35 วินาที เสียงหัวใจทารก 130 ครั้งต่อนาที ประเมินช่องทางคลอด ปากมดลูก 1 เซนติเมตร ความบาง 50 เปอร์เซ็นต์ ส่วนหน้า 0 ถุงน้ำแตก ลักษณะน้ำมีสีเขียว DTX แรกรับเท่ากับ 207 mg/dl แพทย์ให้การรักษาโดยให้ยาลดความดัน และยากันชัก เจาะเลือดส่งห้องปฏิบัติการเพื่อหาค่าของ CBC, BUN, Cr, PT, PTT, LFT, Serum LDH, UA, Urine creatinine, Urine protein, UPCR, retained foley's cath

10.30 น. ประเมินความดันโลหิตได้ 190/120 mmHg ซีพจร 100 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที จุกแน่นใต้ลิ้นปี่

11.00 น. หลังฉีดยาลดความดันโลหิต ทุกอาการจุกแน่นใต้ลิ้นปี่ ตาพร่ามัว ยังมีปวดศีรษะอยู่มดลูกมีการหดรัดตัวเพิ่ม ผล fetal monitoring CST เป็น late deceleration หัวใจทารกในครรภ์ช้าเป็นบางช่วง

12.00 น. ยังมีอาการปวดศีรษะ เริ่มมีจุกแน่นใต้ลิ้นปี่ วัดความดันโลหิตได้ 170/110 mmHg ซี พจร 86 ครั้งต่อนาที อัตราซีพจร 86 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที O2 SAT 99 % ประเมินช่องทางคลอด 1 เซนติเมตรเท่าเดิม

12.30 น. หลังได้ยาลดความดันโลหิต ผู้คลอดยังคงปวดศีรษะอยู่ มีตาพร่ามัวเล็กน้อย ทุกอาการจุกแน่นใต้ลิ้นปี่ ความดันโลหิต 150/90 - 160/100 mmHg retained foley's cath บัสสาวะออก 80 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง มดลูกหดรัดตัว interval 3 นาที duration 40 วินาที เสียงหัวใจทารกในครรภ์ 100-120 ครั้งต่อนาที ประเมินช่องทางคลอด 2 เซนติเมตรความบาง 50% ส่วนหน้า 0 มีน้ำเดินทางสีเขียว ระดับของการปวดท้อง (pain score = 6)

13.00 น. ผู้คลอดปวดศีรษะเพิ่มขึ้น จุกแน่นใต้ลิ้นปี่ ความดันโลหิตอยู่ใน 160/100 mmHg ซีพจร 100 ครั้งต่อนาที หายใจ 22 ครั้งต่อนาที แพทย์ประเมินช่องทางคลอด ปากมดลูกเปิด 2 เซนติเมตรเท่าเดิม หัวใจเด็กเต้นช้าลง CST เป็น late derelation อัลตราซาวด์ดูน้ำหนักทารกได้ 4,200 กรัม พิจารณาผ่าตัดคลอดฉุกเฉินจากทารกตัวโต หัวใจเด็กเต้นช้า และมีความดันโลหิตสูงรุนแรง ประสานพยาบาลศีกุมารเวชกรรม และกุมารแพทย์เพื่อเตรียมรับทารกแรกเกิดในห้องผ่าตัด ส่งผู้คลอดเข้าห้องผ่าตัด

14.30 น. รับทารกแรกเกิดในท้องผ่าตัด ทารกเพศชายคลอดเวลา 15.25 น. แรกคลอด ไม่ค่อยร้อง เซ็ดตัวกระตุ้นร้องหายใจ ใช้กลัมนเนื้อหน้าท้อง on O2 flow ให้ ตัวแดงขึ้น ร้องดี active ดีขึ้น น้ำลงมาดูแลต่อที่ห้องคลอด น้ำหนัก 4,860 กรัม ส่งส่งเอกซเรย์ทรวงอกที่ตึกกุมารเวชกรรม 2 มารดาหลังผ่าตัด มดลูกหดรัดตัวดีปริมาณเลือดที่ออกหลังจากผ่าตัดทั้งหมด 500 cc ไม่มีภาวะตกเลือด หลังคลอด ความดันโลหิตอยู่ในช่วง 160/100 mmHg ซีพจร 100 ครั้งต่อนาที หายใจ 22 ครั้งต่อนาที ส่งเอกซเรย์ทรวงอกที่ห้องฟักฟื้น วิสัญญี 2 ชั่วโมง ผู้คลอดรู้สึกตัวดี ย้ายไปฟักฟื้นต่อที่ตึกสูติรีเวชกรรม

มารดาหลังผ่าตัดคลอด ทุเลาปวดศีรษะ ไม่มีตาพร่ามัว ทุเลาจุกแน่นใต้ลิ้นปี่ DTX หลังผ่าตัดเท่ากับ 156 mg% ความดันโลหิต 151/80 mmHg ซีพจร 88 ครั้งต่อนาที หายใจ 20 ครั้งต่อนาที มดลูกหดรัดตัวดี แผลผ่าตัดไม่มีเลือดซึมแนะนำเรื่องการปฏิบัติตัวหลังคลอด นัดมาตรวจหลังคลอด 6 สัปดาห์ และนัดตรวจคลินิกเบาหวานสัปดาห์หลังคลอด รวมรักษาตัวตั้งแต่ 24 - 28 กรกฎาคม 2566 รวม 5 วัน

การวางแผนการพยาบาล

พบว่า มีปัญหาทางการพยาบาลที่สำคัญในช่วงระยะเวลาที่ศึกษา โดยแบ่งเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะรอคลอด

1. ผู้คลอดเสี่ยงต่อภาวะช้ำเนื่องจากความดันโลหิตสูงชนิดรุนแรง
2. ผู้คลอดเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาแมกนีเซียมซัลเฟต (MgSO⁴)
3. ผู้คลอดเสี่ยงต่อการมีแทรกซ้อนจากมีภาวะระดับน้ำตาลในเลือดสูง
4. ทารกมีเสี่ยงต่อการเกิดภาวะขาดออกซิเจนในครรภ์เนื่องจากเลือดไปเลี้ยงรกและมดลูกน้อยลง
5. ผู้คลอดมีโอกาสเกิดการติดเชื้อในช่องคลอดจากมีน้ำเดินทางก่อนคลอด
6. ผู้คลอดวิตกกังวลเกี่ยวกับการดำเนินของโรคและทารกในครรภ์

ระยะคลอด

7. ผู้คลอดมีภาวะคลอดลำบากจากทารกตัวโตและหัวใจทารกเต้นช้าได้รับผ่าตัดคลอดฉุกเฉิน

ระยะหลังคลอด

8. ผู้คลอดเสี่ยงต่อการตกเลือดในขณะที่ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง

การวางแผนการพยาบาลระยะก่อนคลอด

ปัญหา และข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1 ผู้คลอดเสี่ยงต่อภาวะช้ำเนื่องจากมีความดันโลหิตสูงชนิดรุนแรง

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้คลอดมีความดันโลหิตสูง BP 220/120 mmHg PR 100 ครั้ง/นาที RR 20 ครั้ง/นาที
2. หลังมือ หลังเท้า กดบวมทั้งสองข้าง 2+ หนึ่งตามวม ปวดศีรษะ ราวไปท้ายทอย จุกแน่นใต้ลิ้นปี่ ตาพร่ามัว
3. ตรวจพบ Urine albumin 2+ ผล UPCR 0.82

วัตถุประสงค์การพยาบาล

เพื่อป้องกันไม่ให้ผู้คลอดเกิดภาวะช้ำจากความดันโลหิตสูง

เกณฑ์การประเมิน

1. ผู้คลอดไม่เกิดภาวะช้ำ
2. ความดันโลหิตอยู่ในระดับ ไม่เกิน 160/100 mmHg
3. ผลเลือด CBC, PT, PTT, INR และค่า electrolyte มีค่าปกติ
4. ทุเลาปวดศีรษะ ตาพร่ามัว จุกแน่นใต้ลิ้นปี่ลดลง ไม่มีอาการนำของภาวะช้ำ

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินอาการและการแสดงที่จะนำไปสู่การช้ำ เช่น อาการปวดศีรษะ จุกแน่นใต้ลิ้นปี่ ตาพร่ามัว
2. จัดสิ่งแวดล้อมและบรรยากาศรอบข้างให้เอื้อต่อการพักผ่อน ให้ทำกิจกรรมบนเตียง จัดท่านอนตะแคงเพื่อลด

การกดทับของมดลูกที่ inferior vena cava ยกไม้กั้นเตียง

3. ดูแลให้ยาป้องกันการชัก ได้แก่ $MgSO_4$ ตามแผนการรักษา โดยได้รับ 5% D/NSS 100cc 4 gm v load ใน 30 นาที และผสมใน 5% D/NSS 1000 cc 10 gm หยดเข้าทางหลอดเลือดดำในอัตรา 100 - 200 ml/hr (1 - 2 gm/hr) พร้อมประเมินติดตามอาการหลังการได้รับยา พร้อมเตรียมยา anti dose ได้แก่ 10% Calcium gluconate 10 กรัมไว้
4. ใส่สายสวนปัสสาวะเพื่อบันทึกปริมาณน้ำเข้าและออก และบันทึกปริมาณปัสสาวะทุก 1 ชั่วโมงถ้าออกน้อยกว่า 30 ซีซีต่อชั่วโมง รายงานแพทย์ทราบ
5. ดูแลให้ได้รับยาลดความดันโลหิตตามแผนการรักษา ได้แก่ labetalol และติดตามประเมินอาการไม่พึงประสงค์ของผู้คลอดภายหลังได้รับยาลดความดันโลหิต
6. เตรียมอุปกรณ์และทีมช่วยฟื้นคืนชีพผู้คลอดให้พร้อม เพื่อช่วยเหลือเมื่อเกิดภาวะชัก
7. ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เช่น ค่าของ CBC, Platelet, PT, PTT, INR, Liver function test, creatinine, urea เพราะอาจเกิดภาวะ HELLP syndrome รายงานแพทย์เพื่อพิจารณาผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ และให้การรักษาเพื่อลดความรุนแรงของโรค
8. ติดตามสุขภาพทารกในครรภ์โดยการติดเครื่องติดตามหัวใจทารกในครรภ์ (fetal monitoring) อย่างน้อยแวนละ 1 ครั้ง เพื่อประเมินภาวะผิดปกติของทารกในครรภ์
9. อธิบายให้ผู้คลอดได้ทราบถึงพยาธิสภาพของโรค อาการที่จะนำไปสู่ภาวะชัก อันตรายที่เกิดขึ้นจากการชัก ซึ่งจะนำไปสู่อันตรายต่อตัวผู้คลอดและทารกในครรภ์ และความจำเป็นในการให้ยาป้องกันการชัก ได้แก่ $MgSO_4$ และอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้น เช่น ร้อนวูบวาบ

การประเมินผลการพยาบาล

1. ผู้คลอด ทูเลอาการปวดศีรษะและจุกแน่นใต้ลิ้นปี่ ตรวจ Deeptendon reflex ได้ 2+
2. ความดันโลหิตอยู่ในช่วง 160/100-150/90 mmHg ชีพจร 100 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที
3. ผลเลือด CBC, PT, PTT, INR และค่า electrolyte มีค่าปกติ

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2 ผู้คลอดเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาแมกนีเซียมซัลเฟต ($MgSO_4$)

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้คลอดมีภาวะความดันโลหิตอยู่ที่ BP220/120 mmHg PR 100 ครั้ง/นาที RR 20 ครั้ง/นาที
2. แพทย์ให้การรักษาโดยการให้ยา $MgSO_4$ และได้รับจนถึงหลังคลอด 24 ชั่วโมง
3. ผู้คลอดมีอาการปวดศีรษะ ตาพร่ามัว จุกแน่นใต้ลิ้นปี่
4. ผล UPCR 0.82 และมีโปรตีนในปัสสาวะ 2+

วัตถุประสงค์

เพื่อให้ผู้คลอดไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนและปลอดภัยจากการได้รับยา $MgSO_4$

เกณฑ์การประเมินผล

1. อัตราการหายใจไม่น้อยกว่า 14 ครั้งต่อนาที
2. ปัสสาวะออกไม่น้อยกว่า 100 มิลลิลิตรต่อ 4 ชั่วโมง
3. Deep tendon reflex ไม่น้อยกว่า 2+

กิจกรรมพยาบาล

1. อธิบายให้ผู้คลอดและญาติเข้าใจถึงเหตุผลในการให้ยา รวมถึงผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นจากยา
2. ประเมินอัตราการหายใจทุก 1 ชั่วโมง ถ้าอัตราการหายใจน้อยกว่า 14 ครั้งต่อนาที ให้หยุดยา และรายงานแพทย์ เนื่องจากยาจะออกฤทธิ์กระบบประสาทส่วนกลาง ทำให้กดศูนย์การหายใจได้
3. ใส่สายสวนปัสสาวะคาไว้เพื่อตวงและบันทึกปริมาณปัสสาวะทุก 1 ชั่วโมงถ้าปัสสาวะออกน้อยกว่า 30 มิลลิลิตร หรือภายใน 4 ชั่วโมงออกน้อยกว่า 100 มิลลิลิตรให้รายงานแพทย์ เนื่องจากถ้ามี $MgSO_4$ สูงในเลือด ทำให้เกิด $MgSO_4$ toxicity เพิ่มขึ้น

4. ประเมิน patellar reflex ทุก 1 ชั่วโมง ถ้าน้อยกว่า 2+ หรือเท่ากับ 0 ให้หยุดการให้ $MgSO_4$ ทันที
5. เตรียมยา anti dose ของ $MgSO_4$ ได้แก่ 10% Calcium gluconate ในกรณีได้รับยา $MgSO_4$ เกินขนาด
6. เตรียมอุปกรณ์ช่วยฟื้นคืนชีพผู้คลอดให้พร้อมใช้ เพื่อให้การช่วยเหลือในกรณีผู้คลอดอาจเกิดภาวะชัก

การประเมินผลการพยาบาล

1. ความดันโลหิตอยู่ในช่วง 160/100 mmHg ชีพจร 100 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที
2. Deep tendon reflex 2+
3. Retained forey's cath บัสสาวะออกดี 50 cc/hr

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 3 ผู้คลอดเสี่ยงต่อการมีแทรกซ้อนจากมีภาวะระดับน้ำตาลในเลือดสูง

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้คลอดตรวจพบเบาหวานขณะตั้งครรภ์ตั้งแต่อายุครรภ์ 20 สัปดาห์ ได้รับยา mixtrad 22-0-22
2. ผู้คลอดมีผล DTX แกร็บ เท่ากับ 207 mg/dl

วัตถุประสงค์

ผู้คลอดไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการมีระดับน้ำตาลในเลือดสูง

เกณฑ์การประเมินผล

1. ระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในระดับ 70 - 120 mg/dl
2. ผู้คลอดไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากระดับน้ำตาลในเลือดสูง ได้แก่ กระจายน้ำ ปากแห้ง สับสน มองไม่ชัด บัสสาวะมาก ชีพจรเร็ว หายใจเร็ว

กิจกรรมพยาบาล

1. ดูแลความสุขสบายทั่วไป จัดให้ผู้คลอดนอนตะแคงเพื่อป้องกันภาวะความดันโลหิตต่ำจากการนอนหงาย (supine hypotension) เนื่องจากทารกมีขนาดตัวโต อาจไปกดทับเส้นเลือดทำให้แรงดันเลือดลดลง
2. ผู้คลอดได้รับการดื่มน้ำดื่มน้ำอาหาร ให้สังเกตอาการและการแสดงของภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ และพร้อมให้การช่วยเหลือทันที
3. ดูแลให้ได้รับสารละลายทางหลอดเลือดดำตามเมื่อผู้คลอดต้องดื่มน้ำดื่มน้ำอาหารหรือตามแผนการรักษาเพื่อให้ได้พลังงานเพียงพอกับความต้องการของร่างกาย เช่น 5% D/NSS 1000 cc v drip 100 cc/hr
4. ติดตามผลการตรวจระดับน้ำตาลในเลือดตามแผนการรักษา และสังเกตอาการของภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ หรือระดับน้ำตาลในเลือดสูง หากพบให้รีบรายงานแพทย์เพื่อให้การรักษาทันทันที
5. ส่งบัสสาวะตรวจ ketone เพื่อประเมินภาวะ Diabetic ketoacidosis (DKA) ได้แก่ หัวใจเต้นเร็ว กระจายน้ำ คลื่นไส้อาเจียน และดูแลป้องกันการเกิดภาวะ DKA

การประเมินผลการพยาบาล

1. ผู้คลอดไม่มีภาวะหายใจเร็ว ชีพจรเต้นเร็ว ไม่มีอาการแทรกซ้อนจากภาวะน้ำตาลในเลือดสูง หรือมีอาการแสดงของระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ
2. ค่าระดับน้ำตาลก่อนกลับบ้าน เท่ากับ 156 mg/dl

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 4 ทารกในครรภ์เสี่ยงต่อการเกิดภาวะขาดออกซิเจนแรกเกิดเนื่องจากเลือดไปเลี้ยงรกและมดลูกน้อยลง

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้คลอดมีความดันโลหิตอยู่ระหว่าง 220/120 mmHg เกิดพยาธิสภาพเลือดไปเลี้ยงที่รกลดลง
2. ผู้คลอดมีระดับน้ำตาลในเลือดแรกรับ เท่ากับ 207 mg/dl เนื่องจากการมีภาวะน้ำตาลในเลือดสูงทำให้การส่งผ่านออกซิเจนไปสู่รกไม่มีประสิทธิภาพ
3. ผลของ fetal monitoring ผิดปกติ FHS อยู่ในช่วง 90-170 ครั้ง/นาที CST พบเป็น late deceleration

วัตถุประสงค์

ทารกในครรภ์ไม่เกิดภาวะขาดออกซิเจนในขณะแรกเกิด

เกณฑ์การประเมินผล

1. เสียงหัวใจทารกในครรภ์อยู่ระหว่าง 120-160 ครั้ง/นาที
2. fetal monitoring ปกติ (cat 1)
3. ทารกคลอดปลอดภัย ไม่มีภาวะ birth asphyxia APGAR SCORE ที่ 1 นาทีมากกว่า 7 คะแนน

กิจกรรมการพยาบาล

1. ดูแลจัดท่าผู้คลอดให้นอนท่าตะแคงซ้ายและออกซิเจนทางจมูกแก่ผู้คลอด 4 ลิตรต่อนาที ให้เพื่อเพิ่มการไหลเวียนเลือดระหว่างมารดาและทารกในครรภ์
2. ติดตามเสียงหัวใจทารกในครรภ์โดยใช้เครื่อง Electronic fetal monitoring ประเมินและบันทึกการหดตัวของมดลูกและเสียงหัวใจทารกในครรภ์เป็นระยะ รายงานแพทย์เมื่ออัตราการเต้นของหัวใจทารกน้อยกว่า 110 ครั้งต่อนาที หรือมากกว่า 160 ครั้งต่อนาที
3. แนะนำผู้คลอดสังเกตอาการของตนเองและทารกในครรภ์ ประเมินการเจ็บครรภ์คลอดของตนเอง และแจ้งพยาบาลเมื่อเกิดภาวะผิดปกติโดยการกดกริ่งขอความช่วยเหลือ
4. เตรียมอุปกรณ์ และทีมบุคลากรในห้องคลอดให้พร้อมในการช่วยฟื้นคืนชีพทารกแรกเกิด
5. ประสานกับพยาบาลตึกกุมารเวชกรรม และกุมารแพทย์ เพื่อวางแผนในการดูแลช่วยเหลือทารกแรกเกิดเมื่อเข้าสู่ระยะคลอดและเตรียมสถานที่ และต้อนรับทารกเมื่อต้องมีการส่งต่อไปยังตึกกุมารเวชกรรม

การประเมินผลการพยาบาล

1. อัตราการเต้นของหัวใจทารกอยู่ในช่วง 138-156 ครั้งต่อนาที
2. ผล fetal monitoring มีภาวะหัวใจเต้นช้าเป็นบางช่วง แต่ไม่ต่ำกว่า 100 ครั้ง/นาที
3. ทารกหลังผ่าตัดคลอด APGAR SCORE ที่ 1 นาทีมากกว่า 9 คะแนน

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 5 ผู้คลอดมีโอกาสเกิดการติดเชื้อในโพรงมดลูกจากมีน้ำเดินทางก่อนคลอด

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้คลอดให้ประวัติมีน้ำเดินทาง 2 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล ลักษณะสีน้ำเป็นสีเขียว ไม่มีกลิ่นเหม็น
2. ผู้คลอดมีภาวะของน้ำตาลในเลือดสูง ค่า DTX 207 mg/dl ที่อาจส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงภาวะกรด - ด่างในช่องคลอด ส่งผลให้เกิดการติดเชื้อได้ง่าย

วัตถุประสงค์

เพื่อให้ผู้คลอดไม่เกิดการติดเชื้อในโพรงมดลูก อุณหภูมิร่างกายปกติ ไม่มีไข้

เกณฑ์การประเมินผล

1. อุณหภูมิร่างกายปกติ ไม่มีไข้
2. สีของน้ำคร่ำไม่มีกลิ่นเหม็นเพิ่มขึ้น

กิจกรรมพยาบาล

1. อธิบายผู้คลอดให้ทราบถึงภาวะของอาการที่เกิดขึ้น และภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นกับตัวผู้คลอด และทารกในครรภ์ รวมถึงแผนการรักษาให้ทราบและให้ความร่วมมือในการรักษา
2. จัดทำให้นอนพักที่เตียง ลูกนั่งหรือเดินเท่าที่จำเป็น เผื่อระวังการเกิดภาวะสายสะดือย้อยได้
3. ประเมินสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง เพื่อประเมินการแสดงของการติดเชื้อ ถ้าพบว่ามีไข้ อุณหภูมิร่างกายมากกว่า 37.5 องศาเซลเซียส ให้รายงานเพื่อได้รับการรักษา
4. ใส่ผ้าอนามัยเพื่อสังเกต จำนวน สี และกลิ่นของน้ำเดินทาง ถ้าพบว่ามีสีที่เปลี่ยน เช่น สีเขียวเข้มขึ้นแสดงว่าทารกในครรภ์มีการถ่ายขี้เทาอาจทำให้ทารกเกิดภาวะพร่องออกซิเจนในขณะแรกเกิดได้

5. ประเมินช่องทางคลอด เพื่อตรวจสอบความก้าวหน้าของการคลอด และวางแผนร่วมกับแพทย์ในการหาทางเลือกในการคลอดให้กับผู้คลอด

การประเมินผล

1. ผู้คลอดมีไข้ไม่มีไข้ temperature 36.8 องศาเซลเซียส ไม่มีอาการแสดงของการติดเชื้อในมดลูก
2. น้ำคร่ำสีเขียว ไม่มีกลิ่นเหม็น

ข้อวินิจฉัย การพยาบาลที่ 6 ผู้คลอดวิตกกังวลเกี่ยวกับภาวะของโรคและทารกในครรภ์

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้คลอดสอบถามความก้าวหน้าของปากมดลูกเวลาพยาบาลมาตรวจ
2. สีหน้ามีความวิตกกังวล กลัวลูกเป็นอันตราย เนื่องจากตนเองเป็นเบาหวาน และแพทย์บอกว่าเด็กตัวโต

วัตถุประสงค์

เพื่อคลายความวิตกกังวล

เกณฑ์การประเมินผล

สีหน้าผู้คลอดสดชื่นขึ้น คลายความกังวล

กิจกรรมการพยาบาล

1. ให้ข้อมูลเกี่ยวกับภาวะของโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวาน ในด้านผลกระทบต่อตัวผู้คลอดและทารกในครรภ์ รวมถึงแผนการรักษา การให้ยา และการวางแผนวิธีการคลอดให้กับผู้คลอด
2. แจ้งความก้าวหน้าของการประเมินปากมดลูก สภาพทารกในครรภ์ การรักษาและผลตรวจต่างๆ เพื่อให้ผู้คลอดได้มีโอกาสตัดสินใจ และมีความมั่นใจ รู้สึกปลอดภัยในการรักษาของแพทย์
3. เปิดโอกาสให้ผู้คลอดและญาติได้มีโอกาสซักถามความก้าวหน้าของการคลอด แผนการรักษา และข้อมูลผลกระทบต่างๆ ที่เกิดกับตัวผู้คลอด และทารกในครรภ์เพื่อลดความกังวลใจ
4. อธิบายและพูดคุยกับผู้คลอดด้วยท่าทางกิริยาที่นุ่มนวล รับฟังปัญหาและหาทางแก้ไขปัญหให้กับผู้คลอด
5. ให้กำลังใจ ผู้คลอดและญาติ และเปิดโอกาสให้เข้าเยี่ยมตามความเหมาะสม

ประเมินผลกิจกรรมพยาบาล

ผู้คลอดมีสีหน้าที่สดชื่นขึ้น คลายความวิตกกังวล เข้าใจในแผนการรักษา ให้ความร่วมมือในการรักษา

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 7 ผู้คลอดได้รับการเตรียมพร้อมผ่าตัดคลอดฉุกเฉินเนื่องจากทารกตัวโตและเสียงหัวใจช้าลง

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผล CST พบ late deceleration เสียงหัวใจทารกอยู่ในช่วง 100-130 ครั้งต่อนาที
2. ผู้คลอดมีประวัติผ่าตัดคลอด ปากมดลูกเปิด 2 เซนติเมตร มีอาการปวดท้องเพิ่มมากขึ้น
3. ผู้คลอดมีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ผลอัลตราซาวด์ทารกน้ำหนักตัวอยู่ที่ 4,200 กรัม

วัตถุประสงค์

มารดาได้รับการเตรียมพร้อมทางด้านร่างกายและจิตใจก่อนผ่าตัดฉุกเฉิน

เกณฑ์การประเมินผล

1. มารดาได้รับการเตรียมความพร้อมทางด้านร่างกายและจิตใจก่อนเข้าห้องผ่าตัด

กิจกรรมการพยาบาล

1. อธิบายผู้คลอดให้ทราบถึงความจำเป็นและสาเหตุของการผ่าตัดคลอดรวมถึงภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดทราบ พร้อมทั้งให้เซ็นยินยอมให้ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง และยินยอมรับโลหิตในกรณีอาจเกิดการเสียเลือดมากหลังจากผ่าตัด
2. ดูแลงดน้ำงดอาหารก่อนผ่าตัด แจ้งให้วิสัญญีแพทย์ทราบกรณีผ่าตัดฉุกเฉินไม่ได้งดน้ำงดอาหาร ดูแลให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษา

3. เจาะเลือดส่งห้องปฏิบัติการเพื่อหาชนิดและหมู่เลือด ทำการจ้องเลือดไว้ 2 ยูนิต และสำรองเลือดไว้จนถึง 48 ชั่วโมง หลังผ่าตัด เพื่อเตรียมพร้อมในกรณีผู้คลอดเสียเลือดมาก
4. ดูแลท่าความสะอาดผิวหนังบริเวณผ่าตัด ถอดชุดชั้นใน เครื่องประดับ ฟันปลอม ก่อนนำส่งห้องผ่าตัด
5. ประเมินสัญญาณชีพและประเมินเสียงหัวใจทารกก่อนส่งผู้คลอดไปห้องผ่าตัด
6. ประสานห้องผ่าตัดและวิสัญญีแพทย์ และตึกสูตินรีเวชทราบเรื่องภาวะโรคของผู้คลอดให้ทราบ เพื่อเตรียมพร้อมในการวางแผนการรักษาและการดูแลหลังผ่าตัด

เกณฑ์การประเมินผล

ผู้คลอดรับทราบ เข้าใจ และให้ความร่วมมือในการเตรียมร่างกาย และยินยอมในการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 8 ผู้คลอดเสี่ยงต่อการตกเลือดจากการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้คลอดมีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ขนาดของมดลูก เท่ากับ 44 เซนติเมตร
2. ผลอัลตราซาวด์น้ำหนักทารก ได้เท่ากับ 4,200 กรัม

วัตถุประสงค์

เพื่อให้ผู้คลอดปลอดภัยและไม่มีภาวะตกเลือดหลังผ่าตัดคลอด

เกณฑ์การประเมินผล

1. ปริมาณเลือดที่ออกหลังการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ไม่เกิน 1000 มิลลิลิตร
2. ผู้คลอดไม่มีอาการแสดงของการตกเลือดหลังผ่าตัดคลอด

กิจกรรมการพยาบาล

1. ดูแลให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษาของแพทย์ก่อนส่งผู้คลอดไปห้องผ่าตัด
2. เจาะเลือดเพื่อสำรองเลือดไว้ 2 ยูนิต เพื่อเตรียมไว้ในกรณีที่ผู้คลอดอาจมีภาวะตกเลือดระหว่างผ่าตัด
3. ประเมินสัญญาณชีพและระดับความรู้สึกตัวและอาการผิดปกติก่อนไปผ่าตัดคลอด
4. ประเมินการหดตัวของมดลูกหลังการผ่าตัดและดูแลให้ยาป้องกันการตกเลือดหลังคลอด ได้แก่ Oxytocin 20 ยูนิต ผสมใน 5% D/NSS 1000 cc v drip 80 cc/hr
5. ประเมินสภาพผู้คลอดหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ดูแลความสุขสบายทั่วไป ดูแลแผลผ่าตัดคลอด และการหดตัวของมดลูก และปริมาณเลือดที่ออกทางช่องคลอด ก่อนย้ายไปพักฟื้นต่อที่ตึกสูตินรีเวชกรรม

การประเมินผลกิจกรรม

1. ผู้คลอดหลังผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง มดลูกหดตัวดี ปริมาณเลือดที่ออกทั้งหมดหลังผ่าตัด เท่ากับ 500 มิลลิลิตร
2. ไม่พบภาวะตกเลือดหลังผ่าตัดคลอด

สรุปกรณีศึกษา

ผู้คลอด อายุ 30 ปี สถานภาพสมรส ตั้งครรภ์ครั้งที่ 2 ผ่าครรภ์ที่โรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลกำแพงเพชร ขณะตั้งครรภ์ ตรวจพบวินิจฉัยเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์รักษาด้วยการได้รับยา mixtrad 22-0-22 และมีความดันโลหิตสูงแพทย์ให้ควบคุมอาการ มารักษาในโรงพยาบาล วันที่ 24 - 28 กรกฎาคม 2566 แรกวัย อายุครรภ์ได้ 37 สัปดาห์ มีอาการปวดท้อง ท้องแข็ง มีน้ำเดินทาง ปวดศีรษะ ตาพร่ามัว จุกแน่นใต้ลิ้นปี่ เด็กดิ้นดี ตรวจโปรตีนในปัสสาวะได้ 2+ ตรวจระดับน้ำตาลในเลือด (DTX) ได้ 207 mg/dl ปากมดลูกเปิด 1 เซนติเมตร ความบาง 50 เปอร์เซ็นต์ ส่วนหน้า 0 ถุงน้ำแตกมีสีเขียวอ่อน ผู้คลอดมีประวัติผ่าตัดคลอด แพทย์วินิจฉัยว่า ภาวะความดันโลหิตสูงชนิดรุนแรง และเบาหวานขณะตั้งครรภ์และทารกตัวโต และประวัติผ่าตัดคลอด (severe preeclampsia with severe feature with overt DM with fetal macrosomia with previous c/s) ให้การรักษาโดยให้ยา MgSO₄, Labetelol เพื่อป้องกันการชักและลดความดันโลหิต ประเมินความรุนแรงของโรค เผื่อระวังไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการให้ยา ภาวะแทรกซ้อนจากระดับน้ำตาลในเลือดสูง ประเมินและติดตามสภาพทารกในครรภ์ และเตรียมผู้คลอดในการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องฉุกเฉิน

ทารกคลอดเพศชาย น้ำหนัก 4,860 กรัม ทารกหายใจใช้กล้ามเนื้อหน้าท้อง ตัวแดงดี คะแนน Apgar score นาทีที่ 1 เท่ากับ 8 คะแนน นาทีที่ 5 เท่ากับ 9 คะแนน ส่งส่งเอกซเรย์ทรวงอกมารูทวารกรรม มารดาหลังผ่าตัดคลอดไม่มีภาวะตกเลือด มดลูกหดรัดตัวดี แผลผ่าตัดหน้าท้องไม่มีเลือดซึม ปริมาณเลือดที่ออกทางช่องคลอดปกติ ช่วยเหลือตนเองได้หลังจากผ่าตัดคลอด ไม่มีอาการแสดงของภาวะช้ำจากความดันโลหิตสูง ค่าระดับน้ำตาลในเลือดเท่ากับ 156 mg/dl แพทย์อนุญาตกลับบ้านพร้อมบุตร นัดติดตามอาการหลังคลอด และคลินิกเบาหวานต่อรวมรักษาตัวในโรงพยาบาล 5 วัน

วิจารณ์และข้อเสนอแนะ

ภาวะความดันโลหิตสูงชนิดรุนแรงหรือครรภ์เป็นพิษ เป็นภาวะวิกฤตที่เกิดขึ้นได้ตั้งแต่ระยะรอคลอด ระยะคลอดจนถึงระยะหลังคลอด และถ้าหญิงตั้งครรภ์มีโรคทางอายุรกรรมร่วมด้วยเช่นโรคเบาหวานจะส่งผลทำให้เกิดภาวะครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรงยิ่งขึ้น ส่งผลให้เกิดอันตรายต่อผู้คลอดและทารกในครรภ์ได้ ดังนั้น พยาบาลห้องคลอดต้องมีการเพิ่มพูนความรู้ และทักษะค้นหาวิธีการใหม่ๆ ในการนำมาปรับใช้กับแนวปฏิบัติเดิมเพื่อให้ทันสมัย และทันต่อการเปลี่ยนแปลงของภาวะแทรกซ้อนทางสูติกรรมที่ซับซ้อนมากขึ้น เพื่อให้บรรลุตามเป้าหมายคือ ลูกเกิดรอด แม่ปลอดภัย

สรุป

กรณีศึกษาผู้คลอดมีภาวะความดันโลหิตสูงรุนแรงร่วมกับมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงส่งผลให้ทารกในครรภ์ตัวโตเกิดการคลอดยากและผู้คลอดเกิดความเสี่ยงที่จะเกิดภาวะช้ำจากภาวะความดันโลหิตสูง ทารกเสี่ยงต่อการขาดออกซิเจนขณะแรกเกิด ดังนั้นพยาบาลห้องคลอดจึงต้องมีทักษะในการดูแลผู้คลอดที่มีความเสี่ยงสูงให้พ้นภาวะวิกฤตตั้งแต่ระยะรอคลอด ระยะคลอดและระยะหลังคลอด รวมถึงอธิบายภาวะโรคให้ญาติเข้าใจในแผนการรักษาเพื่อลดความวิตกกังวล ทำให้ผู้คลอดและทารกแรกเกิดปลอดภัยจนสามารถจำหน่ายกลับบ้านได้

เอกสารอ้างอิง

1. รายงานสถานการณ์การเฝ้าระวังมารดาตาย. สำนักส่งเสริมสุขภาพ . [Internet]. [เข้าถึงเมื่อ 19 กันยายน 2566]. เข้าถึงได้จาก : https://hp.anamai.moph.go.th/th/maternal-mortality-ratio/download?id=103167&mid=30954&mkey=m_document&lang=th&did=30671
2. Preeclampsia With Severe Features and Eclampsia - Department of Obstetrics and Gynecology Faculty of Medicine Chiang Mai University. [Internet]. [cited 2023, Sep 19]. Available from: <https://w1.med.cmu.ac.th/obgyn/lessons/33344/>
3. สีนินาฏ หงส์ระนัย. ภาวะเสี่ยงในระยะตั้งครรภ์และระยะคลอด: การพยาบาล. กรุงเทพฯ: แดเน็กซ์อินเตอร์คอร์ปอเรชั่น; 2565.
4. ดวงสิทธิ์ วัฒนภนารา, ชาญชัย วันทนาศิริ. ความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์: สูติศาสตร์ฉุกเฉิน. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: พิมพ์ดี; 2554. หน้า 86-8.
5. สุภาวดี เนติเมธี. แนวคิดเกี่ยวกับการพยาบาลมารดาและทารกในระยะตั้งครรภ์: การพยาบาลมารดา ทารก และการผดุงครรภ์: ระยะตั้งครรภ์. กรุงเทพฯ: สมบูรณ์การพิมพ์; 2565.
6. นงลักษณ์ เฉลิมสุข. การพยาบาลสตรีที่มีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์. พิมพ์ครั้งที่ 2. การพยาบาล และการผดุงครรภ์สตรีที่มีภาวะเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อน. กรุงเทพฯ: สยามพิมพ์นานาชาติ; 2565.
7. มณีภรณ์ โสมานุสรณ์. การพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะแทรกซ้อนจากการตั้งครรภ์. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: ยุทธรินทร์การพิมพ์; 2554.
8. สมฤดี กิรตวนิชเสถียร. บทบาทพยาบาลในการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง. วารสารมหาวิทยาลัยคริสเตียน. 2562;(25)4:112-5.
9. กลุ่มงานพัฒนาระบบบริการสุขภาพโรงพยาบาลกำแพงเพชร. รายงานประจำปี 2563-2565. กำแพงเพชร: โรงพยาบาลกำแพงเพชร; 2565.

Nursing care for stroke patients in the acute phase : A case study

Laor Saengmay, DIP in N.EQU BN.*

Abstract

Introduction : Acute stroke is considered an emergency disease This is a period when the brain is vulnerable to change. Symptoms may improve or worsen quickly nurses play an important role in the health care team providing close care to patients.to assess symptoms and monitor for danger from the initial stages until the patient receives specific treatment. It is considered to be the most important period or golden hour (GOLDEN HOUR) of the patient so that patients receive timely treatment. As a result, patients will be safe from critical situations.

Objective : To provide guidelines for providing nursing care to stroke patients in the acute phase.

case study : A 61-year-old Thai man, came to the hospital with symptoms of low conscious, lethargy His right limb was weak and urine leaked. An hour before come to the hospital, he was symptoms of low conscious, lethargy. He has glasgow coma scores $E_2V_1M_6$, pupils 1 mm. were the same on both sides, but responds slowly to light. The right limb has grade 2 weakness and the left limb can be lifted using normal strength. Body temperature 36.5°C , Blood pressure 246 /111 mmHg, Pulse rate 88 beats per minute, Respiratory rate 24 breaths per minute, Blood oxygen concentration 90%, DTX 136 mg%. He was Diagnosis non-rapid stroke. He was treated with endotracheal intubation, antihypertensive drug Nicardipine, retained urine catheterization and transfer to Kamphaengphet Hospital. Important nursing problems: 1. Breathing is inefficient due to altered levels of consciousness. 2. Having high intracranial pressure due to brain pathology oxygen 3. Risk of worsening of the critical condition while being transferred. 4. Relatives are worried because they do not understand the illness and treatment option After nursing the patient in the emergency room and while transporting him to Kamphaeng Phet Hospital. the patient was safe with no complications. The patient was admitted to the male medical building Kamphaengphet Hospital. The time of the patient's arrival at the emergency room at Thungphothale Hospital to Kamphaengphet Hospital was 1 hour 20 minutes. After follow up CT scan, it was found that the patients had an acute hemorrhage in the left thalamo ganglion area, measuring approximately 6.4x8.4x5.4 cm. The patient progresses through the course of the disease and eventually dies, Total period of 2 days.

Conclusion : Nursing care for stroke patients in the acute phase, nursing planning in the early stages, receiving and transferring them safely to hospitals with higher capacity. Nurses must have the skills and ability to provide nursing care quickly and in a timely manner. effective care constant surveillance As well as knowledge and skills in using life-saving tools and equipment, there is good coordination.

Keywords : cerebrovascular disease, Nursing care for stroke patients in the acute phase

* professional nurse Nursing work for emergency accident patients and forensic medicine Thungphothale Hospital

การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน : กรณีศึกษา

ละออ แสงเมล์, ป.พย.*

บทคัดย่อ

บทนำ : โรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันถือเป็นโรคที่เป็นภาวะฉุกเฉิน เป็นช่วงที่สมองอ่อนแอต่อการเปลี่ยนแปลงอาการ อาจดีขึ้น หรือเลวลงอย่างรวดเร็ว พยาบาลเป็นผู้มีบทบาทสำคัญในทีมสุขภาพที่ต้องให้การดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด เพื่อประเมินอาการเฝ้าระวังป้องกันอันตรายตั้งแต่ระยะเริ่มแรกจนผู้ป่วยได้รับการรักษาที่เฉพาะเจาะจง ถือว่าเป็นช่วงที่สำคัญที่สุด หรือ ชั่วโมงทอง (GOLDEN HOUR) ของผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างทันที่ส่งผลให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะวิกฤต

วัตถุประสงค์ : เพื่อเป็นแนวทางในการให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน

กรณีศึกษา : ชายไทย อายุ 61 ปี มาโรงพยาบาลด้วยอาการซึม แขนขาข้างขวาอ่อนแรงปัสสาวะรด 1 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล แกรับรูสึกตัวแต่ซึม คะแนนความรู้สึกตัว E₂V₁M₆ รูม่านตา 1 มิลลิเมตรเท่ากัน 2 ข้าง ตอบสนองต่อแสงช้า แขนขาข้างขวาอ่อนแรงระดับ 2 แขนขาซ้ายยกได้กำลังปกติ อุณหภูมิร่างกาย 36.5 องศาเซลเซียส ความดันโลหิต 246/111 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 88 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 24 ครั้งต่อนาที ค่าความเข้มข้นออกซิเจนในเลือด 90% DTX 136 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ ได้รับการวินิจฉัย Stroke non Fast track ได้รับการรักษาใส่ท่อช่วยหายใจ ให้ยาลดความดัน Nifedipine ใส่สายสวนปัสสาวะและส่งต่อไปโรงพยาบาลกำแพงเพชร ปัญหาทางการพยาบาลที่สำคัญ คือ 1. การหายใจไม่มีประสิทธิภาพเนื่องจากระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลง 2. มีภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงเนื่องจากมีพยาธิสภาพที่สมอง 3. มีโอกาสเกิดภาวะทรุดลงขณะส่งต่อ 4.ญาติมีความวิตกกังวลเนื่องจากไม่เข้าใจสภาพการเจ็บป่วยและแนวทางการรักษา หลังให้การพยาบาลผู้ป่วยในห้องฉุกเฉิน และขณะนำส่งโรงพยาบาลกำแพงเพชรผู้ป่วยปลอดภัยไม่มีภาวะแทรกซ้อน ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาที่ตึกอายุรกรรมชาย ระยะเวลาตั้งแต่ผู้ป่วยมาห้องฉุกเฉินโรงพยาบาลทุ่งโพธิ์ทะเล จนถึงโรงพยาบาลกำแพงเพชร 1 ชั่วโมง 20 นาที ติดตามอาการผู้ป่วยพบผล CT มี acute hemorrhage at left thalamo ganglionic region about 6.4 x 8.4 x 5.4 cm. ผู้ป่วยมีอาการทรุดลงจากพยาธิสภาพของโรค และเสียชีวิต รวมระยะเวลา 2 วัน

สรุป : การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันการวางแผนการพยาบาลในระยะแรกเริ่ม และส่งต่อถึงโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่าได้อย่างปลอดภัย พยาบาลต้องมีทักษะและความสามารถในการให้การพยาบาลได้อย่างรวดเร็วทันเวลา การดูแลที่มีประสิทธิภาพ การเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่อง ตลอดจนความรู้และทักษะการใช้เครื่องมือ และอุปกรณ์ช่วยชีวิตมีการประสานงานที่ดี

คำสำคัญ : โรคหลอดเลือดสมอง การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ งานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลทุ่งโพธิ์ทะเล

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมอง (cerebrovascular disease หรือ Stroke) คือ ภาวะที่สมองถูกทำลายโดยเฉียบพลัน เนื่องจากเลือดไม่สามารถไปเลี้ยงเนื้อสมองบริเวณนั้นๆ ได้ เนื่องจากมีการตีบตันหรือแตก ทำให้สมองขาดเลือดและเซลล์สมองตาย เป็นโรคที่ทำให้เกิดอันตรายถึงชีวิตและเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ง่าย พบบ่อยในผู้ใหญ่และผู้สูงอายุทั่วโลก พบอุบัติการณ์การเกิดโรคหลอดเลือดสมองประมาณ 15 ล้านคนในแต่ละปี และพบว่าโดยเฉลี่ยทุกๆ 6 วินาที จะมีคนเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองอย่างน้อย 1 คน^{1,2} ประเทศไทยพบอุบัติการณ์โรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลันในปี 2563, 2564, 2565 คิดเป็น 328.01, 330.22 และ 330.72 ต่อแสนประชากร อัตราการเสียชีวิต 10.35, 11.00 และ 10.92 ตามลำดับ มีอัตราการเสียชีวิตสูงถึง 50 - 60%³ และจากอุบัติการณ์ดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันเป็นภัยคุกคามประชากรทั่วโลกรวมถึงประเทศไทย หากหลอดเลือดสมองแตกผู้ป่วยมักมีอาการรุนแรงและโรคอาจจะมีการเปลี่ยนแปลงจนทำให้เกิดสมองบวม จากการที่มีเลือดออกในสมอง ทำให้เกิดการเบียดพื้นที่สมองเกิดความดันในกะโหลกศีรษะสูง เซลล์สมองถูกทำลาย ผู้ป่วยมักมาด้วยอาการพูดไม่ชัด แขนขาข้างใดข้างหนึ่งอ่อนแรงทันที ถ้ามีอาการรุนแรงอาจทำให้หมดสติได้ โรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน มีการดำเนินของโรคที่รุนแรงและวิกฤต ทำให้การดูแลยุ่งยากซับซ้อน ถ้าไม่ได้รับการรักษาที่ทันท่วงทีจะทำให้เสียชีวิตได้ส่งผลให้อัตราตายสูงมาก⁴

เป้าหมายในการดูแลรักษาโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน คือ ผู้ป่วยได้รับการดูแลตามมาตรฐานโดยได้รับการคัดกรองเบื้องต้นที่จุดคัดกรองอย่างรวดเร็วโดยใช้แนวทาง “BEFAST” (B = Balance เวียนศีรษะ เดินเซ ทรงตัวไม่ได้ E = Eye ตามัว มองไม่เห็นเฉียบพลัน Face = ปากเบี้ยว มุมปากตก Arm = แขนขาอ่อนแรงซีกเดียว Speed = พูดไม่ชัด พูดไม่ออก สื่อสารไม่ได้ Time = รีบไปโรงพยาบาลให้เร็วที่สุด)⁵ ถ้ามีอาการภายใน 4.5 ชั่วโมงถือว่าเป็นช่วงที่สำคัญที่สุดหรือชั่วโมงทอง (GOLDEN HOUR) ของผู้ป่วยซึ่งผู้ป่วยจะได้รับการดูแลด้วยช่องทางพิเศษ และส่งไปรักษาต่อโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่าเพื่อวินิจฉัยเพิ่มเติมและประเมินเพื่อให้ยาละลายลิ่มเลือด rt - PA หรือการรักษาอื่นตามพยาธิสภาพของโรค ผู้ป่วยที่แพทย์วินิจฉัย Non fast track เป็นผู้ป่วยที่มีข้อห้ามในการให้ยาละลายลิ่มเลือด หรือไม่มาโรงพยาบาลภายใน 4.5 ชั่วโมงหลังมีอาการ จะให้การดูแลรักษาตามระดับความรุนแรงที่ผู้ป่วยมีอาการ โดยแยกตามการประเมินระดับความรู้สึกตัว Glasgow coma scale และสัญญาณชีพพยาบาลมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วย โดยการคัดกรองและประเมินผู้ป่วยเพื่อให้การวินิจฉัยที่รวดเร็วป้องกันไม่ให้เกิดอาการทรุดลงก่อนการรักษา วางแผนการพยาบาลดูแลผู้ป่วยแบบ Stroke care การดูแลผู้ป่วยในภาวะวิกฤต การดูแลผู้ป่วยได้รับยาความเสียหายสูง การเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนต่างๆ รวมถึงการประสานงาน และการดูแลระหว่างนำส่งโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย และไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน

จังหวัดกำแพงเพชรพบอัตราการเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองปี 2563, 2564, 2565 คิดเป็น 58.8, 59.2 และ 67.4 ต่อแสนประชากร⁶ ตามลำดับ โรงพยาบาลทุ่งโพธิ์ทะเลเป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 10 เตียง ไม่มีอายุรแพทย์ และตลยแพทย์ ข้อมูลสถิติโรคหลอดเลือดสมองปี 2563, 2564, 2565 จำนวน 25, 34 และ 48 ราย และมีผู้ป่วยเสียชีวิตหลังส่งไปรักษาต่อที่โรงพยาบาลกำแพงเพชร คิดเป็นร้อยละ 12.8, 8.82 และ 12.5 ตามลำดับ⁷ จากแนวโน้มอุบัติการณ์อัตราการเสียชีวิตที่สูงขึ้น และเป็นกลุ่มโรคสำคัญตาม Service Plan โรงพยาบาลทุ่งโพธิ์ทะเลจึงนำมาเป็นจุดเน้นของโรงพยาบาลในการดูแลผู้ป่วย พยาบาลที่ปฏิบัติงานห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินต้องมีความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน ความรู้ในการบริหารยา ทักษะในการใช้เครื่องมือแพทย์ การประสานงานที่ครอบคลุมถึงบทบาทสำคัญในทีมสุขภาพที่ต้องให้การดูแลผู้ป่วยเพื่อประเมินอาการเฝ้าระวังป้องกันอันตรายตั้งแต่ระยะเริ่มแรกจนผู้ป่วยได้รับการรักษาที่เฉพาะเจาะจง เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างทันท่วงทีส่งผลให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะวิกฤตลดความพิการ และการเสียชีวิตได้ กรณีศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นแนวทางในการให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน

กรณีศึกษา

ชายไทย อายุ 61 ปี เชื้อชาติไทย ศาสนาพุทธ

อาการสำคัญ

ซึม แขนขาข้างขวาอ่อนแรง บัสสาวะราด 1 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน

1 วันก่อนมาโรงพยาบาล ผู้ป่วยมีอาการ ปวดมีนศีรษะ อาเจียน 1 ครั้ง ไปรักษาที่คลินิกอาการทุเลา

1 ชม.ก่อนมา แขนขาข้างขวาอ่อนแรง บัสสาวะรด ไม่ได้รับการที่ไหน ญาตินำส่งโรงพยาบาล ปฏิเสธการได้รับอุบัติเหตุหรือการบาดเจ็บทางศีรษะ

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต

ผู้ป่วยมีโรคประจำตัว ความดันโลหิตสูง 4 ปี รักษาโรงพยาบาลทุ่งโพธิ์ทะเล ฆาตยา 6 เดือน

เป็นโรคหลอดเลือดสมอง 4 ปี รักษาหายดำเนินชีวิตปกติ

ปฏิเสธการแพ้ยา และสารเคมี ปฏิเสธการดื่มแอลกอฮอล์และสารเสพติดอื่น ๆ สูบบุหรี่วันละ 3 – 5 มวน

ประเมินสภาพร่างกายตามระบบ

รูปร่างทั่วไป : รูปร่างอ้วนท้วม ผิวสีน้ำตาล น้ำหนัก 62 กิโลกรัม ส่วนสูง 158 เซนติเมตร ดัชนีมวลกาย 24.83

สัญญาณชีพ : อุณหภูมิร่างกาย 36.5 องศาเซลเซียส ความดันโลหิต 246/111 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 88 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 24 ครั้ง/นาที

ผิวหนัง : มีความตึงตัว ไม่มีบาดแผล ผิวสีน้ำตาล

ศีรษะและใบหน้า : ศีรษะรูปร่างปกติ ผมสั้นสีดำ ใบหน้าปกติ ไม่มีบาดแผล

ตา : ตาทั้ง 2 ข้างเท่ากัน ลิมตาเมื่อเจ็บ เปลือกตาไม่ซีด รูม่านตา 1 มิลลิเมตร ตอบสนองต่อแสงช้า

จมูก : รูปร่างปกติ สมมาตรกัน สันจมูกตรง ไม่มีสารคัดหลั่ง หรือเลือดออกจากจมูก

ปากและคอ : ลิ้นสีปากคล้ำเล็กน้อย ไม่มีรอยแตก ไม่มีมูกปากตกหรือเบี้ยว ฟันสีขาวเหลืองเล็กน้อย ไม่มีบาดแผลในปาก ต่อมน้ำทรวงอกไม่โต

ทรวงอกและระบบทางเดินหายใจ : รูปร่างทรวงอกปกติ สมมาตร ไม่มีบาดแผล หายใจเหนื่อยเล็กน้อย อัตราการหายใจ 24 ครั้ง/นาที เสียงปอดปกติ ฟังลมทั้ง 2 ข้างเท่ากัน

ระบบหัวใจและหลอดเลือด : ชีพจรเต้นสม่ำเสมออัตรา 88 ครั้ง/นาที ไม่มีเส้นเลือดที่คอโป่งพอง ค่าความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือดได้ 90%

ระบบทางเดินอาหารและท้อง : รูปร่างท้องปกติ กดไม่เจ็บ ตับม้ามไม่โต เสียงลำไส้ปกติ 4-5 ครั้ง/นาที

ระบบอวัยวะสืบพันธุ์และระบบทางเดินปัสสาวะ : ปัสสาวะรดไม่รู้ตัว อวัยวะสืบพันธุ์ภายนอกปกติ ไม่มีสารคัดหลั่ง หลังใส่สายสวนปัสสาวะ ปัสสาวะสีเหลืองใส 200 cc.

ระบบกล้ามเนื้อและกระดูก : โครงสร้างร่างกายปกติ ไม่มีเกร็งกระดูก ไม่มีหัก แขนขาข้างขวาอ่อนแรง มีกำลังระดับ 2 แขนขาข้างซ้ายยกได้ดี มีกำลังระดับ 5

ระบบประสาท : ผู้ป่วย ซึม คะแนนความรู้สึกตัว E₂V₁M₆

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

ไม่มีห้องปฏิบัติการนอกเวลาราชการ

- DTX = 136 mg% (ค่าปกติ 70 - 110 mg%)

- ATK = Negative (ค่าปกติ Negative)

ผลเอกซเรย์ CXR : no Infiltration

การวินิจฉัย Stroke non Fast track

สรุปการดำเนินโรคที่สำคัญขณะรับไว้ดูแล

เวลา 23.05 น. แรกรับรู้สติตัวแต่ซึม คะแนนความรู้สึกตัว E₂V₁M₆ แขนขาขวาอ่อนแรงระดับ 2 แขนขายกได้ดีมีกำลังปกติ อุณหภูมิร่างกาย 36.5 องศาเซลเซียส ความดันโลหิต 246/111 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 88 ครั้งต่อนาที (สม่ำเสมอ) อัตราการหายใจ 24 ครั้งต่อนาที ค่าความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือด 90% ค่าน้ำตาลในเลือดจากปลายนิ้ว (DTX) 136 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์

เวลา 23.10 น. ผู้ป่วยอาเจียนเป็นเศษอาหาร 1 ครั้ง ซึมลง ไม่รู้สึกตัว ระดับความรู้สึกตัว $E_1V_1M_2$ รูม่านตา 1 มิลลิเมตรปรอทเท่ากัน แต่ตอบสนองต่อแสงช้า แขนขาขวากำลังระดับ 2 แขนขาซ้ายกำลังระดับ 5 ค่าความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือด 95% ความดันโลหิต 235/115 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 100 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 24 ครั้งต่อนาที ใส่ท่อช่วยหายใจ

เวลา 23.55 น. ก่อน refer ผู้ป่วยไม่รู้สึกตัว ระดับความรู้สึกตัว E_1VTM_2 รูม่านตา 1 มิลลิเมตรปรอทเท่ากันทั้งสองข้าง ตอบสนองต่อแสงช้า ความดันโลหิต 187/111 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 95 ครั้งต่อนาที ค่าความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือด 98%

เวลา 00.25 น. ถึงโรงพยาบาลกำแพงเพชร ผู้ป่วยเรียกไม่ตื่น ไม่ลืมตา ไม่ตอบสนอง ระดับความรู้สึกตัว E_1VTM_2 ความดันโลหิต 209/113 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 104 ครั้งต่อนาที ค่าความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือด 98% ขณะส่งต่อ เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพถึงโรงพยาบาลกำแพงเพชรอย่างปลอดภัย ระยะเวลาตั้งแต่ผู้ป่วยมาห้องฉุกเฉินโรงพยาบาลทุ่งโพธิ์ทะเล จนถึงห้องฉุกเฉินโรงพยาบาลกำแพงเพชร 1 ชั่วโมง 20 นาที

การวางแผนการพยาบาล

พบว่า ผู้ป่วยมีปัญหาทางการพยาบาลที่สำคัญในเวลาที่ศึกษา ดังนี้

1. การหายใจไม่มีประสิทธิภาพเนื่องจากระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลง
2. มีภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงเนื่องจากมีพยาธิสภาพที่สมอง
3. มีโอกาสเกิดภาวะทรุดลงขณะส่งต่อ
4. ญาติมีความวิตกกังวลเนื่องจากไม่เข้าใจสภาพการเจ็บป่วยและแนวทางการรักษา

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1 การหายใจไม่มีประสิทธิภาพเนื่องจากระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลง

ข้อมูลสนับสนุน

S :-

O : แกรับผู้ป่วยซึม คะแนนความรู้สึกตัว $E_2V_1M_6$ หลังรับไว้ 5 นาที ระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลง $E_1V_1M_2$ รูม่านตา 1 มิลลิเมตรเท่ากันทั้ง 2 ข้าง ตอบสนองต่อแสงช้า

- อัตราการหายใจ 24 ครั้ง/นาที ค่าความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือด 90%

วัตถุประสงค์

เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนไปเลี้ยงสมองได้อย่างเพียงพอ

เกณฑ์การประเมินผล

1. ระดับความรู้สึกตัวไม่ต่ำกว่า 8 คะแนน หรือดีขึ้นกว่าเดิม
2. หายใจปกติอัตราการหายใจ 16 - 20 ครั้ง/นาทีสม่ำเสมอ ค่าความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือด $\geq 95\%$
3. ไม่มีปลายมือ ปลายเท้าเขียวคล้ำ

กิจกรรมการพยาบาล

1. คัดแยก (triage) ผู้ป่วย โดยประเมินจาก การซักประวัติ ตรวจร่างกายเบื้องต้น อย่างรวดเร็ว ผลการคัดแยก ระดับความรุนแรงเป็น ผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน จึงจัดให้ผู้ป่วยอยู่ใน Zone Resuscitate

2. ทำ Primary Survey เพื่อประเมินหาภาวะคุกคามชีวิต (Life threatening condition) ตามหลักการของ ABCDE รายงานแพทย์เวรแบบ ISBAR

2. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอโดยการดูแลทางเดินหายใจให้โล่งป้องกันการอุดตันทางเดินหายใจ และดูแลให้ออกซิเจนมี Ambu bag with Mask เป่าออกซิเจน 10 L/min อัตรา 8 - 10 ครั้ง / นาที บีบประมาณ 1/3 ของลูก หลีกเลี้ยง Hyperventilation คือ การบีบ Ambu bag ด้วยอัตราที่มากกว่า 10 ครั้งต่อนาที บีบด้วยปริมาณที่มากกว่า 1/3 ของลูก ซึ่งจะส่งผลทำให้เกิดความดันในกะโหลกศีรษะสูง เลือดไปเลี้ยงสมองลดลง เกิดภาวะ Hypocapnia มีการใช้ออกซิเจนแบบ Anaerobic metabolism เกิดภาวะเป็นกรดแลคติกเพิ่มมีผลไปกระตุ้นหลอดเลือดขยายตัวเกิดภาวะสมองบวมสมองขาดออกซิเจนตามมา

- เตรียมอุปกรณ์ใส่ท่อหายใจ (Laryngoscope / Ambu bag / E.T Tube) รถ Emergency ให้พร้อมใช้ทันที
- ช่วยแพทย์ในการใส่ท่อช่วยหายใจ จัดผู้ป่วยนอนหงายหน้าหงาย หลังจากแพทย์ใส่ท่อช่วยหายใจแล้ว ดูแลให้ได้รับออกซิเจนตามแผนการรักษา โดยบิบ Ambu bag with reservoir mask 10 L/min อัตรา 8-10 ครั้ง/นาที พร้อมประเมินปริมาณค่าความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือดให้มากกว่า 95% เพื่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนก๊าซดีขึ้นในร่างกาย และสมองได้รับออกซิเจนมากขึ้น
- ประสานแผนกเอกซเรย์เพื่อมาเอกซเรย์ปอด เพื่อดูตำแหน่งท่อช่วยหายใจว่าอยู่ในระดับที่ปกติหรือไม่
- ดูแลทางเดินหายใจให้โล่งโดยดูดเสมหะในท่อช่วยหายใจและในปาก ตามความจำเป็นเนื่องจากการดูดเสมหะทำให้ความดันในกะโหลกศีรษะสูงขึ้นได้ และควรมีการระบายอากาศก่อนและหลังการดูดเสมหะทุกครั้ง จำกัดการดูดเสมหะไม่เกิน 2 ครั้ง/รอบ ความดันที่ใช้ดูดเสมหะไม่ควรเกิน 120 มิลลิเมตรปรอท
- จัดให้ออนศีรษะสูง 30 องศา ดูแลศีรษะ ลำคอและสะโพกไม่พับงอมากกว่า 90 องศา เพื่อให้มีการไหลเวียนเลือดไปเลี้ยงสมองได้สะดวก
- ประเมินระดับความรู้สึกตัวเพื่อดูภาวะขาดออกซิเจน ประเมินสีผิวเพื่อดูภาวะขาดออกซิเจนของเนื้อเยื่อส่วนปลายทุก 5 – 10 นาที
- ประเมินภาวะพร่องออกซิเจน เช่น ริมฝีปากเขียวปลายมือปลายเท้าเขียวซีดหายใจเร็วขึ้นทุก 10 นาที
- ติดตามสัญญาณชีพ และค่าความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือด ทุก 10 นาที

การประเมินผล

- ระดับความรู้สึกตัว E_1VTM_2
- ไม่มีอาการหายใจลำบาก ฟังเสียงลมเข้าปอดเท่ากันทั้ง 2 ข้าง ค่าความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือดอยู่ในช่วง 95-98%
- ไม่มีปลายมือ ปลายเท้าเขียวคล้ำ

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2 มีภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงเนื่องจากมีพยาธิสภาพที่สมอง

ข้อมูลสนับสนุน

S : ญาติบอกผู้ป่วยซึม แขนขาขวาอ่อนแรง ปัสสาวะรด

O : ผู้ป่วยซึม คะแนนความรู้สึกตัว $E_2V_1M_6$

- แขนขาข้างขวาอ่อนแรงมีกำลังระดับ 2 แขนขาข้างซ้ายยกได้ มีกำลังระดับ 5
- ความดันโลหิต 246/111 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 88 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 24 ครั้ง/นาที
- อาเจียนครั้งผู้ป่วยไม่รู้สึก ระดับความรู้สึกตัว $E_1V_1M_2$ ขนาดรูม่านตา 1 มิลลิเมตร เท่ากันทั้ง 2 ข้าง ตอบสนองต่อแสงช้า

วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง

เกณฑ์การประเมินผล

- สัญญาณชีพปกติ
 - อัตราการหายใจอยู่ในช่วง 16-20 ครั้ง/นาที
 - ชีพจรอยู่ในช่วง 60-100 ครั้ง/นาที
 - ค่าความดันโลหิตอยู่ในช่วง 90/60 – 139/90 มิลลิเมตรปรอท
- ไม่มีอาการอาเจียนพุ่งหรือชักเกร็ง
- ระดับความรู้สึกตัวดีขึ้น การขยายของรูม่านตา ไม่เปลี่ยนแปลงในทางที่เลวลง

กิจกรรมการพยาบาล

- จัดให้ออนศีรษะสูง 30 องศา ดูแลลำตัวและสะโพก ไม่โค้งงอมากกว่า 90 องศา เพื่อให้เลือดดำไหลกลับสะดวก(การนอนราบจะทำให้เลือดดำคั่งในสมองและนอนศีรษะสูงเกินไปเกิดสมองเลื่อนหรือ Brain herniation)
- หลีกเลี่ยงการงอพับของคอและการหมุนหรือหันศีรษะเพราะเป็นการขัดขวางการไหลกลับของเลือดดำจากสมองทำให้ความดันในกะโหลกศีรษะเพิ่มขึ้น

3. ดูแลให้ยา Nicardipine 1:10 IV Drip rate 10-60 cc/hr. (ผสมยา 10 cc.+ NSS 90 cc. ปรับยาขึ้นครั้งละ 10 cc/hr. ทุก 15 นาที จนกว่าจะคุมความดันได้) ด้วยเครื่องควบคุมการให้สารน้ำ และตามหลักการบริหารยาความเสี่ยงสูง สังเกตอาการผิดปกติระหว่างให้ยา ได้แก่ หน้าแดง ชีพจรเต้นช้า peripheral edema

4. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอและเหมาะสมโดยการบีบ Ambu bag with Reservoir bag เปิด flow meter 10 L/min อัตรา 8 -10 ครั้ง/นาที บีบประมาณ 1/3 ของลูก

5. ดูแลให้ NSS 1,000 CC IV drip 80 cc/hr. ตามแผนการรักษา เพื่อเพิ่มการไหลเวียนเลือดไปเลี้ยงสมองได้ดีขึ้น

6. ดูแลใส่สายสวนปัสสาวะและบันทึกปริมาณน้ำเข้า/ออกของผู้ป่วย เพื่อให้เกิดความสมดุลของสารน้ำและเกลือแร่ และเพื่อป้องกันสมองบวม

7. ห้ามและควบคุมกิจกรรมที่มีผลต่อ valsalvas maneuver ได้แก่ กิจกรรมต่าง ๆ ที่ทำให้เพิ่มแรงดันในช่องท้อง ช่องอก เช่น การนอนคว่ำ การนอนศีรษะสูง การดูดเสมหะนาน ๆ

8. ติดตามประเมินและประเมินซ้ำอาการทางระบบประสาทและสัญญาณชีพทุก 5 -10 นาที

ประเมินผล

1. สัญญาณชีพ ก่อนส่งต่อความดันโลหิต 187/111 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 95 ครั้งต่อนาที ถึงโรงพยาบาลกำแพงเพชร ความดันโลหิต 184/113 มิลลิเมตรปรอท อัตราการหายใจจากการบีบ Ambu bag 8 - 10 ครั้งต่อนาที ชีพจร 82 - 96 ครั้งต่อนาที

2. ไม่อาเจียนพุ่งหรือชักเกร็ง

3. ประเมินทางระบบประสาทผู้ป่วยไม่รู้สีกตัว ผู้ป่วยเรียกไม่ตื่น ไม่ลืมตา ไม่ตอบสนอง ระดับความรู้สึกตัว E₁VTM₂ ขนาดรูม่านตา 1 มิลลิเมตร เท่ากันทั้ง 2 ข้างตอบสนองต่อแสงช้า

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 3 มีโอกาสเกิดภาวะทรุดลงขณะส่งต่อ

ข้อมูลสนับสนุน

S : -

O : ผู้ป่วยเป็นผู้ป่วยประเภทฉุกเฉินวิกฤต (Resuscitate) และใส่ท่อช่วยหายใจ

- ความดันโลหิตก่อนส่งต่อ 187/111 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 96 ครั้งต่อนาที ระดับความรู้สึกตัว E₁VTM₂ รูม่านตา 1 มิลลิเมตรเท่ากันทั้ง 2 ข้าง ตอบสนองต่อแสงช้า

- ได้รับ Nicardipine 1:10 IV Drip rate 10-60 cc/hr. ทางเครื่องควบคุมการให้สารน้ำ และ NSS 1,000 CC IV drip 80 cc/hr.

วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยขณะส่งต่อ

เกณฑ์การประเมินผล

1. ไม่มีภาวะทรุดลง ถึงโรงพยาบาลปลายทาง โดยมีสัญญาณชีพคงที่

กิจกรรมการพยาบาล

ก่อนเคลื่อนย้าย

1. ประเมินความพร้อมของผู้ป่วยเกี่ยวกับระดับความรู้สึกตัวสัญญาณชีพ ระดับของท่อช่วยหายใจไม่หลุดเคลื่อน เพื่อประเมินอาการก่อนย้าย รายงานแพทย์เพื่อตัดสินใจเคลื่อนย้าย

2. การประสานงานและส่งต่อข้อมูลไปยังสถานพยาบาลปลายทาง โดยระบบ Three refer การสื่อสารผ่านทาง Line และประสานงานการส่งต่อทางโทรศัพท์โดยใช้เทคนิค ISBAR

3. การเตรียมความพร้อมก่อนส่งต่อ ประกอบด้วย การ

- เตรียมความพร้อมของบุคลากร รถพยาบาลผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจเป็นผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต พยาบาลส่งต่อ 2 คน ที่ผ่านการอบรม ACLS

- เตรียมเครื่องมืออุปกรณ์ ยาและเวชภัณฑ์ต่างๆ เช่น EKG monitor เครื่อง defibrillator ปริมาณออกซิเจน

4. Identify ผู้ป่วย โดยสอบถามชื่อ-สกุล ผู้ป่วยทุกครั้งก่อนบันทึกข้อมูลผู้ป่วยลงใบ Refer และแบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาล เพื่อการส่งต่อที่ครบถ้วน พร้อมผลการตรวจพิเศษเช่น X-ray
5. ตรวจสอบตำแหน่งของท่อหายใจให้ตรงตามใบส่งตัว ตำแหน่งให้ยาและสารน้ำไม่บวม พลาสเตอร์ติดแน่นไม่หลุดง่าย
6. การเตรียมญาติ โดยการให้ข้อมูลการเจ็บป่วย แผนการรักษา เหตุผลความจำเป็นในการส่งต่อ และเปิดโอกาสให้ญาติมีส่วนร่วมในการตัดสินใจส่งต่อ
7. เคลื่อนย้ายผู้ป่วยขึ้นรถส่งต่อด้วยความนุ่มนวล ใช้ P Slide และใช้ออกซิเจนตลอดการเคลื่อนย้าย

ขณะเคลื่อนย้าย

8. ดูแลผู้ป่วยตามหลัก ABC โดย Airway ใช้หลัก DOPE (D : Displacement การเลื่อนหรือหลุด one Lung หรือเลื่อนลง กระเพาะ O : Obstruction การอุดตันของท่อช่วยหายใจ P : Pneumothorax มีลมในช่องเยื่อหุ้มปอดหรือไม่ E : Equipment Failure ท่อหลุดสายหลุด ออกซิเจนหลุด)
9. ดูแลช่วยหายใจโดยการบีบ Ambu bag with Reservoir bag เปิด Flow miter 10 L/min อัตรา 8-10 ครั้ง/นาที
10. ได้รับ Nifedipine 1:10 IV Drip rate 10-60 cc/hr.ทางเครื่องควบคุมการให้สารน้ำ และ NSS 1,000 CC IV drip 80 cc/hr. และระวังการเลื่อนหลุดของเข็ม
11. เผื่อระวังอาการผิดปกติที่อาจจะเกิดขึ้นระหว่างส่งต่ออย่างต่อเนื่อง ติดเครื่องติดตามสัญญาณชีพ ประเมินความดันโลหิต ชีพจร อัตราการหายใจ และระดับความรู้สึกตัวทุก 5 - 10 นาที
12. ดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง ดูดเสมหะให้เมื่อมีเสมหะในท่อหายใจและปากตามความจำเป็นไม่เกิน 2 ครั้งรอบความดันไม่เกิน 120 มิลลิเมตรปรอท
13. ดูแลกำกับพนักงานขับรถให้ปฏิบัติตามกฎจราจรความเร็วไม่เกิน 90 กิโลเมตร/ชั่วโมง
14. บันทึกอาการ อาการแสดง การแก้ไข ผลการแก้ไขของผู้ป่วยขณะอยู่บนรถส่งต่อในแบบบันทึกการส่งต่อ

หลังการเคลื่อนย้าย

15. ประเมินความพร้อมและความปลอดภัยของผู้ป่วยฉุกเฉินก่อนส่งมอบผู้ป่วยกับห้องฉุกเฉินโรงพยาบาล กำแพงเพชร เช่น ระดับความรู้สึกตัว ความดันโลหิต ชีพจร ค่าความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือด ตำแหน่งท่อช่วยหายใจ
16. ส่งผู้ป่วย ข้อมูลการเจ็บป่วย การดูแลรักษาเบื้องต้นในสถานพยาบาลต้นทาง อาการเปลี่ยนแปลง และการดูแลรักษาระหว่างการส่งต่อ เอกสารต่างๆ ให้กับแพทย์หรือพยาบาลสถานพยาบาลปลายทาง
17. สถานพยาบาลปลายทางรับมอบผู้ป่วยฉุกเฉินและเอกสารข้อมูลผู้ป่วย พร้อมทั้งประเมินคุณภาพการดูแลระหว่างส่งต่อ
18. ติดตามผลการรักษาผู้ป่วยครบ 24 ชั่วโมงเพื่อประเมินผลการรักษา

ประเมินผล

1. ผู้ป่วยปลอดภัยไม่เกิดภาวะทรุดลงขณะส่งต่อ
2. ความรู้สึกตัว E₁VTM₂ ขนาดรูม่านตา 1 มิลลิเมตร เท่ากันทั้ง 2 ข้าง ตอบสนองต่อแสงจ้า ความดันโลหิต 209/113 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 104 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจสัมพันธ์กับการบีบ Ambu bag ค่าความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือด 98% ไม่เกิดภาวะหัวใจหยุดเต้น

ข้อวินิจฉัยพยาบาลข้อที่ 4 ญาติมีความวิตกกังวลเนื่องจากไม่เข้าใจสภาพการเจ็บป่วยและแนวทางการรักษา

ข้อมูลสนับสนุน

- S : ญาติสอบถามอาการผู้ป่วย คนไข้เป็นเยาะหรือ ต้องใส่ท่อช่วยหายใจเลยหรือ
- O : ญาติมีสีหน้ากังวล ชะเง้อมองมาทางประตูห้องตลอด

วัตถุประสงค์ เพื่อให้ญาติเข้าใจแผนการรักษาและคลายความวิตกกังวล

เกณฑ์การประเมินผล

ญาติมีสีหน้าผ่อนคลายและให้ความร่วมมือในการตัดสินใจแผนการรักษาพยาบาล

กิจกรรมการพยาบาล

1. สังเกตอาการของความวิตกกังวล เช่น กระสับกระส่าย เดินวนไปมา
2. สร้างสัมพันธภาพด้วยวาจาที่สุภาพ เอาใจใส่และตอบคำถามของญาติทุกคำถาม
3. ให้ข้อมูลเกี่ยวกับอาการ แผนการรักษา ความก้าวหน้าของการรักษา แผนการตรวจ การปฏิบัติตัว เพื่อให้ญาติเข้าใจลดความวิตกกังวล และให้ความร่วมมือในการดูแลผู้ป่วย
4. อธิบายญาติด้วยท่าทีที่มั่นใจถึงแนวโน้มผลการรักษาและแจ้งผลทุกครั้งที่มีการรักษามีการตอบสนองที่ดี
5. เปิดโอกาสให้ญาติสอบถามปัญหาและอาการผู้ป่วย รวมถึงการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ

ประเมินผล ญาติคลายกังวลมีสีหน้าผ่อนคลายขึ้น ให้ความร่วมมือในการรักษา ยินยอมและยอมรับแผนการรักษา

สรุปกรณีศึกษา

ชายไทย อายุ 61 ปี มาโรงพยาบาลด้วยอาการซึม แขนขาขวาอ่อนแรง ปัสสาวะรด 1 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล ประวัติโรคประจำตัวเป็นความดันโลหิตสูง และหลอดเลือดสมองตีบ ขาดยามา 6 เดือน แพทย์ให้การวินิจฉัยเป็น Stroke non Fast track บทบาทหน้าที่ของพยาบาลเริ่มตั้งแต่การเข้าถึง ประเมินและคัดกรองผู้ป่วยอย่างรวดเร็วและถูกต้อง เคลื่อนย้ายผู้ป่วยอย่างถูกต้อง การพยาบาลผู้ป่วยในห้องฉุกเฉินตามข้อมูลที่ประเมินและการตรวจวินิจฉัยเบื้องต้น การรายงานแพทย์ตามหลัก ISBAR การเตรียมความพร้อมของอุปกรณ์ เครื่องมือ สถานที่และทีมช่วยชีวิตต่างๆ การประเมินซ้ำอย่างใกล้ชิดและต่อเนื่อง การติดตามอาการเปลี่ยนแปลงทุก 5-10 นาที การดูแลให้ได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอและเหมาะสม โดยการช่วยแพทย์ใส่ท่อช่วยหายใจ บีบ Ambu bag ตามมาตรฐาน ไม่กระตุ้นให้เกิดความดันในทรวงอกและช่องท้องเพิ่มขึ้น การดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง โดยดูดเสมหะครั้งละไม่เกิน 2 ครั้ง และแรงดันไม่เกิน 120 มิลลิเมตรปรอท ดูแลให้ยาลดความดันโลหิตตามแผนการรักษาของแพทย์ เตรียมทีมพยาบาลและรถส่งต่อ ประสานการส่งต่อเกี่ยวกับข้อมูลที่สำคัญโดยใช้หลัก ISBAR และดูแลส่งต่อผู้ป่วยไปโรงพยาบาลกำแพงเพชร ผู้ป่วยปลอดภัย อาการไม่ทรุดลงระหว่างส่งต่อ เข้ารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉินและตีกลับผู้ป่วยอายุรกรรมชาย ด้วยพยาธิสภาพและความรุนแรงของโรค ผู้ป่วยเสียชีวิต รวมระยะเวลาการรักษา 2 วัน การวินิจฉัยครั้งสุดท้าย Hemorrhagic stroke with brain stem hemorrhage

วิจารณ์และข้อเสนอแนะ

โรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันเป็นภาวะวิกฤตที่รุนแรง และเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้อย่างรวดเร็ว ระบบการจัดการที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินที่ดี มีระบบช่องทางด่วนโรคหลอดเลือดสมองในโรงพยาบาล (Stroke fast track) การมีแนวทางปฏิบัติที่เป็นมาตรฐานชัดเจน จะทำให้การรักษายาพยาบาลได้อย่างรวดเร็วและถูกต้องพยาบาลห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินต้องมีความรู้ความสามารถและการตัดสินใจในการประเมินผู้ป่วยเพื่อรายงานแพทย์ทันทีจากกรณีศึกษาผู้ป่วยมาโรงพยาบาลด้วยแขนขาข้างขวาอ่อนแรงและระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลงและทรุดลงมีโอกาสเสียชีวิตสูงต้องได้รับการรักษาอย่างรวดเร็ว ผู้ป่วยต้องได้รับการรักษาที่เฉพาะเจาะจงถือว่าเป็นช่วงที่สำคัญที่สุดหรือชั่วโมงทอง (GOLDEN HOUR) ของผู้ป่วย เพื่อช่วยชีวิตและลดความพิการให้น้อยที่สุด ในบริบทของโรงพยาบาลชุมชนไม่สามารถวินิจฉัยได้ว่าผู้ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองตีบ อุตันหรือแตกจึงต้องเข้าถึงบริการและส่งต่อให้รวดเร็ว และจากกรณีศึกษาผู้ป่วยรายนี้พบผู้ป่วยมีปัจจัยเสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดสมองสูงเนื่องจากเป็นผู้สูงอายุและผู้ป่วยมีโรคประจำตัวคือเป็นโรคความดันโลหิตสูง แต่ขาดการรักษาต่อเนื่อง ผู้ป่วยขาดยาประมาณ 6 เดือน ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนา ดังนี้

1. พัฒนาสมรรถนะพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลันและปรับปรุงแนวทางปฏิบัติที่เป็นมาตรฐานชัดเจน และต่อเนื่อง
2. พัฒนาระบบพยาบาลในการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต (Resuscitate) โดยใช้ระบบเทคโนโลยีการแพทย์ฉุกเฉินขณะส่งต่อ (Continuous real-time Vital signal monitoring)
3. นำผลบททวนเสนอที่นำมาเพื่อพัฒนาระบบการติดตามผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงให้มารักษาตามนัดอย่างต่อเนื่อง
4. เก็บรวบรวมข้อมูลและติดตามตัวชีวิตในการกำหนดคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อกำกับติดตามประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล นำไปสู่การปรับปรุงคุณภาพการรักษายาพยาบาล

สรุป

โรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน เป็นภาวะวิกฤตที่รุนแรงและเป็นสาเหตุทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้อย่างรวดเร็ว พยาบาลมีบทบาทสำคัญมากในการดูแลผู้ป่วยในระยะวิกฤต ต้องมีความรู้และทักษะในการประเมินคัดกรองอย่างถูกต้อง รวดเร็วเพื่อให้การพยาบาลปัญหาผู้ป่วย การรายงานแพทย์ และการทำงานเป็นทีมการประเมินซ้ำและเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่อง มีทักษะการใช้อุปกรณ์เครื่องมือแพทย์การประสานงาน และการดูแลระหว่างส่งต่ออย่างเหมาะสมจะทำให้ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัยจากการปฏิบัติการพยาบาลตามมาตรฐาน

เอกสารอ้างอิง

1. นิภาพร บุตรสิงห์. การพยาบาลโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน. วารสารสภาการพยาบาล. 2562;34(3):15-29.
2. นลินี พสุคันธกิจ, สายสมร บริสุทธิ์, วันเพ็ญ ภิญญากาศกุล, บรรณาทิการ. แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง สำหรับพยาบาลทั่วไป. กรุงเทพฯ: สถาบันประสาท กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข; 2559.
3. สมศักดิ์ เทียมเก่า. อุบัติการณ์โรคหลอดเลือดสมองแห่งประเทศไทย: วารสารประสาทวิทยาแห่งประเทศไทย. 2565; 39(2):39-46.
4. วิรัตน์ พุ่มพันธ์. การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะหมดสติ: กรณีศึกษา. วารสารโรงพยาบาลนครพนม. 2557;16(2):55-67.
5. ภกร จิรลักษ์. ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง : โครงการจัดอบรมความรู้ในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน; 8 กันยายน 2566; โรงพยาบาลไทรงาม. กำแพงเพชร; 2566.
6. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกำแพงเพชร. ประชุมเชิงปฏิบัติการสรุปผลกาดำเนินงานสาธารณสุขประจำปีงบประมาณ 2566; 6-8 กันยายน 2566; โรงแรมดีวารีบีช จอมเทียน ชลบุรี. กำแพงเพชร: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกำแพงเพชร; 2566.
7. งานเวชระเบียนและสถิติโรงพยาบาลทุ่งโพธิ์ทะเล. รายงานสถิติประจำปี 2563-2566. กำแพงเพชร: โรงพยาบาลทุ่งโพธิ์ทะเล; 2566.
8. ฉัตรกมล ประจวบลาภ. ภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงในผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพที่สมอง มิติของการพยาบาลตาม หลักฐานเชิงประจักษ์. วารสารสภาการพยาบาล. 2561; 33(2):15-28.
9. นนิงฤทัย กองวัฒนสุภา. การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกที่มีภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง: กรณีศึกษา. วารสารโรงพยาบาลกำแพงเพชร. 2563;24(2):108-17.
10. นภาพร ทะนะแสง. การดูแลผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉินขณะส่งต่อ. การพัฒนาระบบส่งต่อผู้ป่วยเขตสุขภาพที่ 3: เอกสารในการนำเสนอในการประชุม; 26 กันยายน 2565; โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์. นครสวรรค์; 2565.



Anesthetic Nursing Care for Staghorn renal calculi in Patients under General anesthesia for PCNL : A case study

Warinrumpai Nanthawong, Dip in N.EQU BN.*

Abstract

Background : Percutaneous Nephrolithotomy (PCNL) has complications which can be attributed to patient's prone position and pleural injury from the puncture site. Nurse anesthetists should have an important role in using knowledge for early recognize and deal with these complications efficiently to minimize morbidity and mortality.

Objective : To provide the nursing care process for patient undergoing PCNL under general anesthesia.

Case study : A 60-year-old man was admitted to the hospital with flank pain and gross hematuria for 5 months. CT scan showed Right staghorn renal calculi. PCNL was decided. Preoperative risks of anesthesia were classified into ASA classification II from his old age and underlying diseases that all problems were optimized before surgery by nurse anesthetist. PRC 2 units were prepared for perioperative blood loss. On the day of surgery, the patient was moved to the operating theatre for right PCNL under general anesthesia with balance technique. Flexible endotracheal tube no.8 was inserted and fixed at 21 cm. at the lip. After intubation, patient was placed in a lithotomy position to administer a ureteric catheter for contrast agent. Following that, the patient is positioned in the prone position for the surgery. Total duration of surgery was 2 hrs. 25 mins. During surgery, the patient experienced Hypotension and Bradycardia, with blood pressure ranging between 90-100 systolic and 40-52 diastolic, and a Bradycardia rate of 39-45 beats per minute. After the surgery finished, tube was removed after effective breathing. Patient was observed in recovery room until full consciousness could be transfer to ward. Postoperative pain was controlled with intravenous opioid and oral medication. Nursing diagnosis includes:1.The patient has anxiety and lacks knowledge about pre and post-operative procedures.2.At risk for high blood pressure and myocardial ischemia related to the effects of anesthesia.3.At risk for surgical complications.4.At risk for positional complications during surgery.5.At risk for oxygen deprivation.6.At risk for airway obstruction due to general anesthesia.7.Discomfort due to surgical wound pain.8.Hypothermia due to loss of body heat during surgery. The patient is safely anesthetized and underwent surgery without complications. He was discharged on 7th day after surgery.

Conclusion : A skillful nurse anesthetist and fine coordination between surgical and anesthetic team could provide patient was safe, reduce morbidity and mortality rate.

Keyword : Percutaneous Nephrolithotomy, General anesthesia, Staghorn Renal Calculi

*Registered Nurse, Professional level, Nurse Department, Kamphaeng Phet Hospital

การพยาบาลผู้ป่วยที่รับการผ่าตัดนิ้วในไตชนิดเขากวางโดยการเจาะรูส่องกล้อง ผ่านผิวหนังภายใต้การระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย : กรณีศึกษา

วรินรำไพ นันทวงษ์, ป.พ.ย.*

บทคัดย่อ

บทนำ : การผ่าตัดนิ้วในไตโดยวิธีการเจาะรูส่องกล้องผ่านผิวหนัง มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เกี่ยวข้องกับทางวิสัญญีไม่ว่าจะเป็นผลแทรกซ้อนที่เกิดจากการจัดทำผ่าตัดในท่าคว่ำ หรือผลแทรกซ้อนจากการเจาะรูบริเวณใกล้กับตำแหน่งเยื่อหุ้มปอด วิสัญญีพยาบาลมีบทบาทสำคัญในการใช้ความรู้และทักษะรวมทั้งการประสานกับทีมผ่าตัดอย่างทันท่วงทีเมื่อมีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้น

วัตถุประสงค์ : เพื่อเป็นแนวทางในการให้การพยาบาลผู้ป่วยที่รับการผ่าตัดนิ้วในไตชนิดเขากวางโดยการเจาะรูส่องกล้องผ่านผิวหนังภายใต้การระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย

กรณีศึกษา : ผู้ป่วยชายไทย อายุ 60 ปี มีประวัติมานานโรงพยาบาลด้วยเรื่องปวดเอวร้ายไปหลัง ปัสสาวะเป็นเลือด 5 เดือนก่อน ผลตรวจเอกซเรย์คลื่นแม่เหล็กไฟฟ้าพบนิ่วเขากวางที่ไตข้างขวา แพทย์วางแผนผ่าตัดแบบเจาะรูส่องกล้องผ่านผิวหนังจึงมาโรงพยาบาลด้วยมาผ่าตัดตามนัด วิสัญญีพยาบาลตรวจเยี่ยมก่อนผ่าตัด ได้ประเมินความเสี่ยงทางวิสัญญี ผู้ป่วยจัดอยู่ใน ASA class 2 จากสูงอายุ และโรคประจำตัว ซึ่งปัญหาทุกระบบถูกควบคุมให้อยู่ในเกณฑ์ปกติดีก่อนผ่าตัด มีการเตรียมเลือด จำนวน 2 ถุง เพื่อทดแทนใช้ในกรณีเสียเลือดระหว่างผ่าตัด วันผ่าตัดผู้ป่วยถูกนำส่งห้องผ่าตัดเพื่อทำการผ่าตัดเจาะรูส่องกล้องผ่านผิวหนังเพื่อนำนิ่วออกภายใต้การระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายและใช้ยาหย่อนกล้ามเนื้อ หลังจากนำสลบผู้ป่วยได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจชนิดมีแกนขดลวดเบอร์ 8 ลึก 21 ซม. จากมุมปาก หลังจากนั้นผู้ป่วยจะถูกจัดท่าขึ้นขาหยั่งเพื่อใส่สายฉีดสารทึบแสง แล้วจึงจัดท่านอนคว่ำเพื่อทำการผ่าตัด ใช้ระยะเวลาผ่าตัดรวมทั้งสิ้น 2 ชั่วโมง 25 นาที ระหว่างทำผ่าตัดมีความดันโลหิตต่ำและมีภาวะหัวใจเต้นช้า ความดันโลหิตอยู่ระหว่าง 90-100 systolic และ 40-52 diastolic อัตราการเต้นหัวใจช้า 39-45 ครั้งต่อนาที เสร็จผ่าตัดประเมินการหายใจ หลังจากถอดท่อช่วยหายใจ ผู้ป่วยถูกนำมาสังเกตอาการต่อที่ห้องพักฟื้นจนตื่นดีจึงย้ายกลับหอผู้ป่วย ควบคุมความปวดหลังผ่าตัดโดยใช้ยาในกลุ่ม opioid ชนิดฉีด และยาอื่นๆ ในรูปแบบรับประทาน ข้อวินิจฉัยการพยาบาล ได้แก่ 1. ผู้ป่วยมีความวิตกกังวล และขาดความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนและหลังการระงับความรู้สึก 2. เสี่ยงต่อความดันโลหิตสูงและหัวใจขาดเลือดระหว่างระงับความรู้สึกผ่าตัด 3. เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนจากการทำผ่าตัด 4. เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการจัดทำผ่าตัด 5. เสี่ยงต่อภาวะพร่องออกซิเจน 6. เสี่ยงต่อการเกิดภาวะทางเดินหายใจอุดกั้นจากการได้รับยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย 7. ไม่สุขสบายเนื่องจากปวดแผลผ่าตัด 8. เกิดภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำจากการสูญเสียความร้อนของร่างกายระหว่างการผ่าตัด ผู้ป่วยปลอดภัยจากการระงับความรู้สึกและการผ่าตัด ไม่พบภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัด ได้รับการจำหน่ายกลับบ้านในวันที่ 7 หลังผ่าตัด

สรุป : การมีความรู้ ทักษะ ความชำนาญของวิสัญญีพยาบาล รวมถึงการสื่อสารกับทีมผ่าตัดและการให้การแก้ไขปัญหาระหว่างผ่าตัดอย่างมีประสิทธิภาพ ช่วยให้ผู้ป่วยปลอดภัย ลดอัตราการทุพพลภาพและเสียชีวิตได้

คำสำคัญ : การผ่าตัดนิ้วในไตโดยการเจาะรูส่องกล้องผ่านผิวหนัง การระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย นิ่วเขากวาง

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ งานวิสัญญี กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล โรงพยาบาลกำแพงเพชร



บทนำ

นิ่วในไต (renal calculi) เป็นโรคที่พบบ่อยของทางเดินปัสสาวะและทำให้ผู้ป่วยทุกข์ทรมานจากอาการปวด การติดเชื้อ และอาการไตวาย¹ ลักษณะอาจเป็นก้อนหินแข็งเม็ดเดี่ยว หรือหลายเม็ดอยู่ในกรวยไต หรือ calyces อาจอยู่ในกรวยไต และมีกิ่งก้านยื่นเข้าไปใน calyces มากกว่า 1 calyx เรียกว่า นิ่วเขากวาง (staghorn stone) ซึ่งส่วนใหญ่เป็นนิ่วชนิดติดเชื้อ² นิ่วชนิดนี้จำเป็นต้องเอาออกเนื่องจากจะทำให้ไตข้างนั้นเสียการทำงานได้ ทำให้เกิดการติดเชื้อและผู้ป่วยเสียชีวิตได้ถึง 30%^{2,3} การรักษา นิ่วในไตได้พัฒนาไปมาก เช่น การรักษาด้วยยา การสลายนิ่ว และการผ่าตัด ด้วยวิทยาการที่ทันสมัยทำให้การผ่าตัดผ่านกล้องแบบเจาะรูผ่านผิวหนังเข้ามาแทนที่วิธีการผ่าตัดแบบเปิดมากขึ้น การผ่าตัดนิ่วในไตโดยการเจาะรูส่งกล้องผ่านผิวหนัง (Percutaneous Nephrolithotomy : PCNL) เป็นการผ่าตัดโดยใช้วิธีเจาะรูเล็กๆ ขนาดนิ้วชี้ทะลุเข้าไปในกรวยไต และใช้กล้องส่องตามเข้าไปจนพบก้อนนิ่ว จากนั้นจะใช้เครื่องมือเข้าไปกร่อนให้แตกเป็นชิ้นเล็กๆ และดูดหรือคีบก้อนนิ่วในไตออกมา² วิธีนี้มีข้อดีคือผู้ป่วยปลอดภัยเหมาะในการรักษา นิ่วในไตที่ก้อนนิ่วมีขนาดกลางถึงขนาดใหญ่ แผลผ่าตัดมีขนาดเล็กและอาการปวดแผลหลังผ่าตัดน้อยกว่า ผู้ป่วยอยู่โรงพยาบาลน้อยกว่าการผ่าตัดแบบเปิด^{2,3} การเลือกวิธีรับความรู้สึกเพื่อผ่าตัด ส่วนใหญ่เป็นการให้ยาระับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย

การให้ยาระับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย หมายถึง การบริหารยาหลายชนิดซึ่งมีผลเสริมฤทธิ์ซึ่งกันและกันทำให้ผู้ป่วยหมดสติและไม่ตอบสนองต่อสิ่งเร้าใดๆ ในขณะผ่าตัด⁴ เพื่อผ่าตัดนิ่วในไตโดยการเจาะรูส่งกล้องผ่านผิวหนังนี้ วิทยาลัยพยาบาลต้องมีความรู้ความเข้าใจเทคนิคการผ่าตัดและเลือกวิธีการให้ยาระับความรู้สึกและยาที่ใช้ในการรับความรู้สึกกับผู้ป่วยให้เหมาะสม ตลอดจนพิจารณาความเสี่ยงระหว่างการรับความรู้สึกให้ผู้ป่วยมีความปลอดภัย วิทยาลัยพยาบาลมีบทบาทในการใช้กระบวนการพยาบาลแก้ปัญหาและป้องกันภาวะแทรกซ้อนในการดูแลผู้ป่วยทั้งระยะก่อน ระหว่างและหลังให้ยาระับความรู้สึก ซึ่งต้องเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด เช่น การป้องกันการเกิดความผิดปกติของทางเดินหายใจ การป้องกันการเกิดความผิดปกติทางระบบหัวใจและหลอดเลือด การผิดปกติจากการฉีกขาดของเยื่อหุ้มปอดทำให้มีเลือดและน้ำคั่งในช่องอก อาจมีเลือดออกจากเนื้อไตหรือช่องที่เจาะมากผิดปกติ⁵ การบาดเจ็บจากการจัดทำผู้ป่วยระหว่างผ่าตัด อาจทำให้เกิดอันตรายต่อเบ้าตาและลูกตาผู้ป่วย จะต้องปิดตาผู้ป่วยเพื่อป้องกันการเกิดแผลที่กระจกตา⁶ การใช้หมอนโพนหรือซิลิโคนนิ่ม และทาวาสลินบริเวณใบหน้าเพื่อป้องกันการกดทับจากการนอนท่าคว่ำผ่าตัดเป็นเวลานาน การให้สารน้ำอุ่นทางหลอดเลือดดำและการใช้ผ้าห่มลมร้อนเพื่อช่วยป้องกันอุณหภูมิร่างกายต่ำ

จากสถิติของโรงพยาบาลกำแพงเพชร ผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดนิ่วในไตแบบเขากวางโดยการใส่กล้องเจาะผ่านผิวหนัง ปี พ.ศ. 2563, 2564, 2565 จำนวน 27, 33, 36 ราย⁷ ตามลำดับ ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นและเป็นการผ่าตัดที่มีความยุ่งยากซับซ้อนเป็นการผ่าตัดใหญ่ที่มีความเสี่ยงสูงในการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการรับความรู้สึกและจากการผ่าตัดต้องใช้ความชำนาญของศัลยแพทย์ระบบทางเดินปัสสาวะ ความพร้อมของทีมผ่าตัดและทีมวิสัญญี รวมถึงการดูแลของทีมสหวิชาชีพ เพื่อให้ผู้ป่วยผ่านจากระยะวิกฤตสู่การฟื้นตัวที่รวดเร็ว ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด สามารถกลับไปใช้ชีวิตได้ตามปกติ การศึกษาจึงมีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นแนวทางในการให้การพยาบาลผู้ป่วยที่รับการรักษาผ่าตัดนิ่วในไตชนิดเขากวางโดยการเจาะรูส่งกล้องผ่านผิวหนังภายใต้การรับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย

กรณีศึกษา

ข้อมูลพื้นฐานทั่วไป : ผู้ป่วยชายไทย อายุ 60 ปี สัญชาติไทย ศาสนาพุทธ

อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล : แพทย์นัดผ่าตัด

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน : 5 เดือนก่อนมาโรงพยาบาลปวดหน่วงท้องน้อย รัวไปหลัง ปัสสาวะเป็นเลือด เอ็กซเรย์คอมพิวเตอร์

พบเป็นนิ่วในไตชนิดเขากวาง แพทย์จึงนัดทำผ่าตัด

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต : โรคความดันโลหิตสูง ไชมันน์ในเลือดสูง และโรคหัวใจขาดเลือด รักษาต่อเนื่องโรงพยาบาลคลองลาน สามารถควบคุมความดันอยู่ในเกณฑ์ปกติ ปฏิเสธการแพ้ยาและสารเคมี หยุดสูบบุหรี่มา 20 ปี และดื่มสุราตามงานเทศกาลต่าง ๆ เท่านั้น



การประเมินสภาพร่างกายตามระบบ

รูปร่างทั่วไป : ลักษณะรูปร่างท้วม น้ำหนัก 72 กิโลกรัม ส่วนสูง 160 เซนติเมตร ค่า BMI 28.13

สัญญาณชีพ : อุณหภูมิร่างกาย 36.6 องศาเซลเซียส ชีพจร 80 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 115/80 มิลลิเมตรปรอท

ผิวหนัง : ผิวสีดําแดง ไม่ซีด ไม่มีอาการบวม ไม่มีบาดแผล

ศีรษะและใบหน้า : ศีรษะรูปทรงปกติ ผมสั้น การมองเห็น ตาข้างขวาบอด มา 20 ปีจากอุบัติเหตุ ตาข้างซ้ายมองเห็นปกติ

ตา : ตาเท่ากันทั้งสองข้าง เปลือกตาชมพู การมองเห็นปกติ ตาข้างซ้าย pupil 3 mm RTL การมองเห็นปกติ

ทรวงอกและระบบทางเดินหายใจ: รูปร่างทรวงอกปกติ การเคลื่อนไหวของทรวงอกเท่ากันทั้งสองข้าง ฟังปอดได้ยินเสียงลมชัดเจน หายใจสม่ำเสมอ

ระบบหัวใจและหลอดเลือด : อัตราการเต้นของหัวใจ 80 ครั้ง/นาที เต็มสม่ำเสมอ ฟังเสียงหัวใจปกติ เส้นเลือดดำที่คอไม่โป่งพอง ค่าความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือด 98%

ระบบทางเดินอาหารและท้อง : รูปร่างท้องปกติ การขับถ่ายปกติ

ระบบกระดูกกล้ามเนื้อ : กล้ามเนื้อแขนขาทั้ง 2 ข้างปกติ

ระบบประสาท : รู้สึกตัวดี Coma score 15 คะแนน E4V5M6

ระบบทางเดินปัสสาวะ : ปวดหน่วงเวลาถ่ายปัสสาวะ

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่สำคัญ

Complete blood count: Hemoglobin =15.2 g/dl, Hematocrit = 44.3% WBC=6,200 cell/mm³

Lymphocyte = 25.6% Neutrophil = 64.4%

Biochemistry: BUN = 12 mg/dl Creatinine = 1.17mg/d eGFR =67 ml/min/1.73m² Sodium =142 mmol/L

Potassium =4.0 mmol/L Chloride 106 mmol/L HCO₃ 22 mmol/L

Urinalysis: RBC = 50-100 Cells/HPF WBC = 50-100 Cells/HPF Protein 2+ Blood 3+ Leukocyte 2+

Urine culture: no growth after 3 days incubation

CXR PA upright: Normal

EKG: Normal

การวินิจฉัย : Rt. staghorn renal calculi

การผ่าตัด : Percutaneous Nephrolithotomy

การดำเนินของโรคระหว่างรับไว้ในการดูแล

3 กันยายน 2566 เยี่ยมผู้ป่วยก่อนระดับความรู้สึกที่ตึกศัลยกรรมชาย เพื่อประเมินและรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับประวัติการเจ็บป่วย ประเมินความยากง่ายในการใส่ท่อช่วยหายใจ (Mallampati classification) ประเมิน ASA Classification การแพ้ยา แพ้อาหาร การดื่มสุรา การสูบบุหรี่ ประวัติการผ่าตัดและการระดับความรู้สึก ภาวะแทรกซ้อนที่เกิด ประวัติครอบครัวที่ผ่าตัด ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ การเตรียมเลือด ยาปฏิชีวนะ การงดน้ำและอาหาร ตรวจใบเซ็นต์ยินยอมการผ่าตัด และระดับความรู้สึก แนะนำการปฏิบัติตัวก่อนการระดับความรู้สึก บันทึกข้อมูลในใบเยี่ยมก่อนการระดับความรู้สึก ผู้ป่วยมีสีหน้ากังวลบอกกลัวการระดับความรู้สึกและการผ่าตัด รายงานวิสัญญีแพทย์เพื่อวางแผนการระดับความรู้สึก มีแผนการรักษาให้ยาคลายกังวลก่อนนอน และเข้าก่อนผ่าตัด ประสานพยาบาลศัลยกรรมชายรับทราบแผนการรักษา

4 กันยายน 2566 เวลา 9.30 น. ผู้ป่วยมาถึงห้องผ่าตัด วิทยาลัยพยาบาลทักทายผู้ป่วยเพื่อให้คลายวิตกกังวล ตรวจสอบความพร้อมของผู้ป่วยและความถูกต้องของเอกสาร เตรียมความพร้อมของอุปกรณ์ใส่ท่อช่วยหายใจ เครื่องดมยาผสม ยาระงับความรู้สึก และเครื่องตรวจวัดสัญญาณชีพ เวลา 10.00 น. เริ่มดำเนินการระงับความรู้สึก ติด monitor EKG วัด Blood Pressure SpO2 Temperature EtCO2 Urine output ให้ยาระงับความรู้สึกบนเปลนอน ให้ออกซิเจนก่อนนำสลบ 5 นาที แล้วจึงให้หลับด้วยยานำสลบ Propofol ช่วยหายใจผ่านหน้ากากได้ SpO2 100% จึงให้ยาหย่อนกล้ามเนื้อเพื่อใส่ท่อช่วยหายใจชนิดแกนขดลวดขนาด 8.0 ลีท 21 เซนติเมตร ใส่ได้ภายใน 90 วินาที ติดพลาสติกชนิดเหนียวเพื่อป้องกันการเลื่อนหลุด ปิดตาผู้ป่วยด้วยพลาสติกแล้วจึงช่วยย้าย ผู้ป่วยร่วมกับ ทีมผ่าตัดนอนในท่าชันขาหยั่งเพื่อใส่สายจี้ดสารทึบแสง หลังจากนั้นย้ายผู้ป่วยกลับมานอนบนเปลนอนใช้वासลินเจลทาบริเวณใบหน้า และปมกระดูกป้องกันเกิดการกดทับ วิทยาลัยพยาบาลดูแลจับท่อช่วยหายใจ และศีรษะให้อยู่ในมือตลอดเวลา แล้วจึงย้ายมาอน เตียงผ่าตัดในท่าคว่ำ ตรวจสอบตำแหน่งของท่อช่วยหายใจโดยการฟังเสียงลมหายใจเข้าปอดเท่ากันทั้ง 2 ข้าง และดูกราฟ EtCO2 ว่าอยู่ใน หลอดลม และท่อไม่เลื่อนหลุด ใช้เวลาในการผ่าตัด 2 ชั่วโมง 25 นาที ได้รับสารน้ำ Acetar 350 มิลลิลิตร 0.9% NSS 650 มิลลิลิตร เสียเลือด 150 มิลลิลิตร ปริมาณปัสสาวะออก 300 มิลลิลิตร อุณหภูมิร่างกายขณะทำผ่าตัด 34.5-36 องศาเซลเซียส ระหว่างทำผ่าตัด มีความดันโลหิตต่ำ และมีภาวะหัวใจเต้นช้า ความดันโลหิตอยู่ระหว่าง 90 - 100 systolic และ 40 - 52 diastolic อัตราการเต้นหัวใจช้า 39 - 45 ครั้งต่อนาที รายงานวิสัญญีแพทย์ทราบให้การรักษาภาวะหัวใจเต้นช้าด้วยยา Atropine 0.6 มิลลิกรัม และรักษาภาวะความดันโลหิตต่ำ ด้วยยา Ephedrine 6 มิลลิกรัมทางหลอดเลือดดำ ติดตามการเปลี่ยนแปลงของสัญญาณชีพ เฝ้าระวังและบันทึกสัญญาณชีพ ปริมาณสารน้ำเข้า และออก ปรับระดับความลึกของการระงับความรู้สึกให้เหมาะสมตลอดการผ่าตัด เสร็จการผ่าตัดประเมินการหายใจ สัญญาณชีพ ผู้ป่วย สามารถตอบสนองได้ดี จึงถอดท่อช่วยหายใจ และย้ายผู้ป่วยมาดูอาการต่อที่ห้องพักฟื้น เวลา 12.25 น. ดูแลผู้ป่วยในห้องพักฟื้น บ่นหนาวสั่นและปวดแผล ให้ความอบอุ่นด้วยผ้าห่มมร้อน อุณหภูมิ 38-42 องศาเซลเซียส ประเมินระดับความปวด = 8 รายงานวิสัญญีแพทย์ทราบ ให้การรักษาด้วยยาระงับปวด Morphine 2 มิลลิกรัมทางหลอดเลือดดำ ทุกเวลาปวดและไม่มีอาการหนาวสั่น ประเมินผู้ป่วยตามเกณฑ์ การออกจากห้องพักฟื้น ส่งอาการต่อพยาบาลศัลยกรรมชาย เวลา 13.30 น. ดูแลย้ายผู้ป่วยกลับตึกศัลยกรรมชาย

5 กันยายน 2566 ตรวจเยี่ยมอาการผู้ป่วยหลังการระงับความรู้สึกที่ตึกผู้ป่วยศัลยกรรมชาย ผู้ป่วยมีอาการเจ็บคอ และปวดแผลผ่าตัด แนะนำการปฏิบัติตัวหลังการระงับความรู้สึก ระดับความเจ็บปวดแผล 5 คะแนน ได้รับการดูแลให้ยาระงับปวด ตามแผนการรักษาของแพทย์

6 กันยายน 2566 ตรวจเยี่ยมอาการผู้ป่วย มีสีหน้าสดชื่น ทุกอาการเจ็บคอและปวดแผล แผลผ่าตัดแห้งดี ทำกิจวัตร ประจำวันได้ สัญญาณชีพคงที่ ผู้ป่วยไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากผลของการได้รับยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย

การวางแผนการพยาบาล

แบ่งได้ 3 ระยะ ได้แก่ การพยาบาลก่อนการระงับความรู้สึก การพยาบาลขณะระงับความรู้สึก การพยาบาลในห้องพักฟื้น และการพยาบาลระยะหลังผ่าตัด

ระยะก่อนให้ยาระงับความรู้สึก

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 1 ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลและขาดความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนและหลังการระงับความรู้สึก

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยมีสีหน้าวิตกกังวล
2. สอบถามเรื่องการปฏิบัติตัวก่อนและหลังการระงับความรู้สึก

วัตถุประสงค์การพยาบาล

1. เพื่อให้ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวลจากการระงับความรู้สึก
2. เพื่อให้สามารถปฏิบัติตนก่อนและหลังการระงับความรู้สึกได้ถูกต้อง

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวลจากการระงับความรู้สึกมีสีหน้าสดชื่นขึ้น
2. ผู้ป่วยสามารถบอกการปฏิบัติตนก่อนและหลังการระงับความรู้สึกได้ถูกต้อง

กิจกรรมการพยาบาล

1. เยี่ยมผู้ป่วยล่วงหน้าก่อนการให้การระงับความรู้สึก 1 วัน ที่หอผู้ป่วย สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยและญาติ แนะนำตัวว่าเป็นวิสัญญีพยาบาลผู้ดูแลระหว่างให้การระงับความรู้สึกขณะผ่าตัดรับผู้ป่วยระบายนความวิตกกังวลด้วยความเข้าใจและตอบคำถามให้ผู้ป่วยและญาติคลายความวิตกกังวล

2. ให้ความรู้และข้อมูลการระงับความรู้สึกแบบทั่วไปและการเตรียมตัวก่อนการผ่าตัด เช่น ประเมินและรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับประวัติการเจ็บป่วยในอดีต ประเมินความยากง่ายในการใส่ท่อช่วยหายใจ (Mallampati classification) ประเมินสภาพผู้ป่วยตาม ASA Classes การใช้ยาที่มีผลต่อการให้ยาระงับความรู้สึก การแพ้ยา แพ้อาหาร การดื่มสุรา ประวัติการผ่าตัด และการระงับความรู้สึก ภาวะแทรกซ้อนที่ เกิด ประวัติครอบครัวที่ผ่าตัด ชักตามอาการเจ็บแน่นหน้าอก ใจสั่น นอนราบไม่ได้ การไอเรื้อรัง หอบหืด ภูมิแพ้ โรคปอด ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ปัญหาและความต้องการ สภาพความพร้อมด้านร่างกายจิตใจ อารมณ์ และสังคมของผู้ป่วย การงดอาหารและน้ำก่อนผ่าตัด การฝึกการหายใจและการไออย่างมีประสิทธิภาพ การงดยาละลายลิ่มเลือดอย่างน้อย 7 วันก่อนผ่าตัด การรับประทานยารักษาความดันโลหิตสูง การถอดฟันปลอมและอุปกรณ์ที่เป็นโลหะ การให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ การทำความสะอาดร่างกายเพื่อลดการติดเชื้อ

3. อธิบายขั้นตอนการระงับความรู้สึกและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจากการระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย จากการใส่ท่อช่วยหายใจ

4. อธิบายถึงความเสี่ยงต่อการบาดเจ็บของดวงตาและการกดทับที่ผิวหนัง รวมถึงเส้นประสาทอาจถูกกดทับจากการจัดท่าคอว่า

5. อธิบายถึงหลังจากการผ่าตัดเสร็จ ถอดท่อช่วยหายใจแล้ว จะถูกดูแลสังเกตอาการหลังการระงับความรู้สึก และการผ่าตัดที่ห้องพักรักษาตัว จนกว่าจะตื่นดี ไม่มีภาวะผิดปกติใดๆ จึงส่งกลับหอผู้ป่วย

6. สอนประเมินความปวดด้วยตัวเอง โดยใช้มาตรวัดความปวดแบบตัวเลข โดยให้คะแนนความปวดจาก 0 - 10 0 = ไม่ปวด 10 = ปวดมากที่สุด และขอยาระงับปวดเมื่อมีคะแนนความปวด > 3

7. รายงานการเยี่ยมประเมินผู้ป่วยก่อนระงับความรู้สึกให้วิสัญญีแพทย์ทราบถึงความวิตกกังวลเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนระงับความรู้สึก วิสัญญีแพทย์มีแผนการรักษาให้ยา Lorazepam 0.5 มก. 1 เม็ด คื่นก่อนผ่าตัด และ 1 เม็ดเช้าวันทำผ่าตัด ประสานพยาบาลหอผู้ป่วยศัลยกรรมชายรับทราบแผนการรักษาของแพทย์

8. แนะนำให้นอนหลับพักผ่อนอย่างเพียงพอ ทำจิตใจให้ผ่อนคลาย รับประทานยาตามแผนการรักษาของแพทย์

การประเมินผล

1. ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวลจากการระงับความรู้สึก มีสีหน้าสดชื่น ให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล
2. ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจ และบอกเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนและหลังการระงับความรู้สึกได้ถูกต้อง ได้รับการผ่าตัดตามวันที่ศัลยแพทย์นัดหมาย

ระยะขณะให้ยาระงับความรู้สึก

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2 ผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อความดันโลหิตสูงและหัวใจขาดเลือดระหว่างระงับความรู้สึก

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยมีโรคประจำตัว คือ โรคความดันโลหิตสูง ความดันโลหิตก่อนระงับความรู้สึก 166/99 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 86 ครั้ง/นาที และเส้นเลือดหัวใจตีบ

2. ระหว่างผ่าตัดเกิดภาวะความดันโลหิตต่ำและหัวใจเต้นช้า ความดันโลหิตอยู่ระหว่าง 90-100 systolic และ 40-52 diastolic อัตราการเต้นหัวใจช้า 39-45 ครั้ง/นาที

วัตถุประสงค์การพยาบาล

1. เพื่อให้ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะความดันโลหิตสูง
2. เพื่อให้ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยมีสัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติความดันโลหิตเปลี่ยนแปลงไม่เกินร้อยละ 20 ของความดันโลหิตก่อนเริ่มระดับความรู้สึก
2. คลื่นไฟฟ้าหัวใจปกติไม่พบ ST-T change ไม่เกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายระหว่างการระงับความรู้สึก

กิจกรรมการพยาบาล

1. ก่อนเริ่มให้ยาระงับความรู้สึกตรวจสอบความถูกต้องของผู้ป่วยอีกครั้งรวมทั้ง ชื่อ-สกุล ตำแหน่งที่ผ่าตัด การงดน้ำ และอาหาร การสำรองเลือด เอกสารยินยอมระงับความรู้สึกและทำผ่าตัด เครื่องดมยา ยาระงับความรู้สึก ยาช่วยชีวิต เตรียมอุปกรณ์การใส่ท่อช่วยหายใจให้พร้อม เครื่องดูดเสมหะพร้อมใช้งาน อุปกรณ์สำหรับการใส่ท่อช่วยหายใจยาก เช่น Video laryngoscope เป็นต้น
2. วางแผนการให้ยาระงับความรู้สึกร่วมกับวิสัญญีแพทย์เลือกใช้ยาระงับความรู้สึกที่ไม่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงของระบบไหลเวียนโลหิต เช่น Propofol ยาดมสลบใช้ Sevoflurane เตรียมยาช่วยลดความดันโลหิตสูง เช่น Nicardipine เตรียมยาช่วยเพิ่มความดันโลหิต เช่น Ephedrine Levophed เพื่อเพิ่มความดันโลหิต เมื่อเกิดภาวะความดันโลหิตต่ำซึ่งมีผลต่อเลือดไปเลี้ยงหัวใจเสี่ยงต่อกล้ามเนื้อหัวใจตาย
3. วัดความดันโลหิตก่อนเริ่มให้การระงับความรู้สึกเพื่อประเมินความดันโลหิตและให้การพยาบาลตามแผนการรักษาของวิสัญญีแพทย์เมื่อมีความดันโลหิตสูง
4. ใส่ท่อช่วยหายใจด้วยความนุ่มนวล เพื่อให้ความดันโลหิตหลังใส่ท่อช่วยหายใจไม่สูงมากกว่า 20% ของความดันโลหิตก่อนเริ่มให้ยาระงับความรู้สึก
5. เฝ้าระวังสัญญาณชีพตลอดการให้ยาระงับความรู้สึกและผ่าตัด ไม่ให้ความดันโลหิตสูงหรือต่ำเกินไปจนส่งผลกระทบต่อเลือดที่ไปเลี้ยงสมอง และกล้ามเนื้อหัวใจได้
6. ตรวจสอบเตรียมเลือดสำรองให้พร้อมใช้ กรณีเกิดภาวะเสียเลือดเฉียบพลันระหว่างผ่าตัด เพื่อรักษาระดับเม็ดเลือดแดงที่นำพาออกซิเจนที่ไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจ
7. ติดตามคลื่นไฟฟ้าหัวใจตลอดการให้ยาระงับความรู้สึกและผ่าตัดเพื่อประเมินภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด

การประเมินผล

1. ความดันโลหิตหลังใส่ท่อช่วยหายใจ 136/89 มิลลิเมตรปรอท ความดันโลหิตระหว่างระงับความรู้สึกอยู่ในช่วง 110/60 – 140/90 มิลลิเมตรปรอท
2. คลื่นไฟฟ้าหัวใจตลอดการให้ยาระงับความรู้สึกและผ่าตัดปกติ ไม่เกิด ST-T change

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 3 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัด (ลมในช่องเยื่อหุ้มปอด น้ำในช่องเยื่อหุ้มปอด เลือดในช่องเยื่อหุ้มปอด) เกิดภาวะระบบหายใจล้มเหลว อาจทำให้เสียชีวิตได้

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยได้รับการระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย ได้รับยาหย่อนกล้ามเนื้อ
2. ทำผ่าตัดทำคั่ว
3. ศัลยแพทย์ใส่อุปกรณ์เจาะรูผ่านผิวหนังตำแหน่งช่องระหว่างซี่โครงที่ 11-12

วัตถุประสงค์ เพื่อไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการทำผ่าตัด



เกณฑ์การประเมินผล

1. ค่าความเข้มข้นของคาร์บอนไดออกไซด์ในช่วงลมหายใจออกสุด (ETCO₂) ได้ 30-35mmHg
2. ค่าความอิมิตัวของออกซิเจนในเม็ดเลือดแดงอยู่ในช่วง 95-100 เปอร์เซ็นต์
3. ค่า airway pressure ไม่เพิ่มสูงขึ้นจากเดิม จากค่าปกติน้อยกว่า 30 cmH₂O
4. ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัด

กิจกรรมการพยาบาล

1. ตรวจวัดสัญญาณชีพตลอดเวลาาระดับความรู้สึกทุก 3 – 5 นาที เผื่อระวังการเปลี่ยนแปลงสัญญาณชีพอย่างใกล้ชิด เพื่อแก้ไขได้ทันเวลาที่ และปรับระดับความลึกในการให้ยาระดับความรู้สึกอย่างเหมาะสม
2. เผื่อระวังการเกิด Paw / EtCO₂ สูงขึ้น Arrhythmia ชีพจรเร็ว SpO₂ ลดลง ความดันโลหิตต่ำ มีลมรั่วใต้ผิวหนัง (Subcutaneous emphysema) บ่งบอกถึงภาวะแทรกซ้อนลมในช่องเยื่อหุ้มปอด น้ำในช่องเยื่อปอด, เลือดในช่องเยื่อหุ้มปอดขณะผ่าตัด
3. ประเมินปัจจัยเสี่ยงขณะผ่าตัด ตำแหน่งที่แทง trocar สูงกว่าระดับช่องซี่โครงที่ 12 (Supracostal access) ที่มีสัญญาณต้องควบคุมการหายใจให้ผู้ป่วยนิ่งไม่เคลื่อนไหว
4. ประเมินการเสียเลือดตลอดเวลาจากขวดเลือดที่ดูดออก และบริเวณรอบๆ ตำแหน่งผ่าตัดบันทึกปริมาณเลือดที่ออกในใบระดับความรู้สึก
5. เผื่อระวังการให้สารน้ำที่เหมาะสมและบันทึกจำนวนปัสสาวะที่ออกต่อชั่วโมงอย่างน้อย 0.5 ม.ล./ก.ก./ชม.

การประเมินผล

1. ค่าความเข้มข้นของคาร์บอนไดออกไซด์ในช่วงลมหายใจออกสุด ปกติ อยู่ระหว่าง 25 - 28 มม.ปรอท
2. ค่าความอิมิตัวของออกซิเจนในเม็ดเลือดแดงอยู่ในช่วง 99 - 100 เปอร์เซ็นต์
3. ค่า airway pressure ระหว่างระดับความรู้สึก = 18 - 30 cmH₂O
4. สัญญาณชีพปกติ ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดขณะศัลยแพทย์ใส่ Trocar

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 4 เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการเคลื่อนย้ายและการจัดทำผ่าตัด

ข้อมูลสนับสนุน

- ผู้ป่วยได้รับการระดับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย
- ผู้ป่วยได้รับการจัดทำขึ้นขาหยั่งเพื่อใส่สายฉีดสารทึบแสงและทำผ่าตัดในท่าคว่ำ

วัตถุประสงค์ เพื่อให้ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการเคลื่อนย้ายและการจัดทำผ่าตัด

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยไม่เกิดการบาดเจ็บจากการจัดทำในการผ่าตัดบริเวณ ดวงตาทั้ง 2 ข้าง หน้าผาก คาง รวมถึง เส้นประสาท
2. ผู้ป่วยสามารถเคลื่อนไหวได้ปกติหลังการระดับความรู้สึกทำผ่าตัด
3. ผู้ป่วยไม่เกิดการกดทับบริเวณหน้าผาก คาง และดวงตาทั้ง 2 ข้าง

กิจกรรมการพยาบาล

1. ทีมวิสัญญีและทีมห้องผ่าตัดรวมทั้งศัลยแพทย์ร่วมกันจัดทำด้วยความพร้อมเพรียงนุ่มนวลและระมัดระวัง ดูแลความปลอดภัย โดยตรวจสอบอุปกรณ์ก่อนใช้
2. รัดรีดขาและตัวผู้ป่วยให้กระชับป้องกันการเลื่อนหลุดและป้องกันผู้ป่วยตกเตียง ในท่าขึ้นขาหยั่ง มีผ้ารองระหว่างผ้ารัดขากับผิวหนัง หลีกเลี่ยงหมุนแยกขาจากสะโพกไม่เกิน 45 องศา ระมัดระวังไม่ให้เกิดการกดทับขาผู้ป่วยขณะผ่าตัด เพื่อป้องกันการบาดเจ็บต่อเส้นประสาทบริเวณขา



3. ช่วยกันยกขาขึ้นและลงพร้อมกัน 2 คนอย่างช้าๆและนุ่มนวล เนื่องจากท่านอนขึ้นขาหยั่งจะทำให้มีเลือดคั่งบริเวณ อังเชิงกราน เมื่อยกขาลงในแนวราบจะทำให้มีเลือดไปสู่บริเวณขาอย่างรวดเร็วทำให้ความดันเลือดต่ำได้

4. ในการจัดทำค้ำ ป้ายตาด้วย eye ointment และปิดเปลือกตาด้วยพลาสติก เพื่อป้องกันการบาดเจ็บที่กระจกตา ดูแลสายที่ติดตัวผู้ป่วยไม่ให้ดึงรั้ง เช่น สายให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ สายสวนปัสสาวะ สายฉีดสารทึบแสง

5. ตรวจเช็คเปลนอนชิดกับเตียงผ่าตัด มีบุคลากรอย่างน้อย 4 คน พลิกตัวผู้ป่วยด้วยวิธีกลิ้งแบบท่อนซุง (log-roll) ให้ปลอดภัยและนุ่มนวล พลิกคว่ำพร้อมๆ กันโดยให้ผู้ป่วยนอนคว่ำบนอุปกรณ์รองลำตัวในระดับที่พอดี วิทยาลัยพยาบาลดูแล บริเวณศีรษะและคอ โดยจับศีรษะและท่อนช่วยหายใจไว้ในมือตลอดเวลาไม่ปล่อยให้ศีรษะหลุดจากมือ หลังจากจัดทำค้ำแล้ว จัดศีรษะให้หันไปด้านใดด้านหนึ่งวางบนอุปกรณ์รองศีรษะโดยจัดให้คออยู่ในแนวเดียวกับกระดูกสันหลัง ดูแลตาไม่ให้ได้รับอันตราย พร้อมทั้งดูแลบริเวณที่ถูกกดทับให้ได้รับความปลอดภัย ได้แก่ หน้าผาก คาง

การประเมินผล

1. ผู้ป่วยตื่นดีหลังจากเสร็จการผ่าตัด สามารถยับแขนขาได้ปกติ ไม่มีอาการชาหรืออ่อนแรง
2. ผู้ป่วยไม่เกิดรอยกดทับบริเวณ หน้าผาก และคาง
3. ผู้ป่วยไม่เกิดการบาดเจ็บบริเวณดวงตาทั้ง 2 ข้าง ไม่เจ็บแสบตา การมองเห็นปกติ

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 5 เสี่ยงต่อภาวะพร่องออกซิเจน จากการแลกเปลี่ยนก๊าซในปอดไม่มีประสิทธิภาพ

ข้อมูลสนับสนุน

- ผู้ป่วยได้รับยาหย่อนกล้ามเนื้อ
- นอนท่าคว่ำในการผ่าตัด
- ศัลยแพทย์ใส่อุปกรณ์เจาะรูทางผิวหนังตำแหน่งช่องระหว่างซี่โครงที่ 11-12

วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดภาวะพร่องออกซิเจน (hypoxia) และการคั่งของคาร์บอนไดออกไซด์ (hypercarbia)

เกณฑ์การประเมินผล

1. ค่าความเข้มข้นของคาร์บอนไดออกไซด์ในช่วงลมหายใจออกสุด (ETCO₂) ได้ 30-35 mmHg
2. ค่าความอึดตัวของออกซิเจนในเม็ดเลือดแดงอยู่ในช่วง 95-100 เปอร์เซ็นต์
3. ค่า airway pressure ไม่เพิ่มสูงขึ้นจากเดิม จากค่าปกติ 15-20 cmH₂O

กิจกรรมการพยาบาล

1. หลังการใส่ท่อนช่วยหายใจ ตรวจบริเวณข้อต่อของท่อนช่วยหายใจให้แน่นโดยใช้พลาสติกพันเพื่อป้องกันการเลื่อนหลุด ดูแลดูตมให้ เพื่อป้องกันการอุดตันของทางเดินหายใจ

2. ดูแลให้ยาระงับความรู้สึกตามแผนการให้ยาระงับความรู้สึกร่วมกับวิสัญญีแพทย์ ดูแลให้ได้รับการควบคุมการหายใจให้เพียงพอับความต้องการของผู้ป่วย

3. หลังการจัดท่าในการผ่าตัดเป็นท่าคว่ำ ให้ตรวจสอบตำแหน่งท่อนช่วยหายใจอยู่ในตำแหน่งที่ถูกต้อง ไม่เกิดการหัก งอหรือ เลื่อนหลุดด้วยการตรวจสอบดู และใช้หูฟังช่วยฟัง ซึ่งจะได้ยินเสียงลมหายใจของปอดทั้งสองข้างเท่ากัน กราฟ end tidal CO₂ อยู่ใน ค่าปกติ 30-35 mmHg.

4. ตรวจวัดสัญญาณชีพทุก 3-5 นาทีสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงและเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด พร้อมทั้งบันทึกลงในใบรายงาน การระงับความรู้สึกทุก 5 นาที โดยเฝ้าระวังค่าความอึดตัวของออกซิเจนในเม็ดเลือดแดงให้อยู่ระหว่าง 95 -100 เปอร์เซ็นต์ ความดัน ขณะหายใจเข้า 15-20 cmH₂O จังหวะการหายใจสัมพันธ์กับทรวงอก

5. หยุดช่วยหายใจหรือลด tidal volume ลงในช่วงที่แพทย์ผ่าตัดทำการเจาะผ่านผิวหนังเพื่อลดโอกาสการทะลุบริเวณเยื่อหุ้มปอด ที่จะทำให้เกิดลมรั่วและน้ำคั่งในเยื่อหุ้มช่องปอดได้



การประเมินผล

1. ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเม็ดเลือดแดง 99 เปอร์เซ็นต์
2. ค่าความเข้มข้นของคาร์บอนไดออกไซด์ในช่วงลมหายใจออกสุด (EtCO₂) ได้ 30 – 35 mmHg ซึ่งแสดงว่าท่อช่วยหายใจยังอยู่ในหลอดลม และมีการแลกเปลี่ยนก๊าซอย่างเพียงพอ
3. ค่า airway pressure ไม่เพิ่มสูงขึ้นในขณะที่ตั้งค่าการช่วยหายใจเท่าเดิมไม่เกิน 30 cmH₂O

ระยะหลังการระงับความรู้สึก

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 6 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะทางเดินหายใจอุดตัน และหายใจตื่นจากการได้รับยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย และจากการใส่ท่อช่วยหายใจและฤทธิ์ยาแก้ปวดตกค้างอยู่ในร่างกาย

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยหลับเรียกสัมผัสตาปลุกตื่น แต่ยังไม่ตื่น sedative score = 2
2. ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเม็ดเลือดแดงมากกว่า 95 เปอร์เซ็นต์
3. การใส่ท่อช่วยหายใจ ทำให้มีเสมหะและน้ำลาย มีเสียงเสมหะในปากและคอ

วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ป่วยหายใจมีประสิทธิภาพและไม่เกิดภาวะทางเดินหายใจอุดตัน

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยหายใจได้เพียงพอ สะดวกและสม่ำเสมอไม่มีเสมหะในคอ
2. ไม่มีภาวะทางเดินหายใจส่วนบนอุดตัน ริมฝีปาก ปลายมือ ปลายเท้าแดงดี
3. ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเม็ดเลือดแดงมากกว่า 95 เปอร์เซ็นต์

กิจกรรมการพยาบาล

1. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนที่มีความชื้นสูง 8-10 ลิตรต่อนาที อย่างเพียงพอ
2. จัดท่านอนให้เหมาะสมเพื่อเปิดทางเดินหายใจให้โล่ง
3. ประเมินลักษณะการหายใจ หรือการเคลื่อนไหวของทรวงอก วัดค่าการอิ่มตัวของออกซิเจน (oxygen saturation)

สังเกตลักษณะการหายใจ เช่น หายใจมีเสียงครืดคราด กรน

4. เตรียมอุปกรณ์สำหรับช่วยหายใจ เครื่องดูดเสมหะและสายดูดเสมหะให้พร้อมใช้งาน
5. ประเมินระดับความรู้สึกตัวเป็นระยะ ใช้เกณฑ์ การประเมินสภาวะความรู้สึกตัวและการกลับฟื้นสภาพจากการระงับ

ความรู้สึกมากกว่าหรือเท่ากับ 9 คะแนน (Modified Aldrete Scoring System ≥ 9) หรือ Postanesthetic recovery score ≥ 9

โดยการประเมินเกี่ยวกับการหายใจ การรู้สึกตัว สีผิวกาย ระบบไหลเวียน การเคลื่อนไหว ทุก 15 นาที

6. เมื่อผู้ป่วยตื่นดีกระตุ้นให้ หายใจเข้าออกลึกๆ เพื่อให้ปอดขยายและหายใจได้อย่างมีประสิทธิภาพ

การประเมินผล

1. ผู้ป่วยหายใจได้ดีและสม่ำเสมอ ไม่มีเสียงหายใจผิดปกติ
2. ผู้ป่วยเรียกตื่น หายใจสม่ำเสมอดี ริมฝีปาก ปลายมือ ปลายเท้าแดง
3. ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเม็ดเลือดแดง ได้ 98-99% สัญญาณชีพหลังระงับความรู้สึกในห้องพักฟื้น ความดันโลหิต 130/80 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 70 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 16 ครั้ง/นาที หายใจสม่ำเสมอ

การวินิจฉัยการพยาบาลที่ 7 ผู้ป่วยไม่สุขสบายเนื่องจากปวดแผลผ่าตัดสี่ข้างขวา

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยปวดแผล ประเมิน Pain Score ได้เท่ากับ 8 คะแนน
2. ผู้ป่วยแสดงสีหน้าเจ็บปวด กระสับกระส่าย ไม่สามารถพักผ่อนหรือนอนหลับพักผ่อนได้

วัตถุประสงค์ ผู้ป่วยมีความสุขสบาย อาการปวดแผลทุเลาลง

เกณฑ์การประเมินผล

1. Pain Score น้อยกว่า 3 ปวดแผลลดลง
2. สีหน้าท่าทางผ่อนคลาย สุขสบาย หลับพักผ่อนได้

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินความรุนแรงของอาการปวด โดยการซักถามระดับความเจ็บปวดของผู้ป่วย โดยใช้มาตราวัดความเจ็บปวดแบบตัวเลข (Numeric rating scale) ที่เป็นตัวเลข 0 – 10 และสังเกตสีหน้าผู้ป่วย เช่น ขมวดคิ้ว
2. ดูแลให้ผู้ปวยนอนท่าที่เหมาะสม สุขสบาย ขณะให้การพยาบาลปฏิบัติด้วยสัมผัสที่นุ่มนวล เพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกผ่อนคลาย
3. ดูแลให้ผู้ปวยได้รับยาแก้ปวด ตามแผนการรักษาของแพทย์ เพื่อบรรเทาอาการปวด สังเกตอาการที่ไม่พึงประสงค์จากการให้ยาได้แก่ อาการคลื่นไส้ อาเจียน ง่วงซึม เวียนศีรษะ เป็นต้น ประเมินความปวดน้อยกว่า 3 คะแนน (Pain Score < 3) จึงจำหน่ายกลับหอผู้ป่วย
4. เฝ้าระวังการหายใจและความง่วงซึมของผู้ป่วยโดยใช้ Sedative score
5. ประเมินความปวด ร่วมกับบันทึกอาการเปลี่ยนแปลง วัดความดันโลหิต อัตราการหายใจ และชีพจรทุก 5 นาที
6. เบี่ยงเบนความสนใจ ลดความกลัวและความกังวลของผู้ป่วย โดยการพูดคุยหาสาเหตุและซักถามปัญหา แนะนำ ผู้ป่วยขอ ยาแก้ปวดได้เมื่อเริ่มรู้สึก ไม่สุขสบาย ปวดแผลผ่าตัดหรือให้คะแนนระดับความปวดมากกว่า 4
7. ดูแลผู้ป่วยที่ห้องพักฟื้นใช้เกณฑ์การประเมินสภาวะความรู้สึกตัวและการกลับฟื้นสภาพจากการระงับความรู้สึกมากกว่าหรือเท่ากับ 9 คะแนน จึงจำหน่ายกลับหอผู้ป่วย ส่งต่อข้อมูลสำคัญระหว่างการผ่าตัดให้พยาบาลประจำหอผู้ป่วยทราบ

การประเมินผล

1. ผู้ป่วยบอกว่าปวดแผลผ่าตัดน้อยลง ประเมินความปวดระดับ 3 คะแนน
2. ผู้ป่วยมีสีหน้าผ่อนคลาย สุขสบายขึ้น

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 8 ผู้ป่วยเกิดภาวะอุณหภูมิกายต่ำ เนื่องจากการสูญเสียความร้อนของร่างกายระหว่างการผ่าตัด

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยมีปลายนิ้วมือและนิ้วเท้าเย็น และบอกหนาว
2. ขณะทำผ่าตัดใช้น้ำสวนล้างนิ่ว
3. จากการได้รับยาระงับความรู้สึกและการผ่าตัดเป็นเวลานาน 2 ชั่วโมง 25 นาที และอุณหภูมิห้องผ่าตัดที่ 22 องศาเซลเซียส อุณหภูมิร่างกายขณะผ่าตัด 35.4 -36 องศาเซลเซียส
4. ปลายมือปลายเท้าเย็นซีด วัดอุณหภูมิที่ห้องพักฟื้น = 35.4 องศาเซลเซียส

วัตถุประสงค์ เพื่อป้องกันภาวะอุณหภูมิกายต่ำและภาวะแทรกซ้อนจากการเกิดอุณหภูมิกายต่ำ (shivering)

เกณฑ์การประเมินผล

- อุณหภูมิกายไม่ต่ำกว่า 36 องศาเซลเซียส
- ไม่มีภาวะหนาวสั่น
- ไม่มีภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ

กิจกรรมการพยาบาล

1. ตรวจวัดอุณหภูมิร่างกายผู้ป่วยแรกรับในห้องพักฟื้น และทุก 15 นาทีพร้อมบันทึกอาการและการเปลี่ยนแปลง
 2. ดูแลให้ออกซิเจน 100 เปอร์เซ็นต์ 8 - 10 ลิตรต่อนาที เพื่อชดเชยการใช้ออกซิเจนของเนื้อเยื่อป้องกันอันตรายต่อกล้ามเนื้อหัวใจ
 3. ประเมินอาการหนาวสั่น โดยใช้ shivering scale ได้ระดับ 3 มองเห็นการสั่นของกล้ามเนื้อมากกว่า 1 กลุ่ม
 4. ให้ความอบอุ่นร่างกายด้วยการใช้เครื่องเป่าลมร้อนที่อุณหภูมิ 38 - 42 องศาเซลเซียสโดยคลุมผ้าห่มลมร้อนทั่วร่างกาย
- ตรวจสอบระดับความหนาวสั่นของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง เพื่อปรับอุณหภูมิของเครื่องเป่าลมร้อนปรับอุณหภูมิให้เหมาะสม จนกว่าผู้ป่วยอุณหภูมิร่างกายมากกว่า 36 องศาเซลเซียส
5. สังเกตการเปลี่ยนแปลง และภาวะแทรกซ้อนจากภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำ เช่น การขาดออกซิเจน หัวใจเต้นผิดจังหวะ
 6. ควบคุมอุณหภูมิห้องพักฟื้นที่ 25 องศาเซลเซียส และให้สารน้ำที่อุ่นโดยใช้เครื่องอุ่นสารน้ำตลอดเวลา

การประเมินผล

1. ผู้ป่วยอุณหภูมิร่างกาย 36.5 องศาเซลเซียส
2. ประเมินอาการหนาวสั่น โดยใช้ shivering scale grade 0 ไม่มีอาการสั่น
3. การตรวจคลื่นหัวใจปกติ ไม่พบภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ

สรุปกรณีศึกษา

ผู้ป่วยชายไทย วัย 60 ปี มาโรงพยาบาลด้วยอาการ 5 เดือนก่อนมาโรงพยาบาลปวดหน่วงท้องน้อย ร้าวไปหลัง บัสสถานะเป็นเลือด CT Imp : Rt staghorn RC แพทย์นัดมาผ่าตัดในไต รับประทานยาแก้ปวดที่ได้รับ การวินิจฉัย Rt staghorn renal calculi ทำผ่าตัด Rt Percutaneous Nephrolithotomy : PCNL วิทยาลัยพยาบาลประเมินความเสี่ยงทางวิสัญญีวิทยา ตามเกณฑ์ของสมาคมวิสัญญีอเมริกาผู้ป่วยจัดอยู่ในความเสี่ยงต่อการผ่าตัดระดับ 2 (Physical status class 2) จากมีโรคประจำตัว คือ ความดันโลหิตสูง ไชมันในเลือดสูง และโรคหัวใจขาดเลือด ผลการตรวจประเมินร่างกายก่อนการผ่าตัด ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการอยู่ในเกณฑ์ปกติ คลื่นไฟฟ้าหัวใจและภาพถ่ายรังสีทรวงอกปกติ งดยาลดกลืนเลือดก่อนผ่าตัด 7 วัน เตรียมเลือดสำหรับการผ่าตัด 2 ถุง ผู้ป่วยได้รับการระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย (General anesthesia) ใส่ท่อช่วยหายใจ และให้ยาระงับความรู้สึกแบบ Balanced technique ให้ยาหย่อนกล้ามเนื้อ และยาแก้ปวด ยาดมสลบ และควบคุมการหายใจด้วยเครื่องช่วยหายใจแบบควบคุมปริมาตร (Ventilator tidal volume) 550 ซีซี อัตราหายใจ 14 ครั้ง/นาที จัดท่า Prone position ติดตามการเปลี่ยนแปลงของสัญญาณชีพทุก 5 นาที หรือน้อยกว่า 5 นาที เมื่อผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงที่เสี่ยงต่อชีวิต ทำการผ่าตัดใช้เวลา 2 ชั่วโมง 25 นาที ขณะผ่าตัดเสียเลือดทั้งหมด 150 มิลลิลิตร ได้รับสารน้ำทดแทนอย่างเพียงพอ ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนของการไหลเวียนเลือด ระบบการหายใจ ระบบประสาทหรืออันตรายต่อเบ้าตา หลังเสร็จการผ่าตัดสามารถถอดท่อช่วยหายใจได้ ผู้ป่วยตื่นดี หายใจเองได้ดี ได้รับการดูแลหลังการระงับความรู้สึกในห้องพักฟื้นแล้วส่งกลับหอผู้ป่วย พบปัญหาทางการพยาบาลระงับความรู้สึกก่อนการให้ยาระงับความรู้สึก ผู้ป่วยวิตกกังวลเนื่องจากขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตนก่อน และหลังได้รับยาระงับความรู้สึก ขณะระงับความรู้สึก ผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อความดันโลหิตสูงและหัวใจขาดเลือด ผู้ป่วยเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัด ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการแลกเปลี่ยนก๊าซลดลงหลังการระงับความรู้สึกเนื่องจากการระบายอากาศและการแลกเปลี่ยนก๊าซไม่สมดุล ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดการหายใจไม่มีประสิทธิภาพ และเกิดภาวะทางเดินหายใจอุดตันจากฤทธิ์ยาสลบคั่งค้างผู้ป่วยอาจเกิดการบาดเจ็บจากการจัดท่าผ่าตัด ผู้ป่วยไม่สุขสบายเนื่องจากปวดแผลผ่าตัด เกิดภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำ เนื่องจากการสูญเสียความร้อนของร่างกายระหว่างการผ่าตัด หลังการผ่าตัดวันที่ 3 ผู้ป่วยปวดแผลน้อยลง แผลผ่าตัดแห้งดีไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการระงับความรู้สึก สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้บางส่วน และได้รับการฟื้นฟูสภาพร่างกายรวมวันนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล 7 วัน แพทย์จึงจำหน่ายกลับบ้าน และนัดติดตามอาการแบบผู้ป่วยนอก

วิจารณ์

วิสัญญีพยาบาลมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับความรู้สึกเพื่อผ่าตัดนิ้วในไต โดยการเจาะรูส่องกล้องผ่านผิวหนังตั้งแต่ การประเมินและค้นหาปัญหา เฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงทั้ง ก่อน ขณะและหลังการให้ยาระงับความรู้สึก

ข้อเสนอแนะ

1. มีการทบทวน การดูแล และฟื้นฟูความรู้ทางวิชาการวิสัญญีอย่างต่อเนื่อง ส่งเสริมประสิทธิภาพของบุคลากรทางวิสัญญีวิทยา ด้วยการจัดอบรม ดูงาน และมีการแลกเปลี่ยนความรู้ทางวิชาการและการพัฒนาทักษะอย่างต่อเนื่องภายในหน่วยงานอย่างสม่ำเสมอ
2. จัดทำแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับความรู้สึกเพื่อผ่าตัดนิ้วในไตโดยการเจาะรูส่องกล้องผ่านผิวหนัง เพื่อให้วิสัญญีพยาบาลปฏิบัติเป็นแนวทางเดียวกันและเพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน

เอกสารอ้างอิง

1. ทรงวุฒิ ประสพสุข. การรักษานิ้วในไตด้วยการเจาะรูผ่านผิวหนังในโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์. สวรรค์ประชารักษ์เวชสาร. 2552;6(3):186-94.
2. ราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย. แนวทางการรักษาพยาบาลด้านศัลยกรรม เรื่องโรคนิ้วในไต. [online]. [เข้าถึงเมื่อ 25 กันยายน 2566]. เข้าถึงได้จาก : <https://www.rcst.or.th/web-upload/filecenter/CPG/14U98.pdf>
3. ปกรณ์ เกียรติโสภิษฐ์. Current and Future Trend in Stone Management: Percutaneous nephrolithotomy (PCNL). Srinagarind Med J. 2017 (Suppl) August; 32(4):37-42.
4. อรลักษณ์ รอดอนันต์, วรณี เล็กประเสริฐ, จิตติกัญญา ดวงรัตน์. ตำราฟื้นฟูวิชาการวิสัญญีวิทยา. กรุงเทพฯ: ธนาเพชร; 2555
5. วิลาวลัย สมดี, เทพกร สาริตการมณี, กชกร พลาชีวะ, วินิตาจิรา ระรื่นศักดิ์, สุธันนี สิมะจาริก, วิริยา ถิ่นช็ลอง, และคนอื่นๆ. การเกิด pneumothorax, hydrothorax หรือhemothoraxระหว่างการให้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วไปในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดแบบเจาะผ่านผิวหนังเพื่อนำนิ้วออกจากไตในโรงพยาบาลศรีนครินทร์.ศรีนครินทร์เวชสาร.2556;28(2):178-83.
6. นิตยา ทองช่วย. การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับความรู้สึกเพื่อผ่าตัดนิ้วในไตโดยการเจาะรูส่องกล้องผ่านผิวหนัง: กรณีศึกษา 2 ราย. วารสารวิจัยและนวัตกรรมทางสุขภาพ. 2563;3(2):111-23.
7. ศูนย์ข้อมูลโรงพยาบาลกำแพงเพชร. รายงานประจำปี 2566. กำแพงเพชร: โรงพยาบาลกำแพงเพชร; 2566.
8. จริยา เลิศอรรมยมณี, เบญจรัตน์ หยกอุบล, อรณี สวัสดิ์-ชูโต, ปารีชาติ อภิตชากุล. ตำราวิสัญญีพื้นฐานและแนวทางปฏิบัติ. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2558.



Nursing care of patients with fracture pelvic with hemorrhagic shock : A case study

Walai Muangma, Dip in N.EQU BN.*

Abstract

Introduction : Fracture pelvic was notorious for causing rapid exsanguination resulting in a relatively high mortality rate. The primary goal of nursing care in such cases is to aid the injured person's survival. Good decision-making in providing emergency medical care, which meets the standard, is crucial. This can be achieved through the development of knowledge, clear practice guidelines, and preparedness, which can help increase the chances of survival for the injured individuals.

Objective : To provide guidelines for providing nursing care to patients with fracture pelvic with hemorrhagic shock.

Case study : A 62-year-old Thai male involved in a truck rollover accident suffered a comminuted open fracture of the pelvic bone with hemorrhagic shock. Advanced emergency medical procedures were performed at the accident scene. The patient was conscious and scored 14 on the Glasgow Coma Scale. He had a laceration on his left arm, left hip pain, and inability to move his leg. His heart rate was 112 beats per minute, respiratory rate was 22 breaths per minute, blood pressure was 80/60 mm Hg, oxygen saturation was 95%, and he had a significant and rapid loss of sodium chloride in the blood. A pelvic binder and a long spine board with a cervical collar were applied. Oxygen was administered through a mask at 10 liters per minute. The patient was transported to the emergency room. The triage indicated a critical emergency level with shock. Rapid sodium chloride infusion of 1000 ml was initiated. The pain score decreased from 8 to 5 after administering pain relief medication. Abdominal ultrasound revealed no free fluid in the abdominal cavity. An X-ray of the pelvis showed an unstable comminuted pelvic fracture (Type III) with the highest risk of severe bleeding. The patient was closely monitored for signs of internal bleeding. He was referred to a higher-level hospital. During transport, his blood pressure ranged from 100/60 to 110/60 mm Hg, heart rate was 100-110 beats per minute, respiratory rate was 22 breaths per minute, and oxygen saturation was 97%. The important nursing problems were 1. Life threatening condition due to hemorrhagic shock. 2.Chance of additional injuries during Lifting and moving. 3. Hemorrhagic shock due to exsanguinating from fracture pelvic. 4.Discomfort due to fracture pelvic. 5.Risk of deterioration during the referral process. 6.Fear due to encountering unexpected accidents.

Conclusion : Safely managing shock resulting from pelvic fractures is crucial. Early on-scene nursing care, provided by skilled nurses who can assess and make quick decisions, is essential. This care should include immediate blood clotting and immobilization of the pelvic bone. Adequate and rapid fluid replacement should be given. Coordination with a higher-level hospital is necessary for efficient referral. During transport, nurses should closely monitor the patient's condition. Using an ambulance equipped with remote medical systems can enhance patient care. Providing nursing care that adheres to contemporary standards and practices can significantly improve the chances of survival for individuals with pelvic fractures.

Keywords : Fracture Pelvic, Nursing care of hemorrhagic shock

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

การพยาบาลผู้ป่วยโรคถุงกรงกษกรนห้กห้มีภววะช้อกจกการสูญเสยเลือด : กรณีศึกษา

วัลย์ เมืองมา, ป.พ.ย. *

บทคัดย่อ

บทนำ : การบาดเจ็บของกระดูกเชิงกรานเป็นสาเหตุให้ร่างกายสูญเสียเลือดอย่างรวดเร็ว ส่งผลให้มีอัตราการเสียชีวิตค่อนข้างสูง เป้าหมายในการดูแลรักษาพยาบาล คือ ช่วยให้ผู้ป่วยรอดชีวิต การตัดสินใจที่ดีในการให้การพยาบาลแก้ไขภาวะฉุกเฉินชีวิตที่ได้มาตรฐาน รวดเร็ว เกิดจากการพัฒนาองค์ความรู้ มีแนวปฏิบัติที่ชัดเจน เตรียมความพร้อม จะช่วยเพิ่มโอกาสรอดชีวิตของผู้บาดเจ็บได้

วัตถุประสงค์ : เพื่อเป็นแนวทางในการพยาบาลผู้ป่วยโรคถุงกรงกษกรนห้กห้มีภววะช้อกจกการสูญเสยเลือด

กรณีศึกษา : ชายไทย อายุ 62 ปี ประสบอุบัติเหตุรถบรรทุกพลิกคว่ำ กระดูกเชิงกรานหักร่วมกับมีภาวะช้อกจกการสูญเสยเลือด ปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินระดับสูง ณ จุดเกิดเหตุ จำเหตุการณ์ได้ไม่สลับ ประเมินสัญญาณทางระบบประสาทได้ 14 คะแนน มีแผลถลอกที่แขนซ้าย ปวดสะโพกซ้าย ยกขาไม่ได้ ชีพจร 112 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 22 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 80/60 มิลลิเมตรปรอท ความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 95% ให้สารละลายโซเดียมคลอไรด์ปริมาณมากและเร็ว ใช้แถบรัดยึดตรึงกระดูกเชิงกราน และแผ่นกระดานรองหลังชนิดยาวยึดตรึงกระดูกสันหลังส่วนคอ ให้ออกซิเจนทางหน้ากากชนิดดูจ 10 ลิตรต่อนาที เคลื่อนย้ายผู้ป่วยส่งห้องฉุกเฉิน คัดแยกผู้ป่วยได้ระดับฉุกเฉินวิกฤต มีภาวะช้อก รายงานแพทย์ให้สารละลายโซเดียมคลอไรด์ทางหลอดเลือดดำอย่างรวดเร็ว 1000 มิลลิลิตร ประเมินอาการซ้ำ ชีพจร 112 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 22 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 100/60 มิลลิเมตรปรอท ความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 97% ปวดระดับ 8 คะแนน ที่บริเวณอู่เชิงกราน ดูแลให้ยาแก้ปวดตามแผนการรักษา อาการปวดลดลงเหลือ 5 คะแนน แพทย์ตรวจหน้าท้องด้วยเครื่องคลื่นความถี่สูงไม่พบของเหลวในช่องท้อง ถ่ายภาพรังสีอู่เชิงกราน พบกระดูกเชิงกรานหักชนิดไม่มั่นคงในแนวหน้า-หลัง ระดับ III ซึ่งเป็นกลุ่มที่ทำให้เสียเลือดมากที่สุด เฝ้าระวังอาการแสดงจากภาวะเลือดออกภายในอู่เชิงกราน แพทย์ตัดสินใจส่งผู้ป่วยไปโรงพยาบาลศัลยกรรมสูงกว่า ประสานงานกับโรงพยาบาลที่รับส่งต่อ ยึดตรึงและเคลื่อนย้ายผู้ป่วยด้วยรถพยาบาลที่มีระบบแพทย์ทางไกล เฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงขณะส่งต่อโดยพยาบาล 2 คน ผู้บาดเจ็บถึงโรงพยาบาลที่รับส่งต่อด้วยความปลอดภัย ความดันโลหิต 100/60 - 110/60 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 100 - 110 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 22 ครั้ง/นาที ปัญหาทางการพยาบาลที่สำคัญ คือ 1. มีโอกาสเสียชีวิตในที่เกิดเหตุเนื่องจากภาวะช้อก 2. เกิดภาวะช้อกจกการสูญเสยเลือดเนื่องจกอู่เชิงกรานหัก ณ จุดเกิดเหตุ 3. มีโอกาสเกิดการบาดเจ็บเพิ่มขณะเคลื่อนย้าย 4. เสี่ยงต่อการเกิดภาวะช้อกซ้ำ 5. ไม่สุขสบายจกอาการปวดเชิงกราน 6. เสี่ยงต่อการเกิดภาวะทรุดลงขณะส่งต่อ 7. กลัวจกการเผชิญกับอุบัติเหตุที่ไม่คาดคิด

สรุป : ผู้บาดเจ็บปลอดภัยจากภาวะช้อกที่เกิข้ขึ้นจกกระดูกเชิงกรานหัก การปฐมพยาบาล ณ จุดเกิดเหตุด้วยพยาบาลที่มีทักษะในการประเมิน ตัดสินใจห้ามเลือดควบคู่กับยึดตรึงกระดูกเชิงกราน ให้สารน้ำทดแทนอย่างเพียงพอและรวดเร็ว ประสานนำส่งโรงพยาบาลศัลยกรรมสูงกว่าให้การพยาบาลเคลื่อนย้าย เฝ้าระวังขณะส่งต่อ นำส่งด้วยรถพยาบาลที่มีระบบแพทย์ทางไกล ให้การพยาบาลผู้ป่วยตามมาตรฐานการพยาบาล และหลักวิชาการทันสมัยจะช่วยเพิ่มโอกาสรอดชีวิตของผู้บาดเจ็บ

คำสำคัญ : กระดูกเชิงกรานหัก การพยาบาลผู้ป่วยภาวะช้อกจกการสูญเสยเลือด

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ งานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลคลองขลุง

บทนำ

กระดูกเชิงกรานหักเกิดจากอุบัติเหตุที่รุนแรง ได้แก่ พลัดตกจากที่สูง อุบัติเหตุทางรถยนต์ได้รับแรงกระแทกบริเวณสะโพกอย่างมาก ถูกทำร้ายร่างกาย ลักษณะการหักของกระดูกเชิงกรานแบ่งเป็น 1) ชนิด Open book injury (Anteroposterior compression: APC) เป็นการหักที่มีแรงกระทำให้กระดูกเชิงกรานแอ่อกทำให้ปริมาตรใน pelvic cavity เพิ่มขึ้น หากมีการฉีกขาดของเส้นเลือดร่วมด้วย มักจะทำให้มีการเสียเลือดได้มาก 2) ชนิด Closed book fracture (Lateral compression: LC) เป็นการหักที่มีแรงกระทำจากด้านข้างทำให้กระดูกเชิงกรานพับเข้า เกิดรอยหักบริเวณ pubic rami ด้านใดด้านหนึ่งหรือทั้ง 2 ด้าน 3) ชนิดหักที่เกิดจากแรงเฉือนในแนวตั้ง (Vertical shear: VS) เป็นการหักที่ hemipelvis มีการเคลื่อนขึ้นบนและไปด้านหลัง และ major stabilizing ligament ด้านหลังจะฉีกขาดทั้งหมด มีโอกาสเกิดการฉีกขาดของเส้นเลือด เส้นประสาท รวมถึงอวัยวะภายในช่องท้องร่วม¹ จากข้อมูลการบาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนของกระทรวงสาธารณสุข ปี 2563-2565 พบว่า ในประเทศไทย มีจำนวนบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนน 561,430, 451,541, และ 467,259 ราย และเสียชีวิตร้อยละ 9.0, 12.42, และ 12.19 ตามลำดับ² ซึ่งผู้เสียชีวิตส่วนใหญ่มักมีบาดเจ็บหลายระบบ จากการศึกษาข้อมูลผู้บาดเจ็บหลายระบบจะพบกระดูกเชิงกรานหักร่วมร้อยละ 9.3 และโดยมากกว่าร้อยละ 50 เกิดขึ้นในอายุมากกว่า 75 ปี สำหรับกระดูกเชิงกรานหักชนิด APC มีการแบ่งความรุนแรงเป็นระดับ I ถึง III ระดับเพิ่มขึ้นตามอวัยวะภายในอุ้งเชิงกรานได้รับบาดเจ็บและเพิ่มอัตราการช็อกและอัตราการเสียชีวิต³ จากกรณีเลือดคั่งภายในอุ้งเชิงกรานโดยแหล่งของเลือดที่ออกมาจากพื้นผิวกระดูกที่หักมีการฉีกขาดของหลอดเลือดแดงหรือเส้นเลือดดำ เส้นเลือดใหญ่ถูกขัดขวางจากกระดูกที่หักกดทับเส้นเลือดเกิดภาวะแทรกซ้อนระบบไหลเวียน ทำให้ร่างกายสูญเสียเลือดอย่างรวดเร็ว และมีอัตราการเสียชีวิตที่ค่อนข้างสูง จากการศึกษาพบว่ากระดูกเชิงกรานบาดเจ็บร่วมกับมีระบบไหลเวียนโลหิตไม่คงที่ในทุกๆ 3 นาที ส่งผลให้อัตราการเสียชีวิตเพิ่มขึ้นร้อยละ 1³

การพยาบาลผู้ป่วยกระดูกเชิงกรานหักร่วมกับระบบไหลเวียนโลหิตไม่คงที่เป็นงานที่ทำหาย⁴ ช่วงเวลาที่สำคัญที่สุดของการพยาบาลผู้บาดเจ็บกระดูกเชิงกรานหัก คือ ระยะเวลาถึงโรงพยาบาลที่มีแนวทางการประเมินภาวะเลือดออก ทางเดินหายใจ การหายใจ ระบบไหลเวียน ระดับความรู้สึกตัว คำนหาการบาดเจ็บ ภาวะคุกคามชีวิต การตัดสินใจของพยาบาลจึงมีความสำคัญอย่างยิ่งในการจัดการกับอาการบาดเจ็บที่ซับซ้อน การประเมินการช่วยชีวิตดูแลระบบไหลเวียนไม่คงที่และการยึดตรึงจะต้องทำควบคู่กัน รวมทั้งมีทักษะในการใช้อุปกรณ์ยึดตรึงอวัยวะที่ถูกต้อง การรักษาพยาบาลอย่างรวดเร็ว ถูกต้องได้มาตรฐาน ช่วยลดอัตราการเสียชีวิตของผู้บาดเจ็บกระดูกเชิงกรานหัก⁵

จากข้อมูลโรงพยาบาลคลองขลุง มีจำนวนผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนน 4,488, 4,253, และ 4,865 ราย และเสียชีวิตร้อยละ 0.78, 0.82 และ 0.37 ตามลำดับ ผู้บาดเจ็บกระดูกเชิงกรานหัก จำนวน 5, 7, 2 คนต่อปี และมีภาวะช็อกในผู้ที่มีกระดูกเชิงกรานหักจำนวน 2, 3, 1 คนต่อปี⁶ ซึ่งการบาดเจ็บกระดูกเชิงกรานหักเป็นสาเหตุการเสียชีวิต 1 ใน 3 ของอุบัติเหตุทางถนน⁶ จากกรณีศึกษา⁷ มีภาวะกระดูกเชิงกรานหักชนิด APC Type III มีผลทำให้ร่างกายสูญเสียเลือดอย่างรวดเร็ว และมีโอกาสเสียชีวิตที่ค่อนข้างสูง เป้าหมายการดูแลรักษาพยาบาลกรณีนี้ คือ การตัดสินใจจัดการกับอาการบาดเจ็บที่ซับซ้อน การให้สารน้ำทดแทน และการยึดตรึงที่ทำความคุ้นเคยกับภาวะช็อกลดการเสียเลือดได้เหมาะสมรวดเร็วที่สุด ผู้บาดเจ็บพ้นจากภาวะคุกคามชีวิต พยาบาลจึงเป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้บาดเจ็บตั้งแต่ประสบอุบัติเหตุ ให้การพยาบาลอย่างต่อเนื่องในโรงพยาบาลจนถึงส่งรักษา เป็นวิชาชีพที่มีความใกล้ชิดสังเกตอาการผู้บาดเจ็บได้มากที่สุด การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นแนวทางในการพยาบาลผู้บาดเจ็บกระดูกเชิงกรานหักที่มีภาวะช็อกจากการสูญเสียเลือด

กรณีศึกษา

ชายไทย อายุ 62 ปี เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย ศาสนาพุทธ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษาชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 อาชีพรับจ้างตัดอ้อย

อาการสำคัญ : ปวดสะโพกซ้าย ยกขาไม่ได้ 30 นาที ก่อนมาถึงโรงพยาบาล

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน : 30 นาที ก่อนมาโรงพยาบาล ขณะโดยสารรถบรรทุกอ้อยเกิดอุบัติเหตุพลิกคว่ำ มีอาการปวดสะโพกซ้าย ยกขาไม่ได้

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต : ผู้บาดเจ็บมีโรคความดันโลหิตสูงมานาน 7 ปี รับประทานยาสม่ำเสมอควบคุมความดันโลหิต อยู่ในเกณฑ์ปกติ ปฏิเสธแพ้ยา

การวินิจฉัยโรค : Fracture Pelvic young and burgress APC type III with hemorrhagic shock

การประเมินสภาพร่างกายตามระบบ

รูปร่างทั่วไป	รูปร่างอ้วน น้ำหนัก 75 กิโลกรัม ส่วนสูง 155 เซนติเมตร ค่าดัชนีมวลกายเท่ากับ 31.25 กิโลกรัมต่อตารางเมตร
สัญญาณชีพ	ความดันโลหิต 100/60 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 112 ครั้งต่อนาที แรงสม่าเสมอ อัตราการหายใจ 22 ครั้งต่อนาที อุณหภูมิ 36.4 องศาเซลเซียส ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด 95 เปอร์เซ็นต์
ระบบประสาท	ซึม เรียกลืมตา พูดตอบคำถามได้ ไม่สับสน รับรู้เวลา สถานที่ บุคคล การประเมินสัญญาณทางระบบประสาทเท่ากับ 14 คะแนน รูม่านตา 3 มิลลิเมตร ทำปฏิกิริยาต่อแสงเท่ากันทั้งสองข้าง
ผิวหนัง	ผิวหนังซีด พบบาดแผลถลอกที่สะโพกด้านซ้าย ขนาดพื้นที่เส้นผ่านศูนย์กลาง 5 เซนติเมตร
ศีรษะและใบหน้า	ผมสีดำแซมด้วยสีขาวบาง ศีรษะไม่มีบาดแผล คลำไม่พบก้อนบริเวณต่อมน้ำเหลือง ตา 2 ข้างสมมาตรกัน มองเห็นชัด เปลือกตาซีดเล็กน้อยทั้ง 2 ข้าง ไบหู จมูก ปาก ลักษณะภายนอกปกติ อ้าปากได้ปกติ ไม่ปวดคอ
ทรวงอกและการหายใจ	ทรวงอกรูปร่างปกติสมมาตรกัน หน้าอกเคลื่อนไหวเท่ากันทั้ง 2 ข้าง หายใจสม่าเสมอ 22 ครั้งต่อนาที เสียงการหายใจเท่ากันทั้ง 2 ข้าง คลำไม่พบภาวะที่มีลมแทรกอยู่ใต้ผิวหนัง ไม่พบรอยแผล
หัวใจและหลอดเลือด	การเต้นของหัวใจสม่าเสมอ ชีพจร 112 ครั้งต่อนาที ไม่มีเส้นเลือดที่คอโป่ง
ช่องท้องและทางเดินอาหาร	บริเวณหน้าท้องกดไม่เจ็บ ไม่แข็งตึง ท้องไม่ขยายออก ท้องไม่อืด การเคลื่อนตัวของลำไส้ 5-6 ครั้งต่อนาที ขับถ่ายปกติ
ระบบทางเดินปัสสาวะ	ไม่พบบาดแผลบริเวณท้องน้อย กระเพาะปัสสาวะไม่โป่งตึง ไม่มีพบเลือดออกทางปัสสาวะ
ระบบอวัยวะสืบพันธุ์	ปกติ ไม่พบอวัยวะเขียวช้ำ ไม่พบบาดแผล
ระบบกล้ามเนื้อและกระดูก	ปวดสะโพกกระดูกตำแหน่งไม่ได้ชัด เดินไม่ได้ ขาซ้ายสั้นกว่าขาขวาด้านนอก เดินไม่ได้ แขน 2 ข้างยกได้ พบแผลรอยครูดที่แขนซ้ายท่อนล่างยาว 5 เซนติเมตร ยกได้ปกติ
สภาพจิตใจและสังคม	ผู้บาดเจ็บและญาติสอบถามถึงการดูแลสุขภาพ กลับเดินไม่ได้ สีหน้าซีด หายใจถี่เร็ว

ผลภาพถ่ายรังสีและ/หรือผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่สำคัญ

Film Pelvis AP view : fracture pubic symphysis, vertical displace it pubic rami,widening it SI jt

Film is spine : not seen fracture

CXR : ไม่พบลมและเลือดในปอด (no hemo-pneumothorax)

FAST : negative

Hct : 30%

การดำเนินของโรคขณะรับไว้รักษา

เวลา 09.13 น. ออกปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินระดับสูง ณ จุดเกิดเหตุ ด้วยเหตุโดยสารรถบรรทุกอ้อยพลิกคว่ำ อาการแรกรับจำเหตุการณ์ได้ไม่สลบ ประเมินสัญญาณทางระบบประสาทได้ 14 คะแนน มีแผลถลอกที่แขนซ้าย ปวดสะโพกซ้าย ยกขาไม่ได้ ความดันโลหิต 80/50 มิลลิเมตรปรอท อัตราการเต้นของชีพจร 124 ครั้งต่อนาที เบาแต่สม่าเสมอ อัตราการหายใจ 22 ครั้งต่อนาที คัดแยกประเมินผู้บาดเจ็บตามแนวทางการช่วยชีวิตผู้บาดเจ็บระยะก่อนถึงโรงพยาบาลฉบับปรับปรุงครั้งที่ 9 ให้สารละลายโซเดียมคลอไรด์ 2 แขนงรวดเร็วปริมาณมาก ใช้แถบรัดยึดตรึงกระดูกเชิงกราน และแผ่นกระดานรองหลังชนิดยาวยึดตรึงกระดูกสันหลังส่วนคอให้ออกซิเจนทางหน้ากากชนิดสูง 10 ลิตรต่อนาที เคลื่อนย้ายผู้บาดเจ็บไปโรงพยาบาล

เวลา 09.30 น. ที่ห้องฉุกเฉิน ผู้บาดเจ็บนำส่งด้วยรถนอน มีภาวะช็อกจากจุดเกิดเหตุ คัดแยกผู้บาดเจ็บได้ระดับฉุกเฉินวิกฤต รายงานแพทย์ให้สารละลายโซเดียมคลอไรด์ทางหลอดเลือดดำอย่างรวดเร็ว 1000 มิลลิลิตร ประเมินอาการซ้ำ ความดันโลหิต 100/60 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 112 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 22 ครั้งต่อนาที ปวดระดับ 8 คะแนน ที่บริเวณอุ้งเชิงกราน ดูแลให้ยาแก้ปวด

ตามแผนการรักษา อาการปวดลดลงเหลือ 5 คะแนน แพทย์ตรวจหน้าท้องด้วยเครื่องคลื่นความถี่สูงไม่พบของเหลวในช่องท้อง ถ่ายภาพรังสีอุ้งเชิงกราน พบกระดูกเชิงกรานหัก young and burgress APC type III ซึ่งเป็นกลุ่มที่ทำให้เสียเลือดมากที่สุด เฝ้ารออาการแสดงจากภาวะเลือดออกภายในอุ้งเชิงกราน แพทย์ตัดสินใจส่งต่อผู้บาดเจ็บไปโรงพยาบาลศัลยกรรมสูงกว่า ประสานกับโรงพยาบาลที่รับส่งต่อ

เวลา 11.40 น. ยึดตรึงและเคลื่อนย้ายผู้บาดเจ็บด้วยรถพยาบาลที่มีระบบแพทย์ทางไกล เฝ้ารออาการเปลี่ยนแปลงขณะส่งต่อโดยพยาบาล 2 คน ผู้บาดเจ็บถึงโรงพยาบาลที่รับส่งต่อด้วยความปลอดภัย ความดันโลหิต 100/60 -110/60 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 100-110 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 22 ครั้ง/นาที เวลา 13.00 นาฬิกาถึงโรงพยาบาลกำแพงเพชร

การวางแผนการพยาบาล

พบว่าผู้ป่วยมีปัญหาทางการพยาบาลที่สำคัญในช่วงระยะเวลาที่ศึกษา ดังนี้

1. มีโอกาสเสียชีวิตในที่เกิดเหตุเนื่องจากภาวะช็อก
2. มีโอกาสเกิดการบาดเจ็บเพิ่มขณะยกเคลื่อนย้าย
3. เกิดภาวะช็อคจากการบาดเจ็บของอุ้งเชิงกราน
4. ไม่สุขสบายจากอาการปวดเชิงกราน
5. เสี่ยงต่อการเกิดภาวะทรุดลงขณะส่งต่อ
6. กลัวจากการเผชิญกับอุบัติเหตุที่ไม่คาดคิด

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1 ผู้บาดเจ็บมีโอกาสเสียชีวิตในที่เกิดเหตุเนื่องจากภาวะช็อก

ข้อมูลสนับสนุน

1. ชีพจร 112 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 22 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 80/50 มิลลิเมตรปรอท Oxygen saturation 95 %
2. ปวดสะโพกมีการบาดเจ็บกระดูกเชิงกราน ซึ่งเป็นสาเหตุการเสียเลือดรวดเร็ว
3. เป็นอุบัติเหตุรุนแรงเนื่องจากรถบรรทุกพลิกคว่ำ

วัตถุประสงค์การพยาบาล เพื่อให้ผู้บาดเจ็บได้รับการปฐมพยาบาล ณ จุดเกิดเหตุได้ทันเวลา

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้บาดเจ็บได้รับการช่วยเหลือจาก ณ จุดเกิดเหตุจากทีม ACLS ภายใน 10 นาที
2. ผู้บาดเจ็บได้รับการแก้ไขภาวะคุกคามชีวิตตามมาตรฐาน
3. ผู้บาดเจ็บไม่เสียชีวิตที่เกิดเหตุ

กิจกรรมการพยาบาล

1. เตรียมความพร้อมของทีม อุปกรณ์ทั้งการตาม ห้ามเลือด เครื่องมือสื่อสาร เนื่องจากเหตุฉุกเฉินเป็นเหตุที่เกิดขึ้นฉับพลันและต้องการความรวดเร็วในการช่วยเหลือผู้บาดเจ็บ
2. สอบถามข้อมูลหลังรับแจ้งจากศูนย์สั่งการครอบคลุมลักษณะของเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น สถานที่เกิดเหตุที่ชัดเจน จำนวน อาการผู้บาดเจ็บ ชนิดของการบาดเจ็บ มีอันตรายอะไร
3. คัดแยก (triage) ตามมาตรฐาน สำหรับผู้ป่วยรายนี้คัดแยกเป็นสีแดงเนื่องจากผู้ป่วย ชีมี มีภาวะช็อก ทีม ALS ออกปฏิบัติการ ณ จุดเกิดเหตุ และคอยประสานติดตาม ช่วยเหลือเมื่อทีมปฏิบัติการขอความช่วยเหลือ
4. ทีมระดับสูง (Advance Life Support) ปฏิบัติการปฐมพยาบาล ณ จุดเกิด ตามแนวทางXABCDL และสัญญาณชีพ
5. ดูแลให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ 0.9% NSS loading ด้วยเข็มเบอร์ 18 ให้ออกซิเจน mask with bag 10 ลิตรต่อนาที เนื่องจากคาดว่าประเมินมีการเสียเลือดภายใน ชีพจร 112 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 22 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 80/50 มิลลิเมตรปรอท oxygen saturation 95 %
6. ยึดตรึงกระดูกเชิงกรานด้วยPelvic binding เคลื่อนย้ายผู้บาดเจ็บในท่านอนแบบยึดตรึงกับ Long spinal board กำกับดูแลให้พนักงานขับรถและพนักงานเปลขึ้นเปลด้วยความระมัดระวังเคลื่อนย้ายออกจากจุดเกิดเหตุภายใน 10 นาที บน Long spinal board

7. รักษาอุณหภูมิร่างกายผู้บาดเจ็บด้วยการห่มผ้าห่มพรอย
8. ประสานข้อมูลการส่งต่อผู้บาดเจ็บกับห้องฉุกเฉิน เพื่อเตรียมพร้อมในการช่วยเหลือผู้บาดเจ็บได้อย่างถูกต้องรวดเร็ว
9. นำส่งผู้ป่วยไปห้องฉุกเฉินและให้การดูแลระหว่างนำส่ง โดยเฝ้าระวังอาการและประเมินสัญญาณชีพ ค่า oxygen saturation ซ้ำทุก 5 นาที ประเมินการเสียเลือดเพิ่มจากการบาดเจ็บอวัยวะภายในอุ้งเชิงกราน ได้แก่ หัวใจเต้นเร็ว หายใจเร็ว ความดันชีพจรแคบลง แขนขาที่เย็นและ Capillary refill >3 นาที
10. เฝ้าระวังและติดตามประเมินสัญญาณชีพ และ oxygen saturation จนกระทั่งถึงห้องฉุกเฉิน

ประเมินผลการพยาบาล

1. ทีม ACLS ใช้เวลา 10 นาทีถึงที่เกิดเหตุ
2. ประเมินความเหมาะสมการปฏิบัติตามแนวทาง Pre Hospital Trauma Life Support 9th Edition จากแบบบันทึกการปฏิบัติการ ณ จุดเกิดเหตุ พบว่าการดูแลปฐมพยาบาลห้ามเลือด ดูแลระบบไหลเวียน ดูแลการหายใจได้เหมาะสม ร้อยละ 100
3. สัญญาณชีพหลังได้ 0.9% NSS loading ความดันโลหิตอยู่ในช่วง 110/90 - 120/90 มิลลิเมตรปรอท ชีพจรอยู่ในช่วง 100-112 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจอยู่ในช่วง 18-20 ครั้งต่อนาที ไม่มีอาการกระสับกระส่าย ไม่มีตัวเย็นปลายมือปลายเท้าไม่เขียวคล้ำ capillary refill 1 นาที ค่า oxygen saturation อยู่ในช่วง 95-96 % Glasgow Coma Scale E₄M₆V₅

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2 มีโอกาสเกิดการบาดเจ็บเพิ่มขณะยกเคลื่อนย้าย

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้บาดเจ็บบอกรปวดสะโพกกระดูกตำแหน่งไม่ได้ เดินไม่ได้ ขาซ้ายสั้นกว่าขาขวา
2. Film Pelvis AP view fracture pubic ชนิด APC type III (Pubis symphysis fracture & vertical displace it pubic rami & widening it SI joint)
3. ได้รับการเคลื่อนย้ายจากจุดเกิดเหตุถึงห้องฉุกเฉินและส่งรักษาโรงพยาบาลกำแพงเพชร

วัตถุประสงค์การพยาบาล

เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยไม่บาดเจ็บเพิ่มจากการยกเคลื่อนย้าย

เกณฑ์การประเมินผล

ไม่พบบาดเจ็บของอวัยวะภายในอุ้งเชิงกรานเพิ่มจากการยกเคลื่อนย้าย

กิจกรรมการพยาบาล

1. เคลื่อนย้ายผู้บาดเจ็บในท่านอนแบบยึดตรึงกับ Long spinal board และยึดตรึงกระดูกเชิงกราน โดยใช้แถบรัดตรึงกระดูกเชิงกราน
2. กำกับดูแลให้พนักงานขับรถและพนักงานเปลขึ้นเปลด้วยความระมัดระวัง นุ่มนวล ไม่เร็วหรือเกิดการบาดเจ็บซ้ำ
3. เฝ้าระวังรับรู้ภาวะช็อกจากการตกเลือดในระยะแรกโดยการติดตาม สัญญาณเริ่มต้นที่สำคัญ หัวใจเต้นเร็ว หายใจเร็ว ความดันชีพจรแคบ แขนขาที่เย็น และ capillary refill น้อยกว่า 3 นาที เป็นสัญญาณของการหดตัวของหลอดเลือดส่วนปลาย⁹
4. ใส่สายสวนปัสสาวะเพื่อประเมินภาวะเลือดออกจากอวัยวะภายในอุ้งเชิงกราน
5. มีความตระหนักรู้เสมอว่า หากพบผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลงผิดปกติขณะเคลื่อนย้าย ต้องรีบจัดการแก้ไขโดยเร็วที่สุดตามสาเหตุของปัญหาที่พบ หากผู้ป่วยต้องได้รับการช่วยฟื้นคืนชีพขณะเคลื่อนย้ายจากจุดเกิดเหตุถึงห้องฉุกเฉินให้ประสานกับห้องฉุกเฉินเพื่อเตรียมความพร้อมรับ กรณีต้องช่วยฟื้นคืนชีพขณะส่งรักษาโรงพยาบาล กำแพงเพชรประสานกับศูนย์รับรักษาโรงพยาบาลกำแพงเพชรผ่านระบบแพทย์ทางไกลบนรถพยาบาล

ประเมินผลการพยาบาล

ไม่พบการบาดเจ็บของอวัยวะภายในอุ้งเชิงกรานเพิ่มจากการยกเคลื่อนย้าย

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 3 เกิดภาวะช็อคจากการบาดเจ็บของอุ้งเชิงกราน

ข้อมูลสนับสนุน

1. สงสัยเลือดออกภายในจากกระดูกเชิงกรานหักแบบ young and burgress APC type III ซึ่งเป็นกลุ่มที่ทำให้เสียเลือดมากที่สุด
2. ความดันโลหิต 110/90 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 100 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที (ผู้บาดเจ็บเป็นผู้สูงอายุที่มี BP เดิมระหว่าง 140/90-150/90 mmHg SBP ลดลงจากเดิม 40 mmHg)
3. ณ จุดเกิดเหตุ มีภาวะ hemorrhagic shock class III ชีพจร 124 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 80/50 มิลลิเมตรปรอท แขนขาเย็น ชีวม
4. ค่าความเข้มข้นของเลือด 30%

วัตถุประสงค์การพยาบาล : เพื่อเฝ้าระวังและแก้ไขภาวะช็อคได้เหมาะสมทันเวลา

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้บาดเจ็บได้รับการเฝ้าระวังภาวะช็อค ประเมิน Sign ของช็อคจาก
 - ชีพจรไม่เร็ว <120 ครั้งต่อนาที หายใจไม่เกิน 24 ครั้งต่อนาที ความดันชีพจรไม่แคบ >40 มิลลิเมตรปรอท ความดันโลหิตอยู่ในช่วง 100/60 – 130/90 มิลลิเมตรปรอท ชีพจรอยู่ในช่วง 60-100 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจอยู่ในช่วง 18 -20 ครั้งต่อนาที
 - สีผิวมีชด ปลายมือปลายเท้าเขียวคล้ำ แขนขาเย็นขึ้น Capillary refill น้อยกว่า 3 วินาที
 - ระดับความรู้สึกตัว
 - บัสสาวะออกมากกว่า 30 ซีซีต่อชั่วโมง
2. ความเหมาะสมการปฏิบัติตามแนวเฝ้าระวังภาวะฉุกเฉิน

กิจกรรมการพยาบาล

1. รวบรวมข้อมูลของผู้บาดเจ็บที่ได้จากที่ปฏิบัติการปฐมพยาบาล ณ จุดเกิดระดับสูง (Advance Life Support) เตรียมความพร้อมสถานที่ zone resuscitate ในการช่วยชีวิตผู้บาดเจ็บ รายงานแพทย์ แจ้งทีมตั้งแต่ศูนย์แปล พนักงานขับรถที่มการพยาบาล
2. พยาบาลจุดคัดแยก คัดแยกผู้บาดเจ็บตามขั้นตอนของ MOPH ED TRIAGE จัดลำดับเป็นผู้ป่วยวิกฤติฉุกเฉินระดับ 2 เข้ารับการรักษานในห้องฉุกเฉินไม่เกิน 10 นาที
3. ทำ Primary Survey เพื่อประเมินหาภาวะคุกคามชีวิต ตามแนวทางXABCDL และสัญญาณชีพ
4. ดูแลทางเดินหายใจให้ออกซิเจน mask with bag 10 ลิตรต่อนาที Keep Oxygen saturation มากกว่า 95 % ให้การพยาบาลตามแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้บาดเจ็บวิกฤติ ดูแลให้ 0.9% Normal saline อีกเส้น Loading เพิ่มอีก 1000 มิลลิลิตร ตามคำสั่งรักษาของแพทย์
5. ประสานแผนกเอ็กซเรย์ เตรียมพร้อมรับผู้บาดเจ็บ ส่งผู้บาดเจ็บไปถ่ายภาพรังสี
6. ดูแลใส่สายสวนบัสสาวะ ประเมินปริมาณบัสสาวะควรออกมากกว่า 5 ซีซีต่อกิโกรัมต่อชั่วโมง
7. เฝ้าระวังภาวะช็อคจากการตกเลือดที่รับรู้ได้ในระยะแรกโดยการติดตามประเมินสัญญาณชีพทุก 15 นาที สังเกตสัญญาณเริ่มต้นที่สำคัญดังนี้ tachycardia, tachypnea, narrowing pulse pressure, แขนขาที่เย็นและ delayed capillary refill>-min
8. ประเมินและตรวจสอบความเหมาะสมในการห้ามเลือด ดูแลให้ยาต้านการสลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ (Tranexamic acid 250 มิลลิกรัม) ตามแผนการรักษา และเฝ้าระวังประเมินผลข้างเคียงของยา ดูแลให้ยาวิตามินเค10 มิลลิกรัมทางหลอดเลือดดำเพื่อช่วยให้เลือดแข็งตัว
9. ประเมินอาการบาดเจ็บของอวัยวะอื่น ประเมินอาการของภาวะเลือดออกซ้ำ อาการปวด ลักษณะทางหน้าท้อง
10. ประเมินระดับความรู้สึกตัวโดยใช้ Glasgow Coma Score เมื่อผู้บาดเจ็บมีอาการกระสับกระส่าย สับสน หรือซีมลง แสดงว่าอาจมีภาวะพร้อมออกซิเจนหรือช็อคจากการเสียเลือด

11. จัดทำนอนแบบยึดตรึงกับ Long spinal board และยึดตรึงกระดูกเชิงกราน โดยใช้Pelvic binding device
ประเมินผลการพยาบาล

1. ผู้บาดเจ็บได้รับการประเมินก่อนเข้าสู่ภาวะช็อก สังเกต Sign ของช็อกจาก
 - ชีพจรไม่เร็วอยู่ในช่วง 60-100 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจอยู่ในช่วง 18-20 ครั้งต่อนาที ความดันชีพจรอยู่ในช่วง 40-50 มิลลิเมตรปรอท ความดันโลหิตอยู่ในช่วง 100/60 – 130/90 มิลลิเมตรปรอท ชีพจรอยู่ในช่วง
 - สีผิวไม่ซีด ปลายมือปลายเท้าไม่เขียวคล้ำ แขนขาอุ่นCapillary refill น้อยกว่า 3 วินาที
 - ระดับความรู้สึกตัวดี ไม่ซึม
 - ปัสสาวะออก 80 ซีซีต่อชั่วโมง
2. ร้อยละความเหมาะสมการปฏิบัติตามแนวทางเฝ้าระวังภาวะฉุกเฉิน 100

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 4 ไม่สุขสบายจากอาการปวดเชิงกราน

ข้อมูลสนับสนุน

1. Pain score 8 คะแนน
2. Film Pelvis AP view พบกระดูกเชิงกรานหัก young and burgress APC type III ซึ่งเป็นกลุ่มที่ทำให้เสียเลือดมากที่สุด
3. ผู้บาดเจ็บมีหน้ามืด

วัตถุประสงค์การพยาบาล เพื่อผู้บาดเจ็บบรรเทาจากการเจ็บปวด

เกณฑ์การประเมินผล

1. ไม่มีร่องคราง ไบหน้าแสดงอาการผิดปกติ
2. Pain score \leq 6 คะแนน

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินระดับความปวดโดยการสังเกตจากสีหน้า ท่าทาง และซักถามอาการปวดโดยใช้ Numeric rating scale เพื่อให้การพยาบาลที่ถูกต้องเหมาะสม
2. ดูแลเคลื่อนย้ายด้วยความนุ่มนวล หลีกเลี่ยงการกระทบกระเทือนเพื่อไม่เป็นการกระตุ้นให้เกิดความเจ็บปวดเพิ่มขึ้น
3. ดูแลให้ยาแก้ปวดตามแผนการรักษา ได้แก่ มอร์ฟีน 3 มิลลิกรัมทางหลอดเลือดดำ ประเมินซ้ำหลังให้ยา 15 นาที และสังเกตอาการข้างเคียงของยา
4. อธิบายสาเหตุที่ทำให้ปวดและพูดคุยให้กำลังใจ

ประเมินผลการพยาบาล

1. ไม่มีร่องคราง ไบหน้าแสดงอาการผิดปกติ
2. Pain score 5 คะแนน

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 5 เสี่ยงต่อการเกิดภาวะทรุดลงขณะส่งต่อ

ข้อมูลสนับสนุน

1. แกร็บตั้งแต่จุดเกิดเหตุผู้บาดเจ็บมีภาวะช็อก ระดับ 3
2. Film Pelvis AP view young and burgress APC type III ซึ่งเป็นกลุ่มที่ทำให้เสียเลือดมากที่สุด
3. ผู้บาดเจ็บจัดอยู่ระดับ Level II : Stable with High risk of deterioration ได้แก่ผู้บาดเจ็บกลุ่ม Resuscitation ที่หลังให้การดูแลรักษาอย่างเต็มที่แล้ว สัญญาณชีพมีความปลอดภัย แต่ยังคงมีความเสี่ยงสูงที่มีโอกาสทรุดลงระหว่างส่งต่อ

วัตถุประสงค์การพยาบาล : เพื่อให้ผู้บาดเจ็บปลอดภัยและได้รับการเฝ้าระวังขณะส่งรักษา

เกณฑ์การประเมินผล

1. ไม่เกิดภาวะทรุดลงขณะเคลื่อนย้าย
2. ความเหมาะสมการปฏิบัติตามแนวทางการพยาบาลเฝ้าระวังขณะเคลื่อนย้าย

กิจกรรมการพยาบาล ขณะเคลื่อนย้ายจากจุดเกิดเหตุถึงโรงพยาบาล

1. ประสานงานกับห้องฉุกเฉินโรงพยาบาลคลองขลุง เพื่อเตรียม สถานที่ เครื่องมือช่วยชีวิต
2. เผื่อระวังรับรู้ภาวะช็อกจากการตกเลือดในระยะแรกโดยการติดตามสัญญาณเริ่มต้นที่สำคัญ หัวใจเต้นเร็ว หายใจเร็ว ความดันซีฟจรลดลง แขนขาที่เย็น และ Capillary refill มากกว่า 3 นาที
3. ดูแลทางเดินหายใจให้ออกซิเจน mask with bag 10 ลิตรต่อนาที Keep oxygen saturation มากกว่า 95 %
4. ดูแลให้สารน้ำ และปรับอัตราการไหลของสารน้ำ
5. เคลื่อนย้ายผู้บาดเจ็บในท่านอนแบบยึดตรึงกับ Long spinal board และยึดตรึงกระดูกเชิงกราน โดยใช้แถบรัดตรึงกระดูกเชิงกราน กำกับดูแลให้พนักงานขับรถและพนักงานเปลขึ้นเปลด้วยความระมัดระวัง นุ่มนวล ไม่เร็วหรือเกิดการบาดเจ็บซ้ำ
6. รายงานข้อมูลผู้บาดเจ็บให้กับห้องฉุกเฉิน เกี่ยวกับกลไกการบาดเจ็บ ตำแหน่งที่บาดเจ็บ สัญญาณชีพ ณ จุดเกิดเหตุ ระดับความรู้สึกตัว การรักษาที่ได้ให้แก่ผู้บาดเจ็บ

กิจกรรมการพยาบาล ขณะส่งรักษาจากโรงพยาบาลคลองขลุงถึงโรงพยาบาลกำแพงเพชร

1. ประสานงานกับโรงพยาบาลกำแพงเพชร หลังจากแพทย์ส่งรักษา
2. เตรียมความพร้อมของรถพยาบาล เครื่องมือช่วยชีวิตบนรถพยาบาล
3. ประเมินว่าอาการผู้บาดเจ็บจัดระดับความเจ็บป่วยเป็น Level II : Stable with High risk of deterioration จัดพยาบาลดูแลอย่างน้อย 2 คน ซึ่งประกอบด้วย 1) หัวหน้าทีม จำนวน 1 คน ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพ ระดับ Develop 2) พยาบาลวิชาชีพ ระดับ Doing จำนวน 1 คน
4. เผื่อระวังรับรู้ภาวะช็อกจากการตกเลือดในระยะแรกโดยการติดตามอย่างใกล้ชิด ได้แก่ หัวใจเต้นเร็ว หายใจเร็ว ความดันซีฟจรลดลง แขนขาที่เย็นและ Capillary refill มากกว่า 3 นาที
5. ดูแลทางเดินหายใจให้ออกซิเจน mask with bag 10 ลิตรต่อนาที Keep oxygen saturation มากกว่า 95 %
6. ประสานงานดูแลขณะส่งรักษาด้วยระบบ telemedicine ติด Patient monitor หากคล้ำซีฟจรเบาเร็ว วัดความดันโลหิตไม่ได้ ให้ปรับอัตราการไหลของสารน้ำเพื่อแก้ไขภาวะ Shock และประสานกับโรงพยาบาลปลายทาง เพื่อขอคำสั่งรักษา
7. เคลื่อนย้ายผู้บาดเจ็บในท่านอนแบบยึดตรึงกับ Long spinal board และยึดตรึงกระดูกเชิงกราน โดยใช้แถบรัดตรึงกระดูกเชิงกราน
8. กำกับดูแลให้พนักงานขับรถและพนักงานเปลขึ้นเปลด้วยความระมัดระวัง นุ่มนวล ไม่เกิดการบาดเจ็บซ้ำ
9. รายงานข้อมูลต่อโรงพยาบาลกำแพงเพชร เกี่ยวกับกลไกการบาดเจ็บ ตำแหน่งที่บาดเจ็บ สัญญาณชีพ ระดับความรู้สึกตัว การรักษาที่ได้ให้แก่ผู้บาดเจ็บ

ประเมินผลการพยาบาลขณะส่งรักษา

อัตราความเหมาะสมของการปฏิบัติตามแนวทางการพยาบาลเผื่อระวังขณะส่งรักษา ร้อยละ 100 (ด้านการห้ามเลือด ดูแลทางเดินหายใจ การให้สารน้ำ การตาม)

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 6 กลัวจากการเผชิญกับอุบัติเหตุที่ไม่คาดคิด

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้บาดเจ็บและญาติสอบถามถึงการดูแลสุขภาพ กลัวเดินไม่ได้
2. Film Pelvis AP view พบYoung and APC type III (Pubis symphysis fracture & vertical displace it pubic rami & widening it SI joint)
3. หัวใจเต้นแรง หายใจถี่เร็ว หน้าซีด

วัตถุประสงค์การพยาบาล : เพื่อบรรเทาความกลัวของผู้บาดเจ็บ

เกณฑ์การประเมินผล

ลักษณะการหายใจ การแสดงออกทางสีหน้า และญาติรับรู้เข้าใจแผนการรักษาอาการบาดเจ็บ

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินสภาพร่างกาย จิตใจผู้บาดเจ็บ
2. ฝึกผู้บาดเจ็บหายใจลึก ๆ เข้าออกช้า ๆ หายใจเข้าให้ลึกจนนับถึงแปด
3. แสดงความสนใจ เข้าใจ และเห็นใจในความวิตกกังวลของผู้บาดเจ็บและญาติ ปฏิบัติกิจกรรมพยาบาลด้วยท่าทางเป็นมิตร นุ่มนวล
4. อธิบายให้ทราบถึงแผนการรักษา การตรวจ การปฏิบัติการพยาบาลที่กระทำให้แก่ผู้บาดเจ็บ
5. ตอบข้อซักถามของผู้บาดเจ็บและญาติด้วยความเต็มใจ
6. เป็นสื่อกลางระหว่างผู้บาดเจ็บและญาติ

ประเมินผลการพยาบาล

ผู้บาดเจ็บหายใจช้าลง ไบหน้าไม่ซีด รับรู้เข้าใจแผนการรักษาอาการบาดเจ็บ

สรุปกรณีศึกษา

ชายไทย อายุ 62 ปี โดยสารรถบรรทุกอ้อยพลิกคว่ำ วินิจฉัย fracture pelvis ชนิด young and burgess APC type III ซึ่งเป็นกลุ่มที่ทำให้เสียชีวิตมากที่สุด บทบาทหน้าที่พยาบาล เริ่มตั้งแต่การเตรียมความพร้อมรับผู้บาดเจ็บ เตรียมทีม สถานที่อุปกรณ์ช่วยชีวิต ตาม ห้ามเลือด รถพยาบาล ปฏิบัติการช่วยเหลือเบื้องต้น ณ จุดเกิดเหตุ โดยการประเมินความปลอดภัย สถานที่เกิดเหตุ ประเมินภาวะเลือดออก ประเมินทางเดินหายใจ ประเมินการหายใจ ประเมินระบบไหลเวียน ประเมินระดับความรู้สึกตัว ค้นหาการบาดเจ็บภายนอกและควบคุมสิ่งแวดล้อมประเมินภาวะคุกคามชีวิต ให้สารน้ำปริมาณมากและเร็ว ยึดตรึงกระดูกเชิงกรานวางบน long spinal board ประสานงานเคลื่อนย้ายผู้บาดเจ็บ การพยาบาลในห้องฉุกเฉิน ทำการตัดแยก ประเมินคัดกรองผู้บาดเจ็บครอบคลุมทั้งกายใจ ให้การพยาบาลผู้บาดเจ็บกระดูกเชิงกรานหักที่มีภาวะช็อกจากการสูญเสียเลือด ให้สารน้ำอย่างรวดเร็วปริมาณมากให้ออกซิเจน mask with bag 10 ลิตรต่อนาที ใช้แถบรัดตรึงกระดูกเชิงกราน ยึดตรึงกระดูกสันหลังส่วนคอ เคลื่อนย้ายผู้บาดเจ็บด้วย Long spinal board ประเมินอาการสัญญาณชีพซ้ำ ดูแลให้ยาแก้ปวดตามแผนการรักษา ประสานงานกับโรงพยาบาลกำแพงเพชร เฝ้าระวังอาการขณะส่งรักษา เคลื่อนย้ายผู้บาดเจ็บด้วยความนุ่มนวล นำส่งด้วยรถพยาบาลที่มีระบบ Telemedicine ผู้บาดเจ็บไม่มีอาการทรุดลงขณะส่งรักษา

วิจารณ์

จากกรณีศึกษา ผู้บาดเจ็บที่เกิดจากอุบัติเหตุที่รุนแรงพบว่าช่วงเวลาทองที่สุดของการพยาบาลผู้บาดเจ็บ คือ ระยะเวลาจนถึงโรงพยาบาล ที่ต้องได้รับการแก้ไขภาวะคุกคามชีวิตอย่างเร่งด่วนแข่งกับเวลา การทบทวนความรู้ของบุคลากรห้องฉุกเฉินให้ทันสมัย และสม่ำเสมอ สร้างแนวทางปฏิบัติการพยาบาลที่ได้มาตรฐาน และติดตามนิเทศการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาลที่สร้างไว้ จะทำให้บุคลากรห้องฉุกเฉินมีองค์ความรู้ใช้ในการตัดสินใจปฏิบัติการพยาบาลอาการบาดเจ็บที่ซับซ้อน ตั้งแต่ จุดเกิดเหตุจนถึงห้องฉุกเฉิน และส่งรักษาต่อ ทำให้ผู้บาดเจ็บมีโอกาสรอดชีวิตสูง

ข้อเสนอแนะ

1. การพัฒนาและติดตามประเมินสมรรถนะการดูแลผู้บาดเจ็บที่มีภาวะวิกฤติ ควรทำทุก 6 เดือน
2. นำกรณีศึกษาของการดูแลผู้บาดเจ็บรุนแรง มาถอดบทเรียน ทบทวนแนวปฏิบัติการพยาบาลที่เป็นจุดอ่อนปรับปรุงเพื่อป้องกันการเกิดซ้ำ
3. ติดตามผลลัพธ์การดูแลผู้บาดเจ็บ ได้แก่ อัตราการเกิดภาวะช็อกหลังรับไว้ในห้องฉุกเฉิน

เอกสารอ้างอิง

1. ปิยวรรณ จตุปารีสุทธิ. กระดูกเชิงกรานหัก. [serial online]. [เข้าถึงเมื่อ 2 กันยายน 2566]. Available from : <https://www.thaiscience.info/journals/Article/SRMJ/10463467.pdf>
2. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. ข้อมูลการบาดเจ็บเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน[43แฟ้ม:ผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน]. [online]. [เข้าถึงเมื่อ 2 กันยายน 2566]. Available from : https://dip.ddc.moph.go.th/new/hdc_opd_ipd01
3. Dalal SA, Burgess AR, Siegel JH, Young JW, Brumback RJ, Poka A, et al. Pelvic fracture in multiple trauma: classification by mechanism is key to pattern of organ injury, resuscitative requirements, and outcome. [online]. [cite 2023 Sep 2]. Available from : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2746708/;1989>
4. Ramesh Perumal, a. D. Management of pelvic injuries in hemodynamically unstable polytrauma patients. Challenges and current updates. [online]. [cite 2023 Sep 2]. Available from : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7920327/>
5. Florida's Premier Provider Of Quality Medical Training Programs Nationally Accredited and OSHA Programs CEU Provider Since. PHTLS PREPARATION PACKET 9th Edition. [online]. [cite 2023 Sep 1]. Available from : <https://emcmedicaltraining.com/wp-content/uploads/2020/02/phtls-9th-edition-prep-packets-2019a.pdf>
6. Klongklung Hospital. [Hospital DATABASE:Hos XP]. 2563-2565 [Cited 2023 Sep 2].
7. Krongdai Unhasuta. Utilization of trauma guidelines by ER nurses in Thailand. [online]. [cite 2023 Oct 7]. Available from : <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2221618913600128>
8. ทศพล พูลเจริญ, ภูมิพัฒน์ เข้าเจริญศิริชัย, ชาติรี ชัยสร, พิชญภา พงษ์พันธ์, อติศักดิ์ นิธิเมธาโชค, รพีพร โรจน์แสงเรือง. ปัจจัยที่มีผลต่อการรอดชีวิตระหว่างนำส่งโรงพยาบาลในผู้บาดเจ็บอุบัติเหตุยานยนต์ในประเทศไทย. [online]. [เข้าถึงเมื่อ 7 กันยายน 2566]. Available from : <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/TJEM/article/view/247080/167922>
9. Hou Z, Smith WR, Strohecker KA, Bowen TR, Irgit K, Baro SM, Morgan SJ. Hemodynamically unstable pelvic fracture management by advanced trauma life support guidelines results in high mortality. Orthopedics. [online]. [cite 2023 Sep 2]. Available from : <https://doi.org/10.3928/01477447-20120222-29>
10. Carlo SD. Prehospital Hemorrhage Assessment Criteria: A Concise Review. [online].2021. [cite 2023 Sep 2]. Available from : <https://web.p.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=2&sid=c49f5bae-5893-490f-86ef-ffadb0ac5aed%40redis>
11. ราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย. แนวทางการรักษาพยาบาลผู้ป่วยทางศัลยกรรม เรื่อง การดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บเมื่อแรกรับ. [online]. [เข้าถึงเมื่อ 7 ตุลาคม 2566]. Available from : <https://www.rcst.or.th/web-upload/filecenter/CPG/Trauma.html>
12. เกรียงศักดิ์ ปินดาธรรม. การศึกษาเปรียบเทียบปริมาณการให้สารน้ำในระยะแรกกับอัตราการตายในผู้ป่วยอุบัติเหตุที่มีภาวะช็อกจากการเสียเลือด. [online]. [เข้าถึงเมื่อ 5 กันยายน 2566]. Available from : <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/TJEM/article/view/257093/176358>



Antenatal care in twin pregnant women at risk for preeclampsia :

A case study

Sujitra Techoseneenon, B.N.S.*

Abstract

Introduction : Twin pregnancies result in increased pregnancy complications for both mother and baby. Preeclampsia is common in women pregnant with twins. Providing care during the antenatal period by assessing risks and providing accurate and rapid diagnosis Including a specific nursing plan covering the problems and needs of pregnant women, both physical and mental. It will help reduce the severity of disease progression that leads to death of the mother and fetus.

Objective : To provide guidelines for providing antenatal care to women with twin pregnancies at risk for preeclampsia.

Case study : Thai woman, married status, 21 years old, first pregnancy, coming to receive prenatal care services at Kamphaeng Phet Hospital. Pregnancy age 18⁺² weeks, came for prenatal care for the first time with husband. Physical examination results normal Risk screening Doctor diagnosed twin pregnancy Treatment with ASA Until 36 weeks of pregnancy to prevent preeclampsia. Continuously make prenatal care appointments at the high risk clinic according to the prenatal care standards for high risk pregnant women. At 27⁺² weeks of pregnancy, she came to prenatal care with slight dizziness. Frequent abdominal pain and stiffness Both feet were slightly swollen for 1 day. A small amount of protein was detected in the urine. BP = 146/78 mmHg, Lab PIH test, normal results until 34⁺² weeks of pregnancy, symptoms of dizziness. Detected swelling and depression on both feet. BP = 178/118 mmHg Urine test found Protein 3+, UPCR result 0.24 - 0.34, urine protein 24.4 -152.8 mg/dL. The doctor diagnosed severe preeclampsia and admitted her to the delivery room. At 36 weeks of pregnancy, the doctor terminated the pregnancy with a cesarean section. The male twins weighed 2,130 grams and the younger male twins weighed 2,380 grams. They were born healthy. After the cesarean section, the mother had no complications. Returned home within 4 days after giving birth, totaling 7 times for prenatal care at the hospital. Problems and nursing diagnoses include: 1. There is a chance of miscarriage 2. Lack of knowledge on how to behave while pregnant due to first pregnancy, never having experienced pregnancy and never having received knowledge before. 3. Risk of premature birth 4. Risk of seizures due to severe preeclampsia 5. The fetus is at risk of hypoxia due to decreased blood flow to the placenta and uterus. 6. Pregnant women and their relatives are worried about the condition of the disease.

Summary of study results : Women pregnant with twins receive effective antenatal care. This makes it possible to assess the health status and find out the risks of pregnant women. As a result, the baby will be born and the mother will be safe.

Keywords : twin pregnancy, preeclampsia, antenatal care

*Registered nurse, professional Level, Antenatal Care and Obstetrics and Gynecology Outpatients, nursing group, Kamphaeng Phet Hospital

การพยาบาลระยะฝากครรภ์ในหญิงตั้งครรภ์แฝดที่มีความเสี่ยง ต่อภาวะครรภ์เป็นพิษ : กรณีศึกษา

สุจิตรา เตโชเสนีย์นนท์, พย.บ*

บทคัดย่อ

บทนำ : ครรภ์แฝด มีผลทำให้เพิ่มภาวะแทรกซ้อนจากการตั้งครรภ์ทั้งมารดาและทารก ภาวะครรภ์เป็นพิษพบได้บ่อยในหญิงตั้งครรภ์แฝด การดูแลในระยะฝากครรภ์โดยการประเมินค้นหาความเสี่ยงและให้การวินิจฉัยที่ถูกต้องรวดเร็ว รวมถึงวางแผนการพยาบาลที่เฉพาะเจาะจงครอบคลุมปัญหาและความต้องการของหญิงตั้งครรภ์ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ จะช่วยลดความรุนแรงการดำเนินของโรคที่จะนำไปสู่การเสียชีวิตของมารดาและทารกในครรภ์ได้

วัตถุประสงค์ : เพื่อเป็นแนวทางในการให้การพยาบาลระยะฝากครรภ์ในหญิงตั้งครรภ์แฝดที่มีความเสี่ยงต่อภาวะครรภ์เป็นพิษ

กรณีศึกษา : หญิงไทย สถานภาพสมรสคู่ อายุ 21 ปี ตั้งครรภ์แรก มารับบริการฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลกำแพงเพชรด้วยอายุครรภ์ 18⁺2 สัปดาห์ มาฝากครรภ์ครั้งแรกพร้อมสามี ตรวจร่างกายผลปกติ ตรวจคัดกรองความเสี่ยง แพทย์วินิจฉัยครรภ์แฝด การรักษาให้ยา ASA จนถึงอายุครรภ์ 36 สัปดาห์ เพื่อป้องกันภาวะครรภ์เป็นพิษ นัดฝากครรภ์คลินิกความเสี่ยงสูงอย่างต่อเนื่องตามมาตรฐานฝากครรภ์ของหญิงตั้งครรภ์ความเสี่ยงสูง เมื่ออายุครรภ์ 27⁺2 สัปดาห์ มาฝากครรภ์ด้วยอาการมีศีรษะเล็กน้อย ปวดท้องท้องแข็งบ่อย เท้าสองข้างบวมเล็กน้อย เป็นมา 1 วัน ตรวจพบมีโปรตีนในปัสสาวะเล็กน้อย BP = 146/78 mmHg ตรวจ Lab PIH ผลปกติ จนกระทั่งอายุครรภ์ 34⁺2 สัปดาห์ มีอาการมีศีรษะ ตรวจพบอาการบวมกดบวมที่เท้า 2 ข้าง BP = 178/118 mmHg ตรวจปัสสาวะพบ Protein 3+ ผล UPCR 0.24 - 0.34 ผล urine protein 24.4 - 152.8 mg/dL แพทย์วินิจฉัย severe preeclampsia ให้ Admit ห้องคลอดจนเมื่ออายุครรภ์ 36 สัปดาห์ แพทย์ได้ยุติการตั้งครรภ์โดยผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ทารกแฝดที่เพศชาย น้ำหนัก 2,130 กรัม แฝดน้องเพศชาย น้ำหนัก 2,380 กรัม แรกเกิดแข็งแรงดี หลังผ่าตัดคลอดมารดาไม่มีภาวะแทรกซ้อน กลับบ้านภายใน 4 วันหลังคลอด รวมมาฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลทั้งหมด 7 ครั้ง ปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลในไตรมาสที่ 1 – 2 ได้แก่ 1. หญิงตั้งครรภ์มีโอกาสเกิดภาวะแท้งบุตร 2. ขาดความรู้การปฏิบัติตัวขณะตั้งครรภ์ เนื่องจากตั้งครรภ์แรกไม่เคยมีประสบการณ์ตั้งครรภ์และไม่เคยได้รับความรู้มาก่อน ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลในไตรมาสที่ 3 ได้แก่ 3. เสี่ยงต่อภาวะคลอดก่อนกำหนด 4. เสี่ยงต่อภาวะช้ำเนื่องจากครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรง 5. ทารกในครรภ์เสี่ยงต่อการเกิดภาวะขาดออกซิเจนเนื่องจากเลือดไปเลี้ยงรกและมดลูกน้อยลง และ 6. หญิงตั้งครรภ์และญาติมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับสภาวะของโรค

สรุปผลการศึกษา : หญิงตั้งครรภ์แฝดได้รับการพยาบาลในระยะฝากครรภ์อย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้สามารถประเมินภาวะสุขภาพและค้นหาความเสี่ยงของหญิงตั้งครรภ์ได้ ส่งผลให้ลูกเกิดรอดแม่ปลอดภัย

คำสำคัญ : ครรภ์แฝด ภาวะครรภ์เป็นพิษ การพยาบาลระยะฝากครรภ์

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ งานฝากครรภ์และผู้ป่วยนอกสูติ-นรีเวชกรรม กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลกำแพงเพชร

บทนำ

การตั้งครรภ์แฝด หมายถึง การตั้งครรภ์ที่มีทารกในครรภ์มากกว่าหนึ่งคนขึ้นไป การตั้งครรภ์แฝดเพิ่มความเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อนมากขึ้นทั้งในมารดาและทารก โดยอัตราเสี่ยงจะเพิ่มมากขึ้นตามจำนวนของทารกในครรภ์ อัตราการเสียชีวิตของทารกในครรภ์แฝดเพิ่มมากขึ้น 4 เท่า เมื่อเทียบกับครรภ์เดี่ยว¹ ภาวะแทรกซ้อนสำคัญที่พบได้ในมารดาตั้งครรภ์แฝดได้แก่ ความเสี่ยงในการเกิดภาวะครรภ์เป็นพิษ ภาวะตกเลือดหลังคลอดและเสียชีวิต และมีโอกาสเกิดการแท้งสูงกว่าครรภ์เดี่ยว ทารกในครรภ์แฝดมีแนวโน้มที่จะมีน้ำหนักตัวน้อย เจริญเติบโตช้าในครรภ์ และคลอดก่อนกำหนด² ในครรภ์แฝดความเสี่ยงในการเกิดความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ และภาวะครรภ์เป็นพิษเพิ่มมากขึ้น เนื่องจากมีระดับของ sFlt-1 (soluble Fms-like tyrosine kinase-1) ซึ่งเป็น antiangiogenic factors เพิ่มสูงขึ้น และ PIGF (placental growth factor) ลดลง³ หากไม่ได้รับการตรวจประเมินวินิจฉัยและรักษาอย่างทันที่ ความดันโลหิตจะเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง จะเริ่มมีอาการปวดศีรษะมาก สายตาพร่ามัว จุกแน่นบริเวณลิ้นปี่ จนถึงขั้นช็อกและหมดสติ หากมีเลือดออกในสมองอาจทำให้เสียชีวิตได้^{4,5}

อันตรายจากภาวะแทรกซ้อนต่อมารดาครรภ์แฝดและทารกในครรภ์ในระยะฝากครรภ์จะลดความรุนแรงลงได้ด้วยการดูแลเป็นพิเศษในระยะตั้งครรภ์⁶ การวินิจฉัยที่รวดเร็ว จากการตรวจประเมิน การเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน และอาการต่างๆ ที่จำเพาะตลอดจนการเฝ้าติดตามสุขภาพทารกในครรภ์ มีการประเมินซ้ำ รายงานแพทย์ได้ทันเวลา พยาบาลงานฝากครรภ์จึงมีบทบาทสำคัญในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ คัดกรองความเสี่ยง ประเมินอาการและความรุนแรง ติดตามผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ วินิจฉัยและให้การพยาบาลที่ถูกต้องรวดเร็ว ให้ความช่วยเหลือให้ได้รับการดูแลรักษาที่รวดเร็ว ช่วยเหลือเมื่อมีเหตุการณ์ฉุกเฉิน อธิบายแผนการรักษาของแพทย์ และติดตามประเมินอาการของหญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ วางแผนในการบริหารยาเพื่อป้องกันความรุนแรงของโรค และให้คำแนะนำในการปฏิบัติที่ถูกต้องเหมาะสม รวมถึงการปรับตัวของหญิงตั้งครรภ์และญาติ⁷ มีระบบการส่งต่อผู้ป่วยที่เหมาะสมมีประสิทธิภาพ เป้าหมายเพื่อลดอันตรายที่จะเกิดขึ้นกับหญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์

งานฝากครรภ์โรงพยาบาลกำแพงเพชรให้บริการฝากครรภ์แก่หญิงตั้งครรภ์ตั้งแต่เริ่มตั้งครรภ์ ดูแลต่อเนื่องไปจนถึงสิ้นสุดเมื่อหญิงตั้งครรภ์เข้าสู่ระยะคลอด โดยดำเนินงานตามพันธกิจของโรงพยาบาลและนโยบายงานอนามัยแม่และเด็ก มาตรฐานงานฝากครรภ์คุณภาพ ในปีงบประมาณ 2563 - 2565 ให้บริการฝากครรภ์แก่หญิงตั้งครรภ์ จำนวน 10,658, 12,409 และ 10,671 ราย พบมีครรภ์แฝด จำนวน 24, 28 และ 38 ราย คิดเป็นร้อยละ 0.22, 0.23 และ 0.36 ตามลำดับ และพบหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษรุนแรง ทำให้การดำเนินของโรครุนแรงขึ้น จำนวน 326, 237 และ 268 ราย คิดเป็นร้อยละ 3.06, 1.99 และ 2.51 ตามลำดับ⁸ แม้ปี 2564 มีแนวโน้มลดลง แต่ปี 2565 ยังพบเพิ่มสูงขึ้น และยังคงพบว่ามีหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะช็อกในปี 2563 จำนวน 1 ราย และปี 2564 จำนวน 1 ราย ต้องได้รับการรักษาที่ยาวนานมากขึ้น ดังนั้นผู้ศึกษาจึงสนใจเลือกหญิงตั้งครรภ์แฝดในระยะฝากครรภ์ที่มีความเสี่ยงต่อภาวะครรภ์เป็นพิษเป็นกรณีศึกษา โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้การพยาบาลระยะฝากครรภ์ในหญิงตั้งครรภ์แฝดที่มีความเสี่ยงต่อภาวะครรภ์เป็นพิษได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลช่วยลดอันตรายที่เกิดต่อหญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์

กรณีศึกษา

ข้อมูลทั่วไป

หญิงตั้งครรภ์ อายุ 21 ปี เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย สถานภาพสมรสคู่ ศาสนาพุทธ ระดับการศึกษา จบมัธยมศึกษาปีที่ 6 อาชีพแม่บ้าน ที่อยู่จังหวัดกำแพงเพชร

อาการสำคัญ

ตรวจพบว่าตั้งครรภ์ มา 2 วัน มาฝากครรภ์เจาะเลือดครั้งแรกพร้อมสามี

ประวัติเจ็บป่วยปัจจุบัน

2 วันก่อนมารู้สึกท้องโตขึ้น ตรวจปัสสาวะเองผลตรวจพบว่าตั้งครรภ์ วันนี้จึงมาฝากครรภ์เจาะเลือดครั้งแรกพร้อมสามี

ประวัติการตั้งครรภ์ การฝากครรภ์

ครรภ์แรก มาฝากครรภ์เจาะเลือดครั้งแรกพร้อมสามีที่โรงพยาบาลกำแพงเพชร (28 มีนาคม 2566) วันแรกของการเป็นประจำเดือนครั้งสุดท้าย (LMP) 20/11/65 วันคาดคะเนการคลอด (EDC) 28/08/66 ฝากครรภ์ครั้งแรกอายุครรภ์ 18⁺2 สัปดาห์



แพทย์ Ultrasound พบครรภ์แฝด US: TwinMDCA (มี 2embryos, 1 chorion, 2 anions) ผลตรวจเลือดครั้งแรกภรรยา CBC for Hct/Hb MCV, DCIP, VDRL, Anti-HIV, HBsAg ผลปกติ เลือดกรุ๊ป เอ Rh post สามีตรวจ CBC, MCV, DCIP, VDRL, Anti-HIV ผลปกติ และเจาะเลือดครั้งที่ 2 (20 มิถุนายน 2566) ผลVDRL, Anti-HIV ปกติ Hct 33.6% น้ำหนักก่อนตั้งครรภ์ 69 กิโลกรัม ส่วนสูง 165 เซนติเมตร ดัชนีมวลกาย (BMI) ก่อนตั้งครรภ์ 24.16 kg/m² ปฏิเสธประวัติการผ่าตัด และประวัติโรคประจำตัว ปฏิเสธประวัติแพ้ยา ปฏิเสธดื่มสุราและสารเสพติด ประวัติบิดา (แฝด) ด้รับวัคซีนป้องกันบาดทะยักครบ ด้วัคซีนป้องกันไขหวัดใหญ่ 8 พฤษภาคม 2566 ด้รับป้องกันโควิด-19 3 เข็ม ฉีดครั้งสุดท้ายปี 2565 ตรวจสุขภาพฟัน 4 เมษายน 2566 ประเมินภาวะเครียด 28 มีนาคม 2566 อยู่ในเกณฑ์ปกติ มาฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลทั้งหมด 7 ครั้ง ไม่ครบเกณฑ์ฝากครรภ์คุณภาพ¹ พบมีความเสี่ยงเป็นครรภ์แฝด

การตรวจครรภ์

อายุครรภ์ครรภ์ 18² สัปดาห์ ระดับยอดมดลูก 23 เซนติเมตร พบขนาดมดลูกโตมากกว่าอายุครรภ์ คล้ำได้ทารก 2 คน อัตราการเต้นของหัวใจทารกได้ยิน 2 ตำแหน่ง ข้างซ้าย 146 ครั้ง/นาที ข้างขวา 158 ครั้ง/นาที เต้านมห้วนมปกติ เปลือกตาไม่ซีด ฟังปอดปกติ ฟังเสียงหัวใจปกติ สัญญาณชีพ อุณหภูมิร่างกาย 36.6 องศาเซลเซียส ชีพจร 100 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 18 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 122/88 mmHg น้ำหนัก 72 กิโลกรัม

การประเมินสภาพร่างกายตามแบบแผนของกอร์ดอน

แบบแผนที่ 1 การรับรู้ และการดูแลสุขภาพ หญิงตั้งครรภ์แรก อายุครรภ์ 30³ สัปดาห์ ในระยะฝากครรภ์พบมีความดันโลหิตสูง ไม่ได้รับยา ควบคุมอาการ ทารกในครรภ์ปกติ

แบบแผนที่ 2 โภชนาการและการเผาผลาญอาหาร รับประทานอาหารเป็นเวลา ครบ 3 มื้อ

แบบแผนที่ 3 การขยับถ่าย ขยับถ่ายปกติ

แบบแผนที่ 4 กิจกรรมและการออกกำลังกาย ออกกำลังกายเป็นบางวัน

แบบแผนที่ 5 การพักผ่อนนอนหลับ นอนวันละ 6-8 ชั่วโมง ไม่ได้ใช้ยานอนหลับ

แบบแผนที่ 6 สถิติปัญหา และการรับรู้ จบการศึกษาระดับมัธยมปลาย ไม่มีปัญหาเรื่องการสื่อสาร

แบบแผนที่ 7 การรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์ วิตกกังวลเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยของตนเองและทารกในครรภ์

แบบแผนที่ 8 บทบาทและสัมพันธภาพ สถานภาพสมรส อาศัยอยู่กับสามี มีสามีคอยดูแล อาชีพรับจ้าง

แบบแผนที่ 9 เพศและการเจริญพันธ์ ประจำเดือนครั้งสุดท้ายประจำเดือนครั้งสุดท้าย (LMP) 20 พฤศจิกายน 2565 วันคาดคะเนการคลอด (EDC) 28/08/66

แบบแผนที่ 10 การปรับตัวและการเผชิญความเครียด มีความวิตกกังวลกลัวว่าตัวเองและทารกในครรภ์ จะไม่ปลอดภัยเนื่องจากมีความดันโลหิตสูง และเป็นครรภ์แฝด

แบบแผนที่ 11 คุณค่าและความเชื่อ นับถือศาสนาพุทธ เชื่อในการปฏิบัติตัวดี ทำดีได้ดี ทำชั่วได้ชั่ว

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ (PIH)

รายการตรวจทางห้องปฏิบัติการ	ค่าปกติ	ผลตรวจ		
		30 พฤษภาคม 66	20 มิถุนายน 66	18 กรกฎาคม 66
LDH serum	135-214U/L	186	176	305 (สูง)
Creatinine urine	30-125 mg/dL	100.08	127.25 (สูง)	196.24 (สูง)
Protein urine	0-11.9 mg/dL	24.4 (สูง)	42.9 (สูง)	152.8 (สูง)
UPCR (Urine Protein Urine Creatinine ratio)	<0.3	0.24	0.34 (สูง)	0.78 (สูง)
UA : Protein	Negative	1+	1+	3+

แผนการรักษาของแพทย์

อัลตราซาวด์แล้ววินิจฉัยว่าเป็น ครรภ์แฝด MDCA Twin (มี 2 embryos, 1 chorion, 2 anions) แพทย์ให้นัดเข้า High Risk clinic ให้ยา ASA 81 mg. 2 เม็ดก่อนนอน จนถึงอายุครรภ์ 36 สัปดาห์ ยา Ferrous fumarate กับยา obimin 1 เม็ดหลังอาหารเช้า และ ยา Calcium carbonate 1000 mg. 1 เม็ดหลังอาหารเย็น

สรุปการดำเนินโรคของหญิงตั้งครรภ์ระหว่างมารับบริการฝากครรภ์ที่โรงพยาบาล

วันที่ 28 มีนาคม 2566 เวลา 09.20 น. อายุครรภ์ 18⁺² สัปดาห์ มาฝากครรภ์เจาะเลือดครั้งแรกพร้อมสามี มีปวดท้องน้อยเหนือหัวหน้า ไม่มีตกขาวหรือมีเลือดออกช่องคลอด บัสสาวะบ่อย ไม่แสบขัด ไม่ปวดศีรษะ ไม่มีตาพร่ามัว ไม่มีชาบวม ช่วยเหลือตัวเองได้ดี เบื่ออกตาไม่ซีด แพทย์ Ultrasound พบครรภ์แฝด แพทย์ให้ยา ASA เพื่อป้องกันภาวะครรภ์เป็นพิษจนถึงอายุครรภ์ 36 สัปดาห์ นัดฝากครรภ์ High risk clinic

วันที่ 4 เมษายน 2566 ถึงวันที่ 30 พฤษภาคม 2566 อายุครรภ์ 19⁺² ถึง 27⁺² สัปดาห์ ช่วยเหลือตัวเองได้ดี มีปวดท้องน้อยเหนือหัวหน้า ไม่มีตกขาวหรือมีเลือดออกช่องคลอด ไม่ปวดศีรษะ ไม่มีตาพร่ามัว ไม่มีชาบวม ติดตามสุขภาพทารกในครรภ์โดยการ Ultrasound จากสูติแพทย์เฉพาะทาง MFM (Maternal fetal medicine) เข้ากลุ่มฟังความรู้โรงเรียนพ่อแม่ คัดกรองเบาหวาน ผลปกติ ส่งพบโภชนาการเพื่อให้คำแนะนำเรื่องอาหารในครรภ์แฝด ส่งพบทันตกรรมเพื่อดูแลสุขภาพปากและฟัน

วันที่ 20 มิถุนายน 2566 เวลา 09.00 น. อายุครรภ์ 30⁺³ สัปดาห์ รู้สึกตัวดี ช่วยเหลือตัวเองได้ปวดมีนศีรษะเล็กน้อย ไม่มีตาพร่ามัว ไม่มีจุกแน่นใต้ลิ้นปี่ ปวดท้องท้องแข็งบ่อย เท้าบวม 2 ข้าง กดบ่มระดับ 1+ ความดันโลหิต 158/88 mmHg ซีพจร 106 ครั้งต่อนาที หายใจ 18 ครั้งต่อนาที พบ Protein urine = 42.9 mg/dL (สูง) UPCR = 0.34 Creatinine urine = 127.25 (สูง) LDH serum = 176 AST = 25 ALT = 9 ผลตรวจ UA : Protein = 1+ แพทย์ให้เฝ้าระวังภาวะ Preeclampsia

วันที่ 4 กรกฎาคม 2566 เวลา 09.30 น. หญิงตั้งครรภ์อายุครรภ์ 32⁺² สัปดาห์ ปวดมีนศีรษะเล็กน้อยเป็นบางครั้ง ไม่มีตาพร่ามัว ไม่มีจุกแน่นใต้ลิ้นปี่ ไม่ปวดท้องไม่มีท้องแข็ง เท้าบวม 2 ข้าง กดบ่มระดับ 1+ ความดันโลหิต 178/112 mmHg ซีพจร 116 ครั้งต่อนาที หายใจ 20 ครั้งต่อนาที ยอดมดลูก 40 cm. เสียงหัวใจทารกข้างซ้าย 152 ครั้งต่อนาที ข้างขวา 146 ครั้งต่อนาที ตรวจพบโปรตีนในปัสสาวะ 3+ ตรวจ US: TwinMDCA (2 embryos, 1 chorion, 2 anions) แพทย์ให้เฝ้าระวังภาวะ Preeclampsia นัดครั้งต่อไปอีก 2 สัปดาห์ เพื่อเจาะ Lab PIH

วันที่ 18 กรกฎาคม 2566 เวลา 09.00 น. อายุครรภ์ 34⁺³ สัปดาห์ ปวดมีนศีรษะ ตาพร่ามัว จุกแน่นใต้ลิ้นปี่ ปวดท้องท้องแข็งบ่อย หนึ่งตาบวม หลังมือหลังเท้าบวม กดบ่มระดับ 3+ ความดันโลหิต 178/118 mmHg ซีพจร 110 ครั้งต่อนาที หายใจ 20 ครั้งต่อนาที ยอดมดลูก 43 cm. เสียงหัวใจทารกข้างซ้าย 156 ครั้งต่อนาที ข้างขวา 150 ครั้งต่อนาที Lab PIH ผิดปกติ พบ Protein ในปัสสาวะ 3+ แพทย์วินิจฉัย severe Preeclampsia ให้ Admit ห้องคลอด Plan ยุติการตั้งครรภ์หลังดยา ASA ครบ 7 วัน นำส่งหญิงตั้งครรภ์ไปห้องคลอดโดยรถนอน มีพยาบาลนำส่ง นอนรักษาอยู่ในห้องคลอดจนถึงวันที่ 25 กรกฎาคม 2566 หญิงตั้งครรภ์ได้รับการผ่าตัดคลอด เนื่องจากมีภาวะครรภ์เป็นพิษและครรภ์แฝด ความดันโลหิตอยู่ในช่วง 160/100 - 180/110 mmHg ซีพจร 112 ครั้งต่อนาที หายใจ 22 ครั้งต่อนาที ทารกแฝดพี่เพศชายน้ำหนัก 2,130 กรัม แผลดน้องเพศชายน้ำหนัก 2,380 กรัม แรกเกิดแข็งแรง ลักษณะใกล้เคียงกับกำหนด หลังผ่าตัดคลอดมารดาไม่มีภาวะแทรกซ้อน จำหน่ายกลับบ้านพร้อมบุตรได้ภายใน 4 วันหลังคลอด

การวางแผนการพยาบาล

พบว่ามีปัญหาทางการพยาบาลที่สำคัญในช่วงระยะเวลาที่ศึกษา โดยแบ่งตามระยะเวลาของการตั้งครรภ์เป็น 3 ไตรมาส ดังนี้

ระยะตั้งครรภ์ไตรมาสที่ 1 - 2

1. หญิงตั้งครรภ์มีโอกาสเกิดภาวะแท้งบุตร
2. ขาดความรู้การปฏิบัติตัวขณะตั้งครรภ์เนื่องจากตั้งครรภ์แรกไม่เคยมีประสบการณ์และไม่เคยได้รับความรู้มาก่อน

ระยะตั้งครรภ์ไตรมาสที่ 3

3. เสี่ยงต่อภาวะคลอดก่อนกำหนด
4. เสี่ยงต่อภาวะช้ำเนื่องจากครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรง
5. ทารกในครรภ์เสี่ยงต่อการเกิดภาวะขาดออกซิเจนเนื่องจากเลือดไปเลี้ยงรกและมดลูกน้อยลง
6. หญิงตั้งครรภ์และญาติมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับสภาวะของโรค

ระยะตั้งครรภ์ไตรมาสที่ 1 - 2

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1 หญิงตั้งครรภ์มีโอกาสเกิดภาวะแท้งบุตร

ข้อมูลสนับสนุน

1. ปวดท้อง ท้องแข็งบางครั้ง
2. ตรวจพบมีภาวะครรภ์แฝด

วัตถุประสงค์การพยาบาล เพื่อป้องกันภาวะแท้งบุตร

เกณฑ์การประเมินผล

1. ไม่มีอาการและอาการแสดงของภาวะแท้งบุตรได้แก่อาการปวดท้องท้องแข็ง มีเลือดออกทางช่องคลอด
2. สัญญาณชีพปกติ ไม่มีไข้ อุณหภูมิไม่เกิน 37.5 °c
3. ไม่มีอาการแสดงของการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะได้แก่ ปวดท้องน้อย ปัสสาวะแสบขัด

กิจกรรมพยาบาล

1. ชักประวัติอาการและอาการแสดงต่างๆ เช่น อาการปวดท้องน้อย มีเลือด/เนื้อเยื่อออกทางช่องคลอด ปัสสาวะแสบขัด มีตกขาวผิดปกติ

2. ประเมินสัญญาณชีพทุกครั้งที่มาฝากครรภ์ สังเกตอุณหภูมิเพื่อประเมินภาวะติดเชื้อ
3. แนะนำดื่มน้ำมากๆ ไม่กลั้นปัสสาวะ เพื่อป้องกันการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ
4. แนะนำให้หญิงตั้งครรภ์พักผ่อนมากๆ งดทำงานหนักทุกชนิด
5. งดการมีเพศสัมพันธ์ในช่วงมีอาการปวดท้องน้อย หรือมีเลือดออกช่องคลอด งดร่วมเพศทำผิดปกติ
6. แนะนำการสังเกตอาการผิดปกติที่ต้องรีบมาโรงพยาบาลทันทีไม่รอถึงวันนัด ได้แก่ อาการปวดท้อง มีเลือดออก

ทางช่องคลอด ตกขาวผิดปกติ มีไข้ ปัสสาวะแสบขัดเป็นต้น

ประเมินผล

1. ไม่ปวดท้อง ไม่มีเลือดออกทางช่องคลอด
2. ไม่มีไข้ อุณหภูมิ 36.7°c
3. ไม่ปวดท้องน้อย ปัสสาวะปกติไม่แสบขัด

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2 ขาดความรู้การปฏิบัติตัวขณะตั้งครรภ์ เนื่องจากตั้งครรภ์แรกไม่เคยมีประสบการณ์ตั้งครรภ์ และไม่เคยได้รับความรู้มาก่อน

ข้อมูลสนับสนุน

1. สีหน้ากังวล ถามพยาบาลบ่อยๆว่า "หนูต้องทำอะไรบ้าง"
2. ครรภ์แรก ไม่เคยมีประสบการณ์ตั้งครรภ์
3. ฝากครรภ์ครั้งแรก ไม่เคยได้รับความรู้มาก่อน จากการสอบถามประเมินความรู้การปฏิบัติตัวขณะตั้งครรภ์ไม่สามารถตอบได้ถูกต้อง

วัตถุประสงค์การพยาบาล

1. เพื่อลดความวิตกกังวล
2. เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์มีความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวขณะตั้งครรภ์อย่างถูกต้อง

เกณฑ์การประเมินผล

1. สีหน้าสดชื่น ไม่แสดงสีหน้ากังวล
2. สามารถบอกถึงการปฏิบัติตัวขณะตั้งครรภ์ได้ถูกต้อง ผ่านเกณฑ์ประเมินอย่างน้อย 8 ใน 10 ข้อ

กิจกรรมพยาบาล

1. ประเมินสุขภาพ ตรวจร่างกาย ตรวจครรภ์ และคำนวณอายุครรภ์ เพื่อคัดกรองภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้ระหว่างตั้งครรภ์ เช่น ภาวะแท้งบุตร เบาหวานขณะตั้งครรภ์ ภาวะครรภ์เป็นพิษ ภาวะคลอดก่อนกำหนด
2. ประเมินความรู้หญิงตั้งครรภ์และญาติเกี่ยวกับการปฏิบัติตน การดูแลตัวเองระหว่างตั้งครรภ์ เพื่อวางแผนการให้ความรู้หญิงตั้งครรภ์ และส่งเสริมความก้าวหน้าของทารกในครรภ์
3. อธิบายถึงสิทธิประโยชน์ที่หญิงตั้งครรภ์ต้องได้รับตามเกณฑ์มาตรฐานฝากครรภ์คุณภาพ¹ โดยใช้สิทธิฝากครรภ์ทุกที่ฟรีทุกสิทธิ์ ให้คำปรึกษาก่อน-หลังเจาะเลือดทั้งหญิงตั้งครรภ์และสามี (Pre-couple counseling) เรื่องโรคเอดส์ โรคซิฟิลิส โรคไวรัสตับอักเสบบี โรคโลหิตจางธาลัสซีเมีย หมูเลือด ส่วนโรคดาวน์ซินโดรมไม่ได้ตรวจเนื่องจากอายุครรภ์เกิน
4. นัดเข้ากลุ่มโรงเรียนพ่อแม่ชั้นเรียนที่ 1 และชั้นเรียนที่ 2 ทั้งหญิงตั้งครรภ์และสามีโดยเน้นให้ความรู้ และการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมในหญิงตั้งครรภ์แฝด แนะนำช่องทางการเรียนรู้ผ่านไลน์ 9 อย่างเพื่อสร้างลูก เพจให้ความรู้การปฏิบัติตัวขณะตั้งครรภ์ของหน่วยงานที่จัดทำขึ้น

ประเมินผล

1. สีหน้าสดชื่น คลายความวิตกกังวล
2. บอกถึงการการปฏิบัติตัวขณะตั้งครรภ์ได้ถูกต้อง ผ่านเกณฑ์ประเมินความรู้ 9 ใน 10 ข้อ

ระยะตั้งครรภ์ไตรมาสที่ 3

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 3 เสี่ยงต่อภาวะคลอดก่อนกำหนด

ข้อมูลสนับสนุน

1. ปวดท้องน้อย ท้องแข็งบ่อย
2. ครรภ์แฝด ขนาดมดลูกโตขึ้นมากเมื่อเทียบกับอายุครรภ์

วัตถุประสงค์ เพื่อป้องกันภาวะคลอดก่อนกำหนด

เกณฑ์การประเมินผล

1. ไม่ปวดท้อง ไม่มีท้องแข็งจากการหดตัวของมดลูก
2. ผลตรวจ Non stress test 20 นาที ผล no contraction

กิจกรรมพยาบาล

1. ประเมินอาการแสดงที่นำสู่การคลอดก่อนกำหนด ได้แก่ ปวดท้อง ท้องแข็ง ถ้ามีท้องแข็งบ่อยทุก 3 นาที ต้องส่งพบแพทย์ทันที เพื่อตรวจประเมินการเปิดของปากมดลูกร่วมด้วย
2. ประเมินอาการติดเชื้อต่างๆ ที่ส่งผลทำให้คลอดก่อนกำหนดได้ เช่น การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ ตกขาวออกผิดปกติจากการติดเชื้อในช่องคลอด
3. สอนการนับลูกดิ้นโดยแยกแฝด A และแฝด B เน้นให้ลงบันทึกการนับลูกดิ้น ให้ทำต่อเนื่องที่บ้าน ถ้ามีอาการผิดปกติ เช่น ลูกดิ้นน้อยลงให้รีบมาโรงพยาบาลทันที
4. ให้การพยาบาลตรวจสุขภาพทารกในครรภ์ Non stress test ตั้งแต่อายุครรภ์ 28 สัปดาห์ และทุกครั้งที่มาฝากครรภ์จนถึงระยะคลอด
5. แนะนำให้หญิงตั้งครรภ์พักผ่อนมากๆ งดทำงานหนักทุกชนิด
6. งดการมีเพศสัมพันธ์ในช่วงมีอาการปวดท้องน้อย หรือมีเลือดออกช่องคลอด
7. แนะนำการสังเกตอาการผิดปกติที่ต้องรีบมาโรงพยาบาล เช่น ปวดท้องมาก มีเลือดออกทางช่องคลอด ตกขาวออกผิดปกติ ไข้ ปัสสาวะแสบขัด

ประเมินผล

1. หญิงตั้งครรภ์ยังมีปวดท้อง ท้องแข็งเป็นบางครั้ง Interval 5 นาที Duration 15 วินาที
2. ไม่มีเลือดหรือตกขาวออกจากช่องคลอด
3. ผลตรวจสุขภาพทารกในครรภ์ Non stress test 20 นาทีที่มีcontraction 2 ครั้ง

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 4 เสี่ยงต่อภาวะชักเนื่องจากมีภาวะครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรง
ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้คลอดมีความดันโลหิตสูง BP 220/120 mmHg PR 100 bpm RR 22 bpm
2. หลังมือ หลังเท้าบวม กดบวมทั้งสองข้างระดับ +1 หนึ่งตาบวม ปวดมึนศีรษะ จุกแน่นใต้ลิ้นปี่ ตาพร่ามัว
3. ตรวจพบ Urine albumin 2+ ผล UPCR 0.82

วัตถุประสงค์การพยาบาล เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดหญิงตั้งครรภ์เกิดภาวะชักจากความดันโลหิตสูง

เกณฑ์การประเมิน

1. หญิงตั้งครรภ์ไม่เกิดภาวะชัก
2. ความดันโลหิตอยู่ในระดับ ไม่เกิน 160/100 mmHg
3. ผลตรวจ Urine albumin และ UPCR มีค่าปกติ
4. ทุเลापวดศีรษะ ตาไม่พร่ามัว จุกแน่นใต้ลิ้นปี่ลดลง ไม่มีอาการนำของภาวะชัก

กิจกรรมการพยาบาล

1. คัดกรองและประเมินอาการโดยพยาบาลตั้งแต่แรกรับจนส่งหญิงตั้งครรภ์ไปนอนที่ห้องคลอด โดยทักษะความรู้ความชำนาญในการประเมินให้ถูกต้อง รวดเร็ว พบแพทย์ตัวนภายใน 15 นาที
 2. เตรียมทีมและอุปกรณ์การช่วยฟื้นคืนชีพให้พร้อม เพื่อช่วยเหลือได้ทันถ้าหญิงตั้งครรภ์เกิดภาวะชักหรืออาการทรุดลงขณะรอตรวจ
 3. อธิบายแผนการรักษา และความเสี่ยงจากภาวะครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรง (Preeclampsia with severe feature) ที่อาจส่งผลกระทบต่อหญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ ให้กับหญิงตั้งครรภ์และญาติโดยใช้เทคนิคการให้คำปรึกษา
 4. ติดตามสุขภาพทารกในครรภ์ (Non stress test) ขณะอยู่แผนกฝากครรภ์
 5. ให้คำแนะนำหญิงตั้งครรภ์และญาติในการวางแผนเตรียมตัวนอนโรงพยาบาล และการเตรียมตัวคลอด
 6. ดูแลให้ Oxygen cannula 3 L/M ตามแผนการรักษาของแพทย์ เพื่อเพิ่มปริมาณออกซิเจนในระบบไหลเวียน
- ป้องกันภาวะ Fetal Distress**
7. ประสานส่งประวัติและอาการของผู้ป่วยแก่พยาบาลห้องคลอดก่อนส่งผู้ป่วยไปห้องคลอด
 8. นำส่งหญิงตั้งครรภ์ไปรับการรักษาที่ห้องคลอดโดยรถนอนมีพยาบาลฝากครรภ์ไปด้วยขณะนำส่ง

ประเมินผล

1. หญิงตั้งครรภ์ไม่มีภาวะชัก ไม่มีอาการทรุดลงขณะรอตรวจ
2. ทุเลापวดมึนศีรษะ ตาพร่ามัว ไม่มีจุกแน่นใต้ลิ้นปี่
3. ก่อนส่งห้องคลอดวัดความดันโลหิต 170/100 -160/90 mmHg ชีพจร 102 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 22 ครั้ง/นาที

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 5 ทารกในครรภ์เสี่ยงต่อการเกิดภาวะขาดออกซิเจนเนื่องจากเลือดไปเลี้ยงที่รกน้อยลง
ข้อมูลสนับสนุน

1. หญิงตั้งครรภ์มีความดันโลหิตอยู่ระหว่าง 220/120 mmHg เกิดพยาธิสภาพเลือดไปเลี้ยงที่รกน้อยลง
2. ผลของ fetal monitoring ผิดปกติ FHS อยู่ในช่วง 100-170 bpm NST พบเป็น late deceleration

วัตถุประสงค์ ทารกในครรภ์ไม่เกิดภาวะขาดออกซิเจนในขณะแรกเกิด

เกณฑ์การประเมินผล

1. เสียงหัวใจทารกในครรภ์อยู่ระหว่าง 120-160 bpm
2. fetal monitoring ปกติ (cat 1)
3. ทารกคลอดปลอดภัย ไม่มีภาวะ birth asphyxia APGAR SCORE ที่ 1 นานที่มากกว่า 7 คะแนน

กิจกรรมการพยาบาล

1. ดูแลจัดทำให้หญิงตั้งครรภ์นอนท่าตะแคงซ้ายและให้ออกซิเจนทางจมูก 4 ลิตรต่อนาที เพื่อเพิ่มการไหลเวียนเลือดระหว่างมารดาและทารกในครรภ์
2. ติดตามเสียงหัวใจทารกในครรภ์โดยการใช้เครื่อง Electronic fetal monitoring ประเมินและบันทึกการหดตัวของมดลูกและเสียงหัวใจทารกในครรภ์ รายงานแพทย์เมื่ออัตราการเต้นของหัวใจทารกน้อยกว่า 110 ครั้งต่อนาที หรือมากกว่า 160 ครั้งต่อนาที
3. แนะนำหญิงตั้งครรภ์สังเกตอาการของตนเองและทารกในครรภ์ ประเมินการเจ็บครรภ์คลอดของตนเอง และแจ้งพยาบาลทันทีเมื่อเกิดภาวะผิดปกติ
4. ประสานกับพยาบาลห้องคลอดเพื่อวางแผนในการดูแลช่วยเหลือทารกแรกเกิดเมื่อเข้าสู่ระยะคลอด

การประเมินผลการพยาบาล

1. อัตราการเต้นของหัวใจทารกข้างซ้ายอยู่ในช่วง 120-150 ครั้ง/นาที ข้างขวาอยู่ในช่วง 118-140 ครั้ง/นาที
2. ผล fetal monitoring มีภาวะหัวใจเต้นช้าเป็นบางช่วง แต่ไม่ต่ำกว่า 100 ครั้ง/นาที
3. จากการติดตามทารกหลังผ่าตัดคลอด พบว่าแรกเกิด ทารกแฝด APGAR SCORE ที่ 1 นานที่มากกว่า 9 คะแนนทั้ง 2 คน

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 6 หญิงตั้งครรภ์และญาติมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับสภาวะของโรค

ข้อมูลสนับสนุน

1. หญิงตั้งครรภ์แฝด และมีภาวะครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรง
 2. หญิงตั้งครรภ์ และญาติมีสีหน้าวิตกกังวลและซักถามข้อสงสัยต่างๆ บ่อยๆ บอกว่ากลัวหญิงตั้งครรภ์ และลูกจะเป็นอันตราย
- วัตถุประสงค์ เพื่อคลายความวิตกกังวลของหญิงตั้งครรภ์และญาติ และให้ความร่วมมือในการดูแลรักษาตลอดการตั้งครรภ์

เกณฑ์การประเมิน

1. หญิงตั้งครรภ์และญาติมีสีหน้าสดชื่นคลายความวิตกกังวล
2. หญิงตั้งครรภ์และญาติเข้าใจ ยอมรับและให้ความร่วมมือในการฝากครรภ์และแผนการรักษาของแพทย์

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินความวิตกกังวลของหญิงตั้งครรภ์และญาติ
2. สร้างสัมพันธภาพ กับหญิงตั้งครรภ์และญาติเพื่อให้เกิดความไว้วางใจ ให้ความร่วมมือ
3. ประสานกับแพทย์เพื่อร่วมให้ข้อมูลหญิงตั้งครรภ์และญาติให้เข้าใจถึงสภาวะของโรค สภาวะของทารกในครรภ์ และอธิบายแผนการรักษาของแพทย์และแผนการพยาบาลเพื่อความร่วมมือในการรักษาและการปฏิบัติตัว
4. ให้ความรู้ในการปฏิบัติตัวขณะตั้งครรภ์แฝดและมีภาวะครรภ์เป็นพิษ การสังเกตอาการผิดปกติ อาการนำสู่ภาวะช้ำ การสังเกตและนับลูกดิ้น
5. เปิดโอกาสให้หญิงตั้งครรภ์และญาติได้ซักถามเกี่ยวกับอาการ แผนการรักษาและข้อมูลผลกระทบบางๆ ที่อาจเกิดกับตัวหญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์เพื่อลดความวิตกกังวลและมั่นใจในการรักษาและการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องเหมาะสม
6. ให้อกำลังใจหญิงตั้งครรภ์และญาติ พุดคุยด้วยท่าทีนุ่มนวล

การประเมินผล

หญิงตั้งครรภ์และญาติมีสีหน้าสดชื่นคลายความวิตกกังวล รับฟังคำอธิบายเหตุผล และให้ความร่วมมือตามแนวทางดูแลรักษาเป็นอย่างดี

สรุปกรณีศึกษา

หญิงไทย สถานภาพสมรสคู่ อายุ 21 ปี ตั้งครรภ์แรก มาฝากครรภ์ครั้งแรกพร้อมสามีที่โรงพยาบาลกำแพงเพชร ตอนอายุครรภ์ 18⁺2 สัปดาห์ แพทย์อัลตราซาวด์แล้ววินิจฉัยเป็นครรภ์แฝด มีการติดตามหญิงตั้งที่มีความเสี่ยงสูงมาก และติดตามสุขภาพทารกในครรภ์ ให้ยา ASA 81 mg. จนถึงอายุครรภ์ 36 สัปดาห์ ตลอดระยะตั้งครรภ์ หญิงตั้งครรภ์ปวด มีน้มน้ำตาล ไม่มีตาพร่ามัว มีปวดท้อง ท้องแข็งบ่อย เท้าบวมกดบวม มีความดันโลหิตสูง พบ Protein ในปัสสาวะ ได้วางแผนการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน ส่งเสริมให้ความรู้ในการปฏิบัติตัวขณะตั้งครรภ์ในแต่ละไตรมาส เฝ้าระวังภาวะคลอดก่อนกำหนด ภาวะชักจากครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรง จนตั้งครรภ์ได้ 34⁺2 สัปดาห์ แพทย์วินิจฉัยเป็น Severe preeclampsia ได้ให้การพยาบาลเพื่อเฝ้าระวังและป้องกันภาวะชัก ประเมินภาวะความรุนแรงของโรค ประเมินอาการนำสู่ภาวะชัก และภาวะคลอดก่อนกำหนด ให้การพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนและเฝ้าติดตามสุขภาพทารกในครรภ์ ป้องกันทารกในครรภ์ขาดออกซิเจนอีกทั้งได้ให้คำแนะนำ เพื่อลดความวิตกกังวลของหญิงตั้งครรภ์และครอบครัว แพทย์ยุติการตั้งครรภ์โดยผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องเมื่ออายุครรภ์ 36 สัปดาห์ ทารกแฝดพี่เพศชายน้ำหนัก 2,130 กรัม ทารกแฝดน้องเพศชายน้ำหนัก 2,380 กรัม หลังคลอดมารดาและบุตรไม่มีภาวะแทรกซ้อน จำหน่ายกลับบ้านพร้อมบุตรได้ภายใน 4 วันหลังคลอด นัดติดตามอาการครรภ์เป็นพิษหลังคลอด 2 สัปดาห์ ระยะเวลาตั้งแต่เริ่มฝากครรภ์จนถึงวันที่นอนโรงพยาบาล ตั้งแต่วันที่ 28 มีนาคม 2566 ถึง วันที่ 18 กรกฎาคม 2566 รวมฝากครรภ์ 7 ครั้ง

วิจารณ์และข้อเสนอแนะ

ภาวะครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรง มีความเสี่ยงสูงที่จะเกิดภาวะชัก และถ้ามีภาวะครรภ์แฝดด้วยจะทำให้เกิดความรุนแรงของโรคมามากขึ้น ส่งผลให้เกิดอันตรายถึงเสียชีวิตหรือทุพพลภาพต่อหญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ได้ จึงมีข้อเสนอแนะการพัฒนากระบวนการดูแลหญิงตั้งครรภ์ ดังนี้

1. ควรมีการพัฒนาปรับปรุงระบบการติดตามหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความเสี่ยง เพื่อคัดกรองระดับความรุนแรงของพยาธิสภาพของโรค ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น เพื่อจะได้แก้ไข ป้องกัน ดูแลรักษาได้อย่างเหมาะสม
2. พัฒนาความรู้และสมรรถนะพยาบาลผู้ให้การดูแลหญิงตั้งครรภ์ โดยเฉพาะในเรื่องการประเมิน เช่น อาการนำของภาวะชัก ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่แสดงถึงการดำเนินของโรคที่รุนแรงขึ้น อาการไม่พึงประสงค์จากยา รวมถึงทักษะในการซักประวัติ ค้นหาปัญหา ตั้งแต่เริ่มฝากครรภ์ เพื่อตั้งข้อวินิจฉัยในการวางแผนและให้การพยาบาล การประเมินซ้ำ เพื่อป้องกัน และให้การรักษาโรคได้เร็ว
3. พัฒนาศักยภาพบุคลากรภายในที่ทำงานอยู่เสมอ ทั้งในระดับหน่วยงาน และระดับเครือข่ายงาน (ทีมนำทางคลินิก PCT : Patient Care Team) เพื่อพัฒนาคุณภาพบริการ ตลอดจนมีการฝึกฝนด้วยการจำลองสถานการณ์ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานเป็นทีมที่รวดเร็ว
4. พัฒนาแนวทางการปฏิบัติการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูง (EARLY WARNING SIGNS) เฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงที่เป็นสัญญาณเตือนให้ทีมสุขภาพทราบถึงสภาวะความรุนแรงของโรคและการพยากรณ์ของโรคช่วยในการตัดสินใจ เพื่อให้การรักษาพยาบาลได้อย่างมีคุณภาพและปลอดภัยเกิดประโยชน์สูงสุดกับผู้รับบริการ

สรุป

หญิงตั้งครรภ์แฝด และมีภาวะครรภ์เป็นพิษชนิดรุนแรง ส่งผลให้มารดามีโอกาสเสี่ยงที่จะเกิด ภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง เช่น เกิดภาวะชัก คลอดก่อนกำหนด ทารกเสี่ยงต่อภาวะขาดออกซิเจน พยาบาลฝากครรภ์จึงต้องมีทักษะการประเมินคัดกรอง การวินิจฉัยและให้การพยาบาลได้ถูกต้องและรวดเร็ว รวมทั้งการให้ข้อมูลสภาวะของโรคให้หญิงตั้งครรภ์และญาติเข้าใจในแผนการรักษา เพื่อลดความวิตกกังวล ทำให้หญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ปลอดภัยจนถึงระยะคลอด

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. อัตราการตายมารดาไทย. นนทบุรี: กรมอนามัย; 2565.
2. ตรีภพ เลิศบรรณพงษ์. ครรภ์แฝด. ใน : ประภัสร์ วานิชพงษ์พันธ์, กุศล รัตมีเจริญ, ตรีภพ เลิศบรรณพงษ์ (บรรณาธิการ). ตำราสูติศาสตร์. (หน้า 201-10). กรุงเทพฯ : พี.เอ.ลีฟวิ่ง; 2560.
3. สีนินาฏ หงส์ระนัย. ภาวะเสี่ยงในระยะตั้งครรภ์และระยะคลอด:การพยาบาล. กรุงเทพฯ: แดเน็กซ์ อินเตอร์คอร์ปอเรชั่น; 2565.
4. นางลักษณะ เนลิมสุข. การพยาบาลสตรีที่มีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ : การพยาบาลและการผดุงครรภ์สตรีที่มีภาวะเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อน. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: สยามพิมพ์นานาชาติ; 2565.
5. ดวงสิทธิ์ วัฒนการุณ. ความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์. ใน : ถวัลย์วงศ์ รัตนศิริ, จุติมา สุนทรสัจ, สมศักดิ์ สุทัศน์วรอุฒิ (บรรณาธิการ). สูติศาสตร์ฉุกเฉิน. (หน้า 76-88). กรุงเทพฯ: พิมพ์ดี; 2560.
6. สุนันทา ยิงวณิชเศรษฐ์, สุรีย์พร กฤษเจริญ. การพยาบาลมารดาทารกและการผดุงครรภ์ 2 (เล่ม 1). สงขลา: คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2562.
7. สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการฝากครรภ์สำหรับบุคลากรสาธารณสุข. นนทบุรี: กรมอนามัย; 2565.
8. ศูนย์ข้อมูลโรงพยาบาลกำแพงเพชร. รายงานประจำปี 2563 - 2565. กำแพงเพชร: โรงพยาบาลกำแพงเพชร; 2565.



Nursing care of patients with septic arthritis and Septicemia : A case study

Supattra Saengprapakorn, B.N.S.*

Abstract

Introduction : Septic arthritis is a crucial and life-threatening conditions because it cause of the rapid joint destruction, and patient confront with severe situation from septicemia and then pass away. The goal of nursing care is to eliminate infection in the joints and provide appropriate effectiveness nursing intervention immediately; consequently, the rate of disability and the death rate will reduce presented the quality of nursing intervention and service.

Objectives : This paper provided the nursing guidelines for patient with septic arthritis and septicemia.

Case study : The 60-year-old Thai male patient who was referred with significant symptoms of swollen left knee, redness and heat, pain, and fever 1 day before coming to the hospital, and the physician at the community hospital were diagnosis septic arthritis at left knee with sepsis from 95 cc. pus arthrocentesis and 8.1 mmol/L blood lactate results. The first admitted at the orthopedic department, patient still presented good consciousness, Pain score 4/10, urine output via foley's catheter 30 cc. presented oliguria, and fever presented temperature 38.8°C. The open arthrotomy and retained radivac drain was implemented for this patient; additionally, the blood, pus and synovial fluid culture presented *Streptococcus pneumoniae*. After 2 day operation, the complication including hematocrit drop 30.3 to 22 % from melena and patients presented anemia. The two healed ulcer at duodenal bulb from EGD were showed in this case. In summary, the nursing diagnoses in this cases included: 1) septicemia, 2) septic arthritis, 3) anemia from upper gastrointestinal hemorrhage, 4) risks for anesthetic and operational complications, 5) hypokalemia, 6) Pain due to knee arthritis and operational wound, 7) fever, 8) pre-post operational anxiety, and 9) knowledge of self-deficiency and confidence after living in the community hospital among relatives. This paper were studied 13 days between July 26, to August 8, 2023. After the patient presented the good conditions, he was referred to the hospital at his area for 6 weeks of antibiotics period. He was followed-up at outpatient department at Kamphaeng Phet Hospital

Summary of study result : Patient safe from life-threatening conditions and he was able to walk again with a walker. His quality of life be settle based on his condition. According to this case study experiences, nurses should enhance their skills of septic arthritis and septicemia nursing care and the early warning signs of this condition must implement to evaluate and prompt to manage all concerns immediately.

Keywords : septic arthritis nursing, septicemia

*Registered nurse, professional Level, Nursing group, Kamphaeng Phet Hospital

การพยาบาลผู้ป่วยโรคข้ออักเสบติดเชื้อและมีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด : กรณีศึกษา

สุพัตรา แสงประกาย, พย.บ.*

บทคัดย่อ

บทนำ : โรคข้ออักเสบติดเชื้อ (Septic arthritis) เป็นภาวะวิกฤตที่คุกคามชีวิตก่อให้เกิดการทำลายข้ออย่างรวดเร็ว ทำให้เกิดความพิการผิดรูปของข้อนั้นๆ และในรายที่รุนแรงอาจทำให้เสียชีวิตจากการติดเชื้อในกระแสเลือดได้ เป้าหมายในการดูแลรักษาพยาบาล คือ การกำจัดเชื้อในข้อ และให้การรักษาพยาบาลที่เหมาะสมในเวลาอันรวดเร็ว จะช่วยลดความพิการ และลดอัตราการเสียชีวิตลงได้ เพื่อพัฒนาคุณภาพทางการพยาบาลและการบริการแก่ผู้ป่วยภาวะดังกล่าว

วัตถุประสงค์ : เพื่อเป็นแนวทางในการพยาบาลผู้ป่วยโรคข้ออักเสบติดเชื้อและภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด

กรณีศึกษา : ผู้ป่วยชายไทยวัย 60 ปี ส่งตัวมาจากโรงพยาบาลชุมชนด้วยอาการเข้าซ้ายบวม แดงร้อน ปวด มีไข้ ก่อนมาโรงพยาบาล 1 วัน แพทย์วินิจฉัยว่าเป็น Septic arthritis Lt Knee with sepsis เจาะเข้าได้หนอง 95 ซีซี เจาะ Blood lactate = 8.1 mmol/L แรกรับที่ตีกัลยกรรมกระดูกผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ปวดเข้า Pain score 4/10 คะแนน ใส่สายสวนปัสสาวะไว้ ปัสสาวะสีเหลืองเข้มออกน้อย 30 ซีซี อุณหภูมิร่างกาย 38.8 องศาเซลเซียส ผ่าตัดเปิดล้างข้อเข้า และใส่สายระบายหนองผลเพาะเชื้อจากเลือด น้ำในข้อเข้า และหนองที่เข้าพบเชื้อ Streptococcus pneumoniae หลังผ่าตัดวันที่ 2 ผู้ป่วยมีอาการถ่ายอุจจาระเหลวสีดําและมีภาวะซีด ค่าความเข้มข้นของเลือดลดลงเรื่อย ๆ จาก 30.3% เหลือ 22% ได้ปรึกษาแพทย์ศัลยกรรมทำ EGD พบว่าเป็น Two healed ulcer at duodenal bulb ข้อวินิจฉัยการพยาบาล ได้แก่ 1. มีการติดเชื้อในกระแสเลือด 2. มีการติดเชื้อในข้อเข้าซ้าย 3. มีภาวะซีดจากการมีภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้น 4. มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดและผลข้างเคียงจากการได้รับยาระงับความรู้สึก 5. มีภาวะโปรแตสเซียมในเลือดต่ำ 6. ไม่สุขสบายเนื่องจากปวดเข้าและแผลผ่าตัด 7. ไม่สุขสบายเนื่องจากมีไข้ 8. ผู้ป่วย/ญาติวิตกกังวลเกี่ยวกับการทำผ่าตัดและการปฏิบัติตัวก่อน -หลังผ่าตัด 9. ผู้ป่วย/ญาติพร้อมความรู้และขาดความมั่นใจในการดูแลตนเองเมื่อกลับไปอยู่โรงพยาบาลชุมชน การศึกษาครั้งนี้ศึกษาระหว่างวันที่ 26 กรกฎาคม 2566 ถึง 8 สิงหาคม 2566 ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย รวม 13 วัน ตัดไหมเข้าซ้ายแผลแห้งดีดี อาการทั่วไปปกติ แพทย์ส่งตัวกลับไปรักษาที่โรงพยาบาลชุมชน เพื่อให้ยาปฏิชีวนะต่อให้ครบ 6 สัปดาห์ และได้นัดมาตรวจแบบผู้ป่วยนอกที่โรงพยาบาลกำแพงเพชร

สรุปผลกรณีศึกษา : ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะคุกคามชีวิต สามารถกลับมาเดินได้ด้วยเครื่องพยุงช่วยเดินสี่ขา มีคุณภาพชีวิตที่ดีตามอัตภาพ ดังนั้นพยาบาลต้องมีทักษะในการดูแลผู้ป่วยและให้การรักษาพยาบาลผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็วทันเวลา จะช่วยลดความพิการและภาวะแทรกซ้อนได้

คำสำคัญ : การพยาบาลผู้ป่วยโรคข้ออักเสบติดเชื้อ ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลกำแพงเพชร

บทนำ

โรคข้ออักเสบติดเชื้อ (Septic arthritis) เป็นภาวะวิกฤตฉุกเฉินทางออร์โธปิดิกส์ คือ การอักเสบที่เกิดจากการติดเชื้อโรคแล้วเกิดพยาธิสภาพภายในข้อ มักเกิดกับข้อขนาดใหญ่อย่างข้อเข่า ข้อสะโพก ข้อไหล่¹⁻⁴ ซึ่งภาวะข้ออักเสบจากการติดเชื้อจะทำลายกระดูกอ่อนและกระดูกภายในข้ออย่างรวดเร็ว ทำให้เกิดความพิการผิดรูปของข้อนั้นๆ^{1,3} เชื้อส่วนใหญ่จะเป็นเชื้อแบคทีเรีย อุบัติการณ์ของข้ออักเสบติดเชื้อแบคทีเรียพบประมาณ 2-10 ต่อแสนประชากร และพบมากขึ้นเป็นร้อยละ 30-40 ต่อแสนประชากรในผู้ป่วยข้ออักเสบรูมาตอยด์ และร้อยละ 40-68 ต่อแสนประชากรในผู้ป่วยที่มีข้อเทียม^{5,6} โรคข้ออักเสบติดเชื้อพบได้ทุกเพศทุกวัยส่วนใหญ่พบบ่อยในเด็ก ผู้สูงอายุ และผู้ที่มีภูมิคุ้มกันอ่อนแอ²⁻⁴ เชื้อที่เป็นสาเหตุที่พบบ่อยที่สุดคือ Staphylococcus aureus และรองลงมาคือ Streptococcus spp. และ Burkholderia pseudomallei^{6,8} หากปล่อยทิ้งไว้โดยไม่ได้รับการรักษาอาจทำให้อาการที่ความรุนแรงมากยิ่งขึ้น จนเกิดการติดเชื้อลุกลามเข้ากระแสเลือดได้^{1,9}

ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด (Sepsis) เป็นภาวะวิกฤตที่คุกคามต่อชีวิต เป็นผลมาจากการติดเชื้อและกระบวนการอักเสบที่เกิดขึ้นในร่างกายอย่างรุนแรงและต่อเนื่อง จากการตอบสนองที่ผิดปกติของร่างกายต่อการติดเชื้อ เมื่อมีความรุนแรงมากขึ้นและไม่ได้รับการแก้ไขทันที่จะส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดภาวะช็อก (Septic shock) นำไปสู่ภาวะที่มีอวัยวะที่ล้มเหลวหลายระบบ เป็นสาเหตุของการเสียชีวิตสูงถึง 1 ใน 4 ของผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อทั้งหมด^{10,11} การรักษาพยาบาลภาวะข้ออักเสบและติดเชื้อในกระแสเลือดแพทย์จะให้ยาปฏิชีวนะแบบกว้างที่ครอบคลุมเชื้อโรคที่สงสัยก่อน และจะนำเลือดไปเพาะเชื้อเพื่อทราบเชื้อที่ทำให้เกิดโรค จากนั้นปรับยาปฏิชีวนะให้เจาะจงกับเชื้อโรค การผ่าตัดในกรณีที่มีข้อบ่งชี้ การให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ หรือการให้ยาอื่น ๆ เพื่อประคับประคองความดันโลหิตเป็นวิธีการที่ช่วยเพิ่มอัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วยได้¹²

อุบัติการณ์ของข้ออักเสบติดเชื้อที่เข้ารับการรักษาที่ตึกศัลยกรรมกระดูก โรงพยาบาลกำแพงเพชร ในปีงบประมาณ 2564, 2565, 2566 พบจำนวน 36, 50, 64 และพบอัตราการตายร้อยละ 5.56, 8, 6.25 ตามลำดับ¹³ ถึงแม้ในปัจจุบันวิวัฒนาการทางการแพทย์เจริญขึ้นมาก แม้จะมียาปฏิชีวนะที่ดีในการรักษาโรคข้ออักเสบติดเชื้อ แต่ยังคงพบว่าการพยากรณ์โรค และการดำเนินของโรคเปลี่ยนแปลงไม่มาก ยังพบอัตราการความพิการและอัตราการตายสูง โรคนี้สามารถรักษาให้หายขาดได้ถ้าได้รับการวินิจฉัยอย่างถูกต้องและรวดเร็ว การรักษาที่ล่าช้าจะทำให้เกิดความพิการตามมาและอาจจะทำให้เสียชีวิตในรายที่มีอาการรุนแรง¹⁴ การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นแนวทางในการพยาบาลผู้ป่วยโรคข้ออักเสบติดเชื้อและภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด

กรณีศึกษา

ชายไทยวัย 60 ปี สัญชาติไทย ศาสนาพุทธ

อาการสำคัญ

เข้าซ่ายบวมแดงร้อน ปวด มีไข้ ก่อนมาโรงพยาบาล 1 วัน

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน

7 วันก่อนมาโรงพยาบาล ปวดเข้าซ่าย ไม่มีไข้ เดินพอได้ ไปรักษาที่คลินิก

1 วันก่อนมาโรงพยาบาลเข้าซ่ายบวมแดงร้อน ปวด มีไข้ ไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลชุมชน ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น Septic arthritis with sepsis แพทย์เจาะเข้าใต้หนอง 95 ซีซี ใส่สายสวนปัสสาวะให้ได้ปัสสาวะสีเหลืองเข้ม ออกน้อยคาสาย เจาะ Blood Lactate = 8.1 mmo/L Load NSS 1,500 CC then 80 ml/hr ให้ยาปฏิชีวนะ แล้วส่งตัวมารักษาต่อโรงพยาบาลกำแพงเพชร

ประวัติเจ็บป่วยในอดีต

โรคเกาต์ ความดันโลหิตสูง ไตระยะที่ 3 เป็นมา 20 ปี รับยาต่อเนื่องที่โรงพยาบาลชุมชน ปฏิเสธการแพ้ยา / สารเคมี ปฏิเสธการสูบบุหรี่ ดื่มเบียร์ 3-4 ขวดต่อวัน มา 20 ปี เลิกดื่มไปเมื่อ 10 ปี ก่อน



การประเมินสภาพร่างกายตามระบบ

รูปร่างทั่วไป : รูปร่างค่อนข้างท้วม น้ำหนัก 78 กิโลกรัม ส่วนสูง 170 เซนติเมตร สัญญาณชีพ : อุณหภูมิร่างกาย 38.8 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของหัวใจ 98 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 22 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 144/77 มิลลิเมตรปรอท ค่าความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือด 97%

ระบบประสาท : รู้สึกตัว ถามตอบรู้เรื่อง Coma score E4V5M6

ผิวหนัง : ผิวหนังคล้ำ ไม่มี Skin turgor ไม่มีจ้ำเลือด เข้าซ่ายบวมแดงร้อน

ศีรษะและใบหน้า : ผมสั้นสีดำมีผมหงอกปน ศีรษะไม่มีบาดแผล หนังศีรษะไม่แห้ง ตา 2 ข้างพร่ามัว ใบหู จมูก ปาก ลักษณะภายนอกปกติ ไม่มีบาดแผล

ทรวงอกและทางเดินหายใจ : ทรวงอกรูปร่างปกติ เต้านมปกติ อัตราการเต้นของหัวใจ 22 ครั้งต่อนาที เสียงการหายใจปกติ ไม่มีเป่าปาก

หัวใจและหลอดเลือด : การเต้นของหัวใจสม่ำเสมอ อัตราการเต้น 98 ครั้งต่อนาที ไม่มีเส้นเลือดที่คอโป่งพอง

ช่องท้องและทางเดินอาหาร : ลักษณะทั่วไปปกติ ท้องสมมาตรกันดี ไม่มีก้อน ท้องไม่อืด

กล้ามเนื้อและกระดูก : โครงสร้างร่างกายปกติ แขนเคลื่อนไหวได้ปกติ เข้าซ่ายบวมแดง ปวด ขยับขาไม่ไหว

ระบบทางเดินปัสสาวะ : ใส่สายสวนปัสสาวะ ได้ปัสสาวะสีเหลืองเข้มออกน้อย ไม่มีตะกอน

ระบบอวัยวะสืบพันธุ์ : อวัยวะสืบพันธุ์ภายนอกปกติ

สภาพจิตใจ : สิ้นหวังวิตกกังวล

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

	26/07/2566	30/07/2566	1/08/2566	2/08/2566	3/08/2566	8/08/2566
WBC	12,500 cell/cu.mm					7,000
Blood lactate	8.1 mmol/L			1.8 mmol/L		
HCT	30.3%	22%			30%	
Potassium			3.1 mmol/L	3.8 mmol/L		

Synovial fluid exam : WBC count 650,000 cell/LPF, Neutrophil = 99%

Synovial fluid C/S : Growth, Streptococcus pneumoniae, Pus C/S : Growth, Streptococcus pneumoniae

H/C : Growth, Streptococcus pneumoniae (31/07/2566), H/C : No growth (6/08/2566)

Stool occult blood : positive (29/07/2566), Stool occult blood : Negative (1/08/66)

ผล Film Lt Knee : Soft tissue swelling, degenerative change with joint space narrowing

การประเมินสภาพผู้ป่วย

วันที่ 26 กรกฎาคม 2566 เวลา 19.50 น. แรกรับรู้สีกตัวดี หายใจ Room air สม่ำเสมอ ไม่เหนื่อย เข้าซ่ายบวมแดงร้อน ปวด Pain score 4/10 ค่ะแนน On 0.9% NaCl 1,000 ml Rate 80 ml/hr Retained foley's cath urine สีเหลืองเข้มออกน้อย 30 ซีซี ไม่มีตะกอน สัญญาณชีพ : อุณหภูมิร่างกาย 38.8 องศาเซลเซียส ชีพจร 98 ครั้งต่อนาที หายใจ 22 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 144/77 มิลลิเมตรปรอท ค่าความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือด (SpO2) 97%

วันที่ 27 กรกฎาคม 2566 เวลา 02.00 น. ออกจากห้องผ่าตัด รู้สึกตัวดี หายใจ On O2 canular 3 lit/min SpO2 95% แผลผ่าตัดเข้าซ่ายไม่ซึ่ม On Radivac drain มี content เป็นเลือดออกกันขวด ปวดแผล Pain score 7/10 ค่ะแนน ไม่มีไข้ สัญญาณชีพปกติ

วันที่ 28 กรกฎาคม 2566 รู้สึกตัวดี หายใจ On O2 canular 3 lit/min SpO2 96-98% แผลผ่าตัดเข้าซ่ายไม่ซึ่ม On Radivac drain มี content เป็นเลือดออก 50 ซีซี ปวดแผล Pain score 3-4 ค่ะแนน ไม่มีไข้ สัญญาณชีพปกติ

วันที่ 29 กรกฎาคม 2566 รู้สึกตัวดี หายใจ On O₂ canular 3 lit/min SpO₂ 96-98% แผลผ่าตัดเข้าซ้ายไม่ซึม On Radivac drain มี content เป็นเลือดออกกันขวด ปวดแผล Pain score 3-4 ค่ะแนน สัญญาณชีพปกติ ไม่มีไข้ มีถ่ายอุจจาระเหลวสีดำ 2 ครั้ง ปรีกษาแพทย์ศัลยกรรมให้ใส่ NG tube irrigate, Serial Hct q 6 hrs. Plan OR for EGD

วันที่ 30 กรกฎาคม 2566 รู้สึกตัวดี หายใจ Room air สม่่าเสมอ SpO₂ 97% แผลผ่าตัดเข้าซ้ายไม่ซึม On Radivac drain มี content เป็นเลือดออกกันขวดไม่ออกเพิ่ม ปวดแผล Pain score 3 ค่ะแนน On NG tube content เป็น bile มีไข้ อุณหภูมิร่างกาย 38.8 องศาเซลเซียส Hct 22% ได้ PRC 1 unit

วันที่ 31 กรกฎาคม 2566 รู้สึกตัวดี หายใจ Room air สม่่าเสมอ SpO₂ 97% แผลผ่าตัดเข้าซ้ายไม่ซึม On Radivac drain มี content เป็นเลือดออกกันขวดไม่ออกเพิ่ม ปวดแผล Pain score 3 ค่ะแนน On NG tube content เป็น bile สัญญาณชีพปกติ ไม่มีไข้ Hct 20% ได้ PRC 1 unit

วันที่ 1 สิงหาคม 2566 รู้สึกตัวดี หายใจ Room air สม่่าเสมอ SpO₂ 97% แผลผ่าตัดเข้าซ้ายไม่ซึม On Radivac drain มี content เป็นเลือดออกกันขวดไม่ออกเพิ่ม ปวดแผล Pain score 3 ค่ะแนน On NG tube content เป็น bile สัญญาณชีพปกติ ไม่มีไข้ Hct 23.1% ได้ PRC 2 unit และมีค่า Potassium = 3.1 mmol/L ได้ 5%D/N/2 1,000 cc + KCl 20 mEq IV drip 80 cc/hr

วันที่ 2 สิงหาคม 2566 รู้สึกตัวดี หายใจ Room air สม่่าเสมอ SpO₂ 97% แผลผ่าตัดเข้าซ้ายไม่ซึม On Radivac drain มี content เป็นเลือดออกกันขวดไม่ออกเพิ่ม ปวดแผล Pain score 3 ค่ะแนน On NG tube content เป็น bile สัญญาณชีพปกติ ไม่มีไข้ ไม่มีถ่ายอุจจาระดำ Hct = 29% ได้ PRC 1 unit

วันที่ 3 สิงหาคม 2566 รู้สึกตัวดี หายใจ Room air สม่่าเสมอ SpO₂ 97% แผลผ่าตัดเข้าซ้ายไม่ซึม Off Radivac drain ปวดแผล Pain score 3 ค่ะแนน สัญญาณชีพปกติ ไม่มีไข้ Hct = 30%เข้าห้องผ่าตัดเพื่อทำ EGD

วันที่ 4 สิงหาคม 2566 รู้สึกตัวดี หายใจ Room air สม่่าเสมอ SpO₂ 97% แผลผ่าตัดเข้าซ้ายไม่ซึม Off foley's cath ปวดแผล Pain score 3 ค่ะแนน สัญญาณชีพปกติ ไม่มีไข้ ส่งกายภาพบำบัดหัดเดิน ผู้ป่วยยังเดินไม่ไหว

วันที่ 5-7 สิงหาคม 2566 รู้สึกตัวดี หายใจ Room air สม่่าเสมอ SpO₂ 96-98% แผลผ่าตัดเข้าซ้ายไม่ซึม ปวดแผล Pain score 3 ค่ะแนน สัญญาณชีพปกติ ไม่มีไข้

วันที่ 8 สิงหาคม 2566 รู้สึกตัวดี หายใจ Room air สม่่าเสมอ SpO₂ 97% ตัดไหมเข้าซ้าย แผลแห้งดีดี ปวดแผล Pain score 2-3 ค่ะแนน สัญญาณชีพปกติ ไม่มีไข้ อาการทั่วไปปกติ แพทย์จำหน่ายโดยส่งกลับไปฉีดยาปฏิชีวนะ ต่อที่โรงพยาบาลชุมชน

การวางแผนการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1 ผู้ป่วยมีการติดเชื้อในกระแสเลือด

S : ตัวร้อน มีไข้

O : ผล Lab : CBC : WBC : 12,500 cell/cu.mm H/C : Growth, Streptococcus pneumoniae, Serum Blood lactate = 8.1 mmo/L ปัสสาวะสีเหลืองเข้มออกน้อย 30 ซีซี อุณหภูมิร่างกาย 38.8 องศาเซลเซียส

วัตถุประสงค์ : เพื่อลดการติดเชื้อในกระแสเลือด

เกณฑ์การประเมินผล

1. ระดับความรู้สึกตัวปกติ สัญญาณชีพปกติ อุณหภูมิร่างกาย น้อยกว่า 37.5 องศาเซลเซียส ชีพจร 60-100 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 16-20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 90/60 -140/90 มิลลิเมตรปรอท MAP มากกว่า 65 มิลลิเมตรปรอท
2. CBC : WBC = 5,000 -10,000 cell/cu.mm
3. Serum blood lactate < 2 mmo/L
4. ผล H/C = No growth

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินระดับความรู้สึกตัวและบันทึกสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง รายงานแพทย์เมื่อพบความผิดปกติ
2. ดูแลให้ออกซิเจนทางจมูก 3 ลิตรต่อนาทีและวัดค่า Oxygen saturation ทุก 4 ชั่วโมง และประเมินประสิทธิภาพการหายใจ
3. ดูแลให้ได้รับ IV fluid คือ 0.9% NaCl 1,000 ml Rate 80 ml/hr
4. ปรึกษาแพทย์อายุรกรรมเพื่อปรับยา Antibiotic แพทย์เปลี่ยนเป็นยา Levofloxacin 750 mg IV q 48 hr. และเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนจากการให้ยา
5. ดูแลส่ง Lab ตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ CBC, BUN, Creatinine, Electrolyte, LFT, PT, PTT, INR, H/C และติดตามผลเพื่อประเมินการติดเชื้ออย่างต่อเนื่อง
6. เจาะ Serum Blood lactate และติดตามผล
7. บันทึกจำนวนปัสสาวะทุก 4 ชั่วโมง จากสายสวนปัสสาวะ เพื่อประเมินการทำหน้าที่ของไตเกี่ยวกับการได้รับเลือดไปเลี้ยง ปกติปริมาณปัสสาวะในผู้ใหญ่จะเท่ากับ 1 มิลลิลิตร / น้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม/ชั่วโมง หรือประมาณ 30 - 50 มิลลิลิตร/ชั่วโมง บันทึกจำนวนปัสสาวะที่ออก ไม่ควรน้อยกว่า 25 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง Record I/O/8 ชั่วโมง

ประเมินผล

1. ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี พูดคุยรู้เรื่อง สัญญาณชีพปกติ อุณหภูมิร่างกาย 36.8 องศาเซลเซียส ชีพจร 100 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 124/62 มิลลิเมตรปรอท MAP 83 มิลลิเมตรปรอท
2. ผล CBC ; WBC 7,000 cell/cu.mm (8/08/66)
3. ผล Serum Blood lactate = 1.8 mmo/L (2/08/66)
4. ผล H/C = No growth (6/08/66)

ปัญหาและข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2 ผู้ป่วยมีการติดเชื้อในข้อเข่าซ้าย

ข้อมูลสนับสนุน

S : เข่าซ้ายบวมแดงร้อน มีไข้

O : ผล Lab : CBC; WBC: 12,500 cell/cu.mm, Synovial fluid exam : WBC count 650,000 cell/LPF, Neutrophil = 99%, Synovial fluid C/S : Growth, Streptococcus pneumoniae, Pus C/S Growth, Streptococcus pneumoniae, อุณหภูมิร่างกาย 38.8 องศาเซลเซียส

วัตถุประสงค์ : เพื่อลดการติดเชื้อในข้อเข่าซ้าย

เกณฑ์การประเมินผล

1. แผลผ่าตัดแห้ง เข่าบวมแดงร้อนลดลง
2. สัญญาณชีพปกติ อุณหภูมิร่างกายน้อยกว่า 37.5 องศาเซลเซียส ชีพจร 60-100 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 16-20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 90/60 -140/90 มิลลิเมตรปรอท MAP มากกว่า 65 มิลลิเมตรปรอท
3. CBC : WBC = 5,000-10,000 cell/cu.mm
4. ESR : 0-15 mm/Hr, CRP < 10 ug/ml

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินและบันทึกสัญญาณชีพ ทุก 4 ชั่วโมง
2. ทำแผลด้วยหลัก Aseptic technique และตรวจดูการทำงานของ Radivac drain โดยให้อยู่ในระบบสุญญากาศ ระวังสายหักพับงอ และเลื่อนหลุด จัดวางขวดให้อยู่ระดับต่ำกว่าแผลเพื่อให้เลือดหรือสารคัดหลั่งไหลสะดวก บันทึกปริมาณ Content ทุกเวร สังเกตอาการผิดปกติ เช่นบริเวณรอบ ๆ สาย Radivac drain บวมแดง มีไข้ หรือมีเลือดออกมากหรือลักษณะ content ผิดปกติไปจากเดิม ให้รายงานแพทย์

3. ดูแลให้ยา Antibiotic คือ Ceftriazone 2 gm IV OD, Clindamycin 600 mg IV q 8 hrs. และเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนจากการให้ยา

4. ดูแลส่ง Lab ตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ CBC ESR CRP และติดตามผล

5. เฝ้าระวังการติดเชื้อจากอาการปวดบวมแดงร้อนของเข่า

ประเมินผล

1. แผลเข่าซ้ายแห้งดี เข่ายุบบวมแดงร้อน

2. สัญญาณชีพปกติ อุณหภูมิร่างกาย 36.4 องศาเซลเซียส ชีพจร 68 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 120/72 มิลลิเมตรปรอท MAP 88 มิลลิเมตรปรอท

3. ผล CBC ; WBC 7,000 cell/cu.mm (8/08/66)

4. ESR : 100 mm/H, CRP 46.58 ug/ml (8/08/66)

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 3 ผู้ป่วยมีภาวะช็อคจากการมีภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้น

ข้อมูลสนับสนุน

S : ผู้ป่วยมีถ่ายอุจจาระเหลวสีดำ 2 ครั้ง ครั้งละประมาณ 1 แก้วน้ำ

: ญาติแจ้งว่าผู้ป่วยรับประทานยาชุด ยาลูกกลอนมา 10+ ปี ยังกินประจำ ยาสมุนไพรบ้างนานครั้ง

: เยื่อตาแดง

O : Hct จาก 30.3% (26/07/66) ลดลงเหลือ 22% (30/07/2566)

: Stool occult blood : positive (29/07/2566)

: ผล EGD พบว่าเป็น Two healed ulcer at duodenal bulb

: ประวัติเป็นโรคไตระยะ 3 มา 20 ปี ส่งผลให้การสร้างเม็ดเลือดแดงที่ไขกระดูกลดลง

วัตถุประสงค์ : เพื่อแก้ไขภาวะช็อค

เกณฑ์การประเมิน

1. ไม่มีเลือดออกในทางเดินอาหาร ไม่พบอาเจียนเป็น coffee ground/ fresh blood

2. ไม่มีถ่ายอุจจาระดำ ผล Stool occult blood : Negative

3. Hct เท่ากับหรือมากกว่า 30 %

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง เพื่อประเมินความเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย

2. ประเมิน abdominal signs เช่น ท้องอืด แน่นท้อง ปวดท้อง กดเจ็บทั่วท้อง หน้าท้องแข็งตึง

3. ดูแลให้ผู้ป่วยงดน้ำและอาหาร และได้รับสารน้ำ คือ 0.9% NaCl 1,000 cc V drip 80 cc/hr

4. ปรีกษาแพทย์ศัลยกรรม แพทย์ให้ใส่ NG tube Irrigate และประเมินลักษณะ Content ถ้าพบผิดปกติให้รายงานแพทย์

5. แจ้งให้ผู้ป่วย/ญาติทราบถึงความจำเป็นของการได้รับเลือดและโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการให้เลือด และให้ลงนามเซ็นยินยอมให้เลือด

6. ดูแลให้เลือดชนิด Pack Red Cell 1 Unit IV drip in 4 hrs และปฏิบัติตามแนวทางการให้เลือด โดยประเมินสัญญาณชีพทั้งก่อนขณะ และหลังให้เลือด เพื่อป้องกันการให้เลือดผิดคนผิดหมู่และเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนจากการให้เลือด ถ้าพบผิดปกติให้รายงานแพทย์

7. ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ CBC, Hct เพื่อดูปริมาณความเข้มข้นของเลือด และให้เลือดตามแผนการรักษา

ประเมินผล

1. ผู้ป่วยไม่มีอาการปวดท้อง ไม่มีอาเจียนเป็นเลือด

2. ไม่มีถ่ายอุจจาระดำ ผล Stool occult blood : Negative (1/08/2566)

3. Hct เพิ่มขึ้นเป็น 30% (03/08/2566)

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 4 ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดภาวะแทรกหลังผ่าตัดและผลข้างเคียงจากการได้รับยาระงับความรู้สึก ข้อมูลสนับสนุน

S : -

O : แพทย์ Set OR for open arthrotomy Lt.knee under GA, มีแผลผ่าตัด Open arthrotomy เข้าซ้าย (27/07/66)

วัตถุประสงค์ : เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการทำผ่าตัดและผลข้างเคียงของการได้รับยาระงับความรู้สึก

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ ไม่มีคลื่นไส้ อาเจียน
2. แผลผ่าตัดไม่มี Active bleed, Content จาก Radivac drain ออกน้อยกว่า 200 ซีซีใน 1 ชั่วโมง

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินอาการ ระดับความรู้สึกตัว และวัดสัญญาณชีพทุก 15 นาที 4 ครั้ง ทุก 30 นาที 2 ครั้ง ทุก 1 ชั่วโมง 2 ครั้ง เมื่อสัญญาณชีพคงที่วัดทุก 4 ชั่วโมง ให้นอนราบหนุนหมอน 1 ใบ สังเกตอาการคลื่นไส้ อาเจียน มีนงง
2. ดูแลให้ออกซิเจนทางจมูก 3 ลิตรต่อนาที และวัดค่า Oxygen saturation ทุก 4 ชั่วโมง และประเมินประสิทธิภาพการหายใจ
3. ดูแลให้ได้รับ IV fluid คือ 0.9% NaCl 1,000 ml Rate 80 ml/hr
4. ประเมินความเจ็บปวดทุก 4 ชั่วโมง และสอนวิธีประเมินความปวดด้วยตนเอง โดยใช้มาตรวัดเป็นตัวเลข อธิบายวิธีโดยให้คะแนนเป็นตัวเลข 0 - 10 และแนะนำเรื่องการขยับบรรเทาปวดหลังการผ่าตัดเมื่อมีระดับคะแนนความปวดมากกว่า 3
5. จัดให้นอนวางขาสูง เพื่อช่วยให้เลือดไหลเวียนสะดวก ลดอาการบวม
6. ทำแผลด้วยหลัก Aseptic technique และตรวจดูการทำงานของ Radivac drain โดยให้อยู่ในระบบสุญญากาศ ระวังสายหัก พับงอ และเลื่อนหลุด จัดวางขวดให้อยู่ระดับต่ำกว่าแผลเพื่อให้เลือดหรือสารคัดหลั่งไหลสะดวก บันทึกปริมาณ Content ทุกเวร สังเกตอาการผิดปกติ เช่น บริเวณรอบ ๆ สาย Radivac drain บวมแดง มีไข้ หรือมีเลือดออกมาก หรือลักษณะ content ผิดปกติไปจากเดิม ให้รายงานแพทย์

ประเมินผล

1. รู้สึกตัวดี อุณหภูมิร่างกาย 36.8 องศาเซลเซียส ชีพจร 86 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 105/75 มิลลิเมตรปรอท MAP 85 มิลลิเมตรปรอท ไม่มีคลื่นไส้ อาเจียน
2. แผลผ่าตัดไม่มี Active bleed, Radivac drain มี Content ออกเป็นเลือด 50 ซีซี

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 5 ผู้ป่วยมีภาวะโปรแตสเซียมในเลือดต่ำ

ข้อมูลสนับสนุน

S ; -

O : ค่า Potassium = 3.1 mmol/L(1/08/66)

เกณฑ์การประเมินผล

1. ไม่มีอาการและอาการแสดง ได้แก่ ใจสั่น คลื่นไส้ อาเจียน ท้องอืด กล้ามเนื้ออ่อนแรง
2. ค่า Potassium ปกติ 3.4 - 4.5 mmol/L

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินสัญญาณชีพ ทุก 4 ชั่วโมงเพื่อประเมินความเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย
2. รายงานแพทย์
3. ดูแลให้ IV fluid คือ 5% D/N/2 1,000 cc + KCl 20 mEq IV 80 cc/hr โดยใช้หลักบริหารยาความเสี่ยงสูง และเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนของยา
4. เฝ้าระวังอาการและอาการแสดง Hypokalemia เช่น ใจสั่น คลื่นไส้ อาเจียน ท้องอืด กล้ามเนื้ออ่อนแรง
5. แนะนำให้ญาติจัดหาผลไม้ที่มีโปรแตสเซียมสูง ได้แก่ กล้วย แก้วมังกร มังคุด เป็นต้น
6. ติดตามผลโพแทสเซียมในเลือด

ประเมินผล

1. ผู้ป่วยไม่มีอาการใจสั่น คลื่นไส้ อาเจียน ท้องอืด กล้ามเนื้ออ่อนแรง
2. ค่า Potassium 3.8 mmol/L (02/08/66)

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 6 ผู้ป่วยไม่สุขสบายเนื่องจากปวดเข่าและแผลผ่าตัด

ข้อมูลสนับสนุน

- S : ผู้ป่วยสีหน้าแสดงความเจ็บปวด หน้าเขียว
: บ่นปวดแผล นอนพักไม่ได้
- O : ประเมิน Pain score ได้เท่ากับ 7/10 คะแนน
: Post OP. Open Arthrotomy Lt Knee

วัตถุประสงค์

เพื่อให้ผู้ป่วยทุเลापวด สามารถนอนพักได้

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยทุเลापวด Pain score น้อยกว่าหรือเท่ากับ 3 คะแนน
2. ผู้ป่วยนอนพักหลับได้
3. สีหน้าผู้ป่วยไม่หน้าเขียวค้ำวมวด

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินความรุนแรงของอาการปวด โดยการซักถามระดับความเจ็บปวดของผู้ป่วย โดยใช้มาตราวัดความเจ็บปวดแบบตัวเลข (Numeric rating scale) ที่เป็นตัวเลข 0 - 10 และสังเกตสีหน้าผู้ป่วย เช่น ขมวดคิ้ว
2. ดูแลให้ผู้ป่วยนอนพัก จัดให้นอนวางขาสูง เพื่อช่วยให้เลือดไหลเวียนสะดวก ลดอาการบวม
3. ชวนให้การพยาบาลปฏิบัติด้วยสัมผัสที่นุ่มนวล เพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกผ่อนคลาย
4. เบี่ยงเบนความสนใจ ลดความกลัวและความกังวลของผู้ป่วย (ซึ่งมีผลให้อาการปวดเพิ่มขึ้น) โดยการพูดคุยหาสาเหตุ และเปิดโอกาสให้ผู้ผู้ป่วยได้ระบายความคับข้องใจและซักถามปัญหาต่าง ๆ ผู้ป่วยชวยอากแก้ปวดได้เมื่อเริ่มรู้สึกไม่สุขสบาย ปวดแผลผ่าตัดหรือให้คะแนนระดับความปวดมากกว่า 3
5. ดูแลให้ผู้ผู้ป่วยได้รับยาแก้ปวด Morphine 3 mg IV pm q 4 hrs. ตามแผนการรักษาโดยใช้หลักบริหารยาความเสี่ยงสูงเพื่อบรรเทาอาการปวด และสังเกตอาการที่ไม่พึงประสงค์จากการให้ยา ได้แก่ อาการคลื่นไส้ อาเจียน ง่วงซึม เวียนศีรษะ เป็นต้น และเฝ้าระวังการหายใจและความง่วงซึมของผู้ป่วยโดยใช้ Sedative score เป็นตัววัดดังนี้ 0 = ไม่ง่วง 1 = เล็กน้อย ง่วงเป็นบางครั้งคราว ปลุกตื่นง่าย 2 = ปานกลาง ง่วงบ่อยๆ หรือง่วงตลอด แต่ปลุกตื่น 3 = รุนแรง ง่วงซึมมาก ปลุกตื่นยาก S = หลับปกติ จะตื่นง่ายเมื่อมีสิ่งกระตุ้น โดยมีเป้าหมายของการระงับปวด คือ ผู้ป่วยรู้สึกสบายโดยมีอาการง่วงซึมเล็กน้อย และหายใจอยู่ในเกณฑ์ปกติ
6. ประเมินความเจ็บปวดอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ ร่วมกับบันทึกอาการเปลี่ยนแปลง วัดสัญญาณชีพ ความดันโลหิต อัตราการหายใจและชีพจรหลังได้รับยา

ประเมินผล

1. หลังได้รับยาผู้ป่วยทุเลापวด Pain score เท่ากับ 3 คะแนน หายใจสม่ำเสมอดี
2. ผู้ป่วยนอนพักหลับได้
3. ผู้ป่วยไม่แสดงอาการหน้าเขียวค้ำวมวด

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 7 ผู้ป่วยไม่สุขสบายเนื่องจากมีไข้

ข้อมูลสนับสนุน

- S : ตัวร้อน บอกร้อนเนื้อร้อนตัว
- O : อุณหภูมิร่างกายสูง 38.8 องศาเซลเซียส (26/07/66, 30/07/66)

วัตถุประสงค์ : เพื่อลดความไม่สบายจากภาวะไข้

เกณฑ์การประเมินผล

1. ตัวไม่ร้อน ทุกเลาครั้งเนื้อครันตัว
2. อุณหภูมิร่างกายน้อยกว่า 37.5 องศาเซลเซียส

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินภาวะไข้ และสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมงและเมื่อมีไข้
2. ประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะไข้ เช่นปวดศีรษะ ปวดกล้ามเนื้อครันเนื้อครันตัว ทนาวสัน
3. ดูแลให้พักผ่อน โดยลดกิจกรรมที่ไม่จำเป็นเพื่อลดอัตราการเผาผลาญภายในเซลล์
4. กระตุ้นให้ดื่มน้ำมาก ๆ 2,000-3,000 ซีซี/วัน โดยจิบน้ำบ่อยๆ
5. Tepid sponge bath นาน 30 นาทีและสอนการเช็ดตัวลดไข้ให้แก่ผู้ดูแลผู้ป่วย
6. ดูแลให้สารน้ำ 0.9%NaCl 1,000 cc V drip 80 cc/hr
7. ดูแลให้ยาลดไข้ Paracetamol 1 tab ทางปาก
8. จัดสิ่งแวดล้อมให้อยู่ในสภาพที่อากาศถ่ายเทได้สะดวกโดยอาจใช้พัดลมช่วยเพื่อช่วยระบายความร้อนออกจากร่างกาย
9. ประเมินอุณหภูมิร่างกายซ้ำหลังให้การพยาบาล 30 นาที

ประเมินผล

1. ผู้ป่วยตัวไม่ร้อน ทุกเลาครั้งเนื้อครันตัว
2. อุณหภูมิร่างกาย = 36.8 องศาเซลเซียส

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 8 ผู้ป่วย/ญาติวิตกกังวลเกี่ยวกับการทำผ่าตัดและการปฏิบัติตัวก่อน – หลังผ่าตัด

ข้อมูลสนับสนุน

- S : ญาติมีสีหน้ากังวล หน้ามืดวิงเวียน สบถามถึงการรักษาบ่อยครั้ง จะรักษาหายไหม
- O : แพทย์ Set OR for open arthrotomy Lt.knee under GA

วัตถุประสงค์

1. ผู้ป่วย/ญาติคลายความวิตกกังวล
2. เพื่อให้ผู้ป่วย/ญาติมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อน - หลังผ่าตัด

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วย/ญาติมีสีหน้าแจ่มใส คลายความวิตกกังวล
2. ผู้ป่วยปฏิบัติตัวก่อนเข้าห้องผ่าตัดได้ถูกต้องและได้รับการทำผ่าตัดตามเวลาที่เหมาะสม

กิจกรรมการพยาบาล

1. สร้างสัมพันธภาพที่ดี ให้เวลากับผู้ป่วย ด้วยท่าทางเป็นมิตร แสดงความเห็นใจและพร้อมให้การช่วยเหลือ
2. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วย/ญาติได้พบแพทย์ ได้รับฟังคำอธิบายในเรื่องเกี่ยวกับโรค แนวทางการรักษาพยาบาล
3. ให้ข้อมูลอธิบายให้ผู้ป่วย/ญาติเข้าใจเกี่ยวกับโรค การผ่าตัด การให้ยาระงับความรู้สึก สภาพร่างกายภายหลังผ่าตัด เช่น มีแผลผ่าตัดที่เข้า การมีท่อระบายเลือดจากแผล การให้น้ำเกลือและการได้รับยาบรรเทาปวด เปิดโอกาสให้ซักถามพูดคุยข้อสงสัย และปัญหาที่ต้องการความช่วยเหลือพร้อมทั้งให้เซ็นยินยอมเข้ารับการทำผ่าตัด
4. อธิบายให้ผู้ป่วยทราบถึงการเตรียมตัวการปฏิบัติตัวก่อนและหลังการผ่าตัด พร้อมทั้งประเมินสภาพผู้ป่วย / ญาติอย่างต่อเนื่องทั้งร่างกาย จิตใจ อารมณ์

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วย/ญาติมีสีหน้าแจ่มใสขึ้น คลายความวิตกกังวลลง
2. ผู้ป่วยปฏิบัติตัวก่อนเข้าห้องผ่าตัดได้ถูกต้องและได้รับการทำผ่าตัดตามเวลาที่เหมาะสม

การวินิจฉัยข้อที่ 9 ผู้ป่วย/ญาติพร้อมความรู้และขาดความมั่นใจในการดูแลตนเองเมื่อกลับไปอยู่โรงพยาบาลชุมชน

S : ญาติสอบถามถึงการปฏิบัติตัวบ่อยครั้ง

O : แพทย์จำหน่ายให้ยาปฏิชีวนะต่อที่โรงพยาบาลชุมชนให้ครบ 6 สัปดาห์

: ญาติมีสีหน้ากังวล

วัตถุประสงค์ : ผู้ป่วย / ญาติมีความรู้และเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่โรงพยาบาลชุมชน

เกณฑ์การประเมินผล

ผู้ป่วย/ญาติมีสีหน้าแจ่มใส มีความรู้ และเข้าใจสามารถตอบคำถามเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง

กิจกรรมการพยาบาล

1. แจ้งผู้ป่วย/ญาติให้ทราบเหตุผลความจำเป็นในการส่งต่อโรงพยาบาลชุมชน และเปิดโอกาสให้รับฟังคำอธิบายจากแพทย์ในเรื่องโรค การรักษาพยาบาลที่ได้ทำไปแล้ว ผลการรักษาในปัจจุบันและแผนการรักษาที่ต้องดำเนินการต่อ
2. ให้กำลังใจและสร้างความมั่นใจให้แก่ผู้ป่วยและญาติในการดูแลตนเอง
3. แนะนำการปฏิบัติตัวและประเมินความพร้อมของผู้ป่วย/ญาติเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวขณะนอนโรงพยาบาล
4. อธิบายให้ผู้ป่วย/ญาติทราบถึงการเตรียมตัวก่อนกลับไปนอนรักษาต่อที่โรงพยาบาลชุมชน เปิดโอกาสให้ซักถามพูดคุยข้อสงสัยและปัญหาที่ต้องการความช่วยเหลือ
5. ให้ข้อมูล แนะนำเน้นเรื่องอาการผิดปกติที่ควรมาโรงพยาบาลโดยเร็วเพื่อไม่ให้เกิดภาวะติดเชื้อซ้ำอีก

ประเมินผล

ผู้ป่วย / ญาติ สีหน้าแจ่มใสขึ้น คลายความวิตกกังวลลง สามารถตอบคำถามเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง

สรุปกรณีศึกษา

ผู้ป่วยชายไทย วัย 60 ปี ส่งตัวมาจากโรงพยาบาลชุมชนด้วยเข้าซ้ายบวม แดงร้อน ปวด มีไข้ แพทย์วินิจฉัยว่าเป็น Septic arthritis Lt Knee with sepsis with Septicemia เจาะเข้าได้หนอง 95 ซีซี เจาะ Blood lactate = 8.1 mmol/L ให้การรักษาด้วยการ Load NSS 1,500 CC then 80 ml/hr และให้ยาปฏิชีวนะ แรกวันที่ตีกลักรวมกระดูกผู้ป่วยรู้สึกตัวดี หายใจ room air สม่่าเสมอ ไม่เหนื่อยหอบ เข้าซ้ายบวม แดงร้อน ปวด On IV 0.9% NaCl 1,000 ml Rate 80 ml/hr Retained foley's cath urine สีเหลืองเข้มออกน้อย ไม่มีตะกอน สัญญาณชีพแรกรับอุณหภูมิร่างกาย 38.8 องศาเซลเซียส ชีพจร 98 ครั้งต่อนาที หายใจ 22 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 144/77 มิลลิเมตรปรอท ค่าความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือด (SpO₂) 97% แพทย์ทำผ่าตัดเปิดล้างข้อเข่า และใส่สายระบายหนอง ออกจากห้องผ่าตัด SpO₂ 95% ให้ออกซิเจนทางจมูก 3 ลิตรต่อนาที ปวดแผล Pain score = 7 คะแนน วันที่ 29 กรกฎาคม 2566 ผู้ป่วยมีอาการถ่ายอุจจาระเหลวสีดำและมีภาวะซีด Hct ลดลงเรื่อยๆ จาก 30.3% เหลือ 22% ได้ปรึกษาแพทย์ศัลยกรรมทำ EGD พบว่าเป็น Two healed ulcer at duodenal bulb ให้การรักษาโดยการให้เลือดทั้งหมด 5 ยูนิต วันที่ 1 สิงหาคม 2566 ค่า Potassium = 3.1 mmol/L ได้ 5%D/N/2 1,000 cc + KCl 20 mEq IV 80 cc/hr ผลเพาะเชื้อจากเลือด น้ำในข้อเข่าและหนองที่เข่า พบเชื้อ Streptococcus pneumoniae วันที่ 4 สิงหาคม 2566 ได้ปรึกษาแพทย์อายุรกรรม เพื่อช่วยปรับยาปฏิชีวนะ และส่งกายภาพบำบัด หัตถ์เดิน ผู้ป่วยยังเดินไม่ไหว วันที่ 6 สิงหาคม 2566 ผล H/C = No growth วันที่ 8 สิงหาคม 2566 ผล hs - CRP = 46.58 ug/mL, ESR = 100 mm/Hr แผลผ่าตัดเข่าซ้าย ตัดไหมแห้งดีดี ปวดแผลเล็กน้อย Pain score 2-3 คะแนน อาการทั่วไปปกติ แพทย์ส่งตัวกลับไปรักษาที่โรงพยาบาลชุมชน เพื่อให้ยาปฏิชีวนะต่อให้ครบ 6 สัปดาห์ รวมผู้ป่วยได้รับการรักษาที่โรงพยาบาล 13 วัน และได้มาพบแพทย์ตามนัดโดยไม่มีภาวะแทรกซ้อนใด ๆ

วิจารณ์

จากกรณีศึกษาจะเห็นได้ว่า ผู้ป่วยมาโรงพยาบาลด้วยภาวะข้อเข่าซ้ายอักเสบติดเชื้ออย่างรุนแรงและมีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ประกอบกับผู้ป่วยมีโรคประจำตัวร่วมหลายอย่าง ได้แก่ ความดันโลหิตสูง ไตระยะที่ 3 เกาต์ ซึ่งอาจส่งผลให้เกิดความรุนแรงของโรคที่มากขึ้น มีโอกาสพิการและเสียชีวิตได้ ดังนั้นการพยาบาลที่ถูกต้อง รวดเร็ว ตั้งแต่แรกรับจึงเป็นสิ่งสำคัญยิ่ง เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่าง รวดเร็ว การให้สารน้ำอย่างพอเพียง การเจาะเลือดส่งทางห้องปฏิบัติการและติดตามผล การให้ยาปฏิชีวนะ การประเมินปริมาณน้ำเข้าออก



เตรียมความพร้อมเข้าห้องผ่าตัดในเวลาที่เหมาะสมเพื่อกำจัดเชื้อในข้อ ลดการติดเชื้อ ลดอาการปวด ดูแลแก้ไขภาวะซีด และภาวะโปรแตสเซียมในเลือดต่ำ

พยาบาลจึงต้องมีความรู้ในการดำเนินของโรคข้ออักเสบติดเชื้อ อาการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วจนทำให้เกิดภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด เพื่อเป็นการช่วยเหลือผู้ป่วยได้อย่างทันที่ตลอดจนมีความรู้ในการดูแลผู้ป่วยเพื่อลดความทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวดรวมทั้งต้องให้การดูแลสภาพจิตใจของผู้ป่วย / ญาติ เพื่อให้คลายความวิตกกังวล ปฏิบัติตัวตามคำแนะนำและให้ความร่วมมือในการรักษา

ข้อเสนอแนะ

1. ควรส่งเสริมให้บุคลากรได้รับการฟื้นฟู ศึกษายอมรับอย่างต่อเนื่องเพื่อเพิ่มความรู้และมีทักษะในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้
2. ควรทบทวนการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อปรับปรุงแนวทางการพยาบาลให้ครอบคลุมโรคที่มีความซับซ้อนมากขึ้นเพื่อให้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นโดยเร็ว ปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น และช่วยลดระยะเวลาในการนอนอยู่โรงพยาบาลได้

เอกสารอ้างอิง

1. MAYA Clinic. Septic arthritis. [online]. [เข้าถึงเมื่อ 25 กันยายน 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.Matoclinic.org>symptom&cause>
2. Nation health servic. Septic arthritis. [online]. [เข้าถึงเมื่อ 25 กันยายน 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.nhs.Uk>condition>
3. Nation Library of Medicine. Septic arthritis. [online]. [เข้าถึงเมื่อ 25 กันยายน 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov>
4. Web MD. Septic arthritis. [online]. [เข้าถึงเมื่อ 25 กันยายน 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.webmd.com>
5. Gubta M.N., Sturrock R.D., Morgan DS .& field M.A Prospective 2- year study of patients with adult-onset septic arthritis. Rheu-matology. [online]. [เข้าถึงเมื่อ 25 กันยายน 2566]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov>pubmed>
6. สมคิด สุระชัย. ผู้ป่วยข้ออักเสบติดเชื้อ: โรงพยาบาลนครพนม.วารสารการแพทย์โรงพยาบาลอุดรธานี. 2561; 26(1): 64-73.
7. พวงทอง ไกรพิบูลย์. ข้ออักเสบติดเชื้อ. (Septic arthritis). [online]. [เข้าถึงเมื่อ 25 กันยายน 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.haamor.com>
8. ปิ่นหยก ศันสนีย์. ลักษณะทางคลินิกและปัจจัยที่มีผลต่อการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคข้ออักเสบติดเชื้อแบคทีเรียในโรงพยาบาลสุรินทร์. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์. 2564; 36(2): 465-73.
9. AGNOS Health. โรคข้ออักเสบติดเชื้อเกิดจากอะไรและวิธีการรักษาเบื้องต้นเป็นอย่างไร . [online]. [เข้าถึงเมื่อ 26 กันยายน 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.agnoshealth.com>Symtom>
10. ทศนีย์ รอดภัย. การพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดที่มีภาวะซีด : วารสารวิจัยและวิชาการสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร. 2566; 4(1): 56-67.
11. สมพร รอดจินดา. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อกระแสเลือดหอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลน่าน. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข. 2563; 30(1): 1-13.
12. มาเรีย มิน่า จิตะสมบัติ. ติดเชื้อในกระแสเลือด. [online]. [เข้าถึงเมื่อ 26 กันยายน 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.medpurkhospital.com>
13. งานศูนย์ข้อมูลเทคโนโลยีคอมพิวเตอร์ โรงพยาบาลกำแพงเพชร. รายงานข้อมูลสถิติผู้ป่วยข้ออักเสบติดเชื้อโรงพยาบาลกำแพงเพชร ปีงบประมาณ 2564-2566. กำแพงเพชร: โรงพยาบาลกำแพงเพชร; 2566.
14. JOHNS HOSKINS MEDICINE. Septic arthritis. [online]. [เข้าถึงเมื่อ 26 กันยายน 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.Hoskins.Medicine.org>

Nursing Care Of Patient who Receiving General Anesthesia For Craniotomy-surgery in Removal Tumor Meningioma : A Case Study

Suwaree Yuyord, Dip in N.EQU BN.*

Abstract

Introduction : Meningioma is the most common type of primary brain tumor in adults. This tumor can be completely cured by surgical removal. Brain surgery is complicated operation and high risk of complications from anesthesia and surgery. Nurse anesthetist, one of the surgical team that play an important role in preparing patients, evaluating equipment and monitoring tools during preoperative, intraoperative and postoperative to keep patients safe without any complications.

Objective : To present the clinical practice guideline for nursing care the patients who diagnosed meningioma that received general anesthesia for craniotomy with tumor removal

Case study : The study was investigated a Thai 54-years-old female who had history of 1 week before visiting, she had weakness on her right arm and leg, and unable to speak clearly. She was requested the MRI, and the meningioma on the left frontal lobe was found. She underwent a craniotomy with tumor removal under general anesthesia. For the preoperative preparation, the history of illness can be controlled, and the laboratory status was normal. Surgery was taken 2 hours and 30 minutes with the blood loss 100 ml. During the surgery, there was a hypotensive condition. We managed to give an intravenous fluids and medication to rise blood pressure eaccording to the anesthesiologist's treatment and the patient condition throughout the surgery. After the surgery finished, she was extubated after effective breathing and a returning of consciousness and observed in recovery room until fully awaked. When she was reached the criteria to leave the recovery room, her information was sent to the intensive care unit. We observed her while transferring patients to the intensive care unit. There are three phases in nursing care to encounter: a preoperative phase, risk of being unprepared before giving anesthesia. During an intraoperative phase, there were the risk of high intracranial pressure, cerebral edema, and hypovolemic shock. For a postoperative phase, the risk of oxygen depletion, airway obstruction and blood loss from the surgical wound were faced , risk of deterioration while moving. In this case after the operation, she was admitted in the intensive care for one day, then she was transferred to care in a general ward for 5 days before discharge. The operation was success.

Conclusion : There were many important things to assess, monitor and record the clinical of the meningioma patients who underwent the craniotomy during pre-, intra-, and postoperative periods for the effective and safety of anesthesia and surgery. Anesthetist nurses should have the appropriate knowledge and skill to confront and correct the critical condition of patients.

Keyword : Craniotomy-surgery in Removal Tumor Meningioma , General anesthesia

*Registered nurse, professional Level, Anesthesiology Nursing Group, Kamphaeng Phet Hospital



การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย ในการผ่าตัดเนื้องอกเยื่อหุ้มสมอง : กรณีศึกษา

สุวารี อยู่ยอด, ป.พย.*

บทคัดย่อ

บทนำ: เนื้องอกของเยื่อหุ้มสมอง (Meningioma) พบได้บ่อยในผู้ใหญ่ สามารถรักษาให้หายขาดได้ด้วยการผ่าตัดออกให้หมดซึ่งการผ่าตัดสมองเป็นการผ่าตัดใหญ่และมีความซับซ้อนเสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนทั้งการให้ยาระงับความรู้สึก และการผ่าตัด วิชาชีพพยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการประเมิน การเตรียมอุปกรณ์เครื่องมือ เฝาระวัง ในการดูแลก่อน ระหว่าง และหลังการให้ยาระงับความรู้สึกเพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยไม่มีภาวะแทรกซ้อน

วัตถุประสงค์: เพื่อเป็นแนวทางในการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกายในการผ่าตัดเนื้องอกเยื่อหุ้มสมอง

กรณีศึกษา: หญิงไทยอายุ 54 ปีหนึ่งสัปดาห์ก่อนมาอ่อนแรงแขนขาซีกขวา บางครั้งลิ้นแข็งพูดไม่ชัด พูดชัดเป็นๆหายๆ ตรวจสมองด้วยคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้าพบเนื้องอกเยื่อหุ้มสมองส่วนหน้าแถบซ้าย รักษาด้วยการผ่าตัดสมองเอาเนื้องอกเยื่อหุ้มสมองออก วิชาชีพแพทย์เลือกให้การระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย ประเมินผู้ป่วยก่อนผ่าตัดมีความพร้อมในการผ่าตัด ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการปกติใช้เวลาการผ่าตัด 2 ชั่วโมง 30 นาที เสียเลือดประมาณ 100 มิลลิลิตร ระหว่างผ่าตัดมีความดันโลหิตต่ำเป็นระยะๆ ได้รายงานแพทย์แก้ไขโดยให้ปริมาณสารน้ำคอลลอยด์เพิ่มและให้ยากระตุ้นความดันโลหิตติดตามการเปลี่ยนแปลงของสัญญาณชีพ เฝาระวังและบันทึกสัญญาณชีพ ปริมาณสารน้ำเข้า-ออก ระดับความรู้สึกตัวตลอดเวลาเสร็จการผ่าตัด ประเมินระบบหายใจ สัญญาณชีพ ถอดท่อช่วยหายใจย้ายผู้ป่วยมาห้องพักฟื้น ดูแลในห้องพักฟื้น ประเมินผู้ป่วย ถึงเกณฑ์ออกจากห้องพักฟื้น แบบบันทึกครบถ้วนส่งอาการผู้ป่วยกับพยาบาลห้องผู้ป่วยหนัก ดูแลย้ายผู้ป่วยส่งเข้าห้องผู้ป่วยหนัก ปัญหาการพยาบาลที่ต้องให้ความสำคัญแบ่งเป็น 3 ระยะ คือ ระยะก่อนผ่าตัดเสี่ยงต่อความไม่พร้อมก่อนการให้ยาระงับความรู้สึก ระยะระหว่างการผ่าตัดเสี่ยงต่อภาวะความดันในช่องกะโหลกสูง และภาวะสมองบวมเสี่ยงต่อภาวะช็อกจากการสูญเสียสารน้ำและเลือด ในระยะหลังผ่าตัดเสี่ยงต่อภาวะพร่องออกซิเจนและภาวะอุดกั้นทางเดินหายใจ เสี่ยงต่อภาวะเสียเลือดจากแผลผ่าตัดสมอง เสี่ยงต่อภาวะอาการทรุดลงขณะเคลื่อนย้าย อยู่ห้องผู้ป่วยหนัก 1 วัน สัญญาณชีพคงที่ ระดับความรู้สึกปกติย้ายกับศัลยกรรมหญิงรวมดูแลหลังผ่าตัด 5 วันอาการทั่วไปปกติ แขนขาไม่อ่อนแรง พูดชัดไม่ปวดศีรษะกลับบ้านได้โดยแพทย์อนุญาตนัดติดตามผลการรักษา 2 สัปดาห์

สรุปผลกรณีศึกษา: การประเมินและเฝาระวังผู้ป่วยก่อน ระหว่างและหลังการให้ยาระงับความรู้สึกเป็นสิ่งที่มีความสำคัญเพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากผลของการให้ยาระงับความรู้สึก วิชาชีพพยาบาลต้องมียุทธศาสตร์ความรู้และทักษะความชำนาญเป็นอย่างสูงในการเฝาระวัง ประเมินอาการให้สอดคล้องกับปัญหาของผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงจะเกิดขึ้นและแก้ไขภาวะวิกฤตที่เกิดขึ้นได้ทัน่วงที

คำสำคัญ: การผ่าตัดเนื้องอกเยื่อหุ้มสมอง การระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานการพยาบาลวิชาชีพ วิทยาลัยพยาบาลกำแพงเพชร

บทนำ

เนื้องอกเยื่อหุ้มสมอง (Meningioma) เกิดขึ้นในชั้นเยื่อหุ้มสมองและเยื่อหุ้มไขสันหลัง ส่วนใหญ่เติบโตช้าแสดงอาการแบบค่อยเป็นค่อยไปเวลานานเป็นเดือนเป็นปีจึงยากต่อการวินิจฉัย ถ้าไม่ได้รับการรักษาโดยเร็วอาจทำให้ผู้ป่วยพิการหรือเสียชีวิตได้ แต่หากตรวจพบสามารถรักษาให้หายขาดได้โดยการผ่าตัด สามารถเกิดได้ในคนทุกเพศทุกวัย แต่ส่วนใหญ่มักพบในผู้หญิงมากกว่าผู้ชาย ถึง 2 เท่า อายุที่พบบ่อย คือ ประมาณ 50 - 60 ปี¹ ผู้ป่วยอาจมีก้อนเนื้อเพียงก้อนเดียวหรือหลายก้อนก็ได้ในด้านอุบัติการณ์สำหรับประเทศไทยพบประมาณ 18.7 ต่อ 100,000 ประชากรต่อปี² การรักษาโดยพิจารณาจากปัจจัยต่างๆ เช่น ประเภทและระยะของเนื้องอก ตำแหน่งของเนื้องอก ขอบเขตการแพร่กระจาย อายุของผู้ป่วย ประวัติการรักษา และสุขภาพโดยทั่วไปของผู้ป่วย โดยการรักษาดำเนินการด้วยการผ่าตัดเนื้องอกเยื่อหุ้มสมองถือว่าเป็นทางเลือกการรักษาที่ดีที่สุด³ และในการผ่าตัดเนื้องอกเยื่อหุ้มสมองนี้วิสัญญีแพทย์มักจะเลือกวิธีให้ยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย

การให้ยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย คือ การให้ผู้ป่วยทางหลอดเลือดดำ หรือสูดดมยาสลบ ทำให้ผู้ป่วยหลับไม่ตอบสนองต่อความปวด กล้ามเนื้อหย่อนตัว ไม่เห็น และไม่ไต่ยาระหว่างผ่าตัด⁴ มี 3 วิธี แบ่งตามหลักการให้ยา การจะเลือกวิธีการให้ยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกายแบบใดนั้นขึ้นอยู่กับชนิดของการผ่าตัดรวมกับการประเมินสภาพอาการผู้ป่วยร่วมด้วย ในการผ่าตัดเนื้องอกเยื่อหุ้มสมองนั้นวิสัญญีแพทย์เลือกวิธีการให้ยาระงับความรู้สึกหลังรวมกับการให้ยาหย่อนกล้ามเนื้อ (Balanced technique) เนื่องจากหลักสำคัญของการให้ยาระงับความรู้สึกผ่าตัดสมองนั้น จำเป็นต้องควบคุมการหายใจ ดูแลอัตราการหายใจด้วยเครื่องหายใจเพื่อต้องการให้ระดับความดันคาร์บอนไดออกไซด์ในเลือดแดง (PaCO₂) ที่ระดับ 35 - 40 มิลลิเมตรปรอท และป้องกันการขยับ สะอึก ไอ ในระหว่างผ่าตัดเพื่อการผ่าตัดที่ราบรื่นไม่มีภาวะแทรกซ้อน การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับความรู้สึกในการผ่าตัดก่อนเนื้องอกสมองนั้นวิสัญญีพยาบาลต้องมีการประเมินผู้ป่วย โดยการตรวจร่างกายและผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการต่างๆ ให้พร้อม ต้องประเมินเพิ่มเติมในระบบประสาท ในส่วนของการเตรียมเส้นแวงเพิ่มเติมจากทั่วไป คือ การวัดความดันเลือดแดงโดยตรง (Arterial line) ในส่วนของ Endtidal-co₂ นั้น เพื่อเส้นแวงความเหมาะสมของการ Hyperventilation การเริ่มนำสลบควรดูแลไม่ให้ผู้ป่วยขาดออกซิเจน สัญญาณชีพอยู่ในค่าปกติ สารน้ำที่เหมาะสม คือ 0.9% NSS ไม่ควรใช้สารน้ำที่มีกลูโคสเพราะการมีน้ำตาลสูงยิ่งทำให้เกิด Cerebral ischemia ได้ง่ายในช่วงเสร็จการผ่าตัดการถอดท่อช่วยหายใจ ควรหลีกเลี่ยงการไอ และภาวะความดันเลือดสูง เพราะจะยิ่งทำให้ความดันในกะโหลกศีรษะเพิ่มสูงขึ้น ในบางรายหากระหว่างการผ่าตัดสมองมีอาการสมองบวมมากจำเป็นต้องใส่ท่อช่วยหายใจต่อในระยะหลังผ่าตัด^{5,6,7,8} โดยรวมการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดสมองระหว่างให้ยาระงับความรู้สึกต้องเฝ้าระวังสัญญาณชีพให้ปกติเลือกเทคนิคและยาตามสลบ สารน้ำ ให้เหมาะสมเพื่อป้องกันเนื้องอกเสียหายจากภาวะสมองบวมและความดันในกะโหลกศีรษะสูง ดังนั้นการเยี่ยมประเมินผู้ป่วยก่อนผ่าตัด การเตรียมอุปกรณ์ การเส้นแวง การบันทึก วิสัญญีพยาบาลจึงเข้ามามีบทบาทสำคัญในการให้การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเนื้องอกเยื่อหุ้มสมองที่ได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย ตั้งแต่ระยะก่อน ระหว่าง หลังได้รับยาระงับความรู้สึก (Post – anesthesia care unit:PACU)⁹ เพื่อประเมินภาวะเสี่ยง และแก้ไขภาวะวิกฤติที่อาจจะเกิดขึ้นในระหว่างให้ยาระงับความรู้สึก

โรงพยาบาลกำแพงเพชรให้บริการผู้ป่วยที่มาผ่าตัดก่อนเนื้องอกในสมองเพิ่มมากขึ้นทุกปี จากสถิติย้อนหลัง 3 ปีของโรงพยาบาลกำแพงเพชรในปี 2563, 2564, 2565 พบผู้ป่วยโรคเนื้องอกในสมองที่ได้รับการผ่าตัดในโรงพยาบาล จำนวน 46, 60 และ 128 รายตามลำดับ¹⁰ จะเห็นว่ามีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น และด้วยการผ่าตัดสมองเป็นการผ่าตัดใหญ่และมีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนทั้งการให้ยาระงับความรู้สึกและการผ่าตัด ผู้ศึกษาในฐานะวิสัญญีพยาบาลจึงมีความสนใจที่จะศึกษาโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นแนวทางในการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกายในการผ่าตัดเนื้องอกเยื่อหุ้มสมอง

กรณีศึกษา

ผู้ป่วย หญิงไทย อายุ 54 ปี สัญชาติไทย ศาสนาพุทธ

อาการสำคัญ

แขนขาข้างขวาอ่อนแรง ลิ้นแข็ง พูดไม่ชัด พูดขัดๆเป็นบางครั้ง ก่อนมาโรงพยาบาล 1 สัปดาห์



ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน

10 วันก่อนมาโรงพยาบาล ผู้ป่วยมีอาการอ่อนเพลีย มีศีรษะเป็นบางครั้ง ไม่ได้ไปรับการรักษาที่ไหน 1 สัปดาห์ก่อนมา เริ่มมีแขนขาข้างขวาอ่อนแรง ลิ้นแข็งพูดไม่ชัด พูดชัดเป็นบางครั้งจึงมาตรวจที่โรงพยาบาลกำแพงเพชร

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต

ความดันโลหิตสูง และไทรอยด์เป็นพิษ ตรวจพบ ได้ 1 เดือน รักษาที่โรงพยาบาลกำแพงเพชรรับประทานยาต่อเนื่อง ปฏิเสธการแพ้ยา ปฏิเสธการผ่าตัด

การประเมินสภาพร่างกายตามระบบ

รูปร่างทั่วไป : รูปร่างสมส่วน

รูปร่างทั่วไป : ลักษณะรูปร่างสมส่วน น้ำหนัก 57 กิโลกรัม ส่วนสูง 155 เซนติเมตร ค่า BMI 23.7

สัญญาณชีพ : อุณหภูมิร่างกาย 36.5 องศาเซลเซียส ชีพจร 86 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที

ความดันโลหิต 110/64 มิลลิเมตรปรอท

ผิวหนัง : ผิวขาว ไม่ซีดเหลือง ไม่มีอาการบวม ไม่มีบาดแผล

ศีรษะและใบหน้า : ศีรษะ และใบหน้า รูปร่างปกติ เวลาพูดหรือยิ้มใบหน้าไม่เบี้ยว

ตา : ตาเท่ากันทั้งสองข้าง เปลือกตาชมพู การเคลื่อนไหว การกรอกตาปกติ การมองเห็นปกติ pupil 2 mm RTL BE

ทรวงอกและระบบทางเดินหายใจ : รูปร่างทรวงอกปกติ การเคลื่อนไหวของทรวงอกเท่ากันทั้งสองข้าง ฟังปอดได้ยินเสียงลมชัดเจน หายใจสม่ำเสมอ

ระบบหัวใจและหลอดเลือด : อัตราการเต้นของหัวใจ 86 ครั้ง/นาที เต้นสม่ำเสมอ ฟังเสียงหัวใจปกติ

ระบบทางเดินอาหารและท้อง : รูปร่างท้องปกติ ไม่แข็งตึง การขับถ่ายปกติ

ระบบกระดูกกล้ามเนื้อ : โครงสร้างปกติ แถบขากำลึงของแขนขา เกรด 4 - 5 แถบข้ายำลึงของแขนขา เกรด 5

ระบบประสาท : รู้สึกตัวดี E4V5M6

ระบบทางเดินปัสสาวะ : ปัสสาวะปกติ

สภาพจิตใจ : สีหน้าวิตกกังวล พูดถึงกลัวการผ่าตัด กลัวไม่หายทำงานไม่ได้ กลัวการเป็นภาระต่อลูก

ระบบอวัยวะสืบพันธุ์ : รูปร่างเต้านมปกติ อวัยวะสืบพันธุ์ภายนอกปกติ

การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

CBC : RBC Hb 11.6g/dl., Hct 35.3 %, Plt 266,000 /uL, PT 11.1sec, PTT 28.5 sec, INR 1.00, BUN 19 mg/dl, Cr 0.66 mg/dl, Na 142 mmol/L, K 3.9 mmol/L, Cl 109 mmol/L, HCO₃ 25mmol/L, FT₃ 4.8 pg/ml, FT₄ 1.67 pg/ml, TsH₃ <0.005

EKG : NSR , CXR : WNL. MRI brain : hypointensity signal lesion with homogeneous enhancement, base of lesion arise from meninges, with perilesional cystic lesion at left frontal, total size 3 cms .

การวินิจฉัยโรค : meningioma

การผ่าตัด : Craniotomy with Removal Tumor Meningioma

การดำเนินของโรคขณะรับไว้ดูแล

4 เมษายน 2566 ได้ออกเยี่ยมประเมินความพร้อมผู้ป่วยที่ตึกศัลยกรรมหญิงชั้กประวัติตรวจร่างกาย ประเมินความพร้อม การตรวจทางห้องปฏิบัติการ การจ้องเลือด จอเตียงห้องผู้ป่วยหนัก ยาปฏิชีวนะ งดน้ำ และอาหารหลังเที่ยงคืน ให้สารน้ำ 0.9% NSS 1,000 ml อัตรา 80 มิลลิลิตรชั่วโมง ผู้ป่วยมีสีหน้าวิตกกังวล บอกกลัวการผ่าตัดการดมยา ลงนามยินยอมการผ่าตัด จัดบันทึกแบบใบประเมินผู้ป่วย ได้รายงานเคลงกับวิสัญญีแพทย์เพื่อประเมินความพร้อม แพทย์ได้คำสั่งเพิ่มเติมในการตรวจทางห้องปฏิบัติการ และยารับประทานซ้ำ ก่อนการเข้าห้องผ่าตัดได้ประสานคำสั่งแพทย์กับพยาบาลหอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง



5 เมษายน 2566 เวลา 08.45 น. ผู้ป่วยมาถึงห้องรอการผ่าตัด วิทยาลัยพยาบาล ตรวจสอบความพร้อมและเตรียมอุปกรณ์การให้ยาระงับความรู้สึก และ monitoring พร้อมเวลา 09.30 น. ดำเนินการให้ยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย monitor ด้วย EKG, Blood Pressure, SpO2, ETCO2, Temperature, Arterial -line, Urine output ศัลยแพทย์ทำการผ่าตัด ใช้เวลาในการผ่าตัด 2 ชั่วโมง 30 นาที เสียเลือดระหว่างผ่าตัดไปประมาณ 100 มิลลิลิตร ปริมาณปัสสาวะออกประมาณ 1,600 มิลลิลิตร ระหว่างผ่าตัดมีภาวะความดันโลหิตต่ำเป็นระยะๆ อยู่ในช่วง Systolic Blood Pressure 88 - 94 mmHg. Diastolic Blood Pressure 45 - 55 mmHg. ได้รายงานวิสัญญีแพทย์แก้ไขโดยให้ปริมาณสารน้ำคอลลอยด์เพิ่ม และให้ยากระตุ้นความดันโลหิตติดตามการเปลี่ยนแปลงของสัญญาณชีพ เฝ้าระวังและบันทึกสัญญาณชีพ ปริมาณสารน้ำเข้า-ออก ระดับความลึกของการรับความรู้สึกตลอดเวลา เสร็จการผ่าตัดประเมินระบบหายใจ สัญญาณชีพ ถอดท่อช่วยหายใจย้ายผู้ป่วยมาห้องพักฟื้น 11.50 น. ดูแลในห้องพักฟื้นผู้ป่วยมีเลือดออกในขวาระบายเลือดมาก 250 มิลลิลิตร ได้รายงานแพทย์ให้พยาบาลเจาะฮีโมโกลบิน เปลี่ยนขวาระบายเลือด ผู้ป่วยหลับลึกตื่นยาก มีระดับความเจ็บปวด 6 คะแนน ได้ดูแลให้ยาบรรเทาปวดตามการรักษาของแพทย์ ประเมินผู้ป่วยถึงเกณฑ์ออกจากห้องพักฟื้น ส่งอาการต่อห้องผู้ป่วยหนัก 13.30 น. ดูแลย้ายผู้ป่วยส่งเข้าห้องผู้ป่วยหนัก

6 เมษายน 2566 ได้ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยหลังผ่าตัด ที่ห้องผู้ป่วยหนัก ผู้ป่วยมีระดับความรู้สึกตัวปกติ E4V5M6 มีอาการเจ็บแผลผ่าตัด ระดับความเจ็บปวด 5 คะแนน ได้รับการดูแลให้ยาตามการรักษาของแพทย์ สัญญาณชีพคงที่ ผู้ป่วยไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากผลของการได้รับยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย

การวางแผนการพยาบาล

แบ่งการพยาบาลออกเป็น 3 ระยะ ตามกระบวนการพยาบาลงานวิสัญญี ดังนี้

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1 เสี่ยงต่อความไม่พร้อมในการได้รับยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกายเพื่อผ่าตัดเนื่องจากเยื่อหุ้มสมอง
ข้อมูลสนับสนุน

S : ผู้ป่วยบอกกลัวการผ่าตัด หลังการผ่าตัด กลัวทำงานไม่ได้ ไม่เคยผ่าตัดมาก่อน

O : สีหน้าวิตกกังวล ซึม ไม่ค่อยพูดคุยกับพยาบาล

O : เป็นการผ่าตัดใหญ่และซับซ้อนต้องมีการตรวจทางห้องปฏิบัติการมากและต้องเตรียมเลือดและเตียงที่ห้องผู้ป่วยหนัก

วัตถุประสงค์ : เพื่อคลายความวิตกกังวล และมีความพร้อมยอมรับการได้รับยาระงับความรู้สึกเพื่อผ่าตัดเนื่องจากเยื่อหุ้มสมอง

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยบอกคลายความวิตกกังวล มีสีหน้าแจ่มใสขึ้น และให้ความร่วมมือในการเตรียมตัวก่อนเข้ายาระงับความรู้สึก
2. ผู้ป่วยมีการเตรียมพร้อมต่อการได้รับยาระงับความรู้สึกและการผ่าตัดตรงวันเวลาที่กำหนด ของวิสัญญีแพทย์ และศัลยแพทย์

กิจกรรมการพยาบาล

1. เยี่ยมผู้ป่วยก่อนการให้ยาระงับความรู้สึกที่หอผู้ป่วยก่อนวันทำการผ่าตัด สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยและญาติ โดยการทักทายและแนะนำตนเองแจ้งให้ทราบเป็นผู้อุ้มดูแลให้ การพยาบาลในการระงับความรู้สึก ตรวจสอบชื่อผู้ป่วยกับเอกสารใบบันทึกต่าง ๆ และประเมินสภาพผู้ป่วย รวบรวมข้อมูล ประวัติความเจ็บป่วย ความครบถ้วนของผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ ผลการตรวจพิเศษต่างๆ รวบรวมปัญหาและวางแผนการรักษาพยาบาลให้ครอบคลุมร่วมกันกับทีมศัลยแพทย์ระบบประสาท วิสัญญีแพทย์ตลอดจนทีมห้องผ่าตัด รวมทั้งบันทึกข้อมูลลงในใบเตรียมผู้ป่วย บันทึกทางการพยาบาลและทางการแพทย์
2. แนะนำการงดน้ำและอาหาร อย่างน้อย 8 ชั่วโมง เพื่อป้องกันการสำลักเศษอาหารระหว่างให้ยาระงับความรู้สึก
3. รายงานข้อมูลผู้ป่วยกับวิสัญญีแพทย์เกี่ยวกับโรคประจำตัวผู้ป่วย คือ โรคความดันโลหิตสูง และไทรอยด์เป็นพิษ ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ จำนวนโลหิตที่เตรียมไว้เพื่อชดเชยโลหิตที่จะเสียไประหว่างผ่าตัดเพื่อวางแผนในการให้ยาระงับความรู้สึก
4. ประเมินความยุ่งยากในการใส่ท่อช่วยหายใจตามวิธี Mallampati class I จำแนกผู้ป่วยตาม American society of anesthesiologist (ASA class) เพื่อประเมินความเสี่ยงต่อการได้รับบริการทางวิสัญญีและบันทึกข้อมูล



5. ประเมินระดับความรู้ความเข้าใจ และความวิตกกังวลโดยการพูดคุยซักถาม สังเกตสีหน้าท่าทาง เพื่อการวางแผนการให้การพยาบาล การแนะนำได้ถูกต้อง

6. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติซักถามปัญหาและข้อสงสัย พร้อมทั้งตอบข้อซักถามด้วยความเต็มใจ พูดคุยปลอบโยนให้กำลังใจให้ความเป็นกันเอง

7. ให้ความมั่นใจกับผู้ป่วย การผ่าตัดครั้งนี้มีทีมวิสัญญีแพทย์และวิสัญญีพยาบาล ทีมผ่าตัด มีความพร้อมในการดูแลรักษา ทั้งก่อนผ่าตัด ขณะผ่าตัด และหลังผ่าตัด

ประเมินผล

1. ผู้ป่วยคลายวิตกกังวล ท่าทางรับรู้และเข้าใจให้ความร่วมมือในแผนการรักษา และให้ความร่วมมือในการเตรียมตัวให้ยาระงับความรู้สึก

2. ผู้ป่วยได้รับการระงับความรู้สึกและการผ่าตัดตรงวันเวลาที่กำหนด ของวิสัญญีแพทย์และศัลยแพทย์

ปัญหาและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลระยะ ระหว่างให้ยาระงับความรู้สึก

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2 เสี่ยงต่อภาวะความดันในช่องกะโหลกศีรษะสูง และภาวะสมองบวมระหว่างให้ยาระงับความรู้สึก

ข้อมูลสนับสนุน

○ : ผู้ป่วยมีภาวะห้องอกสมองส่วนหน้าเป็นการเพิ่มภาวะความดันในช่องกะโหลกศีรษะ

○ : เกิดการเพิ่มขึ้นของปริมาณเลือดในสมอง เช่น จากเส้นเลือดขยายตัว หรือจากก้อนเลือดคั่งขณะผ่าตัด

วัตถุประสงค์ : เพื่อป้องกันการเกิดภาวะความดันในช่องกะโหลกศีรษะสูง และภาวะสมองบวม

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยมีสัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติความดันโลหิตเปลี่ยนแปลงไม่เกินร้อยละ 20 ของความดันโลหิตเดิม

2. ไม่เกิดภาวะพร่องออกซิเจนระหว่างให้ยาระงับความรู้สึก

3. ศัลยแพทย์ระบบประสาททำผ่าตัดได้สำเร็จไม่เกิดภาวะไม่พึงประสงค์

กิจกรรมการพยาบาล

1. ก่อนเริ่มให้ยาระงับความรู้สึก วิสัญญีพยาบาล ตรวจสอบความพร้อมของ เครื่องดมยาสลบ อุปกรณ์ช่วยหายใจฉุกเฉิน ความพร้อมของก๊าซที่ใช้ระงับความรู้สึก ตรวจสอบระบบกำจัดก๊าซส่วนเกิน (scavenging system)

2. เลือกใช้ยานำสลบ propofol และ Volatile agent เป็น Sevoflurane เป็นยาที่เหมาะสม ในการให้ยาระงับความรู้สึก ผ่าตัดสมอง เพื่อลดเมตาบอลิซึมของสมอง และลดความดันในกะโหลกศีรษะ

3. ให้สารน้ำ 0.9% NSS ทดแทนการเสียเลือดและสารน้ำระหว่างผ่าตัด เนื่องจากไม่ควรใช้สารน้ำที่มีกลูโคสอยู่ด้วย เนื่องจากในภาวะที่มีโอกาสเกิด Cerebral ischemia การมีน้ำตาลในเลือดสูง จะส่งเสริมให้เกิดได้เพิ่มมากขึ้น

4. จัดทำท่าการผ่าตัดจะจัดท่าศีรษะตรงและสูง 10 องศา กับแนวราบในท่านอนหงาย จะทำให้เลือดดำจากสมองไหลกลับสู่หัวใจสะดวกมากขึ้น ลดเลือดคั่งในสมองไม่มีผลต่อความดันกะโหลกศีรษะ การจัดทำเพื่อการผ่าตัดทำงานร่วมกันระหว่างทีมผ่าตัดกับทีมวิสัญญี

5. ดูแลไม่ให้มีการหักงอบริเวณลำคอ เช็กข้อต่อต่างๆระหว่างท่อหายใจและวงจรการดมยาสลบว่าติดตั้งดี ป้องกันการเพิ่มความดันในทรวงอกเช่นท่อหายใจหักพับ การสะอึกไอ และดูแลให้ยาหย่อนกล้ามเนื้อให้เพียงพอ

6. การพยาบาลขณะให้ยาระงับความรู้สึกต้องเฝ้าระวัง การช่วยหายใจ ในภาวะปกติดูแลควบคุม EndTidal -CO₂ 30 – 35 mmHg ถ้าต่ำเกินไป จะทำให้มีโอกาสเกิดเนื้อสมองขาดเลือดได้ ถ้าค่าสูงมากเพิ่มความดันในช่องกะโหลกศีรษะ

7. ดูแลให้ยา Mannitol 300 มิลลิกรัมทางหลอดเลือดดำ ก่อนเริ่มการผ่าตัดตามการรักษาของแพทย์ ผลของยาทำให้สมองยุบบวม

8. เฝ้าระวังบันทึกสัญญาณชีพ เฝ้าระวังการให้ยาระงับความรู้สึกที่เหมาะสม เฝ้าระวังค่าความดันโลหิตให้เปลี่ยนแปลงไม่เกินร้อยละ 20 ของความดันโลหิตเดิม



ประเมินผล

1. ประเมินความดันโลหิต ระหว่างให้ยาระงับความรู้สึกผู้ป่วยมีภาวะความดันต่ำได้รับการดูแลให้ยากระตุ้นความดันโลหิต และได้รับสารน้ำเพิ่มเหมาะสม
2. ไม่เกิดภาวะพร่องออกซิเจน
3. ศัลยกรรมระบบประสาททำผ่าตัดได้สำเร็จไม่เกิดภาวะไม่พึงประสงค์

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 3 เสี่ยงต่อภาวะช็อคจากการสูญเสียสารน้ำและเลือด ในระหว่างได้รับยาระงับความรู้สึกและการผ่าตัด
ข้อมูลสนับสนุน

- : การผ่าตัดก้อนเนื้ออกในสมองส่วนหน้า มีโอกาสเกิดการเสียเลือดปริมาณมาก
- : ได้รับยา Mannitol 300 มิลลิลิตร ทางหลอดเลือดดำ ในระหว่างผ่าตัด

วัตถุประสงค์ : เพื่อดูแลการให้สารน้ำและเลือดทดแทนให้สมดุลกับการเสียน้ำและเลือดในระหว่างผ่าตัด

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยมีสัญญาณชีพ ปกติ ไม่มีภาวะความดันต่ำ และเกิดภาวะ ช็อคจากการเสียเลือดและน้ำในระหว่างการผ่าตัด
2. Intake และ Output อยู่ในสภาวะสมดุลเหมาะสม

การพยาบาล

1. วิทยาลัยพยาบาลเตรียมความพร้อมก่อนให้ระงับความรู้สึกตรวจสอบเลือดที่จ้องสำหรับการผ่าตัดให้มีพร้อมเตรียมอุปกรณ์เพื่อประเมินสัญญาณชีพเพิ่ม คือ Arterial line สำหรับวัดความดันเลือดอย่างต่อเนื่อง
2. ดูแลเปิดเส้นให้สารน้ำสองเส้น ด้วย Medicut no.16 และ no.18 และตรวจสอบไม่ให้สารน้ำบวมและ หักพับงอ
3. เจาะฮีโมโกลบินก่อนเริ่มการผ่าตัดตามการรักษของแพทย์เพื่อประเมินความเข้มข้นของเลือดเริ่มต้น ของผู้ป่วย
4. บันทึกจำนวนสารน้ำที่ผู้ป่วยได้รับ ปริมาณเลือดที่เสียจากการผ่าตัด และปริมาณปัสสาวะที่ออกทุก 1 ชั่วโมง
5. ดูแลเฝาระวังและบันทึกความดันโลหิตอย่างต่อเนื่องเมื่อมีภาวะความดันโลหิตต่ำรายงานแพทย์เพื่อพิจารณาเพิ่มปริมาณสารน้ำ และจัดเตรียมยา Ephedrine 6 mg/cc ฉีดทางหลอดเลือดดำ ครั้งละ 6 mg ตามการเปลี่ยนแปลงของความดันโลหิต และสังเกตอาการข้างเคียงของยา เช่น เกิดภาวะความดันโลหิตสูงและหัวใจเต้นเร็ว ครบ 30 mg วิทยาลัยแพทย์พิจารณาให้เตรียมยา Levophed 5 mcg/cc ฉีดทางหลอดเลือดดำ ครั้งละ 5 mcg เมื่อเกิดความดันโลหิตต่ำ ผู้ป่วยได้รับยารวม 20 mcg เพื่อรักษาความดันให้อยู่ในระดับปกติ ดูแลจัดเตรียมและให้ยาตามการรักษของแพทย์ หลังการให้ยาจดบันทึกปริมาณ เวลาของการให้ยาและเฝาระวังผลข้างเคียงจากการให้ยา เช่น เกิดภาวะความดันโลหิตสูง อัตราการเต้นของหัวใจที่ช้ากว่าปกติ หรือเต้นผิดจังหวะ

ประเมินผล

1. สัญญาณชีพของผู้ป่วยมีภาวะความดันโลหิตต่ำกว่าปกติได้รับการดูแลการพยาบาลตามการรักษาของวิทยาลัยแพทย์ได้อย่างเหมาะสมในระหว่างผ่าตัด ไม่เกิดภาวะช็อคจากการเสียเลือด และน้ำระหว่างผ่าตัด
2. Intake และ Output อยู่ในสภาวะสมดุล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 4 เสี่ยงต่อการเกิดภาวะ Thyroid storm ขณะได้รับยาระงับความรู้สึก

ข้อมูลสนับสนุน

- : ผู้ป่วยมีประวัติเป็นไทรอยด์เป็นพิษ FT3 toxicosis ได้รับยาเกินมา 1 เดือน

วัตถุประสงค์ : เพื่อป้องกันและเฝาระวังการเกิดภาวะ Thyroid storm และให้การรักษาได้ทันที่

เกณฑ์การประเมินผล : ไม่มีอาการแสดงของภาวะ Thyroid storm



การพยาบาล

1. ดูแลประเมินอาการผู้ป่วยก่อนให้ยาระงับความรู้สึก เช่น ไม่มีอาการแสดงของภาวะ ไทรอยด์เป็นพิษ เช่น มือสั่น ใจสั่น หัวใจเต้นเร็ว อุณหภูมิสูง ตัวร้อน
2. ตรวจสอบการได้รับยา ก่อนให้ยาระงับความรู้สึก ตอนเช้าก่อนรับผู้ป่วยมาห้องผ่าตัด ตามการรักษาของแพทย์ Methimazole tab (MMI) 5 mg 3 tab at 07.00 น. Propranolol tab 10 mg 1 tab at 07.00 น. Manidipine tab 20 mg 1 tab at 7.00 น.+น้ำตาม 30 ซีซี เข้าวันผ่าตัด
3. หลีกเลี่ยงการกระตุ้นระบบประสาท sympathetic ทั้งจากยาที่ใช้ในการระงับความรู้สึก และจากภาวะ hypercarbia จากการช่วยหายใจ ไม่เพียงพอแก่ผู้ป่วย
4. ดูแลเฝ้าระวังให้ยาระงับความรู้สึกความถี่ของการวางยาสลบให้เหมาะสม ป้องกันไม่ให้มี sympathetic response จากการผ่าตัด มากจนเป็นอันตราย
5. ประเมินสัญญาณชีพเพิ่มเติม คือการวัดอุณหภูมิแกนกลางของร่างกายอย่างต่อเนื่องในระหว่างผ่าตัด ดูแลเฝ้าระวังอุณหภูมิ ภายของผู้ป่วยให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ
6. เฝ้าระวังสังเกต Sign ของอาการเกิดภาวะ Thyroid storm เช่น อุณหภูมิร่างกายสูงกว่าปกติ หัวใจเต้นเร็ว ความดันโลหิตสูง เป็นต้น
ประเมินผล : ผู้ป่วยไม่มีภาวะ Thyroid storm ในระหว่างผ่าตัด

การวินิจฉัยพยาบาล ระยะหลังให้ยาระงับความรู้สึกความรู้สึกขณะผู้ป่วยอยู่ในห้องพักฟื้น

การวินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ 5 เสี่ยงต่อภาวะพร่องออกซิเจนและเกิดภาวะทางเดินหายใจอุดตันหลังการถอดท่อช่วยหายใจ

ข้อมูลสนับสนุน

- : ผู้ป่วยเพิ่งถอดท่อช่วยหายใจในห้องผ่าตัด แล้วได้ย้ายมาห้องพักฟื้นทันทีที่ยังหลับอยู่ปลุกตื่นยาก
- : เป็นการผ่าตัดใหญ่และซับซ้อนที่ใช้เวลาในการผ่าตัดนาน 2 ชั่วโมง 30 นาที
- : ผู้ป่วยมีฤทธิ์ยาดมสลบและยาแก้ปวดตกค้างอยู่ในร่างกาย

วัตถุประสงค์ : ป้องกันการพร่องออกซิเจน และไม่เกิดภาวะอุดกั้นทางเดินหายใจ

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยไม่มีอาการแสดงของภาวะพร่องออกซิเจน และภาวะอุดกั้นทางเดินหายใจ
2. ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด(Spo2) มากกว่าหรือเท่ากับ 95 เปอร์เซ็นต์
3. ความดันโลหิตไม่น้อยกว่า 100/50 หรือไม่เกินกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินลักษณะการหายใจหรือการเคลื่อนไหวของทรวงอก ฟังเสียงลมเข้าปอด เฝ้าระวังลักษณะของการหายใจอุดกั้น เช่น หายใจมีเสียงครืดคราด กรน หรือกระสับกระส่าย
2. ดูแลให้ออกซิเจน ทางสายจุมุก 3 ลิตร/นาที ตลอดเวลา ในขณะที่ผู้ป่วยนอนในห้องพักฟื้นและจัดท่านอนให้เหมาะสม เพื่อเปิดทางเดินหายใจให้โล่ง
3. วัดสัญญาณชีพและบันทึก ทุก 5 นาที และสังเกตอาการภาวะพร่องออกซิเจน เช่น ซีด เขียว อัตราการหายใจผิดปกติ Spo2 ต่ำกว่า 95 เปอร์เซ็นต์

ประเมินผล

1. หายใจสะดวกไม่มีภาวะการอุดกั้นทางเดินหายใจ
2. หลังการผ่าตัด 1 ชั่วโมง ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี Spo2 97 เปอร์เซ็นต์
3. สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ



ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 6 เสี่ยงต่อภาวะการเสียเลือดจากแผลผ่าตัดสมอง

ข้อมูลสนับสนุน

- S : ผู้ป่วยบอกใจคอไม่ค่อยดี
- O : มีแผลผ่าตัด ขนาดใหญ่
- O : แผลซึมเล็กน้อย และมีเลือดออกในขวาระบายเลือด ประมาณ 250 มิลลิลิตร ในเวลา 10 นาที หลังจากย้ายออกจากห้องผ่าตัด

วัตถุประสงค์

1. เพื่อป้องกันการเสียเลือดจากแผลผ่าตัดสมอง
2. ผู้ป่วยได้รับการดูแลเฝ้าระวังการเสียเลือดจากแผลผ่าตัดอย่างใกล้ชิด

เกณฑ์การประเมินผล

1. แผลผ่าตัดแห้งดีไม่มีเลือดซึม
2. สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ
3. ประเมินเลือดในขวาระบายเลือดไม่ออกเพิ่มเกิน 100 มิลลิลิตร ในระหว่างการดูแลในห้องพักฟื้น

กิจกรรมพยาบาล

1. เลือดออกในขวาระบายเลือด 250 มิลลิลิตร ได้รายงานแพทย์ เพื่อให้การรักษา และเฝ้าระวังอาการต่อ
2. เปลี่ยนขวาระบายเลือด เมื่อมีเลือดเต็มขวด เพื่อจะได้บันทึกปริมาณเลือดได้ถูกต้องและไม่เกิดการอุดตันของขวาระบายเลือด
3. เจาะฮีโมโกลบินในห้องพักฟื้นหลังการผ่าตัดทันทีเพื่อประเมินความเข้มข้นของเลือดและเป็นแนวทางการรักษาของแพทย์ต่อไป
4. ตรวจสอบที่สัญญาณชีพและระดับความรู้สึกตัวทุก 5 นาที และจดบันทึกปริมาณเลือดที่ออกจากแผลผ่าตัดในขวาระบายเลือด
5. เฝ้าระวังบันทึก Intake และ Output ในการดูแลที่ห้องพักฟื้น
6. เฝ้าระวังสังเกตอาการการเกิด ช็อคจากการเสียเลือด เช่น ความดันต่ำ หัวใจเต้นเร็ว ผิวน้ำและเยื่อเมือกในตาซีดซี้น

ประเมินผลทางการพยาบาล

1. แผลผ่าตัดไม่มีเลือดซึมเพิ่มขึ้นจากผู้ป่วยย้ายออกมาจากห้องผ่าตัด
2. สัญญาณชีพปกติไม่มีภาวะ ช็อคจากการเสียเลือด
3. เลือดจากขवादออกเพิ่ม 70 มิลลิลิตร ใน 1 ชั่วโมง

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 7 ไม่สุขสบายเนื่องจากปวดแผลผ่าตัดบริเวณศีรษะ

ข้อมูลสนับสนุน

- S : ผู้ป่วยบ่นปวดแผลผ่าตัด บอก คะแนนความเจ็บปวดได้เท่ากับ 6
- O : มีแผลผ่าตัดผ่าตัดขนาดใหญ่
- O : แสดงสีหน้าเจ็บปวด ขยับตัวไปมา

วัตถุประสงค์ : เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับความสุขสบาย และบรรเทาการปวดแผล

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยไม่มีสีหน้าแสดงอาการปวดแผลได้แก่ กระสับกระส่าย นอนพักผ่อนได้
2. ระดับคะแนนความปวด น้อยกว่าหรือเท่ากับ 3 คะแนน Sedative score น้อยกว่า 2 และอัตราการหายใจมากกว่า 8 ครั้ง/นาที
3. ได้รับความแก้ปวดตามแผนการรักษาของแพทย์

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินอาการปวดโดยสังเกตจากสีหน้า อาการกระสับกระส่าย และการซักถามระดับความเจ็บปวดของผู้ป่วย โดยใช้มาตรวัดความเจ็บปวดแบบตัวเลข รายงานแพทย์ให้การรักษา

2. บันทึกอาการปวดของผู้ป่วย ดูแลให้ยาบรรเทาปวด ทางหลอดเลือดดำ ตามแผนการรักษาของแพทย์
3. จัดทำให้สุขสบายเหมาะสม ให้กำลังใจปลอบโยนให้การพยาบาลปฏิบัติด้วยสัมผัสที่นุ่มนวล เพื่อให้ผู้ป่วยผ่อนคลายและอบอุ่นใจ
4. เฝ้าระวังสังเกตอาการที่ไม่พึงประสงค์จากการให้ยาได้แก่ อาการคลื่นไส้ อาเจียน ง่วงซึม เวียนศีรษะ เป็นต้น
5. เฝ้าระวังบันทึกการหายใจและความง่วงซึมของผู้ป่วยโดยใช้ Sedative score เป็นตัววัด โดยมีเป้าหมายของการระงับปวด คือ ผู้ป่วยรู้สึกสบายโดยมีอาการง่วงซึมเล็กน้อย และอัตราการหายใจอยู่ในเกณฑ์ปกติ
6. ประเมินความปวด หลังให้ยาบรรเทาปวด ร่วมบันทึกอาการเปลี่ยนแปลง วัดสัญญาณชีพ ทุก 5 นาที
7. ดูแลสิ่งแวดล้อมภายในห้องไม่มีเสียงรบกวน เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการพักผ่อนเพียงพอ

ประเมินผล

1. ผู้ป่วยไม่แสดงอาการปวดแผล ไม่กระสับกระส่าย นอนหลับพักผ่อนได้
2. ประเมินความปวดได้ 2-3 คะแนน คะแนนความง่วงซึม เท่ากับ 1 นอนหลับได้ปลุกตื่นง่าย
3. ผู้ป่วยได้รับยาบรรเทาปวดเมื่อมีอาการปวดแผลผ่าตัดตามแผนการรักษาของแพทย์

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 8 เสี่ยงต่อภาวะอาการทรุดลงขณะเคลื่อนย้ายผู้ป่วยไปห้องผู้ป่วยหนัก

ข้อมูลสนับสนุน

- : ผู้ป่วยมีฤทธิ์ยาดมสลบและยาแก้ปวดตกค้างอยู่ในร่างกาย
- : ได้รับการผ่าตัดทางสมองมีโอกาสเกิดการเปลี่ยนแปลงระดับความรู้สึกตัว

วัตถุประสงค์ : เพื่อป้องกันผู้ป่วยมีอาการทรุดลงขณะเคลื่อนย้ายไปห้องผู้ป่วยหนัก

เกณฑ์การประเมินผล : ไม่มีอาการเปลี่ยนแปลงทรุดลงขณะเคลื่อนย้าย

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินผู้ป่วยตามเกณฑ์การจำหน่ายออกจากห้องพักฟื้น โดยมีสัญญาณชีพปกติ คะแนน PAR SCORE ได้ 9 คะแนน
2. ส่งข้อมูลผู้ป่วยกับห้องผู้ป่วยหนัก ล่วงหน้า เพื่อเตรียมความพร้อมในการรับผู้ป่วย แจ้งชื่อและตำแหน่งของผู้ส่ง ส่งข้อมูลผู้ป่วยโดยแจ้งชื่อ สกุล การวินิจฉัย การผ่าตัด อาการระหว่าง - หลังได้ยาระงับความรู้สึก บอกรายละเอียดและการแก้ไข สารน้ำที่ได้รับ จำนวนเลือดที่เสียไปในการผ่าตัดอาการและสัญญาณชีพก่อนย้ายออกสิ่งที่ต้องเตรียมความพร้อมในการดูแลต่อเนื่อง
3. จัดเตรียมอุปกรณ์การเคลื่อนย้าย ได้แก่ monitor เฝ้าระวังสัญญาณชีพ Ambu bag และ mask ถังออกซิเจน ประสานเจ้าหน้าที่เปเล เพื่อเตรียมพร้อมในการย้าย
4. ขณะเคลื่อนย้ายเฝ้าระวังอาการผิดปกติ อย่างต่อเนื่องโดยดู monitor สังเกตอาการผู้ป่วย ประเมินระดับความรู้สึกเป็นระยะ คลำชีพจร สังเกต สีผิว อัตราการหายใจ ดูแลให้ได้รับออกซิเจน ทางสายจุมุก 3 ลิตร/นาที ตลอดการเคลื่อนย้าย
5. เตรียมพร้อมเสมอต่อการแก้ไขภาวะวิกฤติหากพบว่าผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลงที่ทรุดลง จัดการแก้ไขทันทีตามสาเหตุปัญหาที่พบในการดูแลผู้ป่วยรายนี้ไม่มีความผิดปกติ อาการคงที่ขณะเคลื่อนย้าย
6. ส่งผู้ป่วยถึงห้องผู้ป่วยหนัก ส่งข้อมูลกับพยาบาล อาการและการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยขณะนำส่ง
7. กลับจากนำส่งผู้ป่วยบันทึกอาการ และการเปลี่ยนแปลงในระหว่างนำส่งในแบบบันทึกการดูแลผู้ป่วยในห้องพักฟื้น

ประเมินผล : ผู้ป่วยไม่มีอาการเปลี่ยนแปลงทรุดลง ขณะเคลื่อนย้าย

สรุปกรณีศึกษา

ผู้ป่วยหญิงไทย วัย 54 ปี ได้รับการวินิจฉัยเป็นเนื้องอกเยื่อหุ้มสมอง แพทย์ให้การรักษาโดยการผ่าตัดสมองเพื่อเอาเนื้องอกออก ใช้การให้ยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย บทบาทวิสัญญีพยาบาลเริ่มให้การพยาบาลผู้ป่วยตั้งแต่ระยะก่อน - ระหว่าง - หลังยาระงับความรู้สึก ก่อนผ่าตัด 1 วัน เยี่ยมประเมินความพร้อมต่อการให้ยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย รายงานวิสัญญีแพทย์ เพื่อวางแผนให้ยาระงับความรู้สึก

ระหว่างให้ยาระงับความรู้สึกเตรียมอุปกรณ์ ประเมินความพร้อมซ้ำ เฝ้าระวัง ต่ออาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยขณะได้รับยาระงับความรู้สึก ในกรณีผู้ป่วยมีความดันโลหิตต่ำในขณะที่ผ่าตัดได้หาสาเหตุ รายงานแพทย์เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการแก้ไขทันทีเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงมากขึ้นตามมาและเฝ้าระวังต่อเนื่องจนเสร็จการผ่าตัด ในระยะหลังได้รับยาระงับความรู้สึก ต้องให้การพยาบาลในการดูแลอย่างใกล้ชิด ยังมีความเสี่ยงต่อการเสียเลือดจากแผลผ่าตัดมีเลือดในขั้วระบายเลือดมากได้รับรายงานแพทย์ผ่าตัดเพื่อเฝ้าระวัง และดูแลให้สารน้ำทดแทน ป้องกันภาวะช็อคจากการเสียเลือด ดูแลให้ยาบรรเทาอาการปวดแผลตามการรักษารักษาของแพทย์ หลังผ่าตัด 1 วัน ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยเพื่อประเมินภาวะแทรกซ้อนจากผลของการได้รับยาระงับความรู้สึก ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี สัญญาณชีพปกติ ไม่มีภาวะแทรกซ้อน หลังผ่าตัด 5 วัน ได้รับการจำหน่ายกลับบ้าน

การวิจารณ์และข้อเสนอแนะ

จากกรณีศึกษา ผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกายในการผ่าตัดสมองเป็นการผ่าตัดใหญ่ และมีความซับซ้อนเสี่ยงต่อการเกิดภาวะวิกฤติได้ตลอดเวลา วิทยาลัยพยาบาลต้องมีความรู้และทักษะในการเตรียมความพร้อมในการดูแลแก้ไขภาวะวิกฤติทั้งระหว่าง – หลังให้ยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกายก่อนที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงมากขึ้น จากกรณีนี้จึงมีข้อเสนอแนะ ดังนี้

1. ควรจัดทำแนวทางการพยาบาลการให้ยาระงับความรู้สึกผู้ป่วยผ่าตัดเนื้องอกในสมองของกลุ่มงานวิทยาลัยพยาบาลโรงพยาบาลกำแพงเพชร และทบทวนแนวทาง ปีละ 1 ครั้ง
2. การผ่าตัดเนื้องอกส่วนสมองหน้า หากมีการฉีกขาดเส้นเลือดจะทำให้เสียเลือดมาก (massive bleeding) ได้จากตำแหน่งที่ผ่าตัด และพยาธิสภาพของโรค การมีแนวทางการช่วยเหลือในกรณีฉุกเฉินเป็นสิ่งจำเป็นมากต่อภาวะวิกฤติที่อาจเกิดขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. Nowosielski M, Galldiks N, Iglseder S, Kickingereder P, von Deimling A, Bendszus M, et al. Diagnostic challenges in meningioma. *Neuro Oncol.* [serial online]. 2017. [cited 2023 Sep 15].19(12):1588-1598. Available form: <http://doi: 10.1093/neuonc/nox101>.
2. วิภาจรัตน์ จันทศรีคำ. การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วไปเพื่อผ่าตัดเนื้องอกในสมอง : กรณีศึกษา. *Singburi Hospital Journal.* 2565;31:169-83.
3. Keown T, Bhangu S, Solanki S. Anaesthesia for Craniotomy and Brain Tumour Resection. *WFSA.* [serial online]. [cited 2023 Sep 15]. Available from : <http://resources.wfsahq.org>atotw>.
4. นุช ตันติศิริรินทร์. การให้ยาลดปวดและยาระงับปวดเพื่อทำหัตถการ : หน่วยระงับปวด. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 7 ตุลาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.rama.mahidol.ac.th>
5. วิชัย อธิรัชชัยกุลชล. การระงับความรู้สึกในประสาทศัลยศาสตร์. กรุงเทพฯ: ปิยะนันท เอ็นเทอร์ไพรซ์; 2557.
6. มานี รักษาเกียรติศักดิ์. ตำราวิสัญญีพื้นฐานและแนวทางปฏิบัติ (Basic Anesthesia and Practical Approach). กรุงเทพฯ: ภาควิชาวิสัญญีวิทยา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล; 2560.
7. ศิริวรรณ จิรสิริธรรม. ตำราวิทยาศาสตร์พื้นฐาน วิสัญญีวิทยารามาริบัติ. กรุงเทพฯ: ไอเดีย อินสแตนท์ พริ้นท์; 2559.
8. Kulsum K, Suryadi T. Neuro-anesthetic Management of Craniotomy-surgery in Removal Tumor Multiple Meningioma Patients: A Case Report. *Open Access Macedonian Journal of Medical Sciencess.* 2021;9:146-50. Available from : <https://oamjms.eu/index.php/mjms/article/view/6371>.
9. นลินี พสุคันทรภัก, เพ็ญ ภิญญาภาสกุล. แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเนื้องอกในสมองสำหรับพยาบาลทั่วไป. กรุงเทพฯ: ธนาเพชร; 2557.
10. ศูนย์ข้อมูลโรงพยาบาลกำแพงเพชร. รายงานประจำปี 2566. กำแพงเพชร: โรงพยาบาลกำแพงเพชร; 2566.
11. ยุคธรร จิตรเกื้อกุล. การพยาบาลผู้ป่วยขาดจากอุบัติเหตุ:กรณีศึกษา.วารสารโรงพยาบาลกำแพงเพชร. 2562; 23(1): 49-59.



Nursing care of Vestibular schwannoma with Suboccipital Craniotomy : A case study

Onuma Nantamit, B.N.S.*

Abstract

Introduction : Suboccipital acoustic neuroma surgery is complicated with a microsurgery tool. Including the park bench position (semi - prone) that complicate surgery. The nurses cover pre-surgery, surgical procedures, and post-surgery. With the operational standards, nursing plan for individual patient and cooperate with multidisciplinary team to provide high-capacity operations to keep a patient from severe complications.

Objective : to guide a patient with surgery, the vestibular schwannoma patient by Suboccipital operation

Case study : Thai female, 31-year-old, hospitalized with symptoms one week ago. There's a noise in the right ear. Hearing down. Treated by Otolaryngologist (ENT doctor); but not better. MRI was requested and consult neurosurgeon. She was admitted and sent to CT brain. MRI and CT brain reveal right vestibular schwannoma (most intracanalicular) was diagnosed. The doctor suggest surgery by craniotomy right suboccipital for brain tumor excision under surgical microscopy. With size and location of tumor may caused whether severe complication or not . but if no surgery, she can have more disability both hearing and vision. Case study admitted into care on 2-6 April 2023. From the preoperative nursing diagnosis, the postoperative evaluation was good. From the nursing diagnosis during surgery important problems were found during the surgery period. Patients are at risk of injury to the brain tissue and seventh cranial nerve during surgery. The right face was obvious found to be less active, talking light, can close-eye, eating and sitting. Right facial palsy grade 4/5, no conjunctivitis was diagnosed. Cause from neuroplaxia and hope may recovery. She was send to a physical therapy for rehabilitation .Audiometer examination result normal hearing left ear, hearing loss right ear. Follow up appointment for facial rehabilitation and listen to the pathology results. Hospital stay is 8 days.

Conclusion : The case study, patients with no severe complications. After the surgery, the right face was obvious found to be less active, talking light, can close - eye, eating and sitting. Right facial palsy grade 4/5, no conjunctivitis was diagnosed. Cause from neuroplaxia and hope may recovery. She was send to a physical therapy for rehabilitation. Audiometer examination result normal hearing left ear, hearing loss right ear. Follow up appointment to rehabilitate and continuously monitor symptoms.

Keyword : Vestibular schwannoma with Suboccipital Craniotomy, Nursing of Intra – Operative phase

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

การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเนื้องอกเส้นประสาทหูโดยการเปิดกะโหลกศีรษะ : กรณีศึกษา

อรอรุมา นันทมิตร, พย.บ.*

บทคัดย่อ

บทนำ : โรคเนื้องอกเส้นประสาทหู (Vestibular schwannoma) การรักษาโดยผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะส่วนท้ายทอย เป็นวิธีขั้นตอนการผ่าตัดมีความยุ่งยากซับซ้อนด้วยเครื่องมือ microsurgery และกล้องจุลทรรศน์ รวมไปถึงการจัดท่าผ่าตัดที่เฉพาะ การพยาบาลครอบคลุมตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัด ระยะผ่าตัด และระยะหลังผ่าตัด โดยใช้กระบวนการพยาบาล และมาตรฐานในการปฏิบัติงาน วางแผนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยแต่ละราย ร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อให้การผ่าตัดมีศักยภาพสูง เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง

วัตถุประสงค์ : เพื่อเป็นแนวทางในการพยาบาลผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดเนื้องอกเส้นประสาทหูโดยการเปิดกะโหลกศีรษะ

กรณีศึกษา : ผู้ป่วยหญิงไทย วัยผู้ใหญ่ อายุ 31 ปี ครั้งนี้มาโรงพยาบาลด้วย 1 สัปดาห์ก่อนมาโรงพยาบาล มีเสียงดังในหูขวา การได้ยินลดลง แพทย์เฉพาะทาง หู คอ จมูก รับการรักษาอาการไม่ได้ดีขึ้น ส่งทำ MRI เมื่อฟังผลส่ง Consult แพทย์เฉพาะทาง ศัลยกรรมประสาทให้ Admit เพื่อทำ CT brain จากผล MRI และ CT brain แพทย์วินิจฉัย Vestibular Schwannoma Rt (mostly intracanalicular) แพทย์แนะนำการรักษาด้วยการผ่าตัดเนื้องอกออก Set OR for Craniotomy Rt Suboccipital for brain tumor excision under surgical microscopy การผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะส่วนท้ายทอยเพื่อนำเนื้องอกออกด้วยกล้องจุลทรรศน์ ขนาดก่อนเนื้องอก และบริเวณที่พบอาจส่งผลต่อการผ่าตัด มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนแบบรุนแรงหรือไม่รุนแรง แต่ถ้าไม่ผ่าตัดเนื้องอกออก ผู้ป่วยอาจเกิดความพิการเพิ่มขึ้นทั้งการได้ยินและการมองเห็น Case กรณีศึกษารับไว้ในความดูแล วันที่ 2 - 6 เมษายน 2566 จากข้อวินิจฉัยการพยาบาลก่อนผ่าตัด หลังผ่าตัด ประเมินผลเป็นไปด้วยดี จากข้อวินิจฉัยการพยาบาลขณะผ่าตัด พบปัญหาสำคัญในระยะผ่าตัด คือ ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการบาดเจ็บที่เนื้อสมองส่วนดีและเส้นประสาทสมองคู่ที่ 7 ขณะผ่าตัดประเมินผลพบภาวะแทรกซ้อนไม่รุนแรงมีอาการใบหน้าซีกขวาเคลื่อนไหวน้อยกว่าชัดเจนยังปิดตาได้ พูดเสียงเบา รับประทานอาหารเองได้ ลูกหนึ่งได้ Rt facial palsy grade 4/5 no conjunctivitis แพทย์พิจารณา CN VII palsy น่าจะเป็นจาก neuropraxia มีความหวังว่าอาจ recovery ส่งพบกายภาพบำบัดเพื่อฟื้นฟู ผลตรวจ Audiometer : หูข้างซ้ายการได้ยินปกติ หูข้างขวาไม่ได้ยิน มีนัด Follow up ฟังผลขึ้นเนื้อ ติดตามอาการ นัดเรื่องฟื้นฟู Facial Rehabilitation รวมรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล 8 วัน

สรุปผลกรณีศึกษา : ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง หลังผ่าตัดพบว่าหน้าซีกขวาเคลื่อนไหวน้อยกว่าชัดเจน ยังปิดตาได้ พูดเสียงเบา รับประทานอาหารเองได้ลูกหนึ่งได้ Rt facial palsy grade 4/5 no conjunctivitis แพทย์พิจารณา CN VII palsy น่าจะเป็นจาก neuropraxia มีความหวังว่าอาจ recovery ส่งพบกายภาพบำบัดเพื่อฟื้นฟู ผลตรวจ Audiometer : หูข้างซ้ายการได้ยินปกติ หูข้างขวาไม่ได้ยิน นัด Follow up เพื่อฟื้นฟู และติดตามอาการต่อเนื่อง

คำสำคัญ : การผ่าตัดเนื้องอกเส้นประสาทหูโดยการเปิดกะโหลกศีรษะ การพยาบาลผู้ป่วยระยะผ่าตัด

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ งานห้องผ่าตัด กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลกำแพงเพชร

บทนำ

เนื้องอกเส้นประสาทหู (Vestibular schwannoma : VS) คือ โรคที่เกิดจากเซลล์ประสาทหูในส่วนเนื้อเยื่อปลอกประสาท เกิดเจริญเติบโตแบ่งตัวโตมากผิดปกติที่ร่างกายควบคุมการเจริญนี้ไม่ได้ จนเกิดเป็นก้อนเนื้อที่เรียกว่าเนื้องอกทั่วไป ไม่ใช่เนื้องอกมะเร็ง ซึ่งเป็นอีกแขนงหนึ่งของประสาทสมองคู่ที่ 8^{1,2} ก้อนเนื้องอกจะไปกดเบียดสมอง และประสาทข้างเคียง ทำให้มีอาการเดินเซ การทรงตัวแย่ง ปวดศีรษะ คลื่นไส้อาเจียน จากภาวะความดันในช่องกะโหลกศีรษะสูง หน้าชาหรือหน้าเบี้ยว ทำให้สูญเสียภาพลักษณ์³ หากไม่ได้รับการรักษาอย่างทันท่วงทีจะทำให้ผู้ป่วยทุพพลภาพหรือเสียชีวิตได้^{4,5} อุบัติการณ์ของโรคเนื้องอกเส้นประสาทหูพบได้ประมาณ 1 รายต่อประชากร 100,000 คนต่อปี ส่วนใหญ่พบในช่วงอายุ 40 - 60 ปี และคิดเป็นสัดส่วนประมาณร้อยละ 8 - 10 ของเนื้องอกในกะโหลกศีรษะทั้งหมด⁶ การรักษาโดยผ่าตัดก่อนเนื้องอกออกให้หมดเป็นวิธีที่ดีที่สุด ทำให้ผู้ป่วยหายขาดจากโรคการผ่าตัดเนื้องอกเส้นประสาทหูโดยการเปิดกะโหลกศีรษะ เป็นวิธีการผ่าตัดรักษาที่พบได้บ่อยที่สุด⁷

การผ่าตัดเนื้องอกเส้นประสาทหูโดยการเปิดกะโหลกศีรษะส่วนท้ายทอยด้วยเครื่องมือ microsurgery และกล้องจุลทรรศน์ ขั้นตอนการผ่าตัดมีความยุ่งยากซับซ้อน และต้องมีการเฝ้าระวังเส้นประสาทสมองคู่ที่ 7 (facial nerve monitoring) ไม่ให้เกิดความเสียหายในระหว่างการผ่าตัด เพราะถ้าเกิดความเสียหายจะเกิดผลกระทบแก่ผู้ป่วย โดยทำให้เกิดอัมพาตใบหน้า และสูญเสียการได้ยินได้ รวมไปถึงต้องมีการจัดทำผ่าตัดในท่านอนตะแคงกึ่งคว่ำ (Park bench position) และทำนั่ง (Sitting position) พยาบาลห้องผ่าตัดต้องมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเนื้องอกเส้นประสาทหูคู่ที่ 8 พยาธิสภาพ การวินิจฉัย^{8,9} และการรักษาด้วยการผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะส่วนท้ายทอย สามารถจัดเตรียมอุปกรณ์ เครื่องมือผ่าตัด และจัดทำได้อย่างถูกต้อง เข้าใจขั้นตอน เทคนิค และวิธีการในการส่งเครื่องมือผ่าตัด ต้องร่วมมือกับทีมศัลยแพทย์ และวิสัญญี เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น¹⁰

จากข้อมูลของห้องผ่าตัด โรงพยาบาลกำแพงเพชร พบผู้ป่วยเนื้องอกสมองที่ได้รับการผ่าตัด ปี 2563, 2564, 2565 จำนวน 4, 3, 10 ราย เป็นการผ่าตัดเนื้องอกเส้นประสาทหู โดยการเปิดกะโหลกศีรษะจำนวน 1, 0, 5 ราย ตามลำดับ^{11,12,13} พยาบาลห้องผ่าตัดที่ร่วมทีมในการผ่าตัดเนื้องอกเส้นประสาทหูโดยการเปิดกะโหลกศีรษะเป็นพยาบาลที่มีสมรรถนะระดับกลางถึงสูง เพื่อส่งผลให้ผ่าตัดได้อย่างราบรื่น ผู้ป่วยปลอดภัยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากผ่าตัดเกิดผลลัพธ์ที่ดีมากที่สุด การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นแนวทางในการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเนื้องอกเส้นประสาทหูโดยการเปิดกะโหลกศีรษะ

กรณีศึกษา

ผู้ป่วยหญิงไทย วัยผู้ใหญ่ อายุ 31 ปี สัญชาติไทย ศาสนาพุทธ

อาการสำคัญ

เสียงดังในหูข้างขวาการได้ยินลดลง เวียนศีรษะ บ้านหมุน 1 สัปดาห์

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน

6 เดือนก่อนมาโรงพยาบาลมีอาการเวียนศีรษะบ้านหมุน เป็นๆหายๆ 2 - 3 ครั้งต่อเดือน ครั้งละ 2 - 3 วัน นอนพักหายเอง ไม่ได้รับการรักษาที่ไหน 1 สัปดาห์ก่อนมาโรงพยาบาล มีเสียงดังในหูขวา การได้ยินลดลง มาพบแพทย์เฉพาะทางหู คอ จมูก ส่งทำ MRI ส่ง Consult แพทย์เฉพาะทางศัลยกรรมประสาท โดยให้ Admit ส่งทำ CT brain แพทย์แนะนำให้ผ่าตัดเนื้องอกออก พร้อมทั้งอธิบายความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นกับเส้นประสาทให้ทราบ เพื่อเตรียมผ่าตัด วันที่ 3 เมษายน 2566

การวินิจฉัยโรค

Vestibular Schwannoma Rt (mostly intracanalicular)

การผ่าตัด

Set OR for Craniotomy Rt Suboccipital for brain tumor excision under surgical microscopy ทำ lateral park bench ขวาชิ้น

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต

ผู้ป่วยเป็นไมเกรน 5 ปี เมื่อมีอาการจะซื้อยารับประทานเอง

การประเมินสภาพร่างกายตามระบบ

รูปร่างทั่วไป : ลักษณะสมส่วน น้ำหนัก 63 กิโลกรัม ส่วนสูง 168 เซนติเมตร BMI = 22.32

สัญญาณชีพ : อุณหภูมิกาย 36.8 องศาเซลเซียส ชีพจร 80 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 18 ครั้ง/นาที

ความดันโลหิต 124/89 มิลลิเมตรปรอท ค่าความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือด 98%

ผิวหนัง : ไม่ซีด ไม่มีอาการบวม ผิวหนังตามร่างกาย ไม่มีบาดแผล ไม่มีจ้ำเลือด ไม่มีอาการแสดงอักเสบแดงร้อน

ศีรษะและใบหน้า : ศีรษะรูปทรงปกติ สมมาตรไม่มีรอยโรครูปหน้ากลม ไม่มีอาการกระดูกบริเวณใบหน้าไม่มีมุมปากตก

ตา : ตาเท่ากันทั้งสองข้าง เปลือกตาชมพู การมองเห็นปกติ Pupil 3 mm RTLBE

หู : ใบหูทั้งสองข้าง รูปร่างปกติ สมมาตร ไม่มี Discharge ไหลออกจากหูทั้งสองข้าง ไม่มีอาการอักเสบ บวมแดง คล้ำไม่พบก้อน

ทรวงอกและระบบทางเดินหายใจ : รูปร่างทรวงอกปกติ การเคลื่อนไหวของทรวงอกเท่ากันทั้งสองข้าง ฟังปอด

ได้ยินเสียงลมชัดเจน หายใจสม่ำเสมอ

ระบบหัวใจและหลอดเลือด : อัตราการเต้นของหัวใจ 80 ครั้ง/นาที เต้นสม่ำเสมอ ฟังเสียงหัวใจปกติ เส้นเลือดดำที่คอ

ไม่โป่งพอง ค่าความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือด 98%

ระบบทางเดินอาหารและท้อง : รูปร่างท้องปกติ คล้ำไม่พบก้อน การขับถ่ายปกติ

ระบบกระดูกกล้ามเนื้อ : กล้ามเนื้อขาทั้งสองข้าง Motor power grade 5 กระดูกสันหลังอยู่ในแนวตรง การเดินสามารถยืนตรง และเดินได้เอง การเคลื่อนไหวปกติ

ระบบประสาท : รู้สึกตัวดี Coma score E4M5V6

ระบบทางเดินปัสสาวะ : ปกติ ขับถ่ายปัสสาวะได้เอง

สภาพจิตใจ : สิ้นหวังวิตกกังวล กลัวเรื่องการรักษา สอบถามเกี่ยวกับการผ่าตัด เป็นการผ่าตัดครั้งแรกของตน

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

HEMATOLOGY CBC : ผลปกติ

BIOCHEMISTRY : ผลปกติ

ตรวจการได้ยินจากแผนกหู คอ จมูก : หูขวามีเสียงดังในหูการได้ยินลดลง หูซ้ายการได้ยินปกติ ผลการตรวจ Audiometer พบว่า หูข้างซ้ายการได้ยินปกติ หูข้างขวาไม่ได้ยิน แต่สามารถรับรู้เรื่องที่พูดได้ พูดตามได้

MRI : ผลพบว่า The 0.7 x 1.4 x 0.7 cm acoustic neuroma at right CP angle extend into right IAC with compression of cisternal and intracanalicular segment of right CN VII / VIII

CT brain : ผลพบว่า A 0.7 x 1.4 cm enhancing soft tissue nodule at right cerebellopontine angle extending to right IAC

การดำเนินของโรคขณะรับไว้ในความดูแล

30 มีนาคม 2566 ผู้ป่วยมาพบ แพทย์เฉพาะทาง หู คอ จมูกเพื่อฟังผล MRI หลังฟังผลแพทย์ Consult แพทย์ศัลยกรรมประสาท ให้รับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาล เพื่อส่งตรวจ CT brain จากผลการตรวจทั้งหมด แพทย์วินิจฉัย Vestibular Schwannoma Rt (mostly intracanalicular) ให้ผ่าตัด Craniotomy Rt Suboccipital for brain tumor excision under surgical microscopy ทำ lateral park bench ขวาชั้น เพื่อเอาก้อนเนื้อออก

การตรวจเยี่ยมระยะก่อนผ่าตัด

2 เมษายน 2566 ผู้ป่วยรู้สึกตัวดีพอช่วยเหลือตัวเองได้ มีเวียนศีรษะ บ้านหมุนเป็นพักๆ ไม่คลื่นไส้ไม่อาเจียน รู้สึกได้ยินเสียงดังในหูข้างขวา การได้ยินลดลง สิ้นหวังวิตกกังวล พยาบาลให้ข้อมูลเกี่ยวกับ เรื่องโรคและการผ่าตัด สิ่งแวดล้อมในห้องผ่าตัด อธิบายการเตรียมตัวก่อนผ่าตัด การปฏิบัติตัวขณะผ่าตัดและหลังผ่าตัด เช่น การจัดทำในห้องผ่าตัด การใช้เครื่องมือ กล้องจุลศัลยกรรม เครื่องจี การส่งชิ้นเนื้อตรวจ เป็นต้น

สัญญาณชีพ T = 36.8 °C P = 80 ครั้ง / นาที RR = 18 ครั้ง/นาที BP = 124/89 mmHg O₂ sat 98%

ระยะผ่าตัด

3 เมษายน 2566 เวลา 09.10 น. รับผู้ป่วยจากตึกศัลยกรรมหญิงถึงห้องผ่าตัด ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี E4M5V6 ตามตอบรูเรื่อง สอบถามชื่อ - สกุลผู้ป่วยตรงกับเวชระเบียน เวลา 09.15 น. วิสัญญีแพทย์ และวิสัญญีพยาบาล ให้ยาระงับความรู้สึกแบบ General Anesthesia เวลา 09.20 น. จัดท่า lateral park bench ขวาชั้น เวลา 10.00 น. เริ่มผ่าตัด เวลา 13.10 น. เสร็จผ่าตัด เวลา 13.30 น. ออกจากห้องผ่าตัด

ระยะหลังผ่าตัด

3 เมษายน 2566 เวลา 13.45 น. ย้ายผู้ป่วยไปแผนก ICU รวม ผู้ป่วย on ET tube c Ventilator หายใจสัมพันธ์กับเครื่องดี ไม่เหนื่อยหอบ RR = 20 ครั้งต่อนาที lung clear ไม่มีภาวะพร่องออกซิเจน ปลายมือ ปลายเท้าไม่เขียวไม่ซีด O₂ Sat 99%

4 เมษายน 2566 ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี E4M5V6 ตามตอบรูเรื่อง on Oxygen mask c bag 10 L/min บ่นปวดแผล Pain score 6/10 คะแนน ดูแลเรื่องยาแก้ปวด จัดทำให้สุขสบาย อธิบายเรื่องแผลผ่าตัด การส่งตรวจชิ้นเนื้อ

การวางแผนการพยาบาล

การพยาบาลระยะก่อนผ่าตัด (Pre – Operative phase)

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 1 ผู้ป่วยวิตกกังวลเนื่องจากอาการของโรคและพร่องความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัด

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยบอกว่า รู้สึกกลัวเพราะต้องผ่าตัดสมองซึ่งเป็นการผ่าตัดใหญ่และเป็นการผ่าตัดครั้งแรก
2. ผู้ป่วยมีสีหน้าวิตกกังวลยังมีอาการเวียนศีรษะบ้านหมุน มีเสียงดังในหู การได้ยินลดลง สอบถามเรื่องอาการ

หลังการผ่าตัด

วัตถุประสงค์ เพื่อคลายความวิตกกังวลและปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัดได้ถูกต้อง

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยสามารถบอกการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัดได้ถูกต้อง
2. สีหน้าคลายความวิตกกังวล
3. ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการทำหัตถการและการเตรียมตัวก่อนผ่าตัด

กิจกรรมการพยาบาล

1. ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด 1 วัน สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยเพื่อเกิดความไว้วางใจ และให้ความร่วมมือในการให้การพยาบาลและทำหัตถการต่างๆ ให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคเนื้องอกเส้นประสาทหู ขั้นตอนการผ่าตัด การจัดทำในการผ่าตัด คือ ทำนอนตะแคงขวากึ่งคว่ำ และจะมีรูเจาะที่หนังศีรษะ 3 รู เพื่อใส่อุปกรณ์ในการยึดตรึงศีรษะ เพื่อสะดวกต่อการผ่าตัด ให้ข้อมูลการย้ายผู้ป่วยหลังผ่าตัดไปหอบผู้ป่วยหนักเพื่อให้การดูแลรักษาอย่างใกล้ชิด

2. อธิบายผู้ป่วยและญาติ เรื่องการปฏิบัติตัวก่อนผ่าตัด ความสะอาดร่างกาย แจ้งเรื่องต้องโกนผมบริเวณผ่าตัด การงดน้ำงดอาหาร

3. ประเมินสภาพจิตใจ สังเกตพฤติกรรมความวิตกกังวลที่ผู้ป่วยแสดงออกมา เช่น สีหน้า การซักถาม

4. ขณะแพทย์และพยาบาลให้ข้อมูล เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยพูดระบายความรู้สึก พูดคุย ซักถามข้อสงสัย กระตุ้นหรือวันที่จะให้ความช่วยเหลือ พร้อมตอบข้อซักถามต่างๆ ด้วยความเต็มใจในขอบเขตที่เหมาะสม

5. อธิบายให้ทราบถึงการป้องกันความเสี่ยงในระยะผ่าตัด และความเสี่ยงที่จะเกิดหลังผ่าตัด เช่น การเกิดใบหน้าเป็นอัมพาต และหูหนวกข้างขวาถาวร การติดเชื้อและเสียเลือดรุนแรง เป็นต้น

6. แนะนำญาติดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด และยกเหล็กข้างเตียงทั้งสองข้างขึ้นทุกครั้งเมื่อทำกิจกรรมต่างๆกับผู้ป่วยเสร็จสิ้น

7. สังเกตอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย วางแผนการพยาบาลร่วมกับผู้ป่วย ด้วยการบอกผู้ป่วยทุกครั้งเมื่อจะปฏิบัติการพยาบาล แจ้งให้ผู้ป่วยทราบว่าถ้าต้องการความช่วยเหลือให้บอกเจ้าหน้าที่ทุกครั้ง

การประเมินผล

1. ผู้ป่วยเข้าใจเรื่องโรคและการรักษาด้วยการผ่าตัด บอกรูปการปฏิบัติตัวก่อนและหลังผ่าตัดได้ถูกต้อง
2. สีหน้าคลายความวิตกกังวล
3. ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการทำหัตถการและการเตรียมตัวก่อนผ่าตัด เช่น การงดน้ำงดอาหาร ความสะอาดร่างกายทั่วไป ถอดเสื้อชั้นในและกางเกงชั้นใน ถอดเครื่องประดับ

การพยาบาลระยะผ่าตัด (Intra – Operative phase)

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 2 เสี่ยงต่อการทำผ่าตัดผิดคน/ผิดข้าง/ผิดตำแหน่งและผิดชนิดการผ่าตัด

ข้อมูลสนับสนุน : มีผู้ป่วยผ่าตัดหลายคน หลายห้อง ทั้งที่เป็นผู้ป่วยใน ผู้ป่วยนอก

วัตถุประสงค์ : เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากการผ่าตัดผิดคน/ผิดข้าง/ผิดตำแหน่งและผิดชนิดการผ่าตัด

เกณฑ์การประเมินผล : ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดถูกคน/ถูกข้าง/ถูกตำแหน่งและถูกชนิดการผ่าตัด

กิจกรรมการพยาบาล

1. ตรวจสอบความปลอดภัยของผู้ป่วยตามแนวทาง Kamphaeng Phet Surgical Safety Checklist
2. ทำ Sign in ก่อนดมยาสลบ ตรวจสอบใบลงชื่อยินยอม การระบุตัวบุคคล การระบุอวัยวะข้างที่ทำการผ่าตัด ประเภทการผ่าตัด ทำ Mark site
3. ทำ Time out ก่อนการลงมือโดยแพทย์ผ่าตัด พยาบาล และวิสัญญี ด้ยวจา เกี่ยวกับตัวผู้ป่วย ประเภทการผ่าตัดของผู้ป่วย อวัยวะข้างที่ทำการผ่าตัด
4. ทำ Sign out ก่อนเริ่มเย็บปิดกะโหลกศีรษะ ทีมผ่าตัดทบทวน ดังต่อไปนี้ ศัลยแพทย์ทบทวนเรื่องการผ่าตัด พยาบาลทบทวน ความครบถ้วนของเครื่องมือ ผ้าซับโลหิต การระบุชื่อผู้ป่วยบนชั้นเนื้อที่จะส่งตรวจ และเหตุการณ์สำคัญในช่วงผ่าตัด
5. บันทึกข้อมูลให้ครบถ้วนในแบบ Kamphaeng Phet Surgical Safety Checklist

ประเมินผล

- ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดถูกคน/ถูกข้าง/ถูกตำแหน่งและถูกชนิดการผ่าตัด
- ทีมผ่าตัดปฏิบัติตามแนวทางและบันทึกข้อมูลครบถ้วนใน Kamphaeng Phet Surgical Safety Checklist

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 3 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการบาดเจ็บที่เนื้อสมองส่วนดีและเส้นประสาทสมองคู่ที่ 7 ขณะผ่าตัด

ข้อมูลสนับสนุน

มีเนื้ออกในสมองขนาด 0.7 x 1.4 cm. enhancing soft tissue nodule at right cerebellopontine angle extending to right IAC จากผล CT และ MRI พบก้อนเนื้อติดกับส่วนสำคัญเส้นประสาทคู่ที่ 7, 8 มีโอกาสเกิดความเสียหายถาวร

วัตถุประสงค์

1. ผู้ป่วยไม่ได้รับการบาดเจ็บต่อเส้นประสาทสมอง
2. พยาบาลทีมผ่าตัดจัดเตรียมอุปกรณ์เครื่องมือถูกต้อง เหมาะกับการใช้งานระยะผ่าตัด

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยไม่ได้รับการบาดเจ็บเส้นประสาทสมองคู่ที่ 5, 7 และ 8 เช่น ไม่มีอาการมูมปากตก ไม่มีใบหน้าเบี้ยวหน้าชา ขยับใบหน้าได้ปกติรับรู้ความรู้สึก ของหน้าทั้ง 2 ข้างเท่ากัน หูทั้ง 2 ข้างได้ยินเสียงเท่ากัน
2. ไม่พบอุบัติเหตุการฉีกขาดหรือความไม่พร้อมใช้ของเครื่องมือผ่าตัด

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินสภาพผู้ป่วย และการทำงานของเส้นประสาทเส้นสมองคู่ที่ 5, 7 และ 8 ก่อนการผ่าตัดว่าไม่ได้รับบาดเจ็บ คือ ไม่มีอาการมูมปากตก ไม่มีใบหน้าเบี้ยวหน้าชา ขยับใบหน้าได้ปกติ การรับรู้ความรู้สึกของหน้าทั้ง 2 ข้างเท่ากัน ประเมินการได้ยิน เพื่อเก็บข้อมูลไว้ เปรียบเทียบหากเกิดการบาดเจ็บของเส้นประสาทสมองหลังผ่าตัด^{14,15}

2. จัดเตรียมเครื่องและอุปกรณ์ Nerve monitoring ตรวจสอบสภาพของอุปกรณ์ให้พร้อมใช้ตามแผนการรักษาของแพทย์ เพื่อป้องกันการบาดเจ็บต่อเส้นประสาทสมอง
3. ดูแลช่วยแพทย์ในการติดตั้ง Nerve monitoring ให้ถูกต้อง โดยผู้ป่วยจะถูกปักเข็ม monitoring ได้แก่ Electrode Ground บริเวณใกล้ Bone หรือ Fat, Stimulator return บริเวณใบหน้าทีกล้ามเนื้อ ตำแหน่ง Frontalis, Orbicularis oculi, Orbicularis oris และ Mentalis เพื่อป้องกันความผิดพลาด ในการตรวจสอบหาเส้นประสาทสมอง¹⁶
4. จัดเตรียมอุปกรณ์กล้อง Microscope ให้เหมาะสมและพร้อมใช้ในการผ่าตัด เพื่อเป็นการช่วยในการมองเห็น ในบริเวณที่ผ่าตัดให้ชัดเจนขึ้น และป้องกันการบาดเจ็บของเส้นประสาท
5. ขณะผ่าตัดรักษาบรรเทาอาการในท้องผ่าตัด ให้เจ็บสงบ เพื่อลดการรบกวนการได้ยินเสียงเตือนจากเครื่อง Nerve monitoring หากพบเส้นประสาทสมอง รมั้ควรระวังการกระแทกเตียงผ่าตัด เพื่อป้องกันการอุปกรณ์และเครื่องมือที่แพทย์ใช้ผ่าตัด ไปทำให้เกิดการบาดเจ็บต่อเส้นประสาทสมอง
6. ติดตามต่อเนื่องหลังผ่าตัดประเมินการเคลื่อนไหวบริเวณใบหน้าทีผิดปกติไปจากเดิม เช่น เวลาขยับริมฝีปาก ใบหน้ามีการขยับไม่เต็มที่หรือไม่เท่ากัน หน้าชา หรือรับรู้ความรู้สึกได้ไม่เท่ากันทั้ง 2 ข้าง ประเมินการได้ยิน เพื่อประเมิน การเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการบาดเจ็บของเส้นประสาทสมองคู่ที่ 7 และ 8
7. ประเมินการรับรู้ของผู้ป่วยต่อการเปลี่ยนแปลงสภาพลักษณะ ความสามารถ บทบาท และแบบแผนชีวิต ให้ผู้ป่วย พุดแสดงความรู้สึก และสังเกตพฤติกรรมแสดงออก พุดคุยให้กำลังใจ ปลอดภัยผู้ป่วยด้วยท่าทางอ่อนโยน เป็นมิตร
8. หากพบว่าผู้ป่วยมีอาการผิดปกติจากการบาดเจ็บของเส้นประสาท บันทึกรายงานส่งต่อกับพยาบาลหอผู้ป่วย และ รายงานแพทย์ เพื่อประเมินและให้การดูแลรักษาต่อไป

ประเมินผล

1. หลังผ่าตัดใบหน้าชิวาเคลื่อนไหวน้อยกว่าชัดเจน ยังปิดตาได้ Rt facial palsy grade 4/5 no conjunctivitis หูข้างซ้ายได้ยินปกติ หูข้างขวาไม่ได้ยิน และแพทย์อธิบาย CN VII palsy น่าจะเป็นจาก neurapraxia มีความหวังอาจจะ recovery แพทย์ส่งต่อเวชกรรมฟื้นฟู เพื่อการดูแลการฟื้นฟูต่อเนื่อง
2. ไม่พบอุบัติการณ์ความไม่พร้อมใช้ของเครื่องมือ

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 4 เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน จากการจัดทำผ่าตัด

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยได้รับการระงับความรู้สึก ชนิด General Anesthesia ผู้ป่วยต้องอยู่ Position : Rt. lateral park bench ร่วมกับใช้ Skull Pin and Mayfield
2. ระยะเวลาผ่าตัดประมาณ 4 ชั่วโมง (09.10 น.-13.10 น.)

วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการจัดทำผ่าตัด

เกณฑ์การประเมินผล

1. ไม่เกิด Pressure injury ตามบริเวณต่างๆ ของร่างกายทีถูกกดทับ ไม่มีอาการชาที่แขนและขา
2. ไม่มีโลหิตซึมออกจากรู Skull Pin บริเวณที่ปัก Skull Pin ลงไป ไม่ฉีกขาด
3. กระดูกตาไม่เกิดการถลอก

กิจกรรมการพยาบาล

1. ป้องกันการเกิดการบาดเจ็บจากการกดทับ(Pressure injury)
 - ดูแลสายต่างๆ เช่น สายให้สารน้ำ สายวัดความดันโลหิตที่ติดกับตัวผู้ป่วยไม่ให้กดทับ ผิวหนังผู้ป่วยขณะจัดทำ เพื่อป้องกันแผลกดทับ
 - ดูแลจัดทำผู้ป่วยด้วยอุปกรณ์ที่มีวัสดุหนา นุ่ม เพียงพอ ขนาดเหมาะสมกับตัวผู้ป่วย เช่น Reston jelly แท่ง, Jelly แผ่นยาว, lateral support บริเวณ chest หมอนรองขา และฟองน้ำ เพื่อรองรับและกระจายแรงกดทับปุ่มกระดูกบริเวณหัวเข่าและข้อเท้า
 - ภายหลังเสร็จสิ้นผ่าตัดตรวจสอบสภาพผิวหนัง บริเวณทีถูกกดทับเพื่อประเมินการเกิด Pressure injury

2. ป้องกันการบาดเจ็บของเส้นประสาทบริเวณ แขน และขา
 - ตรวจสอบสภาพอุปกรณ์ Arm sling ให้อยู่ในสภาพสมบูรณ์พร้อมใช้งาน ยึดกับเตียงผ่าตัดได้แน่น เพื่อป้องกันอุปกรณ์เลื่อนหรือหลุด ซึ่งอาจส่งผลต่อการเกิด Brachial plexus injury
 - ดูแลจัดท่าทางแขนผู้ป่วยไม่เกิน 90 องศา เพื่อป้องกัน Brachial plexus injury
 - ดูแลจัดท่าทางข้อสะโพกไม่เกิน 110 องศา เพื่อป้องกัน Femoral nerve injury¹⁶
3. ป้องกันบริเวณที่ปัก Skull Pin ไม่ให้เกิดการฉีกขาดไม่มีโลหิตซึม โดยช่วยเหลือแพทย์ในการปัก Skull Pin ให้แน่นพอดีกับศีรษะของผู้ป่วยโดยล็อกทุกข้อต่อให้แน่น และเสริมด้วยการใช้เทปกาวเหนียวพันข้อต่อที่สามารถเคลื่อนได้บางจุด เพื่อป้องกันการเคลื่อนหรือขยับของ Mayfield ที่จะส่งผลให้เกิดการฉีกขาดของหนังศีรษะได้ หากเกิดการฉีกขาดของหนังศีรษะโลหิตไม่หยุดไหลซึม แจ้งแพทย์ให้รีบทราบ เพื่อพิจารณาเย็บปิดบริเวณรูที่มีโลหิตไหลซึม ภายหลังเสร็จการผ่าตัดบริเวณรู Skull pin หากพบว่า มีโลหิตซึม ป้ายยา Terramycin ointment ผ้าก๊อช Sterile กัดบริเวณรูที่มีโลหิตซึมให้แน่น หากโลหิตไม่หยุดไหล แจ้งแพทย์ให้รีบทราบ เพื่อพิจารณาเย็บปิดบริเวณรูที่มีโลหิตไหลซึม
4. ป้องกันกระจกตาถลอก ด้วยการเตรียมยา Terramycin ointment และเตรียม loban ปิดเปลือกตาให้แพทย์ปิดตาผู้ป่วยให้สนิท เพื่อลดการระคายเคืองของกระจกตาที่อาจเกิดจากน้ำยาฆ่าเชื้อ แสงสว่าง และอากาศ
5. ตรวจสอบสภาพอุปกรณ์จัดท่าให้อยู่ในสภาพสมบูรณ์ และพร้อมใช้งาน ได้แก่ Mayfield และอุปกรณ์ดันหน้าอก และหลัง ยึดอุปกรณ์จัดท่ากับเตียงผ่าตัดให้แน่น ปรับให้เหมาะสมกับผู้ป่วยและการผ่าตัด เพื่อป้องกันการพลัดตกเตียง

ประเมินผล

1. ไม่พบรอยแดงบริเวณรอยต่อปุ่มกระดูกต่างๆ ผู้ป่วยไม่มีอาการชาบริเวณแขนขา
2. ศีรษะผู้ป่วย ไม่มีโลหิตซึมออกจากรู Skull Pin บริเวณที่ปัก Skull Pin ลงไปบนหนังศีรษะผู้ป่วยไม่ฉีกขาด
3. กระจกตาไม่เกิดการถลอก

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 5 ผู้ป่วยมีโอกาสติดเชื้อจากการผ่าตัด

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะส่วนท้ายทอยเป็นระยะเวลา 4 ชั่วโมง
2. สภาพแวดล้อมในห้องผ่าตัดมีอากาศเย็นอุณหภูมิห้อง 21°C ความชื้นสัมพัทธ์ 39%

วัตถุประสงค์ ผู้ป่วยปลอดภัยไม่เกิดการติดเชื้อจากการผ่าตัด

เกณฑ์การประเมินผล

ผู้ป่วยไม่มีอาการแสดงที่บ่งบอกว่าการติดเชื้อ ได้แก่ อุณหภูมิกาย 36 - 37.5 °C อัตราการเต้นของหัวใจเร็วกว่าปกติ (ค่าปกติ คือ 60 - 100 ครั้ง/นาที) อัตราการหายใจ 16 - 20 ครั้ง/นาที และความดันโลหิตลดลงมากกว่า 20% ของค่าเดิม

กิจกรรมการพยาบาล

1. เช็ดทำความสะอาดห้องผ่าตัดก่อนเริ่มผ่าตัดทุกวันด้วยน้ำสะอาด 1 ลิตรต่อผงซักฟอก 1 ช้อนชา ตามมาตรฐานการปลอดภัยของโรงพยาบาล
2. ดูแลให้ห้องผ่าตัดมีความดันเป็นบวก (Positive pressure) และมีความชื้นสัมพัทธ์ 30 - 60 เปอร์เซ็นต์ เพื่อยับยั้งการเจริญเติบโตของแบคทีเรีย โดยปิดประตูห้องผ่าตัดเสมอ
3. ตรวจสอบอุปกรณ์เครื่องมือการผ่าตัดได้ผ่านการทำให้ปราศจากเชื้อและไม่หมดอายุการใช้งาน
4. ดูแลให้ได้รับ Cefazolin inj. 2 gm / 20% Mannitol 200 ml / Tranexamic acid inj. 1,000 mg ก่อนการผ่าตัด 15 นาที โดยพยาบาลช่วยเหลือรอบนอกขาน Kamphaeng Phet Surgical Safety Checklist ในขั้นตอน Time out เกี่ยวกับการใช้ Antibiotic prophylaxis ทุกครั้ง
5. ฟอกทำความสะอาดผิวหนังบริเวณศีรษะที่ทำการผ่าตัดด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อ 5% Chlorhexidine Solution scrub อย่างถูกวิธี 10 นาที แล้วใช้ผ้าปลอดเชื้อเช็ดออก และทาด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อ 2% Chlorhexidine in 70 % Alcohol บริเวณโดยรอบที่จะลงมีดผ่าตัด 2 รอบ

6. พยาบาลเตรียมกล้องจุลทรรศน์ด้วยหลัก Aseptic technique ช่วยแพทย์คลุมผ้าปลอดเชื้อบริเวณผ่าตัด และส่งเครื่องมือตามขั้นตอนการผ่าตัดด้วยหลัก Aseptic technique และ Universal precaution หลังเย็บปิดดูรา หรือปิดกะโหลกศีรษะกลับคืนแล้ว พยาบาลส่งเครื่องมือผ่าตัดเตรียมยา Antibiotic (Gentamycin 80 mg ผสม NSS 100 ml) ล้าง เพื่อป้องกันการติดเชื้อ และดูแลบริเวณผ่าตัดให้ปลอดเชื้อตลอดเวลา

7. ดูแลให้ความอบอุ่นแก่ร่างกายผู้ป่วยตลอดระยะเวลาการผ่าตัดโดยใช้ผ้าห่มอุ่น เพื่อป้องกันภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำ

ประเมินผล
ผู้ป่วยไม่มีอาการแสดงการติดเชื้อ T= 37°C P = 72 ครั้ง/นาที RR = 20 ครั้ง/นาที BP = 128/80 mmHg

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 6 ผู้ป่วยมีโอกาสได้รับบาดเจ็บจากการใส่เข็มขั้วไฟฟ้า

ข้อมูลสนับสนุน

ผู้ป่วยได้รับการใส่เข็มขั้วไฟฟ้าบนใบหน้า 4 ตำแหน่ง และหน้าอก 2 ตำแหน่ง เพื่อเฝ้าระวังการบาดเจ็บหรือเสียหายของเส้นประสาทสมองคู่ที่ 7

วัตถุประสงค์ ผู้ป่วยไม่ได้รับบาดเจ็บที่ผิวหนังจากการใส่เข็มขั้วไฟฟ้า

เกณฑ์การประเมินผล

1. ไม่มีเลือดออก หรือออกเล็กน้อยจากตำแหน่งที่ใส่เข็มขั้วไฟฟ้าทั้ง 6 ตำแหน่ง และเลือดหยุดไหลได้เอง
2. ผู้ป่วยไม่บ่นเจ็บปวดบริเวณที่ใส่เข็มขั้วไฟฟ้าภายหลังตื่นดีแล้ว และไม่มีรอยกดทับของสายเข็มขั้วไฟฟ้าบนใบหน้า

กิจกรรมการพยาบาล

1. พยาบาลจัดเตรียมและช่วยศัลยแพทย์ใส่เข็มขั้วไฟฟ้าด้วยเทคนิคปลอดเชื้อทั้ง 6 ตำแหน่ง และหลีกเลี่ยงการใส่เข็มในตำแหน่งที่มีเส้นเลือด เพื่อป้องกันเลือดออกภายหลังถอดเข็ม
2. หลังจากใส่เข็มขั้วไฟฟ้าครบทั้ง 6 ตำแหน่งติดพลาสติกหุ้มกับผิวหนังเพื่อไม่ให้เลื่อนหลุดระหว่างผ่าตัด
3. หลังการผ่าตัดเสร็จสิ้น ถอดเข็มขั้วไฟฟ้าออกจากใบหน้าและหน้าอกผู้ป่วยด้วยความนุ่มนวล และระมัดระวัง
4. ประเมินจุดที่ใส่เข็มขั้วไฟฟ้าทั้ง 6 ตำแหน่งอีกครั้ง ก่อนย้ายผู้ป่วยไปหอผู้ป่วยวิกฤต หากกดห้ามเลือดไม่หยุด ปิดด้วยผ้าก๊อซ และติดพลาสติกปิดแน่น พร้อมทั้งส่งต่อข้อมูลแก่พยาบาลหอผู้ป่วยวิกฤต เพื่อให้การดูแลต่อเนื่อง

ประเมินผล

- ไม่มีเลือดออกจากตำแหน่งที่เสียบเข็มขั้วไฟฟ้าทั้ง 6 ตำแหน่ง
- ไม่พบรอยกดทับที่ใบหน้า, หน้าอกจากสายเข็มขั้วไฟฟ้าที่ติดพลาสติก

การพยาบาลระยะหลังผ่าตัด (Post – Operative phase)

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 7 ผู้ป่วยไม่สุขสบายจากปวดแผลผ่าตัด

ข้อมูลสนับสนุน

1. มีแผลผ่าตัด ขนาด 10 เซนติเมตร
2. ผู้ป่วยมีหน้าสีม่วงเขียว ประเมิน Pain score 6 คะแนน

วัตถุประสงค์ ผู้ป่วยสุขสบาย อาการปวดแผลผ่าตัดลดลง

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยบอกรวดแผลลดลง Pain score น้อยกว่าหรือเท่ากับ 3 สีหน้า ทำทางดีขึ้น นอนหลับพักผ่อนได้
2. ผู้ป่วยไม่มีอาการแสดงของความเจ็บปวด เช่น มีหน้าสีม่วงเขียว กระสับกระส่าย คลำบริเวณแผลผ่าตัดบ่อยครั้ง
3. สัญญาณชีพของผู้ป่วยอยู่ในเกณฑ์ปกติ ได้แก่ BP เปลี่ยนแปลงไม่เกิน 20% จากเดิม หรืออยู่ ระหว่าง 90/60 ถึง 120/80 mmHg HR = 60-100 ครั้ง/นาที และ RR = 16-20 ครั้ง/นาที

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินระดับความเจ็บปวดแผลผ่าตัดของผู้ป่วยร่วมกับการแสดงออกทางพฤติกรรม เช่น หน้าหนี คิ้วขมวด กระสับกระส่าย คลำบริเวณแผลผ่าตัดบ่อยครั้ง สังเกต และบันทึกอาการปวด บวมแดงร้อน และสารคัดหลั่งจากแผล
2. บันทึกสัญญาณชีพทุก 15 นาที เป็นเวลา 1 ชั่วโมง ทุก 30 นาที 1 ชั่วโมง หลังจากนั้นทุกชั่วโมง จนกว่าสัญญาณชีพสม่ำเสมออยู่ในเกณฑ์ปกติ
3. ติดตามการได้รับยาแก้ปวดตามแผนการรักษาของแพทย์ ได้แก่ Fentanyl 50 mg IV และ Parecoxib 40 mg IV เพื่อบรรเทาอาการ ปวดแผล และประเมินอาการปวดแผลผ่าตัด หลังจากได้รับยา 15 นาที เพื่อวางแผนให้การพยาบาลต่อไป
4. ให้ยา Fentanyl สังเกต ผลข้างเคียงของยา Fentanyl เช่น กดการหายใจ คลื่นไส้ อาเจียน เวียนศีรษะ หายใจช้า ความดันโลหิตต่ำ ภายหลังจากการให้ยา หากผู้ป่วยมีอาการหายใจน้อยกว่า 12 ครั้ง/นาที ให้รายงานแพทย์ทราบ

ประเมินผล

- ผู้ป่วยบอกปวดแผลลดลง Pain score เท่ากับ 3 ไม่มีสีหน้าแสดงความเจ็บปวด สามารถนอนหลับพักผ่อนได้
- บริเวณแผลผ่าตัดแห้งดี ไม่มีอาการปวด บวม แดงร้อน
- สัญญาณชีพของผู้ป่วยอยู่ใน เกณฑ์ปกติ ได้แก่ BP = 128/80 mmHg PR = 72 ครั้ง/นาที RR = 20 ครั้ง/นาที

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 8 ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดภาวะติดเชื้อที่แผลผ่าตัด

ข้อมูลสนับสนุน

มีแผลผ่าตัด Craniotomy บริเวณ หลังใบหูข้างขวา ความยาว 10 เซนติเมตร

วัตถุประสงค์ ไม่เกิดการติดเชื้อที่แผลผ่าตัด

เกณฑ์การประเมินผล

1. ไม่มีอาการแสดงของแผลติดเชื้อ ปวดบวมแดงร้อน และมีสารคัดหลั่งจากแผล
2. อุณหภูมิร่างกายไม่เกิน 37.5 °C

กิจกรรมการพยาบาล

1. ล้างมือทุกครั้งก่อนและหลังให้การพยาบาล
2. สังเกต ประเมินและบันทึกอาการปวดบวมแดงร้อน และสารคัดหลั่งจากแผล ทำแผลวันละ 1 ครั้งโดยใช้หลักปราศจากเชื้อ
3. ดูแลให้ได้รับยาปฏิชีวนะ Cefazolin 1gm IV q 6 hr ตามแผนการรักษาของแพทย์
4. บันทึกอุณหภูมิร่างกาย และให้ยาลดไข้ถ้ามีไข้ตามแผนการรักษา
5. แนะนำผู้ป่วยไม่ควรเอามือจับแผล ระวังไม่ให้แผลเปียกน้ำ เพราะจะทำให้แผลติดเชื้อและแผลหายช้าลง ไม่นอนทับบริเวณแผลผ่าตัดเพื่อป้องกันการปนเปื้อนสู่แผล

ประเมินผล

1. บริเวณแผลผ่าตัดแห้งดี ไม่มีอาการปวด บวม แดงร้อน
2. ไม่มีไข้ อุณหภูมิร่างกาย 37 °C

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 9 เสริมการฟื้นฟู ภาวะ Rt facial palsy grade 4/5 และการปฏิบัติตัวให้ถูกต้องเหมาะสมเมื่อกลับบ้าน

ข้อมูลสนับสนุน

- หลังผ่าตัดใบหน้าซีกขวาเคลื่อนไหวน้อยกว่าชัดเจน ยังปิดตาได้ Rt facial palsy grade 4/5 no conjunctivitis แพทย์อธิบาย CN VII palsy น่าจะเป็นจาก neurapraxia มีความหวังว่าจะ recovery แพทย์ส่งต่อเวชกรรมฟื้นฟู เพื่อกายภาพบำบัดดูแลการฟื้นฟูต่อเนื่อง
- ผู้ป่วยสอบถามเกี่ยวกับภาพลักษณ์ และการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน

วัตถุประสงค์

1. ผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟูเพื่อแก้ไข Rt facial palsy grade 4/5
2. ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจการปฏิบัติตัวให้ถูกต้องเหมาะสมเมื่อกลับบ้าน

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจการฟื้นฟูเพื่อแก้ไข Rt facial palsy grade 4/5
2. ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจการปฏิบัติตนเมื่อกลับบ้าน

กิจกรรมการพยาบาล

1. ติดตามดูแลเรื่อง Facial Rehabilitation ตามแผนการรักษาของแพทย์ แผนกเวชกรรมฟื้นฟู
 - แนะนำให้การฝึก Exercise กล้ามเนื้อใบหน้าจากกายภาพบำบัดต่อเนื่อง
 - การมาฟื้นฟูตามนัด
2. ประเมินสภาพและความสามารถของผู้ป่วยในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน พร้อมทั้งให้คำแนะนำญาติร่วมกัน
3. สอนและแนะนำผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับการปฏิบัติตัว ดังนี้
 - 3.1 สังเกตอาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์ทันที เช่น มีอาการปวดศีรษะมาก คลื่นไส้ อาเจียน ชัก ซึมลง หรือแผลผ่าตัดมีอาการบวมแดง มีสิ่งคัดหลั่งผิดปกติออกจากบาดแผล มีไข้
 - 3.2 รับประทานอาหารให้ครบทั้ง 5 หมู่รับประทานยาตามแพทย์สั่ง และสังเกตอาการข้างเคียงของยา หากพบว่ามีอาการแพ้ยา ให้รีบไปพบแพทย์ตามสถานพยาบาลใกล้บ้านทันที
 - 3.3 แนะนำให้มาตรวจตามแพทย์นัด เพื่อดูแลต่อเนื่อง และฟังผลชันเนื่อ

ประเมินผล

1. ผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟูเพื่อแก้ไข Rt facial palsy
2. ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจเรื่องการปฏิบัติตนเมื่อกลับบ้าน เรื่องแผลผ่าตัด การมาตามนัด Follow up

สรุปกรณีศึกษา

ผู้ป่วยหญิงไทย วัยผู้ใหญ่ อายุ 31 ปี ครั้งนี้มาโรงพยาบาลด้วย 1 สัปดาห์ก่อนมาโรงพยาบาลมีเสียงดังในหูขวาการได้ยินลดลง แพทย์เฉพาะทาง หู คอ จมูก รับการรักษาอาการไม่ดีขึ้น ส่งทำ MRI เมื่อฟังผลส่ง Consult แพทย์เฉพาะทาง ศัลยกรรมประสาทให้ Admit เพื่อทำ CT brain จากผล MRI และ CT brain แพทย์วินิจฉัย Vestibular Schwannoma Rt (mostly intracanalicular) แพทย์แนะนำการรักษาด้วยการผ่าตัดเนื้องอกออก Set OR for Craniotomy Rt Suboccipital for brain tumor excision under surgical microscopy การผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะส่วนท้ายทอยเพื่อนำเนื้องอกออก ด้วยกล้องจุลทรรศน์ ขนาดก้อนเนื้องอกและบริเวณที่พบ อาจส่งผลต่อผ่าตัด มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อน แบบรุนแรงหรือไม่รุนแรง แต่ถ้าไม่ผ่าตัดเนื้องอกออก ผู้ป่วยอาจเกิดความพิการเพิ่มขึ้นทั้งการได้ยิน และการมองเห็น Case กรณีศึกษาได้รับไว้ในความดูแล วันที่ 2-6 เมษายน 2566 จากข้อวินิจฉัยการพยาบาลก่อนผ่าตัด หลังผ่าตัด ประเมินผลเป็นไปด้วยดี จากข้อวินิจฉัยการพยาบาลขณะผ่าตัด พบปัญหาสำคัญในระยะผ่าตัด คือ ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการบาดเจ็บที่เนื้อสมองส่วนดี และเส้นประสาทสมองคู่ที่ 7 ขณะผ่าตัดประเมินผล พบภาวะแทรกซ้อนไม่รุนแรงมีอาการใบหน้าซีดขาวเคลื่อนไหวน้อยกว่าชัดเจนยังปิดตาได้ พูดเสียงเบา รับประทานอาหารเองได้เล็กน้อย Rt facial palsy grade 4/5 no conjunctivitis แพทย์พิจารณา CN VII palsy น่าจะเป็นจาก neuropraxia มีความหวังว่าอาจ recovery ส่งพบกายภาพบำบัดเพื่อฟื้นฟู ผลตรวจ Audiometer : หูข้างซ้ายการได้ยินปกติ หูข้างขวาไม่ได้ยิน มีนัด Follow up ฟังผลชันเนื่อ ติดตามอาการ นัดเรื่องฟื้นฟู Facial Rehabilitation รวมรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล 8 วัน

วิจารณ์และข้อเสนอแนะ

โรคเนื้องอกเส้นประสาทหู (Vestibular schwannoma) ต้องรักษาด้วยการผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะส่วนท้ายทอยเพื่อนำเนื้องอกออก ขั้นตอนการผ่าตัดมีความยุ่งยากซับซ้อน และต้องมีการเฝ้าระวังเส้นประสาทสมองคู่ที่ 7 (facial nerve monitoring) ไม่ให้เกิดความเสียหาย ในระหว่างการผ่าตัด เพราะถ้าเกิดความเสียหายจะเกิดผลกระทบต่อผู้ป่วยโดยทำให้เกิดอัมพาตใบหน้า และสูญเสียการได้ยิน รวมไปถึงต้องมีการจัดทำผ่าตัดในท่าที่เฉพาะสำหรับการผ่าตัด พยาบาลห้องผ่าตัดต้องมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเนื้องอกเส้นประสาทหูคู่ที่ 8 พยาธิสภาพ การวินิจฉัย และการรักษาด้วยการผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะส่วนท้ายทอย สามารถจัดเตรียมอุปกรณ์ เครื่องมือผ่าตัด และจัดทำได้อย่างถูกต้อง เข้าใจขั้นตอน เทคนิคและวิธีการในการส่งเครื่องมือผ่าตัด ต้องร่วมมือกับทีมศัลยกรรมและวิสัญญี เพื่อลด และป้องกันภาวะแทรกซ้อนรุนแรงที่อาจเกิดขึ้น แต่ในบางรายด้วยภาวะการดำเนินของโรค การผ่าตัดอาจไม่สามารถแก้ไขปัญหาทางการได้ยินได้ทั้งหมด แต่ช่วยลดและป้องกันความพิการ หรือลดความรุนแรงของพยาธิสภาพของโรค

สรุป

โรคเนื้องอกเส้นประสาทหู (Vestibular schwannoma) ต้องรักษาด้วยการผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะช่วยท้ายทอย ขั้นตอนการผ่าตัดมีความยุ่งยากซับซ้อนต้องมีการจัดทำผ่าตัดในท่าที่เฉพาะสำหรับการผ่าตัด พยาบาลห้องผ่าตัดต้องมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและทักษะการปฏิบัติการพยาบาลขณะผ่าตัด การผ่าตัดอาจไม่สามารถแก้ไขปัญหาให้ผู้ป่วยได้ทั้งหมด แต่ช่วยลดและป้องกันความพิการ หรือลดความรุนแรงของพยาธิสภาพของโรค ผู้ป่วยต้องได้รับการดูแลติดตามต่อเนื่องในการฟื้นฟูสภาพ

เอกสารอ้างอิง

1. สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์. แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคปลอกประสาทของระบบประสาทส่วนกลางสำหรับแพทย์. กรุงเทพฯ: ธนพลส; 2561.
2. เกศรินทร์ อุทธิยะประสิทธิ์, ปรางทิพย์ ฉายพุทธ, วลัยลดา ฉันทน์เรืองวณิชย์. สาระหลักทางการพยาบาลศัลยศาสตร์ เล่ม 1. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์พัฒนาการพิมพ์; 2561.
3. วรณนิสา ชัยวิสิทธิ์, จันทนา คล้ายเจริญ. บทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเนื้องอกสมองขณะผู้ป่วยรู้สึกตัว. เวชบัณฑิตยสาร. 2560;10(2):109-11.
4. Eldridge R, Parry D. Vestibular schwannoma (acoustic neuroma). Consensus development conference. Neurosurgery.1992;30(6): 962-4.
5. Kaye AH, Laws ER. Brain tumors: an encyclopedic approach. 3rd ed. Edinburgh: Saunders Elsevier; 2012.
6. Vera M. Acoustic Neuroma: Nursing Management and Interventions. [online]. [cited 2023 Sep 22]. Available form: <https://nurseslabs.com/acoustic-neuroma-nursing-management/>
7. วชิราภรณ์ แก้วมาตย์. คู่มือปฏิบัติงานการพยาบาลผู้ป่วยโรคเนื้องอกเส้นประสาทหูที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะส่วนท้ายทอยในระยะผ่าตัด. กรุงเทพฯ: งานการพยาบาลผ่าตัด ฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลศิริราช คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล; 2563.
8. คำปิ่น แก้วกนก. การพยาบาลผู้ป่วยเนื้องอกสมองระหว่างการผ่าตัดที่ได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วไป: กรณีศึกษา. วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิ์ประสงค์. 2562;3(3):83-90.
9. ธัญนันท์ พุฒนวรรณ์. กรณีศึกษาเฉพาะรายการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเนื้องอกเส้นประสาทคู่ที่ 8 (Acoustic neuroma). [หลักสูตรการพยาบาลศาสตร์เฉพาะทางสาขาการพยาบาลปริยัตถกรรม รุ่นที่ 49]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2563.
10. งานการพยาบาลผ่าตัด. เอกสารวิธีปฏิบัติงานเรื่องการพยาบาลผู้ป่วยในระยะผ่าตัด (NS-04-3- 008-02). กรุงเทพฯ: งานการพยาบาลผ่าตัด ฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลศิริราช; 2562.
11. ศูนย์ข้อมูลโรงพยาบาลกำแพงเพชร. รายงานประจำปี2563. กำแพงเพชร: โรงพยาบาลกำแพงเพชร; 2563.
12. ศูนย์ข้อมูลโรงพยาบาลกำแพงเพชร. รายงานประจำปี2564. กำแพงเพชร: โรงพยาบาลกำแพงเพชร; 2564.
13. ศูนย์ข้อมูลโรงพยาบาลกำแพงเพชร. รายงานประจำปี2565. กำแพงเพชร: โรงพยาบาลกำแพงเพชร; 2565.
14. นลินี พสุคันธภักและผศ. วันเพ็ญ ภิญญาภาสกุล. แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเนื้องอกสมองสำหรับพยาบาลทั่วไป. กรุงเทพฯ: ธนพลส; 2557.
15. อังคณา บุญชู. การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเนื้องอกสมอง. โรงพยาบาลสิงห์บุรีเวชสาร. 2563;29(1):47-61.
16. สุธิสา ทิศอาจ. คู่มือการพยาบาลผู้ป่วยเนื้องอกสมองที่มารับการรักษาด้วยการผ่าตัดเนื้องอกสมองแบบรู้สึกตัว. กรุงเทพฯ: งานการพยาบาลฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลศิริราช มหาวิทยาลัยมหิดล; 2561.



Nursing care of patients with gastroenteritis and septic shock :

A case study

Alisa Khamsiri, Dip in Nursing Science*

Abstract

Introduction : Inflammation of the stomach and intestines It can quickly spread to other parts of the body, cause of Septicemia. Especially those with risk factors, including the elderly and those with chronic diseases. and may be severe enough to cause shock. Quickly and effective nursing care will save life of the patient.

Objective : To provide guidelines for nursing care of patients with gastroenteritis and septic shock.

Case study : A Thai male patient, age 77 years, came to the hospital 4 hours before coming with fever, abdominal pain, vomiting, diarrhea. Diagnosed as Acute gastroenteritis with Septic Shock. He received initial medical treatment at the emergency room according to sepsis fast track guidelines. He was admitted to the inpatient male ward. The first he was good consciousness and could help himself on the bed. Feeling dizzy, palpitations, and feeling tired. Respiratory rate 28 times/minute. Vital signs assessed. Body temperature 38.8 degrees Celsius, blood pressure 91/43 mmHg MAP 59 mmHg, pulse 92 times/minute, O₂ saturation 93%, MEWS Score 6 points. He was inserted urinary catheter with 10 ml of dark yellow urine, giving NSS 1000 fluid. ml IV Rate 80 ml/hr and on levophed (4:100) IV drip rate 5 ml/hr from the emergency room. During admission into nursing care, the patient had a nursing problem: 1. The patient is in shock due to sepsis. 2. There is an infection in the gastrointestinal tract. 3. Risk of hypoxia due to decreased amount of blood pumped from the heart. 4. There is Fluid and electrolyte imbalances. 5. Risk of adrenal gland dysfunction. 6. Patients and relatives are concerned about illness. 7. Patients and relatives lack knowledge on how to behave when they return home and how to prevent recurrence. While caring for the patient, he received treatment for septic shock according to the guidelines for caring for Sepsis patients. By taking care to provide adequate fluids Administer vasoconstriction drugs to treat shock. Ceftriaxone 2 gm IV OD and Metronidazole 500 mg IV every 8 hours are given to eradicate pathogens and treat gastrointestinal infections. Corrects symptoms of hypoxia and fluid and electrolyte imbalances. Abdominal pain and fever are managed. Let patients relieve symptoms and be more comfortable. Educate about the disease and how to behave before discharged. After treatment, the patient's condition improved and was safe from shock. The doctor allowed him to go home. Including 4 days of hospitalization.

Conclusion : Gastroenteritis is an infection that can cause serious complications. Especially among the elderly and those with chronic diseases. Nurses therefore play an important role in caring for patients from the time they are received until they are discharged. Provide nursing care according to the treatment plan using the nursing process. Continuously monitor signs and symptoms and surveillance for complications. For Help keep patients safe from crisis situations. Reduce complications and mortality

Keywords : Septic shock, nursing care for gastroenteritis patients

*Registered Nurse, Professional Level, Inpatient department. Phran Kratai Hospital, Kamphaeng Phet Province



การพยาบาลผู้ป่วยโรคกระเพาะอาหารและลำไส้เล็กอักเสบ ร่วมกับมีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด : กรณีศึกษา

อลิสสา ขำศิริ, ป.พ.ส.*

บทคัดย่อ

บทนำ: ภาวะการอักเสบของกระเพาะอาหารและลำไส้เล็กสามารถแพร่กระจายไปยังส่วนอื่นๆ ของร่างกาย ทำให้เกิดการติดเชื้อในกระแสเลือดได้อย่างรวดเร็ว โดยเฉพาะผู้ที่มีปัจจัยเสี่ยง ได้แก่ ผู้สูงอายุ และผู้ที่มีโรคประจำตัว และอาจรุนแรงจนทำให้เกิดภาวะช็อกได้ การพยาบาลอย่างรวดเร็ว และมีประสิทธิภาพจะทำให้ผู้ป่วยรอดชีวิตได้

วัตถุประสงค์: เพื่อเป็นแนวทางในการให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคกระเพาะอาหารและลำไส้เล็กอักเสบร่วมกับมีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด

กรณีศึกษา: ผู้ป่วยชายไทย อายุ 77 ปี มาโรงพยาบาลด้วย 4 ชั่วโมงก่อนมา มีไข้ ปวดท้อง อาเจียน ถ่ายอุจจาระเหลว วินิจฉัย Acute gastroenteritis with Septic Shock ได้รับการรักษาพยาบาลเบื้องต้นที่ห้องฉุกเฉินตามแนวปฏิบัติ sepsis fast track แรกรับที่หอผู้ป่วยในชาย รุ้สึกตัว ช่วยเหลือตัวเองได้บนเตียง มีอาการหน้ามืด ตาลาย ใจสั่น ทำทางอ่อนเพลีย หายใจเหนื่อยหอบ อัตราการหายใจ 28 ครั้ง/นาที ประเมินสัญญาณชีพพบอุณหภูมิร่างกาย 38.8 องศาเซลเซียส ความดันโลหิต 91/43 mmHg MAP 59 mmHg ชีพจร 92 ครั้ง/นาที ค่า O₂ saturation 93% MEWS Score 6 คะแนน ใส่สายสวนปัสสาวะไว้มีปัสสาวะออกสีเหลืองเข้ม 10 ml ให้สารน้ำ 0.9% NSS 1000 ml IV Rate 80 ml/hr และ on levophed (4:100) IV drip rate 5 ml/hr จากห้องฉุกเฉิน ระหว่างรับไว้ในการดูแลผู้ป่วยมีปัญหาทางการพยาบาล คือ 1. ผู้ป่วยมีภาวะช็อกเนื่องจากการติดเชื้อในกระแสเลือด 2. มีการติดเชื้อในระบบทางเดินอาหาร 3. เสี่ยงต่อการเกิดภาวะเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจนเนื่องจากปริมาณเลือดที่สูบฉีดออกจากหัวใจลดลง 4. มีภาวะไม่สมดุลของสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์ 5. เสี่ยงต่อภาวะต่อมหมวกไตทำงานบกพร่อง 6. ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลต่อการเจ็บป่วย 7. ผู้ป่วยและญาติขาดความรู้ในการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้าน และการป้องกันกลับเป็นซ้ำ ขณะดูแลผู้ป่วยได้รับแก้ไขภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือดตามแนวทางการดูแลผู้ป่วย Sepsis โดยดูแลให้สารน้ำให้เพียงพอ ให้ยากระตุ้นการหดตัวของหลอดเลือดเพื่อรักษาภาวะช็อก ให้ยา Ceftriaxone 2 gm IV OD และ Metronidazole 500mg IV ทุก 8 ชั่วโมง เพื่อกำจัดเชื้อก่อโรค และรักษาการติดเชื้อในทางเดินอาหาร แก้ไขอาการเหนื่อยหอบ และภาวะไม่สมดุลของสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์ มีการจัดการอาการปวดท้องและภาวะไข้ ให้ผู้ป่วยบรรเทาอาการและสุขสบายขึ้น ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัวก่อนจำหน่าย หลังการรักษามุ่งเน้นการติดตามและปลอดภัยจากภาวะช็อก แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้ รวมระยะเวลาการรักษาตัวในโรงพยาบาล 4 วัน

สรุปกรณีศึกษา: โรคกระเพาะอาหารและลำไส้เล็กอักเสบเป็นการติดเชื้อที่ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรงได้ โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุและมีโรคประจำตัว พยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่าย ให้การพยาบาลตามแผนการรักษา โดยใช้กระบวนการพยาบาล ติดตามอาการและอาการแสดง เฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนอย่างต่อเนื่อง ช่วยให้ผู้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะวิกฤตลดภาวะแทรกซ้อน และลดอัตราการเสียชีวิตได้

คำสำคัญ: ภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด การพยาบาลผู้ป่วยโรคกระเพาะอาหารและลำไส้เล็กอักเสบ

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หัวหน้าตึกผู้ป่วยในชาย โรงพยาบาลพวานกระต่าย

บทนำ

กระเพาะอาหารและลำไส้เล็กอักเสบ (Gastroenteritis) คือ ภาวะการอักเสบของกระเพาะอาหารและลำไส้เล็กเนื่องจากการติดเชื้อสาเหตุจากที่ร่างกายได้รับเชื้อแบคทีเรีย ไวรัส หรือ โปรโตซัว โดยเชื้อแพร่กระจายผ่านการรับประทานอาหารและน้ำที่ปนเปื้อน ส่งผลให้มีอาการถ่ายอุจจาระเหลว คลื่นไส้ อาเจียน ปวดท้องและมีไข้ ภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ คือ มีอาการของภาวะขาดน้ำและเกิดภาวะไม่สมดุลของระดับเกลือแร่ในร่างกาย การติดเชื้อรุนแรงสามารถแพร่กระจายไปยังส่วนอื่นๆ ของร่างกายทำให้มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือดได้² โดยเฉพาะผู้ที่มีปัจจัยเสี่ยง ได้แก่ เด็ก ผู้สูงอายุ และผู้ที่มีโรคประจำตัว เป็นสาเหตุของการเสียชีวิตได้ เนื่องจากมีภูมิคุ้มกันต่ำกว่าบุคคลทั่วไป จากรายงานสถานการณ์โรคอุจจาระร่วงและอาหารเป็นพิษในประเทศไทย ปี พ.ศ.2563, 2564, 2565 พบว่ามีอุบัติการณ์ป่วยคิดเป็น 53.31, 89.82, 108.13 ต่อประชากรแสนคนตามลำดับ⁴ กลุ่มอายุที่พบมากที่สุด คือ อายุมากกว่า 65 ปี รองลงมาอายุ 25 - 34 ปี และอายุ 15 - 24 ปี และมีอัตราการเสียชีวิต 1 - 2 รายต่อปี⁵

โรคกระเพาะอาหารและลำไส้เล็กอักเสบให้การรักษาตามอาการ ได้แก่ การแก้ไขภาวะขาดน้ำและเกลือแร่ โดยให้ดื่มน้ำผสม ORS ทดแทนการสูญเสียในรายที่มีภาวะขาดน้ำเล็กน้อย หากมีการสูญเสียน้ำปริมาณมาก มีภาวะขาดน้ำและมีไข้สูงควรมาพบแพทย์ เพื่อให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ ให้ยาตามอาการ ส่วนในรายที่มีการติดเชื้อรุนแรงร่วมกับมีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือดใช้แนวทางการดูแลตาม Sepsis Guideline⁷ คัดกรองผู้ป่วยโดยใช้ MEWS score และวางแผนการดูแลรักษาตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด⁸ แก้ไขภาวะวิกฤตให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะช็อก ให้ยาปฏิชีวนะเพื่อกำจัดแหล่งติดเชื้อที่เป็นสาเหตุของโรค⁹ เฝ้าระวังและวางแผนการพยาบาลดูแลปัญหาภาวะไม่สมดุลของสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์ จัดการกับภาวะไม่สุขสบายจากการปวดท้อง ภาวะไข้ให้ผู้ป่วยสุขสบายขึ้น มีการให้ข้อมูลแผนการรักษาขณะรักษาอยู่ในโรงพยาบาลแก่ผู้ป่วยและญาติ เพื่อลดความวิตกกังวลและให้ความร่วมมือในการรักษา ตลอดจนวางแผนจำหน่ายให้ความรู้เกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง การมาตรวจตามนัดและรับยาต่อเนื่อง เพื่อป้องกันการกลับเป็นโรคซ้ำ

จากข้อมูลสถิติของโรงพยาบาลพราณกระต่าย ในปี 2563, 2564, 2565 พบผู้ป่วยด้วยโรคกระเพาะอาหารและลำไส้เล็กอักเสบจำนวน 332, 301, 174 ราย ตามลำดับ¹⁰ พบอัตราผู้ป่วยกระเพาะอาหารและลำไส้เล็กอักเสบร่วมกับมีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือดจำนวน 2, 2, 3 รายตามลำดับ¹⁰ ซึ่งภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือดเป็นสาเหตุให้เสียชีวิตได้ ผู้ศึกษาจึงมีความสนใจในกรณีศึกษารายโรคนี้จะช่วยสะท้อนให้เห็นถึงการใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ ช่วยให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะวิกฤต และใช้เป็นแนวทางในการให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคกระเพาะอาหารและลำไส้เล็กอักเสบร่วมกับมีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือดต่อไป

กรณีศึกษา

ผู้ป่วยชายไทย อายุ 77 ปี สัญชาติไทย ศาสนาพุทธ

อาการสำคัญ

มีไข้ ปวดท้อง คลื่นไส้ อาเจียน ใจสั่น หน้ามืดตาลาย 4 ชั่วโมง ก่อนมาโรงพยาบาล

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน:

1 วันก่อนมาโรงพยาบาล รับประทานอาหารหนักทอด หลังจากนั้นมีอาการไข้ ปวดท้องทั่วท้อง อาเจียน 5 ครั้ง มาตรวจที่โรงพยาบาลพราณกระต่าย แพทย์ตรวจอาการและสั่งยาให้กลับบ้าน

10 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล ยังมีไข้ ปวดท้อง คลื่นไส้ อาเจียน 2 ครั้ง ถ่ายอุจจาระเหลว 4 ครั้ง มาตรวจซ้ำ แพทย์ตรวจอาการสั่งตรวจเลือดและปัสสาวะเพิ่ม และให้คำแนะนำอาการที่ควรมาโรงพยาบาล สั่งยาเพิ่มและให้กลับไปสังเกตอาการที่บ้าน

4 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาลยังมีไข้ ปวดท้องอาเจียน 1 ครั้ง มีอาการใจสั่น หน้ามืดตาลาย ญาตินำส่งโรงพยาบาล แกร็บที่หอผู้ป่วยในชาย ผู้ป่วยรู้สึกตัว ช่วยเหลือตัวเองได้บนเตียง มีอาการหน้ามืดตาลายใจสั่นทำทางอ่อนเพลีย หายใจเร็ว อัตราการหายใจ 28 ครั้ง/นาที



ประเมินสัญญาณชีพพบ อุณหภูมิร่างกาย 38.8 องศาเซลเซียส ความดันโลหิต 91/43 mmHg ชีพจร 92 ครั้ง/นาที ค่าO₂ saturation 93%, MEWS Score 6 คะแนน ใส่สายสวนปัสสาวะมีปัสสาวะออกสีเหลืองเข้ม 10 ml ดูแลให้สารน้ำ 0.9%NSS 1000 ml IV 80 ml/hr และ on levophed (4:100) IV drip 5 ml/hr ต่อจากห้องฉุกเฉิน

ประวัติเจ็บป่วยในอดีต

มีโรคประจำตัวได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง ไชมันในเลือดสูงและโรคเก๊าท์ เป็นมา 6 ปี รักษาและรับยาที่โรงพยาบาลพรานกระต่ายต่อเนื่อง 3 ปี สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ดีหลังจากนั้นส่งไปรับยาต่อที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลใกล้บ้าน ผู้ป่วยรับยามาเสมอ ไม่เคยขาดยา

ประวัติการแพ้ยา : ปฏิเสธการแพ้ยา

ประวัติการผ่าตัด : ไม่เคยผ่าตัด

การประเมินสภาพร่างกายแรกตามระบบ

รูปร่างทั่วไป : ชายไทย วัยสูงอายุ รูปร่างท้วมเล็กน้อย น้ำหนัก 70 กิโลกรัม ส่วนสูง 170 เซนติเมตร BMI=24.22
สัญญาณชีพ : อุณหภูมิ 38.8 องศาเซลเซียส ความดันโลหิต 91/43 mmHg อัตราการเต้นของหัวใจ 92 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 28 ครั้ง/นาที ค่า O₂ saturation 93%

ระบบประสาท : รู้สึกตัวดี ทำตามคำสั่งได้ ตามตอบรู้เรื่อง E₄V₅M₆ GCS =15 คะแนน

ผิวหนัง : ผิวคล้ำ ไม่มีจ้ำเลือด ไม่มีผื่นคัน

ศีรษะและใบหน้า : ศีรษะรูปทรงปกติ ผมสั้นสีขาวปนเทา ใบหน้าปกติ ตามองเห็นปกติ ใบหู จมูกปากลักษณะภายนอกปกติ

ทรวงอกและทางเดินหายใจ : ทรวงอกรูปร่างปกติ หายใจเร็ว RR 28 ครั้ง/นาที ฟังปอดมีเสียง Mild Crepitation at RLL

หัวใจและหลอดเลือด : การเต้นของหัวใจสม่ำเสมอ อัตราการเต้นของหัวใจ 92 ครั้ง/นาที ไม่มีเส้นเลือดที่คอโป่งพอง

กล้ามเนื้อและกระดูก : โครงสร้างร่างกายปกติ ข้อเท้าทั้ง 2 ข้างบวมเล็กน้อย ไม่มีอาการแดงร้อน

ช่องท้องทางเดินอาหาร : บริเวณหน้าท้องไม่มีอาการแข็งเกร็ง กดเจ็บเล็กน้อยบริเวณหน้าท้องด้านข้างขวา ฟังได้ยินเสียงเคลื่อนไหวของลำไส้มากกว่าปกติ

ระบบทางเดินปัสสาวะ : กระเพาะปัสสาวะไม่โป่งตึง ใส่สายสวนปัสสาวะคาไว้มี ปัสสาวะออกสีเหลืองเข้มประมาณ 10 ml

ระบบอวัยวะสืบพันธุ์ : อวัยวะสืบพันธุ์ภายนอกปกติ

สภาพจิตใจ : มีสีหน้าแสดงความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วย กลัวการใส่ท่อช่วยหายใจ

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่สำคัญ

รายการ สิ่งส่งตรวจ	ค่าปกติ	หน่วย	ผลการตรวจ		
			11 มิถุนายน 2566	12 มิถุนายน 2566	15 มิถุนายน 2566
Wbc	4,000-10,000	Cell/mm ³	10,530	-	-
Newthrophil	40-74	%	80	-	-
Lymphocyte	19-48	%	20	-	-
Na	136-145	mmol/L	134.8	138	-
K	3.4-4.5	mmol/L	3.20	3.5	-
H/C	Not found	-	-	-	Escherichia Coli
Serum Cortisol	2.9-17.3	-	-	-	30 ug%



วินิจฉัยโรค : Acute gastroenteritis with Septic shock

สรุปการดำเนินโรคขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

วันที่ 11 มิถุนายน 2566 แรกเริ่มผู้ป่วยรู้สึกตัวดี มีอาการไข้ ปวดท้องทั่วท้อง หายใจเร็ว 28-32 ครั้ง/นาที หลังให้ออกซิเจน canular 3 L/min ค่า O₂ saturation 96 % มีอาการมีนเวียนศีรษะ ลูกนึ่งมีอาการหน้ามืดตาลาย ใจสั่น ถ่ายอุจจาระเหลว 2 ครั้ง ความดันโลหิตต่ำ BP 90/44 - 105/53 mmHg PR 92 - 98 ครั้ง/นาที

วันที่ 12 มิถุนายน 2566 ผู้ป่วยมีอาการอ่อนเพลีย ทุเลापวดท้อง ยังคงเจ็บบริเวณท้องด้านข้างขวา ถ่ายอุจจาระเหลว 1 ครั้ง ยังมีอาการคลื่นไส้ รับประทานอาหารได้น้อย ยังมีไข้ ลูกนึ่งเวียนศีรษะ ไม่มีหน้ามืดใจสั่น BP114/52 - 122/63 mmHg PR 74 - 84 ครั้ง/นาที MAP 74-84 mmHg หยุดการให้ยา levophed ได้ในเวลา 14.30 น. ทุเลาเหนื่อยหอบ อัตราการหายใจ 22 - 24 ครั้ง/นาที ค่า O₂ saturation 96% (Room air) หยุดให้ออกซิเจนได้

วันที่ 13 มิถุนายน 2566 ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ยังมีไข้ต่ำๆ ไม่มีอาการหน้ามืดตาลาย มีนเวียนศีรษะเล็กน้อย มีอาการท้องอืด ปวดท้อง pain score 6 คะแนน ยังมีอาการคลื่นไส้ ไม่มีอาเจียน หายใจไม่เหนื่อยหอบ

วันที่ 14 มิถุนายน 2566 ทุเลापวดท้อง pain score 2 คะแนน ท้องอืดเล็กน้อย หน้าท้องไม่มีอาการแข็งเกร็ง ไม่มีอาการคลื่นไส้อาเจียน ไม่มีไข้ ลูกเดินได้ไม่มีอาการหน้ามืดใจสั่น BP134/68 -150/79 mmHg PR 68 - 78 ครั้ง/นาที

วันที่ 15 มิถุนายน 2566 แพทย์จำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน นัดตรวจติดตามอาการ 1 สัปดาห์

การวางแผนการพยาบาล

แบ่งได้ 3 ระยะ ได้แก่ การพยาบาลระยะวิกฤต การพยาบาลระยะดูแลต่อเนื่อง และการพยาบาลระยะวางแผนจำหน่าย การพยาบาลระยะวิกฤต พบว่า ผู้ป่วยมีข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่สำคัญในภาวะวิกฤต ดังนี้
ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 1 ผู้ป่วยมีภาวะช็อกเนื่องจากการติดเชื้อในกระแสเลือด

ข้อมูลสนับสนุน

1. อุณหภูมิ 38.8 องศาเซลเซียส ความดันโลหิต 91/43 mmHg MAP = 59 mmHg อัตราการเต้นของหัวใจ 92 - 110 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 28 ครั้ง/นาที MEWS Score 6 คะแนน ใส่สายสวนปัสสาวะมีปัสสาวะสีเหลืองเข้มประมาณ 10 ml
2. ผลการตรวจเลือด Wbc 10530 cells/UI neutrophil 80% Serum blood Lactate 4.0 mmol/L

วัตถุประสงค์การพยาบาล ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด

เกณฑ์การประเมินผล

1. ไม่มีอาการและอาการแสดงของภาวะช็อก ได้แก่ เหงื่อออก กระสับกระส่าย ซึม สับสน ระดับความรู้สึกตัวลดลง ซีพจรเบาเร็ว ผิวน้ำซีดหรือเย็น
2. สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ อุณหภูมิ 36 - 37.5 องศาเซลเซียส ซีพจร 60 - 100 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 90/60 -140/90 mmHg MAP> 65 mmHg
3. ระดับความรู้สึกตัวปกติ
4. Urine output >0.5ml/kg/hr

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะช็อก ได้แก่ เหงื่อออก กระสับกระส่าย ซึม สับสน ระดับความรู้สึกตัวลดลง ซีพจรเบาเร็ว ผิวน้ำซีดหรือเย็น
2. ตรวจสอบและบันทึกสัญญาณชีพ อาการและอาการแสดงทุก 15 นาที ใน 1 ชั่วโมงแรกและทุก 30 นาที ในชั่วโมงที่ 2 และทุก 4 ชั่วโมง เมื่ออาการคงที่ Monitoring ECG ติดตามค่า O₂ Saturation อย่างต่อเนื่อง ประเมินระดับความรู้สึกตัว และ MEWS Score ทุก 1-2 ชั่วโมง เพื่อติดตามอาการและวางแผนการพยาบาลที่เหมาะสม

3. ดูแลให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ 0.9% NSS IV drip 80 ml/hr ติดตามและตรวจสอบให้ได้รับสารน้ำครบตามแผนการรักษาของแพทย์ เพื่อทดแทนการสูญเสียน้ำจากการอาเจียนและถ่ายอุจจาระเหลว
4. ดูแลให้ได้รับยา levophed (4:100) vein drip 8ml/hr โดยเจือจางด้วย 5% D/W ให้ยาผ่านเครื่อง Infusion Pump เพื่อควบคุมปริมาณยาให้ตามได้แผนการรักษา และดูแลปรับยาเพื่อ Keep BP >90/60 mmHg และ MAP >65 mmHg พร้อมทั้งสังเกตอาการข้างเคียงจากการได้รับยา และเฝ้าระวังการรั่วซึมของยาออกนอกหลอดเลือด (Extravasation) โดยตรวจสอบการเกิด Extravasation ทุก 2 ชั่วโมง และแจ้งให้ญาติช่วยสังเกตผิวหนังบริเวณที่ให้ยา หากพบอาการผิดปกติให้รีบแจ้งพยาบาลทันที
5. บันทึกจำนวนปัสสาวะทุก 1 ชั่วโมง ถ้าจำนวนปัสสาวะออกน้อยกว่า 30 ml/hr รายงานแพทย์ทราบทันที
6. ดูแลให้ยาปฏิชีวนะ Ceftriaxone 2 gm vein OD และ Metronidazole 500mg vein ทุก 8 hrs ตามแผนการรักษาของแพทย์ โดยยา Ceftriaxone มีฤทธิ์ทำให้แบคทีเรียถูกกำจัด มีผลข้างเคียง ทำให้เกิดอาการท้องเสีย หรือคลื่นไส้ อาเจียนเล็กน้อย ส่วน Metronidazole มีฤทธิ์ทำให้แบคทีเรียถูกกำจัด มีผลข้างเคียงทำให้ปวดศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน เมื่ออาหาร
7. ให้นักงานช่วยเหลือคนไข้ช่วยเช็ดตัวลดไข้และสอนวิธีการเช็ดตัวลดไข้ที่ถูกต้องให้แก่ญาติ และดูแลให้ยา Paracetamol (500mg) 1 เม็ด เมื่อมีอุณหภูมิมากกว่า 37.5 องศาเซลเซียส และติดตามประเมินผลหลังให้ยาลดไข้
8. ดูแลให้ผู้ป่วยหยุดยารักษาโรคความดันโลหิตสูงไว้ก่อน ขณะให้การรักษาอาการภาวะช็อก อธิบายเหตุผลที่ต้องหยุดยาให้ผู้ป่วยและญาติรับทราบ
9. บันทึกปริมาณน้ำเข้าออกทุก 8 ชั่วโมง เพื่อติดตามดูแลให้มีความสมดุลของสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์

ประเมินผลการพยาบาล

1. ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ลุกนั่งมีอาการมีศีรษะ ไม่มีอาการเหงื่อออก ใจสั่น ตัวเย็นหรือกระสับกระส่าย
2. สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ อัตราการเต้นของหัวใจ 70-80 ครั้ง/นาที การหายใจ 20-24 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 114/52 -142/57 mmHg MAP 77-98 mmHg สามารถ off oxygen และยา levophed ได้ในวันที่ 12 มิถุนายน 2566 และในช่วงที่ให้ยา levophed ไม่มี Extravasation อาการไข้ลดลงในวันที่ 13 มิถุนายน 2566 อุณหภูมิร่างกาย 36.8 - 37.4 องศาเซลเซียส
3. ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ไม่มีอาการสับสน
4. ปัสสาวะออกมากกว่า 40 ml/hr

การพยาบาลระยะดูแลต่อเนื่อง

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2 มีการติดเชื้อในระบบทางเดินอาหาร

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยให้ประวัติรับประทานนมทอด หลังจากนั้นมีอาการปวดท้อง อาเจียน 2 ครั้ง ถ่ายอุจจาระเหลว 4 ครั้ง
2. มีไข้สูง อุณหภูมิ 38.8 องศาเซลเซียส
3. มีอาการปวดท้อง กดเจ็บเล็กน้อยบริเวณท้องด้านขวาล่าง Pain score = 6 คะแนน
4. ผลเพาะเชื้อจากเลือด 2 ขวด พบ Escherichia Coli

วัตถุประสงค์ เพื่อลดการติดเชื้อในระบบทางเดินอาหาร

เกณฑ์การประเมินผล

1. ไม่มีอาเจียน ถ่ายอุจจาระปกติ
2. ไม่มีไข้ อุณหภูมิ <37.5 องศาเซลเซียส
3. อาการปวดท้องลดลง Pain score < 3 คะแนน
4. ผล Stool exam ปกติ

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินอาการแสดงของการติดเชื้อในทางเดินอาหาร โดยสังเกตและติดตามการบันทึกจำนวนการถ่ายอุจจาระ สี กลิ่น และลักษณะของอุจจาระ
2. วัดและบันทึกสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง เมื่อมีไข้แจ้งให้พนักงานช่วยเหลือช่วยเช็ดตัวลดไข้และสอนวิธีการเช็ดตัวลดไข้ ที่ถูกต้องให้แก่ญาติ เพื่อให้ช่วยนำพาความร้อนออกจากร่างกายทางผิวหนัง ทำให้อุณหภูมิกายลดลง กระตุ้นให้ดื่มน้ำมาก ๆ เพื่อชดเชยการสูญเสียน้ำและช่วยให้ร่างกายเย็นลง และดูแลให้รับประทานยาลดไข้ Paracetamol 500 mg 1 เม็ดทุก 4 - 6 ชั่วโมง เมื่อมีอุณหภูมิ > 37.5 องศาเซลเซียส
3. แนะนำให้ผู้ป่วยและญาติล้างมือให้สะอาดก่อนและหลังรับประทานอาหาร หลังสัมผัสสิ่งแวดล้อม การล้างมือช่วยลด การแพร่กระจายเชื้อโรค
4. ดูแลให้การพยาบาลแบบ Aseptic technique เน้นการล้างมือให้สะอาดก่อนและหลังให้การพยาบาลทุกครั้ง
5. จัดเตรียมน้ำดื่มสะอาดให้และแนะนำให้รับประทานอาหารที่ปรุงสุกใหม่ สะอาด
6. แนะนำการใช้ห้องส้วมที่ถูกต้องรักษาความสะอาดราดน้ำทุกครั้งที่ใช้ และล้างมือให้สะอาดทุกครั้งหลังการขับถ่าย
7. ดูแลให้ได้รับยาปฏิชีวนะ ได้แก่ ยา Ceftriaxone 2 gm ทางหลอดเลือดดำทุก 24 ชั่วโมง และ Metronidazole 500mg IV ทุก 8 ชั่วโมง ยามีฤทธิ์ทำให้แบคทีเรียถูกกำจัด ช่วยลดการติดเชื้อในทางเดินอาหาร และเฝ้าระวังอาการข้างเคียงขณะให้ยา
8. ประเมินอาการปวดท้องด้วย Pain score ดูแลให้ยาฉีด Tramadol 50mg IV เมื่อมีอาการปวดมากตามแผนการรักษาของแพทย์ เพื่อลดอาการปวดท้อง และอธิบายผลข้างเคียงของยา ได้แก่ มึนศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน ท้องผูก มือสั่น ใจสั่น ง่วงซึม เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจ และรับทราบข้อมูล หากมีอาการข้างเคียงรุนแรง ให้แจ้งพยาบาลเพื่อรายงานอาการให้แพทย์ทราบทันที
9. ดูแลให้รับประทานอาหารอ่อน ย่อยง่าย เพื่อลดการทำงานของกระเพาะอาหารและลำไส้
10. อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติทราบถึงสาเหตุของการติดเชื้อในระบบทางเดินอาหารและความรุนแรงของโรค เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล
11. ดูแลเก็บอุจจาระส่งตรวจและติดตามผล รายงานแพทย์รับทราบ

การประเมินผล

1. มีอาการคลื่นไส้ไม่มีอาเจียน ถ่ายอุจจาระ 1 ครั้ง อุจจาระมีลักษณะเหลว ไม่มีมูกเลือดหรือกลิ่นเหม็นเน่า
2. อาการไข้ลดลงในวันที่ 13 มิถุนายน 2566 อุณหภูมิ 36.5-37.4 องศาเซลเซียส
3. อาการปวดท้องลดลง Pain score 2 คะแนน
4. ผล Stool exam ปกติ

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 3

เสี่ยงต่อการเกิดภาวะเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจน เนื่องจากปริมาณเลือดที่สูบฉีดออกจากหัวใจลดลง

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยหายใจเหนื่อยหอบ อัตราการหายใจ 28 - 32 ครั้ง/นาที
2. ความดันโลหิต 91/43 mmHg MAP = 59 mmHg อัตราการเต้นของหัวใจ 92 ครั้ง/นาที
3. ค่า Oxygen Saturation 93%
4. ฟังเสียงปอดมีเสียง Crepitation ที่บริเวณชายปอดด้านขวาล่าง

วัตถุประสงค์ เพื่อป้องกันการเกิดภาวะเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจน

เกณฑ์การประเมินผล

1. ไม่มีอาการหายใจเหนื่อยหอบ ไม่มีภาวะ Cyanosis อัตราการหายใจ 20-24 ครั้ง/นาที

2. สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ ความดันโลหิต 90/60-140/90 mmHg อัตราการเต้นของหัวใจ 60-100 ครั้ง/นาที
3. Oxygen Saturation 95-100%
4. ฟังเสียงปอดได้ยินเสียงปกติ

กิจกรรมการพยาบาล

1. สังเกตลักษณะและอัตราการหายใจ อาการแสดงภาวะ Cyanosis ซีฟจรเบาเร็ว ปลายมือปลายเท้าเขียว เพื่อประเมินภาวะเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจน
2. จัดทำนอนราบยกปลายเท้าสูงเล็กน้อยช่วงที่มีภาวะช็อก เพื่อช่วยเพิ่มปริมาณเลือดไหลกลับสู่หัวใจเพิ่มขึ้น เมื่อควบคุมภาวะช็อกได้ให้จัดท่าศีรษะสูง 30 – 45 องศา เพื่อช่วยให้กระบังลมหย่อนตัวช่วยให้ปอดขยายตัวรับออกซิเจนได้มากขึ้น
3. ดูแลให้ On O₂ Cannular 3 ลิตรต่อนาที แจ้งให้ผู้ป่วยและญาติรับทราบ บอกเหตุผลการให้ออกซิเจน จัดทำนอนหงายศีรษะสูงเล็กน้อย เติมน้ำกลั่นปลอดเชื้อ 2/3 ของขวดเพื่อควบคุมความชื้น ปรับอัตราการไหลของออกซิเจนตามแผนการรักษา เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนที่เพียงพอ
4. สอนให้ผู้ป่วยหายใจเข้าออกลึกๆ (Deep Breathing Exercise) เพื่อให้ปอดขยายตัวได้เต็มที่ที่สามารถรับออกซิเจนได้เพียงพอ
5. ดูแลให้ผู้ป่วยนอนพักผ่อนบนเตียง จัดของใช้จำเป็นไว้ใกล้เตียงดูแลช่วยเหลือกิจกรรม เพื่อลดการเผาผลาญและใช้ออกซิเจนในการทำกิจกรรม
6. Monitoring Oxygen Saturation ทุก 2 - 4 ชั่วโมง เพื่อประเมินระดับความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด ถ้าค่า Oxygen Saturation < 95% รายงานอาการเปลี่ยนแปลงให้แพทย์รับทราบ
7. บันทึกสัญญาณชีพ ทุก 2 - 4 ชั่วโมง เพื่อติดตามอาการเปลี่ยนแปลงและวางแผนการพยาบาลที่เหมาะสม

การประเมินผล

1. ผู้ป่วยทุเลาเหนื่อยหอบหลังให้ Oxygen Cannula 3 ลิตรต่อนาที ไม่มีภาวะ Cyanosis อัตราการหายใจ 20 - 24 ครั้ง/นาที และสามารถ off oxygen canular ได้ในวันที่ 12 มิถุนายน 2566 (18.00 น.)
2. ความดันโลหิต 123/60 - 133/66 mmHg อัตราการเต้นของหัวใจ 72 - 80 ครั้ง/นาที
3. ค่า Oxygen Saturation 95 - 98%
4. ฟังปอดได้ยินเสียง Crepitation ที่ชายปอดด้านล่างขวาเล็กน้อย

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 4

ผู้ป่วยมีภาวะไม่สมดุลของสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์ เนื่องจากการสูญเสียน้ำจากการถ่ายอุจจาระเหลวและอาเจียน

ข้อมูลสนับสนุน

1. อุจจาระเหลว 5 ครั้ง อาเจียน 4 ครั้ง ก่อนมาโรงพยาบาล
2. ผลการตรวจเลือดพบ Potassium 3.20 mmol/L Sodium 134.8 mmol/L
3. ทำทางอ่อนเพลีย ปากแห้งเล็กน้อย

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้ป่วยมีภาวะสมดุลของสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์ ระดับโพแทสเซียมและโซเดียมในเลือดอยู่ในเกณฑ์ปกติ
2. ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะไม่สมดุลของสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์

เกณฑ์การประเมินผล

1. ระดับ Serum Potassium 3.5-5.5 mmol/L Sodium 136-146 mmol/L
2. ไม่มีกล้ามเนื้ออ่อนแรงหรือกล้ามเนื้อกระตุก
3. อัตราการเต้นของหัวใจปกติ ผล EKG Normal sinus rhythm

กิจกรรมการพยาบาล

1. ตรวจวัดและบันทึกสัญญาณชีพ ติด EKG monitoring เพื่อประเมินลักษณะและอัตราการเต้นของหัวใจ
2. ดูแลให้สารน้ำ 0.9% NSS 1000ml. IV drip 80 ml/hr โดยการใส่เครื่องควบคุมการไหลของสารน้ำ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับปริมาณสารน้ำเพียงพอและครบถ้วน
3. ดูแลให้ Elixir KCL30ml รับประทาน 2 ครั้ง ห่างกัน 4 ชั่วโมง เพื่อทดแทนปริมาณโพแทสเซียมที่สูญเสียออกจากร่างกาย
4. กระตุ้นให้ดื่มน้ำผสม ORS เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับเกลือแร่ทดแทนการสูญเสียและเกลือแร่จากการอาเจียนและถ่ายอุจจาระเหลว
5. บันทึกจำนวนน้ำเข้าและออก ทุก 8 ชั่วโมง เพื่อประเมินภาวะสมดุลของสารน้ำในร่างกาย
6. บันทึกจำนวนครั้งการถ่ายอุจจาระและอาเจียน เพื่อประเมินการสูญเสียและสารอิเล็กโทรไลต์
7. สังเกตและติดตามอาการแสดงของภาวะโพแทสเซียมต่ำ พร้อมทั้งให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับอาการผิดปกติที่ต้องแจ้งพยาบาล ได้แก่ อาการอ่อนล้า กล้ามเนื้อเป็นตะคริว และอาการหัวใจเต้นผิดปกติ ภาวะโซเดียมต่ำ ได้แก่ อาการปวดศีรษะ กล้ามเนื้อกระตุก ซึมลง คลื่นไส้อาเจียน เพื่อให้การรักษากิจกรรมพยาบาลได้ทันที่
8. เจาะเลือดส่งตรวจ Electrolyte และติดตามผลเลือดรายงานแพทย์รับทราบ

การประเมินผล

1. หลังรับไว้วันแรกยังมีถ่ายอุจจาระ 2 ครั้ง มีอาการคลื่นไส้ ไม่อาเจียน ผลเลือด Serum Potassium 3.5 mmol/L และ Sodium 138 mmol/L อยู่ในเกณฑ์ปกติ
2. ไม่มีอาการกล้ามเนื้ออ่อนแรง แขนขากำลังปกติ
3. อัตราการเต้นของหัวใจปกติ EKG Normal sinus rhythm

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 5 เสี่ยงต่อภาวะต่อมหมวกไตทำงานบกพร่องจากการใช้ยาที่มีสารสเตียรอยด์

ข้อมูลสนับสนุน

1. มีประวัติโรคเก๊าท์ และซื้อยาชุดที่มีส่วนผสมสารสเตียรอยด์มารับประทานเองเป็นประจำ เพื่อลดอาการปวดข้อ
2. มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร
3. ตรวจเลือดพบ Cortisol 30 ug%

วัตถุประสงค์ เพื่อป้องกันภาวะต่อมหมวกไตทำงานบกพร่อง

เกณฑ์การประเมินผล

1. สัญญาณชีพปกติ ความดันโลหิต > 90/60 mmHg
2. ไม่มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร
3. ไม่มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ

กิจกรรมการพยาบาล

1. ตรวจวัดสัญญาณชีพ ทุก 2 ชั่วโมง ในช่วงที่ยังมีภาวะ hypotension
2. ดูแลให้ยา Hydrocortisone 200 mg vien OD ตามแผนการรักษาในวันแรก และให้ Hydrocortisone 100 mg vien ทุก 12 hrs ในวันที่ 2 โดยยา Hydrocortisone ช่วยรักษาภาวะต่อมหมวกไตพร่องฮอร์โมนช่วยลดกระบวนการอักเสบ และเพิ่มความไวของหลอดเลือดต่อการให้ยาตีบหลอดเลือด ส่งผลให้ความดันโลหิตสูงขึ้นในกรณีที่ให้สารน้ำเพียงพอแล้ว
3. สังเกตอาการและอาการแสดงของต่อมหมวกไตทำงานบกพร่อง ได้แก่ อ่อนเพลีย คลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร ความดันโลหิตต่ำ กลืนแร่โซเดียม และโพแทสเซียมในเลือดผิดปกติ ระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ
4. ดูแลเจาะ DTX หากมีอาการแสดงของภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำและรายงานแพทย์รับทราบ
5. ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับผลข้างเคียงของการใช้ยาที่มีส่วนประกอบของสเตียรอยด์ และแนะนำให้หยุดการใช้ยาชุดเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดต่อมหมวกไตทำงานบกพร่องมากขึ้น เมื่อมีอาการปวดข้อควรมาพบแพทย์

การประเมินผล

1. ความดันโลหิต BP 131/61-140/61 mmHg MAP = 77-102 mmHg
2. ทุเลอาการคลื่นไส้ อาเจียน รับประทานอาหารอ่อนได้
3. ไม่มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ผล DTX 122 mg%

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 6 ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลต่อการเจ็บป่วย

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยบอกว่า “กลัวการใส่ท่อช่วยหายใจ นอนไม่หลับเลย “ ญาติถามว่า ต้องส่งต่อโรงพยาบาลจังหวัดหรือไม่”
2. ผู้ป่วยและญาติมีสีหน้าแสดงความวิตกกังวล

วัตถุประสงค์ เพื่อบรรเทาความวิตกกังวลของผู้ป่วยและญาติ

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลลดลง ชักถามเกี่ยวกับการเจ็บป่วยน้อยลง
2. ผู้ป่วยและญาติเข้าใจแผนการรักษา/ให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล
3. ผู้ป่วยและญาติมีสีหน้าสดชื่นขึ้น

กิจกรรมการพยาบาล

1. สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยและญาติ เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติระบายความรู้สึก ชักถามปัญหาหรือข้อสงสัยต่างๆ ได้ตลอดเวลา
2. ดูแลให้การพยาบาลด้วยความนุ่มนวล ใช้ทักษะ touch technique เพื่อให้กำลังใจผู้ป่วยและญาติ
3. ให้ข้อมูลเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วย อาการเปลี่ยนแปลงและแผนการรักษาของแพทย์อย่างต่อเนื่องในแต่ละเวร เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับข้อมูลและมีความเข้าใจในแผนการรักษา ผู้ป่วยและญาติให้ความร่วมมือตลอดการรักษา
4. พุดคุยให้กำลังใจแก่ผู้ป่วยและญาติ ให้คำแนะนำ ดูแลใกล้ชิด เพื่อให้เกิดความรู้สึกอบอุ่นใจ และเปิดโอกาสให้ญาติและครอบครัว ได้เข้าเยี่ยมผู้ป่วยตามความเหมาะสม
5. ดูแลให้ยา Lorazepam 1 mg 1 เม็ด ก่อนนอน เพื่อลดความวิตกกังวลและอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วย
6. ติดตามประเมินความเข้าใจแผนการรักษา และประเมินระดับความวิตกกังวลของผู้ป่วยและญาติ จากการซักถามและลักษณะสีหน้าท่าทาง

การประเมินผล

1. ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลลดลง เมื่อพบว่าผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น ในวันที่ 13 มิถุนายน 2566 ชักถามน้อยลง
2. ผู้ป่วยและญาติให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาลเป็นอย่างดี
3. ผู้ป่วยและญาติมีสีหน้าสดชื่น ยิ้มแย้มมากขึ้น

การพยาบาลระยะวางแผนจำหน่าย

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 7 ผู้ป่วยและญาติขาดความรู้ในการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับโรคและการป้องกันการกลับมาเป็นโรคซ้ำเมื่อกลับบ้าน

ข้อมูลสนับสนุน

1. จากการซักถามผู้ป่วยและญาติไม่มีความรู้เรื่องภาวะอาหารและลำไส้เล็กอักเสบและโรคติดเชื้อในกระแสเลือด
2. ผู้ป่วยอยู่ในกลุ่มสูงอายุและมีโรคประจำตัว เสี่ยงต่อการติดเชื้อได้ง่ายและมีโอกาสกลับเป็นซ้ำได้สูง
3. มีประวัติเป็นโรคเก่าๆ และซื้อยาชุดที่มีส่วนผสมของสารสเตียรอยด์มารับประทานเองเป็นประจำ

วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติมีความรู้เกี่ยวกับโรค สามารถปฏิบัติตัวได้ถูกต้องและป้องกันการกลับมาเป็นโรคซ้ำ

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยและญาติสามารถตอบคำถามเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง
2. ผู้ป่วยมาตรวจตามนัดและรับยาต่อเนื่องและสม่ำเสมอ ไม่ขาดนัด
3. ผู้ป่วยไม่กลับเป็นโรคซ้ำภายใน 28 วัน

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินความรู้และการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับโรคกระเพาะอาหารและลำไส้เล็กอักเสบ โรคติดเชื้อในกระแสเลือดและโรคประจำตัว ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง ไชมันในเลือดสูงและโรคเก๊าท์
2. ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคกระเพาะอาหารและลำไส้เล็กอักเสบ โรคติดเชื้อในกระแสเลือด โรคความดันโลหิตสูง โรคไชมันในเลือดสูง และโรคเก๊าท์ โดยอธิบายถึงสาเหตุ อาการแสดงของโรค การดูแลรักษา และอาการผิดปกติที่ควรมาโรงพยาบาลทันที เพื่อให้การเข้าถึงบริการอย่างรวดเร็วและการป้องกันการกลับเป็นโรคซ้ำ
3. อธิบายเกี่ยวกับผลข้างเคียงของการใช้ยาที่มีส่วนผสมของสเตียรอยด์ และแนะนำให้หลีกเลี่ยงการซื้อยามารับประทานเอง เมื่อมีอาการปวดข้อหรือข้ออักเสบจากโรคเก๊าท์ ควรมาพบแพทย์ที่โรงพยาบาลเพื่อรับการรักษาที่ถูกต้องและปลอดภัย
4. ให้คำแนะนำเรื่องการรับประทานยาปฏิชีวนะที่ต้องไปรับประทานที่บ้านจนครบตามแผนการรักษาของแพทย์ ได้แก่ ยา Norflox (200mg) วันละ 2 เม็ดหลังอาหารเช้า-เย็น และ Metronidazole (200mg) รับประทานครั้งละ 2 เม็ดหลังอาหารเช้า-กลางวัน-เย็น รับประทานจนครบตามแผนการรักษาพร้อมทั้งบอกผลข้างเคียงของยา
5. ดูแลให้หยุดยาลดความดันโลหิตไว้ก่อนตามแผนการรักษา และมาตรวจติดตามอาการตามนัดอีก 1 สัปดาห์
6. แนะนำเรื่องการรับประทานที่เหมาะสมกับโรคความดันโลหิตสูงและไชมันในเลือดสูง ได้แก่ งดอาหารรสเค็มจัด อาหารแปรรูป เครื่องปรุงต่างๆ และอาหารกระป๋อง หลีกเลี่ยงอาหารที่มีไชมันสูง ได้แก่ อาหารทอด ไข่แดง ปลาหมึก เนื้อสัตว์ติดมัน โรคเก๊าท์หลีกเลี่ยงอาหารที่มีกรดยูริกสูง ได้แก่ เครื่องในสัตว์ เบียร์ ไก่ หน่อไม้ เครื่องดื่มมีแอลกอฮอล์ เป็นต้น
7. ให้คำแนะนำเรื่องการมาตรวจติดตามอาการตามนัด ออกบัตร์นัด และแนะนำให้รับยาโรคประจำตัวตามนัดทุกครั้งอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ
8. ประสานส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยให้แก่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่รับผิดชอบ เพื่อดูแลต่อเนื่องเรื่องการงดยารักษาความดันโลหิตสูง และเน้นย้ำเรื่องการมาตรวจตามนัด

การประเมินผล

1. ผู้ป่วยและญาติมีความรู้เรื่องโรค และการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับโรคการติดเชื้อในกระแสเลือด โรคความดันโลหิตสูง โรคไชมันในเลือดสูง และโรคเก๊าท์ สามารถตอบคำถามเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง
2. ผู้ป่วยมาตรวจตามนัดภายหลังจำหน่าย 1 สัปดาห์ และมาตรวจตามแพทย์นัดทุกครั้ง รับยาไปรับประทานต่อเนื่อง และสม่ำเสมอ ไม่ขาดนัด
3. ผู้ป่วยไม่ได้กลับเป็นโรคซ้ำภายใน 28 วัน

สรุปกรณีศึกษา

ผู้ป่วยชายไทยวัยสูงอายุ มีโรคประจำตัวความดันโลหิตสูง โรคไชมันในเลือดสูงและโรคเก๊าท์ เข้ารับการรักษาด้วย 4 ชั่วโมง ก่อนมาโรงพยาบาลมีไข้ ปวดท้อง อาเจียน 1 ครั้ง มีอาการใจสั่น หน้ามืด ตาลาย แกร็บที่ท้องผู้ป่วยในชาย มีไข้สูง อุณหภูมิ 38.8 องศาเซลเซียส PR 92 ครั้ง/นาที RR 22 ครั้ง/นาที BP 91/43 mmHg MAP 59 mmHg Wbc10530 neutrophil 80% Lymphocyte 20% MEWS Score 6 คะแนน Retained Foley's Catheter ว่างมีบัสสาวะออกสีเหลืองเข้ม 10 ml ผล Hemoculture พบ E. Coli แพทย์วินิจฉัย Acute gastroenteritis with Septic Shock การดูแลผู้ป่วยในระยะวิกฤตให้การพยาบาลเพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด ระยะต่อเนื่องให้การพยาบาลเพื่อลดการติดเชื้อในทางเดินอาหาร ป้องกันภาวะเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจน ภาวะไม่สมดุลของสารอิเล็กโทรไลต์

ในร่างกาย ป้องกันภาวะต่อมหมวกไตทำงานบกพร่อง มีการจัดการกับภาวะไข้ อาการปวดท้อง เพื่อให้ผู้ป่วยสุขสบายขึ้น การสัมผัส ให้กำลังใจและการอธิบายเกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัวเพื่อให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล รู้สึกคลายความวิตกกังวล มีการวางแผนจำหน่ายเพื่อให้ผู้ป่วยและญาติปฏิบัติตัวได้ถูกต้องเมื่อกลับบ้านและการป้องกันการกลับเป็นโรคซ้ำได้ประสานส่งต่อข้อมูลให้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลใกล้บ้านเพื่อดูแลต่อเนื่อง นัดติดตามอาการ 1 สัปดาห์ รวมระยะเวลาการรักษาตัวในโรงพยาบาล 4 วัน

วิจารณ์และข้อเสนอแนะ

กระเพาะอาหารและลำไส้เล็กอักเสบจากการศึกษาเฉพาะกรณีนี้ สาเหตุเกิดจากการได้รับเชื้อแบคทีเรีย (E.coli) เข้าสู่ร่างกายโดยปนเปื้อนในอาหารที่รับประทาน โดยมีปัจจัยที่ทำให้มีอาการรุนแรงเนื่องจากเป็นผู้ป่วยสูงอายุและมีโรคประจำตัว ซึ่งร่างกายมีภูมิคุ้มกันต่ำกว่าบุคคลทั่วไป จึงทำให้เกิดการติดเชื้อในระบบทางเดินอาหารได้ง่ายและรุนแรงจนเกิดมีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด ซึ่งเป็นภาวะเสี่ยงสูงต่อการสูญเสียชีวิต พยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วย เฝ้าระวังต่อเนื่องไม่ให้เข้าสู่ภาวะวิกฤต ดังนั้นพยาบาลต้องมีความรู้ความสามารถ ในการคัดกรอง การประเมิน และวางแผนการดูแลให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างรวดเร็วทันเวลา เป็นข้อเสนอแนะที่จะนำไปใช้ในผู้ป่วยรายอื่นๆ ต่อไป เพื่อช่วยลดภาวะแทรกซ้อนและลดอัตราการเสียชีวิต

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการนำกรณีศึกษาในหน่วยงานมาทบทวนในทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน
2. ควรเพิ่มความรู้และทักษะการดูแลผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อในกระแสเลือด เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนรุนแรง ช่วยให้ผู้ป่วยปลอดภัยและลดระยะเวลาอนโรงพยาบาล

เอกสารอ้างอิง

1. โรงพยาบาลเวชศาสตร์เขตร้อน มหาวิทยาลัยมหิดล. โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน (Acute diarrhea). [online]. [เข้าถึงเมื่อ 2 ตุลาคม 2566]. Available form: https://www.tropmedhospital.com/knowledge/acute_diarrhea_intro.html
2. โรงพยาบาลพิจิตร. โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน. [online]. [เข้าถึงเมื่อ 2 ตุลาคม 2566]. Available form: <https://www.pch.go.th/รอบรู้เรื่องสุขภาพ/โรคน่ารู้/โรคอุจจาระร่วง>
3. สุรเกียรติ อาชานานุภาพ. ท้องเดิน / อุจจาระร่วง (Diarrhea/Gastroenteritis). [online]. [เข้าถึงเมื่อ 2 ตุลาคม 2566]. Available form: <https://doctorathome.com/disease-conditions/2>
4. กระทรวงสาธารณสุข กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค. สถานการณ์โรคอุจจาระร่วงและอาหารเป็นพิษในประเทศไทย ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2565 – 22 กุมภาพันธ์ 2566. [online]. [เข้าถึงเมื่อ 1 ตุลาคม 2566]. Available form: https://wesr-doe.moph.go.th/wesr_new/file/y66/H66172023042320230429.pdf
5. กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค. พยากรณ์โรคและภัยสุขภาพรายสัปดาห์ ฉบับที่ 24/2565 ประจำสัปดาห์ที่ 25 (วันที่ 19 – 25 มิถุนายน 2565). [online]. [เข้าถึงเมื่อ 1 ตุลาคม 2566]. Available form : <https://www.thaipost.net/education-news/165058/>
6. วิกิพีเดีย สารานุกรมเสรี. กระเพาะอาหารและลำไส้อักเสบ. [online]. [เข้าถึงเมื่อ 2 ตุลาคม 2566]. Available form: <https://th.wikipedia.org/wiki/กระเพาะอาหารและลำไส้อักเสบ>



7. โรงพยาบาลพรานกระต่าย. แนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด (Sepsis Guideline). กำแพงเพชร: โรงพยาบาลพรานกระต่าย; 2565
8. ชุตติมา จิระนคร. Surviving Sepsis Campaign Guideline 2021: Make It Practical. ใน : ดุสิต สถาวร, ครรชิต ปิยะเวชวิรัตน์, สันฐิติ โมรากุล, ภูสิต เฟื่องฟู, บรรณารักร. KEEP moving forward. กรุงเทพฯ: สมาคมเวชบำบัดวิกฤติแห่งประเทศไทย; 2565. หน้า 127-36
9. จันทนา แพงบุตดี. การพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด Community-Acquired. [online]. [เข้าถึงเมื่อ 1 มิถุนายน 2566]. Available form: <http://110.49.41.99/storage/newsfiles/g106ayWuZtypltAbCp3blcOy182QJlojH8AgUgVG.pdf>
10. ศูนย์ข้อมูลโรงพยาบาลพรานกระต่าย. รายงานข้อมูลสถิติผู้ป่วยโรคกระเพาะอาหารและลำไส้เล็กอักเสบ ระหว่าง พ.ศ. 2563 - 2565. กำแพงเพชร: โรงพยาบาลพรานกระต่าย; 2566



Nursing care of patient with acute ST-elevation myocardial infarction :

A case study

Utahn Singchalee, B.N.S.*

Abstract

Introduction : Myocardial infarction, commonly known as a heart attack, is a life-threatening condition that can lead to sudden death. It occurs when the coronary arteries, which provide blood to the heart muscle, become blocked. As a result, it's crucial for patients to receive immediate emergency treatment, typically involving the administration of clot-dissolving medications. Administering these medications at the community hospital level can significantly decrease the mortality rate among patients.

Objective : To be used as a guideline for providing nursing care to patients with acute ST-segment elevation myocardial infarction (STEMI).

Case Study : A 72-year-old Thai male patient was transported to the hospital by relatives 3 hours before coming to the hospital. There is a tight pain under the epigastrium. Don't go anywhere. Has a history of smoking 10 cigarettes a day, denies any medical conditions. Received a grade 2 severity assessment. Pain score was 5/10. Physical examination and electrocardiogram found ST elevate in V7-9, ST depress in V4-6. The physician diagnosed him with ST-Elevation Myocardial Infarction (STEMI) and initiated the Fast Track STEMI protocol. Following this, the patient underwent a laboratory tests, including TROP-I, which returned negative results. The physician at Bueng Samakkhi Hospital diagnosed the patient with a posterior wall STEMI and consulted with cardiologists from three hospitals: Kamphaeng Phet Hospital, Srisawan Hospital, and Sawanpracharak Hospital. After the consultation, the patient was transferred to Kamphaeng Phet Hospital. The cardiologist there planned to treat the patient with a thrombolytic agent (Streptokinase) before further transfer. The patient was closely monitored according to a comprehensive care plan that addressed the following aspects: 1. Chest pain attributed to reduced blood supply to the heart muscle. 2. Reduced cardiac output due to abnormal heart muscle contraction, stemming from inadequate blood supply. 3. Risks associated with thrombolytic therapy. 4. Patient and family anxiety related to the illness and its life-threatening nature. 5. Potential changes during the transfer. All elements of the care plan were executed, and the patient was safely transferred to Kamphaeng Phet Hospital without any complications. The entire duration of care extended to two hours. Following his transfer to Srisawan Hospital for coronary angioplasty and stent placement (Percutaneous Coronary Intervention: PCI), the patient experienced no complications and could resume a normal life.

Conclusion : In the context of patients experiencing acute ST-segment elevation myocardial infarction (STEMI) at community hospitals, the role of nurses plays a pivotal role during this critical phase. Their responsibilities include precise and rapid patient assessment and screening, ensuring accurate diagnosis, and the timely administration of thrombolytic medications. Nurses are also expected to have expertise in medication management, maintain vigilance for potential complications, and offer continuous care. Moreover, they should be adept at nursing care during patient transfers to higher-capacity hospitals, ensuring a safe transition without complications, ultimately contributing to a reduction in mortality rates.

Keywords : ST- elevation myocardial infarction (STEMI), Nursing care Critically-ill patient

*Professional registered nurse Bueng Samakkhi Hospital, Kamphaeng Phet Province

การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI : กรณีศึกษา

อุเทน สิงขาลี, พย.บ.*

บทคัดย่อ

บทนำ: โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือด เป็นภาวะวิกฤตที่ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตอย่างกะทันหัน มีสาเหตุจากการอุดตันของหลอดเลือดแดงที่ไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจโดยสมบูรณ์ ดังนั้นผู้ป่วยจึงจำเป็นต้องได้รับการรักษาแบบเร่งด่วน โดยการให้ยาละลายลิ่มเลือด การรักษาในบทบาทของโรงพยาบาลชุมชนที่เพิ่มศักยภาพโดยการให้ยาละลายลิ่มเลือดสามารถลดการสูญเสียชีวิตของผู้ป่วยได้

วัตถุประสงค์: เพื่อเป็นแนวทางในการให้การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI

กรณีศึกษา: ผู้ป่วยชายไทยอายุ 72 ปี ญาตินำส่งโรงพยาบาลโดยรถยนต์ส่วนตัว ด้วย 3 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล มีอาการปวดจุกแน่นใต้ลิ้นปี่ ไม่ร้าวไปที่ไหน มีประวัติสูบบุหรี่วันละ 10 มวน ปฏิเสธโรคประจำตัว ได้รับการคัดแยกความรุนแรงระดับ 2 ได้รับการประเมินอาการปวด pain score 5/10 คะแนน ตรวจร่างกายและตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจพบ ST elevate in V7-9, ST depress in V4-6 แพทย์วินิจฉัยโรคเป็น STMI (ST-Elevation-Myocardial infarction) ได้ปฏิบัติตามแนวทาง Fast Track STEMI มีการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ Tropon-I ผลตรวจ Negative แพทย์โรงพยาบาลบึงสามัคคีวินิจฉัยโรค posterior wall STEMI และได้ประสานปรึกษาอายุรแพทย์เฉพาะทางโรคหัวใจ โรงพยาบาลกำแพงเพชร โรงพยาบาลศรีสวรรค์ และโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ หลังจากการปรึกษาผู้ป่วยได้มีการส่งต่อไปยังโรงพยาบาลกำแพงเพชร โดยอายุรแพทย์มีแผนการรักษาโดยให้การรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือด (Streptokinase) และให้ส่งผู้ป่วยต่อไปยังโรงพยาบาลกำแพงเพชร ได้รับการดูแลตามแผนการพยาบาลทั้งหมด 5 แผน ได้แก่ 1. เจ็บแน่นหน้าอกเนื่องจากปริมาณเลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจลดลง 2. ปริมาตรเลือดที่หัวใจส่งออกนอกที่ลดลงเนื่องจากการบีบตัวของกล้ามเนื้อหัวใจผิดปกติ จากการขาดเลือดไปเลี้ยง 3. มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนเนื่องจากได้รับยาละลายลิ่มเลือด 4. ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและโรคคุกคามชีวิต 5. ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการเปลี่ยนแปลงขณะส่งต่อ สามารถแก้ไขให้บรรเทาได้ตามแผนการพยาบาล และส่งถึงโรงพยาบาลปลายทางด้วยความปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนขณะส่งต่อ รวมระยะเวลาที่รับไว้ในการดูแล 2 ชั่วโมง เมื่อติดตามอาการของผู้ป่วยพบว่า ผู้ป่วยได้รับการส่งต่อจากโรงพยาบาลกำแพงเพชรไปยังโรงพยาบาลศรีสวรรค์เพื่อการขยายหลอดเลือดหัวใจด้วยบอลลูนและใส่ขดลวด (Percutaneous Coronary Intervention: PCI) หลังจากกลับจากโรงพยาบาลศรีสวรรค์ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนสามารถกลับมาใช้ชีวิตตามปกติได้

สรุปกรณีศึกษา: บทบาทพยาบาลโรงพยาบาลชุมชนในการดูแลผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในระยะวิกฤตมีความสำคัญยิ่งในการประเมิน และคัดกรองผู้ป่วยอย่างถูกต้อง รวดเร็ว ทำให้ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยถูกต้อง และได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดอย่างรวดเร็ว รวมถึงมีความรู้ในการบริหารยา เฝ้าระวังภาวะผิดปกติที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยได้ตลอดเวลา นอกจากนั้นสามารถให้การพยาบาลขณะส่งต่อไปยังโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่าด้วยความปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน ลดการเสียชีวิต

คำสำคัญ: โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน การพยาบาลระยะวิกฤต

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลบึงสามัคคี



บทนำ

โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือด เป็นสาเหตุของการเสียชีวิตสำคัญของประชากรทั่วโลก รวมถึงประเทศไทย เป็นภาวะที่หลอดเลือดหัวใจมีการอุดตันแบบสมบูรณ์ ทำให้กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดแบบเฉียบพลันส่งผลให้ผู้ป่วยเสียชีวิตอย่างกะทันหัน เกิดจากกล้ามเนื้อหัวใจที่ขาดเลือดมาเลี้ยงจนเกิดการตายของกล้ามเนื้อและมีคลื่นไฟฟ้าหัวใจผิดปกติชนิด ST-Elevated Myocardial Infarction) จากนโยบายของกระทรวงที่กำหนดเกณฑ์อัตราการตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI \leq ร้อยละ 9 แต่สถิติจากกองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข พบว่าประเทศไทยมีอัตราการตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI พบ ร้อยละ 7.35, 5.16 และ 10.20 ตามลำดับ และในเขตสุขภาพที่ 3 ปี 2563, 2564, 2565 พบ ร้อยละ 8.27, 6.85 และ 18.68 ตามลำดับ ซึ่งจังหวัดกำแพงเพชรมีสถิติผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI เป็นอันดับ 1 ของเขต คือ ร้อยละ 33.33 ชัยนาท ร้อยละ 22.22 และ อุทัยธานี ร้อยละ 13.0 ตามลำดับ²

ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันเป็นกลุ่มอาการที่มีลักษณะบ่งชี้ถึงภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดอย่างรุนแรงและเฉียบพลัน ระยะเวลาการอุดตันที่นานขึ้นจะเพิ่มพื้นที่การตายของกล้ามเนื้อหัวใจมากขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยมีโอกาสเสียชีวิตเพิ่มขึ้นผู้ป่วยจึงต้องได้รับการดูแลรักษาอย่างรวดเร็ว ดังนั้นเวลาจึงมีความสำคัญต่อการรักษาผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันมาก³ การวินิจฉัยและการรักษาที่ถูกต้องรวดเร็ว ทั้งการให้ยาละลายลิ่มเลือดจะช่วยลดอัตราการเสียชีวิต และภาวะแทรกซ้อนได้ เป้าหมายสำคัญของการรักษาผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน คือการช่วยให้กล้ามเนื้อหัวใจได้รับเลือดไปเลี้ยงโดยเร็วที่สุดโดยเฉพาะการจัดการทางการแพทย์ในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินซึ่งเป็นด่านหน้าในการดูแลผู้ป่วย และมีโอกาสพบผู้ป่วยเป็นด่านแรก พยาบาลห้องฉุกเฉินจึงมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ ตั้งแต่การพยาบาลผู้ป่วยที่ จุดเกิดเหตุ การดูแลระยะก่อนถึงโรงพยาบาล (pre-hospital care) ในกรณีออกมารับผู้ป่วยในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (emergency medical service; EMS) การคัดแยกผู้ป่วย (triage) การประเมินอาการขั้นต้น การวินิจฉัยปัญหาทางการแพทย์ การพยาบาลในระยะเริ่มแรกตามปัญหา การรายงานแพทย์และประสานงานผู้เกี่ยวข้อง รวมถึงการให้การพยาบาลในระยะวิกฤติ การได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดอย่างรวดเร็ว พยาบาลต้องมีความรู้ในการบริหารยาอย่างมีประสิทธิภาพ การเฝ้าระวังภาวะผิดปกติที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยได้ตลอดเวลา ตลอดจนการประสานงานส่งต่อและให้การพยาบาลขณะส่งต่ออย่างมีประสิทธิภาพไปยังโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า⁴

ห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลบึงสามัคคี มีสถิติผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI ที่มารับการรักษา ปี 2563, 2564, 2565 จำนวน 8, 2, 7 ราย ให้ยาที่ห้องฉุกเฉิน จำนวน 8, 2, 7 ราย ความสำเร็จในการส่งต่อโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า จำนวน 8, 2, 7 ราย ตามลำดับ⁵ มีระบบและแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยแบบ Fast track MI จากที่กล่าวมาข้างต้น จะเห็นว่าการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน เป็นบทบาทสำคัญและท้าทายของพยาบาลฉุกเฉิน เนื่องจากต้องใช้ทักษะการพยาบาลขั้นสูงในการดูแลผู้ป่วยให้รอดพ้นจากภาวะที่คุกคามต่อชีวิตและลดความพิการที่อาจเกิดขึ้น การศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นแนวทางในการให้การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI

กรณีศึกษา

ข้อมูลพื้นฐานทั่วไป

ชายไทย อายุ 72 ปี เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย ศาสนาพุทธ

อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล

เจ็บแน่นกลางอกไม่ร้าวไปที่ไหน จุกแน่นใต้ลิ้นปี่ ร้อนในคอและอาเจียน 1 ครั้ง ก่อนมาโรงพยาบาล 3 ชั่วโมง

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน

3 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล ขณะนั่งพักผ่อนดูทีวี มีอาการเจ็บแน่นกลางอกไม่ร้าวไปที่ไหน จุกแน่นใต้ลิ้นปี่ ร้อนในคอและอาเจียน 1 ครั้ง ไม่มีเหงื่อออก ตัวเย็น ญาตินำส่งโดยรถยนต์ส่วนตัว

อาการแรกเริ่มที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน รู้สึกตัวดี ตามตอบรูเรื่อง มีอาการเจ็บแน่นหน้าอกไม่ร้าวไปที่ไหน จุกแน่นใต้ลิ้นปี่ สัญญาณชีพแรกเริ่ม อุณหภูมิ 36.6 องศาเซลเซียส ชีพจร 66 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 193/106 มิลลิเมตรปรอท ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด (O_2Sat) 97% เวลาที่เริ่มมีอาการ 18.30 น. Pain score 5/10

วินิจฉัยโรค : Acute myocardial infarction at posterior wall

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต : ปฏิเสธโรคประจำตัว ปฏิเสธการแพ้ยาและสารเคมี ประวัติสูบบุหรี่ 10 มวนต่อวัน

การประเมินสภาพร่างกายตามระบบ

รูปร่างทั่วไป : รูปร่างสมส่วน น้ำหนัก 52 กิโลกรัม ส่วนสูง 165 เซนติเมตร ค่า BMI = 19.1

สัญญาณชีพ : อุณหภูมิร่างกาย 36.6 องศาเซลเซียส อัตราชีพจร 66 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 193/106 มิลลิเมตรปรอท ค่าความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือด 97%

ผิวหนัง : ผิวคล้ำ เหงื่อออก ผิวหนังเย็นชื้น ไม่มีจ้ำเลือด ไม่มีบวม

ศีรษะและใบหน้า : หน้าหน้าคิวขมวด สีหน้าวิตกกังวล ศีรษะและใบหน้าสมมาตร ศีรษะไม่มีรอยโรค เส้นผมสีดำลึมนตาได้เอง ตาทั้ง 2 ข้างมองเห็นปกติ ไบหู จมูก ปาก ลักษณะภายนอกปกติ

ทรวงอกและทางเดินหายใจ : เจ็บหน้าอก Pain score = 5/10 ทรวงอกสมมาตร ไม่มีอกบวม หน้าอกเคลื่อนไหวตามอัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ไม่มีเหนื่อยหอบ เสียงหายใจปกติ ฟังปอดเสียงปกติ ค่าความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือด 97%

ระบบหัวใจและหลอดเลือด : ไม่มีปลายมือปลายเท้าซีดเขียว อัตราชีพจร 66 ครั้งต่อนาที จังหวะสม่ำเสมอ คลำชีพจรส่วนปลายได้ปกติ การเต้นของหัวใจสม่ำเสมอ อัตราการเต้นของหัวใจ 66 ครั้งต่อนาที ไม่มีเสียง Murmur

ช่องท้องและระบบทางเดินอาหาร : จุกแน่นใต้ลิ้นปี่ ผิวหนังหน้าท้องปกติ รูปร่างสมมาตร ได้ยินเสียงการเคลื่อนไหวของลำไส้ปกติ ไม่ได้ยินเสียงฟู (Bruit หรือ Murmur) กดนุ่มไม่มีแข็งตึง ไม่มีกดเจ็บ

กล้ามเนื้อและกระดูก : การเคลื่อนไหวแขนขาปกติ ไม่มีรอยโรคการหักเคลื่อนหรือผิดปกติของกระดูก motor power grade 5

ระบบประสาท : รู้สึกตัวดี ลึมนตาได้เอง พุดโต้ตอบได้ปกติ เคลื่อนไหวตามคำสั่งได้ E4V5M6 Glasgow coma score = 15

ระบบทางเดินปัสสาวะ : ปัสสาวะได้เอง

ระบบอวัยวะสืบพันธุ์ : ลักษณะภายนอกปกติ

ประเมินสภาพจิตใจและสังคม : สีหน้าไม่สุขสบาย หน้าหน้าคิวขมวด สีหน้าวิตกกังวล อ่อนเพลีย มีญาติคอยดูแลช่วยเหลือ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่สำคัญ

Troponin I : < 0.5 mg/ml (Negative)

Complete blood count : Hemoglobin = 12.9 g/dl Hematocrit = 38.1% Platelet count = $217 \times 10^3/mm^3$ RBC = $4.43 \times 10^6/mm^3$ WBC = $9.7 \times 10^3/mm^3$ Neutrophil = 46.4% Lymphocyte = 36.1%

Biochemistry : Potassium = 3.95 mmol/L Sodium = 141.2 mmol/L Chloride 107.9 mmol/L tCO_2 = 27.9 mmol/L

Film X – ray : CXR PA upright: Normal

EKG : ST elevation V7-9 reciprocal ST Depression V4-6 = Posterior wall myocardial infarction

สรุปการดำเนินของโรคขณะรับไว้ดูแล

20.45 น. ผู้ป่วยมาด้วยอาการจุกแน่นใต้ลิ้นปี่ แน่นหน้าอก 3 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล ได้รับการคัดแยกผู้ป่วย(Triage) ระดับ 2 เข้าระบบFast track MI ของห้องฉุกเฉิน ได้รับการประเมินอาการปวดpain score 5/10 ค่ะ แน่น ตรวจร่างกายและตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ(EKG)พบว่า ST elevate in V7-9, ST depress in V4-6

20.50 น. รายงานแพทย์รับทราบสั่งแผนการรักษาส่งตรวจ CXR ส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ (CBC, Trop I, electrolyte) ให้ยา Omeprazole 40 mg ทางหลอดเลือดดำ

21.15 น. แพทย์ตรวจเย็บมอการ ให้รับยา ISDN (5mg) 1 tab SL เพื่อบรรเทาอาการเจ็บหน้าอก และให้รับประทานยาต้านเกล็ดเลือด ASA (300 mg) 1 tab เคี้ยวกลืน Clopidogrel (75mg) 4 tab oral stat

21.25 น. แพทย์ปรึกษายาอายุรแพทย์โรงพยาบาลกำแพงเพชร อายุรแพทย์ให้แผนการรักษาให้ยา Streptokinase และให้ส่งผู้ป่วยต่อไปยังโรงพยาบาลศรีสวรรค์เพื่อทำ Primary PCI

21.30 น. ติดต่อประสานงานไปยังโรงพยาบาลศรีสวรรค์ เพื่อทำ Primary PCI โรงพยาบาลศรีสวรรค์ให้คำแนะนำส่งต่อโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ที่มีความพร้อมมากกว่าในเวลานั้น

21.45 น. ติดต่อประสานงานโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ อายุรแพทย์ให้การวินิจฉัยเป็น NSTEMI ให้ส่งต่อโรงพยาบาลกำแพงเพชร

22.25 น. ติดต่อโรงพยาบาลกำแพงเพชรรับทราบ อายุรแพทย์ให้แผนการรักษาให้ยา Streptokinase และให้ส่งผู้ป่วยต่อไปยังโรงพยาบาลกำแพงเพชร

22.28 น. ผู้ป่วยได้รับยา CPM 10 mg iv, Plasil 10 mg iv, Dexa 4 mg iv และ Streptokinase 1.5 mu in 0.9% NSS 100 ml iv drip in 1 hr. ตามแผนการรักษา

22.45 น. ผู้ป่วยได้รับการส่งต่อโรงพยาบาลกำแพงเพชร ระยะทาง 86 กิโลเมตรใช้เวลาเดินทาง 1 ชั่วโมง 20 นาทีอาการผู้ป่วยเมื่อถึงห้องฉุกเฉินโรงพยาบาลกำแพงเพชรผู้ป่วยรู้สึกตัวดี วัดสัญญาณชีพอุณหภูมิร่างกาย 37.0 องศาเซลเซียส ชีพจร 78 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 131/82 มิลลิเมตรปรอท

การวางแผนการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 1 ปริมาตรเลือดที่หัวใจส่งออกต่อหน้าที่ลดลงเนื่องจากการบีบตัวของกล้ามเนื้อหัวใจผิดปกติ จากการขาดเลือดไปเลี้ยง
ข้อมูลสนับสนุน

S : เจ็บแน่นหน้าอกไม่ร้าวไปไหน ก่อนมา รพ. 3 ชั่วโมง

O : Pain score 5/10 คลื่นไฟฟ้าหัวใจแสดงถึงการขาดเลือดที่ Posterior Wall (EKG : ST elevate in V7-9, ST depress in V4-6)

วัตถุประสงค์การพยาบาล ผู้ป่วยมีปริมาตรเลือดที่หัวใจส่งออกต่อหน้าที่เพียงพอ

เกณฑ์การประเมินผล

1. ไม่มีอาการเจ็บแน่น หรืออึดอัดบริเวณทรวงอก
2. สัญญาณชีพคงที่อุณหภูมิร่างกาย 36.5 - 37.4 องศาเซลเซียส ชีพจร 60 - 100 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 16 - 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 90/60 - 130/80 มิลลิเมตรปรอท O₂Sat > 96%
3. ไม่มีอาการและอาการแสดงของภาวะ Cardiac output ลดลง เช่น ระดับความรู้สึกเปลี่ยนแปลงมีอาการกระสับกระส่าย เหงื่อออกตัวเย็น หายใจหอบเหนื่อย มี Cyanosis ปลายมือปลายเท้า ผิวหนังอุ่น ชุ่มชื้น ไม่ซีดไม่เขียวคล้ำ

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินผู้ป่วยแรกรับ Primary Triage โดยการซักประวัติการเจ็บป่วย ประเมินอาการ อาการแสดงของผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อ Cardiac output ลดลง ซึ่งเกิดจากภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด เช่น อาการเหนื่อย แน่นหน้าอกตลอดเวลา อ่อนเพลีย กระสับกระส่าย บัสสภาวะลดลง ความรู้สึกตัวลดลง
2. ประเมินผู้ป่วย Secondary Triage โดยการวัดสัญญาณชีพ ตรวจร่างกาย ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (EKG)
3. ประเมินข้อห้ามในการให้ยาละลายลิ่มเลือด ดูแลให้ได้รับยา Streptokinase 1.5 mu in 0.9% NSS 100 ml iv drip in 1 hr. ด้วยเครื่อง Infusion pump
4. วัดสัญญาณชีพ ประเมินสัญญาณทางระบบประสาท และวัดค่าความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือด ทุก 15 นาที
5. ติดตามลักษณะคลื่นไฟฟ้าหัวใจอย่างต่อเนื่อง เผื่อสังเกตการเปลี่ยนแปลงของ EKG ในจอ monitor อย่างใกล้ชิด ขณะผู้ป่วยได้รับยาเตรียมรถ Emergency และอุปกรณ์ช่วยชีวิตรวมทั้งเครื่อง Defibrillator ให้พร้อมใช้

6. ติดตามภาวะเลือดออกผิดปกติขณะให้ยา เช่น ตำแหน่งที่ทำหัตถการ รอยขีดตามตัว ทุก 15 นาที และสังเกตอาการแพ้ยา ละลายลิ่มเลือด เช่น มีผื่น อาการแน่นหน้าอก

การประเมินผล

1. ผู้ป่วยได้รับการ Primary Triage เป็นผู้ป่วยฉุกเฉินระดับ 2 เข้าระบบ Fast Track MI รู้สึกตัวดี ไม่หอบเหนื่อย
2. สัญญาณชีพ ความดันโลหิต 137/90 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 78 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที O₂Sat 97% ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (EKG)พบว่า ST elevate in V7-9, ST depress in V4-6
3. ไม่มีภาวะแทรกซ้อนขณะให้ยา Streptokinase

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 2 เจ็บแน่นหน้าอกเนื่องจากปริมาณเลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจลดลง

ข้อมูลสนับสนุน

S : รู้สึกเจ็บแน่นหน้าอกไม่ร้าวไปไหน

O : ความดันโลหิต 193/106 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 72 ครั้ง/นาที Pain score 5/10 ผลการตรวจ EKG พบว่า ST elevate in V7-9, ST depress in V4-6

วัตถุประสงค์การพยาบาล เพื่อให้อาการเจ็บหน้าอกของผู้ป่วยทุเลาลง

เกณฑ์การประเมิน

1. สัญญาณชีพปกติ อุณหภูมิร่างกาย 36.5 - 37.4 องศาเซลเซียส ชีพจร 60 - 100 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 16 - 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 90/60 - 130/80 มิลลิเมตรปรอท
2. ผู้ป่วยสีหน้าสดชื่น
3. Pain score ลดลงหรือเท่ากับ 0

กิจกรรมการพยาบาล :

1. ให้ผู้ป่วยพักผ่อนอย่างเต็มที่ (absolute bed rest) โดยให้นอนศีรษะสูง 30-60 องศา
2. สังเกตอาการเจ็บหน้าอกของผู้ป่วยรวมทั้งคำพูดต่างๆ ที่บ่งบอกถึงการเจ็บหน้าอก
3. ประเมิน Pain score ติดตามระดับความอึดตัวของออกซิเจน ตรวจวัดสัญญาณชีพทุก 15 นาที เผื่อระวังการเปลี่ยนแปลงอาการ อาการแสดงภาวะ Cardiogenic shock เช่น หน้าซีด เหงื่อออก ตัวเย็น กระสับกระส่าย สับสนความรู้สึกตัวลดลง ชีพจรเบาเร็ว ความดันโลหิตต่ำ
4. ผู้ป่วยมีอาการปวดฉุกเฉินต้องได้ลิ้นปี่ ดูแลให้ได้รับยาลดการหลั่งกรดในกระเพาะอาหาร Omeprazole 40 mg ทางหลอดเลือดดำ ตามแผนการรักษาของแพทย์ ดูแลให้รับยา ISDN (5 mg) 1 tab โดยให้อมใต้ลิ้นเพื่อบรรเทาอาการเจ็บหน้าอก และให้รับประทานยาต้านเกล็ดเลือด ASA (300 mg) 1 tab เคี้ยวกลืน Clopidogrel (75mg) 4 tab oral stat เพื่อลดการเกาะตัวของเกล็ดเลือดที่ก่อให้เกิดเป็นลิ่มเลือด เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดจนส่งผลให้อวัยวะต่างๆ ขาดเลือดที่ไปหล่อเลี้ยง บันทึกรผลการตอบสนองของยา และเผื่อระวังผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้น

การประเมินผล

1. ผู้ป่วยสีหน้าท่าทางผ่อนคลาย ผู้ป่วยไม่มีอาการกระสับกระส่าย
2. สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.7 องศาเซลเซียส ความดันโลหิต 120/78 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 76 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที O₂Sat 97%
3. อาการเจ็บหน้าอกคงเดิม pain score 5/10

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 3 มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อน เนื่องจากได้รับยาละลายลิ่มเลือด

ข้อมูลสนับสนุน

S :-

O : ผลการตรวจ EKG พบว่า ST elevate in V7-9, ST depress in V4-6 แพทย์พิจารณาให้ยา Streptokinase 1.5 ล้านยูนิต
หยุดทางหลอดเลือดดำ

วัตถุประสงค์การพยาบาล ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการให้ยาละลายลิ่มเลือด

เกณฑ์การประเมินผล

1. สัญญาณชีพปกติ อุณหภูมิร่างกาย 36.5-37.4 องศาเซลเซียส ชีพจร 60-100 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 16-20 ครั้ง/นาที
ความดันโลหิต 90/60-130/80 มิลลิเมตรปรอท

2. ไม่มีภาวะแทรกซ้อนด้าน EKG Arrhythmias เช่น PVC, VT, VF, Brady arrhythmias

3. ไม่มีภาวะแทรกซ้อนด้านอาการแพ้ยา เช่น ภาวะความดันโลหิตต่ำ ผื่นแพ้ ไข้ หน้าแดง คลื่นไส้ อาเจียน หลอดเลือดดำอักเสบ

4. ไม่มีภาวะแทรกซ้อนด้านเลือดออกภายในและภายนอกร่างกาย เช่น จุดจ้ำเลือดตามร่างกาย อาเจียนเป็นเลือด ถ่ายจ้ำ
เลือดออกในสมอง เลือดออกบริเวณที่ฉีดยา เลือดออกตามไรฟัน

กิจกรรมการพยาบาล

1. อธิบายให้ข้อมูลกับผู้ป่วยและญาติทราบเกี่ยวกับแผนการรักษาและความจำเป็นในการให้ยาละลายลิ่มเลือด ผลดีและ
ภาวะแทรกซ้อนของยา Streptokinase และให้ผู้ป่วยและญาติเซ็นยินยอมในการได้รับยาละลายลิ่มเลือดในแบบประเมินก่อนให้ยาละลายลิ่มเลือด

2. ประเมินสัญญาณชีพของผู้ป่วยก่อนได้รับยา

3. ดูแลให้ยา CPM 10 mg iv, Plasil 10 mg iv และ Dexa 4 mg iv ก่อนการให้ยาละลายลิ่มเลือด

4. ดูแลให้ยาละลายลิ่มเลือด Streptokinase 1.5 mu in 0.9% NSS 100 ml iv drip in 1 hr. ด้วยเครื่อง Infusion pump

5. ให้การพยาบาลตามแนวทางการพยาบาลเพื่อเฝ้าระวังและป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่
ได้รับยาละลายลิ่มเลือด รวมถึงอาการทางระบบประสาททุก 15 นาที ในขณะที่ให้ยาละลายลิ่มเลือด เพื่อประเมินระดับความรู้สึกตัว และอาการ
เปลี่ยนแปลงทางระบบประสาท (อาจเกิดภาวะเลือดออกในสมอง จากการแตกของหลอดเลือดในสมอง) on monitor EKG ไว้ เพื่อติดตาม
คลื่นไฟฟ้าหัวใจอย่างต่อเนื่อง ติดตามภาวะเลือดออกผิดปกติก่อน และขณะให้ยา เช่น ตำแหน่งที่ทำหัตถการ รอยขีดตามตัว ทุก 15 นาที
ใน 1 ชั่วโมงแรกที่ให้ยาสังเกตอาการแพ้ยาละลายลิ่มเลือด ใน 1 ชั่วโมงแรกของการให้ยา เช่น มีผื่น อาการแน่นหน้าอก

6. เตรียมรถ Emergency และอุปกรณ์ช่วยชีวิต รวมทั้งเครื่อง Defibrillator ให้พร้อมใช้

การประเมินผล

1. ผู้ป่วยและญาติเข้าใจและเซ็นยินยอมในการให้ยาละลายลิ่มเลือด

2. ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี E4V5M6 ปลอดภัยจากภาวะ cardiogenic shock

3. ไม่มีภาวะแทรกซ้อนขณะให้ยา

4. ผู้ป่วยได้รับการดูแลและส่งต่อไปรับการรักษาต่อเนื่อง

5. สัญญาณชีพก่อนส่งต่อ อุณหภูมิ 36.7 องศาเซลเซียส ความดันโลหิต 120/78 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 76 ครั้ง/นาที
อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที O₂Sat 98% MAP 60 mmHg

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 4 ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและโรคคุกคามชีวิต

ข้อมูลสนับสนุน

S : ผู้ป่วยบอกว่า “กลัวจะเป็นอะไรไป ยังรู้สึกเป็นห่วงญาติ” ญาติบอกว่า “ถ้ามียาที่รักษาให้หายขาดก็คงจะดี”

O : สังเกตสีหน้าผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเศร้าหมอง หน้านี้วุ้นวุ้น

วัตถุประสงค์การพยาบาล เพื่อคลายความวิตกกังวลของผู้ป่วยและญาติ

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยและญาติคลายความกังวลมีสีหน้าที่สดชื่นขึ้น
2. ให้ความร่วมมือในแผนการรักษา

กิจกรรมการพยาบาล

1. สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและญาติ พูดคุยซักถาม แสดงความเป็นกันเอง และให้เกียรติผู้ป่วยและญาติ เพื่อให้เกิดความไว้วางใจ และได้รับบายความรู้สึกถึงปัญหา ให้การพยาบาลอย่างนุ่มนวล ใช้น้ำเสียงนุ่ม ทำทางสงบ รวมทั้งให้ความร่วมมือในการร่วมการวางแผนให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วย

2. ประเมินและวิเคราะห์ความวิตกกังวลและการรับรู้ของผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับการเจ็บป่วย ความเข้าใจเกี่ยวกับสภาพของผู้ป่วยที่เป็นอยู่โดยซักถามและสังเกตการแสดงทางสีหน้าท่าทางของผู้ป่วยและญาติเพื่อวางแผนในการพยาบาล และอธิบายในสิ่งที่ผู้ป่วยและญาติไม่ทราบได้ถูกต้อง

3. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติระบายความรู้สึกและซักถามข้อสงสัยเกี่ยวกับอาการต่าง ๆ ของผู้ป่วยโดยการอยู่เป็นเพื่อนรับฟัง ยอมรับและแสดงความเห็นใจ เนื่องจากความวิตกกังวลและความกลัวของญาติจะส่งผลต่อผู้ป่วย การให้เวลารับฟังอย่างตั้งใจ จะช่วยให้ผู้ป่วยและญาติกล้าที่จะพูดถึงสิ่งวิตกกังวล

4. อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติ ทราบถึงอาการการดำเนินการของโรค แผนการดูแลรักษาและการพยากรณ์โรคของผู้ป่วยอย่างเข้าใจเพื่อให้เกิดความเข้าใจและยอมรับสภาพผู้ป่วยที่เป็นอยู่ ลดความวิตกกังวลและความร่วมมือในแผนการดูแลรักษา

การประเมินผล

1. ผู้ป่วยและญาติคลายความวิตกกังวลและมีสีหน้าที่สดชื่นขึ้น
2. ผู้ป่วยและญาติให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 5 ผู้ป่วยเสี่ยงต่ออาการเปลี่ยนแปลงขณะส่งต่อ

ข้อมูลสนับสนุน

S : -

O : Pain score 5/10 ผลการตรวจ EKG พบว่า ST elevate in V7-9, ST depress in V4-6 แพทย์พิจารณาให้ยา Streptokinase 1.5 ล้านยูนิตหยุดทางหลอดเลือดดำภายใน 60 นาที ส่งต่อโรงพยาบาลกำแพงเพชร

วัตถุประสงค์การพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ได้มาตรฐานวิชาชีพและปลอดภัยระหว่างการส่งต่อจนกระทั่งการส่งมอบผู้ป่วยแก่โรงพยาบาลกำแพงเพชร

เกณฑ์การประเมินผล

1. สัญญาณชีพปกติ อุณหภูมิร่างกาย 36.5-37.4 องศาเซลเซียส ชีพจร 60-100 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 16-20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 90/60-130/80 มิลลิเมตรปรอท

2. ไม่มีภาวะแทรกซ้อนด้าน EKG Arrhythmias เช่น PVC, VT, VF, Brady arrhythmias

3. ไม่มีภาวะแทรกซ้อนด้านอาการแพ้ยา เช่น ภาวะความดันโลหิตต่ำ ผื่นแพ้ ไข้ หน้าแดง คลื่นไส้อาเจียน หลอดเลือดดำอักเสบ

4. ไม่มีภาวะแทรกซ้อนด้านเลือดออกภายในและภายนอกร่างกาย เช่น จุดจ้ำเลือดตามร่างกาย อาเจียนเป็นเลือด ถ่ายดำ เลือดออกในสมอง เลือดออกบริเวณที่ฉีดยา เลือดออกตามไรฟัน

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประสานงานศูนย์รับส่งต่อโรงพยาบาลกำแพงเพชรเปิดระบบ Telemedicine บนกรณีเฟอร์ และเตรียมความพร้อมก่อนการส่งต่อ ด้านเตรียมเจ้าหน้าที่ส่งต่อ อุปกรณ์เตรียมรถ Emergency และอุปกรณ์ช่วยชีวิต รวมทั้งเครื่อง Defibrillator ให้พร้อมใช้ชุด อุปกรณ์ในรถ และตรวจสอบความถูกต้อง ครบถ้วนของเอกสารสำคัญต่างๆ ก่อนถึงสถานพยาบาลปลายทาง
2. การเตรียมผู้ป่วยก่อนการส่งต่อ (Pre Transfer) ประเมินผู้ป่วยในด้านต่าง ๆ ได้แก่ ABCD และรวมทั้งมีการให้ข้อมูล การเจ็บป่วย แผนการรักษา เหตุผลความจำเป็นในการส่งต่อ
3. ระหว่างนำส่ง ติดตามสัญญาณชีพ ประเมิน O₂ sat pain score และประเมินทางระบบประสาททุก 5 - 15 นาที ในขณะที่ส่งต่อ เพื่อประเมินระดับความรู้สึกตัวและอาการเปลี่ยนแปลงทางระบบประสาทให้การพยาบาลตามแนวทางการพยาบาล เพื่อเฝ้าระวังและป้องกัน ภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด รวมถึงอาการทางระบบประสาท ในขณะที่ให้ยาละลายลิ่มเลือด เพื่อประเมินระดับความรู้สึกตัวและอาการเปลี่ยนแปลงทางระบบประสาท Glasgow Coma Score (GCS) เพื่อประเมินภาวะเลือดออกในสมอง (อาจเกิดภาวะเลือดออกในสมอง จากการแตกของหลอดเลือดในสมอง) เพราะอาจเกิดภาวะ hypotension จากการขยายตัวของหลอดเลือด หากพบสัญญาณชีพที่ผิดปกติให้รายงานศูนย์รับส่งต่อผ่านระบบ Telemedicine บนกรณีทันที ติดตามภาวะเลือดออกผิดปกติก่อน และขณะให้ยา เช่น ตำแหน่งที่ทำหัตถการ รอยช้ำตามตัว มีผื่น อาการแน่นหน้าอก
4. บริหารยา Streptokinase 1.5 mu in 0.9% NSS 100 ml iv drip in 1 hr. ด้วยเครื่อง Infusion pump บันทึกเวลาที่เริ่มให้ยาละลายลิ่มเลือด อาการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นระหว่างที่ได้รับยาและหากจำเป็นต้องหยุดยาต้องบันทึกปริมาณยาที่ได้รับและเวลาที่หยุดยาในใบบันทึกและ ดูแลให้ O₂ cannula 3 LPM
5. ขณะส่งต่อบรรพพยาบาลติดตามลักษณะคลื่นไฟฟ้าหัวใจโดย Monitor EKG ไรต์ตลอดเส้นทางเดินทาง เพราะอาจเกิดภาวะ หัวใจเต้นผิดจังหวะ เช่น VT, VF จาก reperfusion จากหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจ ดูแล mental support ผู้ป่วย เพื่อให้ผ่อนคลาย ลดความวิตกกังวลเฝ้าระวัง
6. กรณีที่พบความผิดปกติในการเฝ้าระวังผู้ป่วยขณะส่งต่อ ให้รายงานแพทย์ผู้สั่งการรักษารับทราบตามแนวทางที่กำหนดไว้ ติดต่อประสานงานโรงพยาบาลปลายทางเป็นระยะเพื่อแจ้งกำหนดเวลาและเตรียมความพร้อมก่อน ตามแนวทางที่กำหนดไว้
7. กรณีผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลงสู่ภาวะวิกฤตในขณะที่ส่งต่อให้การช่วยเหลือในเบื้องต้นหรือขอความช่วยเหลือตามระบบ และ นำส่งโรงพยาบาลที่อยู่ใกล้ที่สุด และแจ้งข้อมูลให้กับรพ.ปลายทางทราบ
8. ตรวจสอบสัญญาณชีพก่อนถึงโรงพยาบาลเมื่อผู้ป่วยถึงห้องฉุกเฉินโรงพยาบาลกำแพงเพชร รายงานข้อมูลผู้ป่วย แผนการรักษา ที่ป่วยได้รับมาแล้วและอาการผู้ป่วยขณะดูแลระหว่างส่งต่อให้กับทีมดูแล

การประเมินผล

ขณะนำส่งผู้ป่วยรู้สึกตัวดี E4V5M6 ตามตอบรู้อธิบาย ทำทางเหนียวอ่อนเพลีย ไม่มีภาวะแทรกซ้อนขณะให้ยา ผู้ป่วยได้รับการดูแล และส่งต่อไปรับการรักษาต่อเนื่องในเวลาที่กำหนดและปลอดภัย จากภาวะ Cardiogenic shock ไม่มีภาวะแทรกซ้อนขณะส่งต่อ ปฏิบัติการพยาบาลเฝ้าสังเกตและติดตามอาการอย่างใกล้ชิดให้ข้อมูลและคำแนะนำกับผู้ป่วยเป็นระยะ รวมระยะเวลา 2 ชั่วโมง สัญญาณชีพก่อนส่งต่อ อุณหภูมิ 36.7 องศาเซลเซียส ความดันโลหิต 120/78 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 76 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที O₂ Sat 100% MAP 60 mmHg

สรุปกรณีศึกษา

ผู้ป่วยชายไทย อายุ 72 ปี ไม่มีโรคประจำตัวสูบบุหรี่วันละ 10 มวน เข้ารับการรักษาที่ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินด้วยอาการแน่นหน้าอก จุกแน่นใต้ลิ้นปี่ อาเจียน 1 ครั้ง ก่อนมา 1 ชั่วโมง อาการเรอรับที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน ผู้ป่วยนอนพักบนรถนอน รู้สึกตัวดี สีมตาได้เอง พุดตอบโต้ได้ปกติ เจ็บหน้าอก Pain score = 5/10 ความดันโลหิต 193/106 มิลลิเมตรปรอท อัตราชีพจร 66 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที อุณหภูมิร่างกาย 36.6 องศาเซลเซียส ค่าความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือด 97% ผลตรวจ EKG พบ ST elevation V7-9



reciprocal ST Depression V4-6 แพทย์ได้ประสานปรึกษาอายุรแพทย์เฉพาะทางโรคหัวใจโรงพยาบาลกำแพงเพชร โรงพยาบาลศรีสวรรค์ และโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ได้รับการวินิจฉัย Acute myocardial infarction at posterior wall ให้การรักษาตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน โดยการให้ยา ได้แก่ ยา ASA (300 mg.) 1 tab เคี้ยวก่อนกลืน ยา Clopidogrel (75 mg.) 4 tabs รับประทานทันที ยา ISDN (5mg.) อมใต้ลิ้น และยา Streptokinase 1,500,000 unit + สารละลาย 0.9% Sodium Chloride 100 ml หยดทางหลอดเลือดดำในอัตรา 100 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง ใน 60 นาที ให้การรักษาพยาบาลที่ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลบึงสามัคคีเป็นระยะเวลา 2 ชั่วโมง ระหว่างรับไว้ในการดูแลและระหว่างส่งต่อผู้ป่วยมีปัญหา คือ 1. ปริมาตรเลือดที่หัวใจส่งออกตอนาทีลดลงเนื่องจากการบีบตัวของกล้ามเนื้อหัวใจผิดปกติจากการขาดเลือดไปเลี้ยง 2. เจ็บแน่นหน้าอกเนื่องจากปริมาณเลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจลดลง 3. มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนเนื่องจากได้รับยาละลายลิ่มเลือด 4. ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและโรคคุกคามชีวิต 5. ป่วยเสี่ยงต่อการเปลี่ยนแปลงขณะส่งต่อ การดูแลโดยมีแผนการพยาบาลทั้งหมด 5 แผนการดูแล สามารถแก้ไขให้บรรเทาได้ตามแผนการพยาบาลผู้ป่วยได้รับการส่งต่อโรงพยาบาลกำแพงเพชร เพื่อการดูแลจากแพทย์เฉพาะทางหลังจากได้รับยาละลายลิ่มเลือดด้วยความปลอดภัย

วิจารณ์

กรณีศึกษารายนี้เป็นผู้สูงอายุที่ไม่มีโรคประจำตัวแต่มีพฤติกรรมสุขภาพคือสูบบุหรี่วันละ 10 มวน ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ โดยพบว่าร้อยละ 30 ของผู้ที่สูบบุหรี่จะเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ^๑ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีมาโรงพยาบาลด้วยอาการแน่นหน้าอกเหมือนมีอะไรมาทับ จุกแน่นใต้ลิ้นปี่ อาเจียน 1 ครั้ง เมื่อตรวจด้วยคลื่นไฟฟ้าหัวใจ จึงพบว่ามีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน พยาบาลที่ปฏิบัติงานประจำแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินมีบทบาทสำคัญตั้งแต่การคัดกรองอาการตั้งแต่แรกเริ่ม มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการใช้เครื่องมือที่ช่วยในการวินิจฉัย เช่น การอ่านผลคลื่นไฟฟ้าหัวใจ สามารถประเมินความรุนแรงประกอบการตัดสินใจในการรายงานแพทย์อย่างรวดเร็วและทันเวลา สามารถบริหารยาอย่างมีประสิทธิภาพและเฝ้าระวังอาการและภาวะแทรกซ้อนของยาที่อาจเกิดขึ้น ตลอดจนการประสานงานและให้การพยาบาลขณะส่งต่ออย่างมีประสิทธิภาพไปยังโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า ทำให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดได้ ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน ลดอัตราการเสียชีวิต

ข้อเสนอแนะ

1. ควรพัฒนาสมรรถนะพยาบาลห้องฉุกเฉินอย่างสม่ำเสมอ ในเรื่องความรู้ ภาวะแทรกซ้อน การประเมินคัดกรองผู้ป่วยที่สงสัยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ทักษะการอ่านและแปลผล EKG การบริหารยาละลายลิ่มเลือด การเฝ้าระวังและให้การพยาบาลผู้ป่วยภาวะวิกฤติขณะอยู่ในพื้นที่และการเฝ้าระวังภาวะวิกฤติขณะส่งต่อ
2. ควรมีแนวทางการดูแลผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด (streptokinase) ขณะส่งต่อที่จำเพาะโรคและเป็นไปในทางเดียวกัน ทำให้สามารถดูแลเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น และให้การช่วยเหลือหรือขอความช่วยเหลือผ่านช่องทางระบบส่งต่อได้อย่างทันที
3. ควรเพิ่มช่องทางการประชาสัมพันธ์การเข้าถึงบริการในกลุ่มผู้ป่วยเสี่ยงสูงผ่านระบบหมายเลขโทรศัพท์ 1669 ผ่านสื่อต่าง ๆ

สรุป

บทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันในระยะวิกฤต มีความสำคัญยิ่งในการประเมินและคัดกรองผู้ป่วยอย่างถูกต้อง รวดเร็ว ขณะมาถึงโรงพยาบาล ทำให้ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยถูกต้องและได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดอย่างรวดเร็ว มีความรู้ในการบริหารยา การเฝ้าระวังภาวะผิดปกติที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยได้ตลอดเวลา นับตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาลจนกระทั่งส่งต่อไปยังโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า ดังนั้นพยาบาลต้องมีความรู้ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยในภาวะวิกฤติเพื่อลดหรือป้องกันภาวะแทรกซ้อน และให้ความรู้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันการเกิดโรคซ้ำ



เอกสารอ้างอิง

1. ครรชิต ลิขิตชนสมบัติ, วศิน พุทธิารี่, จิตติ โสมษิตชัยวัฒน์, ระพีพล ภูญชร ณ อยุธยา, สุพจน์ ศรีมหาโชตะ, วิวรรณ ทั้งสุขบุตร และคนอื่นๆ. แนวเวชปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน พ.ศ. 2563. กรุงเทพฯ: สมาคมแพทยโรคหัวใจแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์; 2563.
2. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. ตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุข. [อินเทอร์เน็ต]. [2566]. [เข้าถึงเมื่อ 28 กันยายน 2566]. เข้าถึงได้จาก : <https://hdcservice.moph.go.th>
3. เกียรติกร เสงี่ยมศรี. มาตรฐานการรักษานผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ: สถาบันโรคทรวงอก กระทรวงสาธารณสุข; 2559.
4. จรรยา ภูเขาฟ้า. การจัดการทางการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดชนิด STEMI ที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน. [อินเทอร์เน็ต]. [2565]. [เข้าถึงเมื่อ 20 กันยายน 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://he03.tci-thaijo.org/index.php/Jemst-01JHS/article/view/445/513>.
5. งานเวชระเบียนและสถิติโรงพยาบาลบึงสามัคคี. สถิติผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI ปี 2563-2565. กำแพงเพชร: โรงพยาบาล; 2566.
6. Gallucci G, Tartarone A, Lerosse R, Lalinga AV, Capobianco AM. Cardiovascular risk of smoking and benefits of smoking cessation. J Thorac Dis. 2020;12(7):3866 - 76.



Nursing care of Patient undergoing General Anesthesia for Laparoscopic Nephrectomy : A case study

Panida Buddharaksa, B.N.S.*

Abstract

Introduction : Anesthetic management in Laparoscopic Nephrectomy is complicated by its physiologic change that may have perioperative complications. The anesthetic nurse plays an important role in anesthesia so they should have knowledge, ability, skill and experience to assess and manage the preoperative complications with health team.

Objective : To guide the nursing care in patient undergoing General Anesthesia for Laparoscopic Nephrectomy.

Case Study : A 72-year-old Thai female patient was presented with palpation mass on right side of abdomen. Right renal cell carcinoma was diagnosed and scheduled for Laparoscopic Nephrectomy with general anesthesia. The preoperative assessment was ASA physical status 3 and the patient conditions were optimal for surgery and anesthesia. The preoperative laboratory was normal. The patient had general anesthesia with endotracheal tube with controlled ventilation. Standard ASA monitoring and urine output were monitored. During the operation, the patient developed bradycardia. The medication was given to correct and heart rate turned normal. After the operation, Blood loss was 20 cc. and the duration of the operation was 3 hours 50 min. Patient was extubated and transferred to recovery room for observe postoperative complications. The patient was discharged from the recovery room according to the discharge criteria. There were three phases of anesthetic management including preoperative, intraoperative and postoperative phases, including 1. The readiness for anesthesia and surgery. 2. Complication from carbon dioxide insufflation in intraperitoneum. 3. Patient developed bradycardia intraoperation. 4. Risk of Hypothermia from long operative period and room temperature. 5. Risk of Hypoxemia and upper airway obstruction after anesthesia. 6. Risk of postoperative pain from surgical incision. The patient was admitted in the hospital for 5 days and discharged without complications, with a one-month outpatient follow-up.

Case Study Summary : Patients are safe from surgery and general anesthesia. Anesthetic nurse must have the knowledge to provide anesthetic management according to the patient's problems.

Keywords : Nursing care of a Patient Receiving General Anesthesia, Laparoscopic Nephrectomy

* Registered Nurse, Nurse Anesthetist, Nurse Department, Kamphaeng Phet Hospital

การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย ในการผ่าตัดไตออกผ่านกล้อง : กรณีศึกษา

พนิดา พุทธิรักษา, พย.บ.*

บทคัดย่อ

บทนำ : การให้ยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกายในการผ่าตัดไตออกผ่านกล้อง เป็นการให้ยาระงับความรู้สึกที่ยังยากซับซ้อน อาจมีภาวะแทรกซ้อนหรืออาการวิกฤติเกิดขึ้นได้ในขณะผ่าตัด ต้องได้รับการแก้ไขอย่างมีประสิทธิภาพและทันท่วงที วิชาชีพพยาบาลมีบทบาทสำคัญ ต้องมีความรู้ความสามารถ มีทักษะและประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วย เป็นผู้แปลผลที่ได้ ร่วมกับการประเมินอาการแสดงของผู้ป่วยตั้งแต่การค้นหาปัญหาและร่วมแก้ไขกับทีมสหวิชาชีพ

วัตถุประสงค์ : เพื่อเป็นแนวทางในการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกายในการผ่าตัดไตออกผ่านกล้อง

กรณีศึกษา : ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 72 ปี เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลด้วยอาการคลำพบก้อนบริเวณหน้าท้องด้านขวา ได้รับการวินิจฉัยโรค Right Renal cell carcinoma แพทย์นัดผ่าตัด Laparoscopic Right Radical Nephrectomy โดยใช้ยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย ประเมินความเสี่ยงทางวิสัญญีวิทยา ผู้ป่วยจัดอยู่ในความเสี่ยงต่อการผ่าตัดระดับ 3 (ASA physical status 3) ผู้ป่วยมีความพร้อมในการให้ยาระงับความรู้สึกและผ่าตัด ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการปกติ ระหว่างผ่าตัดผู้ป่วยมีภาวะหัวใจเต้นช้าผิดปกติ และได้รับการรักษาแก้ไขจนปกติ ติดตามการเปลี่ยนแปลงของสัญญาณชีพ เฝ้าระวังและบันทึกสัญญาณชีพ ปริมาณสารน้ำเข้าและออก ระดับความรู้สึกตัวตลอดเวลา เสียเลือดประมาณ 20 มิลลิลิตร ใช้เวลาการผ่าตัด 3 ชั่วโมง 50 นาที เมื่อเสร็จการผ่าตัด ประเมินระบบหายใจ สัญญาณชีพ สามารถถอดท่อช่วยหายใจได้ และย้ายผู้ป่วยมาดูแลต่อที่ห้องพักฟื้น จนไม่พบภาวะแทรกซ้อน และสามารถจำหน่ายออกจากห้องพักฟื้นได้ตามเกณฑ์ วินิจฉัยการพยาบาลวิสัญญีมี 3 ระยะ คือ ก่อน ระหว่าง และหลังให้ยาระงับความรู้สึก ได้แก่ 1. ผู้ป่วยเสี่ยงต่อความไม่พร้อมในการได้รับยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกายเพื่อทำผ่าตัดไตออกผ่านกล้อง 2. เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ที่ใส่เข้าไปในช่องท้อง 3. ผู้ป่วยมีภาวะหัวใจเต้นช้าผิดปกติ 4. เสี่ยงต่อภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำเนื่องจากผ่าตัดเป็นเวลานานและห้องผ่าตัดมีอุณหภูมิต่ำ 5. เสี่ยงต่อภาวะพร่องออกซิเจน และภาวะอุดกั้นทางเดินหายใจหลังได้ยาระงับความรู้สึก 6. ผู้ป่วยไม่สุขสบายเนื่องจากปวดแผลผ่าตัด ผู้ป่วยได้รับการรักษาในโรงพยาบาล 5 วัน จำหน่ายกลับบ้านได้ ไม่พบภาวะแทรกซ้อน และนัดตรวจติดตามอาการแบบผู้ป่วยนอก 1 เดือน

สรุป : ผู้ป่วยปลอดภัยจากการผ่าตัดและการให้ยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย วิชาชีพพยาบาลต้องมียอดความรู้ และทักษะ ความชำนาญในการดูแลให้สอดคล้องกับปัญหาของผู้ป่วย ช่วยให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนและการเสียชีวิตจากการผ่าตัดได้

คำสำคัญ : การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย การผ่าตัดไตออกผ่านกล้อง

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ งานวิสัญญี กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล โรงพยาบาลกำแพงเพชร

บทนำ

การผ่าตัดไตออกผ่านกล้องเริ่มมีการผ่าตัด ตั้งแต่ ปี ค.ศ.1991¹ เป็นการผ่าตัดโดยใช้กล้อง ที่มีลักษณะเป็นท่อนางๆ ที่มีไฟ และกล้องจับภาพในส่วนปลายส่องเข้าไปในช่องท้องเพื่อเข้าไปตัดไตแล้วคีบออกมา โดยการใส่ลมเข้าไปในช่องท้อง เพื่อให้มีพื้นที่สำหรับการผ่าตัด เหมาะสำหรับการผ่าตัดไตข้างเดียว และกระทำภายใต้การได้รับยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย โดยศัลยแพทย์กรีดแผลผ่าตัดขนาด (0.5 - 1 ซม.) เล็กกรวม 4 ตำแหน่งที่บริเวณผนังหน้าท้อง เพื่อสอดใส่เครื่องมือผ่าตัด ประกอบไปด้วยกล้อง และอุปกรณ์ช่วยผ่าตัดชนิดต่างๆ⁴ โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อให้ผู้ป่วยหายจากโรค ข้อดีของการผ่าตัดด้วยวิธีนี้ คือ แผลเล็ก มีอาการปวดแผลหลังผ่าตัดน้อยและแผลหายเร็วกว่า³ เพราะสามารถเอาไตออกที่แผลบริเวณหน้าท้องน้อยด้านล่างได้² เกิดพังผืดจากการผ่าตัดน้อย ระยะเวลาการรักษาตัวในโรงพยาบาลสั้นกว่าสามารถฟื้นตัวกลับไปทำงานและใช้ชีวิตประจำวันได้เร็วขึ้นเมื่อเทียบกับการผ่าตัดแบบปกติหรือการผ่าตัดแบบเปิดแผล¹ แต่ข้อเสีย คือ ใช้เวลานานกว่า และอาจมีอาการบาดเจ็บต่อเส้นเลือดหรืออวัยวะใกล้เคียงได้

การให้ยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย (General Anesthesia) หมายถึง ภาวะที่ผู้ป่วยหมดสติ ไม่รู้สึกตัว ไม่สามารถจดจำเหตุการณ์ และไม่ตอบสนองต่อความเจ็บปวดจากการผ่าตัด ใช้ในการผ่าตัดใหญ่บริเวณร่างกายส่วนบน เช่น ศีรษะ คอ และบริเวณหลัง เป็นต้น การจะเลือกวิธีการให้ยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกายแบบใดนั้นขึ้นอยู่กับชนิดของการผ่าตัดร่วมกับการประเมินสภาพอาการผู้ป่วยร่วมด้วย ในการผ่าตัดไตออกผ่านกล้องนี้วิสัญญีแพทย์เลือกวิธีการให้ยาระงับความรู้สึกแบบ General anesthesia balance technique โดยทั่วไปการผ่าตัดผ่านกล้องจะมีการใส่ก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์เข้าไปในช่องท้อง ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกไม่สุขสบายเมื่อมี pneumoperitoneum และยังทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยารวมทั้งการเปลี่ยนแปลงท่าของผู้ป่วย ทำให้มีผลต่อ cardiopulmonary function โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วย ASA physical status 3 หรือ 4² มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตรายถึงชีวิตได้ เช่น pneumothorax, hypercarbia, hypoxemia และ gas embolism จึงจำเป็นต้องมีการเฝ้าระวังติดตามพร้อมกับปรับค่าความดันของทางเดินหายใจและค่าความเข้มข้นของคาร์บอนไดออกไซด์ในลมหายใจออกอย่างต่อเนื่อง สำหรับการผ่าตัดจะมีการจัดท่าผู้ป่วยนอนตะแคงศีรษะต่ำและส่วนขาของผู้ป่วยจะอยู่ในระดับต่ำกว่าลำตัว (kidney position) และใช้เวลานานในการผ่าตัด จำเป็นอย่างยิ่งที่ผู้ป่วยต้องได้รับการควบคุมการหายใจร่วมกับควบคุมระบบการทำงานของหัวใจและหลอดเลือดให้คงที่⁴ การพยาบาลการให้ยาระงับความรู้สึกผู้ป่วยผ่าตัดไตออกผ่านกล้องมีกระบวนการที่สำคัญแบ่งเป็น 3 ระยะคือ ก่อน ระหว่างและหลังได้ยาระงับความรู้สึก โดยก่อนให้ยาระงับความรู้สึกมีการตรวจเยี่ยมผู้ป่วย เพื่อประเมินสภาวะความรุนแรงของโรค ความยากง่ายในการใส่ท่อช่วยหายใจ ค้นหาปัญหา และความต้องการ และวางแผนการพยาบาลให้ยาระงับความรู้สึกให้ครอบคลุมทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ผู้ป่วยที่ต้องได้รับการผ่าตัดจะมีความกลัว ความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรค การผ่าตัดและการได้รับยาระงับความรู้สึก ดังนั้นพยาบาลต้องทำความเข้าใจถึงความวิตกกังวลเหล่านั้น เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย และอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจเกี่ยวกับโรค ขั้นตอนในการให้ยาระงับความรู้สึก และสภาพหลังผ่าตัด รวมทั้งให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัดที่เหมาะสม ซึ่งการให้ยาระงับความรู้สึกเพื่อผ่าตัดไตออกผ่านกล้องนี้วิสัญญีพยาบาลต้องมีความรู้ ความเข้าใจเทคนิคการผ่าตัด การเลือกวิธีการให้ยาระงับความรู้สึกและยาที่ใช้ที่เหมาะสม⁵

โรงพยาบาลกำแพงเพชรให้บริการผู้ป่วยที่มาผ่าตัดผ่านกล้องเพิ่มมากขึ้นทุกปี จากสถิติย้อนหลัง 3 ปี ของโรงพยาบาลกำแพงเพชรในปี 2563, 2564, 2565 พบผู้ป่วยที่มาผ่าตัดผ่านกล้องในโรงพยาบาล จำนวน 27, 25 และ 27 รายตามลำดับ⁶ จะเห็นว่ามีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น การผ่าตัดไตออกผ่านกล้อง (Laparoscopic nephrectomy) ได้เริ่มมีการทำผ่าตัดในปี พ.ศ. 2565 เป็นจำนวน 5 ราย ปี พ.ศ. 2566 มีจำนวน 3 ราย ด้วยสถิติการผ่าตัดนี้ยังมีไม่มากนัก แต่การผ่าตัดไตออกผ่านกล้องเป็นการผ่าตัดใหญ่ ซับซ้อนมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนทั้งการให้ยาระงับความรู้สึกและการผ่าตัด ผู้ศึกษาในฐานะวิสัญญีพยาบาลจึงมีความสนใจที่จะศึกษาการศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นแนวทางในการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกายในการผ่าตัดไตออกผ่านกล้อง

กรณีศึกษา

หญิงไทย อายุ 72 ปี มาโรงพยาบาลตามแพทย์นัด เพื่อผ่าตัดไตออกผ่านกล้อง

อาการสำคัญ

แพทย์นัดผ่าตัด Laparoscopic Right Radical Nephrectomy

ประวัติความเจ็บป่วยปัจจุบัน

7 เดือนก่อนมาโรงพยาบาลคลำพบก้อนบริเวณหน้าท้องด้านขวา ไม่มีอาการเบื่ออาหารหรือน้ำหนักลดไม่ได้พบแพทย์
5 เดือนก่อนมา ก้อนโตขึ้น มีปวดเสียดชายโครงขวาเป็นบางครั้ง พบแพทย์โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จึงส่งมา
รักษาต่อที่โรงพยาบาลกำแพงเพชร

2 เดือนก่อนมาก่อนโตขึ้น ปวดเสียดท้องมากขึ้น พบแพทย์โรงพยาบาลกำแพงเพชร ได้รับการทำ CTWA พบ Right Renal
Cell Carcinoma จึงนัดทำผ่าตัด

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต

ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง เก้าที่ 5 เดือน รับยาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ไม่ขาดยา สามารถ
ควบคุมความดันอยู่ในเกณฑ์ปกติ แพ้ยา TRAMADOL มีอาการคลื่นไส้อาเจียน ปฏิเสธการสูบบุหรี่และดื่มสุรา

ประวัติการผ่าตัดในอดีต

เคยส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่เมื่อ 4 ปีที่แล้ว

การประเมินสภาพร่างกายตามระบบ

รูปร่างทั่วไป : ลักษณะรูปร่างสมส่วน น้ำหนัก 72 กิโลกรัม ส่วนสูง 160 เซนติเมตร ค่า BMI 28.13

สัญญาณชีพ : อุณหภูมิร่างกาย 36.6 องศาเซลเซียส ชีพจร 80 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที

ความดันโลหิต 134/72 มิลลิเมตรปรอท

ผิวหนัง : ผิวสีขาวเหลือง ไม่ซีด ไม่มีอาการบวม ไม่มีบาดแผล

ศีรษะและใบหน้า : ศีรษะรูปทรงปกติ ผมสั้น

ตา : ตาเท่ากันทั้งสองข้าง เปลือกตาชมพู การมองเห็นปกติ pupil 3 mm react to light both eye.

ทรวงอกและระบบทางเดินหายใจ : รูปร่างทรวงอกปกติ การเคลื่อนไหวของทรวงอกเท่ากันทั้งสองข้าง ฟังปอดได้
ยินเสียงลมชัดเจน หายใจสม่ำเสมอ

ระบบหัวใจและหลอดเลือด : อัตราการเต้นของหัวใจ 74 ครั้ง/นาที เต้นสม่ำเสมอ ฟังเสียงหัวใจปกติ เส้นเลือดดำ
ที่คอไม่โป่งพอง ค่าความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือด 97%

ระบบทางเดินอาหารและท้อง : รูปร่างท้องปกติ การขับถ่ายปกติ

ระบบกระดูกกล้ามเนื้อ : กล้ามเนื้อแขนและขาทั้ง 2 ข้างปกติ

ระบบประสาท : รู้สึกตัวดี Coma score 15 คะแนน E4V5M6

ระบบทางเดินปัสสาวะ : ปัสสาวะปกติ

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่สำคัญ

Complete blood count : Hemoglobin = 10.3 g/dl Hematocrit = 32.5% WBC = 1,700 cell/mm3
Lymphocyte = 4.6% Neutrophil = 90.9%

Biochemistry : BUN =14 mg/dl Creatinine = 1.09mg/d eGFR = 51 ml/min/1.73m² Sodium = 140 mmol/L
Potassium = 4.5 mmol/L chloride 107 mmol/L HCO₃ 24 mmol/L

Urinalysis : RBC = 50-100 Cells/HPF WBC = 50-100 Cells/HPF Protein 2+ Blood 3+ Leukocyte 2+

Urine culture : no growth after 3 days incubation

CXR PA upright t: Normal

EKG : Normal sinus rhythm 69/ min

CTWA : Right Renal Cell Carcinoma

การวินิจฉัยโรค : Right Renal Cell Carcinoma

การผ่าตัด : Laparoscopic Right Radical Nephrectomy

การดำเนินของโรคขณะรับไว้ในการดูแล

วันที่ 11 เมษายน 2566 เวลา 15:30 น. วิสัญญีพยาบาลเยี่ยมอาการล่วงหน้าก่อนผ่าตัด เพื่อเตรียมความพร้อมทางด้านร่างกายและจิตใจ ประเมินความยากง่ายในการเปิดทางเดินหายใจ ผู้ป่วยไม่มีลักษณะการใส่ท่อช่วยหายใจยาก (Mallampati class I) ประเมินโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนระหว่างและหลังผ่าตัด ผู้ป่วยจัดอยู่ใน ASA physical status 3 จากโรคประจำตัว ความดันโลหิตสูง ไชมันในเลือดสูง เก๊าท์ และอายุมาก ปรีกษาวิสัญญีแพทย์เลือกแผนการให้ยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย (General Anesthesia.) จองเลือด PRC 2 ถูงสำหรับการผ่าตัด ตรวจสอบการรักษารักษาของแพทย์ให้ยาระงับความรู้สึก Amlodipine 5 มิลลิกรัม 2 เม็ดรับประทานเช้าวันผ่าตัด พร้อมทั้งตรวจสอบความครบถ้วนของใบเซ็นยินยอมเข้ารับยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกายเพื่อผ่าตัดไตออกผ่านกล้อง

วันที่ 12 เมษายน 2566 เวลา 11:15 น. ผู้ป่วยมาถึงห้องผ่าตัด 11:40 น. เริ่มให้ยาระงับความรู้สึก นำสลบด้วยยา Thiopental 250 มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำ ใส่ท่อช่วยหายใจด้วยยาหย่อนกล้ามเนื้อชนิด depolarizing muscle relaxant: Succinyl choline 75 มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำ และให้ยาหย่อนกล้ามเนื้อชนิด non depolarizing muscle relaxant: Cisatracurium 6 มิลลิกรัมต่อชั่วโมง ให้ยาระงับปวด Morphine รวม 6 มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำ รักษาระดับความรู้สึกทั่วร่างกายแบบ balance anesthesia ด้วยยาสูดดมสลบ Sevoflurane :N2O:O2 2:1:1 ปรับตามสัญญาณชีพของผู้ป่วย จัดท่า kidney position ตลอดระยะเวลาทำผ่าตัด ความดันโลหิตซิสโตลิกอยู่ในช่วง 102 - 165 มิลลิเมตรปรอท ชีพจรอยู่ในช่วง 48-89 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 12 ครั้งต่อนาที อุณหภูมิกาย 35.8-36.5 องศาเซลเซียส ปริมาณออกซิเจนในเลือด 99 - 100 % ปริมาณคาร์บอนไดออกไซด์ในลมหายใจออกอยู่ในช่วง 25 - 34 มิลลิเมตรปรอท ผ่าตัดเสร็จเวลา 15:30 น. สรุปใช้เวลาผ่าตัด 3 ชั่วโมง 50 นาที ได้สารน้ำเป็น Acetar 1,000 มิลลิลิตร และ 5% D/N/2 600 มิลลิลิตร เสียเลือด 20 มิลลิลิตร บัสสาวะออก 120 มิลลิลิตร ระยะเวลาให้ยาระงับความรู้สึก ผู้ป่วยปลุกตื่นสามารถหายใจได้เอง ถอดท่อช่วยหายใจ ดูแลต่อในห้องพักฟื้น ไม่มีภาวะแทรกซ้อนอันตราย เวลา 16:30 น. ส่งกลับหอผู้ป่วยได้อย่างปลอดภัย

วันที่ 13 เมษายน 2566 เวลา 09:00 น. ติดตามเยี่ยมหลังผ่าตัดวันที่ 1 ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี หายใจได้เองปกติดี แผลผ่าตัดแห้งดี มีอาการเจ็บคอและไอเล็กน้อย ไม่มีไข้ มีนเวียนศีรษะ ได้รับยา Metoclopramide inj. 10 มิลลิกรัมทางหลอดเลือดดำ มีอาการปวดแผล pain score 6/10 ได้รับยาแก้ปวด Morphine 3 มิลลิกรัมทางหลอดเลือดดำ และเริ่มให้จิบน้ำได้

วันที่ 14 เมษายน 2566 เวลา 09:00 น. ติดตามเยี่ยมหลังผ่าตัดวันที่ 2 ผู้ป่วยยังคงมีอาการมีนเวียนศีรษะเล็กน้อย ปวดแผล pain score 4/10 ได้ยาแก้ปวดชนิดรับประทาน ให้ PARACETAMOL TAB 500 มิลลิกรัม 1 เม็ดรับประทานทุก 4-6 ชั่วโมง หรือเวลาปวดหรือมีไข้ จิบน้ำได้ ไม่มีอึดท้อง ไม่มีไข้ แผลผ่าตัดแห้งดี ยังคงมีอาการเจ็บคอและไออยู่ ได้รับยาแก้ไอ Bromhexine Tab 8 มิลลิกรัม 1 เม็ด 3 เวลาหลังอาหาร

วันที่ 16 เมษายน 2566 อาการทั่วไปปกติ ไม่มีไข้ หลังถอดสายสวนบัสสาวะออก ผู้ป่วยสามารถบัสสาวะได้เอง ไม่สับสน แพทย์จำหน่ายโดยอนุญาตให้กลับบ้าน รวมเวลาดอนโรงพยาบาลทั้งหมด 5 วัน นัดตัดไหม 10 วันหลังผ่าตัด และนัดติดตามอาการหลังผ่าตัด 1 เดือน

การวางแผนการพยาบาล

ระยะก่อนได้ยาระงับความรู้สึก

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1 เสี่ยงต่อความไม่พร้อมในการได้รับยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกายเพื่อทำผ่าตัดไตออกผ่านกล้อง

ข้อมูลสนับสนุน

การเตรียมผู้ป่วยก่อนการผ่าตัด 1 วัน วิสัญญีแพทย์กำหนดให้ผู้ป่วยได้รับยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย เพื่อทำผ่าตัดไตออกผ่านกล้อง ซึ่งเป็นการผ่าตัดใหญ่และซับซ้อน ผู้ป่วยมีสีหน้าวิตกกังวล บอกลัวการดมยาสลบและการผ่าตัด

เกณฑ์การประเมินผล

ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวล และให้ความร่วมมือในการเตรียมตัวก่อนได้ยาระงับความรู้สึก ผู้ป่วยมีการเตรียมพร้อมต่อการได้รับยาระงับความรู้สึก และการผ่าตัดตรงวันและเวลาตามที่กำหนด

กิจกรรมการพยาบาล

1. วิชาชีพพยาบาลเยี่ยมผู้ป่วยก่อนการไต่ยาระงับความรู้สึก 1 วันก่อนผ่าตัด เพื่อเตรียมผู้ป่วยทั้งร่างกายและจิตใจ
2. พูดคุยเพื่อสร้างสัมพันธภาพที่ดี แนะนำตนเองแจ้งให้ผู้ป่วยทราบว่าเป็นผู้ดูแลให้การพยาบาลด้านวิชาชีพ
3. อธิบายแผนการรักษาให้แก่ผู้ป่วย
4. อธิบายการปฏิบัติตัวทั้งระยะก่อน ระหว่าง และหลังการไต่ยาระงับความรู้สึก การหายใจโดยใช้กล้ามเนื้อกระบังลม การไออย่างมีประสิทธิภาพ การลุกเดินจากเตียงเร็วหลังผ่าตัด
5. อธิบายการเตรียมทำความสะอาดร่างกาย เปลี่ยนเสื้อผ้าก่อนเข้าห้องผ่าตัด ให้สารน้ำ ใส่สายสวนปัสสาวะ การงดอาหารและน้ำหลังเที่ยงคืน หรืออย่างน้อย 8 ชั่วโมง เพื่อป้องกันการสำลักเศษอาหารระหว่างไต่ยาระงับความรู้สึก
6. ชักประวัติความเจ็บป่วยในอดีต การผ่าตัด การไต่ยาระงับความรู้สึก การแพ้ยา ยาที่รับประทานเป็นประจำ
7. ตรวจสอบเปิดทางเดินหายใจโดยการให้ผู้ป่วยอ้าปากเต็มที่แล้วแลิ้นออกมามากที่สุด (Mallampati classification) ตรวจสอบการเคลื่อนไหวคอ ลักษณะคอ เช่น คอสั้น ลักษณะฟัน และระยะห่างของฟัน ระยะของกระดูกไทรอยด์ถึงปลายคาง (Thyromental distance)
8. ประเมินผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ฟิล์มเอกซเรย์ปอด ผลการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ ถ้าพบความผิดปกติ รายงานวิชาชีพแพทย์
9. ประเมินโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนระหว่างและหลังการผ่าตัดตาม ASA Classification
10. และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติซักถามข้อสงสัย
11. ประเมินความรู้ความเข้าใจของผู้ป่วย และความวิตกกังวลโดยการพูดคุยสอบถาม สังเกตสีหน้าท่าทางการประเมินผล

การประเมินผล

ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวล ไต่ยาระงับความรู้สึก และผ่าตัดตรงวันเวลาตามที่กำหนดของวิชาชีพแพทย์ และศัลยแพทย์

ระยะระหว่างการไต่ยาระงับความรู้สึก

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2 เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ที่ใส่เข้าไปในช่องท้อง ได้แก่ ภาวะ subcutaneous emphysema ภาวะ pneumothorax ภาวะพร่องออกซิเจนในเลือด (hypoxemia) ภาวะคาร์บอนไดออกไซด์ในเลือดสูง (hypercarbia) และภาวะ gas embolism

ข้อมูลสนับสนุน

การผ่าตัดผ่านกล้องมีการใส่ก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์เข้าไปในช่องท้องของผู้ป่วย ผู้ป่วยสูญเสียหน้าที่ของกล้ามเนื้อในการหายใจจากการไต่ยาระงับย่อนกล้ามเนื้อ ใช้ kidney position ในการผ่าตัด

วัตถุประสงค์ เพื่อไม่ให้ผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการใส่ก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ที่ใส่เข้าไปในช่องท้อง

เกณฑ์การประเมินผล

สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ คลื่นไฟฟ้าหัวใจปกติ

ค่าคาร์บอนไดออกไซด์ในลมหายใจออกสุด (ETCO₂) ไม่เกิน 40 มิลลิเมตรปรอท

ค่า SpO₂ ไม่ต่ำกว่า 95% ไม่มีอาการขาดออกซิเจน เช่น ปลายมือปลายเท้าเขียว

กิจกรรมการพยาบาล

1. หลังการใส่ท่อช่วยหายใจเสร็จ ฟังปอด และตรวจสอบตำแหน่งของท่อช่วยหายใจให้อยู่ในตำแหน่งที่เหมาะสม คือ 20 เซนติเมตร และตรวจสอบตำแหน่งของท่อช่วยหายใจให้อยู่ในตำแหน่งเดิมเมื่อมีการเปลี่ยนท่า
2. ดูตื้นเสมหะในท่อทางเดินหายใจให้โล่ง ป้องกันเสมหะอุดกั้นทางเดินหายใจ
3. ทำการจัดปรับท่าผ่าตัด kidney position อย่างช้าๆ เพื่อป้องกันการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาและระบบหัวใจและหลอดเลือดอย่างรวดเร็ว มีอุปกรณ์รองรับตามปุ่มกระดูกป้องกันการกดทับ
4. ตรวจสอบเครื่องช่วยหายใจ ไม่ให้มีการหัก พับ งอ รั่ว และระมัดระวังข้อต่อต่างๆ ไม่ให้เกิดการหลุด ขณะให้การพยาบาลหรือปรับเปลี่ยนท่า

- ติดตามการทำงานของเครื่องดมยาสลบให้ผู้ป่วยได้รับยาสลบที่เหมาะสมและสม่ำเสมอ
- คำนวณตั้งค่าและควบคุมปริมาตรลมหายใจ อัตราการหายใจและแรงดันทางเดินหายใจ เปอร์เซ็นต์ออกซิเจนให้เหมาะสมกับผู้ป่วย ภายหลังการใส่ก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์
- เฝ้าระวังและควบคุมค่าคาร์บอนไดออกไซด์ในลมหายใจออกสุด (ETCO₂) ให้อยู่ระหว่าง 35-40 มิลลิเมตรปรอท รายงานวิสัญญีแพทย์ทันทีเมื่อค่า ETCO₂ สูงกว่าปกติ
- สังเกตสี ลักษณะของ sodalime ว่ามีเข้มข้นหรือไม่ ซึ่งเมื่อมีการดูดซับก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์เพิ่มขึ้น อาจทำให้ sodalime เปลี่ยนแปลงมาก ทำให้ ETCO₂ สูงขึ้นได้
- เฝ้าระวังค่าความดันในช่องท้อง (intraabdominal pressure) ให้อยู่ระหว่าง 8-12 มิลลิเมตรปรอท
- บันทึกค่าความดันสูงสุดที่วัดในหลอดลม (peak inspiration pressure: PIP)
- สังเกตความผิดปกติที่บ่งชี้ว่าผู้ป่วยขาดออกซิเจน เช่นค่า SpO₂ ลดลง
- บันทึกสัญญาณชีพอย่างน้อยทุก 2.5 - 5 นาที พร้อมทั้งจดบันทึก และรายงานวิสัญญีแพทย์ หากผู้ป่วยมีสัญญาณชีพที่ผิดปกติ หรือภาวะแทรกซ้อน
- เฝ้าระวังภาวะลมในชั้นใต้ผิวหนัง (subcutaneous emphysema) บริเวณใบหน้า ลำคอ และทรวงอก

การประเมินผล

ไม่มีอาการแสดงของการขาดออกซิเจน ค่า SpO₂ 99 - 100% ค่า ETCO₂ อยู่ระหว่าง 27 - 38 มิลลิเมตรปรอท คลำที่คอ และหน้าอกไม่พบเสียงกรอบแกรบ

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 3 ผู้ป่วยมีภาวะหัวใจเต้นช้าผิดปกติ

ข้อมูลสนับสนุน

ผู้ป่วยมีภาวะหัวใจเต้นช้าผิดปกติ 48 ครั้ง/นาที มีการใส่ก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ผ่านกล่องเข้าสู่ช่องท้องของผู้ป่วย ทำให้มีการกระตุ้นการตอบสนองระบบประสาทอัตโนมัติ vagal tone เพิ่มขึ้นทำให้หัวใจเต้นช้า

วัตถุประสงค์ ระหว่างผ่าตัดผู้ป่วยมีการเต้นของหัวใจเป็นปกติ

เกณฑ์การประเมินผล

ผู้ป่วยมีการเต้นของหัวใจเป็นปกติคงที่สม่ำเสมอ เปลี่ยนแปลงไม่เกินกว่าร้อยละ 20 ของสัญญาณชีพ ก่อนการระงับความรู้สึก อัตราการเต้นของหัวใจอยู่ระหว่าง 62 - 93 ครั้ง/นาที

กิจกรรมการพยาบาล

- ควบคุมการหายใจให้เพียงพอกับความต้องการของผู้ป่วย set Tidal volume ประมาณ 5 - 10 ml/kg
- ตรวจวัดสัญญาณชีพสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงและเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด พร้อมทั้งบันทึกลงในใบรายงานการระงับความรู้สึกทุก 5 นาที หรือถี่กว่านั้นในกรณีที่สัญญาณชีพไม่คงที่ โดยเฝ้าระวังอัตราการเต้นของหัวใจให้อยู่ระหว่าง 62 - 93 ครั้ง/นาที
- เตรียมอุปกรณ์และยาให้พร้อมใช้เมื่อเกิดภาวะแทรกซ้อนหรืออาการวิกฤติขณะผ่าตัด
- แจ้งให้ทีมผ่าตัดทราบเพื่อหยุดการทำผ่าตัดชั่วคราว ลดการกระตุ้นระบบประสาทอัตโนมัติ
- รายงานวิสัญญีแพทย์
- ดูแลให้ยา Atropine 0.6 มิลลิกรัมทางหลอดเลือดดำตามการรักษาของแพทย์ เฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลง เช่น การเต้นของหัวใจเร็วขึ้น ความดันโลหิตสูงหลังได้รับยา พร้อมทั้งประเมินผลหลังการให้ยา

การประเมินผล

ผู้ป่วยมีอัตราการเต้นของหัวใจเป็นปกติ 50-86 ครั้งต่อนาที มีเปลี่ยนแปลงไม่เกินกว่าร้อยละ 20 ของสัญญาณชีพ ก่อนการระงับความรู้สึก

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 4 เสี่ยงต่อการเกิดภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำเนื่องจากผ่าตัดนานและอุณหภูมิห้องผ่าตัดต่ำ
ข้อมูลสนับสนุน ห้องผ่าตัดมีอุณหภูมิ 20 องศาเซลเซียส ผ่าตัดนาน 3 ชั่วโมง 50 นาที
วัตถุประสงค์ ผู้ป่วยมีอุณหภูมิร่างกายปกติ

เกณฑ์การประเมินผล

ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำ

กิจกรรมการพยาบาล

1. ตรวจสอบเสื้อผ้าผู้ป่วยไม่ให้เปียกชื้น
2. เริ่มอบอุ่นร่างกายผู้ป่วยด้วยผ้าห่มเมื่อผู้ป่วยมาถึงห้องผ่าตัด
3. ไม่เปิดเผยร่างกายผู้ป่วยเกินความจำเป็น
4. ตรวจสอบอุณหภูมิห้องผ่าตัดให้เหมาะสมขณะใช้งาน คือ 20 - 24 องศาเซลเซียส
5. ใช้ผ้าห่มชนิดเป่าลมร้อน Bair hugger ที่อุณหภูมิ 38 - 42 องศาเซลเซียส ป้องกันการสูญเสียความร้อน พร้อมทั้งดูแลเครื่องเป่าลมร้อนให้ทำงานเป็นปกติได้อุณหภูมิที่เหมาะสมตามที่ตั้งไว้
6. ดูแลการให้สารน้ำที่อุ่นแก่ผู้ป่วย แต่ไม่สูงกว่าอุณหภูมิร่างกายอย่างเพียงพอ
7. วัดอุณหภูมิร่างกายทุก 15 นาที พร้อมทั้งจดบันทึก

การประเมินผล

ขณะผ่าตัดผู้ป่วยมีอุณหภูมิร่างกาย 35.8 - 36.5 องศาเซลเซียส

ระยะหลังการได้ยาระงับความรู้สึก

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 5 เสี่ยงต่อภาวะพร่องออกซิเจนและภาวะอุดกั้นทางเดินหายใจหลังได้ยาระงับความรู้สึก

ข้อมูลสนับสนุน

ผู้ป่วยได้รับยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกายเป็นเวลา 3 ชั่วโมง 50 นาที หลังถอดท่อช่วยหายใจผู้ป่วยหลับลึกตื่นเนื่องจากยังมีฤทธิ์ยาสลบค้างอยู่

วัตถุประสงค์ ป้องกันไม่ให้เกิดภาวะพร่องออกซิเจนและภาวะอุดกั้นทางเดินหายใจ

เกณฑ์การประเมินผล

ผู้ป่วยไม่มีการแสดงของภาวะพร่องออกซิเจน และภาวะอุดกั้นทางเดินหายใจ ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด (SpO₂) มากกว่า หรือเท่ากับ 95 เปอร์เซ็นต์

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินระดับความรู้สึกตัวของผู้ป่วย
2. จัดท่านอนให้ผู้ป่วยหนุนหมอนศีรษะสูง ตะแคงหน้าไปด้านซ้าย เพื่อเปิดทางเดินหายใจให้โล่ง และเพื่อป้องกันเนื้อเยื่อในช่องคอหอยอุดตัน ช่วยให้การหายใจมีประสิทธิภาพมากขึ้น
3. ดูแลให้ออกซิเจนความชื้น 100% 3 ลิตร/นาที ทางสายจุ่มก จนผู้ป่วยรู้สึกตัวตื่นดี
4. สังเกตลักษณะ และอัตราการหายใจของผู้ป่วย
5. ประเมินสัญญาณชีพทุก 5 นาที และติดตามค่า SpO₂
6. สังเกตอาการภาวะพร่องออกซิเจนเช่น ริมฝีปาก สีผิว สีเล็บไม่ซีดและเขียวคล้ำ อัตราการหายใจผิดปกติ ค่า SpO₂ ต่ำกว่า 95 เปอร์เซ็นต์ รายงานวิสัญญีแพทย์หากพบอาการผิดปกติ
7. กระตุ้นให้ผู้ป่วยมีอาการไอ เพื่อขับเสมหะ หรือใช้เครื่องดูดเสมหะในการกำจัดเสมหะ
8. เตรียมอุปกรณ์เปิดทางเดินหายใจและยาให้พร้อมใช้งานเมื่อเกิดภาวะแทรกซ้อนหรืออาการวิกฤติ
9. ดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยเพื่อให้ทราบถึงปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย สามารถแก้ไขได้อย่างทันที่

การประเมินผล

ผู้ป่วยหายใจได้เพียงพอ ไม่มีอาการของภาวะออกซิเจนทางเดินหายใจ SpO₂ 98-99%

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 6 ผู้ป่วยไม่สุขสบายเนื่องจากมีอาการปวดแผล

ข้อมูลสนับสนุน ผู้ป่วยมีสีหน้าท่าทางเจ็บปวด ร้องคราง pain score 7/10 คะแนน

วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ป่วยสุขสบาย ทุกแผลปวดแผล pain score น้อยกว่า 4 คะแนน

เกณฑ์การประเมินผล pain score น้อยกว่า 4 คะแนน ผู้ป่วยมีสีหน้าดีขึ้น ไม่ร้องปวดแผล

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมิน pain score ของผู้ป่วย โดยใช้มาตรวัดความเจ็บปวด (Visual analog scale) และสังเกตอาการ สีหน้าของผู้ป่วยพบว่าผู้ป่วยมี pain score ได้มาก 4 คะแนน
2. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาแก้ปวด Morphine 3 มิลลิกรัม ทางหลอดเลือดดำ เวลาปวดหรือทุก 4 ชั่วโมง ตามแผนการรักษาของแพทย์และเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนของยา เช่น กดการหายใจ หายใจช้าลง คลื่นไส้อาเจียน ท้องอืด
3. จัดทำนอนของผู้ป่วยให้อยู่ในท่าที่สุขสบายและปวดแผลน้อยที่สุด
4. ให้การพยาบาลด้วยความนุ่มนวล
5. ลดการรบกวนผู้ป่วย
6. ติดตามประเมินผลการปวดแผลอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ

การประเมินผล

ผู้ป่วยทุกแผลปวดแผล นอนหลับพักผ่อนได้ pain score 3/10 คะแนน

สรุปกรณีศึกษา

ผู้ป่วยหญิงไทย วัย 72 ปี มาโรงพยาบาลด้วยอาการ 7 เดือนก่อนมาโรงพยาบาลคลำพบก้อนบริเวณหน้าท้องด้านขวา CT Imp : Right Renal Cell Carcinoma แพทย์นัดผ่าตัด วันที่แพทย์นัดผ่าตัด รับไว้ในหอรักษาตัวที่ตึกศัลยกรรมหญิงได้รับการวินิจฉัย Right Renal Cell Carcinoma ทำผ่าตัด Laparoscopic Right Radical Nephrectomy : วิทยาลัยพยาบาลประเมินความเสี่ยงทางวิสัญญีวิทยา ตามเกณฑ์ของสมาคมวิสัญญี อเมริกาผู้ป่วยจัดอยู่ในความเสี่ยงต่อการผ่าตัดระดับ ASA physical status 3 จากเป็นสูงอายุ และมีโรคประจำตัว คือ ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง และโรคเก๊าท์ ผลการตรวจประเมินร่างกายก่อนการผ่าตัด พบผลเลือด CBC อยู่ในเกณฑ์ปกติ ค่าการทำงานของไต Cr 1.09 eGFR 51 คลื่นไฟฟ้าหัวใจ NSR 69 ครั้ง/นาที LAD Invert T V2-V3 ไม่มีอาการเจ็บหน้าอก และภาพถ่ายรังสีทรวงอกปกติ เตรียมเลือดสำหรับการผ่าตัด 2 ถุง ผู้ป่วยได้รับการระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย (General anesthesia) ใส่ท่อช่วยหายใจ และให้ยาระงับความรู้สึกแบบ Balanced technique ควบคุมการหายใจด้วยเครื่องช่วยหายใจแบบควบคุมปริมาตร (Ventilator tidal volume) 400 ซีซี อัตราหายใจ 12 ครั้ง/นาที จัดทำนอนตะแคง Kidney position ติดตามการเปลี่ยนแปลงของสัญญาณชีพทุก 5 นาที หรือน้อยกว่า 5 นาที เมื่อผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงที่เสี่ยงต่อชีวิต ทำการผ่าตัดใช้เวลา 3 ชั่วโมง 50 นาที ขณะผ่าตัดมีภาวะหัวใจเต้นช้า 48 ครั้งต่อนาที ได้รับการรักษาแก้ไขจนปกติ เสียเลือดทั้งหมด 20 มิลลิกรัม ได้สารน้ำทดแทน หลังเสร็จการผ่าตัดสามารถถอดท่อช่วยหายใจได้ ผู้ป่วยตื่นดี หายใจเองได้ดี ได้รับการดูแลหลังการระงับความรู้สึกในห้องพักฟื้นแล้วส่งกลับหอผู้ป่วยโดยไม่มีภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้บางส่วน และได้รับการฟื้นฟูสภาพ แพทย์จึงจำหน่ายกลับบ้าน และนัดติดตามอาการแบบผู้ป่วยนอก รวมวันนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล 5 วัน

วิจารณ์และข้อเสนอแนะ

จากกรณีศึกษา ผู้ป่วยที่ได้รับการระงับความรู้สึกทั่วร่างกายในการผ่าตัดไตออกผ่านกล้อง เป็นการผ่าตัดใหญ่ และมีความซับซ้อน เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน และภาวะวิกฤติได้ตลอดเวลา วิทยาลัยพยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยทั้งก่อน ระหว่าง และหลังการให้ยาระงับความรู้สึก ควรได้รับการพัฒนาความรู้และความสามารถในการปฏิบัติงานให้ทันสมัยอยู่เสมอ

เพื่อเพิ่มศักยภาพในการให้ยาระงับความรู้สึกสำหรับการผ่าตัดให้มีความปลอดภัยและไม่มีภาวะแทรกซ้อนต้อง จากกรณีนี้ จึงมีข้อเสนอแนะ ดังนี้

1. ควรนำกรณีศึกษามาบทวน ถอดบทเรียน แลกเปลี่ยนความรู้ ในทีมการดูแลผู้ป่วย สรุปข้อดี ข้อเสีย ปัญหา และอุปสรรคในการดูแลผู้ป่วย
2. ควรนำผลลัพธ์ที่ได้จากการทบทวน มาปรับปรุงแนวทางการให้ยาระงับความรู้สึกในการผ่าตัดไตออกผ่านกล้อง ให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. วิเชียร ศิริชนะพล. Laparoscopic Surgery in Urology. ศัลยศาสตร์ยูโร ภาควิชาศัลยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 1 ตุลาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก : <http://sg.docworkspace.com/d/sIEPwqLrhAZj2oKkG?sa=e1&st=0t>
2. อากเนย์ วงษ์สวัสดิ์. ศัลยแพทย์ผู้ชำนาญการด้านระบบทางเดินปัสสาวะ. [internet]. [เข้าถึงเมื่อ 10 ตุลาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.mediparkhospital.com/disease-andtreatment/kidney-tumors>
3. ธวัช ชาญชฎานนท์. Anesthesia for Laparoscopic Surgery. [internet]. [เข้าถึงเมื่อ 14 ตุลาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.medinfo2.psu.ac.th/anesth/education/laparoscopic.html>
4. วรุณี เจริญศิริ. ศูนย์ข้อมูลสุขภาพกรุงเทพ. [internet]. [เข้าถึงเมื่อ 10 ตุลาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก : <http://www.bangkokhealth.com/article/การตัดไต/>
5. อรรถกษณ์ รอดอนันต์. การระงับความรู้สึกในการผ่าตัดด้วยวิธีส่องกล้อง. ใน : เบญจรัตน์ หยก, นรุตม์ เรือน, งามจิตร ภัทร, บรรณาธิการ. วิทยุณีนีมีภูมิหรือยัง. กรุงเทพฯ; พี.เอ.ลีฟวิ่ง; 2564. หน้า 111 – 47.
6. ศูนย์ข้อมูลโรงพยาบาลกำแพงเพชร. รายงานประจำปี 2565. กำแพงเพชร: โรงพยาบาลกำแพงเพชร; 2565.
7. Mande S. "Providing full-body anesthesia." Anesthesia and Perioperative Care. Bangkok: P.A.Living; 2020.
8. เบญจรัตน์ หยกอุบล, นรุตม์ เรือนอนุกุล, อรรถกษณ์ รอดอนันต์, ฐิติกัญญา ดวงรัตน์. วิทยุณีนีมีภูมิหรือยัง. กรุงเทพฯ: ลักกี้ สตาร์ มีเดีย; 2560.
9. อักษร พูนนิตพร, มานี รักษาเกียรติศักดิ์, พรอรุณ เจริญราช, นรุตม์ เรือนอนุกุล. ตำราพื้นฟูวิชาการวิสัญญีวิทยา. กรุงเทพฯ: ราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทย; 2558.
10. บุศรา ศิริวันสาธิต, พิชยา ไวทยะวิญญู, ปฎิภาณ ตุ่มทอง. Anesthesia and Perioperative care. กรุงเทพฯ: พี.เอ.ลีฟวิ่ง; 2560.



Nursing care gestational diabetes mellitus and congenital malformation : A case study

Daungjan Buran. D.N.S.*

Abstract

Introduction : Gestational diabetes mellitus is a condition which a hormone made by placenta cause insulin less effective, a condition referred to insulin resistance. Hyperglycemia that develops during pregnancy affects pregnancy outcomes maternal and fetal health. IF GDM occur in first trimester of pregnancy will increase risk of preterm labour and congenital malformation. Effectiveness of nursing care in delivery period can help reduce the potential impact on both mothers and infants.

Objectives : To provide effective nursing care for the delivery of gestational diabetes mellitus whose infants presenting congenital malformation.

Case study : A Thai, 39 years old pregnant women with gestational diabetes and hypertension. She had two previous deliveries and 30 weeks gestation on admission date. Her diabetes was treated regularly with the combination of insulin therapy and diet control. She attended ANC clinic regularly and, found that, her high blood sugar was poor control. She attended the hospital with labor pain and uterine contraction. The fetal quickening had been slowed for more than three hours prior to admission. She admitted at labour room for fetal and maternal monitoring. At first she was minimal uterine contraction and fetal heart sound was normal. The fetal was well quickening. Mother's blood sugar levels were between 142-155 mg/dl. Vital signs were normal. Mother had inactive labor pain and normal fetal heart beats at first admission date. She was in labour and deliver preterm birth alive, unfortunately fetal died after one hour after delivery. Post partum the mother was active and well ambulated with her good blood sugar at 121 mg/dl. The doctor discharged her on June 16th, after three admission days. Nursing care diagnosis were risk of diabetic ketoacidosis in pregnant, risk of preterm delivery, risk to complication during delivery period, maternal and family concerned about fetal premature contraction, Neonate was respirator distress and cardiac arrest form congenital malformation, maternal risk to post partum hemorrhage in 24 hours, mother and her family grieving the loss of their babies , risk to poor control blood sugar postpartum.

Conclusion : Nursing care for pregnant women with gestational diabetes mellitus must initiate from the early stages of pregnancy. Pregnant women should receive early prenatal care when realize that she is pregnant and early screening of gestational diabetes. The care team set the aim to control sugar levels in normal range. During birth period, labour room team must prepare person, effective medical equipment and good coordination to prevent complications, Holistic nursing care leads to the safety of mothers and babies and family satisfaction.

Keywords : Gestational diabetes mellitus, Nursing care during delivery, Congenital malformation.

*Registered Nurse, Delivery room supervisor, Khlongklung Hospital.

การพยาบาลผู้คลอดที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ร่วมกับคลอดทารกมีความผิดปกติแต่กำเนิด : กรณีศึกษา

ดวงจันทร์ บุราณ, ป.พ.ส.*

บทคัดย่อ

บทนำ: ภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ มีสาเหตุมาจากรกมีการผลิตฮอร์โมนที่ทำให้พร่องการหลั่งฮอร์โมนอินซูลินกับต้านการหลั่งฮอร์โมนอินซูลิน ทำให้ระดับน้ำตาลกลูโคสเหลืออยู่ในกระแสเลือดมาก ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อทั้งมารดาและทารก การควบคุมระดับน้ำตาลไม่ตีตั้งแต่ระยะแรกของการตั้งครรภ์ เพิ่มความเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนดและเกิดความพิการแต่กำเนิด การให้การพยาบาลผู้คลอดอย่างมีประสิทธิภาพจะช่วยลดผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นกับมารดาและทารกได้

วัตถุประสงค์: เพื่อให้การพยาบาลผู้คลอดที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ร่วมกับคลอดทารกมีภาวะพิการแต่กำเนิดได้อย่างมีประสิทธิภาพ

กรณีศึกษา: หญิงไทยตั้งครรภ์ อายุ 39 ปี ตั้งครรภ์ครั้งที่ 3 ร่วมกับมีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ชนิด Overt DM with Chronic hypertension อายุครรภ์ 30 สัปดาห์ 3 วัน รักษาด้วยยาลดระดับน้ำตาลในเลือดชนิดฉีด และควบคุมอาหาร ฝากครรภ์ตามนัดทุกครั้ง ที่หน่วยฝากครรภ์ การควบคุมอาหารไม่ตี และระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่าค่าปกติ แพทย์เพิ่มขนาดยาฉีดขึ้นเรื่อยๆ ครั้งนี้มาโรงพยาบาลด้วย ก่อนมา 3 ชั่วโมง ปวดท้อง ท้องแข็ง เด็กดิ้นน้อยลง รับไว้ที่แผนกห้องคลอด เพื่อเฝ้าระวังอาการของทารกในครรภ์ และดูความก้าวหน้าของการคลอด แรกรับที่ห้องคลอด เจ็บครรภ์นานๆ ครั้ง เสียงหัวใจทารกปกติดี มารดา ระดับน้ำตาล 142 - 155 มก./ดล. สัญญาณชีพปกติ ในขณะนอนโรงพยาบาลเริ่มเจ็บครรภ์ถี่ขึ้น 1 วันถัดมาคลอดก่อนกำหนด พบทารกพิการแต่กำเนิด (Congenital malformation) ชนิดไซโคลเปีย (Cyclopia) เกิดมีชีพ และเสียชีวิตหลังคลอด 1 ชั่วโมง หลังคลอดมารดาปกติ ช่วยเหลือตัวเองได้ดี ระดับน้ำตาล 121 mg% ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ได้แก่ มารดาเสี่ยงต่อภาวะ ketoacidosis จากภาวะระดับน้ำตาลในเลือดสูงขณะรอคลอด มารดาเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด มารดาและครอบครัววิตกกังวลเกี่ยวกับทารกในครรภ์ที่มีภาวะคลอดก่อนกำหนด มารดาและทารกเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนในระยะคลอด ทารกมีภาวะหายใจลำบากจากการคลอดก่อนกำหนด และมีภาวะหัวใจหยุดเต้นเนื่องจากภาวะพิการแต่กำเนิด มารดามีโอกาสเกิดภาวะตกเลือดภายใน 24 ชั่วโมงแรกหลังคลอด มารดาและครอบครัวมีความเศร้าโศกจากการสูญเสียบุตรหลังคลอด มารดาหลังคลอดเสี่ยงต่อการขาดความตระหนักในการควบคุมระดับน้ำตาล แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้ ในวันที่ 16 มิถุนายน 2566 เพื่อกลับไปทำพิธีทำบุญอุทิศกุศลไปให้ทารก รวมอยู่โรงพยาบาล 3 วัน

สรุป: การพยาบาลผู้คลอดที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ต้องมีการดูแลตั้งแต่ระยะแรกของการตั้งครรภ์ หญิงตั้งครรภ์มีการฝากครรภ์ที่เร็วเมื่อทราบว่าตั้งครรภ์ ได้รับการคัดกรองและวินิจฉัยภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ให้ทันเวลา วางแผนและกำหนดเป้าหมายร่วมกับทีมที่ดูแลเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลให้อยู่ในค่าที่ปกติหรือใกล้เคียงค่าปกติ ระยะคลอดที่มผู้ดูแลต้องมีการเตรียมความพร้อมทั้งทางด้านบุคลากร เครื่องมือ การประสานงานที่ดี เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น ให้การพยาบาลแบบองค์รวม จะส่งผลให้มารดาและทารกปลอดภัย และครอบครัวเกิดความพึงพอใจ

คำสำคัญ: ภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ การพยาบาลระยะคลอด ภาวะพิการแต่กำเนิด

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หัวหน้าห้องคลอด โรงพยาบาลคลองขลุง

บทนำ

ภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ถือว่าเป็นภาวะแทรกซ้อนทางอายุรกรรมที่ส่งผลกระทบต่อหญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์เป็นอย่างมาก จากสถิติทั่วโลก IDF สมาพันธ์เบาหวานนานาชาติประมาณว่ามี 16.2% ของหญิงตั้งครรภ์ ที่มีภาวะน้ำตาลสูงในเลือด (ค.ศ. 2015) โดย 85.1% วินิจฉัยเป็นเบาหวานระหว่างตั้งครรภ์ (gestational diabetes) ในประเทศไทยมีการศึกษาของ HAPO (Hyperglycemia and Adverse Pregnancy Outcome: HAPO) ศึกษาในหญิงที่มีเชื้อชาติไทย พบว่ามีความชุกของ GDM (Gestational diabetes mellitus: GDM) ร้อยละ 23 และจากข้อมูลมีแนวโน้มหญิงวัยเจริญพันธ์ที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์เพิ่มขึ้น¹ ภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ มีสาเหตุมาจากการต้านฮอร์โมนอินซูลินกับความพร่องของการหลั่งฮอร์โมนอินซูลิน ทำให้ระดับน้ำตาลกลูโคสเหลืออยู่ในกระแสเลือดมาก² โดยปกติน้ำตาลในเลือดแม่จะผ่านรกไปที่ทารกได้โดยตรง แต่ฮอร์โมนอินซูลิน (Insulin) และฮอร์โมนกลูคาγον (Glucagon) ซึ่งทั้ง 2 ชนิดเป็นฮอร์โมนควบคุมการใช้น้ำตาลของร่างกาย ไม่สามารถผ่านรกเข้าไปได้ ดังนั้นระดับน้ำตาลในทารกจึงขึ้นกับระดับน้ำตาลของแม่ว่าสูงมากแค่ไหน³

ภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์มีผลกระทบและทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนเป็นอันตรายได้ทั้งต่อมารดา ทารกในครรภ์ และทารกแรกเกิด หากไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้ ผลที่เกิดกับมารดาทำให้มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูง หรือภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำในมารดาที่รับประทานอาหารได้น้อย อาจมีภาวะความดันโลหิตสูงร่วมด้วย เกิดอุบัติเหตุการคลอดก่อนกำหนด การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะและติดเชื้อในช่องคลอด การคลอดยากหรือตกเลือดหลังคลอด ส่วนผลกระทบต่อทารกในครรภ์ และทารกแรกเกิด ได้แก่ ทารกตัวโต ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำแรกเกิด ภาวะบิลิรูบินในเลือดสูง ภาวะแคลเซียมในเลือดต่ำ กลุ่มอาการหายใจลำบากแรกเกิด⁴ การควบคุมน้ำตาลไม่ดีในช่วงระยะแรกของการตั้งครรภ์เพิ่มความเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนดและเกิดความพิการแต่กำเนิดมากที่สุด โดยเฉพาะค่า HbA1C ที่ผิดปกติในช่วง 9 สัปดาห์แรก⁵ ความพิการแต่กำเนิด (congenital malformation) ของทารกสามารถเกิดขึ้นได้หลายแบบ ความพิการไซโคลเปีย (Cyclopia) เป็นโพลีโปรเซนเซฟาลีแบบที่หายาก เป็นความผิดปกติตั้งแต่กำเนิด ซึ่งมีลักษณะ คือ มีจมูก แต่บางครั้งเป็นวง (การเจริญเติบโตคล้ายจมูก) จะเกิดขึ้นเหนือตาในขณะที่ทารกอยู่ในครรภ์ไซโคลเปีย (Cyclopia) มักส่งผลให้แท้งหรือคลอดบุตรตายในครรภ์ การอยู่รอดหลังคลอดมักใช้เวลาเพียงไม่กี่ชั่วโมงเท่านั้น^{6,7,8}

สถิติหญิงตั้งครรภ์ของโรงพยาบาลคลองขลุง ตั้งแต่ปี 2563, 2564 และ 2565 มีจำนวนผู้ป่วยที่วินิจฉัยมีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ จำนวน 49, 38 และ 42 ราย เป็นร้อยละ 11.21, 7.64 และ 10.85 ตามลำดับ ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ปัญหาการดูแลผู้คลอดที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ที่ผ่านมามีทารกคลอดก่อนกำหนด คลอดติดไหล่ ส่วนความพิการและเสียชีวิตทารกแรกเกิดพบว่าเกิดขึ้นได้น้อย แต่มีความรุนแรงค่อนข้างสูง เกิดความสูญเสียและกระทบต่อจิตใจของผู้คลอดและครอบครัวเป็นอย่างมาก รวมถึงพยาบาลห้องคลอดไม่พบสถานการณ์นี้บ่อย จำเป็นต้องมีความรู้ความเข้าใจถึงการวินิจฉัยการพยาบาลและการพยาบาลทั้งในระยะรอคลอด ระยะคลอด ระยะหลังคลอด พัฒนาระบบการพยาบาลเพื่อช่วยลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจากภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ให้เกิดความรวดเร็วทันเวลา ปลอดภัยทั้งมารดาและทารก รวมถึงส่งเสริมให้มีแนวทางการดูแลทางด้านจิตใจของผู้ป่วยและครอบครัวเมื่อเกิดความพิการ หรือเกิดการสูญเสียในทารกแรกเกิดโดยไม่คาดฝัน การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อให้การพยาบาลผู้คลอดที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ร่วมกับคลอดทารกพิการแต่กำเนิดได้อย่างมีประสิทธิภาพ

กรณีศึกษา

หญิงไทยตั้งครรภ์ อายุ 39 ปี สถานภาพคู่

อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล

ปวดท้อง ท้องแข็ง เด็กดิ้นน้อยลง ก่อนมา 3 ชั่วโมง

ประวัติเจ็บป่วยปัจจุบัน

มารดาตั้งครรภ์ลำดับที่ 3 บุตรมีชีวิตรอยู่ 2 คน คนสุดท้ายอายุ 11 ปี ปฏิเสธการแท้ง วันแรกของการมีประจำเดือนครั้งสุดท้ายวันที่ 14 พฤศจิกายน 2565 ครบกำหนดคลอด 21 สิงหาคม 2566 อายุครรภ์วันที่มาโรงพยาบาล 30 สัปดาห์ 2 วัน ได้รับการตรวจอัลตราซาวด์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์ 6 สัปดาห์ 4 วัน ฝากครรภ์ครั้งแรก 7 สัปดาห์ 1 วัน ฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลคลองขลุงทุกครั้ง จำนวน 8 ครั้ง ฝากครรภ์ไม่ครบตามเกณฑ์ ขาดช่วง 32-40 สัปดาห์ อาการระหว่างตั้งครรภ์มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ระดับน้ำตาลช่วงฝากครรภ์ 186 - 320 มก/ดล. ผล ฮีโมโกลบินเอวันซี (HbA1C) 8.6 %

ประวัติเจ็บป่วยในอดีต

เป็นเบาหวานก่อนตั้งครรภ์ ประมาณ 6 เดือน เป็น ความดันโลหิตสูงก่อนตั้งครรภ์ 1 ปี รับการรักษาที่โรงพยาบาล คลองขลุงต่อเนื่อง ไม่ขาดนัด ปฏิเสธการผ่าตัด การแพ้ยา แพ้อาหาร

การวินิจฉัย : Overt DM with chronic hypertension with preterm with normal delivery congenital malformation.

การประเมินสภาพร่างกายตามระบบ

รูปร่างทั่วไป	รูปร่างอ้วน น้ำหนัก 83 กิโลกรัม ส่วนสูง 156 เซนติเมตร ค่าดัชนีมวลกายเท่ากับ 34.11 กิโลกรัมต่อตารางเมตร
สัญญาณชีพ	ความดันโลหิต 126/87 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 110 ครั้งต่อนาที แรงสม่ำเสมอ อัตราการหายใจ 22 ครั้งต่อนาที อุณหภูมิ 37 องศาเซลเซียส
ระบบประสาท	รู้สึกตัวดี สื่อสารได้ ประเมินความปวดระดับ 3 คะแนน
ผิวหนัง	ผิวหนังไม่พบผื่นคัน ผิวขาวเหลือง ไม่บวม
ศีรษะและใบหน้า	ผมสีดำ คล้ำไม่พบก้อนบริเวณต่อมหน้าเหลือง ตา 2 ข้างสมมาตรกัน มองเห็นชัด เปลือกตาไม่ซีดทั้ง 2 ข้าง
ทรวงอกและการหายใจ	รูปร่างทรวงอกปกติ ไม่พบก้อน เต้านม หัวนมปกติ เท่ากัน 2 ข้าง คัดตึงเล็กน้อย หายใจสม่ำเสมอ 22 ครั้ง/นาที ไม่หอบเหนื่อย
หัวใจและหลอดเลือด	การเต้นของหัวใจสม่ำเสมอ ชีพจร 110 ครั้งต่อนาที ตรวจระดับน้ำตาลในเลือด (DTX) 155 มก./ดล.
ช่องท้องและทางเดินอาหาร	ระดับยอดมดลูก 36 เซนติเมตร เหนือระดับหัวเหน่า เสียงการเต้นหัวใจทารกในครรภ์ 140 ครั้ง/นาที ทารกท่าตะแคงซ้ายเอาศีรษะลง ศรีษะอยู่เหนืออุ้งเชิงกราน มดลูกหดรัดตัวมากกว่า 10 นาที นาน 30 วินาที ความรุนแรงของการแข็งตัวของมดลูก 1+ ประมาณน้ำหนักทารกในครรภ์ 1,500 กรัม
ระบบทางเดินปัสสาวะ	กระเพาะปัสสาวะไม่โป่งตึง ไม่มีพบเลือดออกทางปัสสาวะ
ระบบอวัยวะสืบพันธุ์	ไม่พบอวัยวะเพศบวมแดง ตรวจภายในปากมดลูกไม่เปิด ไม่พบน้ำเดินทางไหล
ระบบกล้ามเนื้อและกระดูก	แขนและขาเคลื่อนไหวปกติ กล้ามเนื้อไม่ลีบ
สภาพจิตใจและสังคม	สีหน้าแสดงความกังวล ไม่ยิ้ม ให้ความร่วมมือดี

การตรวจทางห้องปฏิบัติการที่สำคัญ

Urine analysis : Protein1+, Glucose3+, RBC1-2, WBC3-5 Cells/HPF, Urobilinogen1+

CBC : WBC 15,810 Cell/mm³, RBC 4.3 X10⁶ cell/mm, Hb 11 g/dl, HCT 32.5%

ผลการตรวจอัลตราซาวด์ : Average age 29 weeks, EFW 1,249 G

ผลการตรวจ NST (Non stress test) : Category I:Normal (baseline Rate 110-160 bpm) moderate variability (6-25 bpm) absence of late or variable deceleration ,absence or present of early deceleration or accelerations

สรุปการดำเนินของโรคขณะรับไว้ในโรงพยาบาล

รับไว้ที่ห้องคลอด วันที่ 14 มิถุนายน 2566 เวลา 10.00 น. มีการหดรัดตัวของมดลูกนานๆ ครั้ง ตรวจสุขภาพของทารกในครรภ์ NST (Non stress test) ได้ Category I ไม่พบน้ำเดินทางออกทางช่องคลอด ตรวจภายในด้วยสเปคคิวลัม ปากมดลูกไม่เปิด ทารกตื่นดี มารดามีระดับน้ำตาลในเลือด (DTX) 155 มก./ดล. และ 142 มก./ดล. ดูแลยาฉีด NPH 50-0-24 ยูนิต เข้าได้ผิวหนังตามแผนการรักษา

วันที่ 15 มิถุนายน 2566 เวลา 06.30 น. ผู้ป่วยเริ่มเจ็บครรภ์ถี่ขึ้น มดลูกหดรัดตัว ทุก 4 นาที ระยะเวลานาน 35 วินาที ดูแลให้ยา Ampicillin 2 กรัม เข้าหลอดเลือดดำทันที Dexamethasone 6 มิลลิกรัม เข้ากล้ามเนื้อ ให้สารน้ำโซเดียมคลอไรด์เข้าหลอดเลือดดำอัตรา 100 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง เวลา 09.20 น. คลอดปกติทางช่องคลอด ให้ Oxytocin 10 ยูนิตเข้ากล้ามเนื้อ และเพิ่ม Oxytocin 40 ยูนิตในสารน้ำเดิม ทารกแรกคลอด เพศหญิง น้ำหนัก 1,530 กรัม ทารกพบความพิการแต่กำเนิดชนิดไซโคลเปีย (Cyclopia) คะแนนที่ 1 นาที 2 คะแนน 5 นาที 7 คะแนน และ 10 นาที 7 คะแนน เวลา 10.00 น. ทารกเกิดภาวะหยุดหายใจ ดูแลช่วยฟื้นคืนชีพถึงเวลา 11.22 น. แพทย์ลงความเห็นทารกเสียชีวิตหลังคลอดจากความพิการแต่กำเนิด

วันที่ 16 มิถุนายน 2566 เวลา 10.00 น. มารดาหลังคลอดช่วยเหลือตัวเองได้ดี อ่อนเพลียเล็กน้อย น้ำคาวปลาไหลปกติ เต้านมคัดตึง สัญญาณชีพปกติ แพทย์ตรวจเยี่ยมอาการอนุญาตให้กลับบ้านได้

การวางแผนการพยาบาล

แบ่งเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะรอคลอด ระยะคลอด ระยะหลังคลอด

ระยะรอคลอด

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 1 มารดาเสี่ยงต่อภาวะคีโตน (ketoacidosis) จากภาวะระดับน้ำตาลในเลือดสูงขณะรอคลอด

ข้อมูลสนับสนุน : มารดาเป็นเบาหวานก่อนตั้งครรภ์ (Overt DM) ระดับน้ำตาลในเลือดขณะฝากครรภ์ 180-320 มก./ดล.

ฮีโมโกลบินเอวันซี (HbA1C) 8.6% แกร็บที่ห้องคลอด ระดับน้ำตาลในเลือด(DTX)เป็น 155 มก./ดล. ค่าน้ำตาลในปัสสาวะ 3+

วัตถุประสงค์การพยาบาล : เพื่อป้องกันการเกิดภาวะคีโตน (ketoacidosis) จากระดับน้ำตาลในเลือดสูง

เกณฑ์การประเมินผล

1. ระดับน้ำตาลในเลือดของมารดาไม่เกิน 200 มก./ดล.
2. มารดาไม่แสดงอาการคีโตน (ketoacidosis) ได้แก่ ภาวะขาดน้ำ ริมฝีปากแห้ง กระหายน้ำ ชีพจรเร็ว ความดันเลือดต่ำ หายใจหอบลึก คลื่นไส้ อาเจียน ปวดท้อง
3. สัญญาณชีพปกติ ความดันโลหิต 90/60 - 140/90 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 80-100 ครั้ง/นาที หายใจ 20-24 ครั้ง/นาที
4. ไม่พบค่า Ketones ในเลือดและในปัสสาวะ

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินสัญญาณชีพทุก 2-4 ชั่วโมง และติดตามระดับน้ำตาลปลายนิ้วก่อนรับประทานอาหาร 1 ชั่วโมง
2. ดูแลให้ยา NPH 50-0-24 เข้าชั้นใต้ผิวหนัง เข้าเย็น ติดตามอาการและอาการแสดงของระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ ได้แก่ ใจสั่น เหงื่อออก ชีวมลง
3. สังเกตอาการภาวะคีโตน (Ketoacidosis) ได้แก่ ริมฝีปากแห้ง กระหายน้ำ เหนื่อย คลื่นไส้ อาเจียน ปวดท้อง
4. ดูแลจัดอาหารเฉพาะโรคและดูแลให้ผู้ป่วยได้รับสารน้ำตามแผนการรักษาของแพทย์
5. ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ ระดับน้ำตาลกลูโคสในเลือด ภาวะเลือดเป็นกรด ($\text{HCO}_3^- < 15$ มิลลิโมลลิตร) คีโตนในเลือดและในปัสสาวะ $> 2+$

ประเมินผล

1. ระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ระหว่าง 142-155 มก./ดล.
2. ไม่มีอาการแสดงของอาการ ketoacidosis ได้แก่ ภาวะขาดน้ำ ริมฝีปากแห้ง กระหายน้ำ ชีพจรเร็ว ความดันเลือดต่ำ หายใจหอบลึก คลื่นไส้ อาเจียน ปวดท้อง
3. ตรวจปัสสาวะพบ Sugar 1+ ไม่พบคีโตนในเลือดและในปัสสาวะ HCO_3^- 18 มิลลิโมลลิตร

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 2 มารดาเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด เนื่องจากมดลูกมีการหดรัดตัว

ข้อมูลสนับสนุน : มารดาอายุครรภ์ 30 สัปดาห์ 2 วัน มาโรงพยาบาลด้วยรู้สึกท้องแข็ง นานๆ ครั้ง เด็กดิ้นดี รู้สึกเหมือนมีน้ำเดินทางออกทางช่องคลอด ตรวจภายในด้วยสเปคคิวลัมปากมดลูกไม่เปิด ผล nitrazine test PH 6

วัตถุประสงค์การพยาบาล : เพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนด

เกณฑ์การประเมินผล

1. มดลูกไม่มีการหดตัว มารดาไม่มีอาการเจ็บครรภ์คลอด
2. ไม่มีน้ำเดินทางออก
3. ทารกในครรภ์ปกติ เสียงหัวใจอยู่ในช่วง 110 ครั้ง/นาทีถึง 160 ครั้ง/นาที

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินการหดตัวของมดลูก และเสียงหัวใจทารกในครรภ์ทุก 1 - 2 ชั่วโมง
2. หลีกเลี่ยงการตรวจภายในทางช่องคลอด และการตรวจทางทวารหนัก อาจทำให้มีการกระตุ้นให้มดลูกมีการแข็งตัว
3. แนะนำไม่ให้ผู้ป่วยกลั้นปัสสาวะ เพราะอาจเป็นสาเหตุของการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะส่งผลให้มีการแข็งตัวของมดลูกเพิ่มขึ้น
4. แนะนำให้พักผ่อนบนเตียง ลดการมีกิจกรรม เช่น เดินบ่อย เพราะเป็นการกระตุ้นให้มดลูกมีการหดตัวมากขึ้น
5. แนะนำเกี่ยวกับอาการที่อาจคลอดก่อนกำหนดได้ ได้แก่ เจ็บครรภ์ถี่ขึ้น มีน้ำเดินทางออก
6. แนะนำให้ผู้ป่วยใส่ผ้าอนามัย เพื่อสังเกตน้ำเดินทางออก
7. เฝ้าระวังและสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงทั้งมารดาและทารกทุก 2 - 4 ชั่วโมง
8. เปิดโอกาสให้มารดาได้ซักถามข้อสงสัย

ประเมินผล

1. มีเจ็บครรภ์นานๆ ครั้ง มดลูกไม่มีการแข็งตัว ใน 10 นาที
2. ไม่พบน้ำเดินทางออก
3. NST (Non stress test) ได้ Category I เสียงหัวใจทารกในครรภ์ 140-154 ครั้ง/นาที

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 3 มารดาและครอบครัววิตกกังวลเกี่ยวกับทารกในครรภ์ที่มีภาวะคลอดก่อนกำหนด

ข้อมูลสนับสนุน : แรกจับ มารดามีสีหน้าวิตกกังวล ไม่ยิ้ม สามี่เข้ามาสอบถามอาการของภรรยา มารดาถาม หนูจะคลอดไหมคะ ท้องหนูยังไม่ครบกำหนดเลย

วัตถุประสงค์การพยาบาล : เพื่อลดความวิตกกังวลของมารดาและครอบครัว

เกณฑ์การประเมิน

1. มารดาและครอบครัว มีสีหน้ายิ้มแย้ม
2. มารดาพักผ่อนได้ ปฏิบัติตามคำแนะนำ มีปฏิริยาการตอบสนองกับพยาบาลที่เหมาะสม

กิจกรรมการพยาบาล:

1. สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและครอบครัวเพื่อให้เกิดความไว้วางใจ
2. ประเมินลักษณะอาการแสดงออกที่เป็นปัญหา เช่น สีหน้าเรียบเฉย ไม่ตอบสนอง คิ้ว ขมวด
3. ประเมินลักษณะการแสดงออกในทุกๆ ด้าน ทั้งด้านความคิด พฤติกรรม อารมณ์ และความรู้สึก และประเมินการเปลี่ยนแปลงทางด้านสรีระ ทั้งด้านความถี่ ความรุนแรง เพื่อวางแผนในระยะยาวต่อไป
4. ให้ข้อมูลผู้ป่วยและครอบครัวได้รับทราบข้อมูลเบื้องต้น ได้แก่ อาการของทารกในครรภ์ ความก้าวหน้าของการคลอดก่อนกำหนด และผลของการคลอดก่อนกำหนด แนวทางการดูแลและช่วยเหลือเมื่อเข้าสู่ระยะการคลอดก่อนกำหนด
5. แนะนำให้ผู้ป่วยผ่อนคลาย หายใจเข้าออกลึกๆ
6. รับฟังปัญหาของผู้ป่วย และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้ซักถามข้อสงสัย

ประเมินผล

1. ครอบครัวรับฟัง ไม่มาสอบถามอาการของมารดา
2. มารดาพักผ่อนได้ ปฏิบัติตามคำแนะนำของพยาบาล

ระยะคลอด

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 4 มารดาและทารกเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนในระยะคลอดเนื่องจากมารดามีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ และคลอดก่อนกำหนด

ข้อมูลสนับสนุน : อายุครรภ์ 30 สัปดาห์ 2 วัน มารดากระสับกระส่ายบอกเจ็บครรภ์มากขึ้นถี่ขึ้น และรู้สึกเหมือนอยากเบ่งปวดหลัง ตรวจภายใน ปากมดลูกเปิดหมดเสียงหัวใจทารกในครรภ์ 140 ครั้ง/นาที ถุงน้ำแตก สีน้ำตาลใส

วัตถุประสงค์การพยาบาล : เพื่อให้มารดาและทารกปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนในระยะคลอด

เกณฑ์การประเมิน

1. มารดาไม่เกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำหรือสูงเกินค่าปกติ ในระหว่างคลอด ระดับน้ำตาลไม่น้อยกว่า 70 มก./ดล. และไม่เกิน 110 มก./ดล.
2. มารดาสัญญาณชีพปกติ ความดันโลหิต 90/60 -140/90 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 80-100 ครั้ง/นาที หายใจ 20-24 ครั้ง/นาที
3. ทารกแรกคลอด Apgar Score ที่ 1, 5 และ 10 นาที มากกว่า 7 คะแนน ระดับน้ำตาลในทารกแรกเกิดไม่ต่ำ 40 มก./ดล.

และไม่เกิน 126 มก./ดล.

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินสภาพมารดาและทารกในครรภ์ในเมื่อเข้าสู่ระยะ active phase ตรวจวัดสัญญาณชีพ และประเมินการหดตัวของมดลูก ฟังเสียงของหัวใจทารก ทุก 1 - 2 ชั่วโมง
2. ติดตามตรวจระดับน้ำตาล (DTX) ของมารดาก่อนรับประทานอาหารเข้า เย็น และก่อนนอน ตามแผนการรักษาของแพทย์
3. ดูแลให้สารน้ำแก่มารดาในระยะ active phase เป็น 5% D/N2 1,000 มิลลิลิตร อัตรา 80 มิลลิลิตร/ชั่วโมงตามแผนการรักษา เพื่อป้องกันการเกิดภาวะ Hypoglycemia ระหว่างคลอด
4. สังเกตการหดตัวของมดลูก และเสียงหัวใจทารกทุก 5 นาที ในระยะที่ 2 ของการคลอด
5. ติดตามสุขภาพทารกในครรภ์ด้วยเครื่องตรวจสุขภาพของทารกในครรภ์ EFM (electronic fetal monitoring) เมื่อเข้าสู่ระยะ active phase จนกว่าจะคลอด
6. เตรียมเครื่องมือและอุปกรณ์ในการรับเด็ก ประสานทีมเพื่อเตรียมรับเด็กคลอดก่อนกำหนด
7. จัดทำผู้ป่วย Lithotomy เตรียมเข้าสู่ระยะที่ 2 ของการคลอดและแนะนำวิธีการเบ่งอย่างถูกวิธีโดยหายใจเข้าลึกๆ เก็บลมแล้วเบ่งยาวๆทำซ้ำ 2 - 3 ครั้ง
8. ดูแลทารกแรกเกิด เพื่อป้องกันการเกิดภาวะขาดออกซิเจน (birth asphyxia) โดย initial step ประเมิน Apgar score ที่ 1 นาที 5 นาที และ 10 นาที
9. ดูแลฉีดยา Oxytocin 10 ยูนิต เข็มกล้ำเนื้อหน้าของมารดาเมื่อไหล่หน้าของทารกคลอดเพื่อให้มดลูกหดตัวป้องกันการตกเลือด
10. สังเกตอาการเปลี่ยนแปลงของมารดาและทารกหลังการคลอด
11. ตรวจระดับน้ำตาลของทารกแรกคลอด และตรวจระดับน้ำตาลในเลือดของมารดา ทุก 1 - 2 ชั่วโมงหลังคลอด

ประเมินผล

1. มารดา ระดับน้ำตาล 142 มก./ดล. สูญเสียเลือดทางช่องคลอดหลังคลอด 150 มิลลิลิตร
2. ความดันโลหิต 132/85 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 86 ครั้ง/นาที การหายใจ 20 ครั้ง/นาที
3. ทารกแรกคลอดมีความพิการบริเวณใบหน้า มีดวงตา 1 ดวง จมูกเหมือนงวงช้างเหนือบริเวณตา
4. Apgar Score 1 นาที 2 คะแนน 5 นาที 7 คะแนน และ 10 นาที 7 คะแนน DTX 400 มก./ดล.

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 5 ทารกมีภาวะหายใจลำบากจากการคลอดก่อนกำหนดและมีภาวะหัวใจหยุดเต้น เนื่องจากภาวะพิการแต่กำเนิด

ข้อมูลสนับสนุน : วันที่ 15 มิถุนายน 2566 เวลา 09.20 น. คลอดปกติ มีชีพ เพศหญิง ทารกมีความพิการบริเวณใบหน้า มีดวงตา 1 ดวง มีจมูกเหมือนงวงช้างเหนือบริเวณตา หายใจเร็ว ปลายมือปลายเท้าเขียว หลังคลอด 40 นาทีมีภาวะหัวใจหยุดเต้น ผิวซีด ตัวอ่อนปวกเปียก

วัตถุประสงค์การพยาบาล : เพื่อให้ปอด ของทารกมีการแลกเปลี่ยนก๊าซอย่างมีประสิทธิภาพและได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ และมีหัวใจกลับมาเต้นอีกครั้ง

เกณฑ์การประเมิน

1. Appgar score ที่ 10 นาที 10 คะแนน ไม่มีเขียวปลายมือปลายเท้า
2. หลังคลอดทารกมีชีวิตรอดเสียงเต้นของหัวใจทารก 100-160 ครั้ง/นาที

กิจกรรมการพยาบาล

1. ตามทีม Rapid Response team(RRT) ของสูติกรรมประกอบด้วย กุมารแพทย์ พยาบาลตึกเด็ก วิชาญญีพยาบาล เพื่อรับทารกที่คลอดก่อนกำหนด เมื่อมารดาเข้าสู่ระยะคลอด
2. เตรียมอุปกรณ์ และยาที่ใช้ในการช่วยฟื้นคืนชีพของทารกแรกเกิด ได้แก่ ชุด Neopuff ช่วยหายใจในทารกแรกเกิด ก่อนกำหนด ตั้งค่า Peak Inspiration Pressure(PIP) 20 - 25 ซม. น้ำค่า positive end expiratory pressure (PEEP) 2 - 5 ซม. น้ำยา adrenaline ผสม 1:10,000 เตรียม Mask เบอร์ 0 Endotracheal Tube เบอร์ 2.5 - 3 มม. เตรียมสายดูดเสมหะเบอร์ 6 และเบอร์ 8 เตรียมชุดให้สายน้ำทางสายสวนหลอดเลือดดำทางสายสะดือ UVC (Umbilical vein catheter) เตรียม Radiant Warmer, Transport Incubator ให้พร้อมใช้งาน
3. กำหนดบทบาทหน้าที่ของทีมและซักซ้อมในการให้ความช่วยเหลือทารกคลอดก่อนกำหนด
4. ประเมินสภาพร่างกายทารกแรกคลอด ดูแล clear airway เช็ดตัวให้แห้ง ให้ความอบอุ่นได้ radiant warmer กระตุ้นให้ทารกร้อง ประเมินการหายใจ อัตราการเต้นของหัวใจ
5. ช่วยฟื้นคืนชีพทารกแรกเกิด ดูแล positive pressure ventilation (PPV) 1 cycle และช่วยแพทย์ใส่ท่อช่วยหายใจ และดูแลทำ CPR ในทารกแรกเกิดนาน 30 นาที
6. ดูแลให้สารน้ำ 5% DW 500 มิลลิลิตร อัตรา 5 มิลลิลิตร/ชั่วโมงและให้ยา Adrenaline 1:10,000 ครั้งละ 3 มิลลิลิตร ห่างกัน 3 - 5 นาที จำนวน 7 ครั้ง เข้าทางสายสวนหลอดเลือดดำสายสะดือ UVC (Umbilical vein catheter) ตามแผนการรักษาของแพทย์

ประเมินผล

1. Appgar score 1 นาที 2 คะแนน 5 นาที 7 คะแนน และ 10 นาที 7 คะแนน
2. ทารกหัวใจหยุดเต้น หลังคลอด 40 นาที หลังการช่วยฟื้นคืนชีพ แพทย์ลงความเห็น ทารกเสียชีวิตจากความพิการแต่กำเนิด

ระยะหลังคลอด

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 6 มารดามีโอกาสเกิดภาวะตกเลือดภายใน 24 ชั่วโมงแรกหลังคลอด

ข้อมูลสนับสนุน : มารดาท้องที่ 3 คลอดปกติ Hematocrit ก่อนคลอด 32.5%.

วัตถุประสงค์การพยาบาล : เพื่อป้องกันการเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอด

เกณฑ์การประเมิน

1. มารดาหลังคลอด normal bleeding จำนวนเลือดที่ออกทางช่องคลอดหลังทารกคลอดน้อยกว่า 500 มิลลิลิตร ไม่มีอาการเวียนศีรษะ ใจสั่น หน้ามืด
2. สัญญาณชีพปกติ ความดันโลหิต 90/60 - 140/90 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 80 - 100 ครั้ง/นาที หายใจ 20 - 24 ครั้ง/นาที

กิจกรรมการพยาบาล

1. สังเกตการหดตัวของมดลูกหลังคลอดว่าหดตัวดีหรือไม่ โดยการคลำมดลูกต้องเป็นก้อนกลม แข็ง
2. ตรวจประเมินสัญญาณชีพหลังคลอดหลังคลอด ทุก 15 นาที 4 ครั้งและทุก 30 นาที 2 ครั้ง เพื่อประเมินอาการของการสูญเสียเลือดในระยะ 2 ชั่วโมงแรกหลังคลอด
3. กระตุ้นและส่งเสริมให้มารดาคลึงมดลูกเพื่อให้มดลูกมีการหดตัวดีขึ้นในช่วง 2 ชั่วโมงแรกหลังคลอด

4. ดูแลให้ยา Oxytocin 10 ยูนิต เข้มข้นแล้วให้ Oxytocin 40 ยูนิต ใส่สารน้ำเติมหยดทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษาของแพทย์ เนื่องจากท้องที่ 3 ร่วมกับมีภาวะซีด มีโอกาสการตกเลือดได้ง่าย
5. วัดปริมาตรการสูญเสียเลือดทางช่องคลอด โดยใช้ถุงตวงเลือด เพื่อดูปริมาณเลือดที่สูญเสีย เพื่อให้การช่วยเหลือที่ทันท่วงที
6. สังเกตเลือดที่ออกทางช่องคลอด หรือแผลฝีเย็บจากผ้าอนามัย ทุก 30 นาที -1 ชั่วโมง ในระยะ 2 ชั่วโมงแรก หากไม่พบอาการผิดปกติ ในระยะ 2 ชั่วโมงแรก ให้ติดตามทุก 4 ชั่วโมงในระยะ 24 ชั่วโมงแรกหลังคลอด
7. สังเกตอาการของภาวะตกเลือดหลังคลอด ได้แก่ มดลูกคลำไม่ไตก่อน เลือดชุ่มผ้าอนามัย ไหลตลอด ใจสั่น หน้ามืด เหงื่อออก ตัวเย็น
8. ประเมินภาวะแพ้ปัสสาวะ และกระตุ้นมารดาให้ปัสสาวะ ทุก 4 - 6 ชั่วโมง เนื่องจากการมีภาวะภาวะแพ้ปัสสาวะเต็มนาน ๆ จะขัดขวางการหดตัวของมดลูกได้

ประเมินผล

1. มารดาหลังคลอดจำนวนเลือดที่ออกทางช่องคลอดหลังทารกคลอด 150 มิลลิตร หลังคลอด 24 ชั่วโมง เลือดออกทางช่องคลอดชุ่มผ้าอนามัย 1 ผืน ใน 4 ชั่วโมง ไม่เวียนศีรษะ หน้ามืด ใจสั่น
2. ความดันโลหิต 126/82 - 130/88 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 80 - 88 ครั้ง/นาที หายใจ 20 - 24 ครั้ง/นาที

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 7 มารดาและครอบครัว มีภาวะเศร้าโศกจากการสูญเสียบุตรหลังคลอด

ข้อมูลสนับสนุน : ผู้ป่วยและสามี ร้องไห้หลังจากทราบว่าทารกเสียชีวิต เป็นบุตรคนแรกกับสามีคนปัจจุบัน

วัตถุประสงค์การพยาบาล : เพื่อให้มารดาและครอบครัวคลายความเศร้าโศก

เกณฑ์การประเมิน

1. มารดาและครอบครัว ไม่ร้องไห้
2. มารดาและครอบครัว มีทำที่ยอมรับ พูดคุยกับเจ้าหน้าที่ได้ปกติ

กิจกรรมการพยาบาล

1. สร้างสัมพันธ์ภาพ และเปิดโอกาสให้ระบายความรู้สึก โดยพูดคุยด้วย น้ำเสียงที่นุ่มนวล ให้ความสนใจและฟังอย่างตั้งใจ
2. คอยให้กำลังใจ ปลอบโยนและสัมผัสเพื่อให้รู้สึกอบอุ่นเป็นมิตร และให้คำแนะนำปรึกษา
3. ให้ข้อมูลเกี่ยวกับพยาธิสภาพของโรค และวิธีการรักษา ผลลัพธ์ของการรักษา
4. ส่งเสริมให้สามีและญาติมีส่วนร่วมในการดูแลมารดาหลังคลอด โดยให้อยู่เป็นเพื่อนตลอดเวลา และแนะนำให้คำปลอบโยนให้กำลังใจ
4. หลีกเลี่ยงให้ผู้นอนเตียงรวมกับหญิงหลังคลอดที่มีบุตร ซึ่งอาจจะกระตุ้นให้มารดาหลังคลอดรู้สึกเศร้ามากขึ้น

ประเมินผล

1. มารดาและครอบครัว 1 วันผู้ป่วยสีหน้าดีขึ้น ไม่ร้องไห้
2. บอกกับพยาบาลจะกลับบ้าน ไปทำบุญให้กับบุตร ครอบครัวบอกยอมรับกับการสูญเสียได้

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 8 มารดาหลังคลอดเสี่ยงต่อการขาดความตระหนักในการควบคุมระดับน้ำตาล

ข้อมูลสนับสนุน : ประวัติการฝากครรภ์ในครรภ์นี้ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ การสั่งใช้ยาฉีดเบาหวานมีจำนวนเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ

ญาติบอกว่าอยู่บ้านไม่ควบคุมอาหาร รับประทานอาหารเก่งมาก

วัตถุประสงค์การพยาบาล : เพื่อให้มารดาตระหนักถึงผลกระทบและมีความรู้ความเข้าใจในการควบคุมระดับน้ำตาล

เกณฑ์การประเมิน

1. ระดับน้ำตาลในเลือดหลังคลอดอยู่ในเกณฑ์ปกติ 70-110 มก./ดล.
2. สามารถบอกวิธีการควบคุมอาหารได้ถูกต้อง

กิจกรรมการพยาบาล

1. สร้างสัมพันธภาพ และเปิดโอกาสให้ระบายความรู้สึก โดยพูดคุยด้วย น้ำเสียงที่นุ่มนวล ให้ความสนใจและฟังอย่างตั้งใจ
2. ให้ข้อมูลเกี่ยวกับพยาธิสภาพของโรค และวิธีการรักษา ผลลัพธ์ของการรักษา
3. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ทบทวนพฤติกรรมดูแลตัวเอง เพื่อหาจุดอ่อนที่ทำให้ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ ร่วมกับทีมสุขภาพในการวางแผนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การรักษาด้วยยาฉีดที่ถูกต้อง
4. ส่งเสริมการวางแผนครอบครัว อธิบายถึงโอกาสที่จะมีการคลอดบุตรเกิดความพิการแรกเกิดได้อีก
5. ติดตามอาการหลังคลอดและระดับน้ำตาล เมื่อกลับไปอยู่บ้าน โดยประสานส่งต่อผู้ป่วยกับทีมเยี่ยมบ้านของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ นัดเข้าคลินิกเบาหวานของโรงพยาบาล

ประเมินผล

1. สอบถามมารดาหลังคลอด เรื่องความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวตอบได้ และบอกว่าจะควบคุมอาหาร
2. ระดับน้ำตาลหลังคลอดก่อนจำหน่าย 121 มก./ดล.
3. มารดาหลังคลอด 6 สัปดาห์มีระดับน้ำตาล 112 มก./ดล.

สรุปกรณีศึกษา

หญิงตั้งครรภ์อายุ 39 ปี ก่อนมาโรงพยาบาล 3 ชม. มีอาการ ปวดท้อง ท้องแข็ง เด็กดิ้นน้อยลง อายุครรภ์ 30 สัปดาห์ 2 วัน เป็นเบาหวานก่อนตั้งครรภ์ที่ 3 รักษาโดยใช้ยาฉีด NPH 50-0-24 ยูนิต และมีภาวะความดันโลหิตสูงร่วมด้วยได้รับยา Methyldopa 250 mg 1 เม็ด 2 เวลาหลังอาหาร เข้า-เย็น ระยะเวลาคลอดได้ให้การพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดภาวะคีโตน (ketoacidosis) จากระดับน้ำตาลในเลือดสูง ให้การพยาบาลป้องกันการคลอดก่อนกำหนด การดูแลด้านจิตใจของมารดาและครอบครัว เพื่อลดความวิตกกังวลเกี่ยวกับการคลอดก่อนกำหนด ระยะเวลาคลอด ให้การพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนในมารดาและทารกขณะคลอด การพยาบาลทารกที่มีภาวะวิกฤติ เนื่องจากทารก มีลักษณะเป็น Congenital malformation ชนิด midline defect Cyclopia หลังคลอดทารกมีภาวะหัวใจหยุดเต้น ทำการกู้ชีพในทารกแรกเกิดนาน 30 นาที ไม่พบว่าทารกมีสัญญาณชีพ แพทย์ลงความเห็นเสียชีวิตจากความพิการ ระยะเวลาคลอด ให้การพยาบาลป้องกันการภาวะแทรกซ้อนของมารดา การดูแลด้านจิตใจของมารดาและครอบครัวในกรณีสูญเสียบุตร สร้างความตระหนักในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ การวางแผนครอบครัวอธิบายหากมีบุตรอีกมีแนวโน้มเกิดความพิการของทารก หลังคลอดมารดาและครอบครัวยอมรับการสูญเสียได้ มารดาช่วยเหลือตัวเองได้ดี มีคัตติ้งเต้านมเล็กน้อย น้ำคาวปลาไหลปกติ แพทย์ตรวจเยี่ยมอาการอนุญาตให้กลับบ้านได้ นัดตรวจหลังคลอด อีก 6 สัปดาห์

วิจารณ์

หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ การควบคุมระดับน้ำตาลตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ให้อยู่ในเกณฑ์ที่ปกติมีความสำคัญอย่างมาก เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นทั้งต่อมารดาทารกที่อยู่ในครรภ์และทารกแรกเกิด บทบาทของพยาบาล คือ การประสานทีมสหสาขาและครอบครัวช่วยส่งเสริมให้มารดาควบคุมระดับน้ำตาลให้อยู่ในเกณฑ์ปกติในระยะตั้งครรภ์ได้แก่ เรื่องการควบคุมอาหาร การควบคุมน้ำหนัก การออกกำลังกาย การรับไว้ในโรงพยาบาลเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรณีไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ ภาวะแทรกซ้อนของการควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ในช่วงตั้งครรภ์ส่งผลให้มารดามีภาวะคลอดก่อนกำหนด ทารกพิการจนไม่สามารถมีชีวิตรอดได้ ผู้ป่วยและครอบครัวเกิดความสูญเสียและเสียใจ พยาบาลในฐานะที่เป็นเจ้าหน้าที่ที่ดูแลผู้ป่วยใกล้ชิดมากที่สุด จำเป็นต้องมีบทบาทในการดูแลผู้คลอดทั้งในระยะก่อนคลอด ระยะเวลาคลอด ระยะเวลาหลังคลอด เพื่อให้มารดาและทารกเกิดความปลอดภัย รวมถึงการดูแลด้านจิตใจของมารดาและครอบครัว ให้คลายความเศร้าโศกและยอมรับกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น

ข้อเสนอแนะ

1. บทบาทของพยาบาลควรส่งเสริมให้ผู้ป่วยและครอบครัวเฝ้าระวังระดับน้ำตาลในเลือดที่เพิ่มขึ้นทุกระยะของการตั้งครรภ์ และตระหนักถึงผลกระทบที่อาจเกิดกับมารดาและทารกที่อยู่ในครรภ์
2. พัฒนารูปแบบการให้ความรู้และฝึกทักษะการประเมินระดับน้ำตาล การกำหนดอาหาร การออกกำลังกาย จะช่วยให้มารดามีความรู้และตระหนักในการควบคุมระดับน้ำตาลมากขึ้น
3. พัฒนารูปแบบการพยาบาลกรณีเกิดภาวะวิกฤติในมารดาและทารก การดูแลด้านจิตใจ การประเมินภาวะซึมเศร้าของมารดาและครอบครัว และแนวทางการจัดการเมื่อเกิดการสูญเสียทารกแรกเกิด

สรุป

โรคเบาหวานที่เกิดขึ้นขณะตั้งครรภ์จัดเป็นภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญอย่างหนึ่งในขณะตั้งครรภ์ และยังมีกลุ่มเสี่ยง และกลุ่มที่ไม่ได้ตระหนักถึงความรุนแรงของโรคอีกเป็นจำนวนมาก ทำให้พลาดโอกาสในการวินิจฉัยและป้องกัน หรือดูแลสุขภาพต่อไป การหาแนวทางป้องกัน และจัดการดูแลกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มหญิงตั้งครรภ์เหล่านี้ จะสามารถยกระดับการดูแลภาวะสุขภาพของมารดาและทารก ลดความสูญเสียจากค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาโรคเบาหวานและอาการแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต บทบาทของพยาบาล คือ การป้องกันและช่วยให้หญิงกลุ่มนี้ตระหนักในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านอาหาร การออกกำลังกาย การควบคุมน้ำหนัก เพื่อชะลอการเกิดโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ได้

เอกสารอ้างอิง

1. สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย. สถิติเบาหวานในหญิงตั้งครรภ์. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 11 กันยายน 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.idf.org/our-activities/care-prevention/gdm.html>
2. วลัยลักษณ์ สุวรรณภักดี, มลิวลัย บุตรดำ, ทศณีย์ หนูนารถ, เบญจวรรณ ละหุการ. ภาวะเบาหวาน : บทบาทพยาบาลกับการดูแล. ราชวดีสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์. 2562; 9(2): 100-11.
3. รัชฎญา เขมฐากุล. เบาหวานกับการตั้งครรภ์. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 11 กันยายน 2566]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.thatoomHSP.com>
4. กาญจนา ศรีสวัสดิ์, อรพินท์ สีขาว. การดูแลหญิงที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์. วารสารทหารบก. 2557;(2): 50-7.
5. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน เบาหวานในหญิงมีครรภ์. กรุงเทพฯ : ศรีเมืองการพิมพ์; 2566.
6. ไชโกลเบีย. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 11 กันยายน 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://th.wikipedia.org/wiki/ไวโกลเบีย>
7. Karen G, Roland J. Wath Is Cyclopia. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 22 มกราคม 2561]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.healthline.com/health/cyclopia>
8. สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย. สถิติเบาหวานในหญิงตั้งครรภ์. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 11 กันยายน 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.idf.org/our-activities/care-prevention/gdm.html>.
9. Shama D. Cyclopia syndrome. BMJ Case Report. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 11 กันยายน 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.ncbi.nlm.gov/articles>
10. ปิยะนันท์ ลิ้มเรืองรอง, นิตยา สีนสุกใส, เอมอร รตินธร, ดิฐกานต์ บริบูรณ์ศิริรัฐสาร. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการ การออกกำลังกายและระดับน้ำตาลในเลือดหลังรับประทานอาหาร 2 ชั่วโมงในสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์. Journal of Nursing Science. 2554; 29(2): 48-58.
11. พรรณณิไล ศรีอารภรณ์, เสาวนีย์ เหลี่ยมไตรรัตน์. ความเศร้าโศกในสตรีที่สูญเสียทารกในครรภ์หรือทารกแรกเกิด. พยาบาลสาร. 2557; 41(ฉบับพิเศษ): 135-41.
12. การช่วยฟื้นคืนชีพในทารกแรกเกิด. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 11 กันยายน 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.si.mahidol.ac.th/cpr/content>.



Nursing Care for Patients with Urinary Tract Infections Presenting with Septic Shock : A Case Study

Luknam Sriprart, B.N.S.*

Abstract

Introduction : Urinary tract infections (UTIs) are inflammatory conditions affecting organs within the urinary tract, When severe, UTIs can lead to bloodstream infections, increasing the risk of complications in the circulatory system, ultimately resulting in abnormally low blood pressure, insufficient oxygen delivery to vital organs, and decreased organ function, causing shock and potentially life-threatening conditions. Nursing care assessment is problem needed help in a crisis quickly and continues nursing care effective patient safety no complication.

Objective : To provide guideline on nursing care for patients with UTIs presenting with septic shock due to bloodstream infections.

Case Study : A 38-year-old Thai female patient presented to the hospital with symptoms of fever, chills, lower back pain, and obstructed urination. Three days prior to admission, she had a fever, myalgia, and joint pain. On initial assessment, her vital signs included a temperature of 39°C, heart rate of 130 beats per min, respiratory rate of 28 breaths per min, blood pressure of 94/46 mmHg, and oxygen saturation (SpO₂) of 97%. Diagnosis UTI with Septic shock. Had a physical examination Work-up Sepsis Management protocol at Saitongwattana Hospital. Take a blood lactate level of 2.6, take hemoculture 2 specimens, Give normalsaline solution 2,000 cc, retained foley' s catheter outcome oliguria SOS is 9 score. The patient received antibiotics, Ceftriaxone 2 g intravenous daily, and Metronidazole 500 mg intravenous every 8 hours. Give vasopressors, diuretics, Other treatments plan oxygen therapy. Observe risk to main system such as urinary system, respiratory system, cardiovascular system, and renal system, The nursing problems is important for this case included: 1. Septic shock due to bloodstream infection 2. There is risk to recurrent supraventricular tachycardia (SVT) 3. Urinary tract infection 4. Discomfort from fever 5. Lack of knowledge on how to behave and prevent recurrent at home. Form case study give treatment and nursing care to patient is closeup in crisis and monitoring complication due to Length of stay 4 day discharge with improval. This is Follow up give continue antibiotic for 7 day and follow sign and symptom is planned as part of her care. Result Urine culture, Hemo culture no growth.

Case Study Summary : The patient safety from complication critical is shock. This is Nurse role important is physical examination. Analyzing nursing problems, Observe and monitoring the other complication from sign and symptom is vital organ to solve crisis fast, effective

Keywords : Nursing care Urinary Tract Infection, Septic Shock.

*Registered Nurse, Professional level, Inpatient Department, Saithongwattana Hospital

การพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะที่มีภาวะช็อก จากการติดเชื้อในกระแสเลือด : กรณีศึกษา

ลูกน้ำ ศรีปราชญ์, พย.บ.*

บทคัดย่อ

บทนำ : โรคติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะเป็นการอักเสบที่เกิดขึ้นกับอวัยวะในระบบทางเดินปัสสาวะ เมื่อมีความรุนแรงเพิ่มขึ้น จะเกิดการติดเชื้อในกระแสเลือด จะทำให้มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนของระบบไหลเวียนโลหิต จนกระทั่งมีความดันโลหิตต่ำ ผิดปกติ จนเลือดและออกซิเจนไปเลี้ยงอวัยวะต่างๆ ไม่เพียงพอ ทำให้เกิดภาวะช็อกและเสียชีวิตได้ การพยาบาลโดยประเมิน ปัญหาความต้องการ ช่วยเหลือในภาวะวิกฤติอย่างรวดเร็ว และให้การพยาบาลต่อเนื่องอย่างมีประสิทธิภาพ จะช่วยให้ผู้ป่วย ปลอดภัย และไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน

วัตถุประสงค์ : เพื่อเป็นแนวทางในการให้การพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด

กรณีศึกษา : ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 38 ปี 3 วันก่อนมาโรงพยาบาล มีไข้ ปวดเมื่อยตามตัว ปวดตามข้อ 20 นาทีก่อนมา ไข้ หนาวสั่น ปวดบั้นเอว ปัสสาวะขุ่น สัญญาณชีพแรกรับ อุณหภูมิ 39 องศาเซลเซียส อัตราชีพจร 130 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 28 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 94/46 มิลลิเมตรปรอท SpO₂ 97% การวินิจฉัย UTI c Septic shock ได้รับการตรวจร่างกาย ตามแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วย Sepsis Management โรงพยาบาลทรายทองวัฒนา โดยการเจาะ Blood lactate เท่ากับ 2.6 ตรวจ Hemoculture x 2 specimen ให้สารน้ำ NSS 2,000 ml iv load Urine Output ออกคาสายสวนปัสสาวะ SOS Score เท่ากับ 9 คะแนน ได้ยาฉีดปฏิชีวนะ 2 ชนิด คือ Ceftriaxone 2 gms iv od และ Metronidazole 500 mg iv q 8 hr ได้รับยาากลุ่ม Vasopressor กลุ่ม Diuretic แผนการรักษาอื่น ๆ ได้แก่ การให้ออกซิเจน การเฝ้าระวังเครื่องระบบสำคัญของร่างกายผิดปกติ ได้แก่ ระบบทางเดินปัสสาวะ ระบบการหายใจ ระบบหัวใจและหลอดเลือด ระบบการไหลเวียนโลหิต ปัญหาทางการพยาบาลที่สำคัญ คือ 1. มีภาวะช็อกเนื่องจาก ติดเชื้อในกระแสเลือด 2. เสี่ยงต่อภาวะหัวใจบนต้นเร็วผิดปกติซ้ำ (Supraventricular Tachycardia: SVT) 3. มีการติดเชื้อในระบบ ทางเดินปัสสาวะ 4. ไม่สุขสบายเนื่องจากไข้สูง 5. ขาดความรู้ในการปฏิบัติตัวและการป้องกันการกลับเป็นซ้ำเมื่อกลับบ้าน ผู้ป่วยได้รับการรักษาและการพยาบาลอย่างใกล้ชิดในภาวะวิกฤติ และการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนอย่างต่อเนื่อง สามารถจำหน่าย ออกจากโรงพยาบาลภายในระยะเวลา 4 วัน และนัดนัดยาปฏิชีวนะต่อจนครบ 7 วัน ผลตรวจปัสสาวะหลังให้ยาครบไม่พบการติดเชื้อ

สรุปกรณีศึกษา : ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนอันตรายที่สำคัญ คือ ภาวะช็อก จากการที่พยาบาลมีบทบาทสำคัญ ในด้านการประเมิน การตรวจร่างกาย และการวิเคราะห์ปัญหาทางการพยาบาล เฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ จากอาการ และอาการเปลี่ยนแปลงในระบบสำคัญของร่างกายจึงสามารถแก้ไขภาวะวิกฤติได้ทันเวลาที่และมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ : การพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ ภาวะช็อก

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ งานการพยาบาลผู้ป่วยใน โรงพยาบาลทรายทองวัฒนา

บทนำ

การติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ (Urinary tract infection) เกิดจากการอักเสบของระบบทางเดินปัสสาวะ รวมถึงแต่ กระเพาะปัสสาวะ ท่อปัสสาวะ ไต ส่วนใหญ่เป็นการติดเชื้อแบคทีเรียจากลำไส้หรือจากผิวหนังบริเวณอวัยวะเพศเข้าไปอยู่ในกระเพาะ ปัสสาวะและไปก่อโรค มักเกิดในผู้หญิงมากกว่าผู้ชายเนื่องจากสรีระของผู้หญิงมีท่อทางเดินปัสสาวะที่สั้น อีกทั้งพบในผู้สูงอายุ ผู้ป่วยติดเตียง ผู้ป่วยใส่สายสวนปัสสาวะ และผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัวเช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง เป็นต้น¹ เมื่อมีการอักเสบ รุนแรงขึ้นจะทำให้เกิดการติดเชื้อในกระแสเลือด โดยมีอาการผิดปกติของร่างกาย ได้แก่ ไข้สูง หรืออุณหภูมิร่างกายต่ำกว่าปกติ ซีฟจรเร็ว หายใจเร็ว ตรวจพบเม็ดเลือดขาวมากกว่าหรือต่ำกว่าค่าปกติจากการตรวจ Complete blood count และระบุได้ว่า มีการติดเชื้อในระบบใดหนึ่งของร่างกาย ร่วมกับการประเมิน SIRS Criteria 2 ใน 4 ข้อ² ซึ่งการติดเชื้อในกระแสเลือดจะพบว่ามี เลือดไปเลี้ยงตามอวัยวะต่างๆ ได้น้อย หรือระบบสำคัญของร่างกายมีการสูญเสียหน้าที่ ในกรณีเกิดภาวะช็อกที่เรียกว่า Septic Shock³ จะมีอาการร่วมของความดันโลหิตต่ำต้องใช้ยาบีบหลอดเลือดหรือยากระตุ้นหัวใจในการรักษา และมีค่า Serum Lactate > 2 mmol/L ถึงแม้จะได้สารน้ำเพียงพอแล้วก็ยังพบว่ามีค่าความดันโลหิตต่ำ⁴

การรักษาหากอาการไม่รุนแรงจะรักษาด้วยยาปฏิชีวนะชนิดรับประทานและปรับเปลี่ยนการปฏิบัติตัว แต่ถ้ามีภาวะ Sepsis หรือ Septic shock มีแนวทางการรักษาโดยต้องทำ Sepsis Management 6 Bundle of care หรือ 1-hr Bundle ในการรักษาจะส่ง เพาะเชื้อ H/C 2 ตำแหน่ง ก่อนให้ยาปฏิชีวนะ ตรวจ serum blood lactate ให้ยาปฏิชีวนะทางหลอดเลือดดำภายใน 1 ชั่วโมง ให้สารน้ำ load iv 2 เส้นด้วย NSS หรือ Cystalloid 1.5 ลิตรภายใน 1 ชั่วโมง ใส่สายสวนปัสสาวะ ประเมินสัญญาณชีพ ถ้าพบว่า ได้สารน้ำเพียงพอแล้ว ค่าความดันเฉลี่ย < 65 mmHg ให้ยาบีบหลอดเลือดหรือยากระตุ้นหัวใจและติดตามประเมินอาการ อย่างใกล้ชิด การพยาบาลผู้ป่วยโรคติดเชื้อในกระแสเลือดจึงต้องมีพยาบาลที่มีความสามารถและประเมินปัญหา ความต้องการ ช่วยเหลือในภาวะวิกฤติและการดูแลรักษาพยาบาลต่อเนื่อง ทั้งในด้านการปฏิบัติตามแนวทางมาตรฐานให้ครบ Sepsis bundles มีการพยาบาลเป็น 3 ระยะ ได้แก่ การพยาบาลในภาวะวิกฤติ การพยาบาลต่อเนื่อง และการพยาบาลก่อนจำหน่ายกลับบ้าน โดยต้องมีทักษะในการใช้เครื่องมือทางการแพทย์ที่สำคัญและการบริหารยาที่มีความเสี่ยงสูง (High Alert drugs) ที่ใช้ในผู้ป่วย รวมทั้งการวางแผนการดูแล และปรับเปลี่ยนตามแนวทางปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง⁵

จากข้อมูลสถิติของโรงพยาบาลทรายทองวัฒนา พบมีผู้ป่วยโรคติดเชื้อทางเดินปัสสาวะได้รับการวินิจฉัยในลำดับ 1 - 5 ในปี พ.ศ. 2563, 2564, 2565 โดยมีจำนวนผู้ป่วย 266, 268, 247 ราย เป็นผู้ป่วยติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะที่มีภาวะช็อกจากการ ติดเชื้อในกระแสเลือดร่วมด้วย จำนวน 28, 8, 20 ราย อัตราการตาย 3.57, 0, 5.0 ตามลำดับ⁶ การพยาบาลที่รวดเร็วมีประสิทธิภาพ จะทำให้ผู้ป่วยปลอดภัยและไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน กรณีศึกษาที่นำมาจึงมีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นแนวทางในการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อ ระบบทางเดินปัสสาวะที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด

กรณีศึกษา

ข้อมูลพื้นฐานทั่วไป

ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 38 ปี สัญชาติไทย นักร้องศาสนาพุทธ

อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล

ไข้หนาวสั่น 20 นาทีก่อนมาโรงพยาบาล

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน

3 วันก่อนมาโรงพยาบาล มีไข้ ปวดบั้นเอว ปวดเมื่อยตามตัว ปวดตามข้อ รับการรักษาที่คลินิก และโรงพยาบาล

20 นาที ไข้หนาวสั่นมากจึงมาโรงพยาบาล อาการแรกเริ่มที่แผนกฉุกเฉิน สัญญาณชีพแรกรับ อุณหภูมิ 39.5 องศาเซลเซียส อัตราชีพจร 160 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 36 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 151/76 มิลลิเมตรปรอท SpO₂ 97% SIRS criteria 3 ใน 4 ข้อ SOS Score 8 คะแนน EKG : SVT

วินิจฉัยโรค : UTI c Septic Shock

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต : ปฏิเสธ



การประเมินสภาพร่างกายตามระบบ

รูปร่างทั่วไป : รูปร่างอ้วน น้ำหนัก 84.9 กิโลกรัม ส่วนสูง 152 เซนติเมตร ค่า BMI เท่ากับ 36.74

สัญญาณชีพ : อุณหภูมิ 39 องศาเซลเซียส อัตราชีพจร 130 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 28 ครั้ง/นาที

ความดันโลหิต 94/50 มิลลิเมตรปรอท MAP= 64.66 มิลลิเมตรปรอท SpO₂ 98%

ผิวหนัง : สีดำ แดง ผิวกายร้อน มือเย็น เท้าเย็น

ศีรษะและใบหน้า : ศีรษะและใบหน้ามีความสมส่วน ศีรษะไม่มีรอยโรค เส้นผมสีดำ ตาทั้งสองข้างมองเห็นปกติ
ใบหู จมูก ปาก ลักษณะภายนอกปกติ

ทรวงอกและทางเดินหายใจ : ทรวงอกรูปร่างปกติ ไม่มีอกบวม อัตราการหายใจ 28 ครั้ง/นาที เสียงการหายใจปกติ ฟังปอดเสียงปกติ ค่าความเข้มข้นออกซิเจนในเลือด SpO₂ 98%

ระบบหัวใจและหลอดเลือด : การเต้นของหัวใจเร็วกว่าปกติ อัตราเร็วสม่ำเสมอ 130 ครั้ง/นาที ไม่มีเสียง Murmur

ช่องท้องและทางเดินอาหาร : ลักษณะทั่วไปปกติ

กล้ามเนื้อและกระดูก : เคลื่อนไหวแขน ขาปกติ ไม่มีรอยโรคการหักเคลื่อนหรือผิดปกติ Motor power gr V all

ระบบประสาท : รู้สึกตัวดี ถามตอบ พูดคุยรู้เรื่อง E4M5V6

ระบบทางเดินปัสสาวะ : ปวดบริเวณบั้นเอวด้านซ้าย ตรวจพบกตเจ็บบริเวณท้องน้อย ใส่สายสวนปัสสาวะไว้

Urine ออกสีเหลืองเข้ม คาสาย

ระบบอวัยวะสืบพันธุ์ : ลักษณะภายนอกปกติ

ประเมินสภาพจิตใจและสังคม : ทำทางเพ็ญ สีหน้ากังวล

การตรวจทางห้องปฏิบัติการที่สำคัญ

	รายการสิ่งส่งตรวจ		ผลการตรวจ		
	ค่าปกติ	หน่วย	11 ก.ย. 2566	12 ก.ย. 2566	18 ก.ย. 2566
U/A; RBC	0-1	Cell/HPF	3-5	3-5	1-2
U/A; WBC	0-1	Cell/HPF	10-20	10-20	3-5
U/A;Leucocytes	Negative	Cell/UL	2+	1+	1+
TSH	0.34-4.22	uIU/ml	5.463	-	-
Na	135-145	mmol/L	134.6	-	-
CO ₂ Content	22-30	mmol/L	20.5	-	-
Neutrophil	55-75	%	80.3	85.0	-
Lymphocyte	25-35	%	15.6	8.7	-
Total protein	6.0-8.0	gm%	-	5.8	-
Albumin	3.5-5.5	gm%	-	3.3	-
SGPT	0-35	U/L	-	37	-
H/C Spec 1,2	No Growth	-	-	-	No Growth
U/C	No Growth	-	-	-	No Growth
Blood Lactate	< 2	mmol/L	(ครั้งที่ 1) 2.6 (ครั้งที่ 2) 2.6		

สรุปการดำเนินโรคขณะรับไว้ในการดูแล

วันที่ 11 ก.ย. 2566 รับใหม่ผู้ป่วยมีอาการไข้สูง หนาวสั่น ปวดบั้นเอว ปวดเมื่อยตามตัว ปวดตามข้อ ตรวจพบความดันโลหิตต่ำและซีฟจรเบาเร็ว V/S: BP = 94/46 mmHg BT= 39°C PR=130 /min RR=28 /min SpO₂ 98% (MAP = 62.0 mmHg) Blood Lactate 2.6 ใส่สายสวนปัสสาวะแต่ปัสสาวะไม่ออก SOS Score = 9 คะแนน I/O = 2,250/0 cc ผู้ป่วยมีอาการช็อกจากการประเมินแรกเริ่ม ดูแลให้การพยาบาล 6 Bundle for sepsis และให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ จำนวน 3,000 cc แต่ความดันโลหิตยังต่ำ MAP < 65 mmHg จึงให้ยา Levophed 1:25 Start 10 µd/min ความดันโลหิตเริ่มสูงขึ้น ปลายมือปลายเท้าแดงขึ้น พบการไหลเวียนโลหิตดีขึ้น ยังคงปรับยาตามแผนการรักษา ติดตามต่อพบ BP= 97/62 mmHg BT= 36.8°C PR=90 /min RR=24 /min SpO₂ 98%

วันที่ 12 ก.ย. 2566 ไข้ลดลง ไม่มีอาการหนาวสั่น ไม่มีอาการเหนื่อย อัตราการหายใจปกติ ปัสสาวะเริ่มออกมากขึ้น V/S: BP= 105/148 - 62/82 mmHg BT= 36.5°C PR= 86-90 /min RR=20-24 /min SpO₂ 98 -100% ปัสสาวะสีเหลืองใส I/O= 4,000/3,950 cc

วันที่ 13 ก.ย. 2566 ผู้ป่วยอาการทั่วไปดีขึ้น ไม่มีไข้ ความดันโลหิตเริ่มดีขึ้น จนปรับลดยา Levophed 1:25 rate 3 µd/min V/S: BP= 115/65 mmHg BT= 36.5°C PR=70 /min RR=20 /min SpO₂ 100 % ปลายมือ ปลายเท้าปกติไม่ซีดเย็น ทำทางสดขึ้นขึ้น ซีฟจรสม่ำเสมอ แรงดี

วันที่ 14 ก.ย. 2566 ผู้ป่วยมีสัญญาณชีพปกติ สามารถหยุดยาเพิ่มความดันโลหิต และนำสายสวนปัสสาวะออก และขับถ่ายปัสสาวะได้เอง มีสับสนเล็กน้อย แพทย์จำหน่ายกลับบ้าน โดยนัดผู้ป่วยมาฉีดยา Ceftriaxone 2 gm iv Od 15,16,17 ก.ย. 2566 จนครบ 7 วัน และนัดฟังผล H/C, U/C ในวันที่ 18 ก.ย. 2566 ผลปกติ

การวางแผนการพยาบาล

แบ่งเป็น 3 ระยะได้แก่ ระยะวิกฤต ระยะต่อเนื่อง และระยะจำหน่าย ตั้งข้อวินิจฉัยการพยาบาลต่อไปนี้
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1 มีภาวะช็อกเนื่องจากติดเชื้อในกระแสเลือด

ข้อมูลสนับสนุน

S : ไข้ หนาวสั่น 20 นาทีก่อนมา โรงพยาบาล

O : V/S BP=94/46 mmHg BT=39 °C PR=130 /min (Pulse เบาเร็ว) RR=28 /min SpO₂=98% SOS=9 คะแนน

MAP 62.0 mmHg Blood lactate =2.6 mmol/L

วัตถุประสงค์การพยาบาล

ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะช็อก

เกณฑ์การประเมินผล

1. ค่า MAP \geq 65 mmHg ความดันโลหิต \geq 90/60 mmHg อัตราการเต้นของซีฟจร 60 - 100 ครั้ง/นาที ค่าความเข้มข้นออกซิเจนในเลือด \geq SpO₂ 95%
2. ระดับความรู้สึกตัวปกติ ไม่มีอาการและอาการแสดงของภาวะช็อก
3. Blood lactate < 2 mmol/L
4. ปัสสาวะออก \geq 30 cc/hr

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินสัญญาณชีพทุก 15 – 30 นาที เพื่อประเมินความเปลี่ยนแปลงสัญญาณชีพและทราบระดับความผิดปกติ และติดตามอย่างต่อเนื่องใช้วางแผนการพยาบาลได้รวดเร็ว เมื่อค่าความดันค่าความดันเฉลี่ย \geq 65 mmHg เฝ้าระวังและติดตามทุก 1 ชั่วโมง จนอาการผู้ป่วยดีขึ้นสัญญาณชีพที่เฝ้าระวังและติดตามต่อเนื่องทุก 1 - 2 ชั่วโมง ระยะ 1 ชั่วโมงแรกดูแล Vital sign ทุก 15 นาที และดูแลวิเคราะห์แปลผลร่วมกับตรวจร่างกาย พร้อมซักถามอาการของผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด

2. ประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะช็อกทุก 15 - 30 นาที โดยการตรวจอาการทางระบบประสาท(Neuro-sign) เช่น การรู้สึกตัวกระสับกระส่าย สับสน ซึม ผิวน้ำแข็งขึ้น และซีดริมฝีปากซีด สังเกตอาการปลายมือ ปลายเท้าซีดเย็น เล็บมือเล็บเท้าซีดหรือเขียวสับสนและบันทึกอย่างต่อเนื่อง ดูแลตรวจ Capillary refill < 2 วินาที แต่ยังคงพบว่ามีอาการหายใจเร็ว ซีฟจรเบาเร็ว



ปลายมือปลายเท้าซีดเย็น ดูแลให้ออกซิเจน 5 LPM เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนได้เพียงพอเป็นการเพิ่มออกซิเจนให้กับระบบไหลเวียนโลหิตและเพื่อป้องกันภาวะ Hypoxemia

3. จัดท่านอน Semi-fowler's position เพื่อให้ปอดได้รับการขยายตัวอย่างเต็มที่ ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนที่ได้เต็มที่ที่สามารถพักนอนหลับได้และลดการใช้ออกซิเจนในร่างกาย

4. ดูแลตรวจวัดค่าความอึดมีตัวออกซิเจนปลายนิ้วมือทุกครั้งที่มี Vital sign โดยติดเครื่อง Patient monitor ไว้ที่หัวเตียงและเชื่อมต่อมาที่ Nurse station ในการติดตามอย่างต่อเนื่อง

5. ดูแลให้สารน้ำตามแผนการรักษาโดยให้ NSS 1,000 ซีซี loading อีกจำนวน 3,000 ซีซี และประเมินโดยการฟังปอดเป็นระยะๆ ร่วมกับช่วยแพทย์ในการประเมิน Post-Ultrasound IVC ทุก ๆ ระยะเมื่อครบ load จำนวนทุก ๆ 1,000 ซีซี เพื่อป้องกันภาวะน้ำเกินและเป็นข้อบ่งชี้ในการให้สารน้ำที่เหมาะสม เพื่อผู้ป่วยจะได้ Volume resuscitation ที่ปลอดภัย (Total volume 5,000 ซีซีได้รับการ Loading จากห้องฉุกเฉิน 2,000 ซีซี)

6. ดูแลให้ได้ยาบีบหลอดเลือด คือ Levophed 1:25 เริ่มที่ 10 µd โดยใช้เครื่องควบคุมสารน้ำ (Infusion pump) และปรับตามสัญญาณชีพของผู้ป่วยโดยประเมินทุก 15 – 30 นาที และปรับยาตามค่าความดันเฉลี่ย (MAP) โดยปรับให้ $MAP \geq 65$ มิลลิเมตรปรอท

7. ดูแลบันทึกสารน้ำเข้า-ออกทุก 1 ชั่วโมง เพื่อดูการทำงานของไต Keep 0.5 cc/kg/hr ผู้ป่วยรายนี้ น้ำหนัก 84.9 กก. (Keep 42.45 cc/hr) สังเกตจำนวน สี และลักษณะ เพื่อวางแผนรักษาต่อเนื่องดูแลรายงานแพทย์เกี่ยวกับจำนวนปัสสาวะออกน้อยสีปัสสาวะเหลืองเข้ม แพทย์ปรับการรักษาโดยให้ยากลุ่ม Diuretic ชนิด Furosemide 20 mg iv Stat เมื่อจำนวนปัสสาวะออกน้อย

8. ดูแลให้ยา Hydrocortisol 100 mg iv q 8 hr. เพื่อช่วยลดกระบวนการอักเสบเพิ่มความไวของหลอดเลือดต่อการให้ยาบีบหลอดเลือด และในรายนี้ให้สารน้ำเพียงพอแล้วแต่ความดันโลหิตยังต่ำกว่าปกติ

9. จัดให้ผู้ป่วยได้อยู่ในโซนผู้ป่วยวิกฤติโดยมีอุปกรณ์ในการประเมินติดตามผู้ป่วย เช่น Patient's monitor, เครื่อง Oxygen Saturation, ยาและอุปกรณ์ช่วยชีวิตให้พร้อมใช้งานทันทีในภาวะฉุกเฉิน

10. ติดตามประเมินซ้ำ Blood Lactate ใน 2 ชั่วโมงต่อมา

การประเมินผล

1. ค่าความดันเฉลี่ยเท่ากับ 60-73.06 มิลลิเมตรปรอท ความดันโลหิตอยู่ในช่วงประมาณ 80/50-97/62 มิลลิเมตรปรอท อัตราชีพจร 90-130 ครั้ง/นาที ค่าความเข้มข้นในเลือดเท่ากับ SpO_2 95-98 %
2. ระดับความรู้สึกตัวปกติ มีอาการแสดงเหนื่อย ปลายมือปลายเท้าซีดเย็น
3. ผล Blood lactate ครั้งแรก 2.6 mmol/L, ชั่วโมงที่ 2=2.6 mmol/L
4. ปัสสาวะออก 120 cc./ 2 hr

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2 เสี่ยงต่อการเกิดภาวะหัวใจห้องบนเต้นเร็วผิดปกติซ้ำ (Supraventricular Tachycardia: SVT)

ข้อมูลสนับสนุน

S : ผู้ป่วยบ่นเหนื่อย ใจสั่น หัวใจเต้นเร็ว

O : ที่ห้องฉุกเฉินขณะแรก EKG ที่แพทย์แปลผล 1st SVT ได้รับการทำหัตถการ Cardioversion Synchronized 100 จูน

วัตถุประสงค์การพยาบาล

เพื่อเฝ้าระวังภาวะหัวใจห้องบนเต้นเร็วผิดปกติ

เกณฑ์การประเมินผล

1. อัตราการเต้นของหัวใจปกติ 60 - 100 ครั้ง/นาที
2. คลื่นไฟฟ้าหัวใจปกติ

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินภาวะหัวใจเต้นเร็วผิดปกติด้วยการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ และการติด monitor EKG โดยดูแลอย่างใกล้ชิดพร้อมติดเครื่อง Patient's monitor ไว้เฝ้าระวังอย่างใกล้ชิดตลอดเวลา

2. ติดตามวัดสัญญาณชีพแรกรับและประเมินซ้ำทุก 15-30 นาที พร้อมทั้งบันทึก แปลผลและเฝ้าระวังการเกิดซ้ำ
 3. ดูแลให้ออกซิเจน 5 LPM เพื่อให้ได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ
 4. ดูแลติดตามผล EKG ภายหลังที่ผู้ป่วยได้รับยาและ Monitor EKG
 5. ซักประวัติ Chest pain อาการแสดงหอบเหนื่อยมากขึ้น แน่นหน้าอก หายใจไม่สะดวก และสัญญาณชีพ โดยเฉพาะชีพจรที่เร็วมากกว่าปกติ และสอบถามอาการเปลี่ยนแปลงทุก 15 - 30 นาที
 6. ตรวจ Capillary refill ทุก 1 ชั่วโมงเพื่อติดตามการไหลเวียนโลหิต และป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากหัวใจวาย
 7. ดูแลตำแหน่งที่ได้รับการฉีดยา Adenosine ป้องกันการเลื่อนหลุดและการติดเชื้อ ดูแลบริเวณหน้าอก ทรวงอกที่วางแผ่น Paddle ให้สะอาด และสังเกตสภาพผิวหนังหลังทำการ
 8. ดูแลให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามกิจวัตรประจำวันบนเตียง และเน้นย้ำให้ญาติผู้ป่วยช่วยเหลือในการปฏิบัติตามกิจวัตรต่าง ๆ ให้คำแนะนำผู้ป่วยงดกิจกรรมที่ออกแรงหนักเพื่อลดการใช้ออกซิเจนของกล้ามเนื้อหัวใจ
 9. ดูแลด้านจิตใจ ให้การพยาบาลด้วยความเอาใจใส่และนุ่มนวล ลดความเครียด ความกังวล โดยการให้ข้อมูลและคำแนะนำเกี่ยวกับการพยาบาล เพื่อลดสิ่งกระตุ้นที่ก่อความเครียดซึ่งจะมีโอกาสทำให้หัวใจเต้นเร็วผิดปกติได้
- การประเมินผล**

1. อัตราการเต้นของหัวใจ 110 - 120 ครั้ง/นาที ในระยะเวลา 2 ชั่วโมงแรกที่ Admit และเมื่อครบ 24 ชั่วโมง อัตราการเต้นของหัวใจปกติ 78 - 80 ครั้ง/นาที
2. คลื่นไฟฟ้าหัวใจปกติ

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 3 มีการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ

ข้อมูลสนับสนุน

S : ใช้ หนาวสั่น 20 นาทีก่อนมา โรงพยาบาล

O : อุณหภูมิ 38.5 - 39 °C ผู้ป่วยมีอาการปวดบั้นเอว ปัสสาวะขุ่น ปัสสาวะออกทีละน้อย ปัสสาวะสีเหลืองเข้ม

U/A: WBC 10-20 Cell/HPF RBC 3-5 cell/HPF

วัตถุประสงค์การพยาบาล

เพื่อลดการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ

เกณฑ์การประเมินผล

1. อุณหภูมิในร่างกายปกติ 36.5 °C - 37.5 °C
2. U/A: WBC 0-1 Cell/HPF RBC 0-1 cell/HPF

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินสัญญาณชีพ อาการและอาการแสดงทุก 2 - 4 ชั่วโมง
2. ดูแลสายสวนปัสสาวะให้อยู่ในระบบปิด และจัดตั้งสายสวนปัสสาวะไม่ให้พับงอ เพื่อให้น้ำปัสสาวะไหลออก สะดวกแน่นให้ผู้ป่วยขยับร่างกาย เคลื่อนไหวอย่างระมัดระวังป้องกันสายสวนปัสสาวะเลื่อนหลุดเพื่อป้องกันการติดเชื้อเพิ่ม
3. ดูแลผู้ป่วยที่คาสายสวนปัสสาวะและให้คำแนะนำการทำความสะอาดสายสวนปัสสาวะเช้า - เย็น และทุกครั้งที่มีการเทปัสสาวะออกจากถุงรองปัสสาวะบริเวณท่อน้ำปัสสาวะเช็ดด้วย 70% Alcohol ทุกครั้ง
4. ดูแลให้ได้ยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษาได้แก่ Ceftriaxone 2 gm iv stat and OD และ Metronidazole 500 mg iv q 8 ชั่วโมง
5. ติดตามผลการทางห้องปฏิบัติการ Urinalysis เพื่อเฝ้าระวังการติดเชื้อไม่ให้เพิ่มขึ้น
6. ให้คำแนะนำผู้ป่วยเกี่ยวกับการดื่มน้ำบ่อย ๆ อย่างน้อย 1 - 2 ลิตรต่อวัน

การประเมินผล

1. อุณหภูมิร่างกายปกติ อยู่ในช่วงระหว่าง 36.5 - 37.2 °C
2. U/A วันที่ 12 ก.ย. 2566 WBC 10 - 20 Cell/HPF WBC 3 - 5 Cell/HPF ซึ่งยังคงไม่ลดลง

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 4 ไม่สบายเนื่องจากมีไข้

ข้อมูลสนับสนุน

- S : ผู้ป่วยบ่นตัวร้อน ปวดตามตัว มีอาการหนาวสั่น
- O : อุณหภูมิในร่างกาย 38.5 - 39.5 °C หน้าแดง ตัวแดง ผิวกายร้อน

วัตถุประสงค์การพยาบาล

เพื่อให้ผู้ป่วยมีความสุขสบาย

เกณฑ์การประเมินผล

1. อุณหภูมิร่างกาย 36.5 °C - 37.5 °C

กิจกรรมการพยาบาล

1. ดูแลให้ยาลดไข้ชนิดรับประทานกับผู้ป่วย Paracetamol (500 mg) 1 tab oral c prn q 4 hrs เมื่อมีไข้
2. ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ NSS 1,000 ml rate 120 cc/hr โดยใช้เครื่อง Infusion pump ควบคุมปริมาณสารน้ำที่กำหนด

ตามแผนการรักษา

3. แนะนำให้ดื่มน้ำให้เพียงพอต่อความต้องการของร่างกายในช่วง High grade fever อย่างน้อย 1 - 2 ลิตรต่อวัน
4. มอบหมายให้ผู้ช่วยเหลือผู้ป่วยอำนวยความสะดวก และช่วยญาติในการเช็ดตัวลดไข้ เพื่อความสุขสบายของผู้ป่วยและลดอุณหภูมิร่างกายได้จากการพาความร้อนออกจากร่างกาย
5. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับประทานอาหารอ่อน ย่อยง่าย ประจุสุกใหม่ และมีโปรตีนสูง เช่น ข้าวต้ม ไข่ต้ม เนื้อปลา และดื่มน้ำสะอาดให้เพียงพอ โดยเน้นเป็นน้ำธรรมดาเพื่อสามารถดื่มได้ในจำนวนมาก งดเครื่องดื่มที่มีความหวานมากเกินไป และอาหารหมักดอง เป็นต้น

6. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการพักผ่อนอย่างเพียงพอ

การประเมินผล

1. อุณหภูมิร่างกาย 36.8 °C
2. สีหน้ายิ้มแย้มแจ่มใส ทำทางสดชื่น

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 5 ขาดความรู้ในการปฏิบัติตัวและการป้องกันการกลับเป็นซ้ำเมื่อกลับไปบ้าน

ข้อมูลสนับสนุน

- S : ผู้ป่วยสอบถามคำแนะนำเกี่ยวกับโรคและการรักษาต่อเนื่อง
- O : สีหน้ากังวล ไม่เคยมีประวัตินอนพักรักษาตัวด้วยอาการ UTI c Septic shock มาก่อน

วัตถุประสงค์การพยาบาล

1. เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ในการปฏิบัติตัวถูกต้อง
2. เพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำด้วยโรคเดิม

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยตอบคำถามเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวและการป้องกันการกลับเป็นซ้ำได้ถูกต้อง ร้อยละ 80
2. ผู้ป่วยไม่มีอาการทรุดทรอง ไม่กลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วันด้วยโรคเดิม

กิจกรรมการพยาบาล

1. ให้ความรู้เกี่ยวกับโรค และการปฏิบัติตัว เช่น การห้ามกลั้นปัสสาวะ
2. แนะนำให้ดื่มน้ำให้เพียงพอต่อความต้องการของร่างกายอย่างน้อย 1 - 2 ลิตรต่อวัน
3. แนะนำให้พักผ่อนให้เพียงพอป้องกันอาการอ่อนเพลีย และร่างกายได้รับการชดเชยหลังจากการเจ็บป่วยรุนแรง

4. แนะนำให้รับประทานอาหารที่มีประโยชน์ งดอาหารหมักดอง เครื่องดื่มที่มีรสหวานจัดเพราะจะทำให้น้ำตาลในปัสสาวะสูง และติดเชื้อได้ง่าย งดเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ผสม เครื่องดื่มที่ผสมคาเฟอีน เพราะจะทำให้เกิดอาการหัวใจเต้นเร็วผิดปกติได้

5. แนะนำให้ดูแลความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์อย่างถูกต้อง หลังจากขับถ่ายปัสสาวะ อุจจาระ โดยการทำความสะอาด ไม่เช็ดย้อนกลับจากรูทวารมาด้านหน้าเพราะว่าพยาธิสรีระของผู้หญิง ท่อทางเดินปัสสาวะสั้นมักเสี่ยงต่อการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะได้ง่ายกว่าผู้ชาย

6. แนะนำอาการผิดปกติที่ผู้ป่วยต้องกลับมาพบแพทย์และพยาบาล ได้แก่ ไข้สูง หนาวสั่น หอบเหนื่อย ชีพจร หัวใจเต้นเร็วผิดปกติ ปวดท้องน้อยมาก ปัสสาวะไม่ออก เป็นต้น

7. แจ้งให้ผู้ป่วยรับทราบเกี่ยวกับการมาตรวจตามนัด เพื่อฟังผลการตรวจ Urine Culture, Hemoculture และ ติดตามอาการหลังได้ยาปฏิชีวนะครบ 7 วัน

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยตอบคำถามการปฏิบัติตัวได้ถูกต้องมากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 80
2. ผู้ป่วยไม่กลับมาพักรักษาตัวด้วยอาการเดิม โรคเดิม ภายใน 28 วัน

สรุปกรณีศึกษา

ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 38 ปี ปฏิเสธประวัติโรคประจำตัว เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยอาการ ไข้ หนาวสั่น ปวดบั้นเอว ปวดตามข้อ 20 นาทีก่อนมาโรงพยาบาล อาการแรกเริ่มที่แผนกฉุกเฉิน รู้สึกตัว เหนื่อย หายใจเร็ว ไข้สูง สัญญาณชีพ ความดันโลหิต 151/87 มิลลิเมตรปรอท อุณหภูมิ 39.5 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของชีพจร 160 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 36 ครั้ง/นาที SpO₂ 97% ได้รับการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจแปลผลตรวจว่า หัวใจห้องบนเต้นเร็วผิดปกติ (SVT) ให้การรักษาด้วยยา Adenosine 6 mg iv, 12 mg iv และ 12 mg iv คลื่นหัวใจยังไม่ปกติจึงรักษาด้วยการทำ Cardioversion 100 จูล และได้ทำ Sepsis Management ก่อนรับผู้ป่วยเข้ามาในผู้ป่วยใน ที่ผู้ป่วยในประเมินสัญญาณชีพพบว่ามี SIRS 3 ใน 4 ข้อ ความดันโลหิต 94/46 มิลลิเมตรปรอท อุณหภูมิ 39.0 องศาเซลเซียส อัตราการเต้นของชีพจร 130 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 28 ครั้ง/นาที SpO₂ 98 % คะแนน SOS 9 คะแนน ผลการตรวจ Urinalysis WBC 10-20 Cell/HPF RBC 3-5 cell/HPF ผลการตรวจ CBC ปกติ ได้รับการรักษา 6 Bundle โดยการให้สารน้ำ Total Volume resuscitation 5,000 ml then 120 cc/hr และปรับตามแผนการรักษา ดูแลให้ได้รับยาปฏิชีวนะ 2 ชนิด คือ Ceftriaxone 2 gm iv od, Metronidazole 500 mg iv q 8 hr โดยนอนรักษาตัวที่โรงพยาบาลเป็นระยะเวลา 4 วัน ในขณะรักษาให้ยาบีบหลอดเลือด Levophed (1:25) start 10 µd/min ยาชนิดอื่นได้แก่ Furosemide 20 mg iv stat, Hydrocortisone 100 mg iv q 8 hr รวมระยะเวลาที่นอนโรงพยาบาล 4 วัน และนัดมาฉีดยาปฏิชีวนะต่อเนื่องจนครบ 7 วัน ผลตรวจปัสสาวะหลังให้ยาครบไม่พบการติดเชื้อ

วิจารณ์และข้อเสนอแนะ

การพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด ด้วยการปฏิบัติการพยาบาลตามแนวทางมาตรฐานให้การพยาบาลในภาวะวิกฤติด้วยความรวดเร็ว มีทักษะในการใช้เครื่องมือทางการแพทย์ที่สำคัญ และบริหารยาที่มีความเสี่ยงสูง แก้ปัญหาทางการพยาบาลต่อเนื่อง และวางแผนการจำหน่ายอย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้ผู้ป่วยปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน ข้อเสนอแนะในการดูแลผู้ป่วยดังต่อไปนี้

1. ส่งเสริมความรู้ และทักษะในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะที่มีภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือดเป็นประจำทุกปี
2. ทบทวนแนวทางปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วย เพื่อสามารถใช้แนวทางได้อย่างถูกต้องตามมาตรฐาน และเกิดความเชี่ยวชาญและความมั่นใจในการพยาบาล
3. พัฒนาสื่อและนวัตกรรมในการดูแลผู้ป่วย และนำความรู้ทางวิชาการใหม่ๆ ภายนอกองค์กรมาปรับปรุงพัฒนางานภายในหน่วยงาน

เอกสารอ้างอิง

1. สมพล เพิ่มพงศ์โกศล. เอกสารประกอบการสอนหมายเลข 1. ใน : ภาควิชาศัลยศาสตร์ โรงพยาบาลรามารับดี, บรรณารักษ์การ. การติดเชื้อของระบบทางเดินปัสสาวะ. พิมพ์ครั้งที่ 2. นครปฐม: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2556. หน้า 1-33.
2. ทิฏฐิ ศรีวิสัย, วิมล อ่อนเส็ง. ภาวะช็อกจากการติดเชื้อ: ความท้าทายของพยาบาลฉุกเฉิน. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์. 2560;9:152-62.
3. พงศ์เทพ ชีรวิทย์. ภาวะช็อก(Shock). [online]. [เข้าถึงเมื่อ 28 กันยายน 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.rama.mahidol.ac.th/med/sites/default/files/public/pdf/medicinebook1/Shock.pdf>
4. วรพงศ์ เรืองสงค์. ยาบีบหลอดเลือดและยากระตุ้นหัวใจ. [online]. 2563. [เข้าถึงเมื่อ 28 กันยายน 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://ccpe.pharmacycouncil.org/showfile.php?file=757>
5. กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2561. [online]. 2561. [เข้าถึงเมื่อ 28 กันยายน 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.google.com/search?q=>
6. งานผู้ป่วยใน โรงพยาบาลทรายทองวัฒนา. สถิติข้อมูลผู้ป่วย sepsis. กำแพงเพชร: โรงพยาบาลทรายทองวัฒนา; 2563-2565.
7. งานผู้ป่วยใน โรงพยาบาลทรายทองวัฒนา. แนวทาง Sepsis Conner. กำแพงเพชร: โรงพยาบาลทรายทองวัฒนา; 2565.
8. คลังข้อมูลสุขภาพ. ข้อมูลตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุขประจำปีงบประมาณ 2566. [อินเทอร์เน็ต]. 2566. [เข้าถึงเมื่อ 28 กันยายน 2566]. เข้าถึงได้จาก: <http://hdcservice.moph.go.th>.
9. รัฐภูมิ ชมพูนท, ไชยรัตน์ เพิ่มพิกุล, บุญส่ง พันสนุนทร. แนวทางปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วย Severe sepsis และ Septic shock. กรุงเทพฯ: สมาคมเวชบำบัดวิกฤตแห่งประเทศไทย; 2558.
10. พจนัสรา คำพูน. การพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด. วารสารโรงพยาบาลกำแพงเพชร. 2566;26:72-82.
11. สมศรี ชื้อต่อวงศ์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการใช้ SOS score เพื่อเป็นสัญญาณเตือนก่อนเข้าสู่ภาวะวิกฤติของพยาบาลวิชาชีพ. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 28 กันยายน 2566]. เข้าถึงได้จาก: http://cbh.moph.th.app/intranet/files/KM/150718169_14.
12. Kotadia ID, Williams SE, O'Neill M. Supraventricular tachycardia: An overview of diagnosis and management. Clin Med (Lond). 2020; 20(1):43-47. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6964177/>.

Nursing care of pregnant women with severe pre – eclampsia : A case study

Thipparat Udomsuk, B.N.S.*

Abstract

Introduction : Severe pre - eclampsia during delivery is an obstetric complication which is considered a life crisis due to death of the patient and fetus. Environment of birth care should be under supervision of an obstetrician. Performing an emergency delivery in a community hospital where there are no obstetricians is an important role of the medical and nursing team to treat the mother and baby safety, uncomplicated occur.

Objectives : To provide nursing care for patient during delivery with severe pre - eclampsia efficiency.

Case Study : Thai woman, age 22 years old, first pregnancy, gestational age GA 38⁺² weeks, came for prenatal care as per appointment, found to have high blood pressure BP = 150/110 mmHg, therefore was admitted for hospital treatment. First symptoms received in the delivery room blood pressure was in the range systolic pressure =129-140 mmHg, diastolic pressure = 72-87 mmHg, U/A albumin negative, no symptoms leading to seizures. There were no symptoms of labor pains. On the 2nd day, the laborer had labor pains. UC; I = 3 minutes, D = 50 seconds, severity +1, FHR 140 bpm, PV: cx. dilate 3 cm, Eff 80%, station 0, MI BP = 153/95 mmHg, U/A albumin 4+. The doctor diagnosed severe preeclampsia and gave treatment to prevent seizures by giving MgSo₄ and consulting an obstetrician. Khanu Woraklaksaburi Hospital for referral while preparing to be transferred, the birth attendant had precipitate labor. Therefore impossible to transfer, so the birth was performed. The birth mother was able to give birth normally. The baby had APGAR scores at 1, 5, 10 minutes = 9, 10, 10 points. After admission on the 3rd day, the birth mother still received MgSo₄ medicine to prevent seizures continuously until 24 hours after giving birth. Nursing problems in critical situations are divided into 2 phases : during the waiting period and after giving birth. These include preventing seizures, preventing complications from receiving MgSo₄, and preventing postpartum hemorrhage. After continuous care and monitoring, there was no MgSO₄ toxicity, no seizures and postpartum hemorrhage. Vital signs normal, breastfeeding possible, LATCH score = 10 points, REEDA score = 0 points, doctor discharges mother back home with the child. Total hospital stay : 6 days.

Conclusion : Severe pre - eclampsia during delivery and postpartum period. Nurses have to play a very important role in care from the first stage in risk assessment in order to lead to nursing practice in caring for each stage of birth correctly, quickly, and safely for both mother and baby.

Keywords : Nursing care of pregnant women, severe pre - eclampsia

*Registered Nurse, professional level, Bueng Samakkhi Hospital, Kamphaeng Phet Province

การพยาบาลผู้คลอดที่มีภาวะความดันโลหิตสูงชนิดรุนแรง : กรณีศึกษา

ทิพย์รัตน์ อุดมสุข, พย.บ.*

บทคัดย่อ

บทนำ : ความดันโลหิตสูงชนิดรุนแรงในระยะคลอด เป็นภาวะแทรกซ้อนทางสูติกรรมซึ่งถือว่าเป็นภาวะวิกฤติในชีวิต เนื่องจากเป็นสาเหตุการตายของผู้คลอดและทารกในครรภ์ การคลอดควรอยู่ภายใต้การดูแลของสูติแพทย์ การทำคลอดฉุกเฉินในโรงพยาบาลชุมชนที่ไม่มีสูติแพทย์ จึงเป็นบทบาทสำคัญของทีมแพทย์พยาบาลที่จะช่วยให้ผู้คลอดและทารกปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน

วัตถุประสงค์ : เพื่อให้การพยาบาลผู้คลอดที่มีภาวะความดันโลหิตสูงชนิดรุนแรงอย่างมีประสิทธิภาพ

กรณีศึกษา : หญิงไทย อายุ 22 ปี ตั้งครรภ์แรก อายุครรภ์ GA 38^{w2} สัปดาห์ มาฝากครรภ์ตามนัดพบความดันโลหิตสูง BP = 150/110 mmHg จึงรับไว้รักษาในโรงพยาบาล อาการแรกเริ่มที่ห้องคลอด ความดันโลหิตอยู่ในช่วง systolic pressure = 129-140 mmHg. Diastolic pressure = 72-87 mmHg, ผล U/A albumin negative ไม่มีอาการนำของการชัก ไม่มีอาการเจ็บครรภ์คลอด ในวันที่ 2 ผู้คลอดมีอาการเจ็บครรภ์ UC; I = 3 นาที, D = 50 วินาที, severity +1, FHR 140 bpm PV: cx. dilate 3 cm, Eff 80%, station 0, MI, BP = 153/95 mmHg, ผล U/A albumin 4+ แพทย์วินิจฉัย severe preeclampsia และให้การรักษาเพื่อป้องกันการชักโดยการให้ยา MgSo4 และปรึกษาสูติแพทย์ โรงพยาบาลขอนแก่นเพื่อส่งต่อ ขณะที่เตรียมส่งต่อผู้คลอดมีภาวะคลอดเฉียบพลัน ทำให้ไม่สามารถส่งต่อได้จึงทำคลอด ผู้คลอดสามารถคลอดปกติได้ ทารกมีคะแนน APGAR score ที่ 1, 5, 10 นาที = 9, 10, 10 คะแนน หลังรับไว้วันที่ 3 ผู้คลอดยังคงได้รับยา MgSo4 เพื่อป้องกันการชักอย่างต่อเนื่องจนครบ 24 ชั่วโมงหลังคลอด ปัญหาทางการพยาบาลในภาวะวิกฤติแบ่งเป็น 2 ระยะ คือ ในระยะรอคลอดและหลังคลอด ได้แก่ ป้องกันการชัก การป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยา MgSo4 และการป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอด หลังให้การดูแลและเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่องไม่พบภาวะ MgSO4 toxicity ไม่มีภาวะชักและตกเลือดหลังคลอด สัญญาณชีพปกติ ให้นมบุตรได้ LATCH score = 10 คะแนน, REEDA score = 0 คะแนน แพทย์จำหน่ายกลับบ้านพร้อมบุตร รวมวันนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล 6 วัน

สรุป : ภาวะความดันโลหิตสูงชนิดรุนแรงในระยะคลอดและหลังคลอด พยาบาลมีบทบาทสำคัญมากในการดูแลตั้งแต่ระยะแรกเริ่มในการประเมินความเสี่ยงเพื่อนำไปสู่การปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้คลอดในแต่ละระยะได้อย่างถูกต้อง รวดเร็ว ปลอดภัยทั้งมารดาและทารก

คำสำคัญ : การพยาบาลผู้คลอด ความดันโลหิตสูงชนิดรุนแรง

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลบึงสามัคคี จังหวัดกำแพงเพชร

บทนำ

ความดันโลหิตสูงชนิดรุนแรงในระยะคลอดเป็นภาวะแทรกซ้อนทางสูติกรรมซึ่งถือว่าเป็นภาวะวิกฤติในชีวิต เนื่องจากเป็นสาเหตุการตายของมารดาเป็นอันดับสามรองจากการตกเลือดหลังคลอดและการติดเชื้อ¹ จากรายงานพบว่าทั่วโลกมีมารดาเสียชีวิตจากภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ ร้อยละ 14² สำหรับประเทศไทยพบร้อยละ 9.1³ ผลกระทบจากภาวะความดันโลหิตสูงชนิดรุนแรง (severe pre-eclampsia) ในระยะคลอดมีผลต่อหญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ โดยในส่วนของหญิงตั้งครรภ์จะมีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง เช่น รกลอกตัวก่อนกำหนด ตับวาย ไตวายเฉียบพลัน ภาวะน้ำท่วมปอด การแข็งตัวของเลือดผิดปกติ เลือดออกในสมอง ตกเลือดหลังคลอดและอาจนำไปสู่ภาวะชัก (eclampsia) หรือเกิดภาวะ HELLP syndrome ทำให้หญิงตั้งครรภ์เสียชีวิตได้⁴ ในส่วนผลกระทบต่อทารกในครรภ์ที่พบบ่อย คือ ภาวะทารกเจริญเติบโตช้าในครรภ์ การคลอดก่อนกำหนดเนื่องจากต้องยุติการตั้งครรภ์เพื่อการรักษาเป็นภาวะอันตรายต่อชีวิตทารก⁵ ภาวะความดันโลหิตสูงชนิดรุนแรงในระยะคลอดยังมีผลต่อเนื้อเยื่อในระยะเวลาหลังคลอด เนื่องจากในช่วง 24 - 48 ชั่วโมงแรก onset และ progression ของโรคยังสามารถเกิดได้⁶ โดยพบว่าระยะหลังคลอดช่วงแรกมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะชักได้ถึงร้อยละ 25⁷ สาเหตุของการเกิดภาวะความดันโลหิตสูงยังไม่ทราบแน่ชัด การวินิจฉัยให้รวดเร็ว การดูแลขณะให้ยา MgSo₄ เพื่อป้องกันการชักต้องระมัดระวัง และให้การดูแลอย่างใกล้ชิด ถ้าระดับยาในกระแสเลือดสูงเกินกว่าระดับการรักษาจะทำให้เกิดการหายใจ ถ้าสูงมากจะกดการทำงานของหัวใจ จึงต้องมีการเฝ้าระวังภาวะยาเกินขนาดอย่างใกล้ชิดและต่อเนื่อง⁸

จากแนวทางเวชปฏิบัติหน่วยงานสูติศาสตร์ – นรีเวช โรงพยาบาลกำแพงเพชร⁹ ในเรื่องการดูแลภาวะครรภ์เป็นพิษ กำหนดให้โรงพยาบาลชุมชนที่ไม่มีสูตินรีแพทย์ เมื่อพบภาวะ severe pre-eclampsia / eclampsia ให้ส่งต่อผู้ป่วยมายังโรงพยาบาลแม่ข่ายที่มีสูติแพทย์ทุกราย โดยก่อนส่งต่อผู้ป่วยให้ปฏิบัติตามแนวทางคือป้องกันการชักหรือชักซ้ำโดยให้ MgSo₄ ให้ยาลดความดันโลหิต ให้เส้นทางปลอดภัยและสายสวนปัสสาวะก่อนส่งต่อ แต่เนื่องจากในบางกรณีไม่สามารถส่งต่อได้ทันที เช่น มีการเปิดขยายของปากมดลูกมากกว่า 7 เซนติเมตร ประกอบกับระยะทางในการส่งต่อจากโรงพยาบาลบึงสามัคคีไปโรงพยาบาลแม่ข่ายประมาณ 80 กิโลเมตร ใช้เวลาเดินทางประมาณ 1 ชั่วโมง มีความเสี่ยงที่จะคลอดบุตรส่งต่อ จึงต้องให้มีการคลอดและดูแลต่อเนื่องจนถึง 48 ชั่วโมงหลังคลอดอยู่ที่โรงพยาบาลบึงสามัคคี

จากข้อมูลสถิติโรงพยาบาลบึงสามัคคีในปี 2563-2565 พบว่าผู้คลอดที่มีภาวะความดันโลหิตสูงชนิดรุนแรง ส่งต่อไปโรงพยาบาลแม่ข่ายจำนวน 2, 3, 1 รายตามลำดับและไม่สามารถส่งต่อได้ทันทีต้องทำคลอดที่โรงพยาบาลบึงสามัคคี ปีละ 1-2 ราย ดังนั้น พยาบาลวิชาชีพในห้องคลอดโรงพยาบาลบึงสามัคคีซึ่งเป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียง จึงต้องมีความรู้และทักษะในการดูแลผู้คลอดที่มีความดันโลหิตสูงชนิดรุนแรง รวมทั้งการดูแลต่อเนื่องในระยะหลังคลอด 48 ชั่วโมงอย่างเหมาะสม ปลอดภัยจากภาวะวิกฤติและภาวะแทรกซ้อนทั้งมารดาและทารกในครรภ์ การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อให้การพยาบาลผู้คลอดที่มีภาวะความดันโลหิตสูงชนิดรุนแรงอย่างมีประสิทธิภาพ

กรณีศึกษา

หญิงไทย อายุ 22 ปี สถานภาพสมรสคู่

อาการสำคัญ

มาฝากครรภ์ตามนัด พบความดันโลหิตสูง BP= 150/110 mmHg

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน

หญิงตั้งครรภ์แรกมีความเสี่ยงคือ มีภาวะ Obesity BMI = 33.20 และเสี่ยงต่อภาวะ pre-eclampsia ขณะฝากครรภ์ ได้รับยาแอสไพริน (aspirin 81 mg.) เพื่อป้องกันภาวะ pre-eclampsia และมาฝากครรภ์ตามนัดโดยมีค่าความดันโลหิตอยู่ในเกณฑ์ปกติ

วันนี้มาฝากครรภ์ตามนัดพบค่าความดันโลหิตสูง BP = 150 / 110 mmHg แพทย์จึงให้ admit

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต : ปฏิเสธ

ประวัติการตั้งครรภ์

G1-P0-A0-L0, GA 38⁺² wk. by LMP, LMP= 10 ตุลาคม 2565, EDC= 17 กรกฎาคม 2566

ฝากครรภ์ครั้งแรกอายุครรภ์ 8⁺² สัปดาห์ ฝากครรภ์ทั้งหมด 15 ครั้งครบเกณฑ์ ผลเลือดปกติ

ความเสี่ยงที่พบระหว่างตั้งครรภ์ คือ 1. มีภาวะอ้วน Obesity BMI = 33.20 kg/m² 2. เสี่ยงต่อภาวะ pre-eclampsia จากเกณฑ์ 2 ข้อ คือ เป็นการตั้งครรภ์ครั้งแรก และมีค่า BMI มากกว่า 30 kg/m²

การประเมินสภาพร่างกายตามระบบ

รูปร่างทั่วไป : รูปร่างอ้วน น้ำหนัก 106.5 กิโลกรัม สูง 164 เซนติเมตร BMI = 39.73 kg/m²

สัญญาณชีพ : BP = 144 / 87mmHg PR = 80 ครั้ง/นาที RR = 18 ครั้ง/นาที T=37.0 องศาเซลเซียส

ระบบประสาท : รู้สึกตัวดี พูดคุย ตอบคำถามได้ปกติ E4M5V6 Coma score =15

ผิวหนัง : ผิวขาวเหลือง ไม่ซีด ไม่มีบาดแผล จำเลือด

ศีรษะและใบหน้า : ศีรษะทรงกลม ผมยาว การมองเห็นปกติ

ทรวงอกและการหายใจ : รูปร่างทรวงอกปกติ การหายใจสม่ำเสมอ ฟังปอดได้ยินเสียงลมชัดเจนนทั้ง 2 ข้าง

หัวใจและหลอดเลือด : อัตราการเต้นของหัวใจสม่ำเสมอ PR = 80 ครั้ง/นาที ฟังเสียงหัวใจปกติ ค่าความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือด = 97 %

ช่องท้องและทางเดินอาหาร : ลักษณะทั่วไปปกติ การขับถ่ายปกติ

ระบบทางเดินปัสสาวะ : ปัสสาวะได้ปกติ ไม่มีแสบขัด

ระบบสืบพันธุ์ : ปกติ

ระบบกล้ามเนื้อและกระดูก : การเคลื่อนไหวของกระดูกและแขนขาปกติ

ตรวจท้อง : UTERUS : HEIGHT OF FUNDUS 36 cms. , LOA, FHR= 150 bpm, presentation: vertex

สภาพจิตใจและสังคม : สีสหน้าแจ่มใส มีอารมณ์ที่สงบ มีความกังวลเกี่ยวกับโรคที่ตนเองเป็นระดับปานกลาง

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่สำคัญ

รายการ	ค่าปกติ	5 ก.ค. 66	6 ก.ค. 66	7 ก.ค. 66	8 ก.ค. 66
CBC					
WBC count	4.0-11.0	12.3	19.2		19.9
Neutrophil	50-70	60.9	82.6	80.2	
Urinalysis					
U/A-albumin	negative	negative	4+	negative	negative
U/A-WBC	0-1	3-5	10-20	5-10	5-10
U/A-RBC	0-1	0-1	2-3	5-10	>100
Creatinine/eGFR					
Creatinine GFR	119.25	Stage1	126.43		123.97
LFT					
ALP	42-98	141.0	148.0		125.0
Magnesium					
	1.6-2.3		1.50	3.85	

การวินิจฉัยของแพทย์ : Severe preeclampsia

การดำเนินของโรคระหว่างให้การดูแล

วันที่ 5 ก.ค. 66 ผู้คลอดไม่มีอาการเจ็บครรภ์คลอดแพทย์ให้นอนพักและสังเกตอาการ ความดันโลหิต systolic pressure = 129 - 140 mmHg., Diastolic pressure = 72-87 mmHg, ผล U/A-albumin negative ไม่มีอาการนำของการชัก

วันที่ 6 ก.ค. 66 ผู้คลอดมีอาการเจ็บครรภ์ มี UC ; I = 3 นาที, D = 50 วินาที, severity +1, FHR 140 bpm PV : cx. dilate 3 cm, Eff 80%, station 0, MI, BP = 153/95 mmHg, ผล U/A-albumin = 4+ แพทย์วินิจฉัย severe preeclampsia จึงให้การรักษาเพื่อป้องกันการชักโดยการให้ยา MgSO₄ ตามแนวทางการรักษา และ consult สูติแพทย์โรงพยาบาลชาลวาลักษณ์บุรีเพื่อส่งต่อขณะเตรียมส่งต่อผู้คลอดมีภาวะคลอดเฉียบพลัน (precipitate labor) ทำให้ส่งต่อไม่ได้ ผู้คลอดสามารถคลอดปกติได้ทารกมีคะแนน APGAR score ที่ 1, 5, 10 นาที = 9, 10, 10 คะแนน ไม่มีภาวะชักและตกเลือดหลังคลอด

วันที่ 7 ก.ค. 66 ผู้คลอดยังคงได้รับยา MgSO₄ เพื่อป้องกันการชักอย่างต่อเนื่องจนครบ 24 ชั่วโมง มีการดูแลติดตามภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาอย่างใกล้ชิด ไม่พบภาวะ MgSO₄ toxicity ระดับ Mg ในเลือดอยู่ในระดับที่เหมาะสม คือ 1.50 -3.85 มิลลิกรัม/เดซิลิตร เมื่อครบ 24 hrs. หลังคลอดหยุดการให้ยา MgSO₄ และ off Foley's cath

วันที่ 8 ก.ค. 66 ผู้คลอดมีภาวะไม่สุขสบายจากการปวดมดลูก และเจ็บตึงบริเวณแผลฝีเย็บ ได้รับการพยาบาลเพื่อลดความเจ็บปวด ซึ่งมีคะแนน pain score ลดลง

วันที่ 9 ก.ค. 66 ผู้คลอดหน้าตาแจ่มใส ช่วยเหลือตนเองได้ยังมีโอกาสเกิดภาวะติดเชื้อหลังคลอดเนื่องจากมีแผลฝีเย็บและแผลในโพรงมดลูก และพร่องความรู้ในการดูแลตนเองและทารกหลังคลอดได้รับการพยาบาลโดยการให้คำแนะนำเพื่อให้ผู้คลอดสามารถปฏิบัติตนได้ถูกต้อง REEDA score = 0 คะแนน

วันที่ 10 ก.ค. 66 ผู้คลอดหน้าตาแจ่มใส ช่วยเหลือตนเองได้ดี ให้นมบุตรได้ LATCH score = 10 คะแนน สัญญาณชีพปกติ แพทย์จึงจำหน่ายกลับบ้านพร้อมบุตร รวมวันนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล 6 วัน

การวางแผนการปฏิบัติการพยาบาล แบ่งเป็น 3 ระยะ คือ ระยะก่อนคลอด ระยะคลอด และระยะหลังคลอด

ระยะก่อนคลอด

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ 1 มีโอกาสเกิดภาวะชักในระยะก่อนคลอดเนื่องจากภาวะความดันโลหิตสูงชนิดรุนแรง

ข้อมูลสนับสนุน

S : ผู้คลอดบอกว่าบางครั้งมีอาการปวดมึนศีรษะ

O : G1-P0-A0-L0, GA 38⁺² wk. by LMP มีภาวะอ้วน Obesity BMI = 39.73 kg/m²

ความดันโลหิตสูง 150/110 – 153/95 มิลลิเมตรปรอท ผลการตรวจปัสสาวะ urine albumin 4+

วัตถุประสงค์การพยาบาล

เพื่อป้องกันการชักและอันตรายจากการชัก

เกณฑ์การประเมินผล

1. ไม่เกิดภาวะชัก
2. ความดันโลหิตอยู่ในเกณฑ์ปกติ คือ systolic pressure \leq 140 mmHg, Diastolic pressure \leq 90 mmHg

กิจกรรมการพยาบาล

1. อธิบายให้ผู้คลอดทราบถึงพยาธิสภาพของโรค อาการนำสู่ภาวะชัก อันตรายที่จะเกิดขึ้นจากการชักที่จะส่งผลแก่มารดาและทารกในครรภ์ ตลอดจนความจำเป็นในการให้ยา MgSO₄ และอาการข้างเคียงของการได้รับยา MgSO₄
2. ให้ผู้คลอดนอนพักในท่านอนตะแคงซ้าย เพื่อลดการกดทับที่บริเวณเส้นเลือดอินฟีเรียเวนาคาวา (inferior venacava) ทำให้เลือดสามารถไหลเวียนเพิ่มขึ้นที่มดลูกและรก
3. ประเมินอาการนำสู่ภาวะชัก ได้แก่ อาการปวดศีรษะ ตาพร่ามัว เห็นภาพไม่ชัด อาการปวดบริเวณใต้ลิ้นปี่ หรืออาการเจ็บชายโครงขวา ปฏิกริยาสะท้อนเร็วเกิน 3+ ขึ้นไป ถ้าตรวจพบอาการรีบรายงานแพทย์
4. ให้ยา MgSO₄ เพื่อป้องกันการชักด้วยเครื่องควบคุมการไหลของสารละลายทางหลอดเลือดดำ (infusion pump) และสังเกตอาการไม่พึงประสงค์ของยาถ้าตรวจพบอาการอย่างใดอย่างหนึ่งต้องรีบรายงานแพทย์หยุดการให้ยา
5. ประเมินระดับความรู้สึกตัว ความดันโลหิต ชีพจรและการหายใจ อาการปวดศีรษะ ทุก 1 ชั่วโมง และรายงานแพทย์เมื่ออาการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่แย่ลงกว่าเดิม

6. ตรวจและบันทึกการได้รับสารน้ำและปริมาณปัสสาวะทุกชั่วโมงเพราะยาจะถูกขับออกจากร่างกายทางไต
7. เตรียมยา 10% Calcium gluconate 10 กรัม ไว้ให้พร้อมโดยฉีดเข้าหลอดเลือดดำช้า ๆ ถ้าพบการหายใจ และการทำงานของหัวใจถูกกดจาก MgSO₄
8. จัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการพักผ่อนทำกิจกรรมต่าง ๆ บนเตียงเพื่อให้สามารถพักผ่อนได้เต็มที่โดยไม่ปล่อยให้ยู่ตามลำพัง เพราะอาการชักอาจเกิดขึ้นได้ ขณะอยู่บนเตียงยกไม้กั้นเตียงทั้ง 2 ข้างเพื่อป้องกันอุบัติเหตุจากการตกเตียง
9. เตรียมอุปกรณ์และทีมช่วยฟื้นคืนชีพให้พร้อมเพื่อช่วยเหลือได้ทันทีเมื่อมีอาการชัก
10. ให้น้ำและอาหารเพื่อเตรียมความพร้อมกรณีต้องผ่าตัดคลอดและป้องกันการสูญเสียน้ำจากภาวะชัก
11. ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อประเมินความรุนแรงของโรคและความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะ HELLP Syndrome

การประเมินผล

1. ไม่เกิดภาวะชัก
2. ความดันโลหิต คือ Systolic pressure = 142 – 147 mmHg Diastolic pressure = 69 - 85 mmHg

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ 2 มีโอกาสเกิด Hypermagnesemia และอาการไม่พึงประสงค์จากการได้รับยา MgSO₄

ข้อมูลสนับสนุน

- S : ผู้คลอดรู้สึกร้อนวูบวาบตามตัว
O : ได้รับยา MgSO₄ เพื่อป้องกันการชัก

วัตถุประสงค์การพยาบาล

เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยา MgSO₄

เกณฑ์การประเมินผล

1. ไม่มีอาการกล้ามเนื้ออ่อนแรง ชีพ สับสน หายใจลำบาก
2. ไม่มีภาวะ MgSO₄ toxicity คือ Patellar reflex: absent ปัสสาวะ ≤ 100 มิลลิลิตร/4 ชั่วโมง หรือ ≤ 25 มิลลิลิตร/ชั่วโมง หายใจ ≤ 14 ครั้ง/นาที
3. ระดับ Mg ในเลือดอยู่ในระดับที่เหมาะสม (4.8 - 8.4 มิลลิกรัม/เดซิลิตร หรือ 4 - 7 mEq/L)

กิจกรรมการพยาบาล

1. อธิบายให้ผู้คลอดและญาติเข้าใจถึงเหตุผลและขั้นตอนการให้ยา รวมทั้งผลข้างเคียงที่อาจเกิดได้จากยา เช่น อาการร้อนบริเวณที่ฉีด ร้อนวูบวาบทั่วตัวและอาการคลื่นไส้อาเจียนขณะได้รับยา
2. ควบคุมให้ได้รับปริมาณยา MgSO₄ โดยใช้ Infusion pump เพื่อให้ได้ปริมาณยาตามแผนการรักษา
3. ประเมินภาวะผิดปกติขณะให้ยาโดยเมื่อเริ่มให้ยาประเมินทุก 15 นาที $\times 4$ ครั้ง ทุก 30 นาที $\times 2$ ครั้ง และทุก 1 ชั่วโมง
4. ปฏิบัติตามแนวทางเพื่อป้องกันการอาการไม่พึงประสงค์จากยา (MgSO₄ toxicity) ดังนี้
 - ประเมินอัตราการหายใจ ทุก 1 ชั่วโมง ถ้าน้อยกว่า 14 ครั้ง/นาทีต้องหยุดให้ยาและรายงานแพทย์
 - ใส่สายสวนปัสสาวะคาไว้และบันทึกปริมาณปัสสาวะทุก 1 ชั่วโมง ถ้าปัสสาวะออกน้อยกว่า 30 มิลลิลิตรหรือภายใน 4 ชั่วโมงออกน้อยกว่า 100 มิลลิลิตรรายงานแพทย์
 - ประเมินปฏิกิริยาตอบสนองเฉียบพลันของเอ็นลิก DTR ทุก 1 ชั่วโมง ถ้าน้อยกว่า 2+ ต้องรายงานแพทย์ทันทีหรือเท่ากับ 0 ต้องหยุดยาทันที
 - สังเกตอาการของการได้รับยามากเกินไปหรือติดตามระดับแมกนีเซียมในเลือด ได้แก่ อาการร้อน วูบวาบ เหงื่อออก ความดันโลหิตลดลง การหายใจช้าลง ชีพ ไม่มีแรง อ่อนปวกเปียก DTR ลดลง ต้องรีบรายงานแพทย์ และเตรียมยาแก้ไข ได้แก่ 10 % Calcium Gluconate 10 มิลลิลิตร ฉีดเข้าทางหลอดเลือดดำช้า ๆ ประมาณ 3-5 นาที
5. จัดทำนอนตะแคงซ้ายหรือขวา
6. ดูแลความสุขสบายของผู้คลอด ได้แก่ เช็ดตัว ประคบด้วยผ้าเย็นเพื่อบรรเทาอาการร้อนวูบวาบตามร่างกาย

7. Maintain electronic fetal monitoring เพื่อประเมิน fetal status
8. เตรียมอุปกรณ์ช่วยฟื้นคืนชีพให้พร้อม
9. ติดตามระดับ MgSO₄ ทุก 4 ชม.ตามแผนการรักษาของแพทย์

การประเมินผล

1. ไม่มีอาการกล้ามเนื้ออ่อนแรง ชีพ สับสน หายใจลำบาก
2. ไม่มีภาวะ MgSO₄ toxicity คือ patellar reflex : + อัตราการหายใจ 18-20 ครั้ง/นาที ปริมาณ urine output 1,400 ml/ 8 ชม.
3. ระดับ Mg ในเลือดอยู่ในระดับที่เหมาะสม คือ 1.50 - 3.85 มิลลิกรัม/เดซิลิตร

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ 3 มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและความปลอดภัยของลูก

ข้อมูลสนับสนุน

- S : ผู้คลอดถามว่าเมื่อความดันสูงจะต้องทำอะไร เป็นอันตรายไหม ลูกจะเป็นอะไรไหม
- O : ตั้งครรภ์แรก อายุ 22 ปี สีหน้าไม่สดชื่น

วัตถุประสงค์การพยาบาล

เพื่อให้ผู้คลอดมีความวิตกกังวลลดลง

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้คลอดบอกที่มีความวิตกกังวลลดลง มีสีหน้าสดชื่น ยิ้มแย้มขึ้น
2. ผู้คลอดให้ความร่วมมือในการปฏิบัติการพยาบาล

กิจกรรมการพยาบาล

1. แสดงความเป็นมิตร ปลอดภัยให้รู้สึกอบอุ่นเพื่อคลายความวิตกกังวลและความกลัว มั่นใจว่ามีคนคอยดูแลให้ความช่วยเหลืออย่างเต็มที่
2. ถามและเปิดโอกาสให้ผู้คลอดได้เล่าถึงสาเหตุของความวิตกกังวลและความกลัวเพื่อให้ได้ระบายความรู้สึก
3. อธิบายถึงสาเหตุ ลักษณะอาการ ภาวะแทรกซ้อนของภาวะความดันโลหิตสูง แนวทางการรักษาพยาบาล เพื่อให้ได้ทราบข้อมูลช่วยลดความวิตกกังวลและเข้าใจเหตุผลของการรักษาพยาบาลที่ได้รับ
4. ให้กำลังใจเพื่อลดความวิตกกังวล
5. อนุญาตให้สามีหรือญาติเฝ้าและคอยให้กำลังใจ

การประเมินผล

1. ผู้คลอดบอกที่มีความวิตกกังวลลดลงเพราะมีความเข้าใจต่อการรักษาแล้ว
2. ผู้คลอดมีสีหน้าสดชื่น ยิ้มแย้มขึ้นและให้ความร่วมมือในการปฏิบัติการพยาบาลทุกครั้ง

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ 4 ทารกในครรภ์มีโอกาสเกิดภาวะขาดออกซิเจน

ข้อมูลสนับสนุน

- O : ผู้คลอดได้รับการวินิจฉัยโรค severe preeclampsia รับประทาน MgSO₄ เพื่อป้องกันการชัก

วัตถุประสงค์การพยาบาล

เพื่อป้องกันภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิด

เกณฑ์การประเมินผล

1. อัตราการเต้นของหัวใจทารกอยู่ในเกณฑ์ปกติ (110 -160 ครั้งต่อนาที)
2. ผลการตรวจ electronic fetal monitoring = category I
3. คะแนน APGAR score ที่ 1 นาที > 7 คะแนน

กิจกรรมการพยาบาล

1. จัดให้ผู้คลอดนอนตะแคงซ้ายหรือขวาเพื่อไม่ให้มีการกดทับเส้นเลือด Inferior vena cava และเพิ่มการไหลเวียนของเลือดจากมารดาสู่ทารก
2. ให้oxygen mask with bag 10 ลิตร/นาทีแก่ผู้คลอดซึ่งจะไปเพิ่มปริมาณออกซิเจนในกระแสเลือดทำให้ผู้คลอด และทารกได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ
3. ดูแลให้ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำเพื่อเพิ่มปริมาณเลือดไปเลี้ยงมดลูก
4. ประเมินสุขภาพทารกในครรภ์ โดยทำ electronic fetal monitoring
5. ฟังและบันทึก FHS ทุก 15 – 30 นาที
6. ตรวจและบันทึก uterine contraction ทุก 30 นาทีเพื่อสังเกตการหดตัวของมดลูก
7. เฝ้าระวังภาวะรกลอกตัวก่อนกำหนด ได้แก่ เลือดออก กดเจ็บที่มดลูกชัดเจน มีการหดตัวแบบ tetanic contraction และทารกดิ้นน้อยลง

การประเมินผล

1. อัตราการเต้นของหัวใจทารกอยู่ในเกณฑ์ปกติ คือ 126-142 ครั้ง/นาที
2. ผลการตรวจ electronic fetal monitoring = category I
3. คะแนน APGAR score ที่ 1,5,10 นาที = 9,10,10 คะแนน

ระยะคลอด

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ 5 เสี่ยงต่อภาวะช้ำในระยะเบ่งคลอดเนื่องจากมีภาวะความดันโลหิตสูงชนิดรุนแรง
ข้อมูลสนับสนุน

S : ผู้คลอดบอกว่า "ปวดท้อง เหมือนอยากเบ่ง"

O : PV: cx. fully dilate BP = 160/94 mmHg PR = 72 ครั้ง/นาที RR = 22 ครั้ง/นาที

วัตถุประสงค์การพยาบาล

เพื่อป้องกันภาวะช้ำในระยะเบ่งคลอด

เกณฑ์การประเมินผล

1. ไม่เกิดภาวะช้ำในขณะคลอด ความดันโลหิต < 160/110 mmHg.
2. ไม่มีอาการนำสู่ภาวะช้ำ ได้แก่ อาการปวดศีรษะ ตาพร่ามัว จุกแน่นใต้ลิ้นปี่

กิจกรรมการพยาบาล

1. ดูแลให้ได้รับยา MgSo4 และควบคุมการหยดให้ได้รับปริมาณยาที่ถูกต้องโดยใช้ Infusion pump
2. ติดตามสัญญาณชีพทุก 5-10 นาที
3. ติดตามการหดตัวของมดลูกและทำ electronic fetal monitoring ทุก 5-10 นาที
4. เฝ้าระวังอาการนำของการช้ำ ได้แก่อาการปวดศีรษะ ตาพร่ามัว จุกแน่นใต้ลิ้นปี่ เจ็บชายโครงขวา
5. จัดเตรียมทีมและอุปกรณ์ช่วยฟื้นคืนชีพให้พร้อมเพื่อให้การช่วยเหลือได้ทันท่วงทีเมื่อมีอาการช้ำ

การประเมินผล

1. ไม่มีอาการช้ำในขณะคลอด BP = 142/69 mmHg PR = 98 ครั้ง/นาที RR = 20 ครั้ง/นาที
2. ไม่มีอาการปวดศีรษะ ตาพร่ามัว จุกแน่นใต้ลิ้นปี่ normal delivery เวลา 10.24 น.

ระยะหลังคลอด

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ 6 เสี่ยงต่อภาวะตกเลือดขณะคลอดและหลังคลอด

ข้อมูลสนับสนุน

- : ผู้คลอดได้รับยา MgSO₄ เพื่อป้องกันการชักขณะคลอดและได้รับต่อเนื่องจนครบ 24 ชั่วโมงหลังคลอด
- : มีแผลผิวยับ blood loss = 200 ml.

วัตถุประสงค์การพยาบาล

เพื่อป้องกันการตกเลือดขณะคลอดและหลังคลอด

เกณฑ์การประเมินผล

1. Total blood loss น้อยกว่า 500 ซีซี
2. สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ BP \geq 90/60 mmHg PR < 100 ครั้ง/ นาที RR = 16- 22 ครั้ง/ นาที

กิจกรรมการพยาบาล

1. ในระยะที่สามของการคลอด ใช้วิธีการ active management
2. ใช้ถุงตวงเลือดหากพบ blood loss \geq 300 ml. ให้รายงานแพทย์
3. ดูแลให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำและยากระตุ้นการหดตัวของมดลูก
4. Record BP, PR, RR ทุก 15 นาที x 4 ครั้ง ทุก 30 นาที x 2 ครั้ง เพื่อประเมินภาวะ shock
5. สอนวิธีการวัดคลั่งมดลูกให้แก่ผู้คลอด
6. ใส่ผ้าอนามัยเพื่อสังเกตปริมาณเลือด
7. ดูแลให้ empty bladder เพื่อป้องกันการขัดขวางการหดตัวของมดลูก
8. เฝ้าระวังอาการตกเลือดหลังคลอด ได้แก่ หน้ามืด เป็นลม เหงื่อออก ตัวเย็น กระสับกระส่าย
9. ประเมินการหดตัวของมดลูก ปริมาณเลือดและแผลผิวยับทุก 30 นาที แนะนำการสังเกตอาการผิดปกติ

หลังคลอดที่ต้องแจ้งพยาบาลทันที

การประเมินผล

1. ผู้คลอดไม่มีภาวะตกเลือดหลังคลอด, total blood loss = 200 ซีซี
2. สัญญาณชีพปกติ คือ BP = 144/73 mmHg PR = 90 ครั้ง/นาที RR = 18 ครั้ง/นาที O₂ sat = 97%

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ 7 มีโอกาสเกิดภาวะชักในระยะหลังคลอดเนื่องจากภาวะความดันโลหิตสูงชนิดรุนแรง

ข้อมูลสนับสนุน

- : BP = 147/85 mmHg PR = 98 ครั้ง/นาที RR = 22 ครั้ง/นาที O₂ sat = 97%
- : ผลการตรวจปัสสาวะพบ Albumin 4+ ได้รับยา MgSO₄ ต่อเนื่องจนครบ 24 ชั่วโมงหลังคลอด

วัตถุประสงค์การพยาบาล

เพื่อป้องกันภาวะชักในระยะหลังคลอดและอันตรายจากการชัก

เกณฑ์การประเมินผล

1. ไม่เกิดภาวะชัก, ความดันโลหิตอยู่ในเกณฑ์ < 160/110 mmHg
2. Deep Tendon Reflex (DTR) ปกติ (2+)
3. ปัสสาวะออกไม่น้อยกว่า 100 มิลลิลิตร/4 ชั่วโมง หรือ > 25 มิลลิลิตร/ชั่วโมง
4. ระดับ Mg ในเลือดอยู่ในระดับที่เหมาะสม (4.8-8.4 มิลลิกรัม/เดซิลิตร หรือ 4-7 mEq/L)

กิจกรรมการพยาบาล

1. อธิบายให้ผู้คลอดทราบถึงพยาธิสภาพของโรค อาการนำสู่ภาวะชัก อันตรายที่จะเกิดขึ้นจากการชักตลอดจนความจำเป็นในการให้ยา MgSO₄ และอาการข้างเคียงของการได้รับยา MgSO₄

2. เฝ้าระวังอาการนำสู่ภาวะชัก ได้แก่ อาการปวดศีรษะ ตาพร่ามัว เห็นภาพไม่ชัด อาการปวดบริเวณใต้ลิ้นปี่ หรืออาการเจ็บชายโครงขวาถ้าตรวจพบอาการต้องรีบรายงานแพทย์
3. ดูแลให้ยา MgSo₄ เพื่อป้องกันการชักและสังเกตอาการไม่พึงประสงค์ของยาถ้าตรวจพบอาการต้องรีบรายงานแพทย์หยุดการให้ยา
4. Absolute bed rest ในช่วง 24 ชั่วโมงหลังคลอด
5. ประเมินระดับความรู้สึกตัว ความดันโลหิต ชีพจรและการหายใจ อาการปวดศีรษะทุก 1-2 ชั่วโมง
6. ตรวจและบันทึกการได้รับสารน้ำและปริมาณปัสสาวะทุกชั่วโมงเพราะยาจะถูกขับออกจากร่างกายทางไต
7. เตรียมยา 10% Calcium gluconate 10 กรัม ไว้ให้พร้อมโดยฉีดเข้าหลอดเลือดดำช้าๆ ถ้าพบมีอาการผิดปกติจากพิษของ MgSo₄
8. จัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการพักผ่อน ทำกิจกรรมต่างๆ บนเตียง ไม่ปล่อยให้ย้อยตามลำพัง ขณะอยู่บนเตียง ยกไม้กั้นเตียงทั้ง 2 ข้างขึ้น เพื่อป้องกันอุบัติเหตุจากการตกเตียง
9. เตรียมอุปกรณ์และทีมช่วยฟื้นคืนชีพให้พร้อมเพื่อช่วยเหลือได้ทันทีเมื่อมีอาการชัก
10. ดูแล Off Foley's cath และ 50% MgSO₄ เมื่อครบ 24 hrs. หลังคลอด

การประเมินผล

1. ไม่เกิดภาวะชัก BP = 140/88 mmHg PR = 70 ครั้ง/นาที RR = 20 ครั้ง/นาที O₂ sat = 98%
2. Deep Tendon Reflex (DTR) ปกติ (2+)
3. ปริมาณ urine out put 1,400 ml / 8 ชั่วโมง
4. ระดับ Mg ในเลือดอยู่ในระดับที่เหมาะสม คือ 3.85

สรุปกรณีศึกษา

หญิงคลอดบุตรคนแรก ชาวไทย อายุ 22 ปี รับประทานยาคุมกำเนิดตามนัด พบความดันโลหิตสูง BP= 150/110 mmHg P = 70 ครั้ง/นาที RR = 18 ครั้ง/นาที และมีภาวะอ้วน Obesity BMI = 39.73 kg/m² แพทย์จึงให้ admit ที่ห้องคลอด หลังรับไว้วันที่ 1 ความดันโลหิต systolic pressure = 129 - 140 mmHg diastolic pressure = 72-87 mmHg ผล U/A-albumin negative ไม่มีอาการนำของการชัก ไม่มีอาการเจ็บครรภ์คลอด แพทย์ให้นอนพักและสังเกตอาการ หลังรับไว้วันที่ 2 ผู้คลอดมีอาการเจ็บครรภ์ ท้องแข็งถี่ขึ้น UC ; I = 3 นาที D = 50 วินาที severity +1 FHR 140 bpm PV : cx. dilate 3 cm Eff 80% station 0 MI BP = 153/95 mmHg ผล U/A-albumin = 4+ แพทย์วินิจฉัย severe preeclampsia และให้การรักษาเพื่อป้องกันการชักโดยการให้ยา MgSo₄ ตามแนวทางการรักษา และ consult สูติแพทย์โรงพยาบาลชาณุวรลักษบุรีเพื่อส่งต่อ ขณะเตรียมส่งต่อผู้คลอดมีภาวะคลอดเฉียบพลัน (precipitate labor) ทำให้ไม่สามารถส่งต่อได้ จึงมีการจัดเตรียมทีม และอุปกรณ์ช่วยฟื้นคืนชีพให้พร้อมเพื่อให้การช่วยเหลือได้ทันทีเมื่อมีอาการชัก ผู้คลอดสามารถคลอดปกติได้ ทารกมีคะแนน APGAR score ที่ 1, 5, 10 นาที = 9, 10, 10 คะแนน ไม่มีภาวะชักและตกเลือดหลังคลอด หลังรับไว้วันที่ 3 ผู้คลอดยังคงได้รับยา MgSo₄ เพื่อป้องกันการชักอย่างต่อเนื่องจนครบ 24 ชั่วโมง มีการดูแลติดตามภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาอย่างใกล้ชิด โดยไม่พบภาวะ MgSO₄ toxicity ไม่มีอาการกล้ามเนื้ออ่อนแรง ซึม สับสน หายใจลำบาก ระดับ Mg ในเลือดอยู่ในระดับที่เหมาะสม คือ 1.50 – 3.85 มิลลิกรัม/เดซิลิตร เมื่อครบ 24 hrs. หลังคลอดหยุดการให้ยา MgSO₄ และ off Foley's cath หลังรับไว้วันที่ 4 ผู้คลอดยังมีภาวะไม่สบายจากการปวดมดลูกและเจ็บตึงบริเวณแผลฝีเย็บได้รับการพยาบาลเพื่อลดความเจ็บปวดซึ่งมีคะแนน pain score ลดลง หลังรับไว้วันที่ 5 ผู้คลอดหน้าตาแจ่มใส ช่วยเหลือตนเองได้ ยังมีโอกาสเกิดภาวะติดเชื้อหลังคลอดเนื่องจากมีฝีเย็บและแผลในโพรงมดลูกและพร่องความรู้ในการดูแลตนเองและทารกหลังคลอดได้รับการพยาบาลโดยการให้คำแนะนำเพื่อให้ผู้คลอดสามารถปฏิบัติตนได้ถูกต้อง หลังรับไว้วันที่ 6 ผู้คลอดหน้าตาแจ่มใส ช่วยเหลือตนเองได้ดีให้นมบุตรได้ LATCH score = 10 คะแนน REEDA score = 0 คะแนน สัญญาณชีพปกติ แพทย์จึงจำหน่ายกลับบ้านพร้อมบุตร ได้รับคำแนะนำเรื่องการปฏิบัติตัวหลังคลอด อาการผิดปกติที่ต้องกลับมาโรงพยาบาล และการมาตรวจตามนัด รวมวันนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล 6 วัน

วิจารณ์

ภาวะความดันโลหิตสูงชนิดรุนแรงในระยะคลอด (severe pre-eclampsia) เป็นภาวะวิกฤติในชีวิตจึงจำเป็นต้องอยู่ในโรงพยาบาลที่มีสูติแพทย์ กุมารแพทย์ วิชาสูติแพทย์และพยาบาลที่มีความพร้อมในการดูแลเพื่อให้เกิดความปลอดภัยแก่ผู้คลอดและทารกในครรภ์ หลักในการดูแลคือป้องกันการชักโดยการให้ยา MgSO₄ ซึ่งต้องมีแนวทางการบริหารยาที่ถูกต้องและมีการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนอย่างใกล้ชิด ในผู้คลอดที่มีภาวะอ้วนร่วมด้วยเมื่อต้องเบ่งคลอดอาจคลอดยากและเกิดภาวะชักได้โดยส่วนมากสูติแพทย์จะช่วยคลอดโดยใช้เครื่องดูดสุญญากาศ แต่เนื่องจากในบางกรณีที่ผู้คลอดมีความดันโลหิตสูงชนิดรุนแรงไม่สามารถส่งต่อได้ทันจึงจำเป็นต้องมีการทำคลอดที่โรงพยาบาลชุมชน การเตรียมอุปกรณ์ที่มคลอดและทีมช่วยฟื้นคืนชีพให้พร้อมจึงมีความสำคัญเป็นอย่างยิ่งเพื่อช่วยเหลือได้ทันทีเมื่อมีอาการชัก พยาบาลห้องคลอดจึงต้องมีความรู้และทักษะที่เหมาะสมในการดูแลในแต่ละระยะของการคลอดและหลังคลอด การบริหารยา MgSO₄ การติดตามภาวะแทรกซ้อนและให้การดูแลในภาวะวิกฤติ นอกจากนี้ยังต้องสื่อสารข้อมูลในเรื่องโรค ความก้าวหน้าของการคลอดแก่ผู้คลอดและญาติเป็นระยะๆ เพื่อให้ผู้คลอดและญาติรับรู้ภาวะวิกฤติและการเปลี่ยนแปลงต่างๆที่เกิดขึ้น เพื่อป้องกันการร้องเรียนเมื่อเกิดอันตรายต่อหญิงตั้งครรภ์และทารก

ข้อเสนอแนะ

1. พัฒนาสมรรถนะพยาบาลในการดูแลผู้คลอดที่มีภาวะความดันโลหิตสูงชนิดรุนแรงและได้รับยา MgSO₄
2. จัดทำแนวทางปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้คลอดที่มีภาวะความดันโลหิตสูงชนิดรุนแรง เพื่อให้พยาบาลทุกคนปฏิบัติเป็นแนวทางเดียวกัน
3. จัดเตรียมยา MgSO₄ ให้พร้อมใช้โดยจัดทำกล่องเตรียมยา (MgSO₄) เพื่อให้พยาบาลทุกคนสามารถบริหารยาได้รวดเร็ว ถูกต้อง
4. มีการซ้อมแผนด้วยการจำลองสถานการณ์การดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงชนิดรุนแรง ในกรณีที่เกิดภาวะชักและการช่วยฟื้นคืนชีพมารดาและทารก ทุก 3 เดือน

สรุป

ภาวะความดันโลหิตสูงชนิดรุนแรงในระยะคลอดและหลังคลอดเป็นภาวะวิกฤติที่ส่งผลกระทบต่อความปลอดภัยและเสียชีวิตของมารดาและทารกในครรภ์ พยาบาลห้องคลอดในโรงพยาบาลชุมชนจึงต้องมีสมรรถนะในการดูแลรักษาทั้งในระยะคลอดและหลังคลอดจนถึงจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในกรณีที่ต้องไปยังโรงพยาบาลแม่ข่ายไม่ทัน โดยมีแนวทางปฏิบัติการพยาบาลที่เป็นแนวทางเดียวกัน เพื่อให้เกิดความถูกต้อง รวดเร็ว ปลอดภัยทั้งมารดาและทารก

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization: WHO. Maternal mortality. [Internet]. 2022 [cited 2022 Sep 12]. Available from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>
2. Lale Say, Doris Chou, Alison Gemmil, Ozge Tuncalp, Ann-Beth Moller, Jane Daniels. et al. Global causes of maternal death: a WHO systematic analysis. THE LANCET Global Health [Internet]. 2014 [cited 2022 Sep 14]. Available from: [https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X\(14\)70227-X/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X(14)70227-X/fulltext)
3. สำนักส่งเสริมสุขภาพกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. รายงานระบบเฝ้าระวังการตายมารดาประเทศไทยประจำปีงบประมาณ 2564. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 10 กันยายน 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://hp.anamai.moph.go.th/th/manuals-of-official/209081>
4. Andrea G. Kattah, Vesna D. Garovic. The Management of Hypertension in Pregnancy. [Internet]. 2013 [cited 2022 Sep 14]. ARTICLE VOLUME 20, ISSUE 3, P229-239, MAY 2013. Available from: [https://www.akdh.org/article/S1548-5595\(13\)00028-1/fulltext](https://www.akdh.org/article/S1548-5595(13)00028-1/fulltext)



5. ลัดดาวัลย์ ปลอดฤทธิ์, ราไฟ ตั้งไตรทิพย์, คณางค์ ภูมิภมร. การพัฒนารูปแบบการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ .วารสารวิจัยและนวัตกรรมทางสุขภาพ [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 13 กันยายน 2566];6(1):1-15. เข้าถึงได้จาก: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/jhri/article/view/262134>
6. Pillitteri A. Maternal & child health nursing: Care of the childbearing & childrearing family. (7th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2013.
7. Ross MG. Eclampsia: Overview, Etiologic and Risk Factors for preeclampsia/ Eclampsia, Multiorgan System Effects. Medscape Reference Drugs, Diseases & Procedures. [Internet]. [cited 2022 Sep 15]. Available from: <https://emedicine.medscape.com/article/253960-overview?form=fpf#a3>
8. พัชรภรณ์ เจียรนัยธนกิจ.การพยาบาลมารดาหลังคลอดที่มีภาวะความดันโลหิตสูงชนิดรุนแรง: กรณีศึกษา.วารสารมหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล. [อินเทอร์เน็ต]. 2563. [เข้าถึงเมื่อ 13 กันยายน 2566];33(2):12-23. เข้าถึงได้จาก: <https://ph01.tci-thaijo.org/index.php/vujournal/article/download/243738/165736/848639>
9. โรงพยาบาลกำแพงเพชร. แนวทางเวชปฏิบัติหน่วยงานสูติศาสตร์ – นรีเวช. กำแพงเพชร: โรงพยาบาลกำแพงเพชร; 2562

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 โดยกองบรรณาธิการจะรับวารสารตามที่เห็นชอบแล้วเท่านั้น
4. เมื่อบทความได้รับการตีพิมพ์แล้ว ผู้เขียนจะได้รับวารสารจำนวน 2 เล่มต่อเรื่อง
5. ต้นฉบับพิมพ์ด้วยคอมพิวเตอร์ โปรแกรม **Microsoft Words for Windows 2007** ใช้ตัวอักษร **browallia new** ขนาด **14 point Single Space** และใช้กระดาษพิมพ์ A4 เว้นห่างจากขอบ 1 นิ้วโดยรอบ ความยาวไม่เกิน 10 - 12 หน้า โดยรวมบทความย่อ และเอกสารอ้างอิง
6. ตาราง ภาพ และแผนภูมิ เป็น **ขาว-ดำ** สอดแทรกไว้ในเนื้อเรื่อง มีชื่อตาราง ภาพ และแผนภูมิกำกับที่ชัดเจน

การเรียงลำดับเนื้อหาของต้นฉบับ

(กองบรรณาธิการจะไม่รับพิจารณาบทความที่ไม่แก้ไขให้ตรงตามรูปแบบที่กำหนด)

1. การเตรียมนิตยสารต้นฉบับ (Original article)

- 1.1 ชื่อเรื่อง (ภาษาไทย) ควรกะทัดรัด สื่อเป้าหมายหลักของการศึกษาวิจัย ไม่ใช่คำย่อ ไม่ควรยาวเกิน 100 ตัวอักษร จัดไว้กึ่งกลางหน้ากระดาษ
- 1.2 ชื่อผู้พิมพ์ (ภาษาไทย) ระบุชื่อของผู้เขียนทุกคน พร้อมระบุตัวย่อของวุฒิการศึกษาสูงสุด จัดชิดขวาของหน้ากระดาษ ส่วนหน่วยงานหรือสถาบันใช้การอ้างอิงแบบเชิงอรรถไว้ส่วนล่างสุดของหน้ากระดาษของเอกสาร
- 1.3 บทความย่อ (ภาษาไทย) เขียนแบบโครงสร้างตามลำดับดังนี้
 - บทนำ :
 - วัตถุประสงค์ :
 - วิธีการศึกษา :

- ผลการศึกษา :

- สรุป :

1.4 คำสำคัญ (ภาษาไทย) ไม่เกิน 5 คำ ใส่ไว้ท้ายบทคัดย่อของภาษาไทย เพื่อประโยชน์ในการสืบค้นในอนาคต

1.5 เชิงอรรถ (ภาษาไทย) อยู่ใต้เส้นคั่นซึ่งยาว 2 นิ้ว หรือ 5 เซนติเมตร เป็นรายการเชิงอรรถที่ระบุตำแหน่ง และหน่วยงานต้นสังกัดของผู้พิมพ์

หมายเหตุ ข้อ 1.1 – 1.5 ไม่เกิน 1 หน้ากระดาษ A4

1.6 Title (ชื่อเรื่องภาษาอังกฤษ) จัดกึ่งกลางหน้ากระดาษ มีความหมายตรงกับชื่อเรื่องภาษาไทย

1.7 Authors (ชื่อผู้พิมพ์ภาษาอังกฤษ) จัดชิดขวาของหน้ากระดาษ พร้อมพร้อมระบุตัวของวุฒิการศึกษา สูงสุดภาษาอังกฤษ

1.8 Abstract (บทคัดย่อภาษาอังกฤษ) ต้องมีเนื้อหาตรงกับบทคัดย่อภาษาไทย และเป็นประโยคอดีต โดยเขียนแบบโครงสร้างตามลำดับดังนี้

- Introduction:

- Objectives:

- Methods:

- Results:

- Conclusions:

1.9 Keyword (คำสำคัญภาษาอังกฤษ) ต้องตรงกับบทคัดย่อภาษาไทย ไม่เกิน 5 คำ ใส่ไว้ท้ายบทคัดย่อของภาษาอังกฤษ

1.10 Footnote (เชิงอรรถ) ระบุตำแหน่ง และหน่วยงานต้นสังกัดของผู้พิมพ์เป็นภาษาอังกฤษ

หมายเหตุ ข้อ 1.6 – 1.10 ไม่เกิน 1 หน้ากระดาษ A4 และแยกไว้คนละหน้ากับภาษาไทย

1.11 เนื้อเรื่อง (Text) ใช้หัวข้อดังนี้

- บทนำ (Introduction)

เป็นส่วนของบทความที่บอกเหตุผล นำไปสู่การศึกษา แต่ไม่ต้องทบทวนวรรณกรรม ที่ไม่เกี่ยวกับจุดมุ่งหมายของการศึกษา เป็นส่วนที่อธิบายให้ผู้อ่านรู้ปัญหา ลักษณะ และขนาด เป็นการนำไปสู่ความจำเป็นในการศึกษาวิจัยให้ได้ผลเพื่อแก้ปัญหาหรือตอบคำถามที่ตั้งไว้ หากมีทฤษฎีที่จำเป็นต้องใช้ในการศึกษา อาจวางพื้นฐานไว้ในส่วนนี้ได้ และให้รวมวัตถุประสงค์ของการศึกษาเป็นร้อยแก้วในส่วนท้ายของบทนำ ไม่ใส่ผลการศึกษา และสรุป

- วิธีการศึกษา (Methods)

ประกอบด้วย ประชากร และกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูล และจริยธรรมการวิจัย

- ผลการศึกษา (results)

แจ้งผลที่พบตามลำดับหัวข้อของแผนการศึกษาอย่างชัดเจน ดูได้ง่าย ถ้าผลไม่ซับซ้อนไม่มีตัวเลขมาบรรยาย เป็นร้อยแก้ว แต่ถ้าตัวเลขมาก ตัวแปรมากควรใช้ตาราง หรือแผนภูมิโดยไม่ต้องอธิบายตัวเลขในตารางซ้ำอีกในเนื้อเรื่อง ยกเว้นข้อมูลสำคัญๆ อย่างจำกัด แปลความหมายของผลที่ค้นพบหรือวิเคราะห์และสรุปเปรียบเทียบกับสมมติฐานที่วางไว้

- วิจารณ์ (discussion)

เริ่มด้วยการวิจารณ์ผลการศึกษาตรงกับวัตถุประสงค์ สมมติฐานของการวิจัย หรือแตกต่างไปจากผลงานที่มีผู้รายงานไว้ก่อนหรือไม่ อย่างไร เพราะเหตุใดจึงเป็นเช่นนั้น วิจารณ์ผลที่ไม่ตรงตามที่คาดหวังอย่างไม่ปิดบัง อาจแสดงความคิดเห็นเบื้องต้นตามประการณ์หรือข้อมูลที่ตนมีเพื่ออธิบายส่วนที่โดดเด่นแตกต่างเป็นพิเศษได้ แล้วจบบทความด้วยข้อยุติ

- **สรุป (conclusion)**

ผลที่ได้ตรงกับวัตถุประสงค์การวิจัยหรือไม่ ให้ข้อเสนอแนะที่นำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์หรือให้ประเด็นคำถามการวิจัยต่อ ข้อยุติอาจใส่ไว้ในหัวข้อเดียวกันกับวิจารณ์ก็ได้

- **กิตติกรรมประกาศ (acknowledgments)**

มีเพียงย่อหน้าเดียว แจ้งให้ทราบว่ามี การช่วยเหลือที่สำคัญจากที่ใดบ้าง เช่น ผู้บริหาร ผู้ช่วยเหลือทางเทคนิคบางอย่าง และผู้สนับสนุนทุนการวิจัยเท่าที่จำเป็น แต่การใส่ชื่อคนช่วยมากมาย ทำให้บทความดูยืดยาวเพราะผู้อ่านจะอนุมานว่างานส่วนใหญ่มีคนช่วยทั้งหมด

- **เอกสารอ้างอิง (references)** ดูในหัวข้อการเขียนเอกสารอ้างอิง

2. การเตรียมต้นฉบับกรณีศึกษา (Case Study)

2.1 **ชื่อเรื่อง ชื่อผู้พิมพ์ คำสำคัญ และเชิงอรรถ** ทั้งภาษาไทย และภาษาอังกฤษ มีข้อกำหนดในการเขียนและการจัดรูปแบบเหมือนนิพนธ์ต้นฉบับ (Original article)

2.2 **บทคัดย่อ (ภาษาไทย)** ใช้ภาษารัดกุมเป็นประโยคสมบูรณ์มีความหมายในตัวเองไม่ต้องหาความหมายเพิ่มต่อ ไม่ควรมีคำย่อ เขียนแบบโครงสร้างตามลำดับดังนี้

- **บทนำ :** เขียนย่อถึงความสำคัญโรคที่ศึกษาการดูแลรักษาที่สำคัญ และภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น (ไม่ควรเกิน 2 บรรทัด)

- **วัตถุประสงค์ :** เขียนวัตถุประสงค์การศึกษาต่อผู้ป่วย เช่น เพื่อดูแลและเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนจนผู้ป่วยพ้นภาวะวิกฤต เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยดูแลตนเองได้อย่างถูกต้อง เป็นต้น

- **กรณีศึกษา :** เขียนย่อเพื่อให้เห็นภาพรวมว่า ผู้ป่วยกรณีศึกษาเป็นใคร จำนวนกี่รายเข้าการรักษาในโรงพยาบาลในช่วงใด อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล แพทย์ให้การรักษาที่สำคัญอะไร ในช่วงเวลาที่ศึกษาพบปัญหาทางการแพทย์อย่างไรบ้าง 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 เกณฑ์การประเมินผลกิจกรรมการพยาบาลที่ให้ในกรณีศึกษา 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 ประชาธิรัฐ, อาภา ใจชื่น, กรสุตา รักษา, และคณะ.

Choi HK, Won LA, Kontur PJ, Hammond DN, Fox AP, Wainer BH, et al.

1.4 ผู้แต่งที่เป็นกลุ่ม เป็นคณะ หรือสถาบัน ให้ใช้ชื่อก่อน คณะ หรือสถาบันนั้นเป็นผู้แต่ง กรณีมีทั้งหน่วยงานใหญ่ และหน่วยงานย่อย ให้ใส่เครื่องหมายจุลภาค (,) หลังชื่อหน่วยงานใหญ่ เว้น 1 วรรค ตามด้วยชื่อหน่วยงานย่อย และเครื่องหมายมหัพภาค (.)

ตัวอย่าง คณะกรรมการวิทยาศาสตร์ทางทะเลแห่งชาติ. มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, คณะแพทยศาสตร์.

Institute of Medicine (US). American Occupational Therapy Association, Ad Hoc Committee.

1.5 ไม่ปรากฏชื่อผู้แต่ง ให้ใช้ชื่อหนังสือหรือชื่อบทความแทนตำแหน่งชื่อผู้แต่ง

ตัวอย่าง 1. การบริหารงานวิจัย แนวคิดจากประสบการณ์. กรุงเทพฯ: ดวงกลม; 2540.

2. Health promotion in nursing practice. Stamford: Appleton & Lange; 1996.

2. ชื่อหนังสือ / ชื่อวารสาร / ชื่อบทความ

2.1 ชื่อหนังสือ / ชื่อบทความ กรณีเป็นภาษาไทย ให้ใช้ชื่อตามที่ปรากฏ กรณีเป็นภาษาอังกฤษ ให้ใช้อักษรตัวใหญ่ เฉพาะคำแรกของชื่อ หลังจากนั้นให้ใช้อักษรตัวเล็กทั้งหมด ยกเว้นศัพท์เฉพาะ และตามด้วยเครื่องหมายมหัพภาค (.)

ตัวอย่าง Fischer JS. Carbohydrate metabolism disorder. New York: Academic Press; 1975.

2.2 ชื่อวารสาร กรณีเป็นวารสารภาษาไทย ให้ใช้ชื่อตามที่ปรากฏ กรณีเป็นวารสารภาษาอังกฤษ ให้ใช้ชื่อย่อของวารสารที่ปรากฏใน Index Medicus ซึ่งจัดทำโดยหอสมุดแพทย์แห่งชาติสหรัฐอเมริกา (National Library of Medicine: NLM) หากเป็นวารสารชื่อสั้นๆ คำเดียว มักจะไม่ย่อชื่อวารสาร

ตัวอย่าง 1. พิชัย พัวเพิ่มพูลศิริ. โรคจุกอกอักเสบจากภูมิแพ้. ศรีนครินทรวิโรฒเวชสาร. 2538;2(1):22-33.

2. Halpern SD, Ubel PA, Caplan AL. Solid-organ transplantation in HIV-infected patients. N Engl J Med. 2002 Jul 25; 347(4): 284-7.

3. จำนวนเล่ม กรณีหนังสือมีหลายเล่ม (Volume) หากนำมาใช้อ้างอิงทุกเล่ม ให้ใส่จำนวนเล่มทั้งหมดไว้ท้ายรายการอ้างอิง เช่น 3 ล. หรือ 3 vol. (ใช้อักษร v ตัวพิมพ์เล็ก)

ตัวอย่าง 1. พรเทพ เทียนสิวกุล, บรรณาธิการ. โลกจิตวิทยาคลินิกชั้นสูง. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2541. 2 ล.

2. Hamilton S, editor. Animal welfare & anti-vivisection 1870-1910: nineteenth-century women's mission. London: Routledge; 2004. 3 vol.

หากนำมาใช้อ้างอิงเพียงเล่มใดเล่มหนึ่ง ให้ใส่เฉพาะเล่มที่อ้างไว้หลังชื่อเรื่องหรือครั้งที่พิมพ์ (ถ้ามี) เช่น เล่ม 3. หรือ Vol. 3. (ใช้อักษร v ตัวพิมพ์ใหญ่) และใส่จำนวนหน้าของเล่มที่อ้างไว้หลังปีพิมพ์

ตัวอย่าง สุรเกียรติ 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, Chieves LP, Johnson GS, Buening GM. Multiplex polymerase chain reaction based assay for detection of Babesia bigemina, Babesia bovis and Anaplasma marginale DNA in bovine blood. Vet Parasitol. 1993;50:69-81.

8.2 กรณีเป็นวารสารที่ไม่ได้ใช้เลขหน้าต่อเนื่องกันทั้งปี: หากเป็นวารสารภาษาอังกฤษ ให้ใส่ปี เดือน* วันที่พิมพ์ (ถ้ามี) หากเป็นวารสารภาษาไทย ให้ใส่วัน (ถ้ามี) เดือน* ปีที่พิมพ์ จากนั้นตามด้วยเครื่องหมายอัฒภาค (;) เล่มที่ (Volume) และถ้ามีฉบับที่ (Issue/Number) ให้พิมพ์ไว้ในวงเล็บกลม โดยไม่มีการเว้นวรรค *กรณีเป็นภาษาอังกฤษ ให้ใช้ตัวอักษร 3 ตัวแรกของเดือน เช่น Sep, Jan เป็นต้น กรณีเป็นภาษาไทย ให้ใช้ตัวย่อของเดือน

ตัวอย่าง Halpern SD, Ubel PA, Caplan AL. Solid-organ transplantation in HIV-infected patients. N Engl J Med. 2002 Jul 25;347(4):284-7.

9. เลขหน้า ให้ระบุเลขหน้าตั้งแต่หน้าแรกถึงหน้าสุดท้าย คั่นด้วยเครื่องหมายติงศกัณฐ์ (-) ตามด้วยเครื่องหมายมหัพภาค (.) หลังเลขหน้าสุดท้าย โดยเลขหน้าสุดท้ายให้ใส่เฉพาะเลขที่ไม่ซ้ำกับเลขหน้าแรก ยกเว้นเลขโรมัน หรือเลขหน้าที่มี ตัวอักษรต่อท้ายให้ระบุเลขโดยไม่ต้องตัดเลขหน้าออก กรณีเลขหน้าไม่ต่อเนื่องกัน ให้คั่นด้วยเครื่องหมายจุลภาค (,)

ตัวอย่าง หน้า 7-29 ให้ใส่ 7-29. หน้า 980-983 ให้ใส่ 980-3. หน้า 325A-329A ให้ใส่ 325A-329A. หน้า 20-29 ให้ใส่ 20-9. หน้า xi-xii ให้ใส่ xi-xii. หน้า 2, 4, 7 ให้ใส่ 2, 4, 7.

10. การระบุความเป็นเอกสารอิเล็กทรอนิกส์ การเขียนรายการอ้างอิงเอกสารอิเล็กทรอนิกส์ ให้เขียนตามประเภทของเอกสารนั้นๆ และเพิ่มเติมข้อมูลที่แสดง ความเป็นเอกสารอิเล็กทรอนิกส์หลักๆ 3 ส่วน ได้แก่

10.1 ประเภทของสื่อ: ให้ระบุประเภทของสื่อไว้ในวงเล็บเหลี่ยมหลังชื่อเรื่อง เช่น [อินเทอร์เน็ต] หรือ [Internet] [ซีดีรอม] หรือ [CD-ROM] [ดีวีดี] หรือ [DVD] เป็นต้น โดยย้ายเครื่องหมายมหัพภาค (.) หลังชื่อเรื่องไปไว้หลังวงเล็บเหลี่ยม แทน

10.2 วันที่เข้าถึง: เนื่องจากข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์อาจมีการปรับปรุงเปลี่ยนแปลงได้เสมอ จึงต้องระบุวันที่เข้าถึงไว้ด้วย โดยหลังปีพิมพ์ของรายการอ้างอิงให้ระบุในวงเล็บเหลี่ยมไว้ว่า [เข้าถึงเมื่อ วัน เดือน ปี] สำหรับภาษาไทย หรือ [cited ปี เดือน วัน] สำหรับภาษาอังกฤษ กรณีที่แหล่งข้อมูลมีการแจ้งวันที่ปรับปรุงข้อมูลล่าสุด สามารถเพิ่มข้อมูลดังกล่าวไว้ในวงเล็บเหลี่ยมข้างต้น โดยให้ระบุเพิ่มไว้ด้านหน้า ตามด้วยเครื่องหมายอัฒภาค (;) เว้น 1 วรรค ดังนี้ [ปรับปรุงเมื่อ วัน เดือน ปี; เข้าถึงเมื่อ วัน เดือน ปี] สำหรับภาษาไทย หรือ [updated ปี เดือน วัน; cited ปี เดือน วัน] สำหรับภาษาอังกฤษ

10.3 แหล่งที่มาของข้อมูล: ให้ระบุ URL ของแหล่งที่มาของข้อมูล ไว้ท้ายรายการอ้างอิง โดยใช้คำว่า “เข้าถึงได้จาก: URL ของแหล่งข้อมูล” สำหรับภาษาไทย หรือ “Available from: URL ของแหล่งข้อมูล” สำหรับภาษาอังกฤษ ทั้งนี้ หลัง URL ของแหล่งข้อมูลไม่ต้องตามด้วยเครื่องหมายมหัพภาค (.)

ตัวอย่าง นาดยา อังคนาวิน. ผลของการใช้สตีเวียและมอลทิทอลต่อสมบัติทางเคมี-กายภาพการทดสอบประสาทสัมผัสคุณค่าทางโภชนาการและฤทธิ์ต้านอนุมูลอิสระของเซอร์เบทหม่อน. วารสารมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ (สาขาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี). [อินเทอร์เน็ต]. ก.ค.-ธ.ค. 2562 [เข้าถึงเมื่อ 16 ส.ค. 2563];11(22):78-90. เข้าถึงได้จาก: <http://ejournals.swu.ac.th/index.php/SWUJournal/article/view/12118/10268>

การอ้างอิงตามประเภทของเอกสาร

ในที่นี่ขอนำเสนอเฉพาะเอกสารที่ได้รับความนิยมในการนำมาใช้อ้างอิง สำหรับเอกสารประเภทอื่นๆ ดูรายละเอียดได้จากวิธีการอ้างอิงรูปแบบแวนคูเวอร์ โดยหอสมุดแพทย์แห่งชาติสหรัฐอเมริกา (National Library of Medicine: NLM) ที่ https://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html

หนังสือ

ชื่อผู้แต่ง. ชื่อหนังสือ. ครั้งที่พิมพ์. สถานที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีพิมพ์.

ตัวอย่าง

1. สมศักดิ์ นวลแก้ว. เกสัชกรรมแผนไทยประยุกต์. พิมพ์ครั้งที่ 8. มหาสารคาม: มหาวิทยาลัยมหาสารคาม, คณะเภสัชศาสตร์; 2563.
2. Murray PR, Rosenthal KS, Kobayashi GS, Pfaller MA. Medical microbiology. 4th ed. St. Louis (MO): Mosby; 2002.
3. Gilstrap LC, Cunningham FG, VanDorsten JP, editors. Operative obstetrics. 2nd ed. New York: McGraw-Hill; 2002.
4. Institute of Medicine (US). Looking at the future of the Medicaid program. Washington: The Institute; 1992.

หนังสือที่มีทั้งผู้แต่งและบรรณาธิการหรือผู้แปล

ชื่อผู้แต่ง. ชื่อหนังสือ. ครั้งที่พิมพ์. ชื่อบรรณาธิการ, บรรณาธิการ/editor/editors. หรือ ชื่อผู้แปล, ผู้แปล/translator/translators. สถานที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีพิมพ์.

ตัวอย่าง

1. นภลัย สุวรรณธาดา, อิดา โมสิกรัตน์, สุมาลี สังข์ศรี. การเขียนผลงานวิชาการและบทความ. พิมพ์ครั้งที่ 2 ปรับปรุงแก้ไขเพิ่มเติม. ประสิทธิ์ ฤทธิธรรมย์, บรรณาธิการ. กรุงเทพฯ: ภาพพิมพ์; 2553.
2. บาเบอร์ ทีเอฟ, อิกกินส์-บิตเติล เจซี. การบำบัดแบบสั้นสำหรับผู้ตีพิมพ์แบบเสี่ยงและผู้ตีพิมพ์อันตราย: 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

